LÆKNABLAÐIÐ • 3. tbl. 103. árg. • Mars 2017

# Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

3/2017

103. árgangur: 109-160

2017; 103: 109-160

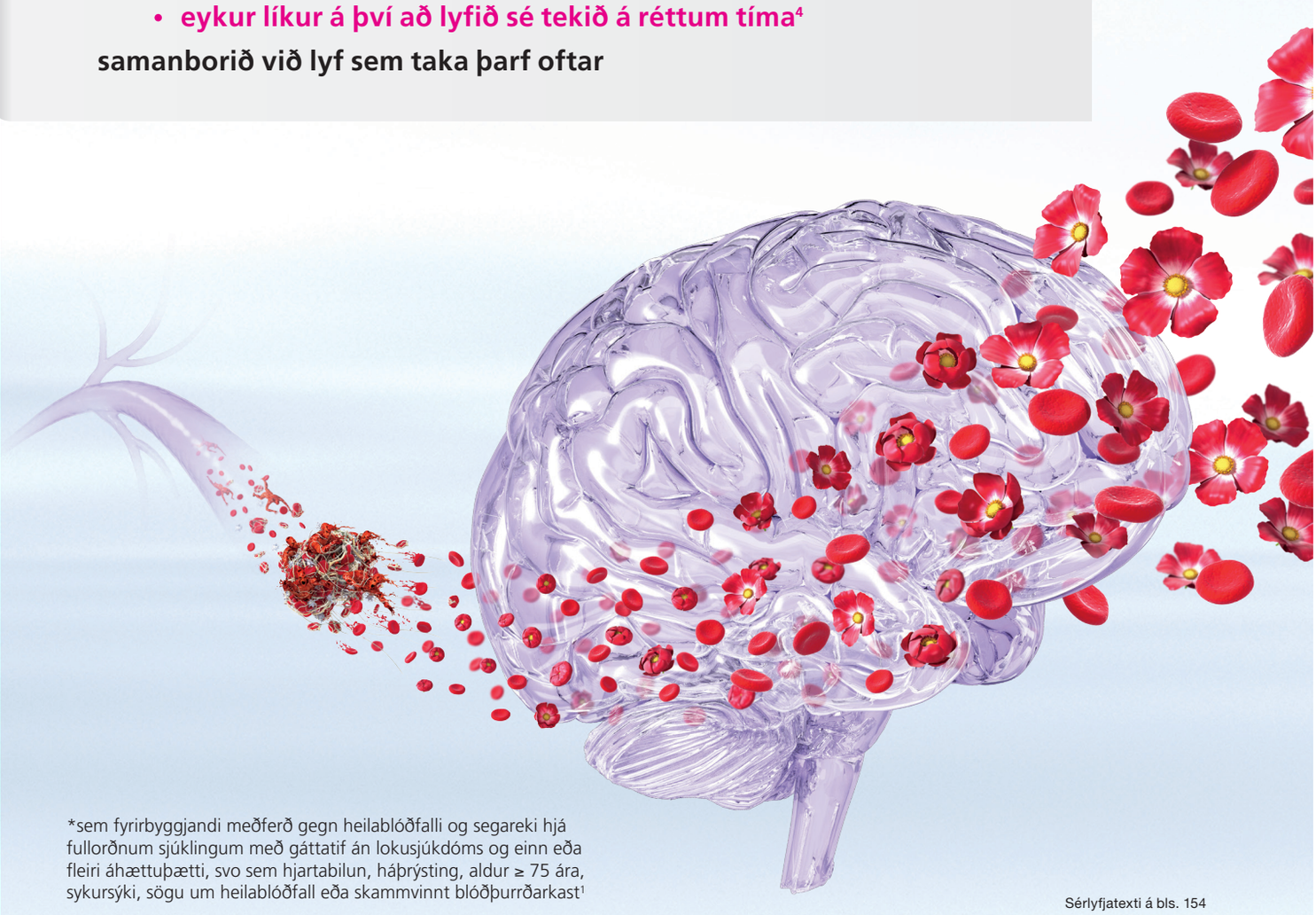
Fyrsti beini hemillinn á storkuþátt Xa til inntöku

Xarelto®
rivaroxaban

# Ein tafla á dag*[1]

- Varnar heilablóðfalli og segareki að lágmarki til jafns við warfarín[2]
- Sambærileg blæðingarhætta og í meðferð með warfaríni en marktækt færri innankúpublæðingar og dauðsföll vegna blæðinga[2]
- Að taka lyf einu sinni á dag við hjarta- og æðasjúkdómum
  - eykur líkur á því að lyfið sé leyst út af sjúklingi[3]
  - eykur líkur á því að sjúklingur taki lyfið[4]
  - eykur líkur á því að lyfið sé tekið á réttum tíma[4]

  samanborið við lyf sem taka þarf oftar



*sem fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast[1]

Sérlyfjatexti á bls. 154

**Öryggisupplýsingar:** Eins og almennt gildir um segavarnarlyf og blóðflöguhemla verður að nota rivaroxaban með varúð hjá sjúklingum með aukna blæðingarhættu.[1]
*Algengar aukaverkanir (≥1/100 til <1/10):* Blæðingar: Í tannholdi, margúll, flekkblæðing, blóðnasir, blóðhósti, blæðing í auga, blæðingar í húð og undirhúð, blæðing eftir aðgerðir, blæðing í meltingarvegi, blæðing í þvag- og kynfærum. Aðrar: Blóðleysi, verkir í meltingarfærum og kvið, meltingartruflanir, ógleði, harðlífi, niðurgangur, uppköst, lágur blóðþrýstingur, kláði, útbrot, verkir í útlim, sundl, höfuðverkur, skert nýrnastarfsemi, hækkun á transamínasa, sótthiti, bjúgur í útlimum, skertur almennur styrkur og orka, marmyndun, rennsli úr sárum.[1]
Ekki er mælt með notkun Xarelto hjá sjúklingum með gervihjartalokur.[1]

**Heimildir:** 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Xarelto. 2. Patel MR et al. N Engl J Med 2011; 365:883-891.
3. Bae JP et al. Am J Manag Care 2012; 18:139-146. 4. Coleman CI et al. Curr Med Res Opin 2012; 28:669-680.

BAYER

L.IS.11.2014.0086



*Augnlæknar í meirihluta, mættir til að hlusta á málþingið um Guðmund Björnsson kollega þeirra.*

# Málþing á 100 ára fæðingarafmæli

9. febrúar síðastliðinn komu afkomendur og ættingjar Guðmundar Björnssonar prófessors í augnlækningum saman í Hringsal Landspítala og heiðruðu minningu hans.

Gunnar lungnalæknir, sonur Guðmundar, og nokkrir kollegar fjölluðu um líf og starf hans. Guðmundur lærði í Ameríu og starfaði alla tíð á Landakoti. Hann doktoreraði í gláku og kenndi læknanemum augnsjúkdómafræði. Hann skráði sögu augnlækninga á Íslandi frá öndverðu til okkar daga og var gríðarlega áhugasamur uppfræðari og áfram um nýja tækni og almenna framþróun. Jóhann Marinósson, Ólafur Ólafsson, Guðmundur Viggósson, Haraldur Sigurðsson og Friðbert Jónasson röktu rannsóknir Guðmundar, samstarf og samvistir við hann á vinnustað og utan. -VS




*Guðmundur Viggósson brá upp skemmtilegum myndum af kollega sínum.*

## LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

**Ragnar Þórisson** (f. 1977) er höfundur málverksins sem mynd er af á forsíðu blaðsins. Það er án titils frá árinu 2016 og allstórt, eða 200 x 180 cm. Þar situr maður sem horfir fram til áhorfenda, að því er virðist, dreginn upp með frjálslegri línuteikningu sem kallast á við einlita fleti í bakgrunninum. Verkið er afrakstur áralangra tilrauna listamannsins sem málar gjarnan manneskjur í hlutlausu umhverfi. Uppstillingar hans sýna fólk á margræðan hátt, sveipað dulúðugu andrúmslofti. Þar blandast stórir, marglaga litafletir við fínlega pensilskrift. Verkin eru opin og gefa til kynna lágstemmda hreyfingu bæði í tíma og rúmi þannig að svo virðist sem listamaðurinn reyni að fanga eitthvað sem auganu er dulið alla jafna. Myndheimur málverkanna er kunnuglegur en jafnframt framandi. Mannsmyndin sem þau sýna kallast í grunninn á við meginuppistöðu málverkaarfleifðarinnar þar sem er að finna portrett af fyrirfólki frá ólíkum tímum.



Það eru miðjusettar brjóstmyndir, andlitsmyndir og myndir af standandi og sitjandi mönnum og konum sem stilla sér upp fyrir málarann. Eðli þeirrar gerðar verka er að viðkomandi fyrirsæta sé þekkjanleg og að í umhverfi hennar megi greina tákn um persónu hennar og stöðu. Í málverkum Ragnars er mannfólkið aftur á móti allflest óþekkjanlegt og hefur hann enga sérstakar fyrirmyndir í huga. Andlitsdrættir eru máðir, teygðir og margfaldaðir, líkamar huldir stórum litaflötum eins og kuflar. Umhverfi þeirra gefur sáralitlar upplýsingar, aðeins óljósa tilfinningu fyrir því að vera utandyra eða inni. Ragnar útskrifaðist frá Listaháskóla Íslands árið 2010. Hann hefur haldið nokkrar einkasýningar, tekið þátt í samsýningum og framundan er þátttaka hans í hinum Norræna tvíæringi, Momentum, í Moss í Noregi. Þá verða verk hans til sýnis í Listasafni Reykjavíkur á næstunni.

**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

3. tölublað, 103. árgangur, 2017

## LEIÐARAR



**115**

*Gunnar Ármannsson*

### Er hægt að bæta íslenska heilbrigðiskerfið?

Þegar kostir og gallar einkarekinna lausna eru ræddir er sjálfsagt að það sé gert á opinskáan hátt og öllum steinum velt við. Það gerðu Hollendingar og tóku sér góðan tíma. Úr því að þeim tókst jafn vel upp og raun ber vitni gæti verið full ástæða til að skoða vel aðferðafræði þeirra.



**117**

*Guðmundur Þorgeirsson*

### Rekstrarform sjúkrahúsa

Þetta er að sjálfsögðu mikilvæg umræða sem mun standa um ókomin ár en má ekki yfirskyggja meginspurninguna: Hver er besta lausnin fyrir sjúklingana?

## FRÆÐIGREINAR

**119**

*Marta Rós Berndsen, Fritz Hendrik Berndsen*

### Árangur gallblöðrutöku á sjúkrahúsinu Akranesi 2003-2010

Flestar gallblöðrutökur eru gerðar sem valaðgerð hjá sjúklingum með þekkta einkennagefandi gallsteina eða sögu um fylgikvilla gallsteina eins og gallblöðrubólgu eða brisbólgu. Bráðaaðgerðir eru yfirleitt gerðar hjá sjúklingum með fylgikvilla gallsteina eða ef einkenni gallsteina eru sérstaklega slæm og viðvarandi. Fyrsta gallblöðrutaka í gegnum kviðsjá var framkvæmd á Íslandi 1991 og varð aðgerðin fljótt algeng hérlendis.

**125**

*Benedikt Friðriksson, Óttar Bergmann, Sigurður Ólafsson*

### Meðferð lifrarbólgu C með peg-interferóni alfa og ríbavíríni á Íslandi 2002-2012

Lifrarbólga C er ein algengasta orsök langvinns lifrarsjúkdóms á Vesturlöndum. Meirihluti þeirra sem smitast fá langvinna lifrarbólgu sem leitt getur til skorpulifrar og lifrarfrumukrabbameins. Áætlað er að um 170 milljónir manna um allan heim hafi langvinna lifrarbólgu C en algengi og nýgengi er mjög misjafnt milli heimshluta. Stærsti áhættuhópurinn fyrir lifrarbólgu C er fólk sem sprautar sig með vímuefnum en aðrar smitleiðir eru þekktar svo sem blóðgjöf fyrir tíma skimunar.

**129**

*Héðinn Sigurðsson, Sunna Gestsdóttir, Kristján G. Guðmundsson, Sigríður Halldórsdóttir*

### Starfsumhverfi heimilislækna á Íslandi og í Noregi: Reynsla 16 íslenskra lækna

Það er samdóma álit viðmælenda að betur sé búið að heimilislækningum í Noregi en á Íslandi og heilbrigðisþjónustan skilvirkari. Þeir telja einnig að til að auka áhuga læknanema og nýliðun í heimilislækningum á Íslandi sé brýnt að bjóða upp á gott starfsumhverfi. Þegar gerðar eru breytingar á íslenska heilbrigðiskerfinu er mikilvægt að líta til reynslu nágrannaþjóða þar sem vel hefur tekist til við skipulag þjónustunnar að mati fagaðila.

**Læknadagar í Hörpu**
**15. til 19. janúar 2018**

**Sendið hugmyndir að dagskrá til Margrétar Aðalsteinsdóttur (*margret@lis.is*) fyrir 10. maí nk.**

## UMFJÖLLUN OG GREINAR

### 138

### Trúir þú á myglusögur?

***– Rakaskemmdir og mygla herja jafnt á lækna sem leika og voru til umræðu á Læknadögum***

*Þröstur Haraldsson*

Að sögn Unnar Steinu Björnsdóttur ofnæmislæknis er í raun ekki til önnur meðferð við þessum einkennum en sú að ganga út og forðast húsið sem veldur þeim.





### 142

### Hvers vegna játa menn á sig afbrot sem þeir frömdu ekki?

***– Jón Friðrik Sigurðsson hefur, ásamt samstarfsfólki sínu, rannsakað falskar játningar í aldarfjórðung***

*Þröstur Haraldsson*

Samstarf þeirra hófst þegar Gísli var leiðbeinandi Jóns Friðriks í doktorsverkefni hans við King's College í London.

### 148

### Uppreisnin í Ungverjalandi árið 1956



*Ólafur Hergill Oddsson*

Kvenfélagið í Mosfellssveit kom ríkulega að móttöku flóttamannanna og eldaði allar máltíðir í Hlégarði í tvær vikur, en sjálf sóttkvíin stóð í eina viku.

EMBÆTTI LANDLÆKNIS PISTILL 17.

### 147

### Niðurstöður könnunar á þjónustu lækna vegna ávanabindandi lyfja

*Magnús Jóhannsson, Anna Björg Aradóttir, Lárus S. Guðmundsson, Jón Óskar Guðlaugsson, Ólafur B. Einarsson*

Könnunin sýnir að starf lækna, sem snýr að ávísunum ávanabindandi lyfja, getur verið krefjandi og reynt getur á staðfestu við að stýra meðferð.

### 144

### Starfa við það sem er hjartanu nær

***Rætt við unglæknana Rósu B. Þórólfsdóttur og Arnar Jan Jónsson***

*Olga Björt Þórðardóttir*

Þau tvö voru meðal þeirra sem verðlaunaðir voru fyrir framúrskarandi vísindaerindi á þingi Félags íslenskra lyflækna sem fór fram í desember síðastliðinn.





**156-157** LEIT AÐ BLÓÐI Í HÆGÐUM EÐA RISTILSPEGLUN

### Svar við svari landlæknis





*Ásgeir Theodórs, Tryggvi Björn Stefánsson*

Við álítum að hefja eigi strax skimun með fullum ristilspeglunum.

### Innlegg í umræðu



*Sunna Guðlaugsdóttir*

Ristilkrabbamein er mikilvægt lýðheilsuvandamál og hentar mjög vel fyrir hópleit. Markhópur er 50-75 ára.

## PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

### 137

### Svarta boxið



*Hjalti Már Þórisson*

Það er siðferðileg skylda okkar allra að læra af mistökum, bæði okkar eigin en ekki síður annarra. Ég efast ekki um að vilji heilbrigðisstarfsfólks stendur til þess.

LÖGFRÆÐI 21.PISTILL

### 150

### Ef starfsgetan skerðist



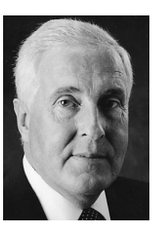
*Dögg Pálsdóttir*

Í kjarasamningi fjármálaráðherra og LÍ er kafli um veikindarétt (9. kafli).

ÖLDUNGAR

### 152

### Læknisprófið í Reykjavík árið 1863



*Ólafur Jónsson*

Hlutskipti lækna á fyrri tíð var bágborið: ekkert sjúkrahús, engin lyf, fátækt, léleg hús, umdæmin víðfeðm, allt óbrúað, engir vegir. Þessara lækna á að minnast með virðingu.

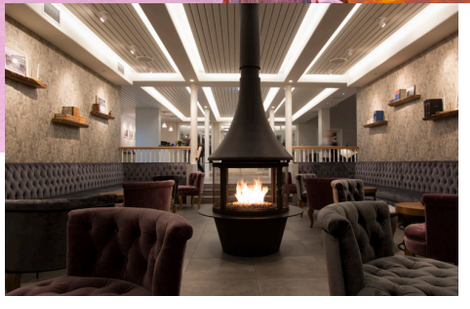
### 158

### Málefni Orlofssjóðs lækna



*Jörundur Kristinsson*

# Í GÓÐRA VINA HÓP
## á Sigló








ANTON&BERGUR

Láttu fara vel um þig og þína á Sigló Hótel.
Góður matur og drykkir, notalegt andrúmsloft, heitur pottur og gufa
ásamt úrvali afþreyingar sem passar hverjum hóp.

SIGLÓ HÓTEL

Snorragötu 3b • 580 Siglufirði • Sími 461-7730 • siglohotel@siglohotel.is • www.siglohotel.is

**Is there room for improvement in the Icelandic health care system?**

Gunnar Ármannsson
law degree and an MBA degree from the University of Iceland.
From 2002-2009 he served as the CEO of the Medical Association of Iceland.

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.03.123



**Gunnar Ármannsson**
lögmaður og fyrrum framkvæmdastjóri Læknafélags Íslands

*gunnar@vhe.is*

RITSTJÓRNARGREIN

# Er hægt að bæta íslenska heilbrigðiskerfið?

Frá því að ég fór að fylgjast náið með heilbrigðismálum, árið 2002, hefur svarið sennilega alltaf verið já. Ég man ekki eftir umræðunni öðru vísi en að það sé alltaf eitthvað að. Eitthvað sem má bæta. En sennilega þarf það ekki að koma á óvart. Viðfangsefnin á sviðinu eru ærin og kröfurnar sem gerðar eru aukast frá einum tíma til annars. Það þarf ekki nema litla umhugsun til að átta sig á að það er nánast innbyggt í kerfið að það kallar á aukna fjármuni frá ári til árs. Aukinn heilbrigðiskostnaður er að sumu leyti ákveðið lúxusvandamál því við sjálf aukum kröfurnar eftir því sem tækninni fleygir fram og velmegunin verður meiri. Hvers kyns lífsstílssjúkdómar, til dæmis sykursýki, offita og fleira, auka álag á kerfið. Sums staðar eru þjóðir sem heild að eldast. Fólk lifir lengur og gerir meiri kröfur en áður var til lífsgæða fram á efri ár. Framþróun í framleiðslu lyfja og tækja er dýr og kallar á aukið fjármagn. Þegar við heyrum af nýjum lyfjum og tækjum viljum við fá aðgang strax. Við viljum betri aðbúnað sjúklinga og starfsmanna. Þetta viljum við allt og þetta kostar.

En hvað er til ráða? Eigum við að reyna að gera sem minnst og búa við lítið breytt ástand til næstu 15 ára? Eigum við kannski að banna eða minnka einkarekstur í kerfinu? Eða eigum við kannski að auka hann? Eða gera eitthvað annað? Eigum við kannski að minnka Landspítala aftur? Opna nýjan Borgarspítala og nýtt Landakot? Eða eigum við kannski að „sleppa þessu lausu“ og láta kerfið sjálft um að þróa sig án stefnumótunar og íhlutunar? Sumir hafa haldið því fram að það sé besta lausnin. Að minnsta kosti væri rétt að halda pólitískum stefnumótendum sem lengst frá. Þeir hafi hvort sem er ekki skilað of góðu verki hingað til. Á það hefur verið bent að ein ástæða þess að Hollendingar hafa allt frá árinu 2006 setið í toppsæti „Euro Health Consumer Index“ listans, sé sú að í Hollandi spili heilbrigðisstarfsfólk og samtök sjúklinga mun stærra hlutverk við stefnumótunina en á sér stað annars staðar í Evrópu.

Í Hollandi fór fram yfirveguð og vönduð stefnumótunarvinna áður en Hollendingar réðust í kerfisbreytingar hjá sér sem tóku gildi árið 2006. Fram að þeim tíma fannst þeim nálgun þeirra með því að byggja þjónustuframboðið á miðlægum ákvörðunum ekki skila nægilega góðum árangri. Þótt þeim tækist að halda heilbrigðiskostnaði niðri til margra ára þá fannst þeim lítil samsvörun í framboði og eftirspurn, ófullnægjandi samhæfing í kerfinu, takmarkað val sjúklinga og skortur á hvötum til að auka framleiðni.

Í stuttu máli færðu Hollendingar heilbrigðistrygginguna frá ríkinu og til tryggingarfélaganna. Þetta gerðu þeir með því að setja skýran lagaramma um málaflokkinn þannig að í raun breytti þessi tilfærsla engu í réttindum sjúklinga. Það sem þeir náðu hins vegar fram var samkeppni á milli tryggingarfélaga sem keppast við að ná sem bestum samningum við veitendur þjónustunnar sem byggist bæði á gæðum og verði. Fyrir tryggingarfélögin skiptir engu máli hvort þjónustuveitandinn er einkarekinn eða rekinn af almannafé. Hagsmunirnir sem þeim ber að verja eru alltaf hagsmunir sjúklinganna. Sá sem veitir bestu þjónustuna fyrir besta verðið er valinn. Þetta veitir ríkinu fullkomið frelsi til að ákveða sjálft hvaða þjónustu það vill veita þegnum sínum. Það býr hins vegar alltaf við aðhald frá einkageiranum þannig að ef einkageirinn getur boðið jafngóða eða betri þjónustu á lægra verði er samið við einkaaðilann. Annars er það einkaaðilinn sem verður undir í samkeppninni.

Það má vel sjá fyrir sér að hér á landi sé hægt að fara svipaða leið. Það þarf einfaldlega að skoða vandlega og af yfirvegun hvað geti mögulega hentað og ekki er víst að öllum hugnist leið Hollendinga að færa sjúkratrygginguna til tryggingarfélaga á markaði. Það má vel hugsa sér að hér á landi yrði það hlutverk Sjúkratrygginga Íslands að sjá alfarið um að kaupa þjónustuna. Veitendur þjónustunnar geta þá verið hvort heldur sem er hið opinbera eða einkaaðilar.

Þegar kostir og gallar einkarekinna lausna eru ræddir er sjálfsagt að það sé gert á opinskáan hátt og öllum steinum velt við. Það gerðu Hollendingar og tóku sér góðan tíma. Úr því að þeim tókst jafn vel upp og raun ber vitni gæti verið full ástæða til að skoða vel aðferðafræði þeirra. Það er eðlilegt að það sé rætt hvort einkarekin þjónustu geti mögulega haft neikvæð áhrif á þjónustuframboð þess opinbera. Hvort heldur um er að ræða einstakar sérhæfðar sérgreinar, mögulegan mönnunarvanda þess opinbera og svo framvegis. Þessi umræða verður hins vegar alltaf erfið og bjöguð ef hún getur ekki farið fram undir öðrum formerkjum en þeim að talsmönnum einkareksturs séu gerðar upp skoðanir og jafnvel annarlegar hvatir. Það er nefnilega til í alvörunni fólk sem heldur að hægt sé að bæta íslenska heilbrigðiskerfið með því „að gera eitthvað annað“ – og að þetta annað geti verið einkareknar lausnir.

# Tresiba® – Ný tegund insúlíns – 42 klukkustunda verkun, gefið einu sinni á dag[1]




**TRESIBA**
(deglúdekinsúlín)
**Grunninsúlín til meðferðar við sykursýki hjá fullorðnum og börnum frá 1 árs aldri[1]**

**LÆKKAR HbA$_{1c}$[1]**

- **Góð blóðsykursstjórn[1]**
- **Marktækt minni hætta á blóðsykursfalli að næturlagi samanborið við glargíninsúlín[2, 3]**
- **Sveigjanleg tímasetning lyfjagjafa þegar þörf krefur – einu sinni á dag[1]**

FlexTouch® og Tresiba (insulin degludec) eru skrásett vörumerki Novo Nordisk A/S

* Við meðferð með Tresiba náði yfir helmingur einstaklinga með sykursýki af tegund 2 HbA$_{1c}$ ≤53 mmól/mól (7%).[4] Í heimildum 2 og 3 náðist aðalendapunktur HbA$_{1c}$.







IS/TR/0716/0285 feb 2017

novo nordisk®

vistor
Umboðsaðili á Íslandi

TRESIBA®
deglúdekinsúlín

**Private hospitals and public**

Gudmundur Thorgeirsson
cardiologist at Landspitali, University Hospital,
and professor emeritus, University of Iceland

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.03.124



**Guðmundur Þorgeirsson**
hjartalæknir á Landspítala og
prófessor emeritus við Háskóla Íslands
*gudmth@landspitali.is*

RITSTJÓRNARGREIN

# Rekstrarform sjúkrahúsa

Tæpast er ofsagt að það sé útgangspunktur í samfélagssáttmála íslensku þjóðarinnar að allir eigi rétt á bestu heilbrigðisþjónustu sem völ er á hverju sinni, án tillits til stöðu, efnahags, aldurs, kyns, kynþáttar eða búsetu, og að kostnaðurinn sé að mestu greiddur úr sameiginlegum sjóðum landsmanna. Oft hefur gengið brösuglega að standa við þessa sáttargjörð. Samt stöndum við í aðalatriðum vel í alþjóðlegum samanburði. Hvort sem rætt er um almennar lífslíkur, ungbarnadauða, mæðradauða eða horfur eftir tiltekin áföll eða aðgerðir þá stöndum við framarlega. Árangur háskólastarfs í heilbrigðisvísindum, í menntun, kennslu og rannsóknum, er einnig alþjóðlega samkeppnisfær. Engu að síður er víða pottur brotinn. Árum saman hefur verið teflt á tæpasta vað með fjármögnun sem kemur niður á aðstöðu sjúklinga og starfsfólks og afköstum heilbrigðisstofnana. Samfélagssáttmálinn nýtur samt víðtæks stuðnings og fyrir síðustu kosningar var samstaða meðal stjórnmálamanna úr öllum flokkum um að fjárhagsleg innspýting í heilbrigðiskerfið væri óhjákvæmileg.

Nú stöndum við frammi fyrir þeirri spurningu hvort skynsamlegt sé að fara út í aukinn einkarekstur sjúkrahúss sem fengi samt rekstrarfé að mestu úr sameiginlegum sjóðum. Slíkt úrlausnarefni verður tæpast afgreitt ágreiningslaust og umræðan leiðir meðal annars fram skoðanir mótaðar af pólitískum sjónarmiðum og grundvallarlífsskoðunum. Það er að sjálfsögðu mikilvæg umræða sem mun standa um ókomin ár en má ekki yfirskyggja meginspurninguna: Hver er besta lausnin fyrir sjúklingana?

Það er löng og gamalgróin reynsla af einkarekstri í íslenskri heilbrigðisþjónustu, ekki einvörðungu þjónustu einyrkja meðal heimlislækna og sérfræðilækna, heldur einnig í spítalarekstri. Mikilvægt dæmi er Landkotsspítali sem stofnaður var og rekinn af einkaaðilum gagngert vegna þess að hvorki gekk né rak um stofnun Landspítala frá því fyrstu tillögur voru um hann fluttar á Alþingi árið 1892. Landakotsspítali var frá upphafi kennsluspítali og aðalsjúkrahús landsins allt til stofnunar Landspítala 1930.

Að mörgu leyti er góð reynsla af blönduðu kerfi einkareksturs og opinbers reksturs í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Til dæmis hafa sérfræðilæknar um árabil veitt skilvirka og hagkvæma þjónustu á einkareknum stofum og meðal annars bætt upp veilur í opinbera kerfinu, vanburðuga göngudeildarstarfsemi, undirmannaða heilsugæslu, sprungnar sjúkradeildir. Þarna hefur verið vettvangur fyrir frumkvæði lækna, nýjungar í þjónustu utan spítala og svo framvegis. Hins vegar hefur einnig komið fram, meðal annars í ábendingum landlæknis, að þetta kerfi eigi þátt í alvarlegu vandamáli sem sé undirmönnun sérfræðinga á Landspítalanum, sem sitji síðan uppi með alla þyngstu og sérhæfðustu þjónustuna, geti aldrei valið sér verkefni og hafi skilgreint háskóla- og forystuhlutverk. Launaþróun og þróun aðstöðu og vinnuskilyrða hafi leitt til þess að Landspítalinn standi höllum fæti í samkeppni um vinnuafl. Þar með sé vegið að undirstöðum alls kerfisins.

Í þessari umræðu er því óhjákvæmilegt að íhuga stöðu og hlutverk háskólaspítalans. Við komumst ekki hjá því að reka háskólaspítala. Á honum byggist í ríkum mæli framtíð íslenskrar heilbrigðisþjónustu. Svo vel vill til að háskólaspítalaformið, þessi samþætting þjónustu, kennslu og rannsókna í einni stofnun, er árangursríkt fyrirkomulag því þessir þættir styrkja hver annan og reynslan sýnir að háskólaspítalar eru alls staðar bestu spítalar í sínu umhverfi. Á Íslandi hlýtur háskólaspítalinn að taka að sér flóknustu, mannfrekustu og tæknivæddustu verkefnin en hér er íbúafjöldinn ekki nægur til að reka margar slíkar stofnanir. Eflaust mætti í auknum mæli flytja einfaldari verkefni út af háskólaspítalanum og sinna þeim á ódýrari hátt á einkareknum stofnunum. Því eru þó takmörk sett og alveg eins mætti hugsa sér að flytja einkarekna starfsemi inn á eða inn að háskólaspítalanum og reka hana þar í samstarfi öllum til hagsbóta. Það þekkist víða um heim. Að mínu mati er það hins vegar grundvallaratriði að slík þróun yrði hluti af heildarskipulagi. Einn af stærstu veikleikum íslenska heilbrigðiskerfisins er að það loðir tæpast saman. Í stað þess að vinna sem heild togast ýmsir þættir þess á og sjúklingar upplifa sig oft týnda í kerfinu eimitt þegar síst skyldi.

Mín niðurstaða er því þessi: Við verðum að byggja á opinbera kerfinu sem grundvelli, undirstöðu. Ekki vegna þess að einkarekstur hafi ekki margt gott gert, leyst fullt af vandamálum og geri enn. Heldur ekki vegna þess að opinbera kerfið hafi ekki oft klúðrað málum og stundum farið út á ystu nöf með allar aðstæður. Heldur vegna þess að opinbert kerfi er nauðsynlegur grundvöllur í litlu efnahagskerfi, sérstaklega þar sem kostnaðurinn á hvort sem er að greiðast að mestu úr opinberum sjóðum. Án hins opinbera kerfis getum við ekki rekið háskólaspítala, ekki þróað sérhæfðustu og tæknivæddustu stofnanirnar og ekki náð að þróa heilbrigðiskerfið sem raunverulegt kerfi með heildarhugsun, skýr markmið og samvinnu, allt í þágu sjúklinga dagsins í dag og dagsins á morgun líka. Í slíku kerfi er líka pláss fyrir einkarekstur eins og alltaf hefur verið, sérstaklega ef samvinna og heildarskipulag eru í lagi.

IS/TR/0716/02985 feb 2017

Colrefuz®
colchicine

# Lyf gegn þvagsýrugigt

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

Actavis / 619021




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

Sérlyfjatexti á bls. 123

Actavis

# Árangur gallblöðrutöku á sjúkrahúsinu á Akranesi 2003-2010

**Marta Rós Berndsen**[1] læknir, **Fritz Hendrik Berndsen**[2] læknir


## ÁGRIP

**Tilgangur**: Gallblöðrutaka er ein af algengustu aðgerðunum í almennum skurðlækningum. Tilgangur rannsóknarinnar var að meta árangur gallblöðrutöku á Heilbrigðisstofnun Vesturlands (HVE) á Akranesi.
**Efniviður og aðferðir**: Rannsóknin var afturskyggn og tók til allra sjúklinga sem gengust undir gallblöðrutöku á HVE á Akranesi frá 1. janúar 2003 til 31. desember 2010. Upplýsingum var safnað úr sjúkraskrám af á HVE Akranesi, Landspítala og Domus Medica.
**Niðurstöður**: 378 sjúklingar gengust undir gallblöðrutöku á tímabilinu, þar af 280 konur (74%) og var meðalaldur 49,6 ár. Aðgerðirnar voru að meirihluta valaðgerðir (87%) og var aðgerðartími 46 mínútur (miðgildi, bil: 17-240). Legutími var 2 dagar (miðgildi, bil: 1-31). Röntgenmyndataka af gallvegum í aðgerð var framkvæmd hjá 93 af 378 sjúklingum (25%). Röntgenrannsókn á gallvegum og brisgangi með holsjá var síðar framkvæmd hjá 22 af þeim 93 sjúklingum (23%) vegna gallsteina í megingallrás. Tveimur aðgerðum var breytt yfir í opna aðgerð (0,5%).Tíðni alvarlegra fylgikvilla var 2,4%, þar af fengu fjórir (1,1%) sjúklingar djúpa sýkingu og 5 (1,3%) fengu gallleka. Sjúklingar með sögu um gallblöðrubólgu voru marktækt líklegri til að fá alvarlega fylgikvilla (p=0,007). Enduraðgerð var framkvæmd hjá þremur sjúklingum vegna gallleka. Enginn sjúklingur hlaut alvarlegan skaða á gallrás. Enginn sjúklingur lést af völdum aðgerðar. Eftirlit var framkvæmt fjórum vikum eftir aðgerð hjá 254 sjúklingum (67%) en af þeim höfðu 13 (5%) væg einkenni frá kviðarholi.
**Ályktun:** Árangur af gallblöðrutökum á HVE á Akranesi er mjög góður og vel sambærilegur við árangur sem greint er frá í fyrri rannsóknum bæði hérlendis og erlendis.


### Inngangur

Gallsteinar eru algengt vandamál sem hefur aukist síðustu áratugi með vaxandi offitu.[1] 20-25% einstaklinga mynda gallsteina og samkvæmt rannsóknum gangast ríflega 30% þeirra undir gallblöðrutöku.[2,3] Af þeim sem gangast undir aðgerð er talið að um 80% fái bót meina sinna.

Flestar gallblöðrutökur eru gerðar sem valaðgerð hjá sjúklingum með þekkta einkennagefandi gallsteina eða sögu um fylgikvilla gallsteina eins og gallblöðrubólgu eða brisbólgu.[2] Bráðaaðgerðir eru yfirleitt gerðar á sjúklingum með fylgikvilla gallsteina eða ef einkenni gallsteina eru sérstaklega slæm og viðvarandi.[4,5]

Fyrsta gallblöðrutaka í gegnum kviðsjá á Íslandi var framkvæmd 1991 og varð aðgerðin fljótt algeng hérlendis.[6] Þegar skipt var frá opinni gallblöðrutöku yfir í kviðsjártækni jókst tíðni fylgikvilla þar sem skaði verður á megingallrás (*ductus hepaticus communis* og / eða *ductus choledochus*). Tíðni þessara áverka er ríflega helmingi hærri en við opnar aðgerðir, eða um 0,3-0,5%[7,8] og hefur árangur ekki batnað með árunum.[9,10] Árangur er betri hjá reyndum skurðlæknum og sumar rannsóknir hafa sýnt fram á betri árangur hjá þeim sem gera röntgenrannsókn af gallvegum í aðgerð (*intra-operative cholangiography,* IOC).[9,11,12]

Markmið þessarar rannsóknar var að meta árangur gallblöðrutöku á Heilbrigðisstofnun Vesturlands (HVE) á Akranesi og sérstaklega til að sannreyna að hann sé sambærilegur við árangur þeirra íslensku sjúkrahúsa sem framkvæma gallblöðrutökur (Sjúkrahús Akureyrar og Landspítala). Árangur var metinn með tilliti til aðgerðartíma, fylgikvilla, breytingar yfir í opna aðgerð og tíðni enduraðgerða.

### Efni og aðferðir

Þetta er afturskyggn rannsókn og stuðst var við gagnaöflun úr sjúkraskrám, svæfingarskýrslum og aðgerðarlýsingum. Skoðaðir voru allir fullorðnir sem gengust undir gallblöðrutöku á HVE á Akranesi á tímabilinu 1. janúar 2003 til 31. desember 2010. Eftirtalin atriði voru skráð: Kyn, aldur, einkenni fyrir aðgerð, bráða- eða valaðgerð, aðgerðartími, fylgikvillar í og eftir aðgerð, tíðni enduraðgerða og lengd dvalar. Einnig var farið yfir sjúkraskýrslur frá Landspítala þegar sjúklingar voru ekki af Vesturlandi. Farið var yfir líðan sjúklinga við fjögurra vikna eftirlit og hvort að óþægindi væru til staðar á þeim tíma.

Notuð var hefðbundin aðgerðartækni þar sem farið er opið inn í kvið neðan við nafla og síðan komið fyrir þremur öðrum vinnuportum. Byrjað er á að ná taki efst á gallblöðrunni og henni lyft upp. Því næst er neðsti hluti gallblöðru (*infundibulum)* frílagður sem og gallblöðrurás (*ductus cysticus*) og gallblöðruæð (*a. cystica*). Þegar líffærafræðin er tryggð eru gallblöðrurás og gallblöðruæð heftuð og tekin í sundur. Því næst er gallblaðran losuð frá lifrinni með gegnhitum (*diathermy*). Gallblaðran er tekin út úr kviðnum í gegnum naflaport og portum lokað.

Landfræðilega er Vesturland skilgreint sem sá landshluti sem nær frá Gilsfirði og Holtavörðuheiði í norðri og norðaustri til Hvalfjarðar í suðri. Hins vegar þjónar Heilbrigðisstofnun Vest-

[1]Sahlgrenska háskólasjúkrahúsinu, Gautaborg, Svíþjóð, [2]Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Akranesi.
Fyrirspurnum svarar Marta Rós Berndsen, *mrberndsen3@gmail.com*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.03.125

Greinin barst blaðinu 7. október 2016, samþykkt til birtingar 20. janúar 2017.

urlands einnig Strandasýslu, Vestur-Húnavatnssýslu og Austur-Barðastrandarsýslu. Höfuðborgarsvæðið er skilgreint sem landshlutinn frá botni Hvalfjarðar í norðri til Straumsvíkur sunnan Hafnarfjarðar í suðri. Innan höfuðborgarsvæðisins eru Landspítali og allar heilsugæslur höfuðborgarsvæðisins.

Viðhlítandi leyfi fengust frá Persónuvernd og vísindasiðanefnd. Upplýsingar voru skráðar á tölvutækt form í Filemaker pro 11. Rannsókn er lýsandi og er tölfræðileg úrvinnsla í samræmi við það með útreikningum á hlutföllum og 95% öryggismörkum. Notað var Fisher's exact próf til að meta gagnlíkindahlutfall (*Odds ratio*, OR) þess að fá alvarlega fylgikvilla. Miðað var við marktæknimörk p<0,05. Við tölfræðiútreikninga voru Excel og R studio forritin notuð.

## Niðurstöður

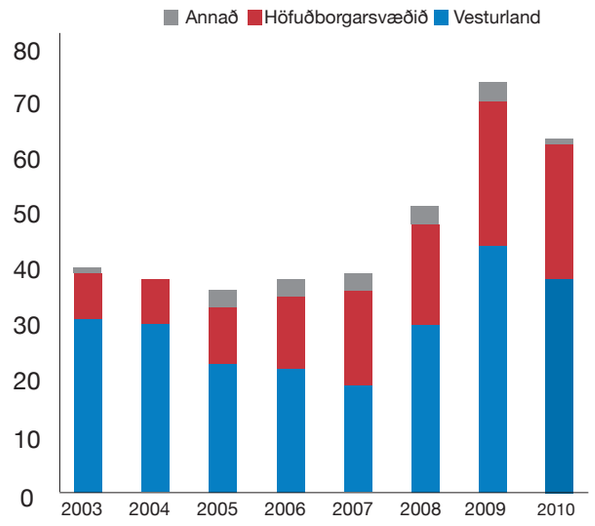
Framkvæmdar voru 378 gallblöðrutökur á 8 ára tímabili. Allar aðgerðir voru framkvæmdar af sama skurðlækni. Konur voru í meirihluta (74%) og var meðalaldur sjúklinga 49,6 ár (bil: 15-89 ár). Flestir sjúklingar voru lagðir inn (94%) og var miðgildi legutíma tveir dagar (bil: 1-31 dagur). Fyrstu árin voru flestir sjúklingar frá Vesturlandi en hlutfall sjúklinga af höfuðborgarsvæðinu jókst á tímabilinu og var síðustu árin um 40% (mynd 1).

Ábending fyrir aðgerð var í flestum tilfellum gallsteinaverkir þar sem gallsteinar voru staðfestir á ómun (281 einstaklingur, 74%). Aðrir, 90 sjúklingar (24%), höfðu sögu um fylgikvilla gallsteina en þar var bráð gallblöðrubólga algengust (79%) en einnig brisbólga af völdum gallsteina (21%). Hjá 7 sjúklingum (2%) var um ódæmigerða gallsteinaverki að ræða. Allir nema einn þeirra voru með gallsteina á ómun en hjá þeim sem var gallsteinalaus sýndi HIDA-skann fram á vanstarfsemi í gallblöðru. Valaðgerðir voru í meirihluta, 329 (87%) en 49 bráðaaðgerðir voru framkvæmdar á tímabilinu. Miðgildi aðgerðartíma var 46 mínútur (bil: 17-240 mínútur) en með röntgenmyndatöku af gallvegum í aðgerð var miðgildi aðgerðartíma 63 mínútur (bil: 36-170 mínútur).

Tekin var röntgenmynd af gallvegum í aðgerð hjá 93 sjúklingum (25%). Algengasta ábendingin fyrir þeirri rannsókn var hækkun á lifrarprófum, saga um brisbólgu og ef líffærafræði var óljós í aðgerð. Af þeim 97 einstaklingum sem voru með sögu um hækkun á lifrarprófum höfðu 12 manns farið í röntgenrannsókn á gallvegum og brisgangi með holsjá (*Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography*, ERCP) með totuskurði (*sphincterotomy*) fyrir aðgerð. Af þeim 93 þar sem röntgenmyndataka af gallvegum var framkvæmd í aðgerð, greindust 22 (23%) með steina í gallrás og fóru þeir í kjölfarið í röntgenrannsókn á gallvegum og brisgangi með holsjá. Einn greindist með stein í gallrás eftir aðgerð þar sem ekki hafði verið tekin röntgenmynd af gallvegum í aðgerð (0,3%).

Allar aðgerðir nema þrjár voru gerðar gegnum kviðsjá. Tveimur aðgerðum var breytt í opna aðgerð vegna bólgu og samvaxta (0,5%) og ein aðgerð var gerð opin frá upphafi vegna sögu um aðgerð á maga (*Billroth II)* og þekktra steina í gallrás. Tafla I sýnir samanburð á tíðni bráðaaðgerða, aðgerðartíma, tíðni röntgenrannsókna og breytingu yfir í opna aðgerð milli rannsókna hérlendis[13,14] og sænska gagnagrunnsins GallRiks.[15]

Allar gallblöðrurnar voru sendar í vefjagreiningu. Af valaðgerðum voru flestir með langvinna gallblöðrubólgu. Af þeim sem




**Mynd 1.** *Fjöldi sjúklinga eftir búsetu á rannsóknartímabilinu.*

gengust undir bráðaaðgerð voru 65% með bráða gallblöðrubólgu samkvæmt vefjagreiningu (sjá töflu II). Tólf sjúklingar voru með aðrar greiningar og var helmingur þeirra með eðlilega gallblöðru í vefjagreiningu og hinn helmingurinn var með sjaldgæfari greiningar.

Heildartíðni fylgikvilla var 5,5% en meiriháttar fylgikvillar greindust hjá 9 sjúklingum (2,4%). Fimm sjúklingar (1,3%) voru með gallleka og var gerð enduraðgerð hjá þremur þeirra. Eftirfarandi er lýsing á sjúklingunum sem fengu gallleka: Sjúklingur eitt fékk kviðverki á fjórða degi eftir aðgerð og fór í röntgenrannsókn á gallvegum og brisgangi með holsjá og fékk stoðnet auk þess sem hann fékk kera gegnum húð. Sjúklingur tvö var með auka gallganga í lifrarbeði (*ducts of Luschka*) og fór hann í enduraðgerð í tvígang þar sem saumað var yfir ganga í lifrarbeði. Á sjúklingi þrjú var gerð erfið aðgerð vegna bólgu og síðan enduraðgerð fjórum dögum síðar þar sem gallleki reyndist vera frá stúf gallblöðrugangs. Tölvusneiðmynd sýndi einnig stein í gallrás og fór hann því í röntgenrannsókn á gallvegum og brisgangi með holsjá þar sem steinn var fjarlægður og hann fékk stoðnet. Sjúklingur fjögur reyndist vera með leka frá aukagangi og undirgekkst enduraðgerð og fékk kera. Hjá sjúklingi fimm var mikil bólga á aðgerðarsvæði og fékk hann kera í aðgerð. Gall kom í kerann í nokkra daga en hætti sjálfkrafa og var keri fjarlægður án vandkvæða.

Fjórir sjúklingar (1,1%) fengu djúpa sýkingu. Enginn sjúklingur varð fyrir blæðingu eða skaða á megingallrás og enginn lést í kjölfar aðgerðar. Í töflu III er tíðni fylgikvilla borin saman við hérlendar rannsóknir og GallRiks.

Í töflu IV eru þeir 9 sjúklingar sem fengu alvarlega fylgikvilla bornir saman við þá sem ekki fengu alvarlega fylgikvilla. Þeir sjúklingar sem höfðu fengið gallblöðrubólgu áður voru marktækt líklegri til að fá alvarlega fylgikvilla, borið saman við þá sem voru eingöngu með sögu um gallsteinaverki (gagnlíkindahlutfall, OR: 6,7 p=0,007). Ekki var marktækur munur á hvort um bráða- eða valaðgerð var að ræða eða hvort gerð hafi verið röntgenmyndataka af gallvegum í aðgerð.

**Tafla I.** *Samanburður á tíðni bráðaaðgerða, aðgerðartíma, breytingar yfir í opna aðgerð og tíðni röntgenmyndatöku af gallvegum í aðgerð milli rannsókna hérlendis og sænska gagnagrunnsins GallRiks. Númerin vísa til heimilda við greinina.*

| | Akranes n=378 | LSH[13] n=1008 | FSA[14] n=400 | GallRiks[15] n=11.959 |
|---|---|---|---|---|
| Bráðaaðgerðir (%) | 13 | 57 | 10,3 | 31 |
| Aðgerðartími (mínútur) | 46 | - | 73 | 87 |
| Breytt í opna aðgerð (%) | 0,5 | 10,5 | 4 | 7,1 |
| Röntgenmyndataka af gallvegum í aðgerð (%) | 25 | - | 2,8 | 92 |

Af minniháttar fylgikvillum fengu tveir sjúklingar margúl (0,5%), fjórir sýkingu í skurðsár (1,1%) og tveir lungnabólgu (0,5%).

67% sjúklinga mættu í fjögurra vikna eftirlit og 5% þeirra höfðu væg óþægindi í kviði, 85% þeirra voru konur. Ekki var skilgreint hvort það væru sömu einkenni og fyrir aðgerð eða óþægindi vegna aðgerðar.

Einn dagdeildarsjúklingur var lagður í sólarhring inn á slysa- og bráðadeild í Fossvogi vegna ógleði eftir aðgerð. Það var eini sjúklingurinn í rannsókninni sem leitaði á Landspítala í kjölfar aðgerðar.

## Umræða

Sýnt hefur verið fram á góðan árangur af gallblöðrutökum á HVE á Akranesi og er hann vel sambærilegur við árangur hérlendis og erlendis.[13,14,16] Tíðni fylgikvilla og enduraðgerða var lág og sjaldan þurfti að breyta yfir í opna aðgerð.

Á rannsóknartímabilinu var ekki byrjað að framkvæma gallblöðrutökur á dagdeild en það var tekið upp árið 2011. Hins vegar hafa rannsóknir sýnt fram á að árangur aðgerða bæði með tilliti til endurinnlagna og fylgikvilla er svipaður hvort sem sjúklingar leggjast inn eða útskrifast samdægurs.[10]

Eftir að farið var að framkvæma gallblöðrutökur gegnum kviðsjá hefur tíðni aðgerða víðast hvar aukist verulega.[17,18] Þess vegna er mikilvægt að ábendingar fyrir aðgerð séu greinargóðar en í okkar rannsókn var ábending fyrir aðgerð í 75% tilfella gallsteinaverkir og í 24% tilfella saga um fylgikvilla gallsteina. Það er mjög svipað og sést í Svíþjóð samkvæmt GallRiks.[15]

Hlutfall sjúklinga sem komu af höfuðborgarsvæðinu jókst jafnt og þétt á rannsóknartímabilinu. Mikilvægt er að nýta kragasjúkrahús eins og HVE á Akranesi til að minnka bið sjúklinga eftir aðgerð sem getur verið löng á Landspítala.

**Tafla II.** *Samanburður á niðurstöðum vefjagreiningar eftir því hvort um var að ræða val- eða bráðaaðgerð. Fjöldi og hlutfall, n (%).*

| | Valaðgerð n=329 | Bráðaðgerð n=49 |
|---|---|---|
| Langvinn gallblöðrubólga | 291 (88) | 17 (35) |
| Bráð gallblöðrubólga | 26 (8) | 32 (65) |
| Önnur greining | 12 (4) | |

**Tafla III.** *Samanburður á fylgikvillum aðgerða milli rannsókna hérlendis og sænska gagnagrunnsins GallRiks, hlutfall.*

| | Akranes n=378 | LSH n=1008 | FSA n=400 | GallRiks n=11.959 |
|---|---|---|---|---|
| Meiriháttar fylgikvillar | 2,4 | 5,3 | 4,7 | 5,1 |
| Gallleki | 1,3 | 2,3 | 0,8 | 1,3 |
| Enduraðgerð | 0,8 | 2,2 | 1 | - |
| Djúp sýking | 1,1 | 1,3 | 1 | 1,5 |
| Skaði á gallrás | 0 | 0,2 | 0 | 0,4 |
| Blæðing | 0 | 2,0 | 0,8 | 1,6 |
| Dauði | 0 | 0,3 | 0,5 | 0,2 |

Þegar árangur er borinn saman við rannsóknir hérlendis (tafla I) er aðallega um tvær birtar rannsóknir að ræða. Árið 2004 var birt grein í *Læknablaðinu* um fyrstu 1008 aðgerðirnar á Landspítala sem voru framkvæmdar á árunum 1991-1998. Reyndist tíðni alvarlegra áverka á gallganga vera 0,2% í þeirri rannsókn.[13] Bráðaaðgerðir voru gríðarlega algengar, eða um 60% aðgerða, sem er mjög óvanalegt en þær eru oftast um 25-30% aðgerða[11,15] eins og sést í okkar rannsókn. Í Landspítala-rannsóknninni voru þó einungis 11% sjúklinga með lokagreininguna bráð gallblöðrubólga sem bendir til þess að margir þeirra sem leituðu læknis með gallsteinaverki hafi verið teknir í bráðaaðgerð í stað þess að fara á biðlista fyrir valaðgerð. Margar rannsóknir hafa sýnt fram á aukna dánartíðni og hærri tíðni fylgikvilla í bráðaaðgerðum miðað við valaðgerðir.[11,16] Hins vegar eru flestir sammála um að gera bráðaaðgerð ef sjúklingur kemur inn með stutta sögu (<72 klukkutíma) um bráða gallblöðrubólgu.[4,5]

Í framskyggnri rannsókn á fyrstu 400 aðgerðunum á Sjúkrahúsi Akureyrar reyndist tíðni minni- og meiriháttar fylgikvilla vera 10%. Algengustu fylgikvillarnir voru sýkingar og gallleki en ekki greindist skaði á gallrás í þeirri rannsókn.[14]

Eins og áður segir var heildartíðni fylgikvilla í okkar rannsókn 5,5% og alvarlegir fylgikvillar greindust hjá 9 sjúklingum (2,4%) (sjá töflu III). Enginn áverki var á megingallrás en fjórir sjúklingar fengu djúpa sýkingu og fimm sjúklingar greindust með gallleka. Í töflu IV sést að sjúklingar sem fengu alvarlega fylgikvilla voru marktækt líklegri til að hafa sögu um gallblöðrubólgu miðað við gallsteinaverki (OR: 6,7, p=0,007). Nýleg sænsk rannsókn hefur einnig sýnt fram á þetta samband.[19] Ekki var hægt að sýna fram á marktækan mun eftir því hvort um bráða- eða valaðgerð var að ræða en eins og áður var getið hafa aðrar rannsóknir sýnt fram á aukna tíðni fylgikvilla eftir bráðaaðgerðir.[11,16]

Skaði á megingallrás er sá fylgikvilli gallblöðrutöku sem skurðlæknar óttast mest. Nýleg rannsókn sýndi fram á 20,8% langtíma-dánartíðni eftir skaða á gallrás sem krafðist aðgerðar. Það er 8,8% hærri dánartíðni en í aldursstöðluðu þýði.[20]

Ekki eru allir sammála um hvort eigi að gera röntgenmyndatöku af gallvegum í aðgerð og nýleg samantekt sýndi að helmingur rannsókna sýndi lægri tíðni alvarlegra skaða á megingallrás á meðan hinn helmingurinn náði ekki að sýna fram á mun.[21] Í okkar rannsókn sást ekki munur á tíðni alvarlegra fylgikvilla eftir því hvort röntgenmyndataka af gallvegum í aðgerð var framkvæmd eða ekki (tafla IV). Samkvæmt GallRiks er röntgenmyndataka af gallvegum í aðgerð framkvæmd, eða tilraun gerð til þess að fram-

**Tafla IV.** *Sjúklingum skipt eftir því hvort þeir fengu alvarlega fylgikvilla (gallleka eða blæðingu) eða ekki. Hóparnir voru bornir saman með Fisher's exact prófi og gagnlíkindahlutfall (OR) og p-gildi reiknað.*

| | Án fylgikvilla (n=369) | Fylgikvillar (n=9) | OR (95%CI) | P-gildi |
|---|---|---|---|---|
| Ábending | | | | |
| Gallsteinaverkir | 278 | 3 | | |
| Saga um gallblöðrubólgu | 84 | 6 | 6,7(1,4-42) | 0,007 |
| Tegund aðgerðar | | | | |
| Valaðgerð | 321 | 8 | | |
| Bráðaaðgerð | 48 | 1 | 0,83(0,02-6,5) | ns |
| Röntgenmyndataka af gallvegum í aðgerð | 90 | 3 | 1,54 (0,2-7,4) | ns |

kvæma hana í 93% aðgerða í Svíþjóð.[15] Þeir hafa sýnt fram á minni áhættu á skaða á megingallrás ef röngenmyndatakan er framkvæmd þegar sjúklingur er með eða hefur sögu um bráða gallblöðrubólgu (OR: 0,48).[22] Kostur þess að gera röntgenmyndatöku af gallvegum í aðgerð er einnig að í um 90% tilfella uppgötvast skaði á megingallrás í aðgerð og er þá hægt að lagfæra skaðann í aðgerðinni.[23] Í okkar rannsókn var röntgenmyndataka af gallvegum í aðgerð framkvæmd ef sjúklingur hafði sögu um hækkun á lifrarprófum, sögu um brisbólgu af völdum gallsteina eða ef líffærafræðin var óljós í aðgerðinni og var það hjá 93 sjúklingum, eða í 25% tilfella. Af þeim greindist steinn í megingallrás í 22 tilfellum og eru það 5,8% allra sjúklinga sem gengust undir gallblöðrutöku. Nýleg íslensk rannsókn[24] sýndi fram á að 2-3% af þeim sem gangast undir gallblöðrutöku á Landspítala greinast síðar meir með gallstein í megingallrás. Á Landspítala er röntgenmyndataka af gallvegum í aðgerð sjaldan framkvæmd en sjúklingar frekar unnir upp með myndgreiningu (ómun af gallvegum eða segulómun af gallrás og brisrás (*Magnetice Resonance Cholangiopancreatography,* MRCP) fyrir eða eftir aðgerð ef einkenni benda til gallsteina í megingallrás. Einungis tæpur fjórðungur sjúklinga sem greindist með gallstein í megingallrás eftir gallblöðrutöku hafði einkenni sem bentu til þess fyrir aðgerð. Í rannsókninni er því talið að það megi með góðu móti meðhöndla flesta sjúklinga með gallrásarsteina eftir gallblöðutöku án skurðaðgerðar með röntgenrannsókn á gallvegum og brisgangi með holsjá. Einnig er bent á að það þurfi að taka tillit til þess að röntgenmyndataka af gallvegum í aðgerð getur leitt til fylgikvilla eins og bandvefsmyndunar í gallrás auk þess sem hún lengir aðgerðartíma.

Helstu gallar þessarar rannsóknar eru að hún er afturskyggn og sjúklingar eru frekar fáir. Hlutfall þeirra sem mættu í fjögurra vikna eftirlit var einungis 67% sem verður að teljast lágt en getur bent til að sjúklingar séu orðnir einkennalausir og telji sig ekki hafa þörf á eftirliti. Einnig er óvíst hvort við höfum náð að nálgast upplýsingar um alla fylgikvilla, sérstaklega þá sem greinast á heilsugæslu eins og til dæmis sárasýkingar. Við teljum þó að þar sem farið var yfir sjúkraskýrslur frá Vesturlandi höfum við fundið alla fylgikvilla hjá þeim sjúklingum. Hins vegar var rafræna kerfið á heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins ekki samtengt kerfinu á Landspítala þegar rannsóknin var unnin og því var ekki hægt að nálgast upplýsingar þaðan.

Árangur gallblöðrutöku á HVE á Akranesi er mjög góður. Aðgerðartími er stuttur og tíðni fylgikvilla og enduraðgerða lág. Hlutfall sjúklinga af höfuðborgarsvæðinu hefur aukist jafnt og þétt og því er mikilvægt að viðhalda þessari góðu starfsemi til að létta undir starfsemi Landspítala.

### Þakkir

Við viljum þakka læknariturum á Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi fyrir hjálp við að safna saman sjúkraskrám. Við viljum einnig þakka Tölfræðiráðgjöf heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands fyrir veitta aðstoð.

## ENGLISH SUMMARY

### Results of cholecystectomies 2003-2010 in a small hospital in Iceland

Marta Rós Berndsen[1], Fritz Hendrik Berndsen[2]

**Aim**: Cholecystectomy is a common procedure in general surgery. The aim of this study was to retrospectivly assess the results of cholecystectomies performed in Akranes Hospital (AH), a small hospital in Iceland.
**Material and methods:** This retrospective study included all patients that underwent a cholecystectomy in AH from 1 January 2003 to 31 December 2010. Patient records were reviewed from AH, as well as from Landspitali University Hospital and Domus Medica.
**Results:** 378 operations were performed. 74% of the patients were women and the mean age was 49.6 years. The majority of operations were elective (87%) and the median operative time was 46 minutes (range: 17-240). The median length of stay was 2 days (range: 1-31). Intra-operative cholangiography (IOC) was performed in 93 of 378 patients (25%). Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP, was performed consecutively in 22 of those 93 patients (23%). The conversion rate to open surgery was 0.5%. The rate of serious complications was 2.4% of which four (1.1%) patients had a deep infection and 5 (1.3%) had a bile leakage postoperatively. Patients with cholecystitis had an increased risk of serious complications (p=0.007). Reoperation was performed on three patients who had bile leakage. No patient had a serious bile duct injury and mortality was 0%. 254 (67%) patients had 4 week control postoperatively where 13 patients (5%) had mild gastrointestinal symptoms.
**Conclusion:** The results of cholecystectomies in AH are very good and comparable to the results of national and international studies.

[1]*Sahlgrenska, Göteborg, Sweden,* [2]*Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Akranesi.*

**Key words:** *laparoscopic cholecystectomy, intra-operative cholangiography, choledocholithiasis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, complications.*

**Correspondence:** *Marta Rós Berndsen, mrberndsen3@gmail.com*

## Heimildir


1. Feakins RM. Obesity and metabolic syndrome: pathological effects on the gastrointestinal tract. Histopathology 2016; 68: 630-40.
2. Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecystitis. J Long Term Eff Med Implants 2005; 15: 329-38.
3. Attili AF, De Santis A, Capri R, Repice AM, Maselli S. The natural history of gallstones: the GREPCO experience. The GREPCO Group. Hepatology 1995; 21: 655-60.
4. Casillas RA, Yegiyants S, Collins JC. Early laparoscopic cholecystectomy is the preferred management of acute cholecystitis. Arch Surg 2008; 143: 533-7.
5. Bouassida M, Hamzaoui L, Mroua B, Chtourou MF, Zribi S, Mighri MM, et al. Should acute cholecystitis be operated in the 24 h following symptom onset? A retrospective cohort study. Int J Surg 2016; 25: 88-90.
6. Bjarnadóttir R, Gunnlaugsson G. Gallblöðrutökur um kviðsjá: Fyrstu 100 tilfellin á Borgarspítala. Læknablaðið 1994; 80: 22-31.
7. Berci G, Morgenstern L. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg 1995; 180: 638-9.
8. Roslyn JJ, Binns GS, Hughes EF, Saunders-Kirkwood K, Zinner MJ, Cates JA. Open cholecystectomy. A contemporary analysis of 42,474 patients. Ann Surg 1993; 218: 129-37.
9. Alvarez FA, de Santibañes M, Palavecino M, Sánchez Clariá R, Mazza O, Arbues G, et al. Impact of routine intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy on bile duct injury. Br J Surg 2014; 101: 677-84.
10. Rothman JP, Burcharth J, Pommergaard H-C, Bardram L, Liljekvist MS, Rosenberg J. The quality of cholecystectomy in Denmark has improved over 6-year period. Langenbecks Arch Surg 2015; 400: 735-40.
11. Hobbs MS, Mai Q, Knuiman MW, Fletcher DR, Ridout SC. Surgeon experience and trends in intraoperative complications in laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 2006; 93: 844-53.
12. Flum DR, Dellinger EP, Cheadle A, Chan L, Koepsell T. Intraoperative cholangiography and risk of common bile duct injury during cholecystectomy. JAMA 2003; 289: 1639-44.
13. Viktorsdóttir Ó, Blöndal S, Magnússon J. Tíðni alvarlegra fylgikvilla gallkögunar. Niðurstöður fyrstu 1008 aðgerða á Landspítala. Læknablaðið 2004; 90: 487-90.
14. Arnarson A, Hauksson H, Marteinsson V, Albertsson S, Datye S. Gallblöðrunám með kviðsjártækni. Fyrstu 400 tilfellin á FSA. Læknablaðið; 89: 35-40.
15. GallRiks. ucr.uu.se/gallriks/- nóvember 2016.
16. McMahon AJ, Fischbacher CM, Frame SH, MacLeod MC. Impact of laparoscopic cholecystectomy: a population-based study. Lancet 2000; 356: 1632-7.
17. Cohen MM, Young W, Thériault ME, Hernandez R. Has laparoscopic cholecystectomy changed patterns of practice and patient outcome in Ontario? CMAJ 1996; 154: 491-500.
18. Lam CM, Murray FE, Cuschieri A. Increased cholecystectomy rate after the introduction of laparoscopic cholecystectomy in Scotland. Gut 1996; 38: 282-4.
19. Törnqvist B, Waage A, Zheng Z, Ye W, Nilsson M. Severity of Acute Cholecystitis and Risk of Iatrogenic Bile Duct Injury During Cholecystectomy, a Population-Based Case-Control Study. World J Surg 2016; 40: 1060-7.
20. Halbert C, Altieri MS, Yang J, Meng Z, Chen H, Talamini M, et al. Long-term outcomes of patients with common bile duct injury following laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 2016; 10: 4294-9.
21. Slim K, Martin G. Does routine intra-operative cholangiography reduce the risk of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy? An evidence-based approach. J Visc Surg 2013; 150: 321-4.
22. Törnqvist B, Strömberg C, Akre O, Enochsson L, Nilsson M. Selective intraoperative cholangiography and risk of bile duct injury during cholecystectomy. Br J Surg 2015; 102: 952-8.
23. Rystedt J, Lindell G, Montgomery A. Bile Duct Injuries Associated With 55,134 Cholecystectomies: Treatment and Outcome from a National Perspective. World J Surg 2016; 40: 73-80.
24. Steinarsdóttir T, Valsdóttir EB, Möller PH. Gallrásarsteinar eftir gallblöðrutöku á Landspítala 2008-2011. Læknablaðið 2015; 101: 299-303.



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

▼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™
mirabegron

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

**Samantekt á eiginleikum lyfs – Styttur texti SPC**

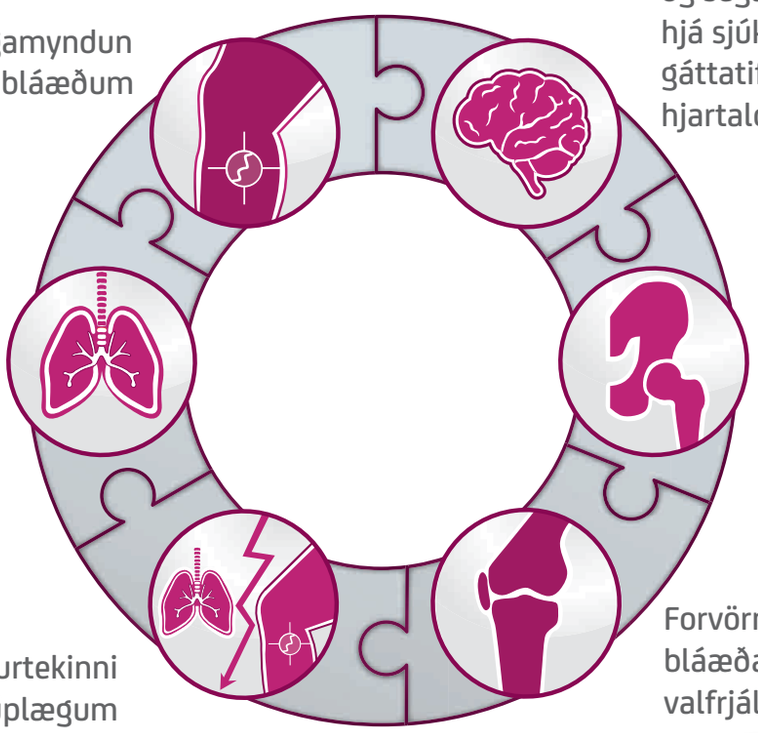
**Heiti lyfs:** Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar**: Hver tafla inniheldur 25 mg eða 50 mg af mirabegroni. **Ábendingar**: Meðferð við einkennum, þ.e. bráðaþörf, aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðaþvagleka sem geta komið fyrir hjá fullorðnum sjúklingum með heilkenni 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. 7.351, 50mg kr. 7.351, ; 90 stk: 25mg kr. 19.191, 50mg kr. 19.191. Forðatöflur, glas 90 stk: 50 mg kr. 19.191. *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.

astellas
Leading Light for Life

# 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]

Sérlyfjatexti á bls. 154

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

**Maí 2016**
PFI-16-11-04 EUAPI759

Bristol-Myers Squibb Pfizer

# Meðferð lifrarbólgu C með peg-interferóni og ríbavíríni á Íslandi 2002-2012

**Benedikt Friðriksson**[1] læknir, **Óttar Már Bergmann**[2] læknir, **Sigurður Ólafsson**[2] læknir


## ÁGRIP

**Inngangur**: Lifrarbólga C er ein algengasta orsök langvinns lifrarsjúkdóms og skorpulifrar á Vesturlöndum. Lyfjameðferð beinist að því að uppræta veiruna og sjúklingar teljast læknaðir ef RNA veirunnar er ekki mælanlegt í sermi 12-24 vikum eftir að meðferð lýkur. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna árangur lyfjameðferðar við lifrarbólgu C á Íslandi á árunum 2002-2012.

**Efniviður og aðferðir**: Rannsóknin er afturskyggn og náði til allra sjúklinga með lifrarbólgu C sem voru meðhöndlaðir með peg-interferóni og ríbavíríni á tímabilinu 2002 til 2012 á Landspítala og höfðu ekki fengið meðferð áður. Upplýsingar voru fengnar úr sjúkraskrám og frá apóteki Landspítala.

**Niðurstöður**: Sjúklingar voru alls 207, 136 karlar (66%) og 71 kona (34%). Meðalaldur við upphaf meðferðar var 38 ár (bil 17-66). 71 sjúklingur (34%) hafði veiru af arfgerð 1, 135 (65%) höfðu arfgerð 3 og einn arfgerð 2. Hjá 147 sjúklingum (71%) sem hófu meðferð náðist að uppræta veiruna. Sjúklingar með veiru af arfgerð 3 læknuðust í 77,8% tilvika og sjúklingar með arfgerð 1 í 57,7% tilvika. Sjúklingar eldri en 45 ára læknuðust í 53% tilvika en yngri sjúklingar læknuðust í 78% tilvika. Níu sjúklingar (4%) voru með skorpulifur og þriðjungur þeirra losnaði við veiruna. Alls lauk 161 sjúklingur meðferð samkvæmt áætlun, af henni hlaust lækning hjá 87,5% sjúklinga með arfgerð 3 og 77,1% sjúklinga með arfgerð 1.

**Ályktanir**: Niðurstöður rannsóknarinnar sýna nokkru betri árangur meðferðar á Íslandi miðað við erlendar rannsóknir. Góður árangur gæti að hluta skýrst af lágum aldri sjúklinga, hlutfallslega fáum með skorpulifur og þéttu utanumhaldi við greiningu og meðferð sjúkdómsins.


### Inngangur

Lifrarbólga C er ein algengasta orsök langvinns lifrarsjúkdóms á Vesturlöndum. Meirihluti þeirra sem smitast fá langvinna lifrarbólgu sem leitt getur til skorpulifrar og lifrarfrumukrabbameins.[1] Talið er að um 170 milljónir manna um allan heim hafi langvinna lifrarbólgu C en algengi og nýgengi er mjög misjafnt milli heimshluta. Stærsti áhættuhópurinn fyrir lifrarbólgu C er fólk sem sprautar sig með vímuefnum en aðrar smitleiðir eru þekktar, svo sem blóðgjöf fyrir tíma skimunar.[1]

Lyfjameðferð við lifrarbólgu C beinist að því að uppræta veiruna hjá viðkomandi einstaklingi. Ef veira er ekki mælanleg í sermi 12-24 vikum eftir lok lyfjameðferðar telst veiran upprætt (varanleg veirusvörun, *sustained virological response*). Rannsóknir hafa sýnt að viðvarandi veirusvörun dregur úr hættu á þróun skorpulifrar, fylgikvillum skorpulifrar og lifrarfrumukrabbameini og eykur lífslíkur.[2]

Mikil framþróun hefur átt sér stað í lyfjameðferð lifrarbólgu C. Ný kynslóð lyfja með beina verkun á veiruna hefur nú umbylt meðferðinni[3-8] og notkun þeirra er hafin á Íslandi. Á því tímabili sem þessi rannsóknin nær til var staðalmeðferð við sjúkdómnum samsett meðferð með peg-interferóni alfa, gefnu vikulega í sprautuformi, og ríbavíríni sem gefið er um munn.[9] Stórar fjölþjóðlegar klínískar rannsóknir sýndu að um 55% sjúklinga fengu viðvarandi veirusvörun.[10-12] Árangur var mismunandi eftir arfgerðum veirunnar þar sem veirusvörun var um 45% hjá sjúklingum með arfgerð 1 en allt að 70% hjá arfgerð 3.[11,13] Slíkar rannsóknir eru gerðar undir stýrðum kringumstæðum og með völdum sjúklingahópum. Ekki er gefið að hægt sé að ná sama árangri þegar meðferðinni er beitt utan klínískra rannsókna í samfélaginu.

Algengi lifrarbólgu C á Íslandi er talið vera innan við 0,5% sem er lágt í samanburði við mörg önnur lönd en sambærilegt við önnur Norðurlönd.[14] Talið er að sjúkdómurinn hafi fyrst breiðst út hér meðal fólks sem sprautar sig með vímuefnum eftir 1980.[15] Lyfjameðferð sjúklinga með lifrarbólgu C hefur, með örfáum undantekningum, verið í umsjón lækna á Landspítala.

Markmið þessarar rannsóknar er að meta árangur af peg-interferón- og ríbavírínmeðferð við lifrarbólgu C á Íslandi.

### Efniviður og aðferðir

Rannsóknin er afturskyggn. Rannsóknarþýðið eru allir sjúklingar smitaðir af lifrarbólgu C sem fengu meðferð með peg-interferóni alfa og ríbavíríni á Landspítala 2002-2012. Sjúklingar voru hafðir með í rannsókninni ef þeir höfðu fengið að minnsta kosti einn skammt af lyfjunum. Sjúklingar sem hófu meðferð fyrir 2002, sjúklingar sem voru meðhöndlaðir annars staðar á landinu og sjúklingar sem luku meðferð eftir 2012 eru ekki í rannsóknarhópnum. Sjúklingar voru ekki kallaðir aukalega inn í viðtöl eða blóðprufur í tengslum við rannsóknina. Gagna var aflað úr sjúkraskrám og þau skráð í Excel. Einnig var stuðst við gögn frá sjúkrahúsapóteki Landspítala. Eftirtaldar breytur voru skráðar: kyn, aldur við upphaf meðferðar, aldur við smit, smitleið, áætlaður smittími fram að

[1]Lyflæknissviði, [2]meltingarlækningaeiningu Landspítala.
Fyrirspurnum svarar Sigurður Ólafsson, *sigurdol@landspitali.is*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.03.126

Greinin barst blaðinu 7. október 2016, samþykkt til birtingar 7. febrúar 2017.

meðferð, veirumagn í blóði við upphaf meðferðar, smit af lifrarbólgu B eða HIV, arfgerð lifrarbólguveiru C, niðurstaða vefjagreiningar á lifrarsýni, upphaf og tímalengd meðferðar, ástæður fyrir að meðferð var hætt og aukaverkanir meðferðar ef þær urðu þess valdandi að meðferð var hætt eða að sjúklingur þurfti að leggjast inn á spítala. Þá voru skráðar niðurstöður arfgerðargreiningar og lifrarbólguveiru C –RNA-mælinga eftir fjórar, 12 og 24 vikur á meðferð, einnig við lok meðferðar og 24 vikum eftir að meðferð lauk hjá þeim sem voru RNA-neikvæðir við lok meðferðar.

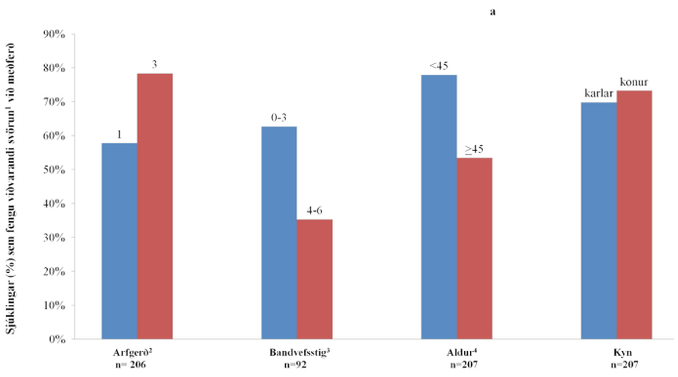
Pegýlerað interferón alfa-2a (Pegasys®, Roche A/S, Basel Sviss) var gefið vikulega undir húð í föstum skammti, 180 µg. Ríbavírin (Copegus®, Roche) var gefið daglega um munn, annaðhvort í föstum skammti (arfgerð 2 og 3) eða eftir líkamsþyngd (arfgerð 1). Lengd meðferðar var áætluð 48 vikur fyrir arfgerð 1 og 24 vikur fyrir arfgerð 2 og 3. Hætt var við meðferð hjá þeim einstaklingum sem höfðu arfgerð 1 og náðu ekki snemmsvörun á veirumagni, sem var skilgreind sem að minnsta kosti 2-log lækkun (99%) á RNA frá grunngildi eftir 12 vikna meðferð, og hjá þeim sem ekki voru RNA-neikvæðir eftir 24 vikur. Ef sjúklingar voru lifrarbólguveiru C –RNA-neikvæðir við lok meðferðar var mælingin endurtekin að minnsta kosti 24 vikum síðar og ef hún var neikvæð þá, taldist svörunin varanleg. Varanleg veirusvörun þýðir að veiran hefur verið upprætt og er talin ígildi lækningar.[16,17]

Árangur meðferðar á mismunandi arfgerðum veirunnar var metinn sérstaklega hjá þeim sem hófu meðferð (*intention-to-treat analysis*) og hjá þeim sem luku meðferð samkvæmt meðferðaráætlun (*per-protocol analysis*). Leyfi fyrir rannsókninni fengust hjá siðanefnd Landspítala (leyfisnúmer: 40/212) og Persónuvernd (tilv.: 2012111286TS/--) svo og hjá framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala.

## Niðurstöður

Sjúklingar voru alls 207, 136 karlar (66%), og 155 (75%) höfðu sögu um að hafa sprautað sig með vímuefnum (tafla I). Meðalaldur við upphaf meðferðar var 38 ár (bil 17-66). Alls hafði 71 sjúklingur (34%) veiru af arfgerð 1, 135 (65%) höfðu arfgerð 3 og einn arfgerð 2. Sjö sjúklingar (3%) voru einnig smitaðir af HIV og tveir af lifrarbólgu B. Meðalsmittíma var unnt að áætla hjá 146 sjúklingum og var hann um 13 ár. Lifrarsýni voru tekin hjá 92 sjúklingum, 51 með arfgerð 1 og 41 með arfgerð 3. Samkvæmt Ishak-bandvefsmyndunarstigun höfðu flestir bandvefsstig 0-3 og einungis 9 sjúklingar (4%) voru með skorpulifur (bandvefsstig 6, tafla I).[18]

Af þeim sjúklingum sem hófu meðferð (*intention-to-treat*) náðist að uppræta veiruna hjá 147 (71%). Sjúklingar með veiru af arfgerð 3 læknuðust í 77,8% tilvika og sjúklingar með arfgerð 1 í 57,7% tilvika (tafla II). Af sjúklingum eldri en 45 ára læknuðust 53% en 78% yngri sjúklinga (mynd 1). Aldurskipting við 45 ár var valin til einföldunar, til að ná tölfræðilegri marktækni og auðvelda samanburð við rannsóknir í nágrannalöndum.[19] Karlar læknuðust í 70% tilvika en konur í 73% (mynd 1). Af þeim 132 sjúklingum þar sem veirumagn við upphaf meðferðar var skráð, höfðu 66 sjúklingar veirumagn í sermi yfir 600.000 IU/ml og 68% þeirra læknuðust, jafnmargir höfðu veirumagn í sermi lægra en 600.000 IU/ml og 77% þeirra læknuðust. Við mat á áhrifum veirumagns á svörun er í erlendum rannsóknum gjarnan miðað við gildi hærri eða lægri




**Mynd 1.** *Árangur meðferðar hjá undirhópum sjúklinga. [1]Viðvarandi svörun við meðferð telst náð þegar RNA-veirunnar er ómælanlegt í sermi 24 vikum eftir lok meðferðar. [2]Arfgerð lifrarbólguveiru. [3]Ishak-bandvefsstigun á lifrarsýni, á aðeins við 92 sjúklinga. [4]Aldur við upphaf meðferðar.*

en 600.000 IU/ml.[19, 20] Af þeim sjúklingum sem höfðu Ishak-bandvefsmyndunarstig 0-3 losnuðu 63% við veiruna en 35% þeirra sem höfðu stig 4-6 (mynd 1). Af sjúklingum með skorpulifur læknaðist einn með HCV arfgerð 1 og tveir með HCV arfgerð 3.

Alls luku 161 af 207 sjúklingum (78%) meðferð samkvæmt upphaflegri meðferðaráætlun (tafla II). Við lok meðferðar voru 45 (94%) þeirra sem voru með arfgerð 1 neikvæðir fyrir lifrarbólgu C RNA og 103 (93%) þeirra sem voru með arfgerð 3. Af öllum þeim sem luku meðferð læknuðust 136 (84%). Af þeim 46 sem luku ekki meðferð voru jafn margir smitaðir af arfgerð 1 og 3. Þar af hættu 22 sjúklingar vegna aukaverkana, 7 vegna skorts á svörun við meðferð, einn vegna lifrarbilunar, einn vegna lifrarfrumukrabbameins og hinir 15 vegna slakrar meðferðarheldni. Af þeim sjúklingum sem ekki luku meðferð vegna aukaverkana og slakrar meðferðarheldni læknuðust 10 (27%), þar af 7 smitaðir af arfgerð 3 og 3 smitaðir af arfgerð 1. Aðeins einn sjúklingur læknaðist eftir innan við 12 vikna meðferð, sá var smitaður af arfgerð 3.

Algengustu aukaverkanir sem leiddu til þess að hætta þurfti meðferð eða leggja sjúkling inn á spítala voru geðrænar aukaverkanir (8 sjúklingar), kláði (6 sjúklingar) og slappleiki (fjórir sjúklingar). Sjaldgæfari voru blóðleysi, daufkyrningafæð, lifrarbilun, liðagigt og einkenni frá meltingarvegi.

## Umræða

Rannsóknin sýnir að meðferð langvinnrar lifrarbólgu C á Íslandi með peg-interferóni og ríbavíríni leiddi til varanlegrar veirusvörunar hjá 71% sjúklinga. Varanleg veirusvörun hjá sjúklingum með veiru af arfgerð 3 var 78% og 58% hjá sjúklingum með arfgerð 1.

Þetta er hærra hlutfall en greint er frá í stórum fjölþjóðlegum klínískum rannsóknum sem sýndu að um 55% sjúklinga fengu viðvarandi veirusvörun.[10,11] Í þessum rannsóknum var veirusvörun um 45% hjá sjúklingum með arfgerð 1 en rannsóknir hafa sýnt mun betri árangur meðferðar hjá sjúklingum með arfgerð 2 og 3, eða allt að 70% fyrir arfgerð 3.[13] Við samanburð þarf að hafa í huga að slíkar rannsóknir eru gjarnan gerðar undir stýrðum kringumstæðum og með völdum sjúklingahópum, á mjög sérhæfðum sjúkrahúsum og gerir það samanburðinn við okkar niðurstöður enn hagstæðari.

**Tafla I.** *Grunnupplýsingar um rannsóknarþýði (n: 207).*

| | Fjöldi (n) | Hlutfall (%) |
|---|---|---|
| Kyn | | |
| Karlar | 136 | 66 |
| Konur | 71 | 34 |
| Arfgerð | | |
| 1 | 71 | 34 |
| 2 | 1 | 0 |
| 3 | 134 | 65 |
| Aldur við meðferð (ár) | | |
| ≤45 | 149 | 72 |
| >45 | 58 | 28 |
| Smitleið | | |
| Sprautusmit | 155 | 75 |
| Blóðhlutagjöf | 10 | 5 |
| Annað/óþekkt | 42 | 20 |
| Upphafsveirumagn (IU/ml[1]) | | |
| Undir 600.000 | 66 | 32 |
| Yfir 600.000 | 66 | 32 |
| Óþekkt | 75 | 36 |
| Ishak-bandvefsstig | | |
| 0 til 3 | 74 | 36 |
| 4 til 6 | 18 | 9 |
| Þar af skorpulifur | 9 | 4 |
| Óþekkt | 115 | 55 |

[1]IU/ml: International Units/millilítra

**Tafla II.** *Sjúklingar sem fengu viðvarandi veirusvörun[1]*

| | Allir sjúklingar sem hófu meðferð (n: 207) | | Sjúklingar sem luku meðferð samkvæmt áætlun (n: 161) | |
|---|---|---|---|---|
| | (n) | (%) | (n) | (%) |
| Arfgerð 1 | 41/71 | 58 | 37/48 | 77 |
| Arfgerð 3 | 105/135 | 78 | 98/112 | 88 |
| Allir sjúklingar | 147/207 | 71 | 136/161 | 84 |

[1]Viðvarandi veirusvörun við meðferð telst náð þegar RNA veirunnar er ómælanlegt í sermi 24 vikum eftir lok meðferðar.

Athuganir sem gerðar hafa verið í öðrum löndum á árangri meðferðar lifrarbólgu C með peg-interferóni og ríbavíríni utan klínískra slembirannsókna sýna ýmist svipaðan eða lakari árangur í samanburði við framskyggnu klínísku rannsóknirnar. Í danskri rannsókn fengu 63% varanlega veirusvörun, þar af var svörun í arfgerð 1 um 44%.[19] Í fjölþjóðlegri rannsókn, PROPHESYS, var veirusvörun 42% fyrir arfgerð 1 og 61% fyrir arfgerð 3.[21]

Betri árangur hér á landi gæti að hluta skýrst af lægri aldri sjúklinga við upphaf meðferðar enda næst almennt betri árangur af meðferð hjá yngri aldurshópum.[19,21,22] Lágur aldur skýrist að hluta af síðkominni útbreiðslu veirunnar hér á landi.[15] Einnig er mögulegt að sjúklingar greinist hér fyrr og sé vísað fyrr til meðferðar. Á sjúkrahúsinu Vogi hefur um árabil verið skimað skipulega fyrir lifrarbólgu C hjá fólki sem hefur sprautað sig með vímuefnum í æð og þeim sem greinast verið vísað áfram til eftirlits og meðferðar.[23]

Þá voru fáir sjúklingar með skorpulifur eða mikla örmyndun í lifur (bandvefsstig 4-6) en árangur meðferðar er lakari í þeim hópi.[21,22,24,25] Í mörgum erlendum rannsóknum eru allt að 30% sjúklinga með mikla örmyndun í lifur eða skorpulifur.[11,12] Lágur aldur þýðisins hefur áhrif á tíðni skorpulifrar þar sem tíðni hennar eykst með aldri sjúklinga, að hluta vegna þess að bandvefsmyndun er hraðari hjá þeim sem eru eldri við smit.[26] Þótt nýgengi skorpulifrar hafi farið vaxandi hér á landi hefur það lengst af verið lágt í samanburði við nágrannalöndin. Lifrarsýni var tekið hjá tæplega helmingi sjúklinga. Líklegt er að sýni hafi helst verið tekið hjá sjúklingum sem líklegastir voru til að hafa mikla örmyndun, til dæmis þeim sem höfðu langan smittíma og aðra áhættuþætti, svo sem mikla áfengisneyslu.

Þá gefur smæð íslenska samfélagsins og samvinna við meðferðarstofnanir eins og SÁÁ, tækifæri til þéttara utanumhalds og getur dregið úr líkum á að sjúklingar detti út úr meðferð og eftirliti.

Í rannsókninni voru könnuð áhrif nokkurra þátta á árangur meðferðar. Verulegur munur var á árangri eftir arfgerð þar sem svörun var betri hjá sjúklingum með arfgerð 3 en arfgerð 1. Yngri sjúklingar svöruðu meðferð betur en þeir eldri. Þá var árangur lakari hjá þeim sem höfðu mikla örmyndun í lifur. Allt er þetta í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna.[10,13,19,20,22]

Þekkt er að árangur af meðferð við lifrarbólgu C með interferóni og ríbavíríni er lakari hjá þeim sem jafnframt eru smitaðir af HIV.[27] Sjúklingar með samhliða HIV-smit eru að jafnaði útilokaðir frá erlendum rannsóknum eða rannsakaðir sérstaklega.[19,22] Tiltölulega fáir voru HIV-smitaðir í þessari rannsókn og var ekki tilefni til sérstakrar skoðunar á þeim hópi. Það gerir þó samanburð við aðrar rannsóknir enn hagstæðari að hafa hann með.

Rannsóknir hafa sýnt að svörun við meðferð er lakari hjá þeim sjúklingum sem hafa hátt veirumagn í sermi við upphaf meðferðar.[10,11] Í þessari rannsókn læknuðust hlutfallslega heldur færri af þeim sem voru með hátt veirumagn en munurinn var lítill enda þýðið tiltölulega smátt og veirumagnsmælingar lágu ekki fyrir hjá öllum.

Í okkar rannsókn fékk fjórðungur þeirra sem ekki luku lyfjameðferð viðvarandi veirusvörun en þekkt er að sumir sjúklingar þurfa styttri meðferðartíma til að læknast.[28-31]

Takmarkanir rannsóknarinnar eru meðal annars að hún er afturskyggn. Þá veldur smæð þýðisins því að í takmörkuðum mæli er hægt að sundurgreina og bera saman hópa svo tölfræðilega marktækt sé.

Styrkur rannsóknarinnar felst meðal annars í því að þýðið tekur yfir þversnið á heilli þjóð og meðferðin var veitt á einni stofnun.

Rannsókn okkar sýnir að miðað við erlendar rannsóknir var árangur af meðferð lifrarbólgu C á Íslandi með peg-interferóni alfa og ríbavíríni góður og gefur það tilefni til bjartsýni um árangur af meðferðarátaki gegn lifrarbólgu C sem hafið er hér á landi.

## Heimildir


1. Lavanchy D. The global burden of hepatitis C. Liver Int 2009; 29 Suppl 1: 74-81.
2. Gonzalez HC, Duarte-Rojo A. Virologic Cure of Hepatitis C: Impact on Hepatic Fibrosis and Patient Outcomes. Curr Gastroenterol Rep 2016; 18: 32.
3. Ara AK, Paul JP. New Direct-Acting Antiviral Therapies for Treatment of Chronic Hepatitis C Virus Infection. Gastroenterol Hepatol (N Y) 2015; 11: 458-66.
4. Afdhal N, Zeuzem S, Kwo P, Chojkier M, Gitlin N, Puoti M, et al. Ledipasvir and sofosbuvir for untreated HCV genotype 1 infection. N Engl J Med 2014; 370: 1889-98.
5. Lawitz E, Gane EJ. Sofosbuvir for previously untreated chronic hepatitis C infection. N Engl J Med 2013; 369: 678-9.
6. Lawitz E, Sulkowski MS, Ghalib R, Rodriguez-Torres M, Younossi ZM, Corregidor A, et al. Simeprevir plus sofosbuvir, with or without ribavirin, to treat chronic infection with hepatitis C virus genotype 1 in non-responders to pegylated interferon and ribavirin and treatment-naive patients: the COSMOS randomised study. Lancet 2014; 384: 1756-65.
7. Welsch C, Jesudian A, Zeuzem S, Jacobson I. New direct--acting antiviral agents for the treatment of hepatitis C virus infection and perspectives. Gut 2012; 61 Suppl 1: i36-46.
8. Shiffman ML. Hepatitis C virus therapy in the direct acting antiviral era. Curr Opin Gastroenterol 2014; 30: 217-22.
9. Feld JJ. Treatment indication and response to standard of care with peginterferon and ribavirin in acute and chronic HCV infection. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2012; 26: 429-44.
10. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, Rustgi VK, Shiffman M, Reindollar R, et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. Lancet 2001; 358: 958-65.
11. Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, Smith C, Marinos G, Gonçales FL Jr, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. N Engl J Med 2002; 347: 975-82.
12. Hauser G, Awad T, Brok J, Thorlund K, Štimac D, Mabrouk M, et al. Peginterferon plus ribavirin versus interferon plus ribavirin for chronic hepatitis C. Cochrane Database Syst Rev 2014; 2: CD005441.
13. Shiffman ML, Suter F, Bacon BR, Nelson D, Harley H, Solá R, et al. Peginterferon alfa-2a and ribavirin for 16 or 24 weeks in HCV genotype 2 or 3. N Engl J Med 2007; 357: 124-34.
14. Sibley A, Han KH, Abourached A, Lesmana LA, Makara M, Jafri W, et al. The present and future disease burden of hepatitis C virus infections with today's treatment paradigm - volume 3. J Viral Hepat 2015; 22 Suppl 4: 21-41.
15. Löve A, Stanzeit B. Hepatitis C virus infection in Iceland: a recently introduced blood-borne disease. Epidemiol Infect 1994; 113: 529-36.
16. Swain MG, Lai MY, Shiffman ML, Cooksley WG, Zeuzem S, Dieterich DT, et al. A sustained virologic response is durable in patients with chronic hepatitis C treated with peginterferon alfa-2a and ribavirin. Gastroenterology 2010; 139: 1593-601.
17. Hedenstierna M, Weiland O, Brass A, Bankwitz D, Behrendt P, Uhnoo I, et al. Long-term follow-up of successful hepatitis C virus therapy: waning immune responses and disappearance of liver disease are consistent with cure. Aliment Pharmacol Ther 2015; 41: 532-43.
18. Ishak K, Baptista A, Bianchi L, Callea F, De Groote J, Gudat F, al. Histological grading and staging of chronic hepatitis. J Hepatol 1995; 22: 696-9.
19. Hansen N, Obel N, Christensen PB, Kjær M, Laursen AL, Krarup HB, et al. Effectiveness of treatment with pegylated interferon and ribavirin in an unselected population of patients with chronic hepatitis C: a Danish nationwide cohort study. BMC Infect Dis 2011; 11: 177.
20. Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB, Diseases AAftSoL. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. Hepatology 2009; 49: 1335-74.
21. Marcellin P, Cheinquer H, Curescu M, Dusheiko GM, Ferenci P, Horban A, et al. High sustained virologic response rates in rapid virologic response patients in the large real-world PROPHESYS cohort confirm results from randomized clinical trials. Hepatology 2012; 56: 2039-50.
22. Innes HA, Hutchinson SJ, Allen S, Bhattacharyya D, Bramley P, Carman B, et al. Ranking predictors of a sustained viral response for patients with chronic hepatitis C treated with pegylated interferon and ribavirin in Scotland. Eur J Gastroenterol Hepatol 2012; 24: 646-55.
23. SÁÁ. Ársrit SÁÁ 2007-2010. SÁÁ: Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann, Reykjavík 2010.
24. Abergel A, Hezode C, Leroy V, Barange K, Bronowicki JP, Tran A, et al. Peginterferon alpha-2b plus ribavirin for treatment of chronic hepatitis C with severe fibrosis: a multicentre randomized controlled trial comparing two doses of peginterferon alpha-2b. J Viral Hepat 2006; 13: 811-20.
25. Di Marco V, Almasio PL, Ferraro D, Calvaruso V, Alaimo G, Peralta S, et al. Peg-interferon alone or combined with ribavirin in HCV cirrhosis with portal hypertension: a randomized controlled trial. J Hepatol 2007; 47: 484-91.
26. Poynard T, Bedossa P, Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. The OBSVIRC, METAVIR, CLINIVIR, and DOSVIRC groups. Lancet 1997; 349: 825-32.
27. Chung RT, Andersen J, Volberding P, Robbins GK, Liu T, Sherman KE, et al. Peginterferon Alfa-2a plus ribavirin versus interferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C in HIV-coinfected persons. N Engl J Med 2004; 351: 451-9.
28. Lagging M, Langeland N, Pedersen C, Färkkilä M, Buhl MR, Mørch K, et al. Randomized comparison of 12 or 24 weeks of peginterferon alpha-2a and ribavirin in chronic hepatitis C virus genotype 2/3 infection. Hepatology 2008; 47: 1837-45.
29. Mangia A, Santoro R, Minerva N, Ricci GL, Carretta V, Persico M, et al. Peginterferon alfa-2b and ribavirin for 12 vs. 24 weeks in HCV genotype 2 or 3. N Engl J Med 2005; 352: 2609-17.
30. Mecenate F, Pellicelli AM, Barbaro G, Romano M, Barlattani A, Mazzoni E, et al. Short versus standard treatment with pegylated interferon alfa-2A plus ribavirin in patients with hepatitis C virus genotype 2 or 3: the cleo trial. BMC Gastroenterol 2010; 10: 21.
31. von Wagner M, Huber M, Berg T, Hinrichsen H, Rasenack J, Heintges T, et al. Peginterferon-alpha-2a (40KD) and ribavirin for 16 or 24 weeks in patients with genotype 2 or 3 chronic hepatitis C. Gastroenterology 2005; 129: 522-7.


## ENGLISH SUMMARY

### Treatment of hepatitis C with peginterferon and ribavirin in Iceland from 2002-2012

Benedikt Friðriksson[1], Óttar Már Bergmann[2], Sigurður Ólafsson[2]


**Background/Aims**: Hepatitis C is a major cause of chronic liver disease and cirrhosis in Western countries. Its treatment aims at eradicating the virus and patients are considered cured if the virus is undetectable by PCR in blood 12-24 weeks after end of treatment (sustained virological response, SVR). The aim of this study is to investigate the results of treating hepatitis C in Iceland during the period 2002-2012.
**Materials and methods**: Retrospective study including all patients with hepatitis C receiving treatment with peginterferone and ribavirin at Landspitali University hospital during the period 2002-2012. Patients who had been treated previously were excluded. Information was obtained from medical records and the hospital pharmacy.
**Results**: A total of 207 patients were included, 136 (66%) males and 71 (34%) females. Mean age was 38 years (range 17-66). Genotyping revealed that 71 (34%) patients had genotype 1, 135 (65%) genotype 3 and one genotype 2. A total of 147 (71%) patients achieved SVR. The rate of SVR was 77.8% for genotype 3 and 57.7% for genotype 1. 9 patients (4%) had cirrhosis and 3 of them had SVR. Of 161 patients who finished treatment per protocol, 87.5% and 77.1% with genotypes 3 and 1 respectively had SVR.
**Conclusions**: The study demonstrates higher rates of SVR in clinical practice in Iceland compared to controlled clinical trials. The improved effectiveness may be explained by younger patient population, low rate of cirrhosis and close follow-up of patients.


*[1]Department of Medicine, [2]Division of Gastroenterology and Hepatology, Landspítali - The National University Hospital of Iceland, Reykjavík.*

**Key words**: *Hepatitis C, peg-interferon, sustained virological response.*

**Correspondence**: *Sigurður Ólafsson, sigurdol@landspitali.is*

# Heimilislækningar á Íslandi og í Noregi: Reynsla lækna af ólíku fyrirkomulagi heilbrigðisþjónustu í löndunum tveimur

**Héðinn Sigurðsson**[1,4] læknir, **Sunna Gestsdóttir**[2] faraldsfræðingur, **Kristján G. Guðmundsson**[3] læknir, **Sigríður Halldórsdóttir**[4] hjúkrunarfræðingur

## ÁGRIP

**Inngangur:** Flestir heimilislæknar á Íslandi vinna hjá hinu opinbera á föstum launum, en í Noregi starfa flestir heimilislæknar sjálfstætt á einkareknum stofum, þar sem greitt er fyrir skráningu á lækninn og hvert viðvik. Í Noregi er stuðst við tilvísanakerfi. Markmið rannsóknarinnar var að kanna upplifun íslenskra heimilislækna sem starfað hafa bæði í Noregi og á Íslandi, nýta reynslu þeirra og stuðla þannig að umbótum í íslenskri heilbrigðis- og velferðarþjónustu.

**Efniviður og aðferð:** Tekin voru hálfstöðluð viðtöl við 16 íslenska heimilislækna starfandi á Íslandi á rannsóknartímanum árin 2009-2010. Frá heimkomu læknanna frá Noregi voru liðin tvö til tíu ár. Eigindlegri aðferðafræði, Vancouver-skólanum í fyrirbærafræði, var beitt, þar sem leitast er við að auka skilning á mannlegum fyrirbærum og reynslu í þeim tilgangi að bæta þjónustu, meðal annars í heilbrigðiskerfinu.

**Niðurstöður:** Læknarnir ræddu kosti opinbers reksturs, einkarekins og blandaðs kerfis. Kostir norska heilbrigðiskerfisins, að mati þátttakenda, er að þar hafa allir sinn heimilislækni og þannig næst góð yfirsýn yfir heilsuvanda fólks. Í Noregi er heimilislæknirinn hliðvörður fyrir sérhæfða læknisþjónustu og góð upplýsingagjöf er á milli þjónustustiga sem hindrar tvíverknað. Meiri skilvirkni var í læknaþjónustunni í Noregi að mati læknanna. Það sem einkennir íslenska heilbrigðiskerfið utan sjúkrahúsa er mikið streymi sjúklinga til sérgreinalækna án tilvísana frá heimilislæknum. Áberandi er álag á vaktþjónustu utan dagvinnutíma. Þá er miðlægri skráningu sjúklinga í heilsugæslu á Íslandi ábótavant og sjúkrarskrárkerfið lakara.

**Ályktun:** Það er samdóma álit viðmælenda að betur sé búið að heimilislækningum í Noregi en á Íslandi og heilbrigðisþjónustan skilvirkari. Þeir telja einnig að til að auka áhuga læknanema og nýliðun í heimilislækningum á Íslandi sé brýnt að bjóða upp á gott starfsumhverfi. Þegar gerðar eru breytingar á íslenska heilbrigðiskerfinu er mikilvægt að líta til reynslu nágrannaþjóða þar sem vel hefur tekist til við skipulag þjónustunnar að mati fagaðila.

## Inngangur

Áhersla á grunnþjónustu heilbrigðiskerfisins er talinn einn af hornsteinum norrænnar velferðar. Vegna sívaxandi kostnaðar við heilbrigðiskerfin eru samfélög þjóða í stöðugri leit að leiðum til að endurskipuleggja og bæta heilbrigðisþjónustu sína.[1] Staða heimilislækninga sem grunnstoðar í heilbrigðiskerfinu er almennt viðurkennd í samfélögum nágrannaþjóða okkar. Samtök evrópskra heimilislækna staðhæfa að þjónusta heimilislækna sem fyrsti viðkomustaður sjúklinga geri þá í raun að gæslumönnum og hliðvörðum (*gatekeeper*) heilbrigðiskerfa.[2] Það eru 40 ár síðan hugtakið hliðvarsla í heilbrigðiskerfi fór að sjást opinberlega og þá í tengslum við breytingar á breska heilbrigðiskerfinu í stjórnartíð Margaretar Thatcher.[3] Síðan þá hefur bilið breikkað mjög milli þess sem er læknisfræðilega mögulegt að gera og þess sem er raunhæft vegna kostnaðar. Síðustu ár hefur umræðan um stýrikerfi í heilbrigðisþjónustu verið hávær í Bandaríkjunum þar sem svo kölluð heilsugæslufélög (*Health Maintenance Organizations*) hafa í vaxandi mæli farið að setja læknum skýrari reglur um vinnulag og notkun á sérhæfðari heilbrigðisþjónustu.[4] Þar sem tilvísanakerfi er við lýði er fólk að öllu jöfnu skráð á lista hjá einum lækni eða á læknastöð. Hugmyndafræðin bak við þetta fyrirkomulag er því að tryggja samfellu í þjónustu læknis við sjúkling og auka skilvirkni með því að fækka dýrum og oft ómarkvissum ferðum til sérgreinalækna. Aukin áhersla á tilvísanakerfi hefur grundvallast á rannsóknum sem hafa leitt í ljós meiri jöfnuð þjónustuþega, minni kostnað samfélagsins, ánægðari sjúklinga og betra heilsufar hjá þeim þjóðum sem nota slík kerfi.[5-11] Starfield[12] hefur flokkað heilbrigðiskerfi á Vesturlöndum eftir umfangi þjónustu heimilislækna. Tók flokkunin mið af því hversu stór hluti fólks fer til heimilislækna með vandamál sín, hversu víðtæk þjónustan er sem fólki er veitt, auk mats á samfellu og miðlægrar stöðu þjónustunnar í nærsamfélaginu. Í niðurstöðum Starfield kemur fram að heimilislækningar með virku tilvísanakerfi, eins og þær eru stundaðar í Bretlandi, Danmörku og Hollandi, leiða til mestrar skilvirkni. Í þeim löndum þar sem hliðvarsla með tilvísanakerfi er ekki til staðar eru mörk óljósari milli starfsemi heimilis- og sérgreinalækna

[1]Heilsugæslunni Glæsibæ, [2]menntavísindasviði Háskóla Íslands, [3]Reykjalundi, [4]heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri.
Fyrirspurnum svarar Héðinn Sigurðsson *hedinn.sigurdsson@heilsugaeslan.is*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.03.127

Greinin barst blaðinu 17. ágúst 2016, samþykkt til birtingar 15. febrúar 2017.

og einkennist kerfið því af valfrjálsu flæði sjúklinga. Tilvísanir til sérgreinalækna hafa ekki verið við lýði á Íslandi frá árinu 1984[13] og valfrjálst flæði sjúklinga til sérgreinalækna hefur einkennt íslenska heilbrigðisþjónustu alla tíð síðan.

Komið hefur í ljós í rannsóknum að greiðslufyrirkomulag til heimilislækna hefur áhrif á þjónustu og samvinnu heilbrigðisstétta.[14-15] Fastlaunagreiðslur hafa verið á undanhaldi en eru enn notaðar í Austur Evrópu, Grikklandi, Spáni og Svíþjóð.[16] Greß og félagar[17] telja að blöndun á höfðatölugreiðslum og greiðslu fyrir hvert viðvik í kerfi tilvísana feli í sér gott aðgengi, betri stýringu og stuðli að samfellu í þjónustu. Innbyggður neikvæður hvati í fastlaunakerfi var talinn koma niður á aðgengi og samhæfingu þjónustunnar. Í könnun[18] meðal heimilislækna í 15 Evrópuríkjum kom í ljós að launafyrirkomulag og krafa um tilvísun höfðu áhrif á vinnulag heimilislækna. Þar sem heimilislæknar eru sjálfstætt starfandi mælist þátttaka þeirra meiri í lækningastarfsemi og samræmd samlagsskráning allra á heilsugæslustöð eða á heimilislækni með tilvísunarskyldu er talin geta komið í veg fyrir ómarkviss ferðalög sjúklinga milli ólíkra sérgreinalækna.[19]

Í löndum (Bretlandi, Hollandi, Danmörku og Noregi) sem hafa langa reynslu af aðskilnaði milli fyrstu og annarrar gráðu heilbrigðisþjónustu (Fyrsta stigs heilbrigðisþjónusta: forvarnarstarf og fyrsta greining á sjúkdómum, meðhöndlun á algengum heilsuvanda. Annars stigs: greining og meðferð á flóknari og erfiðari sjúkdómum) er skarpari munur milli heimilislækna og annarra sérfræðinga. Í fyrrnefndum löndum er fagleg staða heimilislækninga styrkari og ásókn er í sérfræðimenntun í faginu.[20] Rannsóknir sýna jafnframt að jákvætt samband er á milli góðrar heilsugæslu og almenns heilbrigðis, auk þess að auka jöfnuð og lækka kostnað við þjónustuna.[7,9]

Heimilislæknar á Norðurlöndunum sem vinna fulla vinnu hafa að jafnaði 1200-1500 sjúklinga í samlagi. Skortur á heimilislæknum á Íslandi er langvinnt vandamál og samanburðurinn við Noreg sérlega óhagstæður. Afleiðing heimilislæknaskorts á Íslandi er mikil ásókn í vaktþjónustu heimilislækna og bráðamóttökur sjúkrahúsa. Auk þess sem mikið streymi sjúklinga er beint til sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Samkvæmt Solberg og félögum[21] eru íslenskir læknar ekki eins ánægðir í starfi og kollegar þeirra í Noregi og er ástæðan fyrst og fremst talin launamunur og of fá tækifæri til að beita sérþekkingu sinni.[21] Vísbendingar eru jafnframt um að læknar í einkarekstri séu ánægðari í starfi en aðrir íslenskir læknar.[21] Í annarri rannsókn[14] voru skoðaðar allar rannsóknir sem birtust á Vesturlöndum árin 1993-1998 er fjölluðu um ólík launagreiðslukerfi heimilislækna og áhrif þeirra á kostnað og gæði þjónustunnar. Þar var komist að þeirri niðurstöðu að stjórnvöld geti notað ólík rekstrarform í heimilislækningum til að ná fram ákveðnum markmiðum í heilsueflingu, meðferðarheldni og til að breyta áherslum í kaupum á heilbrigðisþjónustu í takt við þarfir á hverjum tíma. Drógu rannsakendur[14] þá ályktun að hagstætt væri að nota ólík greiðslukerfi í mismunandi samsetningum til að ná fram sértækum markmiðum. Þeir lögðu jafnframt áherslu á að gæta þyrfti að þeim aðstæðum þegar mikil skörun milli hagsmuna læknis og sjúklings á sér stað.

Lítill hluti íslenskra heimilislækna stundar einkarekstur en stjórnvöld hafa frekar stuðlað að því að starfsemin sé undir hatti hins opinbera. Tvær einkareknar heilsugæslustöðvar eru á höfuðborgarsvæðinu, auk 12 sjálfstætt starfandi heimilislækna. Þá hefur þróun síðustu ára verið í þá átt að sjúklingar eru skráðir á heilsugæslustöð í stað ákveðinna lækna sem er öndvert við norska fastlæknakerfið þar sem ábyrgð fylgir ávallt nafngreindum heimilislækni.

**Tafla I.** *Launakerfi heimilislækna.*

| Launafyrirkomulag | Lýsing |
|---|---|
| Afkastahvetjandi greiðslur | Greiðslur fyrir viðvik, símtöl og hverja komu sjúklings samkvæmt gjaldskrá |
| Föst laun | Tímavinna |
| Höfðatölugreiðsla | • Greiðslur fylgja sjúklingi<br>• Greiðslur fylgja lækni |
| Árangurstengdar greiðslur | • Greitt eftir mælanlegum heilsufarsþáttum sjúklinga<br>• Greiðslur taka mið af kostnaðarvitund og fylgni við klínískar leiðbeiningar<br>• Greiðslur sem taka mið af niðurstöðum þjónustukannanna |
| Blanda tveggja eða fleiri kerfa | |

Eftir mikinn undirbúning var norska fastlæknakerfinu komið á í Noregi árið 2001. Skipulagið grundvallast á einkarekstri. Norskum heimilislæknum var heimilt að hafa allt að 2500 skjólstæðinga á skrá hjá sér þótt flestir séu með 1200-1500.[16] Sjúklingarnir geta hindrunarlaust skipt um heimilislækni tvisvar á ári gegn vægu gjaldi. Í flestum tilfellum starfa þrír til fimm læknar saman. Skilgreint heilbrigðisumdæmi er ábyrgt fyrir þjónustunni. Einum degi vinnuvikunnar er iðulega ráðstafað til læknastarfa við hjúkrunarheimili eða ungbarnavernd, sem rekin er sem sérstök eining af sveitarfélögunum (á Íslandi er ungbarnavernd hins vegar starfrækt á heilsugæslustöðvum). Þrjátíu prósent af heildarinnkomu eru föst laun er taka mið af stærð sjúkrasamlags en 70% eru greiðslur fyrir viðvik eða veitta þjónustu.[22] Hlutverk heimilislækna sem hliðvarða í kerfinu er regla í Noregi og þetta skipulag hefur raunar sótt í sig veðrið í vestrænni heilbrigðisþjónustu.[23] Stýrikerfi í heilbrigðisþjónustu eiga sér víða langa sögu og voru sett á laggirnar til að veita viðeigandi þjónustu, minnka kostnað og auka jafnræði þjónustuþega.[24] Hafa ber í huga að með tímanum hefur heilbrigðisþjónusta á Vesturlöndum ekki aðeins orðið umfangsmeiri heldur einnig til muna flóknari en áður var vegna fleiri möguleika við meðhöndlun sjúkdóma. Viðhafðar hafa verið nokkrar leiðir til að greiða heimilislæknum laun (sjá töflu I) en aðrir áhrifaþættir í starfsumhverfi heimilislækna eru ólíkir víða um lönd og margir tengjast ekki launagreiðslum. Sum lönd tengja þannig launagreiðslur heimilislækna við niðurstöður þjónustukannana, kostnaðarvitund læknisins eða breytingar á gæða- og lýðheilsuvísum hjá sjúklingum. Þekkt er samband lítillar starfsánægju og kulnunar í starfi[25] og tengist gæðum þjónustunnar.[26] Þótt skráð afköst lækna séu meiri í afkastahvetjandi kerfi en þar sem föst laun eru við lýði eru tengslin við gæði veittrar þjónustu þó flóknari en svo að þau ráðist einvörðungu af launum.[27]

Eigindleg rannsókn á samanburði á starfsgrundvelli heimilislækna tveggja Norðurlandaþjóða hefur ekki verið gerð áður. Skoðuð var reynsla 16 íslenskra sérfræðinga í heimilislækningum sem unnið hafa bæði í Noregi og á Íslandi og starfsumhverfi borið

**Tafla II.** *Tólf rannsóknarþrep Vancouver-skólans og hvernig þeim var fylgt í þessari rannsókn.*

| Þrep í rannsóknarferlinu | Það sem gert var í þessari rannsókn |
|---|---|
| Þrep 1. Val á samræðufélögum (úrtakið - *sampling*). | Allir heimilislæknar á Íslandi sem einnig höfðu starfað í Noregi á síðustu 10 árum, samtals 16 læknar (*Total sample*). |
| Þrep 2. Undirbúningur hugans (áður en samræður hefjast - *silent reflection*). | Fyrirframgerðar hugmyndir voru ígrundaðar og settar meðvitað til hliðar. |
| Þrep 3. Þátttaka í samræðum (gagnasöfnun - *data collection*). | Eitt viðtal við hvern þátttakanda, samtals 16 viðtöl. |
| Þrep 4. Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök (*beginning data-analysis*). | Hugmyndum komið í orð. Unnið var samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu. |
| Þrep 5. Þemagreining (kóðun - *coding*). | Leitast var stöðugt við að svara spurningunni: Hver er kjarninn í því sem þessi þátttakandi er að segja? Greind voru bæði megin- og undirþemu. |
| Þrep 6. Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda (*construction of individual analytic frameworks*). | Meginþemun í sögu hvers þátttakanda voru dregin fram og þau mikilvægustu sett fram í greiningarlíkani fyrir hvern og einn. |
| Þrep 7. Staðfesting á hverju greiningarlíkani með viðkomandi þátttakanda *(individual verification*). | Staðfestingar var leitað hjá fjórum þátttakendum, hjá þremur símleiðis og fundað með einum. |
| Þrep 8. Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum einstaklings-greiningarlíkönunum (*final analytic framework constructed*). | Öll einstaklingsgreiningarlíkönin voru borin saman innbyrðis og smíðað heildargreiningarlíkan. |
| Þrep 9. Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin (rituðu viðtölin) (*comparison of the final analytic framework with the research data*). | Til að tryggja þetta voru öll viðtölin lesin yfir aftur og borin saman við heildargreiningarlíkanið. |
| Þrep 10. Meginþema sett fram sem lýsir fyrirbærinu (niðurstöðunum) í hnotskurn (*construction of the study's main theme*). | Heimilislækningar á Íslandi og í Noregi: Reynsla lækna af ólíku fyrirkomulagi heilbrigðisþjónustu í löndunum tveimur. |
| Þrep 11. Staðfesting á heildargreiningarlíkani og meginþema með einhverjum þátttakendum (*final verification*). | Staðfestingar var leitað hjá einum þátttakanda sem gaf gagnlegar ábendingar. |
| Þrep 12. Niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar upp þannig að raddir allra heyrist (*multivoiced reconstruction*). | Vitnað var beint í þátttakendur til að auka trúverðugleika rannsóknarinnar og sýna að niðurstöður byggja á orðum þátttakenda. |

saman. Markmið rannsóknarinnar var að skoða reynslu íslenskra heimilislækna sem starfað hafa bæði í Noregi og á Íslandi, nýta reynslu þeirra og þannig stuðla að jákvæðum umbótum í íslenskri heilbrigðis- og velferðarþjónustu.

## Efniviður og aðferð

Tekin voru hálfstöðluð viðtöl við 16 íslenska heimilislækna sem störfuðu á Íslandi rannsóknarárin 2009-2010. Fyrsti höfundur tók öll viðtölin. Allir þátttakendur hlutu sérmenntun sína í heimilislækningum í Noregi. Læknarnir höfðu unnið í Noregi í tvö til tíu ár og starfað í norska fastlæknakerfinu. Viðtölin voru hljóðrituð og skrifuð niður og greindu rannsakendur niðurstöðurnar í sameiningu með aðferðafræði Vancouver-skólans í fyrirbærafræði (tafla II) sem byggir á því að sérhver manneskja upplifi veröldina á sinn einstaka hátt og sýn hennar og viðhorf mótist af reynslu og hvernig hún síðan vinnur úr reynslu sinni. Þetta gerir það að verkum að aðferðafræðin er talin henta vel til að auka skilning á mannlegum fyrirbærum og bæta velferðarþjónustu.[28] Hvert viðtal tók um 45-65 mínútur og innihélt margvíslegar spurningar er vörðuðu persónulega reynslu, skoðanir og athuganir læknanna varðandi þann mun sem er á heilbrigðiskerfum landanna tveggja. Rannsóknin var samþykkt af vísindasiðanefnd (VSNb2008080001) og tilkynnt til Persónuverndar (S3998/2008).

## Niðurstöður

Læknarnir ræddu kosti opinbers reksturs, einkarekins og blandaðs kerfis. Kostir norska heilbrigðiskerfisins, að mati þátttakenda, er fyrst og fremst að þar hafa allir landsmenn sinn heimilislækni og þannig næst góð yfirsýn yfir heilsuvanda fólks. Í Noregi er heimilislæknirinn hliðvörður fyrir sérhæfða læknisþjónustu og það er góð upplýsingagjöf milli þjónustustiga sem hindrar tvíverknað í læknisþjónustunni. Samanburðurinn leiddi jafnframt áhugaverðan mun í ljós, bæði frá sjónarhóli samfélagsins (tafla III) og sjúklinganna (tafla IV), svo sem meiri skilvirkni læknaþjónustu í Noregi en á Íslandi. Það sem einkum einkennir íslenska heilbrigðiskerfið utan sjúkrahúsa er mikið streymi sjúklinga til sérgreinalækna án tilvísana frá heimilislæknum, ófullkomið skráningakerfi landsmanna og mikið álag á vaktþjónustur. Vilji þátttakenda til breytinga í ljósi reynslunnar af starfi í löndunum tveimur er útlistaður í töflu V.

Greining viðtalanna á áherslum þátttakenda af reynslu þeirra af störfum í löndunum tveimur leiddi jafnframt fjóra meginþætti í ljós: 1) áherslu læknanna á kosti blandaðs kerfis opinbers reksturs og einkarekins; 2) samvinnu lækna og annarra heilbrigðisstétta; 3) skil á milli fyrstu og annarrar gráðu heilbrigðisþjónustu og 4) mikið álag á vaktþjónustu heimilislækna og bráðamóttökur sjúkrahúsa á Íslandi.

*1) Blandað kerfi heimilislækninga*

Allir þátttakendurnir undirstrikuðu kosti þess að byggja á mismunandi launagreiðslufyrirkomulagi til heimilislækna og blönduðu rekstrarskipulagi í heimilislækningum: *„ég held að fyrir heildina væri betra að geta valið á milli … nú eru líka læknarnir misjafnir, það getur vel verið að það henti einum lækni mjög vel að vera í, eigum við að segja, afkastahvetjandi kerfi en svo er ekki víst að það henti í Hlíðahverfi í Reykjavík þar sem allir sjúklingarnir eru gamlir og þú getur hreinlega ekki tekið jafn stuttan tíma per haus.*“

**Tafla III.** *Skipulag heilbrigðisþjónustu: samanburður á Noregi og Íslandi. Reynsla þátttakenda.*

| NOREGUR | ÍSLAND |
|---|---|
| Allir hafa sinn tiltekna heimilislækni. Færri skjólstæðingar um hvern heimilislækni*. | Hluti þjóðarinnar án heimilislæknis. Fleiri skjólstæðingar um hvern heimilislækni*. |
| Heimilislæknir er fyrsti tengiliður sjúklingsins innan heilbrigðisþjónustunnar. | Heimilislæknir ekki endilega fyrsti tengiliður sjúklingsins innan heilbrigðisþjónustunnar. |
| Miðstýrt skráningarkerfi sjúklinga. Sjúklingur getur ekki verið skráður nema hjá einum heimilislækni. Góð yfirsýn yfir heilsuvanda fólks. | Ekki miðstýrt skráningarkerfi. Sjúklingur getur verið óskráður eða skráður á fleiri en einn lækni. Vantar betri yfirsýn yfir heilsuvanda fólks. |
| Tilvísanakerfi, heimilislæknir hliðvörður varðandi læknisþjónustu. | Ekki tilvísanakerfi, heimilislæknir ekki hliðvörður. |
| Góð upplýsingagjöf milli þjónustustiga. Læknabréf til að tryggja samfellu. | Ekki góð upplýsingagjöf milli þjónustustiga. Læknabréf berast seint og illa nema á Akureyri. |
| Minni líkur á tvíverknaði í læknisþjónustunni. | Meiri líkur á tvíverknaði í læknisþjónustunni. |
| Læknisþjónusta unnin sem mest á dagvinnutíma. | Of stór hluti læknisþjónustu unnin utan dagvinnutíma. |
| Afkastahvetjandi launakerfi á dagvinnutíma. | Aðeins afkastahvetjandi launakerfi utan dagvinnutíma. |
| Meiri skilvirkni læknaþjónustu en á Íslandi. | Minni skilvirkni læknaþjónustu en í Noregi. |
| Oflækningar heimilislækna? | Oflækningar sérgreinalækna? |
| Læknanemar fá ekki leyfi til að starfa sem heimilislæknar. | Læknanemar fá takmarkað lækningaleyfi til að leysa af í heilsugæslunni. |
| Einkarekstur heimilislækna. | Ríkisrekstur ráðandi, stefnurek. |

*Þátttakendur nefndu aðeins að færri sjúklingar væru um hvern heimilislækni í Noregi heldur en á Íslandi. Tölulegar upplýsingar fengnar úr skýrslu OECD[16] sýna að þetta er rétt. Í Noregi er 1,1 heimilislæknir á hverja 1000 íbúa en 0,7 heimilislæknir á hverja 1000 íbúa á Íslandi.

*2) Samvinna lækna og annarra heilbrigðisstétta*

Þátttakendur söknuðu læknaliða (n. *legesekreter,* nánast ígildi íslenska sjúkraliðans) sem gegna lykilhlutverki á öllum heilsugæslustöðvum í Noregi og eru nánir samstarfsmenn heimilislækna þar. Samvinnan við hjúkrunarfræðinga hér á landi töldu þátttakendur vera á jafnræðisgrundvelli. Bent var á hugsanlega mönnunarskekkju á íslenskum heilsugæslustöðvum sem kæmi niður á skilvirkni í starfseminni: *„ ... samvinnan gekk mjög vel þarna úti og kannski meiri hjálp. Þetta fólk* [læknaliðar] *var oft viljugra til að taka af manni einhver verk sem kannski gengur ekki eins vel hérna vegna þess að þeim* [hjúkrunarfræðingum] *finnst það ekki vera inni á sínu verksviði út af sinni menntun eða þvíumlíkt. Þetta fólk var nú kannski því síður inn á þeirra verksviði en það gerði það ... þetta fólk var náttúrulega á launum frá læknunum sem slíkum ... Í starfsemi okkar* [hér á landi] *þá myndast annars konar andrúmsloft ...“.*

*3) Skil á milli fyrstu og annarrar gráðu heilbrigðisþjónustu*

Þrátt fyrir skort á heimilislæknum á Íslandi töldu þátttakendur sjálfstætt starfandi sérgreinalækna ekki hafa tök á að vera heimilislæknar í hjáverkum. Slíks fyrirkomulags var talið gæta í nokkrum mæli á höfuðborgarsvæðinu en gæði og skilvirkni slíkrar þjónustu voru dregin í efa: *„ ... held að almennt talað þá líti norskir læknar þannig á að heimilislæknirinn og heimilislækningar séu hornsteinn heilbrigðiskerfisins algjörlega ... og ég held að minnsta kosti finnst mér það hérna eins og gerist í Reykjavík þar sé þetta ekki svona ...“*

*4) Mikil ásókn í vaktþjónustu heimilislækna og bráðamóttökur sjúkrahúsa á Íslandi*

Sérgreinaþjónusta lækna á Norðurlandi og Sjúkrahúsinu á Akureyri fékk góða dóma en grundvöllur læknisþjónustu þar hefur lengi verið óopinbert tilvísanakerfi. Tilvísanir virðast hins vegar ekki alltaf skila sér til ýmissa sérgreinalækna og sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu og læknabréf þaðan sögð berast seint og oftlega alls ekki til heimilislækna. Með afkastahvetjandi launagreiðslum til heimilislækna á dagvinnutíma töldu allir viðmælendur möguleika á að auka afköst heimilislækna á Íslandi, auka skilvirkni í heilbrigðiskerfinu og bæta þjónustuna: *„Við erum með opna móttöku á vaktinni síðdegis og þar hafa mætt bara á þeim kannski á ekki stærra svæði en þessu 60 manns og ég held að þarna væri náttúrulega hægt að færa þetta yfir í dagvinnuna að hluta.“*

## Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að íslenska heilsugæslu skorti þá skilvirkni sem Norðmenn búa við, þetta var samdóma álit viðmælenda. Of margir Íslendingar hafa ekki aðgang að einum tilteknum heimilislækni og verða að reiða sig á dýrari úrræði í formi vaktþjónustu og sjálfstætt starfandi sérgreinalækna.

Starfield[11] bendir á að almenn heilsa sé betri bæði í löndum og í þeim ríkjum Bandaríkjanna sem nota tilvísanakerfi heimilislækna sem gátt milli fyrstu og annarrar gráðu heilbrigðisþjónustu. Aðrar rannsóknir hafa sýnt að þjónusta heimilislækna helst venjulega í hendur við þau laun sem þeir fá fyrir vinnu sína.[29-30] Rannsóknir sýna að sjálfstætt starfandi heimilislæknar afkasta meiru og veita víðtækari þjónustu en þeir sem starfa hjá því opinbera.[14] Í íslenska opinbera fastlaunakerfinu er líklega minni hætta á oflækningum og starfsþroti sem er alvarlegt og vaxandi vandamál. Tæplega 90% norskra heimilislækna eru í einkarekstri og kerfið nýtur hylli hjá bæði læknum og skjólstæðingum samkvæmt ánægjuvogum.[31] Þetta helst í hendur við rannsóknir sem hafa sýnt að sjúklingum líkar það vel að hafa aðgang að einum tilteknum heimilislækni

**Tafla IV.** *Sjúklingurinn: samanburður á Noregi og Íslandi. Reynsla þátttakenda.*

| NOREGUR | ÍSLAND |
|---|---|
| Allir hafa sinn heimilislækni. | Hluti þjóðarinnar án heimilislæknis. |
| Haldið vel utan um hvern sjúkling. Samfella í þjónustunni. | Ekki haldið vel eða heildstætt utan um hvern sjúkling. Ekki samfella í þjónustunni. |
| Mikið traust milli sjúklings og heimilislæknis. Traust meðferðarsamband. | Ekki sama meðferðarsamband milli sjúklings og heimilislæknis og í Noregi. |
| Ekkert um ómarkvissar heimsóknir til sérgreinalækna. | Talsvert um ómarkvissar heimsóknir til sérgreinalækna. |

frekar en að vera vísað á bráðamóttöku, á lækni sem þeir þekkja ekki, í hvert sinn sem þeir þurfa á læknisþjónustu að halda.[32-33] Flest bendir til þess að stýrikerfi með tilvísunum bæti nýtingu fjármuna sem veitt er til læknisþjónustu sem jafnframt verður markvissari.[34] Efnahags- og framfarastofnunin (OECD) hefur jákvætt viðhorf til samkeppni í heilbrigðisþjónustu og vals þjónustuþega og leggur áherslu á nýtingu markaðslausna í sínum ráðleggingum[16] og Williams[35] hefur bent á að ólík greiðslukerfi í höndum stjórnenda geti reynst vel til að auka gæði þjónustunnar og takast á við ólíka áhrifaþætti heilbrigðis þar sem fjármagn er ávallt takmarkað. Bandarísk rannsókn[36] er varðaði skörun milli starfa heimilis- og sérgreinalækna leiddi í ljós að skörunin var mest í barna-, bæklunar- og kvensjúkdómalækningum. Rannsókn okkar staðfestir þetta en þó voru hjartalækningar mest áberandi á Íslandi. Viðmælendur luku allir lofsorði á þjónustu göngudeilda norskra sjúkrahúsa og markvisst skipulag með tilvísunum og læknabréfum milli heimilis- og sérgreinalækna. Lögð var áhersla á að efla slíka þjónustu á Íslandi. Norska fastlæknakerfið hefur reynst afar vel, þar sem það tryggir öllum Norðmönnum heimilislækni. Þar gætu Íslendingar farið að dæmi Norðmanna í viðleitni sinni til að bæta skilvirkni og þjónustu í flóknu og fjárfreku heilbrigðiskerfi. Þar að auki þóttu norsku sjúkrarskrárkerfin flest mun betri en það íslenska og uppbygging norska heimilislæknanámsins, þar sem meginþungi náms er ekki inni á deildum sjúkrahúsa líkt og á Íslandi, heldur á starfsstöðvum heimilislækna, til eftirbreytni.

*Styrkur og takmörk rannsóknarinnar*

Styrkur rannsóknarinnar felst einkum í því að tækifæri gafst til að kynnast reynslu og viðhorfum allra (*total sample*) hérlendra lækna sem einnig hafa starfað í norska fastlæknakerfinu. Læknarnir voru vissulega allir yngri og óreyndari þegar þeir störfuðu í Noregi og menningarlegt umhverfi þar í landi eilítið frábrugðið því íslenska. Svo fyrirvara sé gætt getur það vitanlega haft áhrif á og skekkt reynslu þeirra að einhverju marki en varla svo að úrslitum ráði. Þá getur orðið aðferðafræðileg hindrun þegar þátttakendur í rannsókn og þeir sem framkvæma rannsóknina tilheyra sömu starfsstétt. Frá sjónarhóli eigindlegrar aðferðafræði þarf þetta alls ekki að vera neikvætt. Það að þátttakendur og rannsakendur eigi sameiginlegan bakgrunn og standi jafnfætis hver öðrum er kostur en ekki galli og getur dýpkað og eflt til muna þá samræðu sem á sér stað og minni hætta er á að menningarlegur og þjóðfélagslegur munur liti útkomuna en þegar rannsakandinn, vegna stöðu sinnar, verður að teljast hafa yfirburði yfir viðmælanda sinn. Alhæfingar eru ekki markmið í eigindlegum rannsóknum.

**Tafla V.** *Tillögur þátttakenda til umbóta á Íslandi í ljósi reynslunnar af starfsumhverfi bæði í Noregi og á Íslandi.*

1. Allir Íslendingar hafi sinn heimilislækni sem er sérmenntaður í heimilislækningum. Fjölga þarf heimilislæknum verulega til að svo megi verða. Fastlæknakerfi fyrir alla landsmenn þarf að koma upp án tafar.
2. Sérmenntun heimilislækna fari að stærstum hluta fram á heilsugæslustöðvum og á stofum heimilislækna.
3. Heimilislæknirinn sé að jafnaði fyrsti tengiliður sjúklingsins innan heilbrigðisþjónustunnar sem sjúklingurinn hittir vegna vandamáls sem þarfnast læknisfræðilegrar úrlausnar og sjúklingurinn hafi greiðan aðgang að sínum heimilislækni. Ráðist verði í upptöku tilvísunarkerfis með takmörkuðu valfrelsi.
4. Haldið sé betur utan um hvern sjúkling og það sé verksvið heimilislækna. Sérgreinalæknar skrifi læknabréf þar sem fram kemur allt sem heimilislæknir þarf að vita til að halda þessari yfirsýn.
5. Heimilislæknar hafi val um rekstrarskipulag. Styðja við sjálfstæðan rekstur heimilislækna í bland við ríkisrekstur heilsugæslustöðva.
6. Leitast sé við að heimilislæknisþjónusta sé að jafnaði unnin á dagvinnutíma.
7. Komið verði á öflugri göngudeildarþjónustu sjúkrahúsa eins og í Noregi.
8. Skilgreina verkaskiptingu milli heilbrigðisstétta upp á nýtt með skilvirkni að leiðarljósi.
9. Sjúkraskrárkerfið Saga hefur ekki staðist samanburð, jafnvel leita hófanna erlendis eftir skilvirkara kerfi.

## Ályktun

Það er samdóma álit viðmælenda að íslenska heilbrigðisþjónustu skortir þá skilvirkni sem Norðmenn búa við og staða norskra heimilislækninga sé styrkari. Til að auka áhuga læknanema og nýliðun í heimilislækningum á Íslandi er brýnt að bjóða upp á aukið sjálfstæði og valmöguleika líkt og er til staðar í norska fastlæknakerfinu. Möguleikinn á að starfa sjálfstætt er mikilvægur þáttur fyrir sjálfsmynd og starfsánægju. Þegar ráðast þarf í skipulagsbreytingar í heilbrigðiskerfinu myndast óhjákvæmilega togstreita milli heilbrigðisstétta en ekki síður milli ólíkra hópa lækna. Því er mikilvægt að íhuga gaumgæfilega reynslu annarra þjóða af skipulagsbreytingum í heilbrigðisþjónustu. Í ljósi þess að lækna skortir víða í hinum vestræna heimi og menntun heilbrigðisstarfsfólks er í flestum tilvikum löng og kostnaðarsöm, er gott að hafa í huga orð Barböru Starfield sem var kunn af rannsóknum sínum á grunnþjónustu heilbrigðiskerfa: Höfum læknana þar sem þeir nýtast best (*Put doctors where they count*).[36]

## Þakkir

Við þökkum þátttakendum fyrir framlag þeirra til rannsóknarinnar, Félagi íslenskra heimilislækna fyrir veittan styrk og Háskólanum á Akureyri fyrir vinnuaðstöðu.

## Heimildir


1. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: McGraw-Hill 2005.
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, Herman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine. Í: Evans. P, (ed.). WONCA European, Barcelona 2002.
3. Toon PD. Justice for gatekeepers. Lancet 1994; 343: 585-7.
4. Bodenheimer T. The American health care system - Physicians and the changing medical marketplace. N Engl J Med 1999; 340: 584-8.
5. Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. Brit J Gen Pract 1997; 47: 481-6.
6. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? Ann Fam Med 2003; 1: 144-8.
7. Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. Scand J Prim Health 2001; 19: 131-44.
8. Macinko J, Starfield B, Shi LY. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. Int J Health Serv 2007; 37: 111-26.
9. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. Ann Fam Med 2003; 1: 8-14.
10. Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? J Health Serv Res Po 2000; 5: 22-6.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005; 83: 457-502.
12. Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press, New York 1998.
13. Lög nr. 43/1984 um ráðstafanir í ríkisfjármálum.
14. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. Int J Qual Health C 2000; 12: 133-42.
15. Gosden T, Williams J, Petchey R, Leese B, Sibbald B. Salaried contracts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress. J Health Serv Res Policy 2002; 7: 26-33.
16. Docteur E, Oxley H. Health-care systems: Lessons from the Reform Experience. OECD, Paris 2003.
17. Greß S, Delnoij DM, Groenewegen PP. Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives. Primary care in the driver's seat. 2006: 184-200.
18. Crombie D, Van der Zee J, Backer P. The interface study. Occas Pap R Coll Gen Pract 1990; 48: 4-7.
19. Boerma WG. Profiles of general practice in Europe: an international study of variation in the task of general practitioners. Nivel, Utrecht 2003: 32-43.
20. Digby A. The evolution of British general practice 1850-1948. Oxford University Press, New York 1999.
21. Solberg I, Tómasson K, Aasland O, Tyssen R. Cross-national comparison of job satisfaction in doctors during economic recession. Occup Med 2014; 64: 595-600.
22. Hetlevik Ø, Gjesdal S. Personal continuity of care in Norwegian general practice: a national cross-sectional study. Scand J Prim Health 2012; 30: 214-21.
23. Scott A, Sivey P, Ouakrim DA, Willenberg L, Naccarella, L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev 2011; 9: CD008451.
24. Willems DL. Balancing rationalities: gatekeeping in health care. J Med Ethics 2001; 27: 25-9.
25. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, de Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. Can Med Assoc J 2003; 168: 271-5.
26. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet 2009; 374: 1714-21.
27. Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev 2000; 3: CD002215.
28. Halldórsdóttir S. Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í: Halldórsdóttir S, (ritstj.). Handbók í aðferðafræði rannsókna. Háskólinn á Akureyri, Akureyri 2013: 281-99.
29. van Dijk CE, Verheij RA, Spreeuwenberg P, van den Berg MJ, Groenewegen PP, Braspenning J, et al. Impact of remuneration on guideline adherence: empirical evidence in general practice. Scand J Prim Health 2013; 31: 56-63.
30. Grytten J, Skau I, Carlsen F. Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. Tidsskr Nor Laegeforen 2004; 124: 652-4.
31. Halvorsen PA, Steinert S, Aaraas IJ. Remuneration and organization in general practice: do GPs prefer private practice or salaried positions? Scand J Prim Health 2012; 30: 229-33.
32. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. Brit J Gen Pract 1996; 46: 601-5.
33. Weiss GL, Ramsey CA. Regular source of primary medical care and patient satisfaction. QRB Qual Rev Bull 1989; 15: 180-4.
34. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. Health Serv Res 2002; 37: 529-50.
35. Williams SV. The impact of DRG-based prospective payment on clinical decision making. Med Decis Making 1985; 5: 23-9.
36. Starfield B. Refocusing the system. N Engl J Med 2008; 359: 2087-91.


## ENGLISH SUMMARY

### General practice in Iceland and Norway: GPs' experience of different primary health care systems

Héðinn Sigurðsson[1,4], Sunna Gestsdóttir[2], Kristján Guðmundsson[3], Sigríður Halldórsdóttir[4]


**Introduction:** Most GPs in Iceland are public employees on fixed salaries which is very different from their Norwegian colleagues. The aim of this study was to explore the experience of Icelandic GPs who have also worked as GPs in Norway and compare their experience of working in these two neighboring countries.

**Material and methods:** Data were collected through interviews with 16 GPs that during the study period 2009-2010 were all working in Iceland. Two to ten years had passed since their return from Norway. We used qualitative methodology, the Vancouver-School of doing phenomenology. This methodology seeks to increase understanding of human phenomena for the purpose of improving healthcare services.

**Results:** The doctors discussed the benefits of the different systems of delivering medical services. They saw the advantages of the Norwegian healthcare system mostly in that all Norwegians have their own GP, thus achieving a good overview of the health problems of each individual. The GPs are gatekeepers for medical services which potentially reduces duplication of medical services. The participants also noted more efficient medical services in Norway than in Iceland. What characterizes Icelandic healthcare outside the hospital from their perspective is direct patient contact with specialists without referrals from GPs and incomplete registration system of patients and much use of emergency services in Iceland.

**Conclusion:** Participants agreed upon stronger primary healthcare system in Norway compared to Iceland. Moreover, a good job situation in primary care is needed in Iceland to appeal to junior doctors. When changes are made to the Icelandic healthcare system it is important to acknowledge the experience of neighboring countries in terms of advancing health care system reforms.


*[1]Glaesibaer Health care centre, [2]School of Education, University of Iceland, [3]Reykjalundur rehabilitation centre, [4]School of Health Sciences, University of Akureyri.*

**Key words:** *general practitioner, primary care, job situation, health service research, qualitative research.*

**Correspondence**: *Héðinn Sigurðsson, hedinn.sigurdsson@heilsugaeslan.is*



# 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. 154

**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).



# LANDSPÍTALI ... ÞÚ SKIPTIR MÁLI!

## SÉRFRÆÐILÆKNIR Í ÖLDRUNARLÆKNINGUM

*Vegna aukinna umsvifa í öldrunarlækningum viljum við fjölga í öflugum starfsmannahópi um tvo sérfræðilækna með sérhæfingu í öldrunarlækningum. Starfshlutfall er 100% og veitast störfin frá 1. september 2017 eða eftir samkomulagi.*

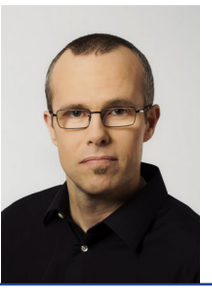
*Við öldrunarlækningar starfa 16 sérfræðilæknar í öflugu þverfaglegu teymi og í nánu samstarfi við aðrar fagstéttir. Öldrunarlækningar skiptast í bráðaöldrunarlækningar, heilabilunareiningu og almennar öldrunarlækningar, auk læknisþjónustu við hjúkrunarheimili og dagdeildir á höfuðborgarsvæðinu. Áhersla er lögð á góða þjónustu, virka teymisvinnu og stöðugar umbætur í þágu sjúklinga.*

***Umsóknarfrestur er til og með 31.03.2017.***
*Sjá nánari upplýsingar um starfið á heimasíðu Landspítala; www.landspitali.is/mannaudur*

LANDSPÍTALI

*Landspítali er lifandi og fjölbreyttur vinnustaður þar sem yfir 5000 manns starfa í þverfaglegum teymum og samstarfi ólíkra fagstétta. Framtíðarsýn Landspítala er að vera háskólasjúkrahús í fremstu röð þar sem sjúklingurinn er ávallt í öndvegi. Lykiláherslur í stefnu spítalans eru öryggismenning, skilvirk og vönduð þjónusta, uppbygging mannauðs og stöðugar umbætur.*



**Hjalti Már Þórisson**

röntgenlæknir

*hjaltimt@landspitali.is*

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

# Svarta boxið

Því hefur verið haldið fram að hvert flugslys færi okkur nær fullkomnu öryggi í flugmálum. Þetta á að vera vegna þess að hvert flugslys er krufið til mergjar, allar breytur skoðaðar og greint hvað það var sem orsakaði slysið. Því verða sömu mistökin ekki endurtekin og heimurinn færist einu skrefi nær algerlega öruggum flugsamgöngum. Mannlegi harmleikurinn sem átti sér stað skilar nýrri þekkingu og betra kerfi. Til þess að hægt sé að læra af mistökunum er fyrst nauðsynlegt að skilgreina þau og skilja. Þar kemur hið svokallaða „svarta box“ til sögunnar. Svarta boxið tekur upp öll samskipti flugmannanna, bæði sín á milli og við flugturninn, ásamt því að skrá allar þær aðgerðir sem flugmennirnir framkvæma í flugstjórnarklefanum. Þannig er hægt að vinna úr þeim atburðum og aðstæðum sem áhöfnin átti við áður en slysið varð. Út frá þeim upplýsingum má skilja hvað olli slysinu og vonandi koma í veg fyrir að slíkt endurtaki sig. Með þessari nálgun er búið að vinna þrekvirki í flugöryggismálum. Vandamál sem hafa komið upp í sambandi við hönnun flugstjórnarklefans hafa fundist og verið leyst. Betrumbætt vinnubrögð og innleiðing gátlista hafa breytt miklu. Þjálfun í flughermi og æfingar á mismunandi aðstæðum í hermi hafa líka sannað gildi sitt.

En er hægt að heimfæra þessi vinnubrögð á aðra geira? Í bók sinni, *Black Box Thinking*, færir blaðamaðurinn Mathew Syed talsvert sannfærarndi rök fyrir því að svo sé. Hann lýsir nálguninni sem flugmenn og flugmálayfirvöld hafa tekið upp. Hann skoðar hvernig önnur kerfi standa sig við úrvinnslu á þeim uppákomum sem eiga sér stað í viðkomandi fagi. Syed lýsir algengum gildrum sem þarf að varast. Þar er helst að nefna svæsna afneitun (*cognitive dissonance*) þar sem fólki er einfaldlega fyrirmunað að viðurkenna fyrir sjálfu sér og/eða öðrum að hugsanlega hafi mistök átt sér stað. Einnig er því lýst hvernig sökudólgaleit (*blame game*) gagnast engan veginn þegar koma á í veg fyrir næstu mistök en bæði þessi fyrirbæri koma beinlínis í veg fyrir að hægt sé að læra af mistökunum.

Þeir sem ekki læra af mistökum geta ekki öðlast færni sérfræðings. Margir kannast við „10.000 klukkustunda regluna“ svokölluðu sem Malcom Gladwell kynnti í bók sinni, *Outliers*. Það sem ekki kom nægilega vel fram þar að mínu mati er að það þurfa að vera 10.000 klukkustundir af markvissum æfingum (*deliberate practice*) til að verða „expert“ þar sem sá sem er í þjálfun fær „feedback“ á frammistöðuna. Maður verður ekki góður í bogfimi með því að skjóta endalaust en meta aldrei hvort maður hittir í mark. Þess vegna eru mistök mikilvæg.

Áætlað er að á hverjum degi deyi 300-600 manns á bandarískum sjúkrahúsum vegna mannlegra mistaka. Þetta er ógnvænleg tala og mann langar hreinlega að neita að trúa slíku. En þetta er það sem gögnin gefa til kynna. Þetta jafngildir einni til tveimur þéttsetnum júmbóþotum að farast á hverjum degi. Óhætt er að segja að flugsamgöngur myndu fljótt leggjast af ef það væri raunin. En einhverra hluta vegna virðist þetta vera staðan og henni þarf að breyta.

Víst er að það getur tekið tíma að knýja fram breytingar. Sagt er að frá frumkristni hafi kirkjan kennt að konur hefðu einu rifjapari fleira en karlar (kannski rif Adams?). Það var ekki fyrr en árið 1543 að flæmski líffærafræðingurinn Vesalius birti gögn sem sýndu fram á að þetta var alls ekki rétt, rifjapörin reyndust vera jafnmörg hjá báðum kynjum. Einhvern veginn tók það fólk um 1500 ár að ná að telja upp í 12. En nú eru tímarnir breyttir og upplýsingar eiga greiða leið að öllum sem vilja leita að þeim. En bregðumst við rétt við upplýsingunum sem blasa við?

Það er siðferðileg skylda okkar allra að læra af mistökum, bæði okkar eigin en ekki síður annarra. Ég efast ekki um að vilji heilbrigðisstarfsfólks stendur til þess. Öll erum við í þessu starfi til að hjálpa. Víða eru yfirvöld að taka við sér, bæði á einstökum sjúkrahúsum og hjá samtökum fagmanna. En það nægir ekki að skipa nefndir og halda fundi. Breytt nálgun þarf að skila sér alla leið í raunheima. Það þarf að breyta kúltúr og hugarfari allra sem starfa innan heilbrigðiskerfisins. Það verður að virkja allt starfsfólk með í slíka för, annars er hætt við því að eingöngu verði um fræðilega loftfimleika að ræða. Breytingarnar verða að skila sér alla leið í hversdags praxís. Annars er hætt við því að eftirfarandi viska sannist eina ferðina enn:

*„In theory, there is no difference between theory and practice. In practice ..., there is.“*

- Höfundur ókunnur

**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.

# Trúir þú á myglusögur?

## – Rakaskemmdir og mygla herja jafnt á lækna sem leika og voru til umræðu á Læknadögum

Þröstur Haraldsson

Rakaskemmdir og mygla hafa á undanförnum árum orðið eins konar táknmynd fyrir íslenskt heilbrigðiskerfi. Niðurskurður og sparnaður í rekstri hefur meðal annars valdið því að víða í húsakynnum heilbrigðisstarfsfólks hefur eðlilegt viðhald verið vanrækt. Myndir og fréttir af raka- og mygluskemmdum á Landspítalanum eiga eflaust stóran þátt í þeirri kröfu sem risið hefur að framlög til heilbrigðismála á fjárlögum verði stóraukin og það helst í gær. Og nú hefur málið komist á dagskrá Læknadaga þar sem umræða um raka og myglu og áhrif hennar á heilsufar fólks stóð yfir í heilan dag.

Eins og frá var sagt í *Læknablaðinu* í desember var það hópur lækna sem tók frumkvæðið að þessu málþingi en ástæða þess var ekki síst sú að læknar höfðu verið að veikjast vegna myglu og raka á vinnustöðum sínum. Kristín Sigurðardóttir bráðalæknir er ein úr hópnum og hún sagði frá því að í hennar árgangi í læknadeild HÍ hefðu verið 30 manns en af þeim hafa sex læknar orðið fyrir heilsutjóni af völdum myglu og raka á undanförnum árum. Fjórir þeirra sögðu sögu sína í Hörpu og hér á eftir er gripið ofan í frásögn Gunnlaugs Sigurjónssonar heimilislæknis á Heilsugæslustöð Árbæjar.



*Hér eru forsvarskonur málþingsins, frá vinstri: María I. Gunnbjörnsdóttir, Unnur Steina Björnsdóttir, Kristín Sigurðardóttir, Dóra Lúðvíksdóttir og Sigríður Ólína Haraldsdóttir.*

### Mygla í Árbænum

„Ég byrjaði að vinna á Heilsugæslunni í Árbæ í ársbyrjun 2003. Ég var fyrstu árin ekki með fasta stofu heldur flakkaði á milli stofa á stöðinni. Árið 2006 fékk ég fasta stofu í suðurhluta húsnæðisins, stofu sem bar merki um miklar og langvarandi rakaskemmdir. Dúkurinn í suðurhluta herbergisins var svartur og morkinn og allur í bungum. Ekki var óalgengt að eldra fólk hrasaði um bólurnar í dúknum. Ástæða þessa leka þarna inn var að utan við vegginn voru stórar svalir og allt vatn sem kom niður á þessar svalir átti greiða leið undir útvegginn sem var úr timbri og þaðan beint undir gólfdúkinn.

Á þessum árum var ég talsvert að hlaupa og einnig duglegur að ganga á fjöll og stunda útivist. Á árunum 2006 og 2007 fór ég að finna að árangur af þjálfun lét á sér standa og ég náði engum framförum lengur. Það var svo í ársbyrjun 2008 að ákveðið var að lagfæra gólfdúkinn á stofunni minni. Þegar gamli gólfdúkurinn var tekinn upp fylgdu með ofnalagnir sem voru illa ryðgaðar í gólfinu og silfurskottur í þúsundatali hlupu út um allt. Vegna þessa heyktust menn á að taka dúkinn upp á minni stofu og þess í stað var skorið í bólurnar, dúkurinn límdur niður og svo settur nýr dúkur yfir allt saman. Ekki var reynt að laga lekann að utan.

Fljótlega eftir þetta hrundi heilsa mín, í stað þess að hlaupa 10-20 km náði ég að drattast þetta 2-3 km og var þá alveg búinn á því. Ég upplifði endurtekið tvísýni þegar ég var í símatímum og þurfti að horfa stöðugt á tölvuskjá í 30-40 mínútur í



*Mynd tekin á málþingi á Læknadögum í Hörpu í janúar. Kristín Sigurðardóttir bráðalæknir er í ræðustóli, en við pallborðið sitja Magnús Gottfreðsson lyflæknir og ritstjóri Læknablaðsins, Kristín Jónsdóttir yfirlæknir á kvennadeildinni og Gunnlaugur Sigurjónsson heilsugæslulæknir. – Myndina tók Sigurður Björnsson krabbameinslæknir á símann sinn.*

senn. Vissi svo sem ekki hvað gekk að mér, var helst farinn að hallast að hvítblæði eða öðrum slíkum miður skemmtilegum hlutum sem orsök fyrir þessu mikla þróttleysi.

Það var svo í lok apríl sem ég ákvað að fara í göngu á Móskarðshnúka, hafði oft gengið þar upp og ekki þótt mikið mál. Þarna varð ég hins vegar lafmóður og átti erfitt með að skila mér upp. Næsta dag pissaði ég svörtu og var með slæmar harðsperrur í fótum. Ég dreif mig í blóðprufu og reyndist með CK upp á 6500 (CK = kreatínín kínasi, vöðvaensím sem hækkar í blóði við vöðvaskemmdir). Þá fór ég að velta fyrir mér hvað væri eiginlega í gangi. Hugsanir mínar beindust fljótlega að nýlegum framkvæmdum á stofunni minni. Ræddi við yfirlækni stöðvarinnar Gunnar Inga Gunnarsson sem tók málið strax föstum tökum.

### Ert þú þessi viðkvæmi?

Við fengum fund með fulltrúa stjórnar heilsugæslunnar. Sá fundur byrjaði á þessum orðum frá viðkomandi stjórnanda: „Ert þú þessi viðkvæmi? Eigum við ekki að pakka þér inn í bómull og færa þig á Heilsugæsluna í Grafarvogi?“ Það lá því fyrir að ekki yrði um mikinn stuðning að ræða frá æðstu stjórn Heilsugæslunnar. Gunnar Ingi ákvað að hafa samband við Vinnueftirlitið sem kom fljótt, gerði úttekt á stöðinni og lokaði að því búnu öllum rýmum heilsugæslunnar sem sneru í suður, enda rakaskemmdir í öllum þeim rýmum, þó í mismiklum mæli væru.

Heilsugæslan flutti í bráðabirgðahúsnæði og svo 1. desember 2008 í nýtt flott húsnæði í Hraunbæ. Ástand mitt batnaði smám saman eftir þetta, hratt í byrjun en það tók samt um tvö ár áður en ég varð eins og ég þekkti mig áður.

Ýmsir aðrir starfsmenn stöðvarinnar höfðu lengi kvartað um ýmis óþægindi í loftvegum og tíðar öndunarfærasýkingar. Þeir löguðust líka eftir flutning úr húsnæðinu. Ég fann hins vegar aldrei fyrir neinum ofnæmis- eða öndunarfæraeinkennum. Það var sett upp sporagildra á skrifstofunni minni en ekkert sérstakt kom út úr því. Ekki voru teknar ræktanir undan gólfdúknum.

Fljótlega var ákveðið að ástand húsnæðisins hefði ekkert haft með ástand mitt eða annarra á stöðinni að gera. Ég nennti ekki að standa í einhverju veseni með þetta, var dauðfeginn að vera sloppin út úr þessu aðstæðum. Seinna um sumarið fór ég í rannsóknir á Landspítala. Ekkert kom út úr þeim nema að ég væri með mótefni í blóði við *aspergillus somatic* en það mun vera algengur sveppur í norskum skógum. Ég hafði búið í Noregi í 5 ár í sérnáminu og engin leið var að segja hvar ég hefði komist í kynni við þann svepp.

Ég veit ekki enn í dag hvað kom fyrir mig, eftir á held ég helst að ég hafi verið með loftfirrta öndun þessa mánuði en hún veldur mjólkursýrumyndun og þar með stífna vöðvar upp. Hvort þetta var taugaeitur frá myglugróðri eða límið sem notað var til að líma niður dúkinn veit ég ekki. Í það minnsta voru engar breytingar í mínu umhverfi á þessu tímabili aðrar en þær að þessi nýi dúkur var límdur yfir þann gamla og rakinn lokaður betur inni.“

Í greininni er vitnað í Baldur Grétarsson verkfræðing sem veiktist vegna myglu og rakaskemmda á vinnustað sínum en hefur náð heilsu aftur. Hann lýsti líðan sinni í litlu ljóði sem hann nefnir

*Þá og nú:*

Þá var ég ...
myglandi
kafnandi
liggjandi
sofandi
hverfandi
deyjandi

Nú er ég ...
andandi
standandi
gangandi
vonandi
brosandi
lifandi

### Margskonar einkenni

Þessi frásögn gæti verið reynsla margra en kannski ekki. Það er nefnilega svo að einkennin geta verið afar mismunandi frá einum sjúklingi til annars. Gunnlaugur fann hvorki fyrir ofnæmis- eða öndunarfæraeinkennum en margir finna fyrir í öndunarfærum, einkum ef þeir hafa áður glímt við astma eða aðra lungnasjúkdóma. Svo virðist sem myglan og rakinn framleiði eiturefni og örverur sem geta ráðist á öll helstu líffærakerfi mannsins. Sumum líður eins og þeir séu með endalausa flensu með öllum hennar einkennum, aðrir verða móðir, síþreyttir og orkulausir og enn aðrir glíma við endurteknar sýkingar.

Til þess að fyrirbyggja allan misskilning eru læknarnir 6 sem lentu í þessum hremmingum á besta aldri, stunduðu allir virka útivist og líkamsrækt og höfðu ekki kennt sér meins áður. Kristín sagði að henni hefði aldrei orðið misdægurt vegna

umgangspesta en eftir að hún fór að finna fyrir þessum einkennum varð hún veik hvað eftir annað. Nú þarf hún að sætta sig við það að geta ekki komið inn á Landspítalann sem var vinnustaður hennar um árabil.

Gunnlaugur var ekki einn um að finna fyrir vantrú umhverfisins á því að hann væri í raun og veru veikur. Þannig sagði Kristín frá því að þegar hún var orðin verulega veik og hætti að geta unnið vegna einkenna hefðu allir hamast við að leita skýringa annars staðar en í húsnæðinu eða umhverfinu. – Hvað, geturðu ekki hrist þetta af þér og mætt í vinnu þrátt fyrir einhver óþægindi? var algengt viðbragð, jafnvel frá öðru heilbrigðisstarfsfólki.

Kannski hittir glæran sem Unnur Steina Björnsdóttir ofnæmislæknir sýndi naglann á höfuðið en á henni var skopmynd af lækni sem stóð yfir rúmliggjandi sjúklingi og sagði: Slæmu fréttirnar eru þær að þú ert haldinn sjúkdómi sem stafar af myglu. Góðu fréttirnar eru þær að ég trúi ekki á að mygla geti valdið sjúkdómum, svo þú ert frískur!

### Sumir móttækilegir, aðrir ekki

Helsta ástæðan fyrir þessari vantrú er að sjálfsögðu vanþekking. Hins vegar auðveldar það ekki baráttuna fyrir skilningi að svo virðist vera sem það séu bara sumir sem finna fyrir óþægindum og verða veikir af því að lifa og starfa í raka og myglu. Aðrir virðast þola það. Það liggja ekki margar rannsóknir fyrir, en ætla má að allt að fjórðungi fólks sé móttækilegur en hinir finni ekki, eða síður, fyrir vanlíðan við slíkar aðstæður. Þetta er þó misjafnt eftir löndum og loftslagi og þyrfti að rannsaka betur.

Þeir sem tilheyra móttækilega hópnum eru hins vegar ekki að ýkja sjúkdómseinkennin sem þeir finna fyrir. Til þess eru sögurnar sem þeir segja of svakalegar. Á fundi sem haldinn var um málið hjá verkfræðistofunni Eflu sagði Baldur Grétarsson verkfræðingur hjá Vegagerðinni frá því hvernig hann missti smátt og smátt kraftinn til þess að geta sinnt störfum sínum. Hann fór í veikindafrí og náði sér allvel á strik en um leið og hann mætti aftur til vinnu fór allt í sama farið. Þetta hafa menn fundið út víða þótt oft sé töluvert á sig lagt til að horfast ekki í augu við vandann.

Á Kirkjusandi stendur reisulegt hús sem er – eða var – höfuðstöðvar Íslandsbanka. Tveir starfsmenn bankans, Írunn Ketilsdóttir og Elísabet Helgadóttir, mættu á Læknadaga og lýstu því sem gerðist þegar áform voru uppi um að byggja við húsið sem í upphafi var byggt sem frystihús (þar sem yðar einlægur lærði að hausa fisk á unglingsárum sínum). Þegar undirbúningur var hafinn fór að bera á tíðum krankleika í röðum bankafólks. Af 450 starfsmönnum bankans reyndust 111 manns – um það bil fjórðungur – vera með einkenni „sem ekki var hægt að útiloka að tengdust rakaskemmdum“. Algengustu einkennin voru frá öndunarfærum en einnig í augum og húð. Alls var þriðjungur með einkenni frá öðru en öndunarfærum.

Við rannsókn á húsinu kom í ljós að raki og mygla voru talsverð í elsta hluta hússins. Það var þó ekki hár aldur hússins sem var aðalástæðan heldur hafði húsið verið endurnýjað á sjöunda áratug síðustu aldar, þar á meðal augnstungið eins og sagt er, og í þeim framkvæmdum átti rakinn upptök sín. Eins og Írunn sagði voru menn tilbúnir að hefjast handa við viðbyggingu – komnir með hægri höndina á skófluna – þegar hætt var við og ákveðið að flytja starfsemina í nýrisinn turn í Smáranum í Kópavogi og rannsaka Kirkjusand betur.

Þarna fór betur en á horfðist, en í umræðum var bent á það að stórfyrirtæki á borð

HEILBRIGÐISSTOFNUN SUÐURLANDS

**Deildarlæknir, aðstoðarlæknir óskast til starfa á lyflækningadeild Selfossi**

**Helstu verkefni og ábyrgð**
- Hefðbundin deildarvinna ásamt vaktþjónustu.

**Hæfniskröfur**
- Góð hæfni í mannlegum samskiptum.
- Frumkvæði og sjálfstæð vinnubrögð.
- Áreiðanleiki, jákvæðni og árangursmiðað viðhorf.

**Frekari upplýsingar um starfið**
Um er að ræða 100% stöðu. Laun samkvæmt gildandi kjarasamningi sem fjármálaráðherra og Læknafélag Íslands hafa gert.
Starfið veitist frá 1. apríl 2017 eða samkvæmt nánara samkomulagi.

Umsókn skal skilað rafrænt á vef HSU- www.hsu.is undir flipanum lausar stöður.
Umsóknirnni þurfa að fylgja staðfestar upplýsingar um menntun og fyrri störf, ásamt afriti af starfsleyfi.

**Umsóknarfrestur er til og með 06.03.2017**

**Nánari upplýsingar veita**
**Björn Magnússon** - *bjorn.magnusson@hsu.is* - **432-2000**
**S. Hjörtur Kristjánsson** - *hjortur.kristjansson@hsu.is* - **432-2500**

við Íslandsbanka réði betur en flest önnur við að taka á svona vanda. En hvað um fjársvelt ríkisfyrirtæki sem hafa neyðst til að halda viðhaldi í lágmarki um árabil? Má nokkuð minnast á viðbyggingu við BUGL í þessu samhengi? Og hvað um smærri fyrirtæki, svo ekki sé talað um eigendur og leigjendur íbúða þar sem raki og mygla nema land? Þar er sjaldnast hægt að seilast í digra sjóði til að fjármagna endurbætur.

### Ýmsir sjúkdómar tengjast myglu

Ofnæmi og astmi tengt myglu er vel rannsakað. Þar er ljóst að bæði eru ofnæmi og astmi algengari, auk þess að vera erfiðari viðureignar ef einstaklingur dvelur í húsnæði þar sem er raki og mygla. Börn sem dvelja í umhverfi þar sem er mygla á fyrsta aldurári eru líklegri til að mynda með sér bæði ofnæmi og astma síðar á lífsleiðinni. Mikilvægt er að greina ofnæmi og astma með húðprófum, blóðrannsóknum og öndunarmælingum auk þess að taka góða sjúkrasögu. Síðan er ráðlagt að forðast húsnæði sem gæti verið heilsuspillandi og valdið þessum einkennum. Dvöl í mygluhúsnæði getur líka valdið því að einstaklingurinn svari síður meðferð, til dæmis með innúðasterum. Astmi og ofnæmi sem tengist myglu er meðhöndlað með hefðbundinni meðferð: innúðasterum, berkjuvíkkandi lyfjum og andhistamínum eftir alvarleika sjúkdómsins. Mikilvægast er að sjúklingurinn dvelji ekki í húsnæði þar sem grunur er um rakaskemmd eða myglu. Varðandi önnur einkenni sem tengd hafa verið myglu og nefnd eru CIRS (Chronic inflammatory response syndrome) eru rannsóknir enn skammt á veg komnar, hvað þá meðferðarúrræði.

Að sögn Unnar Steinu er í raun ekki til önnur meðferð við þessum einkennum en sú að ganga út og forðast húsið sem veldur þeim. Rannsóknir hafa verið gerðar á lyfjum við einkennunum en þær eru ekki komnar nógu langt til þess að hægt sé að slá neinu föstu. Eitthvað hefur verið reynt að gefa lyf sem nefnist Questran og er notað til lækkunar á blóðfitu. Virka efnið í því er nefnt cholestyramín. En eins og áður segir er þessi verkun lyfsins ekki fullrannsökuð og því óljóst hvort það geti orðið einhver lausn.

### Byggja við eða byggja nýtt?

Á meðan leitin að nýrri meðferð og hugsanlega lyfjum við einkennum sem raki og mygla geta valdið hjá fólki stendur yfir getum við velt fyrir okkur þeirri staðreynd að stór hluti heilbrigðiskerfisins glímir við þennan vanda og þeir sem halda um pyngju hins opinbera hafa ekki verið sérlega örlátir á fé til lausnar hans. Vitaskuld kostar það mikið fé að gera upp húsnæði sem orðið hefur fyrir rakaskemmdum og myglu. Þá vaknar spurningin hvort ekki sé viturlegra og jafnvel ódýrara að spýta í lófana við að byggja nýjan spítala og jafnvel önnur mannvirki sem nútímaleg heilbrigðisþjónusta þarf á að halda til að standa undir nafni og þjóna sínum tilgangi.

Það má alveg taka undir með Kristínu Sigurðardóttur sem sagði á fundi með verkfræðingum að henni fyndist óásættanlegt að veikasta fólkinu í landinu og þeim sem eru að sinna því sé boðið upp á þær aðstæður sem ríkja á Landspítalanum. Verkfræðingarnir sýndu því fullan skilning að þeir þyrftu að byggja betri hús og sinna viðhaldi þeirra. Það væri framtíðarlausnin.





# Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

## Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER

APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS



# Hvers vegna játa menn á sig afbrot sem þeir frömdu ekki?

Þröstur Haraldsson

**Falskar játningar hafa oft verið til umræðu að undanförnu eftir úrskurðinn um endurupptöku Guðmundar- og Geirfinnsmálsins. Í því máli liggur fyrir mat sérfræðinga á því að framburður sakborninganna hafi verið óáreiðanlegur vegna ýmisskonar harðræðis sem þeir voru beittir í gæsluvarðhaldinu og sem beinlínis olli því að nokkrir sakborninganna hættu að treysta á eigið minni og játuðu á sig afbrot sem þeir höfðu áður ekki viljað gangast við. En falskar játningar koma mun víðar við sögu í íslensku samfélagi eins og fram kom í erindi Jóns Friðriks Sigurðssonar réttarsálfræðings á Læknadögum í janúar.**

Erindi Jóns Friðriks fjallaði um þær rannsóknir sem gerðar hafa verið meðal íslenskra fanga og ungmenna, en þær eru reyndar fleiri en gengur og gerist í öðrum löndum. Þar hefur Jón Friðrik verið að verki ásamt kollega sínum Gísla Guðjónssyni og fleira samstarfsfólki, en rannsóknir þeirra hafa staðið yfir í rúman aldarfjórðung og meðal annars náð til tæplega 600 íslenskra fanga.

### Áttundi hver fangi …

Samstarf þeirra hófst þegar Gísli var leiðbeinandi Jóns Friðriks í doktorsverkefni hans við King's College í London. Þá hafði sá síðarnefndi starfað um nokkurra ára skeið hjá Fangelsismálastofnun og fengið leyfi til að gera viðamikla könnun á lífi og högum íslenskra fanga. – Sú rannsókn hófst árið 1990 og náði til um 500 fanga. Þátttaka var mikil því 96% fanganna féllust á að taka þátt. Þeir þekktu mig því ég var sennilega eini starfsmaður stofnunarinnar á þeim tíma sem hitti alla fanga sem komu til afplánunar. Rannsóknin byggðist á löngum spurningalista þar sem spurt var um fjölmargt í lífi fanganna. Meðal spurninganna var ein sem snerist um falskar játningar og ef þátttakendur könnuðust við þær spurði ég meira út í þær í viðtölum, segir Jón Friðrik.

Meginniðurstaða rannsóknarinnar var sú að af 509 föngum kváðust 62, eða 12%, hafa gert falskar játningar, játað á sig afbrot sem þeir höfðu ekki framið. – Afbrotin voru margskonar, allt frá smáþjófnaði upp í morð, segir Jón Friðrik og rifjar upp sögu af ungum manni sem tók upp á því að játa á sig morð.

– Hann var í partíi á höttunum eftir ungri konu þegar lögreglar mætti á staðinn og handtók hann fyrir eitthvern smáglæp. Við þetta reiddist hann lögreglunni og til þess að hefna sín lét hann kalla á lögreglumann sem hann kannaðist við og sagðist luma á upplýsingum um Guðmundar- og Geirfinnsmálið. Lögreglumaðurinn hlustaði á hann en aðhafðist ekkert því hann þekkti málið nógu vel til þess að heyra að ungi maðurinn fór með eintómt fleipur. Þá reiddist fanginn enn meir og lét kalla til sín annan lögreglumann. Þegar hann kom spurði fanginn hvort hann muni ekki eftir öldruðum manni sem fannst látinn í Vesturbænum. Jú, lögreglumaðurinn man eftir honum og þá segist fanginn hafa myrt hann. Hann var settur í gæsluvarðhald meðan þetta var kannað en fljótlega kom í ljós að hann vissi ekkert um þetta mál.

### … eða kannski fjórði hver?

Þetta var á tíunda áratug síðustu aldar en á árunum 2005-2008 gerði Jón Friðrik aðra rannsókn ásamt Önnu Kristínu Newton, Emil Einarssyni, Ólafi Bragasyni og Gísla Guðjónssyni, þar sem rætt var við 90 íslenska fanga. Þá kom í ljós að af þeim hafði tæpur fjórðungur, 24%, játað á sig afbrot sem þeir höfðu ekki framið. – Í millitíðinni hafði samsetning fangahópsins breyst verulega, ekki síst með tilkomu samfélagsþjónustu. Í fyrri rannsókninni var stór hluti fanganna að afplána refsingu fyrir umferðarlagabrot eins og ölvunarakstur og fleira, en þeir hafa á seinni árum fengið að gegna samfélagsþjónustu

# Jón Friðrik Sigurðsson hefur, ásamt samstarfsfólki sínu, rannsakað falskar játningar í aldarfjórðung

í stað þess að fara í fangelsi. Fangarnir í seinni könnuninni voru því flestir síbrotamenn eða aðrir með dóma fyrir alvarlegri brot, sagði Jón Friðrik.

En hvað rekur menn til þess að gera falskar játningar? Fyrir því eru í raun fjölbreyttar ástæður. – Um það bil helmingur er að hylma yfir með öðrum, taka á sig sakir annarra, segir Jón Friðrik. – Það eru ekki síst ungir afbrotamenn sem taka sakir eldri félaga sinna á sig. Með því vinna þeir sér traust í hópnum. Ég man eftir einum sem hitti eldri félaga sem bað hann að koma með sér í innbrot í fyrirtæki þar sem hann vissi að voru tölvur. Sá ungi var eitthvað vant við látinn svo sá eldri fór einn. Morguninn eftir hringir hann í þann yngri og segist hafa skilið eftir sig fótspor í snjónum sem hægt væri að rekja til hans. Hvort sá ungi væri ekki til í að fara niður á stöð og taka á sig glæpinn? Jú, hann gerði það og málið endaði fyrir dómara. Við yfirheyrslur var ungi maðurinn spurður hvað hann hefði gert við fenginn og hann fór að skálda, sagði tölvuna hafa verið svo þunga að hann hefði skilið hana eftir einhvers staðar. – Jæja já, sagði dómarinn, en þetta var bara lítil reiknivél. Þá fóru viðstaddir að hlæjga, unga manninum var sleppt og ég held að málinu hafi verið vísað frá.

Ekki sleppa þó allir svo vel því að sögn Jóns Friðriks er um þriðjungi þeirra sem gefa falskar játningar refsað fyrir brotin.

### Óttinn við gæsluvarðhald

Þeir sem ekki eru að hylma yfir með öðrum skiptast í tvo hópa. – Annars vegar eru þeir sem játa vegna þrýstings við yfirheyrslur hjá lögreglu. Þá er ég ekki að meina að þeir séu beittir ofbeldi heldur eru þeir bornir sökum og eru það illa á sig komnir að þeir játa hvað sem er.

Hins vegar eru þeir sem óttast að þeir verði úrskurðaðir í gæsluvarðhald. Það var þó miklu algengara í fyrri rannsókninni því á þeim tíma voru reglur um gæsluvarðhald miklu meira á valdi lögreglu en nú er. Þeir sem lentu í gæsluvarðhaldi eða var hótað því vissu ekki hvort það stæði í dagpart eða í lengri tíma og það fannst þeim mjög ógnvekjandi. Lögreglan gat hneppt menn í svonefnda síbrotagæslu og þá gátu menn þurft að dúsa lengi í Síðumúlanum. Nú hefur þetta breyst, komið skýrara regluverk í kringum gæsluvarðhaldið. Það verður að bera úrskurð um varðhald undir dómara, það er tímabundið og reynt hefur verið að stytta varðhaldið, segir Jón Friðrik.

Hann bætir því við að þeir hópar sem helst rata í fréttir eða jafnvel bíómyndir séu mjög fámennir hér á landi þó þeir eigi sína fulltrúa hér. – Þar á ég við fólk sem kemur ótilkvatt og tekur á sig sök í einhverju máli sem hefur verið á síðum blaðanna. Í þeim tilvikum er ástæðan yfirleitt annað hvort geðtruflanir eða athyglisþörf.

### Engar afsakanir

Hann vísar því á bug að í fangelsum séu allir fangar saklausir að eigin sögn. – Þeir eru yfirleitt ekki að afsaka sig neitt. Þeir sem hafa gefið falskar játningar eiga það langflestir sameiginlegt að hafa verið í félagsskap síbrotamanna frá ungum aldri.

Eins og hér hefur komið fram notar Jón Friðrik oftar en ekki orðin „drengur“ eða „ungur maður“ um þá sem hann rannsakaði. Hvað um konurnar? Jú, þær komu við sögu en voru mjög fáar, 8% í fyrri rannsókninni. Þær voru að einu leyti frábrugðnar drengjunum því þær voru oftar en ekki að hylma yfir og taka á sig sök sambýlismanna, ekki síst ef þeir voru á skilorði.

Jón Friðrik og samstarfsfólk hans hefur gert fleiri rannsóknir þar sem meðal annars er borinn saman bakgrunnur þeirra sem segjast hafa gefið falskar játningar við lögregluyfirheyrslu og annarra ungmenna sem ekki segjast hafa gert slíkt. Hann vísar líka til erlendra rannsókna þar sem reynt hefur verið að greina einkenni á fyrrnefnda hópnum. Niðurstöður fjölmargra rannsókna hafa sýnt að eftirfarandi áhrifaþættir eru líklegir til þess að ýta undir falskar játningar:

- Þeir eiga sér gjarnan sögu um langa afbrota- eða andfélagslega hegðun.
- Þeir eru undanlátssamir og leiðitamir.
- Þeir glíma við geðræna erfiðleika (kvíða og þunglyndi).
- Sjálfsmynd þeirra er léleg.
- Vímuefnaneysla er algeng.
- Geðraskanir og námserfiðleikar eru algengir.
- Ofvirkni og athyglisbrestur.

Eins og á fleiri sviðum er þörf á frekari rannsóknum á stöðu fanga og þeirra sem gefa falskar játningar. Með aukinni þekkingu er hægt að efla og bæta menntun þeirra sem starfa í réttarkerfinu – lögreglumanna, saksóknara og dómara. Ef til vill þarf að semja verklagsreglur um yfirheyrslur fyrir lögreglu og dómstóla um hvernig er tekið á einstaklingum sem eiga við geðræn vandamál að stríða, eru viðkvæmir fyrir streitu eða eiga sögu um ofvirkni/athyglisbrest. Þá má nota niðurstöður þessara rannsókna til að aðstoða þá sem eru í áhættu að gefa falskar játningar.

Það hlýtur að teljast mikilvægt að koma í veg fyrir að menn séu dæmdir á grundvelli falskra játninga en þær eru að sjálfsögðu afdrifaríkar fyrir viðkomandi sakborninga og fjölskyldur þeirra og raunar allt samfélagið. Þegar rangur maður er dæmdur þýðir það að sá seki gengur laus.

Tveir unglæknar, Rósa B. Þórólfsdóttir og Arnar Jan Jónsson, voru meðal þeirra sem verðlaunaðir voru fyrir framúrskarandi vísindaerindi á þingi Félags íslenskra lyflækna sem fór fram í desember síðastliðnum. Erindi Rósu var 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“. Blaðamaður hitti unglæknana á fallegum vorviðrisdegi á vinnustöðum þeirra; Rósu hjá Íslenskri erfðagreiningu og Arnar Jan á Hjartagátt Landspítalans við Hringbraut.

# Starfa við það sem er hjartanu nær

Olga Björt Þórðardóttir

Rósa hefur verið í fullu starfi hjá Íslenskri erfðagreiningu í eitt ár og er aðallega að vinna á hjarta- og æðasjúkdómadeildinni þar. Stefnan er að Rósa skrái sig í doktorsnám með þá vinnu sem hún er núna í. „Vinnan snýst aðallega um erfðir gáttatifs, eins og efni greinarinnar minnar sem ég fjallaði um á vísindaþinginu fyrr í vetur. Svo er ég líka í verkefnum um erfðir hjartagalla og hjartavöðvakvilla en ég tengi mig við ýmis verkefni hérna. Það er mjög skemmtlegt að vera læknir hérna upp á að fá að taka þátt í alls kyns spennandi hlutum,“ segir Rósa og bætir við að mjög fjölbreyttar rannsóknir séu stundaðar hjá Íslenskri erfðagreiningu og að vinnustaðurinn sé afar skemmtilegur.

### Forréttindi að starfa hér

Rósa viðurkennir að í sínu starfi þarna fáist hún við aðra hluti en flestir unglæknar, sem séu aðallega í klíník á sjúkrahúsum eða heilbrigðisstofnunum. „Ég er bara í rannsóknum og er mjög þakklát fyrir að fá að vera hér. Hér starfar afar margt mjög klárt fólk sem ég gert lært af og það eru forréttindi að fá að vinna með öll þessi bákn hérna sem Íslendingar hafa séð til þess að eru eins góð og raun ber vitni.“

### Situr við tölvu og pælir

Eins og áður segir stefnir Rósa á doktorsnám og er á byrjunarstigi með að móta það. Hún er þó ákveðin í að hluti af því verði greinin hennar um erfðir gáttatifs. „Hjarta- og æðasjúkdómar eru eitthvað sem mér hefur alltaf fundist spennandi viðfangsefni. Það var samt eitthvað sem ég í raun álpaðist inn í.“ Eftir fjórða árið í náminu byrjaði hún í rannsóknarvinnu með Karli Andersen hjartalækni og fleirum hjá Hjartavernd. „Það leiddi mig svolítið inn á þessa braut að pæla í slíkum sjúkdómum. En það sem ég vann mest við í klíník var á geðdeild Landspítalans. Það er einnig eitthvað sem mér hefur alltaf þótt spennandi og hér hjá Íslenskri erfðagreiningu eru meðal annars rannsóknir á geðsjúkdómum.“ Að sögn Rósu hefur hún alltaf haft sérstakan áhuga á rannsóknum síðan hún hóf nám og það eigi vel við hana að starfa í því umhverfi þar sem hún er núna, sitjandi við tölvu og pælandi í hlutunum. „Ég efast um að margir læknanemar á spítölum segi að þeir sakni þess að sitja við tölvu og vinna en það varð raunin með mig. Mig langar líka að læra meiri tölfræði og aðferðafræði, hef mikinn áhuga á því.“

### Fjölskyldan stækkar í sumar

Fjölskylduaðstæður Rósu eru að hluta til ástæðan fyrir því að hún starfar hjá ÍE en ekki til dæmis á Landspítala. „Mér finnst þetta henta betur fjölskyldulífi. Ég á tveggja ára son og annað barn er á leiðinni í sumar. Okkur manninum mínum hefur fundist erfitt að vera bæði í fullri vinnu á spítalanum á vöktum. Við ákváðum að gera það ekki. Það er áskorun að samræma vinnu og heimilislíf þegar maður er á þessum aldri,“ segir Rósa, en eiginmaður hennar, Júlíus Kristjánsson, lauk sama námi og hún og starfar sem deildarlæknir á barnadeildinni. „Hann er mjög ánægður þar og stefnir í sérnám í barnalækningum. Það blasir því við hjá okkur að flytja út og við horfum til Svíþjóðar eins og margir aðrir. Maður fær á tilfinninguna að það gæti hentað fjölskyldulífi vel. Bróðir minn og mágkona eru líka í sérnámi þar. Það vill oft verða að heilu fjölskyldurnar velja sama fag. Foreldrar mínir og tengdaforeldrar eru þó ekki læknar en við eigum bæði systkini sem eru það,“ segir Rósa.

### Dýrmæt og góð reynsla

Arnar Jan er deildarlæknir á lyflækningasviði og er á fyrsta ári í því prógrammi.



*Rósa er alsæl með vinnustaðinn sinn og það sem þar fer fram.*



*Arnar Jan fyrir utan Hjartagáttina, þar sem hann er deildarlæknir.*

„Nákvæmlega núna er ég að vinna sem deildarlæknir á hjartagáttinni. Mér líkar það mjög vel, sérstaklega að fást við krefjandi vandamál og skemmtilegt er að fást við bráðatilfelli. Ég verð hér út febrúar," segir hann. Að því loknu mun Arnar Jan fara í fæðingarorlof í mars og fram á haust. Eðlilega mun föðurhlutverkið þá eiga hug hans nánast allan, verandi með tvö ung börn.

### Mjög gott prógramm

Arnar Jan segir prógrammið á lyflækningasviði vera mjög gott og búið sé að byggja það vel upp. „Það er mjög vel stutt við þá deildarlækna sem eru í því. Bæði í tengslum við klíníska vinnu, námstækifæri og rannsóknir." Dæmigerður vinnudagur hjá deildarlæknum á hjartagátt hefjist á morgunfundi á hjartadeildinni þar sem farið er yfir sjúklinga sem lögðust inn á deildina sólarhringinn á undan og síðan yfir tilfelli næturinnar. Eftir morgunfundinn hefjist vinna á hjartagáttinni og þar séu yfirleitt tveir til þrír deildarlæknar í dagvinnu þegar mest er og sérfræðingur í hjartalækningum að auki, en á nóttunni sé einn deildarlæknir.

### Kennsluglaðir sérfræðingar

„Þetta er bráðamóttaka svo álagið er mismikið en yfirleitt er nóg að gera. Vinnan felst aðallega í að taka á móti og greina vandamál einstaklinga sem koma á hjartagáttina ásamt því að taka á móti fólki í hjartastoppi." Einnig framkvæmi deildarlæknar áreynslupróf undir leiðsögn sérfræðinga. „Vandamálin eru fjölbreytt og skemmtileg að glíma við og fólk á öllum aldri sem leitar hingað þótt flestir séu nú yfir fimmtugt. Samvinna með hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum er töluverð, sem gerir vinnuna skemmtilegri að mínu mati. Þarna er einnig nóg af námstækifærum og sérfræðingarnir eru kennsluglaðir og mjög reiðubúnir að fara yfir tilfellin."

### Einsleitar samræður við matarborðið

Meðfram starfinu á hjartagáttinni er Arnar Jan í doktorsnámi og rannsóknin sem hann kynnti á lyflækningaþinginu er hluti af því. „Ég byrjaði í doktorsnáminu á sjötta ári í læknisfræðinni og hef ákveðið að taka það meðfram þessu prógrammi. Ég mæli með því að gera það. Það er bæði gaman að vera í klínískri vinnu og rannsóknum. Það gefur manni víðari sýn á þetta allt saman, vel stutt við það eins og ég nefndi áðan og þetta er mjög dýrmæt og góð reynsla." Arnar Jan og eiginkona hans, Gunnhildur Vala Hannesdóttir, búa á Seltjarnarnesi og hún er einnig læknir. „Það eru ekki mjög fjölbreyttar samræður við matarborðið, get ég sagt þér," segir Arnar Jan hlæjandi og bætir við að lokum: „Frúin er deildarlæknir eins og ég og ætlar í kvensjúkdómalækningar og fæðingar."

## Leiðrétting

Læknablaðið biðst velvirðingar á því að hafa farið rangt með nafn þátttakanda á málþingi á Læknadögum. Rétt nafn hennar er Petra Lind.

# Þverfagleg endurhæfing á Heilsustofnun



**Læknisfræðileg endurhæfing á Heilsustofnun er góður kostur og miðar að því að ná mestri mögulegri færni og lífsgæðum og viðhalda þeim.**

Einstaklingsmiðuð meðferð, traust og fagleg þjónusta stuðlar að árangri dvalargesta við endurhæfingu, forvarnir og aðlögun að daglegu lífi eftir áföll, veikindi eða sjúkdóma.

**Nánari upplýsingar um endurhæfingu á heilsustofnun.is/endurhæfing**

**Heilsustofnun NLFÍ**
**Berum ábyrgð á eigin heilsu**

Grænumörk 10 – 810 Hveragerði
Sími 483 0300 – heilsa@heilsustofnun.is

Vekjum athygli á að biðtími í endurhæfingu á Heilsustofnun er allt að 7 mánuðir

# Framkvæmdastjóri lækninga á meðferðarsviði SÁÁ

SÁÁ auglýsir stöðu framkvæmdastjóra lækninga á meðferðarsviði laust til umsóknar.

Framkvæmdastjóri lækninga er jafnframt forstjóri sjúkrahúss SÁÁ. Hann ber ábyrgð á að heilbrigðisþjónusta sem SÁÁ veitir, fari að lögum og reglugerðum sem um hana gilda, að rekstrarútgjöld og rekstrarafkoma sé í samræmi við samþykktir stjórnar SÁÁ og að fjármunir séu nýttir á árangursríkan hátt.

**Hæfniskröfur**

- Fullgild sérfræðiréttindi.
- Þekking og reynsla á sviði fíknlækninga.
- Farsæl reynsla af stjórnun og rekstri.
- Þekking og reynsla af mannauðsmálum.
- Frumkvæði og sjálfstæði í vinnubrögðum.
- Jákvæðni og hæfni í mannlegum samskiptum.
- Leiðtogahæfileikar.

Hæfni umsækjenda verður metin af þriggja manna nefnd sem skipuð verður tveimur fulltrúum stjórnar SÁÁ og einum utanaðkomandi sérfræðingi.

Upplýsingar um starfið veitir Ásgerður Th. Björnsdóttir í síma 824 7631.

**Umsóknum ásamt upplýsingum um menntun og starfsferil sendist SÁÁ, merkt: Framkvæmdastjóri lækninga, Efstaleiti 7, 103 Reykjavík eða á netfangið asgerdur@saa.is eigi síðar en 15. mars 2017.**

**Fyrirhugað er að veita stöðuna frá 1. júní 2017.**

Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu liggur fyrir.

*Á meðferðarsviði SÁÁ er veitt sérhæfð sjúkrahús- og göngudeildarþjónusta fyrir alla landsmenn. Meðferðarsvið SÁÁ starfar samkvæmt lögum og reglugerðum um sérhæfða sjúkrahúsþjónustu auk laga um sjúkratryggingar nr. 112/2008.*

**Magnús Jóhannsson** læknir *magnus@landlaeknir.is*, **Anna Björg Aradóttir** sviðsstjóri,
**Lárus S. Guðmundsson** lyfjafræðingur, **Jón Óskar Guðlaugsson** verkefnisstjóri, **Ólafur B. Einarsson** sérfræðingur

# Þjónusta lækna vegna ávanabindandi lyfja

Ávanabindandi lyf og mikil notkun þeirra meðal Íslendinga hefur töluvert verið til umræðu á liðnum árum og hefur umræðan oftar en ekki snúist um fjölda sjúklinga og afleiðingar af misnotkun lyfjanna. Lyfjateymi Embættis landlæknis er í miklum samskiptum við lækna vegna ávísana og hafa læknar lýst ýmsum hliðum á þjónustu við sjúklinga sem eru að glíma við erfið veikindi. Til að skilja betur starfsumhverfi lækna fór Embættið af stað með könnun í samstarfi við Læknafélag Íslands og var rafræn könnun lögð fyrir lækna í desember 2016. Svör bárust frá 412 læknum, 145 konum og 267 körlum. Í könnuninni gafst læknum kostur á að koma með ábendingar. Um 100 ábendingar bárust, margar þeirra mjög gagnlegar, um ýmislegt sem betur mætti fara í ávísunum ávanabindandi lyfja.

Flestir svarenda voru á aldrinum 35-59 ára (200) en fæstir yngri en 35 ára (58). Í könnuninni kom fram að um 42% starfa eingöngu á sjúkrastofnunum, 24% í heilsugæslu og tæp 13% á sérfræðistofum. Sumir læknar (16%) sem svöruðu starfa bæði á sjúkrastofnunum og á sérfræðistofum.

Í samskiptum lyfjateymis við lækna vegna eftirlits með ávísunum á ávanabindandi lyf kemur oft fram að einstaklingar beiti lækna miklum þrýstingi til að fá tilteknum ávanabindandi lyfjum ávísað. Í könnuninni kom fram að 13% lækna finnst oft eða mjög oft erfitt að stjórna meðferð með ávanabindandi lyfjum. Alls 3,7% lækna sem tóku þátt í könnuninni telja sig oft eða mjög oft verða fyrir ógnunum eða hótunum frá sjúklingum eða aðstandendum þeirra vegna ávísana ávanabindandi lyfja og um helmingur svarenda hafði einhvern tíma orðið fyrir slíku, en hlutfallið var nokkuð breytilegt eftir aldri (sjá töflu I). Einnig kom fram hjá svarendum að konum er hlutfallslega mun oftar ógnað eða hótað en körlum. Margir læknar hafa lýst því að ávísanir þeirra til einstaklinga, sem gerðar eru athugasemdir við, komi til vegna þess að þeir eru tímabundið að sinna sjúklingum sem eru í umsjá annarra lækna. Tæplega 10% lækna segjast oft eða mjög oft hafa verið beðnir um að ávísa ávanabindandi lyfjum til sjúklinga annarra lækna í magni sem þeim finnst óhóflegt.

**Tafla I.** *Hlutfall lækna sem verða fyrir hótunum/ógnunum.*

| | Aldursbil | | |
|---|---|---|---|
| | <35 ára | 35-59 ára | ≥60 ára |
| Mjög oft | 1,7 | 1,0 | 0 |
| Oft | 1,7 | 4,5 | 1,3 |
| Stundum | 19,0 | 11,0 | 4,5 |
| Sjaldan | 50,0 | 37,5 | 38,3 |
| Aldrei | 27,6 | 46,0 | 55,8 |

Af öllum læknum sem svöruðu nota 58,6% lyfjagagnagrunn Embættis landlæknis oft eða mjög oft en hlutfallslega fleiri yngri læknar nota grunninn reglulega (sjá töflu II). Samkvæmt talningu í grunninum eru ríflega 1000 læknar og tannlæknar að fletta upp í honum í hverjum mánuði.

**Tafla II.** *Hversu oft notar læknir lyfjagagnagrunn, hlutfall.*

| | Aldursbil | | |
|---|---|---|---|
| | <35 ára | 35-59 ára | ≥60 ára |
| Mjög oft | 75,9 | 43,5 | 28,1 |
| Oft | 12,1 | 19,5 | 13,7 |
| Stundum | 10,3 | 13,5 | 20,9 |
| Sjaldan | 1,7 | 6,5 | 11,8 |
| Aldrei | 0 | 17,0 | 25,5 |

Eitthvað er um það að ávanabindandi lyfjum sé ávísað án þess að sjúklingur komi í viðtal. Þetta er algengt til dæmis í lyfjaendurnýjunum á heilsugæslu en borið hefur á því að einstaklingar hafi svikið út lyf í nafni annarra og hefur heilsugæslan reynt að bregðast við því. Dæmi eru um að skrifuð hafi verið út lyf á einstaklinga sem ekki hafa áður fengið ávísað slíkum lyfjum sjálfir og því vildi Embættið kanna hversu algengt það væri að læknar ávísi ávanabindandi lyfjum til einstaklinga í fyrsta sinn án þess að hitta þá. Aðeins 2,2% lækna ávísa oft eða mjög oft ávanabindandi lyfjum til einstaklinga án þess að hitta þá en 97,8% lækna sem svöruðu segja að það komi sjaldan eða aldrei fyrir.

Ein af ábendingunum sem Embætti landlæknis barst frá læknum í þessari könnun var að verð á töflum í ólíkum pakkningum hafi áhrif á hversu miklu er ávísað af ávanabindandi lyfjum í hvert sinn. Í könnuninni kom fram að 16% lækna telja að verð á ávanabindandi lyfjum hafi stundum áhrif á það magn lyfja sem ávísað er en 3,9% lækna telja slíkt eiga við oft eða mjög oft. Einnig komu fram ábendingar um að stundum séu þær pakkningastærðir sem í boði eru óheppilega stórar.

Könnunin sýnir að starf lækna sem snýr að ávísunum ávanabindandi lyfja getur verið krefjandi og reynt getur á staðfestu við að stýra meðferð. Hafa ber í huga takmarkanir á þessari könnun, til dæmis gæti sami einstaklingur hafa ógnað fleiri en einum lækni. Þessari könnun var aldrei ætlað að vera vísindaleg en niðurstöðurnar gefa samt sem áður vísbendingu um að full þörf sé á frekari rannsóknum á því starfsumhverfi sem læknar búa við. Einnig þarf að ræða hvernig heppilegast sé að læknar bregðist við ef þeim er hótað eða ógnað af hálfu skjólstæðings.

# Uppreisnin í Ungverjalandi árið 1956

**Ólafur Hergill Oddsson**
embættis-, heimilis- og geðlæknir á Akureyri
*olafurh.oddsson@gmail.com*



„Strákar mínir, viljið þið ekki koma með mér niður í Hlégarð, ég er að fara að skoða ungversku flóttamennina sem komu til landsins í gær“ sagði pabbi. Pabbi hét Oddur Ólafsson og var yfirlæknir á Reykjalundi og við Þengill bróðir fengum að fara með honum í gula Chevrolettinum niður í Hlégarð, félagsheimilið í Mosfellssveit. Það var jóladagur árið 1956, ég var að verða 10 ára gamall og Þengill tveimur árum eldri. Það var bjart veður, nýfallin mjöll og fallegt um að litast í sveitinni okkar. Á aðfangadag hafði dr. Gunnlaugur Þórðarson, formaður framkvæmdaráðs Rauða kross Íslands, komið með hópinn í flugi frá Austurríki.[2] Þegar við komum í Hlégarð fór pabbi inn að skoða flóttamennina en við máttum ekki fara inn með honum þar sem fólkið var í sóttkví. Við fórum þá að leika okkur í snjónum, hnoða snjóbolta og búa til snjókarla. Fólkið sem var inni í stóra salnum fór að fylgjast með okkur og veifa til okkar þar sem það stóð við gluggana. Þetta var bráðmyndarlegt og glaðlegt fólk, mest man ég eftir ungum karlmönnum, líklega um tvítugsaldurinn. Kvenfélagið í Mosfellssveit kom ríkulega að móttöku flóttamannanna og eldaði allar máltíðir í Hlégarði í tvær vikur, en sjálf sóttkvíin stóð í eina viku. Einnig var safnað fötum og leikföngum handa fólkinu og má rétt ímynda sér að fjölskyldurnar í sveitinni hafa gefið það sem þær voru aflögufærar með. Á þessum tíma var fatnaður mest heimasaumaður úr ull og bómull og flestir áttu rétt nóg fyrir sig. Skreytt jólatré beið fólksins í Hlégarði og fannst því þetta vera yndislegar móttökur.

Flóttamennirnir voru 52 á aldrinum 3ja til 54 ára. Eins og áður sagði var farið með fólkið í Hlégarð í Mosfellssveit þar sem það var í hálfan mánuð. Eftir mánuð var allt vinnufært fólk komið í vinnu og næstum allir höfðu fengið samastað. Flestir settust að á höfuðborgarsvæðinu en sex fóru til Vestmannaeyja og tveir til Akraness. Af þessum 52 flóttamönnum sem hingað komu settust 25 einstaklingar að hér á landi og fengu íslenskan ríkisborgararétt og 10 manns sneru aftur til Ungverjalands en hinir fóru vítt og breitt um heiminn.[2]

En af hverju flúði fólkið frá Ungverjalandi? Jú, árið 1945 fór kommúnistaflokkurinn í landinu að seilast til valda, studdur af Sovétríkjunum. Árið 1949 hafði kommúnistaflokknum tekist að sölsa til sín öll völd. Í október árið 1956 reis þjóðin upp gegn stjórnvöldum, sem voru algerlega undir hælnum á Sovétmönnum. Uppreisnin stóð frá 23. október til 10. nóvember 1956. Hún var barin niður af sovéska hernum. Yfir 2500 Ungverjar og 700 sovéskir hermenn féllu í átökunum og 200.000 Ungverjar flýðu til annarra landa. Árið 1989 fengu Ungverjar frelsið að nýju og 23. október varð opinber hátíðisdagur.[3]

**Erindi í Rótarýklúbbi Akureyrar 23. nóvember 2016 með nokkrum breytingum.**

Frá 1981-1983 var ég í Kanada vegna náms í heimilislækningum. Ég man að þá hitti ég einu sinni Ungverja sem hafði flúið frá landi sínu árið 1956 og flust til Kanada. Hann sagði að eitt það sárasta við byltinguna hafi verið þegar Ungverjar uppgötvuðu að vesturveldin mundu ekki koma þeim til hjálpar.

Við komum heim frá Kanada árið 1983 og ég var bæði í heimilislækningum en þó mest í embættisstarfi sem héraðslæknir yfir Norðurlandi eystra. Vegna síðarnefnda starfsins var ég í miklu samstarfi við bæði landlæknisembættið og heilbrigðisráðuneytið. Í nóvember 1986 bað Ólafur Ólafsson landlæknir mig um að fara fyrir sig á fund um slysavarnir í Búdapest í Ungverjalandi. Ég sagði auðvitað, já takk, enda höfðu slysavarnir verið hluti af starfi mínu sem héraðslæknir. Fyrirvarinn var naumur, aðeins ein vika, og þess vegna var ekki tími til að fá vegabréfsáritun hjá ungverska sendiráðinu í Svíþjóð. Ég ákvað samt að fara því að ég hafði fengið þær upplýsingar að hægt væri að fá þessa áritun á flugvellinum í Búdapest við komu til landsins. Ég ákvað að fara í þessa ferð en þegar ég sagði Páli Sigurðssyni ráðuneytisstjóra í heilbrigðisráðuneytinu frá þessu hristi hann höfuðið áhyggjufullur. Hann og Guðrún Jónsdóttir, eiginkona hans, höfðu verið á ferð um Tékkóslóvakíu stuttu áður og lent þar í tveggja klukkustunda yfirheyrslu á flugvellinum í sambandi við vegabréf og leist honum ekkert á þessa fyrirætlun mína.

Ég fór af stað fullur eftirvæntingar, millilenti í Kaupmannahöfn og fór beint með SAS-vél til Búdapest. Það var orðið dimmt þegar við lentum í Búdapest og ég fór nú að verða verulega áhyggjufullur vegna vegabréfsáritunarinnar. Flugstöðin var gömul og niðurnídd og vitin fylltust af þessari Austur-Evrópulykt sem ég fann í Júgóslavíu árið 1972 og í Eistlandi 1992. Vopnaðir hermenn voru úti um allt og titrandi sagðist ég ekki vera með neina vegabréfsáritun og var þá vísað til konu sem hafði með þau mál að gera. Hún leit á vegabréfið og bað mig um mynd af mér. Hjartslátturinn jókst ennþá meira og ég hugsaði hvernig gat mér yfirsést þetta. Ég sagðist ekki hafa mynd en það var nú ekki vandamálið því það var ljósmyndasjálfsali þarna á staðnum og þar með var málið leyst.

Dvölin í Búdapest var mjög eftirminnileg. Þetta var í nóvember og loftmengunin



*Fjölskyldan á Reykjalundi árið 1956: Vífill, Ketill, Ólafur Hergill, Guðríður Steinunn, Oddur, Þengill, Ragnheiður og Jóhannes Vandill.*[1]

svo mikil að hægt var að horfa í sólina um miðjan dag án þess að depla auga. Það var mjög kyrrt yfir öllu en viss spenna í loftinu. Af og til voru menn að nálgast mig og töluðu oftast þýsku en stundum ensku og buðu upp á að skipta gjaldeyri á hagstæðara gengi en var í bönkunum. Ég þorði aldrei að gera þetta því þarna gat vissulega verið leynilögreglan sem vildi klekkja á manni.

Árið 1991 var ég að vinna í tæpa fjóra mánuði við Alþjóðaheilbrigðisstofnunina í Kaupmannahöfn. Verkefni mitt var tengt slysavörnum og var ég sendur til fjögurra landa á vegum stofnunarinnar, meðal annars til Búdapest. En þá var allt öðruvísi að koma til Ungverjalands. Flugstöðin var ný og glæsileg og í leigubílnum á leið á hótelið hljómaði einungis útvarpsstöðin Voice of America. Ég heimsótti ýmsar stofnanir og spítala þarna. Á spítölunum var allt mjög gamaldags og búnaður fátæklegur. En nú voru Ungverjar opnir og töluðu frjálslega um hvað hitt og þetta væri ómögulegt en ég vissi hins vegar að menning þeirra, þar á meðal það sem tengdist læknisfræðinni, stóð traustum fótum á gömlum merg og var bjartsýnn á að þarna yrðu framfarir þegar efnahagur rýmkaðist. Leiðsögumaður minn vildi gera lítið úr mannfallinu í uppreisninni árið 1956, ég veit eiginlega ekki af hverju. Hún sagði einnig að kommúnisminn hefði alls ekki verið alslæmur fyrir Ungverja. Eftir að kommúnistar tóku við stjórn upp úr seinna stríðinu sagði hún að öll börn hefðu fengið menntun óháð ríkidæmi en fyrir þann tíma hefði menntun einungis verið fyrir ríka fólkið.

Heimsóknir mínar til Ungverjalands voru báðar fræðandi og skemmtilegar. Mér fannst ég vera að stíga inn í gamla evrópska menningu þar sem ríkti kyrrð og fólk var háttvíst í framkomu. Þegar ég fór í heimsóknir í ráðuneyti eða á spítala hneigðu fylgdarmenn mínir sig iðulega fyrir konunum og kysstu á handarbak þeirra. Oft var ég leystur út með smá gjöfum sem voru táknrænar fyrir Ungverjaland.

Það veldur mér vonbrigðum að Ungverjar skuli nú loka landamærum sínum fyrir flóttafólki og neita að verða við ósk Evrópusambandsins um að þeir axli ábyrgð ásamt öðrum Evrópuþjóðum. Minnugur þess að við Íslendingar hjálpuðum þeim á sínum tíma finnst mér sárt að lesa um þessi viðbrögð Ungverja.

Nokkur fjöldi íslenskra námsmanna lærir nú læknisfræði í Ungverjalandi og hafa sjúkrahúsið og heilsugæslan á Akureyri notið góðs af því, þar sem læknakandídatar koma hingað og leggja fram krafta sína og góða þekkingu. Auk þess hafa ungverskir sérfræðilæknar komið til að vinna á sjúkrahúsinu. Ég fór að hugsa um þetta erindi þegar ég las grein í *Morgunblaðinu* þar sem rakin var saga ungversku flóttamannanna, sem komu til Íslands árið 1956.[4] Í greininni er rætt við tvær hjúkrunarkonur sem voru í hópnum í Hlégarði og settust hér að. Þær heita Elísabet Csillag og Eva Jóhannsdóttir. Ég sló á þráðinn til Elísabetar og mundi hún vel eftir þessari dvöl og hlýjum móttökum í Mosfellssveitinni og reyndar ávallt á Íslandi. Það sem kom þeim mest á óvart var þessi mikli snjór. Þær eru ánægðar með þá ákvörðun sem þær tóku á sínum tíma.


## Þakkarorð

Sérstakar þakkir fá eftirfarandi aðilar fyrir veitta aðstoð: Kristín Sigfúsdóttir, Oddur Ólafsson, András Lovas, ungverskur læknir, Guðríður Steinunn, Vífill og Þengill, systkini mín, og Hlín Árnadóttir, mágkona mín.


## Heimildir


1. Þengilsdóttir E. Ykkar einlæg. Kvennabrekka forlag. Reykjavík 2012.
2. Csillag M. Unverska uppreisnin 1956. Barn ungversku uppreisnarinnar. Morgunblaðið 30.10.2016; 104: 22-3.
3. en.wikipedia.org/wiki/Hungarian_Revolution_of_1956#Prelude – nóvember 2016.
4. Alexandersdóttir JM. Unverska uppreisnin 1956. „Eva, við förum til Íslands“. Morgunblaðið 30.10.2016; 104: 24-5.

Læknar eru hvattir til að koma ábendingum um efni á framfæri við ritstjórn eða pistlahöfund.



**Dögg Pálsdóttir**

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

*Dogg@lis.is*

# Ef starfsgetan skerðist

Læknar geta eins og aðrar starfsstéttir orðið fyrir því að veikjast, með þeim afleiðingum að starfsgeta þeirra skerðist, tímabundið eða varanlega. Það skiptir máli fyrir lækna sem og aðra að þekkja rétt sinn í þessum kringumstæðum. Í pistlinum verður því stuttlega fjallað um helstu réttindi lækna í þessum sporum.

Í kjarasamningi fjármála- og efnahagsráðherra og Læknafélags Íslands er sérstakur kafli um veikindarétt (9. kafli). Veikindaréttur eykst með hækkandi starfsaldri og getur lengst orðið 360 almanaksdagar eftir 18 ár í starfi. Kjarasamningurinn er aðgengilegur á heimasíðu Læknafélags Íslands (LÍ): lis.is/Assets/Kjarasamningar/LI-sam.lag.-07.01.2015%20jfr.pdf

Séu veikindi langvarandi getur farið svo að veikindarétturinn tæmist. Þá á læknir rétt til greiðslu úr Fjölskyldu- og styrktarsjóði LÍ (FOSL). Sjóðurinn er kjarasamningsbundinn og í hann renna iðgjöld frá launagreiðendum sem eru 0,41% af heildarlaunum lækna hjá hverjum launagreiðanda. Samkvæmt gildandi reglum FOSL getur læknir sem tæmt hefur veikindarétt sinn fengið greiddar með jöfnum greiðslum í allt að þrjá mánuði fjárhæð sem nemur 80% af meðalmánaðarlaunum sem greitt hefur verið af til sjóðsins miðað við undangengna 12 mánuði áður en tekjutap verður, þó með ákveðnu hámarki sem verður 1.200.000 kr. árið 2017. Til viðbótar kemur að úr FOSL má veita eingreiðslustyrki, að jafnaði einu sinni á ári en þó ekki lengur en í þrjú ár samfellt, vegna sérstakra aðstæðna sem hafa í för með sér launamissi eða veruleg sérstök fjárútlát sjóðfélaga. Sýna þarf fram á tekjutap eða reikninga sem þurfa að vera að lágmarki fyrir kostnaði að fjárhæð 200.000 kr. Loks greiðir FOSL styrk að hámarki 250.000 kr. á þriggja ára fresti til dvalar til endurhæfingar að læknisráði. Staðgreiðsla er dregin af öllum þessum greiðslum. Nánari upplýsingar um greiðslur frá FOSL er að finna á heimasíðu Læknafélags Íslands, lis.is/Sjodir/FjolskylduOgStyrktarsjodirLI

Langvarandi veikindi geta orðið til þess að launagreiðandi megi leysa starfsmann frá störfum vegna heilsubrests. Í þeim tilvikum heldur hann föstum launum í þrjá mánuði. Um þetta er fjallað í grein 9.5 í áðurnefndum kjarasamningi. Læknir í þessari stöðu á þá líklega rétt til örorkulífeyris frá Tryggingastofnun ríkisins (TR) eða lífeyrissjóði og mögulega báðum.

Þeir sem sækja um örorkulífeyri hjá TR eru flestir kallaðir í læknisskoðun og í kjölfarið metur yfirlæknir TR hvort réttur sé til staðar. Grundvöllurinn fyrir því að eiga rétt á örorkulífeyri frá TR er að hafa 75% örorkumat. Ef matið er lægra en 75% er mögulega fyrir hendi réttur til örorkustyrks. Nánari upplýsingar um örorkulífeyrisgreiðslur frá TR má finna á heimasíðu stofnunarinnar tr.is/oryrkjar/

Samkvæmt áðurnefndum kjarasamningi greiða flestir læknar lífeyrissjóðsiðgjöld til Almenna lífeyrissjóðins. Samkvæmt samþykktum þess sjóðs á sjóðfélagi rétt á örorkulífeyri ef hann verður fyrir varanlegu orkutapi sem metið er 50% eða meira og hefur orðið vanhæfur til að gegna starfi sínu og orðið fyrir sannanlegri tekjuskerðingu af völdum þess. Örorkulífeyrir er miðaður við áunnin lífeyrisréttindi (þegar greiddum tíma til sjóðsins) og framreiknuð réttindi ef sjóðfélagi uppfyllir nánar tilgreind skilyrði. Þessi skilyrði eru þau að: a) Sjóðfélagi hafi greitt til samtryggingarsjóðs Almenna lífeyrissjóðsins í a.m.k. þrjú ár á undanfarandi fjórum árum og greitt a.m.k. ákveðna lágmarksfjárhæð hvert ár sem bundin er verðtryggingu. b) Sjóðfélagi hefur greitt til samtryggingarsjóðs Almenna lífeyrissjóðsins í a.m.k. 6 mánuði á síðasta 12 mánaða tímabili. c) Sjóðfélagi hefur ekki orðið fyrir orkutapi sem rekja má til ofnotkunar áfengis, lyfja eða fíkniefna.

Hjá Almenna lífeyrissjóðnum þarf sjóðfélagi að fá örorkumat upp á a.m.k. 50% örorku eða meira til að eiga rétt á örorkulífeyri. Fullur örorkulífeyrir er greiddur miðað við 100% örorku en lífeyrisgreiðslur eru hlutfallslegar ef orkutapið er á bilinu 50-100%. Örorkumatið er miðað við hæfi sjóðfélaga til að afla sér launatekna. Fyrstu þrjú árin er örorkumatið miðað við vanhæfni sjóðfélaga til að gegna því starfi sem hann hefur gegnt. Eftir það er það miðað við vanhæfni til almennra starfa. Þó læknir fái örorkulífeyrisgreiðslur úr Almenna lífeyrissjóðnum útilokar það ekki að hann geti unnið hlutavinnu en samanlagðar launatekjur og greiddur örorkulífeyrir mega aldrei verða hærri en útreiknaðar viðmiðunartekjur hjá sjóðnum. Útreiknaðar viðmiðunartekjur eru meðaltekjur síðustu þriggja ára fyrir örorku. Örorkulífeyristekjur skerðast ef samanlagðar tekjur verða hærri en viðmiðunartekjurnar. Nánari upplýsingar um reglur Almenna lífeyrissjóðsins má finna á heimasíðu sjóðsins, almenni.is/, auk þess sem leita má til ráðgjafa sem starfa hjá sjóðnum.

Mikilvægt er að undirstrika að umsókn í Almenna lífeyrissjóðinn vegna örorku er óháð mati TR. Mat lífeyrissjóðs er aflatjónsmat vegna heilsutjóns en mat TR er heilsutjónsmat óháð tekjutapi.

Skert starfsorka getur skapað rétt úr frjálsum vátryggingum sem læknir kann að hafa keypt sér. Það er því mikilvægt að kanna hvort slíkur réttur sé fyrir hendi.

Hafi læknir starfað erlendis um tíma, til dæmis í sérfræðinámi, eru allar líkur á því, ekki síst ef sérfræðinám hefur verið stundað á Norðurlöndunum, að hann eigi rétt til örorkulífeyris í því landi. Það er einnig mikilvægt að kanna þennan rétt og gleyma því ekki.

Hér að framan hefur verið stiklað á stóru og umfjöllun sem þessi getur aldrei verið tæmandi. Ef frekari spurningar vakna er pistlahöfundur tilbúinn til að veita frekari upplýsingar eftir því sem kostur er.

# 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. mars 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



# Læknisprófið í Reykjavík árið 1863

**Ólafur Jónsson**
svæfingalæknir í Reykjavík



Í blaðinu *Þjóðólfi* þann 5. nóvember 1863 er frásögn af nokkuð óvenjulegum og fágætum atburði. Læknaneminn Þorvaldur Jónsson (1837-1916) þreytti lokapróf í læknisfræði. Það var lærifaðir hans, Jón Hjaltalín (1807-1882) landlæknir, sem prófaði hann. Prófið var bæði skriflegt og munnlegt. Þess má geta að Þorvaldur hafði lesið læknisfræði við Hafnarháskóla árin 1857-1860 en síðan stundaði hann nám sitt hjá Jóni landlækni sem árið 1860 hafði fengið leyfi yfirvalda til þess að hefja hér kennslu læknisefna. Þorvaldur var fyrsti nemandi hans og jafnframt sá fyrsti sem hann prófaði. Fram til þessa hafði kennsla eða fræðsla í lækningum hérlendis verið ómarkviss og brotakennd allt frá því að fyrsti lærði læknirinn, Bjarni Pálsson (1719-1779) landlæknir, annaðist kennslu nokkurra læknisefna.

Hefst nú frásögn blaðsins eftir Jón Hjaltalín, talsvert stytt:

> Það er nú svo sem sjálfsagt, að þegar sið sá, sem fallinn er niðr fyrir nærfelt 100 árum verðr tekinn upp aptr, þá verðr það að verða með nokkrum umbreytingum, og þann veg var það og með læknispróf það, er hér nú aptr eptir lánga dvöl var haldið í miðjum fyrra mánuði, er kandidatus medicinae og chirurgiae *Þorvaldr Jónsson* var prófaðr í læknisfræði samkvæmt konúngsúrskurði 29. Ágúst f.á. og bréfi lögreglustjórnarinnar af 28. Maí þ.á.
>
> Sem prófdómendr við þetta læknispróf voru af stip[t]amtmanninum kvaddir þessir menn: kanselliráð og fyrrum héraðslæknir herra G. Hjálmarsson; yfirkennari herra B. Gunnlögsen, apothekari franskr konsúll herra A. Randrup, kennari við hinn lærða skóla herra H. Guðmundsson. Hin skriflegu spursmál voru fjögr, og hafði kandídatinn til að svara hverju þeirra, hérumbil 5 tíma; þau voru útvalin á examensstaðnum, en einn af kennurum lærða skólans var jafnan fenginn til að sitja yfir kandídatnum meðan hann svaraði þeim.
>
> Hin skriflegu spursmál voru svo hljóðandi:
>
> 1. *Í Anatomie og Líffræði (Physiologie):*
> Kandidatinn skýri ljóslega frá legu lúngnanna í mannlegum líkama; segi af hverju þau samanstandi, og til hvers þau þéni (deres physiologiske Function)?
>
> 2. *Í dómsmála-læknisfræði (Medicina forensis):*
> Hver meiðsli eru það á mannlegum líkama, sem verða að álítast sem óumflýanlega drepandi (laesiones absolute letales) og hvernig geta minni meiðsli, vegna kringumstæðanna, orðið banvæn á ýmsan hátt?
>
> 3. *Í handlæknisfræði (Chirurgie):*
> Kandídatinn skýri frá þeim mátum og meðölum, með hverjum menn stöðva allar ytri blóðrásir (alle ydre Forblödninger) bæði frá slagæðum og blóðæðum?
>
> 4. *Í innvortis sjúkdómafræði (Therapie):*
> Hvað er vatnssýki (Ascites)? hvor eru hennar sérstöku kennimerki? hvernig getr hún lyktað (Prognosis)? og hvernig á hún að meðhöndlast?
>
> Þessi 2 seinustu spursmál valdi herra Dr. Medicinae Krabbe, því hann var hér viðstaddr meðan lærdómsprófið fram fór. [Harald Krabbe (1831-1917), danskur læknir sem rannsakaði sullaveikina 1863].
>
> Þegar kandídatinn var búinn að svara þeim skriflegu spursmálum, byrjaði hið munnlega lærdómspróf, sem stóð yfir í 3 daga. Fyrst var kandídatinn yfirheyrðr í grasafræði (Botanik) og varaði sú yfirheyrsla í 1 tíma; þá í efnafræði, sömuleiðis í heilan tíma; þá í anatomie 1 1/2 tíma; því næst í chirugie líka í 1 1/2 tíma; þá í yfirsetu-



*Nemandinn: Þorvaldur Jónsson læknir*



*Kennarinn: Jón Hjaltalín landlæknir*

Öldungadeild Læknafélags Íslands

**Stjórn Öldungadeildar**
Magnús B. Einarson formaður, Þórarinn Sveinsson ritari, Hörður Alfreðsson gjaldkeri, Guðrún Agnarsdóttir, Kristrún Benediktsdóttir.

**Öldungaráð**
Bergþóra Ragnarsdóttir, Jón Hilmar Alfreðsson, Sigurður E. Þorvaldsson, Snorri Ingimarsson, Tryggvi Ásmundsson.

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

kvennafræði í 1 tíma; í innvortis sjúkdómafræði og almennri heilbrigðisfræði í hverju um sig í 1 1/2 tíma, og loksins var hann í 1 tíma látinn yfirheyra sjúkling, skýra frá sjúkdómi hans og segja hvern veg hann skyldi meðhöndla. Hið munnlega próf fram fór á alþingissalnum í heyranda hljóði, og í viðrvist prófdómendanna, en að afloknu prófi komu prófdómendrnir saman og ákváðu einkunnirnar í hverri lærdómsgrein út af fyrir sig, því öll spursmálin og andsvör kandídatsins höfðu samstundis verið uppskrifuð í sérskilinn „Examens-protocol" löggiltan af stiptamtmanninum. Einkunnirnar féllu þannig, fyrir öll skriflegu spursmálin fékk kandídatinn einkunnina *dável* eða laudabilis; í grasafræði og yfirsetukvennafræði *ágætlega* (prae ceteris) í efnafræði, chirurgie og heilbrigðisfræði *dável*; en í meðalafræði og sjúkrayfirheyrslu *vel* til *dável*. Þannig fékk kandídatinn 1. aðaleinkunn eða *laudabilis* með 87. tröppum.

Eptir afstaðið embættispróf, var kandídatinn í votta viðurvist látinn vinna hið lögboðna heiti um það, að hann af alefli skyldi jafnan verja kunnáttu sinni meðbræðrum sínum til hjálpar, og framvegis láta sér vera ant um, að auka þekkingu sína í öllum greinum læknisfræðinnar samkvæmt framförum vísinda þeirra, er hún er á bygð.

Jón Hjaltalín, Dr.

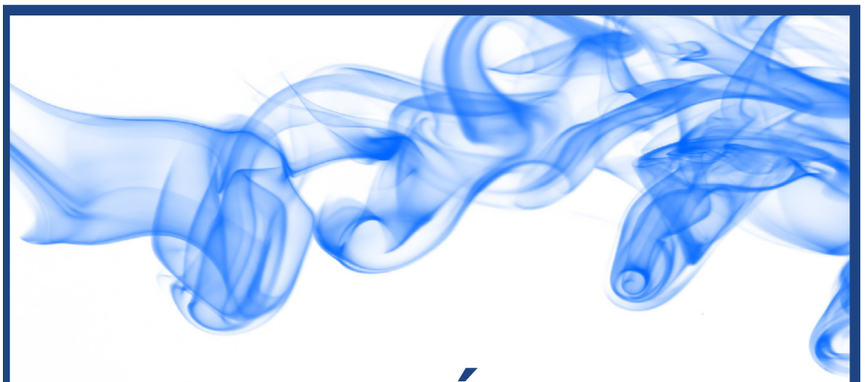
Í lok frásagnar sinnar hrósar Jón Þorvaldi mjög og segir hann hafa stundað námið með hinni mestu iðni, hafa opnað 12 lík undir forsjá sinni og æft sig vel að þekkja sjúkleika með hlustpípunni (*stethoscopie*). Hann væri vel að sér í sullaveikinni og grasafræðinni og hefði séð fjölda sjúklinga í landfarsóttum. Strax að loknu prófi varð Þorvaldur Jónsson héraðslæknir í Norðurhéraði vesturamtsins (Barðastrandarsýslu, Ísafjarðarsýslum og Strandasýslu) og sat á Ísafirði. Ekki er vitað annað en hann hafi verið farsæll í störfum sínum í þessu víðlenda og erfiða héraði.

Jón Hjaltalín var merkur maður. Hann hafði menntað sig vel og stundað fjölbreytt læknisstörf erlendis þegar hann varð landlæknir árið 1855. Hann hélt uppi læknakennslu 1860-1876. Var skipaður fyrsti forstöðumaður Læknaskólans við stofnun hans 1876. Alþingismaður. Ritaði heilmikið um læknisfræðileg efni og heilbrigðismál. Hann var heiðraður á margan hátt.

Þegar Þorvaldur var prófaður voru íbúar Reykjavíkur aðeins um 1500 talsins þannig að telja má að þetta hafi vakið nokkra athygli í bæjarlífinu. *Þjóðólfur* var um tíma eina blaðið sem gefið var út á Íslandi en það kom út á árunum 1848-1912. Kom fyrst út hálfsmánaðarlega en síðar vikulega.

Þess má geta að örfáir læknar voru starfandi hverju sinni á landinu fram um 1870. Þannig voru einungis 6 læknar hér árið 1800, 40 árum eftir stofnun landlæknisembættisins 1760. Árið 1850 voru hér 8 læknisumdæmi. Hlutskipti hinna fyrri lækna var bágborið: Umkomuleysi, takmörkuð þekking miðað við það sem síðar varð, ekkert sjúkrahús, engir möguleikar á nákvæmri sjúkdómsgreiningu, engin lyf með markvissa verkun, fátækt, léleg og köld húsakynni. Læknisumdæmi voru víðáttumikil, allar ár óbrúaðar, engir vegir.

Þessara lækna ætti að minnast með umburðarlyndi og virðingu.

# HÆTTU NÚ ALVEG!

## Málþing um tóbaksvarnir
## 14. mars, kl. 13–16 í Kaldalóni, Hörpu

**DAGSKRÁ**

**13:00** **Setning**. Óttarr Proppé heilbrigðisráðherra setur þingið.

**13:10** **Skattlagning í þágu bættrar lýðheilsu.** Ángel López, prófessor í hagfræði við *Technical University of Cartagena (UPCT)* á Spáni, fjallar um hvernig við getum notað skattlagningu til að bæta heilsu þjóðarinnar.

**13:50** **Rafsígarettur – undur eða ógn?** Charlotte Pisinger, vísindamaður við *Research Centre for Prevention and Health* í Kaupmannahöfn, fjallar um hvort rafsígarettur leiði til byltingar í samfélaginu og hvort ógn stafi af þeim.

**14:40** **Fundarhlé.** Veitingar í boði fyrir gesti.

**15:00** **Kostnaður þjóðfélagsins af reykingum.** Jónas Atli Gunnarsson kynnir fyrstu niðurstöður úr könnun *Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands*.

**15:20** **Pallborðsumræður.** Guðmundur Þorgeirsson stjórnar umræðum. Ángel López, Charlotte Pisinger, Jónas Atli Gunnarsson og Birgir Jakobsson landlæknir svara spurningum úr sal.

**16:00** **Dagskrárlok.**

Fundarstjóri er Guðmundur Þorgeirsson, prófessor, sérfræðingur í hjartalækningum. Þingið fer að mestu fram á ensku.

**Málþingið er öllum opið og aðgangur ókeypis. Tilkynna þarf þátttöku með því að senda póst á krabb@krabb.is í síðasta lagi 13. mars.**

Embætti landlæknis · HÁSKÓLI ÍSLANDS · Krabbameinsfélagið

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**. 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. febrúar 2017: 2,5 mg 60 stk.: 11.187 kr., 2,5 mg 168 stk.: 30.999 kr., 5 mg 14 stk.: 3.805 kr., 5 mg 100 stk.: 18.493 kr., 5 mg 168 stk.: 30.999 kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: G.
Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 8. desember 2016. Stytt SmPC tekið saman 9. febrúar 2017.
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.

---








**Xarelto 15 mg/20 mg filmuhúðaðar töflur – Stytt samantekt á eiginleikum lyfs**
▼ 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 til Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is. **Virkt efni:** Rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúpbláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Frábendingar:** • Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. • Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. • Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðingu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. • Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparinux), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynningarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. • Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur af flokki Child Pugh B og C. • Meðganga og brjóstagjöf. **Markaðsleyfishafi:** Bayer Pharma AG. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími: 540 8000. Ítarlegar upplýsingar um lyfið, fylgiseðil og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs eru birt á vef Lyfjastofnunar Evrópu http://www.ema.europa.eu og á vef Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is. **Heimild:** Samantekt á eiginleikum lyfs, janúar 2017.


---

CHAMPIX (vareniclin) 0,5 mg og 1 mg filmuhúðaðar töflur
**Ábendingar**: CHAMPIX er notað hjá fullorðnum til að hætta reykingum. **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): 13.048 kr. 8 vikna framhaldspakkning (1 mg, 112 stk): 22.607 kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 0. Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 28. júlí 2016. Stytt SmPC endurskoðað: 9. febrúar 2017.
Ef óskað er eftir frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

# 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. mars 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

HEILBRIGÐISSTOFNUN VESTURLANDS

# Yfirlæknir kvennadeildar Heilbrigðisstofnunar Vesturlands, Akranesi

Laus er til umsóknar staða yfirlæknis kvennadeildar Heilbrigðisstofnunar Vesturlands á Akranesi. Sérfræðiréttindi í kvensjúkdómum og fæðingarhjálp er áskilin svo og staðgóð reynsla af stjórnunarstörfum. Þátttaka í bakvöktum er hluti af starfi yfirlæknis. Staðan er laus frá 1. maí næstkomandi eða eftir nánara samkomulagi.
Á kvennadeild Heilbrigðisstofnunarinnar á Akranesi eru framkvæmdar allar helstu aðgerðir á sviði kvensjúkdóma. Um 300 konur fæða árlega börn sín á deildinni. Lögð er áhersla á aukið og formlegt samstarf við Landspítala.

**Umsóknarfrestur er til 15. mars 2017.**

Upplýsingar gefa: Konráð Lúðvíksson yfirlæknir, s. 4321000, netfang konrad.ludviksson@hve.is og Þórir Bergmundsson, framkvæmdastjóri lækninga, s. 4321000, netfang thorir.bergmundsson@hve.is

Umsókn skal senda Þóri Bergmundssyni framkvæmdastjóra lækninga á eyðublaði sem aðgengilegt er á vef Embætti landlæknis. Umsókn skal fylgja ítarleg náms- og starfsferilsskrá. Öllum umsóknum ver ður svarað.

Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi er ein af 8 starfsstöðvum stofnunarinnar á Vestur- og Norðvesturlandi og skiptist í sjúkrasvið og heilsugæslusvið. Á sjúkrasviði er starfrækt fjölgreinasjúkrahús með vaktþjónustu allan sólarhringinn árið um kring. Sjúkrahúsið veitir almenna og á vissum sviðum sérhæfða sjúkrahúsþjónustu á lyflækningadeild, handlækningadeild, kvennadeild, öldrunarlækningadeild og á vel búnum stoðdeildum þar sem höfuðáhersla er lögð á þjónustu við íbúa Vestur- og Norðvesturlands. Á heilsugæslusviði er veitt almenn heilsugæsluþjónusta fyrir íbúa í heilsugæsluumdæmi Akraness með forystuhlutverk varðandi almenna heilsuvernd og forvarnarstarf. HVE tekur þátt í menntun heilbrigðisstétta í samvinnu við Háskóla Íslands og aðrar menntastofnanir. Starfsmenn stofnunarinnar á Akranesi eru um 240 talsins. Sjá nánar heimasíðu www.hve.is

## LEIT AÐ BLÓÐI Í HÆGÐUM EÐA RISTILSPEGLUN

# Svar við svari landlæknis



**Ásgeir Theodórs**
meltingarlæknir og sérfræðingur í heilbrigðisstjórnun
*atheodor@simnet.is*



**Tryggvi Björn Stefánsson**
klínískur dósent, sérfræðingur í almennum skurðlækningum
*tryggvi@simnet.is*

Við undirritaðir skrifuðum bréf til *Læknablaðsins* sem birtist í tólfta og síðasta tölublaði þess 2016. Í bréfinu var einnig vísað í ítarlegri grein á nolta.is. Viðbrögð hafa nú borist frá Embætti landlæknis.[1] Þar er sagt meðal annars að í bréfi okkar höfum við „mælt gegn stefnu íslenskra heilbrigðisyfirvalda" en hún er að það skuli leitað að blóði í hægðum.

Af þessu tilefni viljum við árétta að bréf okkar var hugsað sem innlegg í umræðu. Það var álit okkar að greinargerðin frá Krabbameinsfélagi Íslands frá 2015, sem stefna íslenskra heilbrigðisyfirvalda byggði meðal annars á, hefði ekki fengið eðlilega faglega umfjöllun. Von okkar var að með bréfinu gætum við fengið þá sem hafa þekkingu á málefninu til að tjá sig málefnalega og með rökum. Varnarræða Embættis landlæknis kom okkur á óvart og hefðum við frekar þegið málefnalegt svar frá sérfræðingum Embættisins.

Í svarinu frá Embætti landlæknis er rakið hver stefna íslenskra heilbrigðisyfirvalda er og að stefnan sé byggð á nefndarstörfum frá 2001 og 2008 og greinargerð frá Krabbameinsfélagi Íslands frá 2015. Einnig er vísað í leiðbeiningar Evrópusambandsins frá 2010 og Kanada 2016 sem báðar ráðleggja leit að blóði í hægðum.

Undirritaðir tóku báðir þátt í gerð skimunarleiðbeininga frá 2001 og Ásgeir Theodórs var í ráðgjafahópi heilbrigðisráðherra 2008. Fulltrúar Embættis landlæknis vísa til þessara tveggja skýrslna til rökstuðnings fyrir því að skima með leit að blóði í hægðum. Skýrslurnar voru báðar samdar eftir bestu vitund þeirra sem tóku þátt og byggðust niðurstöður á þeirri þekkingu sem þá lá fyrir.

Í skýrslu Krabbameinsfélagi Íslands frá 2015 er komist að þeirri niðurstöðu að heppilegast sé að skima með leit að blóði í hægðum (FIT) og þar kemur einnig fram það álit að það sé ekki nægur mannafli á Íslandi til þess að gera skimun með ristilspeglunum. Leit að blóði í hægðum lækkar dánartíðni um 14% en hefur ekki áhrif á nýgengi. Í samantekt á fjórum stórum slembirannsóknum á stuttum ristilspeglunum kom í ljós að skimun með stuttum ristilspeglunum lækkaði dánartíðni vegna krabbameins í ristli og endaþarmi um 28% og nýgengi um 18%. Löng ristilspeglun er að minnsta kosti jafngóð stuttri ristilspeglun til skimunar en fjöldi rannsókna bendi til þess að löng ristilspeglun lækki dánartíðni um 70% og nýgengi um eða yfir 50%. Það er ekki til nein framskyggn slembirannsókn sem sýnir gagnsemi FIT.

Á Íslandi eru gerðar rúmlega 11.000 ristilspeglanir á ári og um 25-30% eru gerðar á einstaklingum sem eru einkennalausir og yfir 50 ára. Með ristilspeglanaskráningu og góðu skipulagi ristilspeglana er nú til staðar sá mannafli sem þarf til þess að hefja ristilspeglunarskimun strax.

FIT þarf að endurtaka annað hvert ár og þegar upp verður staðið má áætla að búið verði að ristilspegla 40% af hópnum eftir 10 ár. Koma munu fram um það bil 30 ný tilfelli af krabbameini í ristli eða endaþarmi árlega vegna skimunarinnar með leit að blóði í hægðum. Þessi tilfelli þurfa meðferð sem er dýr og leggst kostnaðurinn við skimunarkostnað. Það er í dag ekki ljóst hvort til er aðstaða eða mannskapur til þess að sinna þessari meðferð. Embætti landlæknis hefur ekki sýnt fram á að leit að blóði í hægðum sé ódýrari eða umfangsminni aðferð en ristilspeglunarskimun.

Því hefur verið haldið fram að ristilspeglun sé hættuleg rannsókn. Í þeim stóru rannsóknum sem hafa verið gerðar á ristilspeglunarskimun er tíðni holgötunar, blæðinga og blóðþrýstingsfalls mjög lág og dánartíðni er engin. Við leit að blóði í hægðum er ætlast til að þeir sem eru jákvæðir séu ristilspeglaðir. Þeir sem hafa blóð í hægðum eru þeir einstaklingar sem eru í mestri hættu að fá fylgikvilla af ristilspeglun, þessi áhætta er því tekin hvor aðferðin sem er valin.

Í svari landlæknis er sagt að ristilspeglunarskimun sé rannsóknarstarfsemi sem byggir á tilgátu, en að leit að blóði í hægðum sé framkvæmd byggð á rannsóknum. Það hefur verið ítrekað í öllum leiðbeiningum að það er nauðsynlegt að setja skimanir upp eins og rannsókn til þess að geta dregið ályktanir af niðurstöðum. Það er líka víða farið fram á að ný skimunarverkefni séu sett upp þannig að þau skili nýrri þekkingu.

Það væri dapurlegt ef heilbrigðisyfirvöld veldu aðferð sem er búið að sýna í stórum og áreiðanlegum rannsóknum að gerir lítið gagn. Með ristilspeglunarskimun væri hægt að minnka sjúkdómsbyrði aldraðra einstaklinga og spara stórfé í heilbrigðisþjónustunni í framtíðinni. Ristilspeglun allra við 55 ára aldurinn, þar sem allir ristilsepar eru fjarlægðir og síðan ristilspeglunareftirlit með þeim sem hafa aukna áhættu mun valda gjörbyltingu hvað varðar þetta krabbamein.

Við undirritaðir álítum að það eigi að hefja strax skimun með fullum ristilspeglunum.

Það er einlæg von okkar að aðrir komi nú fram og tjái sig málefnalega um skimun eftir krabbameini í ristli og endaþarmi.

### Heimild

1. Jakobsson B, Briem H. Svar vegna bréfs um skimun fyrir krabbameini í ristli og endaþarmi. Læknablaðið 2017; 103: 44-5.

Læknablaðið gefur ekki frekara rúm fyrir þessi skoðanaskipti á síðum blaðsins.

## LEIT AÐ BLÓÐI Í HÆGÐUM EÐA RISTILSPEGLUN

# Innlegg í umræðu

**Sunna Guðlaugsdóttir**
meltingarsérfræðingur og sérfræðingur í almennum lyflækningum

sunnag@landspitali.is



*Undirrituð var verkefnastjóri við gerð greinargerðar Krabbameinsfélags Íslands frá 2015 og situr nú í ráðgjafahópi Embættis landlæknis.*

**Ristilkrabbamein er mikilvægt lýðheilsuvandamál og hentar** mjög vel fyrir hópleit. Markhópur er 50-75 ára. Markmið hópleitar er að lækka bæði nýgengi (fjarlægja kirtilæxli) og dánartíðni (greina ristilkrabbamein og meðhöndla á fyrri stigum) sem á endanum sparar fyrir samfélagið.

Árið 2010 birti Evrópusambandið viðmiðunarreglur.[1] Þær endurspegla þá víðtæku sátt að hópleitarferlið er þverfaglegt og undirstrika þau atriði sem tryggja árangur hópleitar og eftirfylgni ef kirtilæxli og ristilkrabbamein greinast. Boð eigi að ná til að lágmarki 95% í markhóp og þátttökuhlutfall verði að minnsta kosti 65% til að tryggja árangur í samræmi við Alþjóðaheilbrigðisstofnunina, WHO. Við vinnslu á greinargerð Krabbameinsfélags Íslands frá 2015 var þetta haft að leiðarljósi.[2] Tryggja þarf yfirsýn yfir þátttöku og árangur hópleitar með skipulagi á umsýslu, gæðaviðmiðum og samræmdri skráningu á niðurstöðum fyrir hvern einstakan þátttakanda. Þetta var einnig lagt til og sú vinna er í gangi.

Stórar slembirannsóknir með gFOBT-hægðaprófi (*guaiac fecal occult blood test*) hafa sannað getu til draga úr dánartíðni að meðaltali um 16% (6-33%). Minnesótarannsóknin sem notaði næmara gFOBT sýndi jafnframt fram á lækkun í nýgengi. Nýrri hægðapróf, FIT (*fecal immunochemical test*), hafa meiri nákvæmni til að greina sértækt mannablóð í hægðum samanborið við gFOBT. Rannsóknir sýna að FIT greinir betur kirtilæxli en gFOBT og er því mun líklegra til árangurs til lækkunar á nýgengi. Niðurstöður úr framskyggnum slembirannsóknum um áhrif ristilspeglana og endurtekinnar FIT- skimunar á nýgengi og dánartíðni ristilkrabbameins eru væntanlegar á komandi árum. Ný evrópsk samanburðarrannsókn bendir til að þátttaka í hópleit með endurtekinni FIT-leit sé mun betri (77%) en með stuttri (31%) eða langri (24%) ristilspeglun.[3] Munurinn er marktækur. Ef einstaklingur greinist með blóð í hægðum er alltaf þörf fyrir ristilspeglun en hún er gullstaðallinn til greiningar kirtilæxla og ristilkrabbameins. Áhættan er lítil en eykst með hækkandi aldri og þegar inngripa er þörf eins og til dæmis ef fjarlægja þarf kirtilæxli, einkum í hægri hluta ristils eða ef þau eru stór. Blæðingu, götun og jafnvel dauða hefur verið lýst.[4]

Í Bandaríkjunum er einstaklingum í markhóp ráðlögð hópleit með vali á milli árlegs hægðaprófs, stuttrar eða langrar ristilspeglunar. Flestir hafa valið langa ristilspeglun og um 65% þegið þátttöku. Nýlegar upplýsingar frá American Cancer Society sýna marktæka lækkun á nýgengi og dánartíðni úr ristilkrabbameini þarlendis síðustu 10 ár og er hópleitinni þakkað og þá sérstaklega þeim gæðastöðlum sem hafa verið þróaðir þar.[5]

Útlit er fyrir að fjöldi starfandi meltingarsérfræðinga breytist lítið hérlendis næstu 10 árin og ég tel að afkastageta stéttarinnar sé nánast fullnýtt. Samkvæmt nýjum talningum eru gerðar ríflega 11.000 ristilspeglanir á ári, þar sem tæp 3000 (25%) eru skimunarspeglanir að frumkvæði almennings. Þetta er í grófum dráttum sá fjöldi sem við getum flutt undir skipulega skimun. Miðað við að markhópurinn er um 90.000 manns mun því taka allt að 30 ár að skima allan hópinn sem er alveg óraunhæft. Við þurfum því að finna leið til að velja þannig úr markhópnum að sem bestur árangur náist. Aðferð sem Ásgeir Theodórs og Tryggvi Björn Stefánsson leggja til er að einbeita sér að þeim árgöngum sem koma yngstir inn í markhópinn en skipta okkur ekki af þeim sem þegar hafa náð 55 ára aldri. Á 20 árum verði allir komnir inn í þetta kerfi og þá munum við sjá fullan árangur. Hver nýr 55 ára árgangur telur um 5000 manns inn í markhópinn og ef um 70% skila sér í speglun er raunhæft að ná þeim. Þessi aðferð á sér hins vegar ekki fordæmi og því ekki hægt að skoða árangur af henni hjá öðrum. Aðferðin sem ég hef talað fyrir er að beita FIT-prófi til að velja einstaklinga sem eru líklegastir til að hafa þörf fyrir ristilspeglun og ná þannig mun fyrr til alls markhópsins. Þannig munum við sjá árangur fyrr og tökum einnig tillit til þeirra sem þegar hafa náð 55 ára aldri. Mælt er með þessari leið í viðmiðunarreglum Evrópusambandsins og þetta er leiðin sem ríki í Evrópu hafa valið vegna takmarkaðrar speglunargetu. Með FIT-prófi eru 8% kölluð inn til speglunar sem yrðu þá um 7000 manns ef allur markhópurinn fengi FIT-próf í byrjun (70% þátttaka í FIT) og allir með blóð í hægðum skili sér í speglun. Miðað við afkastagetu okkar (um 3000 speglanir á ári ) er raunhæft að komast á þennan hátt yfir allan markhópinn á tveimur til þremur árum. Tilmæli landlæknis er reyndar að fara varlegar af stað eða hefja FIT-skimun í aldurshópnum 60-69 ára (n=33.077 árið 2016). Miðað við 70% þátttöku í FIT-prófinu þurfa 1850 ristilspeglun sem við ættum auðveldlega að komast yfir. Af þeim gætu um 100 manns verið með ristilkrabbamein. Til skamms tíma verður þessi aukning sýnileg en þar sem um er að ræða krabbameinstilfelli mun þeim verða sinnt með forgangi. Á sama tíma má gera ráð fyrir að biðtími eftir aðgerðum vegna góðkynja sjúkdóma aukist tímabundið.

Að mínu mati er mikilvægt að nýta reynslu annarra og fara ekki ótroðnar slóðir. Einnig er mikilvægt að hefja skipulega skimun sem fyrst og nauðsynlegt er að halda vel utan um skráningu á öllum stigum leitarinnar og tryggja gæðaviðmið í speglunum. Að lokum er forsenda fyrir árangri að nægilegt þátttökuhlutfall náist í markhópnum.

### Heimildir

1. Segnan N, Patnick J, von Karsa L, European Commission. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. 1st ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
2. Guðlaugsdóttir S. Greinargerð Krabbameinsfélags Íslands frá 2015. Ristilkrabbameinsleit. velferdarraduneyti.is/media/skyrslur2016/Ristilkrabbameinsleit.pdf – febrúar 2017.
3. Grobbee EJ, Vlugt M, Vuuren A, Stroobants AK, Mallant-Hent R, Lansdorp-Vogelaar I, et al. 176 Comparison of Colonoscopy, Sigmoidoscopy and Multiple Rounds of FIT-Based Colorectal Cancer Screening: Long-Term Follow-Up. Gastroenterol 2016; 150: S45.
4. Reumkens A, Rondagh EJ, Bakker CM, Winkens B, Masclee AA, Sanduleanu S. Post-Colonoscopy Complications: A Systematic Review, Time Trends, and Meta-Analysis of Population-Based Studies. Am J Gastroenterol 2016 ; 111: 1092-101.
5. Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016: American Cancer Society: cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal cancer -facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and figures-2014-2016.pdf – febrúar 2017.



**Jörundur Kristinsson**

heilsugæslulæknir í Hafnarfirði

formaður Orlofssjóðs lækna

*jorundur.kristinsson@heilsugaeslan.is*

# Málefni Orlofssjóðs lækna

Seint á áttunda áratug síðustu aldar var um það samið að atvinnurekendur greiddu ákveðið hlutfall af launum launþega í orlofssjóð viðkomandi stéttarfélags. Vinnuveitandi greiðir 0,25% af fullum launum þeirra lækna sem kjarasamningur milli fjármálaráðherra fyrir hönd ríkissjóðs og St. Franciskusspítala annars vegar og Læknafélags Íslands hins vegar tekur til í Orlofssjóð lækna (OSL). Þetta þýðir að greiðsla til OSL er ekki dregin af launum lækna. Rekstur OSL verður sífellt umfangsmeiri eftir því sem eignum fjölgar. Núverandi stjórn tók við skömmu fyrir hrun 2008. Fyrri stjórn hafði leigt íbúðir erlendis yfir sumarið, í Strasbourg, Barcelona og Alicante, og var með heilsársleigu í Kaupmannahöfn. Þessir kostir urðu óheyrilega dýrir við hrunið og fall krónunnar og sjálfhætt með slíkt. Stjórnin hefur alla tíð einbeitt sér að öflugri uppbyggingu innanlands og farið þar blandaða leið eignar- og leiguíbúða/húsa. Teljum við að með innanlandsáherslu sé fé sjóðsins best varið og flestir njóti góðs af. Fyrir hrun voru umsóknir um sumarvalkosti um 350 en árin eftir tvöfaldaðist fjöldi umsókna og erfitt reyndist að uppfylla þá þörf sem skapaðist.

OSL á eignir víða um land og hefur stjórnin haft að leiðarljósi að eignir sem sjóðurinn kaupir séu með góðu aðgengi fyrir aðila með skerta hreyfifærni. OSL á blokkaríbúð í Ljósheimum og nýjasti sumarbústaður sjóðsins er í Svignaskarði, tekinn í notkun 2015. Einn bústaður er í Húsafelli og tveir við Hreðavatn. Á Akureyri á sjóðurinn íbúð á jarðhæð í keðjuhúsi í Skálatúni og á dögunum voru fest kaup á annarri nýlegri íbúð þar, á jarðhæð í fjórbýlishúsi í Hólmatúni sem fer í leigu á næstu vikum. Á Kirkjubæjarklaustri á OSL gott einbýlishús á einni hæð. Í Brekkuskógi eru þrír bústaðir sjóðsins, byggðir 2007, 2008 og 2012, og í Vaðnesi eldri vinalegur bústaður. Samtals eru þetta 12 eignir.

Í gegnum tíðina hefur páska- og sumarúthlutun verið langvinsælust og á sumrin höfum við náð að bæta við eignarkostina nokkrum leigukostum. Í sumar verður sjóðurinn með bústað á leigu í Svarfaðardal, tvo bústaði á Egilsstöðum, íbúð í Vestmannaeyjum og hús á Suðureyri. Alls verða því 17 valkostir í boði í sumar.

Úthlutunarkerfi OSL byggist á punktasöfnun. Fjöldi punkta ræður forgangi að sumri og um páska. Félagsmenn fá 12 punkta fyrir útskriftarárið og síðan 12 punkta á ári. Ekki eru veittir punktar eftir 70 ára aldur nema menn séu í fullu starfi og greiði í Orlofssjóð. Á því ári sem félagar ná 70 ára aldri fá þeir 70 punkta. Punktafrádráttur er eingöngu að sumri og um páska og er hann 36 punktar (þrjú ár) fyrir hverja úthlutun. Utan sumartímabils og páska er aðgengi allra sjóðfélaga jafnt og enginn punktafrádráttur.

Bókunarvefurinn Frímann var tekinn í notkun árið 2014 og samhliða var útgáfu Orlofsbæklings hætt. Vefurinn gerir líka kleift að setja inn nýja valkostir með skemmri fyrirvara en áður.

Umgengni um húsin er yfirleitt til fyrirmyndar, en á því er þó stundum misbrestur. Umsjónarmaður lítur yfir húsið eftir að gestir fara úr húsi. Gestir þrífa sjálfir og þess er vænst að þeir skilji við húsið eins og þeir myndu vilja taka við því. Ef eitthvað vantar í hús, skemmist eða gengur úr sér er mikilvægt að koma þeim upplýsingum til umsjónarmanns eða á skrifstofu LÍ. Framleiga húsa/íbúða er alfarið bönnuð.

OSL dafnar og vex, eignunum fjölgar og ekki sér fyrir endann þar á. Markmiðið er að fá góða nýtingu helst allt árið á þeim húsum sem við eigum en fylla upp í á sumrin með valkostum á öðrum svæðum.

Ég vil í lokin minna á að síðasti dagur til að sækja um páskaúthlutun 2017 er 6. mars og fyrir sumarúthlutun 11. apríl.

## Orlofskostir Læknafélags Íslands 2017




*Nýjasta viðbótin hjá Orlofssjóði er þriggja herbergja íbúð á Akureyri.*

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. 123

# 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