LÆKNABLAÐIÐ • 9. tbl. 103. árg. • September 2017

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

9/2017

103. árgangur: 357-400

2017; 103: 357-400

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. 396

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



Loftmynd af framkvæmdunum í Vík á Kjalarnesi eins og þær voru á þjóðhátíðardaginn í sumar. Ljósmynd af heimasíðu SÁÁ

SÁÁ fagnar fertugsafmæli

Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann hafa nú starfað óslitið í 40 ár og meðhöndlað á þriðja tug þúsunda Íslendinga og fólk af öðru þjóðerni. Segja má að samtökin hafi með starfi sínu sýnt þjóðinni fram á að fíknsjúkdómar séu ekki ólæknanlegir eins og löngum var talið. Og eins og vera ber á afmælisári er heilmikið að gerast á vettvangi samtakanna.

Myndin hér að ofan var tekin í sumar af framkvæmdum sem nú eru á lokastigi í Vík á Kjalarnesi. Þar var lítil eftirmeðferðarstöð fyrir konur í tveimur húsum en nú er búið að bæta við þau eins og sjá má. Áætlað er að konurnar geti tekið upp þráðinn nú í september en í afmælismánuðinum, október, verða nýbyggingarnar teknar í notkun ein af annarri. Þegar allt verður komið á sinn stað er ætlunin að húsið leysi Staðarfell í Dölum af hólmi en þar hefur verið veitt eftirmeðferð um langt árabil.

SÁÁ var stofnað eftir fjölmennan borgarafund í Háskólabíói 1. október 1977 og verður haldið upp á afmælið með því að endurtaka þann fund á sama stað að kvöldi afmælisdagsins. Áfram verður fagnað með ráðstefnu dagana 2.-4. október á Hótel Hilton Nordica. Þangað er boðið mörgum af áhrifamestu læknum og sérfræðingum heims á sviði fíknlækninga og erfðafræði. Nægir að nefna bandarísku læknana Nora D. Volkow, Patrick G. O'Connor, David R. Gastfriend, Andrew H. Talal og fleiri, Finnann Kaarlo Simojoki og að sjálfsögðu Þórarin Tyrfingsson sem stýrði meðferðarstarfinu á Vogi frá upphafi fram í maí á þessu ári.

Að sögn Valgerðar Rúnarsdóttur læknis og forstjóra Sjúkrahússins Vogs verða ekki fluttir langir fyrirlestrar á ráðstefnunni heldur stefnt að því að koma á samræðum sérfræðinga og þjóðarinnar um þann vanda sem SÁÁ hefur glímt við í fjóra áratugi með góðum árangri.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Leiðangurinn á Töfrafjallið er samstarfsverkefni nokkurra lista- og fræðimanna sem stendur yfir á árabilinu 2013-2020. Nú í haust stendur yfir sýning leiðangursmanna í Nýlistasafninu á þessu sérstæða verkefni, eins konar stöðumat þegar ferlið er rétt um það bil hálfnað. Verkefninu lýsa leiðangursmenn sem tilraun með tíma og rúm sem kannar skynjun, þekkingu og vitundarsvið, fyrr og nú. Aðferðirnar sem þau beita eru á sviði myndlistar, bókmennta, samræðna, athafna. Leiðangursfélagar eru myndlistarmennirnir Steingrímur Eyfjörð, Haraldur Jónsson, Unnar Örn Auðarson og Karlotta Blöndal, kvikmyndaleikstjórinn Ása Helga Hjörleifsdóttir, dr. Gauti Kristmannsson, þýðandi og prófessor í þýðingafræði við Háskóla Íslands og dr. Birna Bjarnadóttir, rithöfundur og fræðimaður við Stofnun Vigdísar Finnbogadóttur, Háskóla Íslands. Leiðangurinn styðst við skáldsöguna Töfrafjallið (þý. Der Zauberberg) eftir Thomas Mann frá árinu 1924 sem lýsir dvöl manns á berklahæli í fjarlægð frá ys og þys borgaralegs samfélags. Könnun hópsins nú, rétt um öld síðar, snýst um skynjun á evrópskri samtímamenningu. Um leið mótast hún af túlkun á stöðu eyjunnar Íslands í evrópskri menningu og sögu. Í október 2013 fór leiðangurinn í könnunarleiðangur til sögusviðs skáldsögunnar. Hópurinn dvaldi á Berghotel Schatzalp í Davos sem er eitt af fyrrum berklahælum staðarins og talið er að Mann hafi nýtt sé til að lýsa Berghof-hælinu í skáldsögunni. Hótelið var tómt meðan hópurinn dvaldi þar og skráði hughrif sín, skynjanir og samtöl í máli og myndum, kvikum sem kyrrum. Myndin á forsíðu Læknablaðsins er hluti af skrásetningu úr þessu ferðalagi. Leiðangurinn stendur yfir til vorsins 2020, með sýningum og gjörningum sem haldnir verða í galleríum og öðrum stöðum á Íslandi og meginlandi Evrópu. Lokatakmark leiðangursins er að gefa út fyrstu íslensku þýðinguna á Töfrafjallinu og bók sem mun innihalda uppskeru leiðangursins í formi myndlistar, ritgerða og textabrota. Í tengslum við yfirstandandi sýningu í Nýlistasafninu stendur leiðangurinn fyrir gerð útvarpsþátta sem nálgast má á vef safnsins, en jafnframt er boðið upp á dagskrá í safninu sjálfu auk útgáfu plakats og fréttablaðs sem og hljómplötu í takmörkuðu upplagi. Sýningin stendur til septemberloka.



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 (í leyfi)
vedis@lis.is
Þröstur Haraldsson

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.

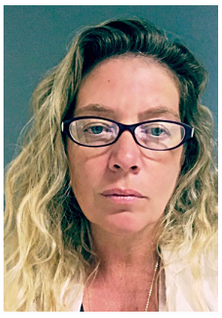
Fræðigreinar Læknablaðsins eru skráðar (höfundar, greinarheiti og útdrættir) í eftirtalda gagnagrunna: Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition, Scopus og Hirsluna, gagnagrunn Landspítala.

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

9. tölublað • 103. árgangur • 2017

LEIÐARAR



363

Soffía Guðrún Jónasdóttir

D-vítamín – gott fyrir alla

Á síðustu árum hefur D-vítamín hlotið aukna athygli þar sem fjöldi rannsókna hefur sýnt fram á mun flóknara samspil þess við starfsemi líkamans en áður var talið.



365

Emil L. Sigurðsson

Heimilislækningar – ný viðfangsefni byggð á sígildum kjarna

Með öldrun þjóða, notkun fleiri lyfja, fjölgun sjúklinga með langvinna sjúkdóma og fjölsjúkdóma er þörfin fyrir vel skipulagða og vel mannaða heilsugæslu gríðarlega mikilvæg.

FRÆÐIGREINAR

367

Þórunn Hannesdóttir, Hannes Hrafnkelsson, Erlingur Jóhannsson, Emil L. Sigurðsson

Tengsl D-vítamíns og áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma meðal íslenskra barna

D-vítamínskortur hefur verið tengdur við þróun hjarta- og æðasjúkdóma. Mikilvægt er að kanna tengsl milli þekktra áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma og D-vítamíns, sérstaklega hjá börnum og ungu fólki. Mikilvægt er að fylgja opinberum ráðleggingum varðandi D-vítamíngjöf fyrir alla aldurshópa, en rannsóknin sýndi að 2/3 barnanna voru undir þeim kjörgildum sem Embætti landlæknis mælir með.

373

Þorsteinn H. Guðmundsson, Hjalti Már Björnsson

Rétting á fremra liðhlaupi í öxl með Cunningham-aðferðinni

Í byrjun árs 2013 var læknum bráðamóttöku Landspítala kennd ný aðferð til réttingar á liðhlaupi í öxl – Cunningham-aðferðin. Innleiðsla hennar við réttingu axlarliðhlaupa leiddi til marktækrar fækkunar á slævingum en hafði engin áhrif á dvalartíma á bráðadeild eða heildarhlutfall heppnaðra réttinga.



UMFJÖLLUN OG GREINAR



378

Göngum saman hópurinn 10 ára

Olga Björt Þórðardóttir

Hópurinn hefur veitt 70 milljónum króna til rannsókna á brjóstakrabbameini. Rætt við eina af stofnendum hópsins, Gunnhildi Óskarsdóttur.



380

Stafræn myndgreining og æxlamiðuð lyf

Olga Björt Þórðardóttir

Norrænir röntgenlæknar þinguðu hér á landi fyrr í sumar og ræddu um stöðugar nýjungar og framfarir í greininni. Maríanna Garðarsdóttir segir frá þinginu og starfi röntgenlækna.



382

„Nálarauga“ læknadeildar

Þröstur Haraldsson

Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir fer fyrir ráðgjafarnefnd sem aðstoðar landlækni við veitingu starfsleyfa til sérgreinalækna á Íslandi.



384

Mikil læknafjölskylda á Selfossi

Magnús Hlynur Hreiðarsson

Guðrún Nína Óskarsdóttir varði doktorsritgerð sína í vor og er nú fimmti læknirinn í fjölskyldunni á Selfossi.

388

Tvær bækur um heilbrigðismál á Íslandi og í umheiminum

Þröstur Haraldsson

Davíð Á. Gunnarsson ráðuneytisstjóri starfaði á vettvangi Alþjóðaheilbrigðisstonunarinnar, WHO, í rúman áratug og endaði á því að bjóða sig fram til forstjóra. Hann hefur skrifað bók um störf sín.



PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



377

Í lok formannstíðar

Þorbjörn Jónsson

Þorbjörn hefur ákveðið að hætta sem formaður LÍ á aðalfundi í haust. Hann lítur yfir farinn veg í pistli stjórnarmanna.



390

Dögg Pálsdóttur svarað

Davíð Gíslason

LÖGFRÆÐI 23. PISTILL



392

Læknar eldri en 70 ára sem reka eigin starfsstöðvar

Dögg Pálsdóttir

Breyttar reglur um veitingu starfsleyfa til eldri lækna sem starfa á eigin stofum eftir 70 ára aldur.

398

Lokaorðin

Þröstur Haraldsson

Lokaorð dagsins er gervigreind.

Fyrsta samheitalíftæknilyfið sem er einstofna mótefni (mAb) og notað í gigtar-, meltingar- og húðsjúkdómum.



Öðlastu nýtt viðhorf

Inflectra er fyrsta mAb samheitalíftæknilyfið. Lyfið var þróað til að hafa sambærilega virkni og öryggi og frumlyf infliximab til að auka meðferðarval sjúklinga með gigtar-, meltingar- og húðsjúkdóma.[1.]

INFLECTRA™
INFLIXIMAB

Heimildir:

1. INFLECTRA™. European Public Assessment Report (EPAR). June 2013. Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Public_assessment_report/human/002778/WC500151490.pdf

http://www.ema.europa.eu/docs/is_IS/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002778/WC500151489.pdf

Sérlyfjatexti á bls. 397

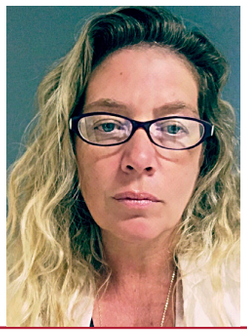
Alvogen

Hospira
A Pfizer Company

Vitamin D – for everyone

Soffia Jónasdóttir
pediatric endocrinologist, attending at University Hospital Iceland, Childen´s Hospital

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.09.147



Soffía Jónasdóttir

sérfræðingur í hormóna- og efnaskiptasjúkdómum barna, barnalæknir Landspítala

RITSTJÓRNARGREIN

D-vítamín – gott fyrir alla

Á síðustu árum hefur D-vítamín hlotið aukna athygli þar sem fjöldi rannsókna hefur sýnt fram á mun flóknara samspil þess við starfsemi líkamans en einungis áhrif 1,25 D á frásog kalks í görn og uppbyggingu beina. Niðurstöður virðast tengja skort á D-vítamíni við meingerð hinna ýmsu sjúkdóma. Þannig er mögulegt að notkun D-vítamíns geti verið fyrirbyggjandi í sjúkdómum eins og sykursýki af gerð I og II, Chrons, háþrýstingi og MS. Nýleg meta-analýsa sýndi tengsl milli D-vítamíngjafar á fyrstu mánuðum ævinnar og lægri tíðni á sykursýki af gerð I síðar á ævinni[1]. D-vítamínviðtakar finnast bæði í hjartafrumum og sléttum vöðvafrumum æðakerfisins. Skortur á Dvítamíni hefur í rannsóknum tengst aukinni áhættu hækkaðs blóðþrýstings, hjartaáfalls og heilablóðfalls. Tengsl D-vítamínskorts við aukna tíðni efri öndunarfærasýkinga, asthma og exems, meðal barna hafa komið fram í nokkrum rannsóknum.

Í þessu tölublaði er áhugaverð grein þar sem Þórunn Hannesdóttir og félagar birta niðurstöður rannsóknar sem kannaði tengsl D-vítamíngilda í íslenskum skólabörnum við þekkta áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma, jafnframt því að meta tengsl við líkamsþyngdarstuðul barnanna[2].

McDonald og félagar sýndu svipaðar niðurstöður þar sem 76% barna á aldrinum 2 – 18 ára sem voru til meðferðar vegna ofþyngdar/offitu voru með D-vítamíngildi undir viðmiðunargildum, 32% þeirra voru með hækkaðan blóðþrýsting. D-vítamíngildi yfir 50 nmól/L var tengt lægra insúlíngildi (15,8 (11,7 – 23,1) mU/L vs. 21,1 (14,3 – 34,2) mU/L, lægra insúlínviðnámi (HOMA-IR 3,5 (2,5 – 4,9) vs. 4,8 (3,1 – 6,9) og lægri systólískum blóðþrýstingi (73,0±25,8 vs. 80,6±17,0; p=0,04)[3].

Ofþyngd er ekki talin trufla nýmyndun á D-vítamíni í húð. D-vítamín er fitusækin sameind og hjá einstaklingum í yfirþyngd er aukinn hluti D-vítamínforðans geymdur í fituvef. Þetta er talið valda lægra D-vítamíngildi í sermi hjá ofþungum einstaklingum. Margir telja því að einstaklingar í ofþyngd þurfi tvöfaldan skammt D-vítamíns miðað við almennar ráðleggingar til aldurshópsins til að viðhalda eðlilegum gildum í sermi.

Lágt D-vítamíngildi meðal ofþungra barna er talið af mörgum endurspegla í raun einhæft mataræði; þau sleppa morgunmat, drekka ekki mjólk en frekar ávaxtasafa, borða áberandi meira kolvetni og lítið af fiski. Nánast undantekningalaust mælist lágt D-vítamíngildi hjá íslenskum börnum sem leitað er með til innkirtlalæknis vegna ofþyngdar (Líkamsþyngdarstuðull yfir 85 persentíl).

Á síðustu árum hefur orðið aukning í greiningum á beinkröm meðal ungra barna á Íslandi. Í flestum tilfellum eru það börn sem eru á sérfæði vegna ofnæmis eða óþols, oft á tíðum með mjög takmarkaðri kalkinntöku þar sem mjólkurvörur skortir. D-vítamíngjöf meðal barna er oft mun minni en talið er og ráðlagt er. Gjöf D-vítamíns er oft hætt vegna magaóþæginda ungbarna. Dagheimili og dagforeldrar hafa í mörgum tilfellum sinnt lýsisgjöf íslenskra barna, sem síðan hættir þegar leikskólagöngu lýkur þar sem foreldrar hafa ekki tileinkað sér að gefa börnum sínum lýsi og vítamín.

Almennt fæði er fátæklegt af náttúrulegu D-vítamíni. Íslendingar hafa verið mikil fiskiþjóð en ein algengasta fisktegundin sem börn borða á Íslandi, ýsa, er nokkuð snauð af D-vítamíni. Lax, túnfiskur, makríll og lúða eru fisktegundir ríkar af D-vítamíni. Einnig má nefna vítamínbætt morgunkorn og nú mjólk sem er sérstaklega D-vítamínbætt. Ísland teldist seint til suðrænna sólarparadísa, en áhugavert er að sjá að jafnvel í hinum suðrænu löndum er D-vítamínskortur meðal barna algengur. Sólarvörn með SPF 30 minnkar nýmyndun D-vítamíns í húð um 95 – 99% en mikilvægi þess að vernda húðina er óumdeilt.

Ráðlagður dagskammtur hérlendis fyrir D-vítamín er nú 15 míkrógrömm (µg) (600 AE) fyrir aldurshópinn 10 til 70 ára, en 20 µg (800 AE) fyrir fólk yfir sjötugt. Fyrir börn yngri en 10 ára og ungbörn eru ráðlögð 10 µg (400 AE) á dag[4].

Ein teskeið (5 ml) af krakkalýsi inniheldur 9,2 µg (368 AE) af D-vítamíni og 1 teskeið af þorskalýsi 10 µg. (400 AE). Í landskönnun á mataræði 6 ára íslenskra barna frá 2011–2012 kom fram að einungis fjórðungur barnanna fékk ráðlagðan dagskammt eða meira af D-vítamíni (sá fjórðungur barna sem tók lýsi) og var D-vítamíninntaka fjórðungs barna undir lágmarksþörf (2,5 µg/dag)[5]. Þeir Íslendingar sem ekki taka inn aukalega D-vítamín fá að meðaltali 4-5 µg daglega úr fæðu.

Árið 2011 gáfu samtök bandarískra innkirtlalækna (Endocrine Society) út ráðleggingar um D-vítamínskammta þar sem æskileg serumgildi D-vítamíns voru ráðlögð yfir 75 nmól/L til að til að viðhalda eðlilegu jafnvægi í efnaskiptum kalks, beina og vöðva. Til þess að viðhalda serumgildum 25(OH)D yfir 75 nmól/L þarf fullorðinn einstaklingur 1,500-2,000 AE daglega af D-vítamíni en börn og unglingar í það minnsta 1,000 AE/dag. Ekki hafa verið gefin út sérstök viðmið vegna hugsanlegra annarra áhrifa D-vítamíns[6].

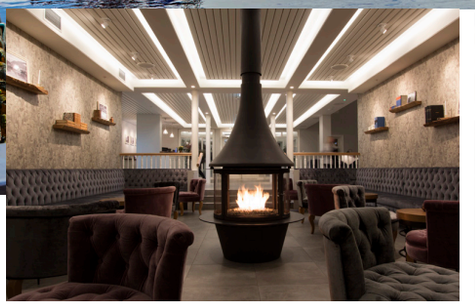
Það gætir því nokkurs misræmis í ráðleggingum um D-vítamín skammta með tilliti til þess hvað teljist eðlileg serumgildi, en undir 30 nmól/L er oftast talið skortur, 30 – 50 nmól/L ónóg og eðlileg gildi 50 – 150 nmól/L, samanber viðmið D-vítamín-mælinga á Landspítala. Aðrir vilja miða við að allt undir 50 nmól/L sé skortur.

D-vítamínskortur á Íslandi er mun meiri en talið er bæði meðal barna og fullorðinna eins og Gunnar Sigurðsson og félagar hafa áður birt. Nú þegar sumri tekur að halla er mikilvægt að vekja upp umræðuna um mikilvægi D-vítamíngjafar og er grein Þórunnar og félaga mikilvæg í þeirri umræðu.

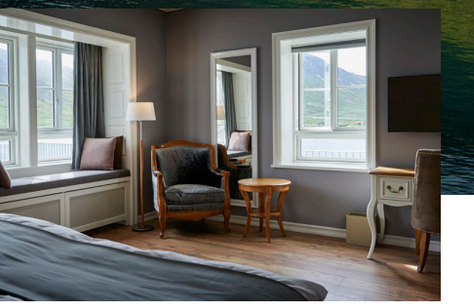
Heimildir:

1. MacDonald K, Godziuk K, Yap J, LaFrance R, Ansarian M, Haqq A, Mager DR. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017 Apr 27.
2. Þórunn Hannesdóttir. Hannes Hrafnkelsson, Erlingur Jóhannsson, Emil L. Sigurðsson. Tengsl D-vítamíns og áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma meðal íslenskra barna. Læknablaðið 2017/103
3. Ingibjörg Gunnarsdóttir, Hafdís Helgadóttir, Birna Þórisdóttir og Inga Þórsdóttir. Landskönnun á mataræði sex ára barna 2011–2012. Læknablaðið 2013/99
4. An increase in serum 25-hydroxyvitamin D concentrations preceded a plateau in type 1 diabetes incidence in Finnish children. Nov;99(11):E2353-6. doi: 10.1210/jc.2014-1455.
5. https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-HealthProfessional/
6. Wagner CL, Greer FR; AAP Section on Breastfeeding; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. Pediatrics 2008;122:1142-1152.

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 allskonar afþreyingu, passar hverjum vinahóp.

SIGLÓ HÓTEL

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



ANTONBERGUR

General Practice – new challenges with classical core

Emil L. Sigurðsson MD, PhD
Prófessor, Dept. of Family Medicine, University of Iceland
Medical Chief at Centre of Development, Primary Health Care of the Capital Area, Reykjavík
GP at Solvangur Health Care Centre, Hafnarfjörður

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.09.148



Emil L. Sigurðsson

prófessor í heimilislæknisfræði,
Læknadeild Háskóla Íslands,
Yfirlæknir á þróunarsviði Heilsugæslu höfuðborgarsvæðis
læknir á Heilsugæslunni Sólvangi, Hafnarfirði

emilsig@hi.is

RITSTJÓRNARGREIN

Heimilislækningar – ný viðfangsefni byggð á sígildum kjarna

20. Norræna þing heimilislækna var haldið í Reykjavík í júní s.l. Fagfélög norrænna heimilislækna hafa staðið fyrir útgáfu vísindatímarits, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, frá árinu 1982. Í samvinnu við fræðasvið heimilislækna hafa félögin staðið fyrir heimilislæknaþingum annað hvert ár frá árinu 1979. Það hefur því komið í hlut Félags íslenskra heimilislækna í samvinnu við fræðasvið heimilislæknisfræðinnar við Háskóla Íslands að halda þingin á 10 ára fresti, síðast í júní síðastliðnum. Þátttakendur voru tæplega 1.500, sem er metþátttaka, en þingið var haldið í Hörpu dagana 14. – 16. júní.

Þema þingsins var: „FROM THE CORE – Changes and Challenges in Primary Care“. Til þingsins var boðið 7 fyrirlesurum sem fluttu sína kjarnafyrirlestra, kynntar voru rúmlega 300 rannsóknir frá tæplega 30 þjóðlöndum auk þess sem haldnar voru fjölmargar vinnustofur og umræðufundir.

Heimilislæknar standa frammi fyrir afar ögrandi framtíðarverkefnum. Einstaklingum með fjölsjúkdóma fer fjölgandi, sem og þeim sem eru á fjöllyfjameðferð, á sama tíma og rætt er um ýmiss konar skimanir sem geta oft á tíðum orkað tvímælis. Lífsstílstengdir sjúkdómar eins og offita og vaxandi fjöldi einstaklinga sem greinast með sykursýki verða viðfangsefni heimilislækna og reyndar þjóðfélagsins í heild í náinni framtíð. Rauði þráðurinn á þessu norræna þingi var umræða um ofangreinda þætti ásamt ofgreiningum, oflækningum og ómarkvissri notkun heilbrigðiskerfisins.

Grunnstoðir heimilislæknisfræðinnar eru í föstum skorðum. Kjarnaatriðin, með samfellu og persónulegri þjónustu, eru sígild, svo og gott aðgengi að gæðaþjónustu sem mætir þörfum einstaklinga og nútímasamfélags. Hins vegar eru ýmis atriði sem kalla á nýja nálgun heimilislækna þegar kemur að nýjum verkefnum á 21. öldinni. Heimilislæknar verða að taka meiri þátt í og hafa áhrif á skipulag heilbrigðiskerfisins, þeir eru oft í betri stöðu en flestir aðrir til að átta sig á hvar heilbrigðisþjónustan virkar vel og hvar þarf að gera betur. Þar af leiðandi er mikilvægt að þeir verði virkari í umræðu og leggi sitt af mörkum við stefnumótun heilbrigðiskerfisins.

Mikilvægi félagslegra þátta eins og atvinnu og menntunar fyrir heilsufar var talsvert til umræðu á þinginu. Ennfremur var fjallað talsvert um þann ójöfnuð sem víða viðgengst hvað varðar aðgengi að heilbrigðisþjónustu.

„Að rannsaka heilbrigt fólk of mikið og sinna síður þeim sem raunverulega eru veikir er slæm heilbrigðisþjónusta sem hefur neikvæð áhrif bæði á þá sem eru sjúkir og þurfa meðferð en ekki síður á hina sem eru heilbrigðir“, sagði Margaret McCartney, heimilislæknir frá Skotlandi.[1] Hún fjallaði ennfremur um s.k. iðnaðarlækningar þar sem læknum er gert að merkja við fyrirfram ákveðin atriði sem þó hafa ekki endilega með þarfir sjúklingsins að gera. Oft á tíðum leiðir þetta fyrirkomulag til þess að framkvæmdar eru ákveðnar rannsóknir sem gagnast skjólstæðingunum lítið eða ekkert.

Ómarkviss og of mikil notkun lyfja var talsvert rædd á þinginu og ljóst að heimilislæknar vilja vera í fararbroddi þegar kemur að markvissri notkun á lyfjum og rannsóknum þannig að fjármagn nýtist sem best án þess að slakað sé á gæðum þjónustunnar. Gagnrýnin hugsun og leit að haldgóðum, traustum gögnum um gagnsemi ákveðinna meðferða og rannsókna eru lykilatriði í viðleitni nútíma heimilislækninga til að ná þessum markmiðum.

Peter Vedsted, prófessor í heimilislækningum í Árósum í Danmörku, fjallaði um hlutverk heimilislækna og heilsugæslu í greiningu krabbameina. Hann lagði áherslu á nauðsyn þess að greina æxlin snemma og þá staðreynd að flestar greiningar á krabbameinum hæfust í heilsugæslunni. Hann brýndi heimilislækna til að halda vöku sinni og vera á varðbergi gagnvart einkennum illkynja sjúkdóma.

Að afloknu þessu fjölmennasta norræna heimilislæknaþingi sem haldið hefur verið hingað til er ljóst að mikill hugur er í norrænum heimilislæknum. Þingið einkenndist af frábærum kjarnafyrirlestrum sem snertu ýmsar áskoranir nútíma heimilislækninga, kynningu á fjölbreyttu vísindastarfi og samheldni norrænna heimilislækna.

Með öldrun þjóða, notkun fleiri lyfja, fjölgun sjúklinga með langvinna sjúkdóma og fjölsjúkdóma er þörfin fyrir vel skipulagða og vel mannaða heilsugæslu gríðarlega mikilvæg. Til þess að að þessi grunnþjónusta standi undir nafni þurfa heilbrigðisyfirvöld á Íslandi að átta sig á mikilvægi þess að allir landsmenn hafi sinn heimilislækni og að ekki ríki sá ójöfnuður í þjónustu sem blasir við í dag.

Þing sem þessi gefa þátttakendum veganesti og hvatningu til að halda áfram gæðaþróun og vísindastarfi en er ennfremur hvatning til að beita sér gagnvart ráðamönnum varðandi uppbyggingu og eflingu heilsugæslunnar.

1. http://www.nordicgp2017.is/

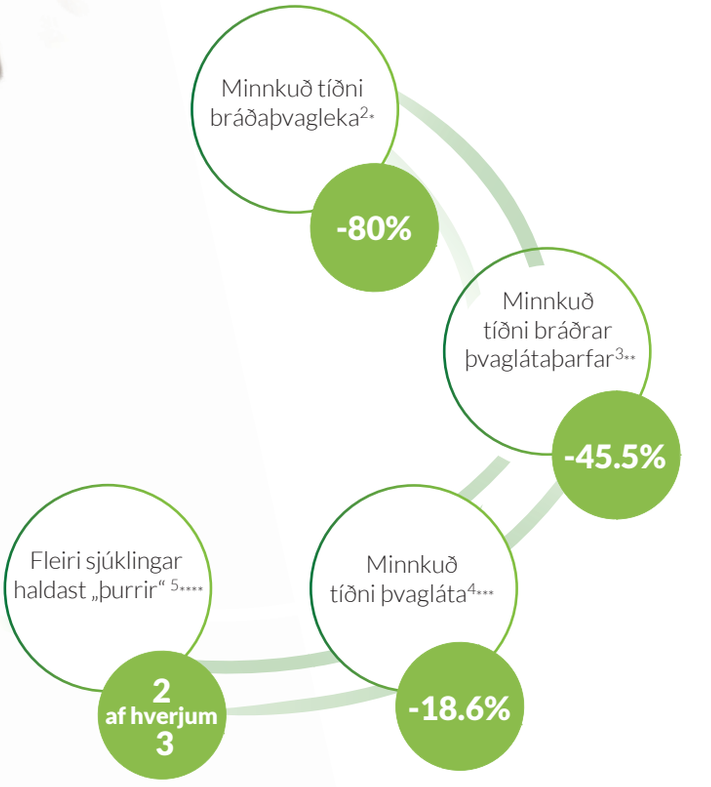
STAÐFESTUR ÁRANGUR[1]

Dregur úr einkennum ofvirkrar þvagblöðru[1]



Toviaz ® (fesoterodine) Meðferð við einkennum [aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðri þvaglátaþörf og/eða bráðaþvagleka] sem geta komið fram hjá fullorðnum sjúklingum með ofvirka þvagblöðru.





Þegar manni er mál, þá er manni mál!

Skyndileg bráð þvaglátaþörf og bráðaþvagleki eru algengustu einkenni ofvirkrar þvagblöðru. Með Toviaz® 4 og 8mg er hægt að draga marktækt úr einkennum, borið saman við lyfleysu.[2,3]

Með Toviaz® 4 mg og Toviaz® 8 mg borið saman við lyfleysu í viku 12 ** Með Toviaz® 8 mg borið saman við lyfleysu og tolterodin ER 4 mg í viku 12 *** Færri salernisferðir með Toviaz® 8 mg en með lyfleysu **** Meðferð með Toviaz® 8 mg dró marktækt úr fjölda tilvika bráðaþvagleka í viku 12 borið saman við tolterodin ER 4mg (p= 0,017) og lyfleysu (p<0,001) **1.** Toviaz SmPC 3. ágúst 2016 **2.** Chapple C. et al. BJU Int. 2014;114:418-26. 3. Kaplan S.A. et al. BJU Int. 2010;107: 1432-1440. **4.** Chapple C. et al. Eur Urol. 2007;52(4):1204-12. **5.** Herschorn S. et al. BJU Int. 2010;105(1):58-66.

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Toviaz® (fesoterodine)

TOVIAZ 4 mg og 8 mg forðatöflur. **Innihaldslýsing:** Hver forðatafla inniheldur fesóteródín fumarat 4 mg, sem samsvarar 3,1 mg af fesóteródíni, eða fesóteródín fumarat 8 mg, sem samsvarar 6,2 mg af fesóteródíni. **Ábendingar:** TOVIAZ er ætlað til meðferðar hjá fullorðnum á einkennum (aukin tíðni þvagláta og/eða bráð þörf fyrir þvaglát og/eða bráðaþvagleki) sem fram geta komið hjá sjúklingum með ofvirka þvagblöðru (overactive bladder syndrome). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða fyrir jarðhnetum eða soja eða einhverju hjálparefnanna. Þvagteppa. Magateppa. Ómeðhöndluð (uncontrolled) þrönghornsgláka. Vöðvaslensfár. Alvarlega skert lifrarstarfsemi (Child Pugh flokkur C). Samhliðanotkun öflugra CYP3A4 hemla hjá sjúklingum með meðal til alvarlega skerðingu á nýrna- eða lifrarstarfsemi. Alvarleg sáraristilbólga. Eitrunarrisaristill (toxic megacolon). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is. Dags. síðustu samþykktar SmPC sem þessi stytti texti byggir á:** 3. ágúst 2016. **Markaðsleyfishafi:** Pfizer Limited. **Fyrir frekari upplýsingar um lyfið má hafa samband við Icepharma hf. Lynghálsi 13, s. 540 8000.**

Pakkningar:
Lyfjaform og styrkur, pakkningastærð
Forðatöflur 4 mg 28 stk
Forðatöflur 4 mg 84 stk
Forðatöflur 8 mg 28 stk
Forðatöflur 8 mg 84 stk

Toviaz fesoterodin fumarat

Pierre Fabre

Verð er hægt að sjá á www.lgn.is
Greiðsluþátttaka: Já.
Stjörnumerktur texti (*) er umskrifaður og/eða styttur úr upplýsingum um lyfið, sem samþykktar voru af EMA 3. ágúst 2016. Upplýsingar um lyfið er að finna á www.serlyfjaskra.is, auk þess sem hægt er að fá hann hjá umboðsaðila Pfizer, Icepharma hf

PP170501

Icepharma · Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík · S: 540-8000 · www.icepharma.is

Tengsl D-vítamíns og áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma meðal íslenskra barna

Þórunn Hannesdóttir læknir[1,2], **Hannes Hrafnkelsson** læknir[1,3], **Erlingur Jóhannsson** líffeðlisfræðingur[4,5], **Emil L. Sigurðsson** læknir[1,2]

ÁGRIP

Tilgangur: Að kanna tengsl á milli D-vítamíngilda í blóði og þekktra áhættuþátta fyrir hjarta- og æðasjúkdómum meðal heilbrigðra íslenskra barna og jafnframt að kanna þessi tengsl óháð líkamsþyngdarstuðli (BMI).
Efniviður/aðferðir: Metin voru tengsl milli styrks 25-hydroxyvítamín D í blóði, líkamsþyngdarstuðuls og sjö áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma (háþrýstings, heildarkólesteróls, HDL, LDL, þríglýceríðs, blóðsykurs og styrks insulíns í blóði). Þátttakendur voru 7 ára skólabörn í 6 grunnskólum Reykjavíkur, haustið 2006.
Niðurstöður: D-vítamín var mælt hjá 159 börnum. 35 þeirra (22%) voru undir 37,5 nmól/L, 70 (44%) á milli 37,5 og 50,0 nmól/L og 55 (34%) yfir 50 nmól/L. D vítamínskortur var skilgreindur sem gildi undir 37,5 nmól/L. Ekki reyndist vera marktækur munur á milli kynja, stelpur (n:85 = 44,2 nmól/L), strákar (n:74 = 46,9 nmól/L), p-gildi 0,52 milli hópa. Börn með D-vítamínskort höfðu tilhneigingu til að hafa hærri líkamsþyngdarstuðul (p=0,052), lægra HDL (p=0,044) og hærra HbA1C (p=0,015) og serum insúlín (p=0,014) samanborið við börn með eðlileg D-vítamíngildi, það er yfir 50 nmól/L. Marktæk fylgni var á milli lágs D-vítamíns og hárra gilda insúlíns í blóði (p=0,014) og hárra gilda HbA1c (p=0,015), óháð líkamsþyngdarstuðli.
Ályktanir: D-vítamínskortur hefur verið tengdur við þróun hjarta-og æðasjúkdóma. Mikilvægt er að kanna tengsl milli þekktra áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma og D-vítamíns, sérstaklega hjá börnum og ungu fólki. Hugsanlegt er að D-vítamínskortur auki áhættuna á að þróa með sér hjartasjúkdóm snemma í lífinu gegnum insúlínviðnám og breytta blóðsykurstjórnun. Mikilvægt er að fylgja opinberum ráðleggingum varðandi D-vítamíngjöf fyrir alla aldurshópa, en rannsóknin sýndi að 2/3 barnanna voru undir þeim kjörgildum sem Embætti landlæknis mælir með.

Inngangur

Mikilvægi D-vítamíns fyrir þróun heilbrigðra beina og eðlilegra kalkgilda hefur verið þekkt í langan tíma en á síðustu árum hefur komið í ljós að D-vítamín gegnir einnig mikilvægu hlutverki í ýmsum öðrum líffærakerfum. Þannig virðist D-vítamín stjórna seytingu kalkvakahormóns,[1] hafa áhrif á renín-angíótensín-aldosterón kerfið[2] og ennfremur hefur D-vítamín bein áhrif á hjartavöðva og æðaþel.[3] Skortur á D-vítamíni hefur verið tengdur við háþrýsting, hjartadrep, heilablóðfall og aðra hjarta- og æðasjúkdóma, svo sem sykursýki, hjartabilun og æðakölkun.[4]

Þversniðsrannsóknir hafa sýnt fram á að lágt gildi D-vítamíns í blóði er tengt auknum líkum á áföllum vegna hjarta- og æðasjúkdóma.[5, 6] Ekki er nákvæmlega vitað á hvern hátt D-vítamín hefur þessi áhrif. Nýlegar rannsóknir benda til þess að D-vítamínskortur geti verið sjálfstæður áhættuþáttur fyrir hjarta- og æðasjúkdóma. Þannig hafa Giovannucci og félagar fundið út að fullorðnir karlmenn sem eru með lægra gildi 25-hýdroxývítamín D en 37,5 nmól/L voru 2,4 sinnum líklegri til að fá hjartadrep en þeir sem voru með nægilegt D-vítamíngildi (>75 nmól/L).[7] Rannsóknir á unglingum hafa sýnt fram á öfugt samband 25(OH) D við blóðsykur og þríglýseríð en beint samband við gildi HDL-C. [8]

Önnur rannsókn hefur sýnt að D-vítamínskortur var tengdur við aukið insúlínviðnám, minnkaða insúlínframleiðslu og við efnaskiptavillu.[9] Háþrýstingur hefur einnig verið beint tengdur við D-vítamínskort. Þýsk rannsókn hefur m.a. leitt í ljós að einstaklingar með háþrýsting sem fengu meðferð með útfjólubláu ljósi þrisvar sinnum í viku í þrjá mánuði hækkuðu 180% í serum D-vítamíni og blóðþrýstingurinn lækkaði. [10]

Það er öfugt samband á milli 25(OH)D og kalkvakahormóns, D-vítamínskortur leiðir til ofstarfsemi kalkvaka (*hyperparathyroidism*) með hærra gildi kalkvakahormóns. Afleiðingar þessa geta á að minnsta kosti þrennan hátt leitt til aukinnar áhættu á hjarta- og æðasjúkdómum: Í fyrsta lagi með auknu insúlínviðnámi og truflun á starfsemi beta-frumna í briskirtli sem leiðir til efnaskiptavillu og sykursýki. Í öðru lagi með því að virkja renín-angíótensín-kerfið og á þann hátt valda hækkuðum blóðþrýstingi sem aftur leiðir til þykknunar á hjartavöðva. Í þriðja lagi með örvun á bólgum bæði almennt en ekki síst í æðum. [11-13]

Aðalmarkmið þessarar rannsóknar var að kanna tengsl á milli 25(OH)D og þessara þekktu áhættuþátta fyrir hjarta-og æðasjúkdómum (HDL, LDL, kólesteróls, blóðþrýstings, blóðsykurs, HbA1c og serum insúlíns) meðal heilbrigðra barna og jafnframt að kanna þessi tengsl óháð líkamsþyngdarstuðli.

[1]*Háskóli Íslands, heimilislæknisfræði,* [2]*Heilsugæslan Sólvangi,* [3]*Heilsugæslan Seltjarnarnesi,* [4]Íþrótta- og heilsufræði við Háskóla Íslands, *Reykjavík.* [5]Department of Sport and Physical Activity, Bergen University College,Bergen, Norway

Fyrirspurnum svarar Emil L. Sigurdsson *emilsig@hi.is*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.09.149

Greinin barst blaðinu 3. mars 2017, samþykkt til birtingar 15. ágúst 2017.

Tafla I. *Meðalgildi áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma miðað við D-vítamíngildi*

Breytur	D-vítamín <37,5		D-vítamín >37,5 og <50		D vítamín >50	
	N (%)	Meðalgildi (staðalfrávik)	N (%)	Meðalgildi (staðalfrávik)	N (%)	Meðalgildi (staðalfrávik)
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m²)	35 (22)	16,7 (2,3)	70 (44)	16.3 (2.0)	54 (34)	16.0 (1.5)
Systólískur BÞ (mmHg)	34 (21)	94 (7)	70 (44)	95 (7)	49 (31)	94 (6)
Díastólískur BÞ (mmHg)	34 (21)	55 (5)	70 (44)	57 (5)	49 (31)	56 (5)
Kólesteról (mmól/L)	35 (22)	4,3 (0,5)	67 (42)	4,3 (0,8)	54 (34)	4,5 (0,6)
HDL (mmól/L)	35 (22)	1,5 (0,2)	69 (43)	1,5 (0,3)	54 (34)	1,6 (0,3)
LDL (mmól/L)	23 (27)	2,5 (0,4)	33 (38)	2,5 (0,6)	30 (35)	2,6 (0,6)
Þríglýseríð (mmól/L)	35 (22)	0,7 (0,3)	67 (42)	0,6 (0,2)	54 (34)	0,6 (0,2)
Insúlín (mmól/L)	35 (22)	4,7 (2,1)	67 (42)	4,2 (2,4)	54 (34)	3,4 (2,2)
Blóðsykur (mmól/L)	32 (20)	4,6 (0,3)	62 (39)	4,6 (0,2)	52 (33)	4,6 (0,4)
HbA1C (mmól/L)	35 (22)	5,5 (0,2)	68 (43)	5,4 (0,3)	54 (34)	5,3 (0,3)

Aðferðir og efniviður:

Þátttakendur

Þessi rannsókn er hluti af stærri þversniðsrannsókn og hafa niðurstöður úr þeirri rannsóknar verið birtar áður.[14] Tengsl milli styrks 25-hydroxyvítamín D í blóði, líkamsþyngdarstuðuls og sjö áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma var metinn (háþrýstingur, heildarkólesteról, HDL, LDL, þríglýceríð, blóðsykur og styrkur insúlíns í blóði).

Rannsóknarþýðið voru grunnskólabörn úr sex grunnskólum í Reykjavík, sem voru valdir af handahófi. Öllum börnum í öðrum bekk í þessum skólum (fædd árið 1999) var boðin þátttaka. Fengið var upplýst skriflegt samþykki bæði frá þátttakendum og foreldrum. Allar mælingar voru gerðar frá september til nóvember árið 2006. Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd og Persónuvernd (VSN b200605002/03).

Mælingar

Alls var 326 börnum boðin þátttaka og af þeim tóku 267 (82%) þátt í einni eða fleiri mælingum, 148 stúlkur og 119 drengir. Fastandi blóðprufa var tekin á hefðbundinn hátt og D-vítamín var mælt hjá 159 (60%) þátttakanda, 85 stúlkum og 74 drengjum. Blóðprufur voru rannsakaðar á rannsóknarstofu Landspítalans og DiaSorin 25-OH Vitamin D RIAH tækni notuð til að mæla D-vítamín. Hæð var mæld í cm og þyngd í kg á hefðbundinn hátt og líkamsþyngdarstuðull (BMI) reiknaður (kg/m²). Skilmerki fyrir yfirvigt og offitu voru samkvæmt skilmerkjum skilgreindum af Cole og félögum.[15] Blóðþrýstingur var mældur á staðlaðan hátt í vinstri handlegg og meðaltal þriggja mælinga notað við úrvinnslu.

Tölfræði

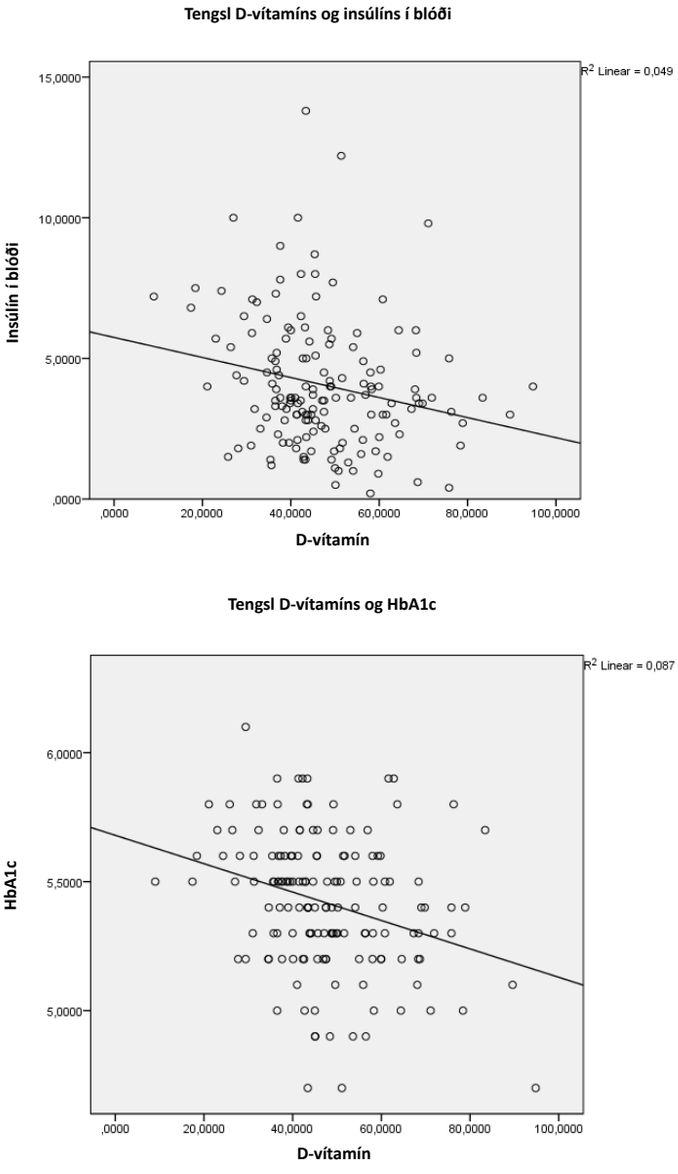
Við úrvinnslu gagna var IBM, SPSS Statistics útgáfa 2 notað. Lýsandi tölfræði er sýnd sem meðalgildi ásamt staðalfráviki með 95% öryggisbili. Tölfræðileg marktækni var miðuð við p-gildi ≤ 0,05. Við samanburð hópa var t-próf og parað t-próf notað til að meta mun á meðalgildum. Við mat á tengslum milli breyta var Pearson's fylgni notuð.

Niðurstöður:

D-vítamín var mælt hjá 159 börnum. Ekki reyndist vera marktækur munur á milli kynja, stelpur (n:85 = 44,2 nmól/L), strákar (n:74

Tafla II. *Meðalgildi áhættuþátta hjarta og æðasjúkdóma meðal barna með eðlileg gildi D-vítamíns og barna með D vítamínskort/vöntun*

Eðlilegt D-vítamín		D-vítamínskortur /vöntun				
Breytur	N (%)	Meðalgildi (staðalfrávik)	N (%)	Meðalgildi (staðalfrávik)	P-gildi	95% CI
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m²)	54 (34)	15,8 (1,5)	105 (66)	16,4 (2,1)	0,052	-0,006 to 1,261
Systólískur BÞ (mmHg)	49 (32)	94 (6)	104 (68)	95 (7)	0,504	-1,44 to 2,91
Díastólískur BÞ (mmHg)	49 (32)	56 (4)	104 (68)	56 (5)	0,335	-2,4 to 0,81
Kólesteról (mmól/L)	54 (35)	4,5 (0,6)	102 (65)	4,3 (0,7)	0,169	-0,37 to 0,07
HDL (mmól/L)	54 (35)	1,6 (0,3)	102 (65)	1,5 (0,3)	0,044	-0,195 to –0,002
LDL (mmól/L)	30 (35)	2,6 (0,6)	56 (65)	2,5 (0,6)	0,184	-0,443 -0,087
Þríglýseríð (mmól/L)	54 (35)	0,6 (0,2)	102 (65)	0,6 (0,2)	0,867	-0,08 to 0,07
Blóðsykur (mmól/L)	52 (36)	4,6 (0,4)	94 (64)	4,6 (0,3)	0,908	-0,101 to 0,114
HbA1c (mmól/L)	54 (34)	5,3 (0,3)	103 (66)	5,5 (0,2)	0,015	0,02 to 0,19
Insúlín (mU/L)	54 (35)	3,4 (2,2)	102 (65)	4,4 (2,3)	0,014	0,19 to 1,69



Mynd 1. *Tengsl milli D-vítamíns og HbA1c og insúlíns í blóði.*

= 46,9 nmól/L), p-gildi 0,52 milli hópa. Af þeim voru 35 (22%) með gildi undir 37,5 nmól/L, 70 (44%) voru með gildi á milli 37,5 og 50 nmól/L og 55 (34%) börn höfðu D-vítamíngildi yfir 50 nmól/L. Sex börn voru með D-vítamíngildi undir 25 nmól/L. Tafla I sýnir meðalgildi ýmissa áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma miðað við þessa skiptingu D-vítamíns, sem er algeng skipting þegar verið er að skoða D-vítamín hjá börnum. Tafla II sýnir meðalgildi ýmissa áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma meðal barna sem eru með eðlileg gildi D-vítamíns (yfir 50 nmól/L) samanborið við þau börn sem voru með of lágt gildi (undir 50 nmól/L). Börn með D-vítamínskort hafa tilhneigingu til að hafa hærri líkamsþyngdarstuðul (BMI) (p=0,052), lægra HDL (p=0,044) og hærra HbA1C (p=0,015) og serum insúlín (p=0,014) samanborið við börn með eðlileg D-vítamíngildi, þ.e. yfir 50 nmól/L.

Fylgni D-vítamínstyrks og áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma er sýnd í Töflu III. Af þessum áhættuþáttum eru insúlín og HbA1C tölfræðilega marktækt tengd lágu D-vítamíngildi en líkamsþyngdarstuðull náði ekki tölfræðilegri marktækni (p=0,07). Þegar könnuð voru hlutfylgnistengsl áhættuþáttanna við D-vítamín, óháð líkamsþyngdarstuðli, kom í ljós að insúlín og HbA1C voru enn tölfræðilega marktækt tengd lágu D-vítamíngildi.

Mynd 1 sýnir samband D-vítamíns og styrks insúlíns og HbA1C ásamt viðkomandi R^2 gildi, þar sem fylgni er marktæk á milli vaxandi styrks D-vítamíns og lækkandi styrks insúlíns í sermi ($R^2 = 0,049$).

Umræða

Þessi rannsókn sýndi að börn sem voru með D-vítamín lægra en 50 nmól/L höfðu marktækt lægra HDL en hærra HbA1c og insúlín samanborið við börn sem höfðu D-vítamín hærra en 50 nmól/L. Í íslenskri rannsókn sem notaði sama gagnagrunn og okkar rannsókn var sýnt fram á að of þung börn höfðu marktækt hærra fastandi insúlín en lægra HDL.[14] Þetta hefur hins vegar aldrei áður verið tengt við D-vítamínstöðu í þessum hópi á Íslandi. Marktæk fylgni var á milli lágs D-vítamíns og hárra gilda insúlíns í blóði (p=0,014) og hárra gilda HbA1c (p =0,015) og hélst sú fylgni þegar búið var að leiðrétta fyrir líkamsþyngdarstuðli. Það er vel þekkt að of feit börn og fullorðnir eru líklegri til að hafa lágt D-vítamín.[16]

Í okkar rannsókn voru 14% barnanna of þung eða of feit, en 66% með of lágt D-vítamín. D-vítamín hafði neikvæða fylgni við BMI en það náði ekki marktækni (p=0,052). Fáar rannsóknir hafa litið á þessa þætti hjá börnum. Í rannsókn í þéttbýli hjá skólabörnum á aldrinum 9-14 ára í Somerville, Massachusetts, var skoðað samband milli D-vítamíns, BMI, LDL, HDL, heildarkólesteróls, þríglýseríða og CRP. Eingöngu kom fram marktæk fylgni við CRP en ekki HDL eða BMI.[17] Það er þvert á það sem aðrar rannsóknir hafa sýnt um neikvætt samband á milli D-vítamíns og BMI,[18, 19] sem er talið vera vegna aukinnar bindingar D-vítamíns í fituvef.[16] Kelishadi og fleiri könnuðu tengsl milli D-vítamínskorts og áhættuþátta hjartasjúkdóma hjá of feitum börnum og unglingum með því að gefa þeim stóra skammta af D-vítamíni á 12 vikna tímabili og fann út að gjöf D-vítamíns dró úr insúlínviðnámi og lækkaði þrí-

Tafla III. *Tengsl D-vítamíns við áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma*

Breytur	N (fjöldi tilfella)	Pearsons fylgni r	p-gildi
BMI (kg/m²)	159	-0,14	0,070
Systólískur BÞ (mmHg)	159	0,01	0,860
Díastólískur BÞ (mmHg)	159	0,14	0,095
Kólesteról (mmól/L)	159	0,08	0,301
HDL (mmól/L)	159	0,05	0,509
LDL (mmól/L)	159	0,105	0,334
Þríglýseríð (mmól/L)	159	-0,03	0,744
Insúlín (mmól/L)	156	-0,22	0,005
Blóðsykur (mmól/L)	146	0,00	0,966
HbA1C (mmól/L)	157	-0,29	<0,001

glýseríð.[20] Rannsóknin var hins vegar eingöngu gerð á of feitum börnum en í okkar rannsókn voru einungis 14% yfir kjörþyngd.[14]

D-vítamín myndast í húðinni fyrir áhrif sólarljóssins, en sú myndun er hins vegar mjög háð árstíðum. Sýnt hefur verið fram á í íslenskri rannsókn að frá nóvember fram í mars fer fram mjög takmörkuð D-vítamínmyndun í húð og þurfa einstaklingar sem ekki taka inn D-vítamín reglulega að treysta á D-vítamín sem geymist í fituforða frá því sumarið áður eða á inntöku á D-vítamíni.[21] Íslensk rannsókn sem notaðist við gögn úr sama gagnagrunni og okkar sýndi fram á að gildi D-vítamíns fór lækkandi frá september fram í nóvember, einnig í þeim börnum sem tóku inn lýsi. Sú rannsókn þótti sýna fram á mikilvægi þess að börn væru úti á sumrin og snemma hausts og væru útsett fyrir sólargeislum til að byggja upp nægilegan D-vítamínforða fyrir veturinn.[22] Í landskönnun á mataræði 6 ára barna frá 2011–2012 kom fram að einungis fjórðungur barnanna fékk ráðlagðan dagskammt eða meira af D-vítamíni (sá fjórðungur barna sem tók lýsi) og var D- vítamínneysla fjórðungs barna undir lágmarksþörf (2,5 µg/dag).[23]

Það er engin alþjóðleg samstaða um hvað sé kjörgildi á D-vítamíni. Embætti landlæknis miðar kjörgildi við >50 nmól/L og skort við <30 nmól/L. Athyglisvert er að einungis þriðjungur barnanna voru yfir þeim gildum sem Embætti landlæknis setur sem viðmiðunargildi D-vítamíns. Alþjóðlega beinþynningarstofnunin (International Osteoporosis Foundation) mælir hins vegar með að kjörgildi miðist við 75 nmól/L eða hærra og fleiri hafa ályktað að kjörgildi sé ekki náð fyrr en við 70-100 nmól/L.[24] Algengt er þó að miða kjörgildi við 50 nmól/L, vöntun við 37,5 - 50,0 nmól/L og skort minna en 37,5nmól/L hjá börnum og því var farið eftir þeirri skiptingu í okkar rannsókn.[25] Aðrir draga línuna milli vöntunar og skorts við 25 nmól/L, frekar en 37,5 nmól/L.[26] Bandarísku barnalæknasamtökin (American Academy of Pediatrics) uppfærðu leiðbeiningar sínar árið 2008 og mæla með D-vítamíni yfir 50 nmól/L til að koma í veg fyrir beinkröm, en treystu sér ekki til að mæla með gildum til að hámarka beinheilsu eða minnka líkur á öðrum sjúkdómum sem gætu tengst D-vítamíni.[25]

Gögn frá bandarískri rannsókn á næringu og heilsu, NHANES 2001-2006, varðandi börn og unglinga sýndu að lágt D-vítamín var tengt auknu mittismáli ásamt hærri slagbilsþrýstingi og insúlínviðnámi. Þau sýndu jafnframt lægra HDL kólesteról hjá þeim sem voru með lægst D-vítamín.[27]. Önnur rannsókn frá Bandaríkjunum komst að því að börn með lágt D-vítamín höfðu hærri blóðsykur, insúlín og insúlínviðnám eftir að leiðrétt hafði verið fyrir kynþroska og líkamsþyngdarstuðli. Rannsóknin var hins vegar á börnum með svefnvandamál, en ekki heilbrigðum skólabörnum.[28]

Rétt er að benda á nokkrar takmarkanir varðandi ályktunarhæfni þessara niðurstaðna. Í fyrsta lagi er um nokkuð fámennan rannsóknarhóp að ræða sem veldur því að í sumum tilvikum að minnsta kosti verður að túlka niðurstöður varfærnislega. Í öðru lagi þá var í rannsókninni stuðst við líkamþyngdarstuðul (L) en ekki beinar fitumælingar og það getur haft áhrif á möguleika okkar til að álykta, svo sem um samband BMI við fitumagn.

Ályktanir:

D-vítamínskortur hefur verið tengdur við þróun hjarta- og æðasjúkdóma. Mikilvægt er að kanna samband þekktra áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma og D-vítamíns, sérstaklega hjá börnum og ungu fólki. Það er mögulegt að D-vítamínskortur auki áhættu hjartasjúkdóma snemma í lífinu gegnum aukið insúlínviðnám og breytta blóðsykurstjórnun. Þótt ekki hafi verið sýnt fram á orsakasamhengi milli D-vítamíns og hjartasjúkdóma þá telja höfundar að niðurstöður rannsóknarinnar styðji mikilvægi þess að farið sé eftir leiðbeiningum landlæknis um D-vítamíngjöf. Mikið vantar upp á að 7 ára börn á Íslandi uppfylli þau skilyrði þar sem 2/3 barnanna voru undir þeim kjörgildum sem Embætti landlæknis ráðleggur.

Þakkir: Rannsóknin var styrkt af Vísindasjóði Félags íslenskra heimilislækna og Rannís, Rannsóknamiðstöð Íslands.

Heimildir

1. DeLuca HF. Overview of general physiologic features and functions of vitamin D. American Journal of Clinical Nutrition. 2004; 80:1689S-96S.
2. Xiang W, Kong J, Chen SC, Cao LP, Qiao GL, Zheng W, et al. Cardiac hypertrophy in vitamin D receptor knockout mice: role of the systemic and cardiac renin-angiotensin systems. Am J Physiol-Endoc M. 2005; 288:E125-E32.
3. Pilz S, Tomaschitz A, Ritz E, Pieber TR. Vitamin D status and arterial hypertension: a systematic review. Nat Rev Cardiol. 2009; 6:621-30.
4. Martins D, Wolf M, Pan D, Zadshir A, Tareen N, Thadhani R, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors and the serum levels of 25-hydroxyvitamin D in the United States - Data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Arch Intern Med. 2007; 167:1159-65.
5. Nemerovski CW, Dorsch MP, Simpson RU, Bone HG, Aaronson KD, Bleske BE. Vitamin D and Cardiovascular Disease. Pharmacotherapy. 2009; 29:691-708.
6. Parker J, Hashmi O, Dutton D, Mavrodaris A, Stranges S, Kandala NB, et al. Levels of vitamin D and cardiometabolic disorders: Systematic review and meta-analysis. Maturitas. 2010; 65:225-36.
7. Giovannucci E, Liu Y, Hollis BW, Rimm EB. 25-hydroxyvitamin D and risk of myocardial infarction in men - A prospective study. Arch Intern Med. 2008; 168:1174-80.
8. Reis JP, von Muhlen D, Miller ER, Michos ED, Appel LJ. Vitamin D Status and Cardiometabolic Risk Factors in the United States Adolescent Population. Pediatrics. 2009; 124:E371-E9.
9. Chiu KC, Chu A, Go VLW, Saad MF. Hypovitaminosis D is associated with insulin resistance and beta cell dysfunction. Am J Clin Nutr. 2004; 79:820-5.
10. Krause R, Buhring M, Hopfenmuller W, Holick MF, Sharma AM. Ultraviolet B and blood pressure. Lancet. 1998; 352:709-10.
11. Rostand SG, Drueke TB. Parathyroid hormone, vitamin D, and cardiovascular disease in chronic renal failure. Kidney Int. 1999; 56:383-92.
12. Lee JH, O'Keefe JH, Bell D, Hensrud DD, Holick MF. Vitamin D Deficiency An Important, Common, and Easily Treatable Cardiovascular Risk Factor? J Am Coll Cardiol. 2008; 52:1949-56.
13. Anderson JL, May HT, Horne BD, Bair TL, Hall NL, Carlquist JF, et al. Relation of vitamin D deficiency to cardiovascular risk factors, disease status, and incident events in a general healthcare population. The American journal of cardiology. 2010; 106:963-8.
14. Hrafnkelsson H, Magnusson KT, Sigurdsson EL, Johannsson E. Association of BMI and fasting insulin with cardiovascular disease risk factors in seven-year-old Icelandic children. Scand J Prim Health. 2009; 27:186-91.
15. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000; 320:1240-3.
16. Liel Y, Ulmer E, Shary J, Hollis BW, Bell NH. Low Circulating Vitamin-D in Obesity. Calcified Tissue Int. 1988; 43:199-201.
17. Sacheck J, Goodman E, Chui K, Chomitz V, Must A, Economos C. Vitamin D Deficiency, Adiposity, and Cardiometabolic Risk in Urban Schoolchildren. J Pediatr-Us. 2011; 159:945-50.
18. Alemzadeh R, Kichler J, Babar G, Calhoun M. Hypovitaminosis D in obese children and adolescents: relationship with adiposity, insulin sensitivity, ethnicity, and season. Metabolism. 2008; 57:183-91.
19. Hollis BW. Assessment of vitamin D nutritional and hormonal status: What to measure and how to do it. Calcified Tissue Int. 1996; 58:4-5.
20. Kelishadi R, Salek S, Salek M, Hashemipour M, Movahedian M. Effects of vitamin D supplementation on insulin resistance and cardiometabolic risk factors in children with metabolic syndrome: a triple-masked controlled trial. J Pediatr (Rio J). 2014; 90:28-34.
21. Gunnarsson Ö, Indriðason ÓS, Franzson L, Halldórsdóttir E, Sigurðsson G. D-vítamínbúskapur fullorðinna Íslendinga. Læknablaðið 2004;90(1):29-36.
22. Bjarnadottir A, Kristjansdottir AG, Hrafnkelsson H, Johannsson E, Magnusson K, Thorsdottir I. Insufficient autumn vitamin D intake and low vitamin D status in 7-year-old Icelandic children. Public Health Nutrition: 18(2), 208–217
23. Gunnarsdóttir I, Helgadóttir H, Þórisdóttir B, Þórsdóttir I. Landskönnun á mataræði sex ára barna 2011-2012. Læknablaðið 2013; 99(1): 17-23.
24. Zittermann A. Vitamin D and disease prevention with special reference to cardiovascular disease. Prog Biophys Mol Bio. 2006; 92:39-48.
25. Misra M, Pacaud D, Petryk A, Collett-Solberg PF, Kappy M, So LWPE. Vitamin D deficiency in children and its management: Review of current knowledge and recommendations. Pediatrics. 2008; 122:398-417.
26. Pedersen JI. Vitamin D requirement and setting recommendation levels - current Nordic view. Nutr Rev. 2008; 66:S165-S9.
27. Ganji V, Zhang X, Shaikh N, Tangpricha V. Serum 25-hydroxyvitamin D concentrations are associated with prevalence of metabolic syndrome and various cardiometabolic risk factors in US children and adolescents based on assay-adjusted serum 25-hydroxyvitamin D data from NHANES 2001-2006. Am J Clin Nutr. 2011; 94:225-33.
28. Kelly A, Brooks LJ, Dougherty S, Carlow DC, Zemel BS. A cross-sectional study of vitamin D and insulin resistance in children. Arch Dis Child. 2011; 96:447-52.

ENGLISH SUMMARY

The relationship between serum vitamin D levels and cardiovascular risk factors among Icelandic children

Þórunn Hannesdóttir[1,2], Hannes Hrafnkelsson[1,3], Erlingur Jóhannsson4,5, Emil L. Sigurðsson[1,2]

Objective: To determine the relationship between serum vitamin D levels and known cardiometabolic risk factors among healthy Icelandic children as well as study these connections independent of body mass index (BMI).

Methods: We assessed the relationship between serum 25-hydroxy-vitamin D, adiposity measured as BMI and 7 cardiometabolic risk factors (high blood pressure, total cholesterol, high-density lipoprotein cholesterol, low-density lipoprotein cholesterol, triglycerides, blood glucose and serum insulin). Subjects were 7-year old school children in six randomly selected elementary schools in Reykjavik, Iceland, in the autumn of 2006.

Results: Vitamin D was measured amongst 159 children. 35 (22%) were lower than 37,5 nmol/L, 70 (44%) between 37,5-50,0 nmol/L and 55 (34%) over 50 nmol/L. Deficiency was defined as lower than 37,5 nmol/L. No difference was between girls or boys, girls (n:85 = 44,2nmol/L), boys (n:74 = 46,9nmol/L), (p= 0,052). Deficient children had higher BMI (p=0.052), lower HDL (p=0.044) and higher HbA1c (p=0.015), and insulin (p=0.014) than those who had vitamin D higher than 50 nmol/L. Significant correlation was between low levels of vitamin D and high levels of serum insulin (p=0,014) and high levels of HbA1c (p =0,015), independent of BMI.

Conclusion: Vitamin D deficiency has been associated with the development of cardiovascular disease. It is important to explore the connection between known risk factors and vitamin D and treat those who are deficient of it, especially children and young adults. It is possible that vitamin D deficiency has an effect on cardiovascular risk early in life through insulin resistance and altered blood sugar control. It is important to follow guidelines for giving vitamin D to children, as the result showed that 2/3 of the children were under 50 nmol/L.

[1]University of Iceland, Faculty of General Practice, [2]Solvangur Health care center, [3]Seltjarnarnes Health care center, [4]University of Iceland Faculty of sports and medicine, [5]Department of Sport and Physical Activity, Bergen University College, Bergen, Norway

Key words: *Vitamin D, cardiovascular risk factors, insulin*

Correspondence: Emil L. Sigurdsson *emilsig@hi.is*

NÝR JAGUAR F-PACE

SPORTJEPPI SEM ÞÚ HEFUR BEÐIÐ EFTIR.

JAGUAR



ENNEMM / SÍA / NM83543

F-PACE er fyrsti hraðskreiði jeppinn í Jaguar-fjölskyldunni. Hér er kominn ótrúlega hagkvæmur sportbíll sem sameinar einstaka fegurð og snarpa aksturseiginleika. F-PACE er afar afkastamikill og með honum er hægt að velja aldrif eða afturhjóladrif og AdSR-gripkerfi sem greinir mismunandi yfirborð til að tryggja hámarksgrip. Hægt er að velja úr mörgum öflugum vélum sem eyða frá 4,7 l/100 km* og losa frá 139 g/km í blönduðum akstri. Í bílnum er rúmgóð 650 l farangursgeymsla auk þess sem fjölhæf 40:20:40 sætaskipanin býður upp á allt að 1.740 l farangursrými. Aukin þægindi eru fólgin í tómstundalyklinum, vatnsheldu armbandi sem læsir og aflæsir F-PACE. Hægt er að hafa það á sér í stað lykils með fjarstýringu. InControl upplýsinga- og afþreyingarkerfið sér svo um afþreyingu og tengingu til að allir njóti hverrar einustu ökuferðar.

WINNER
WORLD CAR AWARDS
2017 WORLD CAR OF THE YEAR
2017 WORLD CAR DESIGN OF THE YEAR

jaguarisland.is

THE ART OF PERFORMANCE

Bíll á mynd: Jaguar F-Pace R-Sport. Verð frá 8.490.000 kr.
* Eldsneytisnotkun miðast við uppgefnar tölur frá framleiðanda í blönduðum akstri.

BL ehf
Sævarhöfða 2 / 110 Reykjavik
525 8000 / www.bl.is

BL

Rétting á fremra liðhlaupi í öxl með Cunningham-aðferðinni

Þorsteinn H. Guðmundsson[1] læknir, **Hjalti Már Björnsson**[1,2] læknir.

ÁGRIP

Inngangur: Í byrjun árs 2013 var læknum bráðamóttöku Landspítala kennd ný aðferð til réttingar á liðhlaupi í öxl - Cunningham-aðferðin. Byggir hún á þeirri kenningu að höfuð upphandleggs haldist utan liðskálar vegna spennu í löngu sin tvíhöfðavöðva.[1,2] Markmið rannsóknarinnar var að meta áhrif innleiðslu aðferðarinnar á árangur réttinga, fjölda tilrauna, dvalartíma á bráðadeild, fjölda slævinga og verkjalyfjagjöf.
Efniviður og aðferðir: Leitað var rafrænt að sjúklingum sem komu á bráðamóttöku og fengu greininguna liðhlaup í öxl og/eða meðferðarkóðann rétting liðhlaups í öxl fyrir árin 2012 og 2013. Skráður var aldur og kyn sjúklinga, inn- og útskriftartími, aðferðir við réttingu, verkja- og slævingarlyf gefin og hvort um var að ræða fyrsta liðhlaup. Beitt var lýsandi tölfræði og t-test eða chi-square notað til að reikna út p-gildi.
Niðurstöður: Á rannsóknartímabilinu var alls reynt að rétta axlarliðhlaup í 190 tilfellum og tókst rétting í 95% tilvika á bráðamóttöku. Hlutfall sjúklinga þar sem Cunningham-aðferðinni var beitt hækkaði úr 1% í 27% á milli ára. Meðalfjöldi tilrauna var 1,15 fyrra árið og 1,38 seinna árið (p=0,002). Hlutfall heppnaðra réttinga í fyrstu tilraun lækkaði úr 81,6% í 66% (p=0,016) en rétting tókst á bráðamóttöku í 93,1% og 97,1% tilfella (p=0,305). Meðferðartíminn var svipaður milli ára eða 226 og 219 mínútur (p=0,839). Hlutfall slævinga lækkaði úr 85,1% í 73,8% (p=0,024) en notkun verkjalyfja var svipuð milli ára eða 70,6% og 69,6% (p=0,843).
Ályktun: Innleiðsla Cunningham-aðferðarinnar við réttingu axlarliðhlaupa leiddi til marktækrar fækkunar á slævingum en hafði engin áhrif á dvalartíma á bráðadeild eða heildarhlutfall heppnaðra réttinga.

Inngangur:

Liðhlaup í öxl eru algengust stórra liðhlaupa eða um 60%.[1] Flest þeirra eru fremri axlarliðhlaup eða 95%, en þau verða oft við áverka á efri útlim í fráfærslu, útsnúningi og réttu eins og við fall á útrétta hendi.[1,2,3] Mörgum aðferðum hefur verið lýst til að rétta axlarliðhlaup. Í yfirlitsgrein frá 2005 er mælt með Milch, Kocher eða Cunningham sem fyrstu meðferð.[1] Við réttingu axlarliðhlaupa er oft notast við slævandi lyf eða gjöf sterkra verkjalyfja til að fá fram vöðvaslökun og verkjastillingu. Rétting liðhlaupa í öxl án slævingar hefur áður verið reynd með mismunandi aðferðum. [4,5] Einnig er hægt að gefa deyfingu í axlarliðinn en sýnt hefur verið fram á styttri meðferðartíma sjúklings á bráðamóttökunni og færri fylgikvilla miðað við slævingu og gjöf verkjalyfja í æð. [6,7,8]

Árið 2003 birti Neil Cunningham bráðalæknir grein um nýja aðferð við réttingu axlarliðhlaupa, kennda við hann sjálfan. Aðferðin byggir á þeirri kenningu að öxlin haldist í óeðlilegri stöðu eftir liðhlaup vegna kröftugs samdráttar í lengri sin tvíhöfðavöðvans.[9] Við notkun aðferðarinnar er mikilvægt að fá sjúkling til að slaka á, því er aðferðin útskýrð í upphafi og sjúklingur upplýstur um að hún ætti að vera sársaukalítil. Best er að láta sjúkling sitja á stól með stuðning við bak. Handleggnum er rólega komið fyrir að bol með olnboga í mikilli beygju og úlnlið í bakbeygðri stöðu. Læknir situr eða krýpur á móti sjúklingi og notar aðra hendina til að styðja við handlegg sjúklings. Því næst notar læknirinn hina hendina til að beita nuddi á vöðva í herðum, öxl og upphandlegg án nokkurs átaks eða hreyfingar axlarinnar (mynd 1). Einnig er sjúklingur beðinn að lyfta öxlum upp og aftur til að færa herðablaðið aftur. Til þess að hægt sé að rétta liðhlaup með þessari aðferð er nauðsynlegt að sjúklingur sé vel vakandi og geti fylgt fyrirmælum. Þar sem Cunningham-aðferðinni fylgir óveruleg hreyfing á öxl er oft hægt að beita aðferðinni án slævingar eða verkjalyfja.[1,10] Í byrjun árs 2013 fór af stað átak þar sem lögð var áhersla á að kenna öllum læknum bráðamóttöku Landspítalans í Fossvogi Cunningham-aðferðina við réttingu liðhlaupa í öxl. Haldinn var fundur með læknum deildarinnar þar sem þessi aðferð var kennd munnlega, sýnt var myndband af aðferðinni og fengu allir læknar deildarinnar myndbandið sent í tölvupósti. Farið var yfir aðferðina við kennslu deildarlækna. Lögð var áhersla á að reyna fyrst þessa aðferð við réttingu á axlarliðhlaupum ef ástand sjúklings leyfði.

Markmið rannsóknarinnar var að meta með afturskyggnum hætti áhrif breytts verklags við réttingu liðhlaupa í öxl.

Efniviður og aðferðir:

Leitað var í rafrænum sjúkraskrám bráðamóttöku Landspítala að fengnum leyfum Siðanefndar Landspítala og Persónuverndar. Um var að ræða einstaklinga sem fengu greininguna liðhlaup í öxl og/eða meðferðarkóðann rétting liðhlaups í öxl fyrir árin 2012 og 2013.

[1]Bráðamóttaka Landspítala Fossvogi. [2]Læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Hjalti Már Björnsson *hjaltimb@landspitali.is*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.09.150

Greinin barst blaðinu 14. maí 2017, samþykkt til birtingar 31. júlí 2017.

Tafla I. *Samanburður á aldri, kynjahlutfalli og hlutfalli fyrsta liðhlaups milli ára.*

	2012	2013
Meðalaldur	45,3	42,3
Kyn, karl/kona	66,7 (n=58)/ 33,3% (n=29)	60,2 (n=62)/ 39,8% (n=41)
Hlutfall fyrsta liðhlaups	52,9% (n=46)	53,4% (n=55).

Tafla II. *Samanburður á meðferðartíma, meðalfjölda tilrauna, hlutfalli árangursríkrar réttingar í fyrstu tilraun og í heild.*

	2012	2013	Marktæki
Fjöldi sjúklinga	87	103	
Meðferðartími (mín)	226	219	p=0,839
Meðalfjöldi tilrauna	1,15	1,38	p=0,002
Fyrsta rétting heppnaðist	81,6% (n=71)	66% (n=68)	p=0,016
Rétting tókst á bráðamóttöku	93,1% (n=81)	97,1% (n=100)	p=0,305

Inntökuskilmerki voru klínísk merki um fremra liðhlaup og/eða staðfesting á fremra liðhlaupi með myndgreiningarrannsókn og aldur 18-89 ára.

Útilokunarskilmerki voru meðvitundarskertir sjúklingar og var þá miðað við Glasgow coma-skalann (GCS) undir 15. Einnig voru þeir útilokaðir sem höfðu aftara liðhlaup í öxl eða voru í lið við komu á bráðamóttöku.

Úr rafrænum sjúkraskrám voru fengnar upplýsingar um aldur og kyn sjúklinga, tímasetningu inn- og útskriftar, fyrstu til fjórðu aðferð við réttingu, lyf gefin til verkjastillingar (undir húð, í vöðva eða í æð) og slævingar, niðurstöðu röntgenmyndar fyrir og eftir réttingu og einnig hvort um var að ræða fyrsta liðhlaup eða ekki.

Vinnsla gagna og tölfræðileg úrvinnsla var unnin í Microsoft Excel og SPSS. Beitt var lýsandi tölfræði og við samanburð hópanna tveggja var notast við t-test. Marktækni var miðuð við 5% marktektarmörk (p<0,05).

Niðurstöður:

Komur á bráðamóttöku vegna fremra liðhlaups í öxl voru 97 árið 2012 og 125 á árinu 2013. Teknir voru út þeir sem voru í lið við komu á bráðamóttöku (6 komur fyrra árið og 20 seinna árið) og þeir sem engar upplýsingar voru um í bráðasjúkraskrá eða læknabréfi (ein koma á hvoru ári). Auk þess voru teknar út þrjár komur á fyrra árinu og ein á því seinna en þar var um að ræða einstakinga sem lögðust beint inn á bæklunardeild án þess að tilraun væri gerð til réttingar á bráðamóttöku. Voru því eftir 87 komur árið 2012 og 103 komur árið eftir sem tölfræðileg úrvinnsla var miðuð við. Af þeim tókst að koma 81 (93%) í liðinn á bráðamóttöku árið 2012 en 100 (97%) árið 2013.

Í töflu I sést að hóparnir eru sambærilegir með tilliti til aldurs, kynjahlutfalls og hlutfalls fyrsta liðhlaups. Upplýsingar um hvaða aðferð var notuð við réttingu vantaði í 55% tilfella fyrra árið (n=46) og 33% tilfella seinna árið (n=34). Hlutfall Cunningham-aðferðarinnar við fyrstu tilraun réttingar hækkaði úr 1% (n=1) í 27% (n=28) á milli ára (mynd 2). Sé miðað við allar tilraunir á bráðamóttöku (tilraun eitt til fjögur) hækkaði hlutfall Cunningham-aðferðarinnar milli 2012 og 2013 úr 2% í 21,3%, aðrar aðferðir voru notaðar í 54,5% og 47,5% tilrauna til réttingar og óskráð aðferð í 43,4 % og 31,2% tilrauna.

Meðferðartíminn var ekki skráður í einu tilfelli hvort árið og upplýsingar um notkun slævandi lyfja vantaði í þremur tilfellum fyrra árið. Skráningu á gjöf verkjalyfja í æð/vöðva/undir húð vantaði í tveimur tilfellum fyrra árið en einu tilfelli seinna árið. Tafla II sýnir að meðalfjöldi tilrauna jókst marktækt milli ára úr 1,15 í 1,38 tilraun á sjúkling (p<0,05) án þess að marktæk breyting yrði á meðferðartíma á bráðamóttöku. Tafla II sýnir einnig að marktækt fleiri réttingar heppnuðust í fyrstu tilraun fyrra árið en í heild tókst rétting á bráðamóttöku oftar seinna árið, en sá munur reyndist ekki marktækur.

Í þau 47 skipti sem skráð var hvaða aðferð var notuð árið 2012 heppnaðist rétting í 40 skipti, 1 með Cunningham-aðferð og 39 með öðrum aðferðum. Því var hlutfall vel heppnaðra réttinga í fyrstu tilraun með óþekktri aðferð 31/40. Í þau 70 skipti sem skráð var hvaða aðferð var notuð árið 2013 heppnaðist rétting í 44 skipti, 8/28 með Cunningham-aðferð og 35/41 með öðrum aðferðum. Því var hlutfall vel heppnaðra réttinga með óþekktri aðferð 24/34.

Tafla III sýnir samanburð milli ára á hlutfalli slævinga, verkjalyfjagjafa (undir húð/í vöðva/í æð) í heild. Þar sést fækkun í notkun slævingar og reyndist sá munur marktækur milli ára. Ekki reyndist marktækur munur á notkun verkjalyfja (undir húð/í vöðva/í æð) milli ára.

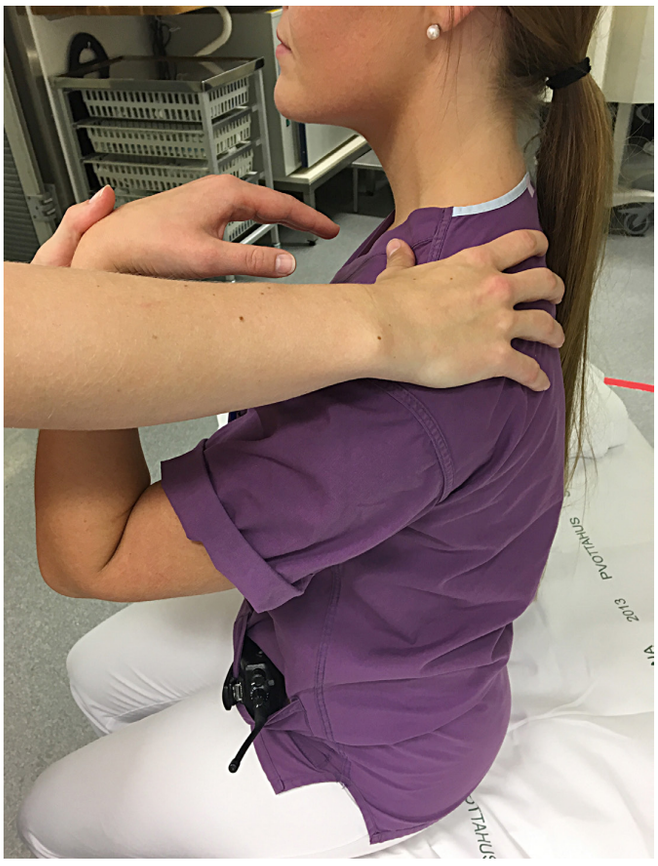
Fyrra árið komu fram fimm beinbrot á röntgenmynd eftir réttingu sem ekki voru til staðar fyrir réttingu, tvö Bankart-brot, tvisvar merki um dæld í stærri beinhnjóti og einn Hill-Sachs áverki. Í einu tilfelli til viðbótar sást Bankart-brot en engin röntgenmynd tekin fyrir réttingu. Seinna árið sáust þrjú ný beinbrot eftir réttingu, þar af tveir Hill-Sachs áverkar. Í fimm tilfellum til viðbótar sáust brot (tvö Bankart-brot, tveir Hill-Sachs áverkar og einu sinni merki um dæld í stærri beinhnjóti) en engin samanburðarmynd var tekin fyrir réttingu.

Umræður:

Liðhlaup í öxl er algengt bráðavandamál sem oft kemur upp fjarri heilbrigðisstofnunum. Því getur þurft langan og kostnaðarsaman sjúkraflutning til að koma lið í réttar skorður með hefðbundum aðferðum og slævingu. Í þessari rannsókn er metið hvort innleiðsla nýrrar aðferðar við réttingu liðhlaups í öxl geti auðveldað réttingu þannig að síður þurfi að beita sérhæfðari aðferðum og slævingu sem ekki er á færi allra lækna.

Uppbygging rannsóknarinnar ber ekki Cunningham-aðferðina saman við aðrar aðferðir til réttingar. Hún gefur hins vegar vísbendingar um hvaða áhrif innleiðsla hennar hefur á meðferðartíma, fjölda slævinga og notkun sterkra verkjalyfja.

Notkun Cunningham-aðferðarinnar við fyrstu tilraun til réttingar jókst úr 1% í 27% eftir að læknum bráðamóttöku var kennd aðferðin. Fjöldi tilrauna til réttingar jókst en það kemur ekki á óvart þar sem læknum var í raun ráðlagt að reyna ávallt að nota Cunningham-aðferðina fyrst, áður en farið var í hefðbundnar að-

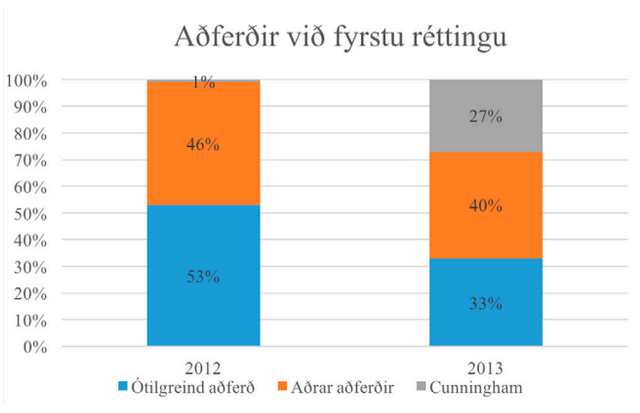


Mynd 1. *Staða sjúklings við réttingu á liðhlaupi í öxl með Cunningham-aðferðinni.*

ferðir til réttingar liðhlaupsins. Að reyna Cunningham-aðferðina tekur ekki langan tíma, eins og staðfestist af niðurstöðum rannsóknarinnar þar sem ekki varð marktæk breyting á meðferðartíma milli ára. Einnig fækkaði slævingum marktækt eftir innleiðslu aðferðarinnar en ekki varð marktæk breyting á notkun verkjalyfja undir húð/í vöðva/í æð.

Cunningham-aðferðinni fylgir hverfandi hreyfing á öxl eða verkir fyrir sjúkling. Því má reyna hana til réttingar liðhlaups áður en farið er í slævingu og aðrar tilraunir til réttingar sem líklegt er að fylgi meiri átök og valdi sjúklingi verkjum.

Höfundum er ekki kunnugt um rannsóknir þar sem áhrif þess að ráðleggja Cunningham sem fyrstu aðferð eru metin hvað varðar réttingarhlutfall, fylgikvilla eða meðferðartíma. Árið 2003 birti Neil Cunningham grein um fimm tilfelli þar sem hann notaðist við Cunningham-aðferðina til réttingar á liðhlaupi í öxl. Rétting heppnaðist í fyrstu tilraun og meðferðartíminn var undir 80 mínútum í öllum tilfellunum. Fjórir höfðu áður þurft slævingu til réttingar á axlarliðhlaupi en engin slæving var notuð í þessum fimm tilfellum. Einn fékk morfín í æð í sjúkrabíl fyrir komu en enginn fékk verkjalyf eftir komu á bráðamóttöku.[9] Aðrir hafa birt tilfelli um aðferðina og árið 2011 var fjallað um 3 tilfelli þar sem notast var við þessa aðferð. Rétting heppnaðist í fyrstu tilraun en tveir af þremur fengu deyfingu í axlarliðinn fyrir réttingu vegna verkja. Tveir af þremur fengu Bankart-brot á herðarblaðsskál sem ekki var til staðar á röntgenmyndum fyrir réttingu.[10]



Mynd 2. *Samanburður á aðferðum við fyrstu réttingu milli ára.*

Tafla III. *Samanburður á hlutfalli slævinga og hlutfalli verkjalyfja (undir húð/í vöðva/í æð) gefin við réttingu á bráðamóttöku.*

	2012	2013	Marktæki
Fjöldi sjúklinga	87	103	
Hlutfall slævinga	85,1% (n=74)	73,8% (n=76)	p=0,024
Verkjalyf gefin	70,6% (n=60)	69,6% (n=71)	p=0,843

Okkar gögn sýna ekki fram á að beiting Cunningham-aðferðarinnar einnar og sér hafi valdið beinbroti en frekari upplýsingar vantar til að útiloka að svo hafi verið. Erfitt er að draga ályktun um hlutfall nýrra brota þar sem röntgenmynd af liðnum er ekki til staðar í öllum tilfellum fyrir réttingu og sjúklingar fáir. Til stóð að bera saman fjölda tilfella þar sem beitt var djúpri slævingu og bera saman milli ára en skortur á upplýsingum, til dæmis um skammta slævingarlyfja sem gefin voru, gerði okkur það ekki kleift. Því var aðeins notast við upplýsingar um hvort slævingarlyf voru notuð eða ekki við fyrstu til fjórðu tilraun réttingar.

Á síðara árinu voru heldur fleiri sjúklingar komnir í lið aftur við komu á bráðamóttöku. Ferli þeirra fyrir komu var ekki skoðað sérstaklega í þessari rannsókn en vitað er til þess að fleiri heilbrigðisstarfsmenn en læknar á bráðamóttöku voru farnir að þekkja til Cunningham-aðferðarinnar og vitað er um dæmi þar sem henni var beitt af heilbrigðisstarfsmanni fyrir komu. Því er hugsanlegt að innleiðsla aðferðarinnar hafi einnig fjölgað þeim tilvikum þar sem sjúklingur er kominn í lið fyrir komu á sjúkrahús.

Helstu annmarkar rannsóknarinnar er að skráningu á því hvaða aðferð var notuð til réttingar liðhlaups var ábótavant þar sem á fyrra árinu vantaði skráningu hjá meirihluta sjúklinga. Fræðsla um aðferðir til réttingar liðhlaups líkt og veitt var á bráðadeild Landspítala virðist hins vegar hafa skilað sér í því að oftar var skráð hvaða aðferð var notuð, þar sem þetta hlutfall var komið niður í þriðjung. Þá eru hvorki bornir saman verkir sjúklings við eða eftir inngripið né upplifun sjúklings meðan á því stóð. Skýring þess er meðal annars sú að rannsóknin er afturskyggn og ekki voru til samhæfðar upplýsingar í sjúkraskrám þessara einstaklinga um verki sjúklings eða upplifun hans á fyrirfram ákveðnum skala.

Ekki er víst að kynningin á Cunningham-aðferðinni í lok árs 2012 hafi náð til allra lækna deildarinnar. Er þá miðað við ör skipti starfsfólks, sérstaklega kandídata og deildarlækna á deildinni sem sumir höfðu ef til vill ekki fengið formlega kennslu í framkvæmd og innleiðslu Cunningham-aðferðarinnar. Ekki er hægt að full-

yrða hvort framkvæmd Cunningham-aðferðarinnar hafi verið rétt hjá læknum deildarinnar.

Samkvæmt reynslu lækna á bráðadeild Landspítala fylgja Cunningham-aðferðinni til réttingar á axlarliðhlaupi minni verkir og hreyfing á öxl en öðrum aðferðum. Í ljósi ofangreindra niðurstaðna mæla höfundar með að Cunningham-aðferðin sé reynd fyrst við axlarliðhlaup hjá samvinnuþýðum sjúklingum án frábendinga. Með því virðist vera hægt að fækka slævingum og hugsanlega ná sjúklingi fyrr í liðinn með minna átaki. Þetta er ekki aðeins kostur á bráðamóttöku heldur einnig á heilsugæslustöðvum hér á landi utan stærri heilbrigðisstofnana þar sem skort getur færni og aðstöðu til slævingar eða langt er í þá þjónustu.

Þakkir:

Við þökkum Ingibjörgu Richter fyrir að taka saman þýði rannsóknarinnar. Einnig fær Kristján Óli Jónsson deildarlæknir þakkir fyrir aðstoð við tölfræðiúrvinnslu.

Heimildir

1. Cunningham NJ. Techniques for reduction of anteroinferior shoulder dislocation. Emerg Med Australas. 2005 Oct-Dec;17(5-6):463-71.
2. Goss TP. Anterior glenohumeral instability. Orthopedics 1988;11:87–95.
3. Cutts S., Prempeh M. & Drew S. Anterior Shoulder Dislocation. Ann R Coll Surg Engl. Jan 2009; 91(1):2–7.
4. Garnavos C. Technical note: modifications and improvements of the Milch technique for the reduction of anterior dislocation of the shoulder without premedication. J. Trauma 1992;32:801–3.
5. Ceroni, Dimitri; Sadri, Hassan; Leuenberger, André, Anteroinferior Shoulder Dislocation: An Auto-Reduction Method Without Analgesia. Journal of Orthopaedic Trauma: August 1997;11:399-404.
6. Kuhn JE. Treating the initial anterior shoulder dislocation--an evidence-based medicine approach. Sports Med Arthrosc 2006;14:192.
7. Wakai A1, O'Sullivan R, McCabe A. Intra-articular lignocaine versus intravenous analgesia with or without sedation for manual reduction of acute anterior shoulder dislocation in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Apr 13;(4).
8. Fitch RW1, Kuhn JE. Intraarticular lidocaine versus intravenous procedural sedation with narcotics and benzodiazepines for reduction of the dislocated shoulder: a systematic review. Acad Emerg Med. 2008 Aug;15(8):703-8.
9. Cunningham NJ. A new drug free technique for reducing anterior shoulder dislocations. Emerg Med 2003;15:521-4.
10. Harper H; Kang C, McGrane O, Walsh R. Too good to be true? Our experience with the Cunningham method of dislocated shoulder reduction. The American Journal of Emergency Medicine; 2012;30:376–377.

ENGLISH SUMMARY

Reduction of shoulder dislocation with the Cunningham method

Gudmundsson, Thorsteinn H[1]. Bjornsson, Hjalti Mar[1,2]

Introduction: The Cunningham technique has been shown to be an effective and simple method to reduce a dislocated shoulder. It is based on the theory that the humeral head remains outside the glenoid fossa due to tension in the long biceps tendon. In the beginning of 2013 doctors at the emergency department in Landspitali University Hospital (LUH) in Reykjavik were instructed in the Cunningham method for reduction of anterior dislocation without sedation. The goal of this retrospective study was to evaluate the impact of its induction with regards to number of attempts, successful relocations, sedation, use of analgesics and length of stay in the ED.

Material and methods: We searched our electronic database for patients coming to the ED in LUH in 2012 and 2013 with anterior shoulder dislocation. Information was obtained on age and gender, the ED length of stay, first to fourth attempted methods of reduction, medications given for pain relief and sedation and whether this was the first dislocation or not. We used descriptive statistics and comparing the two groups we used independent sample t-test or chi-square to calculate the p-value.

Results: During the study period, a reduction was attempted on 190 patients with a shoulder dislocation with 95% of dislocations successfully reduced in the ED. The proportion of patients on which the Cunningham method was applied on first attempt increased from 1% to 27% between years. Average number of attempts was 1.15 in the first year and 1.38 the second year (p = 0.002). The proportion of successful first attempts fell from 81.6% to 66% (p = 0.016) but successful relocation in the emergency department after all attempts was 93.1% and 97.1%, respectively (p = 0,305). The duration of treatment was similar between years or 226 and 219 minutes (p = 0,839). Sedation ratio decreased from 85.1% to 73.8% (p = 0.024) and use of analgesics was similar between years, 70.6% and 69.6% (p = 0.843).

Conclusion: Induction of the Cunningham method resulted in a significant reduction in the need for sedation. It reduced the rate of successful relocations in the first attempt and increased the number of attempts to but had no effect on the length of stay in the emergency room or the overall rate of successful relocations.

[1]Department of Emergency, Landspitali – The National University Hospital, Reykjavík, Iceland. [2]Faculty of Medicine, University of Iceland

Key words: *Cunningham, shoulder, dislocation, reduction*

Correspondence: Hjalti Már Björnsson *hjaltimb@landspitali.is*



Þorbjörn Jónsson

sérfræðingur í ónæmisfræði
og blóðgjafarfræði

Formaður Læknafélags Íslands

thorbjor@landspitali.is

Í lok formannstíðar

Nú í haust læt ég af starfi formanns Læknafélags Íslands eftir hartnær sex ár. Við keflinu tekur Reynir Arngrímsson erfðalæknir á Landspítalanum, en hann verður fyrsti formaður félagsins sem kjörinn er með almennri rafrænni atkvæðagreiðslu félagsmanna læknafélsgsins.

Í þessum síðasta pistil mínum sem stjórnarmaður læknafélagsins langar mig að líta yfir farinn veg en einnig að horfa fram á veginn. Þegar ég tók við starfi formanns haustið 2011 voru meginstefnumál mín tiltölulega fá, fyrir utan að sinna þeirri hagsmunagæslu sem ávallt felst í starfi formanns. Í fyrsta lagi taldi ég að kjör lækna þyrftu að batna, í öðru lagi að efla þyrfti samstöðu í hópi lækna og í þriðja lagi að efla þyrfti lýðræði innan félagsins með því að taka upp beina kosningu á formanni félagsins – og jafnvel stjórninni allri. Eitt atriði bættist svo við eftir að ég hóf störf og rak mig á það hve gamalt skipulag læknafélagsins getur á stundum verið hamlandi fyrir starfsemi þess.

Kjaramálin voru eitt meginatriðið í upphafi formannsferils míns. Það er kunnara en frá þurfi að segja að launamál lækna sem störfuðu fyrir hið opinbera, einkum sjúkrahúss- og heimilislækna, voru alls ekki viðunandi. Þegar kjarasamningar lækna urðu lausir í ársbyrjun 2014 kusu læknar að sýna þolinmæði í stað þess að sætta sig við litla og óviðunandi hækkun. Haustið 2014 hafði ekki samist og læknar þurftu að beita því örþrifaráði að grípa til verkfallsvopnsins. Þetta var fyrsta verkfallið sem náði til allra lækna sem störfuðu á vegum hins opinbera. Verkfallið stóð með hléum í á þriðja mánuð, frá 27. október 2014 til 7. janúar 2015. Mikil og góð samstaða skapaðist meðal lækna, yngri sem eldri. Með þessari samstöðu og þrautseigju fengu læknar umtalsverða kjarabót sem við búum enn að í dag.

Annað mál er breytt skipulag Læknafélags Íslands. Eins og nefnt var að ofan rakst ég fljótlega á það í starfi mínu sem formaður að gamaldags skipulag félagsins er á stundum hamlandi fyrir starfsemi þess. Á aðalfundi Læknafélags Íslands haustið 2014 var samþykkt ályktun um skipulagsmál og kosningar. Í framhaldinu skipaði stjórn Læknafélags Íslands nefnd sem fór yfir þessi mál og skilaði tillögum árið 2016. Önnur nefnd skipuð af stjórn fékk málið til frekari úrvinnslu og hefur hún skilað tillögu að framtíðarskipulagi Læknafélags Íslands. Núna er Læknafélag Íslands félag aðildarfélaga sem flest hver eru svæðafélög: Læknafélag Reykjavíkur, Læknafélag Vesturlands, Læknafélag Vestfjarða, Læknafélag Norðvesturlands, Læknafélag Akureyrar, Læknafélag Norðausturlands, Læknafélag Austurlands, Læknafélag Suðurlands og Læknafélag Vestmannaeyja. Auk svæðafélaganna eru Félag almennra lækna, Skurðlæknafélag Íslands, Félag íslenskra heimilislækna og Félag bráðalækna aðildarfélög. Það má færa rök fyrir því að meginhagsmunir lækna nú séu annars konar en þeir voru á öndverðri 20. öld, þegar menn hafa væntanlega talið að hagsmunir lækna væru nátengdir búsetu þeirra. Þeir tengist nú frekar því hvort læknir starfar fyrir hið opinbera, rekur eigin starfsstöð, gerir hvort tveggja eða jafnvel hvaða sérgrein hann tilheyrir. Nýja skipulagstillagan gerir ráð fyrir því að aðildarfélög Læknafélags Íslands verði fjögur og að þau endurspegli í ríkara mæli atvinnuhagsmuni lækna. Þau verði: félag sjúkrahúslækna, félag sjálfstætt starfandi lækna, félag heimilislækna og félag almennra lækna. Félögunum fækkar, þau stækka og verða í nánari tengslum við móðurfélagið en verið hefur. Meðal annars er gert ráð fyrir því að formenn aðildarfélaganna fjögurra sitji jafnframt í stjórn Læknafélags Íslands. Áfram verði valdir fulltrúar á aðalfund og fjöldi þeirra verði í samræmi við fjölda lækna í hverju aðildarfélagi. Mikilvægt er að aðalfundur þann 19.-20. október ræði og samþykki tillögu að nýju skipulagi, þannig verður starfsemi Læknafélags Íslands best tryggð í framtíðinni.

Ekki er hægt að ljúka þessum pistli án þess að minnast á að 14. janúar næstkomandi verða 100 ár liðin frá því að Læknafélag Íslands var stofnað. Undirbúningsnefnd hefur unnið gott verk við skipulagningu hátíðarhalda til að minnast þessara merku tímamóta, sem verður meðal annars gert á næstu Læknadögum.

Á undanförnum sex árum hafa ýmsir áfangar náðst með samstilltu átaki margra. Kjör lækna hafa batnað og kjarabaráttan þjappaði læknum saman. Í vor fór í fyrsta skipti fram rafræn kosning meðal félagsmanna á formanni og stjórn félagsins. Starfshópar hafa unnið tillögu að breyttu skipulagi Læknafélags Íslands og vonandi verður hún samþykkt.

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.

Göngum saman hópurinn 10 ára:

Rannsakað fyrir 70 milljónir á 10 árum

Olga Björt Þórðardóttir



Gunnhildur Óskarsdóttir, ein stofnenda Göngum saman hópsins. Mynd: Olga Björt Þórðardóttir

Gunnhildur Óskarsdóttir er ein stofnenda styrktarfélagsins Göngum saman sem fagnar 10 ára afmæli í ár. Megintilgangur félagsins hefur verið að styrkja grunnrannsóknir á brjóstakrabbameini. Rúmlega 500 manns eru í félaginu sem hefur frá upphafi veitt um 50 styrki, samtals að fjárhæð 70 milljónir króna. Gunnhildur, sem sjálf greindist með brjóstakrabbamein 38 ára árið 1998 og aftur 2002, segir félagið hafa fengið mikinn meðbyr frá upphafi og að fjölmargir hafi lagt málefninu lið.

Árið 2006 var Gunnhildur að hefja á ný meðferð við bjóstakrabbameini á sama tíma og hún var að ljúka doktorsritgerð í uppeldis- og menntunarfræðum. „Ég hugsaði með mér að eftir vinnuna við doktorsverkefnið vildi ég gera eitthvað fyrir málstaðinn, baráttuna við brjóstakrabbameinið, fyrst þetta var komið til að vera og líklegt til að verða alltaf hluti af mér. Ég sá umfjöllun um göngu sem haldin er víðs vegar um Bandaríkin árlega og ákvað að taka þátt árið 2007 í New York. Við vorum 22 konur sem ákváðum að vera með, allar tengdar mér á einhvern hátt, og samhliða æfingum söfnuðum við fyrir gjaldinu fyrir þátttökuna, sem var 1800 dollarar á hverja konu, eða um tvær og hálf milljón í heild.“ Þegar þær voru spurðar af hverju þær stæðu ekki fyrir svona göngu á Íslandi var ákveðið að gera það bara líka. „Sama ár var ganga sem markaði upphafið að þessu öllu saman og við náðum þremur milljónum sem við veittum rannsóknarhópi Jórunnar Erlu Eyfjörð,“ segir Gunnhildur.

Bakarar og hönnuðir mikilvægir

Frá upphafi hefur *Göngum saman* veitt árlega styrki til íslenskra rannsakenda, samtals 70 milljónir, samhliða því að standa fyrir fjölda gangna og viðburða. „Við höfum leitað ýmissa leiða til að afla fjár t.d. með sölu á varningi okkar sem hefur verið framleiddur í samstarfi við þekkta íslenska hönnuði, s.s. JÖR, Munda vonda, KronKron, Lóu Hjálmtýs, Farmers Market, Hildi Yeoman, Hlín Reykdal og Aurum. Einnig hefur Sigurborg Stefánsdóttir, einn af stofnfélögum *Göngum saman*, lagt okkur lið í gegnum árin með hönnun sinni en hún hannaði m.a. merki félagsins. Reykjavíkurmaraþonið hefur gefið okkur 12 milljónir frá upphafi og brjóstabollur bakaranna sem seldar hafa verið í tengslum við mæðradagsgönguna 9 milljónir.“ Einnig hafi sjóðnum borist minningargjafir og afmælisstyrkir auk þess sem fyrirtæki, félagasamtök og einstaklingar hafa styrkt félagið beint eða með einhvers konar þema, eins og Omnom súkkulaðigerðin í vor með súkkulaðiþrennu sem seld var til styrktar félaginu.

Hafa skilað sínu í þágu vísinda

Gunnhildur vekur athygli á því að félagið hefur frá upphafi verið rekið í sjálfboðavinnu. „Við höfum haft duglegar manneskjur í sjálfboða- og hugsjónavinnu. Undanfarin ár höfum við staðið fyrir

göngum á mæðradaginn á allt að 16 stöðum víðs vegar um landið með hátt í 2000 þátttakendum. Þetta krefst mikils undirbúnings og mikillar samvinnu margra aðila sem gefa vinnu sína glaðir og sumir hverjir ár eftir ár. Framkvæmdin hefur legið á fárra höndum þótt fólk sé alltaf boðið og búið að leggja lið á viðburðunum sjálfum. Við ákváðum því á þessum tímamótum að það væri kominn tími til að breyta til og minnka áherslu á stóra viðburði sem krefjast mikillar vinnu og utanumhalds eins og mæðradagsgönguna. Það er von mín að vísindasjóðurinn okkar verði sjálfbær svo við getum haldið áfram að styrkja grunnrannsóknir á brjóstakrabbameini. Það er öllum hollt að breyta til þannig að hlutir séu ekki alltaf sjálfsagðir. Við ætlum að leyfa hlutunum að detta upp í hendurnar á okkur og treystum bara á sköpunargleði landans," segir Gunnhildur bjartsýn.

Þegar allt kemur til alls segir hún að rannsóknirnar séu það sem skipti mestu máli í tengslum við *Göngum saman*. Einnig sé vakin athygli á mikilvægi hreyfingar, hvort sem manneskja er heilbrigð, í krabbameinsmeðferð eða eftir meðferð. „Það verða engar framfarir í læknavísindunum ef ekki eru til grunnrannsóknir. Við auglýstum eftir styrkjum og umóknarfresturinn rennur út í september. Þá fá valdir umsækjendur tækifæri til að kynna rannsóknir sínar og eftir það veljum við styrkþega." Oftast sé um að ræða meistara- og doktorsnema auk vísindafólks við Háskóla Íslands og Landspítalann. „Þetta er langhlaup sem vonandi bjargar lífum í framtíðinni. Rannsakendur eru gjarnan fólk sem lítið ber á, vinnur sína vinnu á bak við luktar dyr á rannsóknarstofum og alltof fáir vita hvað þau eru að gera góða og mikilvæga hluti. Styrkþegar hafa sýnt að þeir kunna að meta framlag okkar og vinnu í þeirra þágu og eru þakklátir fyrir þá athygli og styrki sem félagið hefur veitt til rannsóknanna," segir Gunnhildur.

Samtakamátturinn mikilvægur

6. október næstkomandi verður haldið upp á 10 ára afmæli *Göngum saman* með afmælismálþingi í Veröld, húsi Vigdísar Finnbogadóttur, en hún er verndari samtakanna. „Þetta verður uppbygging á hrundaginn sjálfan, við snúum sögunni við," segir Gunnhildur hlæjandi og bætir við að á málþinginu verði rýnt í hverju starfið hefur skilað og hvar við stöndum í dag í þessum rannsóknum. „Reynsla mín sýnir hvað hægt er að gera ótrúlega hluti með samtakamætti, jákvæðni og trú á það sem verið er að gera. Það þekkja allir einhvern sem hefur greinst með brjóstakrabbamein. Grunnrannsóknir eru forsenda annarra rannsókna og þess að framfarir verði í læknavísindum og það er von mín og trú að framlag *Göngum saman* skili sér til komandi kynslóða."







Svipmyndir frá fjölmennu þingi röntgenlækna sem haldið var í Hörpu fyrr í sumar.

Starfræn myndgreining og æxlamiðuð lyf

Olga Björt Þórðardóttir

Samtök norrænna röntgenlækna og Félag íslenskra röntgenlækna stóðu fyrir veglegu þingi hér á landi 29. júní – 1. júlí í samstarfi við Félag geislafræðinga. Maríanna Garðarsdóttir, formaður Félags íslenskra röntgenlækna og forseti Samtaka norrænna röntgenlækna, hafði veg og vanda af skipulagningu þingsins, ásamt góðu fólki úr áðurnefndum félögum, en yfir 460 manns frá 33 löndum sóttu þingið. Meginþema þingsins voru hversdagslegar áskoranir en fyrirlestrar og umræður spönnuðu einnig margt annað, enda stöðugar nýjungar og framfarir á þessum vettvangi læknavísindanna.

Meðal þess sem var fjallað um á þinginu var skimun fyrir lungnakrabbameini, málefni sem Maríanna segir að sé ofarlega á baugi núna hjá röntgenlæknum víða um heim. „Ungur Dani, Haseem Ashraf sem nú starfar í Osló, hefur verið að rannsaka skimun fyrir lungnakrabbameini og það er almennt mælt með að byrjað verði á því hér á landi sem og annars staðar hjá reykingafólki til að lækka dánartíðni, en að mörgu er þó að hyggja eins og við skimanir almennt.

Annað málefni sem vakti mikla athygli og hefur verið ofarlega á baugi er notkun gadolinium skuggaefnis við segulómun. Emanuel Kanal, bandarískur fyrirlesari, fræddi viðstadda um uppsöfnun þess í umhverfinu og mögulega uppsöfnun þess í líkamanum, en það hefur til dæmis fundist í nokkrum stöðuvötnum í Bandaríkjunum vegna mikillar notkunar. Sem betur fer eru alltaf ný skuggaefni í þróun og stöðugt er fylgst með áhrifum þessara efna, sem í raun eru lyf, á sjúklinga okkar.

Við höfðum eitthvað fyrir alla svo að allir gætu tekið eitthvað með sér heim. Bæði var fjallað um flókna og tæknilega hluti og einnig sjúklinginn og líðan hans meðan á myndatöku stendur, menntunarmál og starfsþróun svo að eitthvað sé nefnt. Stór hluti myndgreiningarráðstefna er alltaf tæknisýningin, en vegna þess hve erfitt og dýrt er að flyta stór tæki til og frá Íslandi þá var ekki mikið um tæki á sýningunni en þar voru þó nokkur fyrirtæki, bæði innlend og erlend, að kynna spennandi nýjungar.“

Gott ár í tækjaþróun

Aðspurð segir Maríanna að íslenskar röntgendeildir séu alveg þokkalega tækjum búnar miðað við nágrannalöndin, þótt Landspítalinn hafi lengi verið dálítið á eftir því tæki séu dýr og rekstrarkostnaður hár. „Á þessu ári er þó mikið að gerast í þeim efnum hér á landi og einna helst er það að þakka Íslenskri erfðagreiningu sem hefur komið sterk inn varðandi tækjakaup fyrir spítalann. Í lok þessa árs ættum við því að vera komin á par við löndin í kringum okkur, en við megum þó ekki slaka á, því það þarf að vera stöðug endurnýjun til að halda í við þróunina.“

Jáeindaskanninn brátt í notkun

Eins og alþjóð veit gaf Íslensk erfðagreining Landspítalanum nýjan jáeindaskanna og var hann settur upp í lok síðasta árs. „Mikil vinna hefur átt sér stað í tæknileg-



Maríanna Garðarsdóttir formaður Félags íslenskra röntgenlækna. Mynd: Olga Björt Þórðardóttir

um atriðum frá því í janúar, framleiðslu lyfja og þjálfun starfsfólks. Við erum að vona að jáeindaskanninn verði tekinn í notkun á næstu tveimur til þremur mánuðum og það er gríðarlega spennandi," segir Maríanna og bætir við að einnig sé von á fleiri góðum fréttum á næstu vikum og mánuðum. „Fyrir okkur sem vinnum á háskólasjúkrahúsi sem viljum vera á pari við aðra þá verður þetta mikil breyting. Fyrir utan það að þurfa ekki að leggja það á sjúklingana okkar, ofan á allt annað, að fara úr landi í jáeindaskanna."

Minni aukaverkanir fyrir sjúklinga

Maríanna viðurkennir að líf röntgenlækna snúist um tæki og tól og myndgreiningardeildir séu líklega dýrastar í rekstri á hverjum spítala. Viðhald sé einnig mjög dýrt. „Það er þó í auknum mæli farið að framkvæma svokallaða starfræna myndgreiningu. Þá er starfsemi líffæranna skoðuð. Læknar eru komnir meira út í að skoða erfðafræði krabbameina og við skoðum ekki bara æxli og mælum stærð þeirra heldur tökum einnig sýni úr þeim til að skoða arfgerð þeirra. Myndgreiningin verður því í framtíðinni miðuð meira út frá starfsemi æxla en stærð og staðsetningu. Það er komið mikið af lyfjum í krabbameinslækningum sem miða að því að ráðast á ákveðin gen eða ákveðna arfgerð fruma. Sýni þurfa því að vera miðuð að því að geta fundið sértæk lyf sem hafa betri verkun og vonandi minni aukaverkanir fyrir sjúklinga. Það er framtíðin," segir Maríanna að endingu.



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER
APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS

„Nálarauga“ læknadeildar

Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir er formaður nefndar sem veitir landlækni ráðgjöf um það hverjir skuli hljóta starfsleyfi sem sérfræðilæknar hér á landi

Þröstur Haraldsson

Í undanförnum Læknablöðum hefur verið rætt við formenn nefnda sem gegna ákveðnum hlutverkum í námi lækna að loknu grunnnámi. Fyrst var rætt við Ingu Sif Ólafsdóttur kennslustjóra kandídata á Landspítala, svo Reyni Tómas Geirsson prófessor emerítus um framhaldsnám lækna hér á landi og nú er röðin komin að síðasta hlekknum í þessari keðju, veitingu sérfræðileyfa og þar með starfsleyfa sérgreinalækna á Íslandi. Þar verður fyrir svörum Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir hjartalæknir og formaður nefndar sem veitir landlækni umsögn um veitingu sérfræðileyfa.

Blaðamaður er að vandræðast með nafnið á nefndinni en Þórdís Jóna segir að það sé í sjálfu sér ekki til. „Reglugerðin veitir í raun landlækni sjálfdæmi um það hvernig hann hagar leyfisveitingum að öðru leyti en því að honum ber að leita umsagnar læknadeildar Háskóla Íslands. Deildin valdi að halda í óbreytt fyrirkomulag frá fyrri reglugerð svo hún skipar þriggja manna nefnd til að meta umsóknir,“ segir hún. Formaður nefndarinnar er skipaður af læknadeild, Læknafélag Íslands skipar fastafulltrúa en þriðji nefndarmaðurinn er fulltrúi þess fræðasviðs sem hver umsókn fellur undir og er því breytilegt hver þar situr.

Vinnulag

„Vinnulagið er á þann veg að landlæknir yfirfer gögnin sem þurfa að fylgja umsókninni, athugar hvort eitthvað vanti og sendir þau svo til skrifstofu læknadeildar þar sem fastafulltrúinn fær þau í hendur. Þar situr nú Salóme Ásta Arnardóttir. Hún fer einnig yfir gögnin og sendir áfram á viðkomandi fræðasvið. Síðan fæ ég gögnin til mín. Ef allt liggur ljóst fyrir um hvort viðkomandi uppfyllir öll skilyrði eða ekki hittumst við ekkert meira, en ef eitthvað er óljóst hittumst við gjarnan með deildarforseta því það er hann sem sendir frá sér álitið,“ segir Þórdís.

– Hefur þá ekkert breyst í þessu ferli með reglugerðinni?

„Jú, það hafa orðið breytingar. Ég var fastafulltrúi LÍ fyrir nokkuð mörgum árum. Þá höfðum við fullt í fangi með að afgreiða umsóknir frá erlendum læknum sem sóttust eftir starfsleyfi þótt þeir hyggðust ekki starfa hér á landi. Þeir voru að leita leiða til að fá sérfræðiviðurkenningu án þess að uppfylla öll skilyrði í heimalandi sínu. Þetta voru mest Norðurlandabúar, einkum Norðmenn sem ekki höfðu komist inn á allar þær kennslustofnanir sem til var ætlast samkvæmt þarlendri reglugerð. Þar er heilbrigðisstofnunum skipt í tvo flokka. Til þess að ljúka sérnámi þurfa læknar að stunda sérnám og vera skráðir í námsstöðu samfellt í 18 mánuði á fyrsta flokks háskólasjúkrahúsi og það getur verið snúið að komast þar að. Við vorum meðvituð um að girða fyrir möguleikann á því að fólk gæti komist framhjá kerfinu og „keypt sér“ sérfræðiviðurkenningu hér á landi. Þess vegna settum við það skilyrði fyrir leyfisveitingu að menn hefðu lokið námi á viðurkenndum kennslustofnunum. Við þetta hafa þessar umsóknir nánast horf-

HEILSUGÆSLAN

Sérfræðilæknir við Þroska- og hegðunarstöð Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins

Laus er til umsóknar staða barna- og unglingageðlæknis eða sérfræðings í barnalækningum við Þroska- og hegðunarstöð Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Um er að ræða 100% starf en lægra starfshlutfall kemur til greina. Æskilegt er að viðkomandi geti hafið störf sem fyrst eða eftir nánara samkomulagi.

Þroska- og hegðunarstöð er miðlæg, sérhæfð starfseining innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðis. Stöðin er mönnuð þverfaglegum starfshópi sem sinnir m.a. greiningu, ráðgjöf, meðferð, fræðslu, rannsóknum, framþróun og starfsþjálfun í tengslum við börn sem hafa frávik í þroska, hegðun og/eða líðan. Markhópur starfseminnar eru börn að 18 ára aldri og foreldrar þeirra.

Helstu verkefni og ábyrgð

Starf barnalæknis/barna- og unglingageðlæknis felst einkum í greiningu, ráðgjöf og meðferð barna með þroska-, hegðunar- og geðheilbrigðisvanda í þverfaglegu samstarfi við aðra sérfræðinga stöðvarinnar. Boðið er upp á fjölbreytt starf í örvandi starfsumhverfi og góðum starfsanda.

Hæfnikröfur

- Sérfræðimenntun í barna- og unglingageðlækningum eða barnalækningum.
- Staðgóð þekking og reynsla af greiningu og meðferð barna með geðheilbrigðisvanda.
- Faglegur metnaður, sjálfstæði í starfi, frumkvæði og ögguð vinnubrögð.
- Góð hæfni í mannlegum samskiptum og áhugi og vilji til að starfa í þverfaglegu teymi.
- Góð íslenskukunnátta skilyrði.

Nánari upplýsingar veitir

Gyða Haraldsdóttir - 585 1350
gyda.haraldsdottir@heilsugaeslan.is

Laun samkvæmt gildandi kjarasamningi fjármála- og efnahagsráðherra og Læknafélag Íslands. Umsóknum skal fylgja ítarleg náms- og starfsferilskrá ásamt kynningarbréfi þar sem fram kemur rökstuðningur fyrir hæfni viðkomandi í starfið. Jafnframt skal leggja fram staðfestar upplýsingar um læknismenntun, læknisstörf, vísinda- og rannsóknarstörf. Mat á hæfni umsækjenda byggist á innsendum gögnum og viðtölum við umsækjendur. Gögn sem ekki er hægt að senda rafrænt skulu berast Svövu Þorkelsdóttur, mannauðsstjóra Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Álfabakka 16, 109 Reykjavík. Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu liggur fyrir. Tekið er mið af jafnréttisstefnu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins við ráðningu. Sækja skal um starfið rafrænt á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (www.heilsugaeslan.is), undir laus störf eða á Starfatorgi (www.starfatorg.is).

Ábyrgð – Fagmennska – Traust – Þjónusta – Framþróun



Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir hjartalæknir.

ið, en það snertir raun ekkert þessa nýju reglugerð.“

Sólarlagsákvæði

„Sem stendur erum við í hálfgerðu einskismannslandi því vegna sólarlagsákvæðis í nýju reglugerðinni geta menn lokið námi samkvæmt reglugerðinni frá 2012 fram til 2020. Þetta veldur því að við lendum oft á gráu svæði þar sem erfitt er að ákveða hvernig meðhöndla á umsóknirnar. Oft hafa menn ílenst hér á landi í þrjú eða þrjú og hálft ár í námi sem ekki er viðurkennt samkvæmt reglugerð nema sem tveggja eða þriggja ára nám. En hafi menn getað sýnt fram á með gögnum að námið hafi haft eðlilegan framgang og fólk hlotið tilskilda þjálfun höfum við í flestum tilvikum getað samþykkt það. En þessum tilvikum fer fækkandi í krafti nýju reglugerðarinnar sem kveður skýrt á um hvaða stofnanir séu kennslustofnanir og hversu lengi sé hægt að stunda nám á hverjum stað.

Nú er verið að gera átak í því að viðurkenna sérnám í fleiri greinum hér á landi. Fram til þessa hefur verið boðið upp á viðurkennt sérnám í heimilislækningum, og að hluta til í lyflækningum og kvensjúkdómum. Einnig höfum við samþykkt nám í geðlækningum þótt það hafi ekki farið í gengum sama ferli. Leikreglurnar eru að verða skýrari, en það þarf að endurskoða þessa reglugerð eins og aðrar,“ segir Þórdís.

Innan og utan EES

En hvað um þá sem lokið hafa sérnámi utan EES-svæðisins?

„Þeir koma ekki til kasta nefndarinnar heldur þurfa þeir að undirgangast miklu strangara mat á vegum læknadeildar, jafnvel að fara í próf eða starfsþjálfun. Hins vegar hefur talsverður hluti af okkar fólki stundað nám í Bandaríkjunum, Kanada, Nýja-Sjálandi og Ástralíu og í reglugerðinni er ákvæði um að hægt sé að viðurkenna sambærilegt nám frá þessum löndum þótt tímalengdin sé önnur. Öðru máli gegnir um Rússland, Asíuríki og önnur lönd þar sem við höfum í raun mjög litlar forsendur til þess að vita hvað liggur að baki læknanáminu.

– Er enn mikið um að útlendir læknar sækist eftir starfsleyfi hér á landi?

„Það eru fyrst og fremst Íslendingar sem sækja um hér en innan um er þó alltaf dálítið um útlendinga sem hyggjast koma til starfa hér. Sumir þeirra eru jafnvel byrjaðir að starfa. Við meðhöndlum þær umsóknir sem hafa flestar varðað bráðalækningar. En þeir sem eru af EES-svæðinu fá staðfestingu frá landlækni án okkar afskipta.

Læknadeild prófar fólk utan EES og hefur sent það inn á deildir til reynslu svo hægt sé að meta hvort það kann það sem það segist kunna. Sumir hafa líka farið í próf, en það er ekki á vegum nefndarinnar.“

Læknar að skúra gólf?

– Eru þess dæmi að menn reyni að svindla á kerfinu?

„Við verðum ekki vör við slíkt, ætli landlæknir kæfi það ekki í fæðingu ef menn reyna að svindla.“

– Stundum heyrist því fleygt að erfitt sé að fá starfsleyfi hér á landi og jafnvel að hámenntaðir læknar neyðist til að leggja fyrir sig skúringar? Er eitthvað til í því?

„Sé svo er það ekki vegna starfa nefndarinnar. Reglugerðin mætti alveg taka fastar á því hvernig ber að leggja mat á fólk í slíkum tilvikum. Fólk á auðvitað að njóta sannmælis og fá hjálp við að bæta við sig ef þarf. Þetta er ekki sérlenskt vandamál. Í Svíþjóð er ákveðið kerfi á því hvernig tekið er á læknum sem koma frá löndum utan EES. Þar þurfa allir að fara í próf, líka tungumálapróf, og nám um sænskt heilbrigðiskerfi. Það er ekki óalgengt að fólk þurfi að taka viðbótarþjálfun. En þótt fjöldinn sé meiri og auðveldara að hafa fasta leið hefur það samt reynst Svíum erfitt að taka á þessu og mörg dæmi um að læknar festist í að baka pizzur eða keyra leigubíl,“ segir Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir.

Í lokin brýnir hún svo fyrir umsækjendum mikilvægi þess að umsóknirnar séu vel úr garði gerðar og að öll gögn liggi fyrir, það flýti fyrir umsóknum. Hún bendir líka á að starfsmenn landlæknis séu boðnir og búnir að veita leiðbeiningar um hvað til þarf.

Dr. Guðrún Nína Óskarsdóttir
varði doktorsritgerð sína 2. júní 2017

29 ára doktor frá Selfossi

Magnús Hlynur Hreiðarsson

Föstudagurinn 2. júní 2017 verður eflaust lengi í minnum hafður hjá Dr. Guðrúnu Nínu Óskarsdóttur lækni sem þann dag varði doktorsritgerð sína við læknadeild HÍ í líf- og læknavísindum. Ritgerðin hennar fjallar um árangur skurðaðgerða við lungnakrabbameini og byggir á fjórum vísindagreinum sem hafa verið birtar í virtum alþjóðlegum vísindaritum. Niðurstöðurnar eru mjög jákvæðar þar sem árangur þessara aðgerða er mjög góður á Íslandi og fer batnandi. Guðrún stóð sig vel í vörninni en andmælendur voru prófessor Joachim Pfannschmidt frá Berlín og Sif Hansdóttir frá Landspítalanum. Tómas Guðbjartsson prófessor í skurðlæknisfræði var umsjónarkennari hennar og aðalleiðbeinandi.

Selfyssingur í húð og hár

Guðrún Nína er uppalin á Selfossi. Foreldrar hennar eru Óskar Reykdalsson læknir og Bryndís Guðjónsdóttir framhaldsskólakennari á Selfossi. Systur hennar tvær eru líka læknar, Sigríður Erla er augnlæknir í Lundi í Svíþjóð og Margrét er barnataugalæknir í Reykjavík. Bróðir hennar, Guðjón Reykdal, er með meistarapróf í lyfjafræði og er nú að vinna við rannsóknir hjá DeCode genetics á Íslandi. Guðrún Nína er 29 ára, fædd 27. október 1987. Maður hennar er Árni Sæmundsson sérnámslæknir í þvagfæraskurðlækningum í Malmö. Börnin þeirra heita Guðjón Steinar, 6 ára, og Sæmundur Óskar, 3 ára. Fjölskyldan býr í Lundi í Svíþjóð. Guðrún Nína var í grunn- og framhaldsskóla á Selfossi en flutti til Reykjavíkur og síðan til Svíþjóðar eftir það. Hún er núna í sérnámi í lungnalækningum við Skånes Universitetssjukhus í Lundi í Svíþjóð en hún ætlar sér að klára sérnámið þar og halda áfram rannsóknum á lungnakrabbameinum.

Alltaf haft áhuga á lungum

Nafnið á doktorsverkefni Guðrúnar Nínu er „Árangur skurðaðgerða við lungnakrabbameini á Íslandi – lífshorfur hjá undirhópum sjúklinga“. Rannsóknarhópurinn safnaði upplýsingum í gagnagrunn um alla sjúklinga sem gengust undir skurðaðgerð við lungnakrabbameini á Íslandi frá 1991 til 2014. Aðalmarkmiðið var að skoða árangur aðgerðar og lifun mismunandi undirhópa sjúklinga sem gengist hafa undir skurðaðgerð við lungnakrabbameini á Íslandi. Guðrún Nína segir að samantekið sé hlutfall sjúklinga sem gangast undir skurðaðgerð vegna lungnakrabbameins hátt á Íslandi en á sama tíma er skammtímaárangur þessara aðgerða góður og tíðni alvarlegra fylgikvilla og 30 daga dánartíðni lág. „Að frátöldum árangri eftir lungnabrottnám er langtímalifun svipuð og í erlendum rannsóknum og lífshorfur fara batnandi. Ég



Guðrún Nína og Árni með fjölskyldu Guðrúnar eftir doktorsvörnina 2. júní. Foreldrar hennar eru þau Óskar Sesar Reykdalsson læknir og Bryndís Guðjónsdóttir framhaldsskólakennari. Systur Guðrúnar, þær Sigríður Erla og Margrét Dís eru læknar og bróðirinn í hópnum, Guðjón Reykdal, er með meistarapróf í lyfjafræði. Ljósmynd/Kristinn Ingvarsson.



Læknahjónin Guðrún Nína Óskarsdóttir og Árni Sæmundsson með strákana sína tvo, þá Guðjón Steinar og Sæmund Óskar. Ljósmynd/ Magnús Hlynur Hreiðarsson.

.

hafði frá upphafi læknanámsins áhuga á lungunum. Ég ræddi svo við Tómas Guðbjartsson brjóstholsskurðlækni, leiðbeinanda minn, og hann var þá þegar byrjaður að rannsaka árangur skurðaðgerða hjá sjúklingum sem höfðu gengist undir lungnabrottnámsaðgerðir á Íslandi. Mér þótti áhugavert að kanna lífshorfur þessara sjúklinga og ákváðum við því að ég myndi halda áfram með þetta verkefni. Síðan þá hefur bæst í rannsóknarhópinn og fjölmargar greinar verið birtar, þar með talið þær fjórar greinar sem doktorsritgerð mín byggist á“, segir Guðrún Nína.

Betri horfur hjá konum

Í nokkur ár hafa fleiri konur en karlar greinst með lungnakrabbamein á Íslandi, ólíkt því sem raunin er á flestum stöðum í heiminum. „Samkvæmt mínum rannsóknum hafa konur aðeins betri horfur en karlar en þegar niðurstöðurnar eru leiðréttar fyrir aldri, gerð krabbameins og öðrum sjúkdómum þá eru horfurnar eins á milli kynjanna“, bætir Guðrún Nína við.

Kleip sig fyrstu dagana

Guðrún Nína segist smátt og smátt vera að átta sig á því að hún sé orðinn doktor en hún hafi oft þurft að klípa sig fyrstu dagana á eftir til að átta sig á að doktorsprófið væri komið í hús. „Ég get alls ekki sagt að þetta hafi verið eins og að drekka vatn, það þurfti mikla vinnu til að þetta gengi upp. Ansi mörg kvöld og helgar sem hafa farið í vinnu! Mesti munurinn núna er að ég finn það að ég hef meiri tíma til að gera aðra hluti eftir að strákarnir eru sofnaðir, eins og að horfa á sjónvarpið sem mér finnst ég ekki hafa gert í mörg ár“.

Hættum reykingum

Umræðan um skaðsemi reykinga, hvort sem það eru „hefðbundnar“ reykingar eða rafsígarettur skýtur reglulega upp kollinum og skiptist almenningur og sérfræðingar í fylkingar í málinu. En hvaða skoðun hefur Guðrún Nína? „Já, þetta er mjög heitt umræðuefni í dag og margar rannsóknir í gangi á þessu. Í heildina sagt þá verð ég að segja að ég myndi mæla með hvorugu, hvorki reykingum né rafrettum. Við höfum ekki nógu miklar rannsóknir á rafrettum ennþá til þess að ég geti mælt með þeim. Mín persónulega skoðun er að best sé að hætta algjörlega öllum reykingum, en ef það er alls ekki möguleiki (með t.d. nikótín-hjálpartækjum) þá lítur út fyrir að það sé skárra að nota rafrettur. Sjáum til hvað verður í framtíðinni þegar fleiri rannsóknir hafa verið birtar“, segir hún.

Saknar fjölskyldu og vina

„Fjölskyldan og vinirnir eru hiklaust það sem við söknum mest að heiman. Við söknum þess að hafa fólkið okkar meira í kringum okkur. Svo eru það náttúrulega náttúran og sundlaugarnar, ekki má gleyma því. Við vitum ekki hvernig verður í framtíðinni, hvar við munum búa. Eins og staðan er þá erum við sátt hérna í Lundi og stefnum að minnsta kosti á að klára okkar sérnám hér, það tekur nokkur ár til viðbótar. Þegar það er búið þá metum við aftur stöðuna hvernig allt gengur og ákveðum þá hvort við förum aftur heim. Okkur finnst mjög erfitt að taka svona ákvörðum langt fram í tímann“, segir Guðrún Nína þegar hún var spurð hvort hún saknaði einhvers frá Íslandi.

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. 396

Actavis

Persónulegar minningar úr ófyrirsjáanlegum heimi



Davíð Á. Gunnarsson hefur skrifað um störf sín á vegum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar og erindi Íslands inn á þann völl



Davíð ásamt Gro Harlem Brundtland og Jóni Kristjánssyni fyrrum heilbrigðisráðherra. Gro var á þessum tíma forstjóri WHO.

Þröstur Haraldsson

Getur verkfræðingur stjórnað heilbrigðismálum heimsins? Við þessari spurningu er eflaust til „eitt og annað loðið svar“ svo vitnað sé til stórskálda. En hún brann um langt skeið heitt á Davíð Á. Gunnarssyni verkfræðingi sem mestan sinn starfsaldur vann að heilbrigðismálum sem ráðuneytisstjóri. Á árunum 1996-2007 reyndi sérstaklega á þetta því þá starfaði hann fyrir Íslands hönd í forystusveit Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, WHO. Þeim kafla í lífi hans lauk með því að hann fór í framboð til framkvæmdastjóra – en tapaði.

Því er verið að rifja þetta upp hér að stéttarfélag Davíðs, Verkfræðingafélag Íslands, gaf ekki alls fyrir löngu út bókina *Alþjóðaheilbrigðismál Ísland til áhrifa*. Þar rekur Davíð feril sinn í starfi fyrir WHO og lýsir persónulegri reynslu sinni af því að vera í fremstu víglínu í heilbrigðismálum heimsins. Þetta eru fyrst og fremst persónulegar minningar hans en þeim sem vilja sökkva sér í samþykktir og hefðbundnar sögulegar heimildir um WHO er vísað á heimasíðu stofnunarinnar.

Læknir eða verkfræðingur?

Davíð rekur sögu WHO í stórum dráttum frá stofnun árið 1946 og þar svarar hann ofannefndri spurningu á eftirfarandi hátt:

„Á upphafsárum WHO hefði verið óhugsandi að verkfræðingur yrði valinn í stjórn stofnunarinnar. Þegar ég var kosinn í stjórnina, tæpum sextíu árum síðar, þótti það ekkert sérstakt. Mér er sagt að þegar ég var kosinn stjórnarformaður hafi einstaka augabrúnir lyfst. Ef maður skoðar listann yfir formenn stjórnar WHO sýnist mér að þeir hafi nær allir verið læknar fram að þeim tíma. Þegar íslenska ríkisstjórnin bauð mig fram sem forstjóra kvað við annan tón. Þá notuðu aðrir frambjóðendur það óspart gegn mér í áróðursskyni að ég væri verkfræðingur en ekki læknir. Ýmsar þjóðir töldu þó að það væri mikill fengur í því að fá einstakling með verkfræði- og rekstrarþekkingu sem forstjóra. Því miður sátu fulltrúar þessara þjóða ekki í stjórninni og gátu því ekki greitt atkvæði.“

Hann lýsir í framhaldinu helstu málum sem fjallað var um á þeim tíma sem hann starfaði innan stofnunarinnar, fyrst á Evrópuskrifstofunni í Kaupmannahöfn en síðan á aðalskrifstofunni í Genf. Í þessum köflum er að finna mikinn fróðleik um heilbrigðismál heimsins á þessum tíma, það er frá miðjum tíunda áratug síðustu aldar og framan af þessari. Einnig ræðir hann af hreinskilni um það hvert erindi Ísland á inn á þennan vettvang.

Hvað varð um forsetann?

Það er hins vegar kaflinn um framboðið til framkvæmdastjóra stofnunarinnar sem er oftar en ekki hreinn skemmtilestur og gefur sjaldgæfa innsýn í það hvernig kaupin ganga á eyrinni í efstu lögum alþjóðlegrar samvinnu.

Sumarið 2006 fór að mestu í að kanna jarðveginn fyrir framboð en frestur til að leggja það fram rann út í byrjun september. Íslensk stjórnvöld tóku um það ákvörðun að standa að baki framboðinu, þó með þeim fyrirvara að það mætti helst ekki kosta neitt að ráði. Starfsmenn heilbrigðis- og utanríkisráðuneyta stóðu þétt að baki Davíð en gátu ekki alltaf beitt sér vegna kostnaðarsjónarmiða. Sumir frambjóðendur annarra ríkja ferðuðust um heiminn í einkaflugvélum og heimsóttu öll ríkin 34 sem áttu fulltrúa í stjórn WHO og höfðu þar með atkvæðisrétt. Davíð og hans aðstoðarfólk varð að nýta tilfallandi alþjóðafundi til að hitta fólk.

Svo gerðust stundum undarlegir atburðir. Á Allsherjarþingi Sameinuðu þjóðanna um haustið var Ólafur Ragnar Grímsson forseti á sama tíma og Davíð og bauðst til að styðja hann í hvívetna. „Ég ræddi þetta við embættismenn í utanríkisráðuneytinu og kom á óvart hversu viðkvæmt málið var. Ástandið var einfaldlega þannig á þessum tíma að að ég vildi ekki halda því til streitu að forsetinn kæmi með mér inn í SÞ bygginguna. Mér fannst þetta fúlt. Miðað við það sem ég frétti síðar hefði þetta áreiðanlega getað skipt máli,“ segir Davíð en fékk aldrei neina viðhlítandi skýringu á þessari viðkvæmni.

Karlremba og salernisferð

Það var ekki heiglum hent að hitta þá sem réðu atkvæðum hvers þessara 34 ríkja sem fóru með atkvæðisréttinn. Það var engin regla á því hver réð mestu, hvort það væri þjóðhöfðinginn, forsætisráðherrann, heilbrigðisráðherrann eða utanríkisráðherrann. Oft reyndust þessir valdamenn

hafa hver sína skoðun á því hvort rétt væri að styðja Íslendinginn eða ekki. Frá þessu voru Norðurlöndin engin undantekning. Til dæmis ákvað nýskipaður sænskur heilbrigðisráðherra að styðja vinkonu sína sem var fulltrúi Spánar en þær höfðu farið í margar fjallgöngur saman um hálendi Spánar.

Á einhverjum tímapunkti bauð formaður rússnesku sendinefndarinnar á Evrópufundi WHO Davíð í kaffi og hann mætti þar ásamt Siv Friðleifsdóttur heilbrigðisráðherra. Sá rússneski tilkynnti að ríkisstjórn sín hefði ákveðið að styðja Davíð í kjörinu og væri reiðubúin til að taka þátt í kosningabaráttu hans með ýmsum hætti. „Hann bætti jafnframt við að Rússar hefðu meiri trú á stórum þéttholda körlum en lágvöxnum konum. Ég var reiðubúinn að grípa í Siv ef hún hefði farið að segja það sem hún hugsaði. Siv lét eins og hún hefði ekki heyrt þetta og notaði réttu orðin í stað þess að móðgast.“ Þarna vísaði sá rússneski til helsta mótframbjóðanda Davíðs, Margaret Chan fulltrúa Kína. Ekkert varð hins vegar úr stuðningi Rússa því hann var dreginn til baka áður en til kosninganna kom.

Á fundi sem Davíð sótti í Addis Ababa í Eþíópíu voru margir ráðherrar frá Afríkuríkjum saman komnir. Davíð var búinn að leita lengi að ráðherra frá Líberíu en rakst loks á hann á salerninu þar sem þeir pissuðu hlið við hlið. „Í framhaldinu áttum við fínt samtal þar sem hann tók erindi mínu mjög vel.“



Davíð ásamt tveimur vopnabræðrum úr forstjóraslagnum, Ingimar Einarsson til vinstri og Kristinn Árnason sendiherra.

Hagsmunir togast á

Að sjálfsögðu spilaði stórveldapólitíkin inn í þessa kosningabaráttu enda hefur því verið haldið fram að raunveruleg úrslit ráðist í valdahlutföllum stundarinnar milli ríkjanna fimm sem eiga fastafulltrúa í Öryggisráði SÞ, Bandaríkjanna, Rússlands, Englands, Frakklands og Kína. Það var Kína sem sigraði í þetta sinn en Davíð huggaði sig við að hafa fengið jafnmörg atkvæði í fyrstu umferð kjörsins og fulltrúi Frakka, átta talsins.

Það er óhætt að mæla með þessari bók Davíðs Á. Gunnarssonar fyrir þá sem vilja fræðast um æðstu stjórnskipan heilbrigðismála í veröldinni. Hann lýsir ágætlega hvaða hagsmunir það eru sem takast á í forystu WHO, ekki bara pólitískir á milli ríkja heldur ekki síður þeim sem framleiðendur og seljendur lyfja og lækningatækja telja sig þurfa að verja. Og yfir þessu öllu vofa herir þjóðanna sem telja sig eiga sitt að verja. Eða af hverju skyldi landlæknir Bandaríkjanna alltaf vera hershöfðingi, surgeon general?

HEILBRIGÐISSTOFNUN VESTURLANDS

Staða læknis við Heilbrigðisstofnun Vesturlands í Borgarnesi

Heilsugæslan í Borgarnesi óskar að ráða lækni til starfa. Staðan er laus nú þegar eða eftir nánara samkomulagi.

Á Heilsugæslustöðinni í Borgarnesi fer fram fjölbreytt starfsemi en auk almennrar heilsugæsluþjónustu eins og móttöku, ungbarnaverndar, skólaheilsugæslu og mæðraverndar er þar teymisvinna í kringum vaktþjónustu að deginum, sykursýkismóttöku og lífstílsmóttöku. Upptökusvæði stöðvarinnar er víðfeðmt og nær yfir 5500 ferkílómetra svæði. Íbúafjöldi er u.þ.b 4000. Tveir háskólar eru á svæðinu með nemendagörðum og ríflega 2000 sumarbústaðir.

Íslenskt lækningaleyfi er skilyrði og sérfræðiviðurkenning í heimilislækningum er æskileg.

Lögð er áhersla á faglegan metnað, jákvæðni og sveigjanleika. Lipurð og áreiðanleiki í samskiptum eru skilyrði. Áskilinn er réttur til að hafna umsóknum frá einstaklingum sem ekki teljast uppfylla framangreind skilyrði. Stéttarfélag er Læknafélag Íslands. Laun samkvæmt gildandi kjarasamningi fjármálaráðherra og viðkomandi stéttarfélags. Starfshlutfall er 100%

Borgarnes er góður staður til að búa á, stutt í mikla náttúrufegurð, mannlífið gott og starfsandi á stöðinni góður. Húsnæði í boði á staðnum.

Umsóknareyðublað er að finna á vef Embættis landlæknis: *www.landlaeknir.is/utgefid-efni/skjal/item16341/*

Umsókn skal fylgja ítarleg náms- og starfsferilsskrá. Jafnframt skal leggja fram staðfestar upplýsingar um læknismenntun, læknisstörf og vísinda og rannsóknarstörf ásamt staðfestu afriti af opinberu starfsleyfi. Mat á hæfni umsækjenda byggist á innsendum gögnum og viðtölum við umsækjendur. Gögn sem ekki er hægt að senda rafrænt skulu berast til yfirlæknis heilsugæslustöðvarinnar í Borgarnesi. Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin.

Umsóknarfrestur er til 16. október 2017.

Upplýsingar gefa: Þórir Bergmundsson, framkvæmdastjóri lækninga, s. 432 1000, netfang *thorir.bergmundsson@hve.is* og Linda Kristjánsdóttir, sviðstjóri lækninga í heilsugæslu HVE, s. 432 1430, netfang *linda.kristjansdottir@hve.is*

Heilbrigðisstefna til framtíðar

Einn af vopnabræðrum Davíðs Á. Gunnarssonar í kosningabaráttunni um forstjórastólinn í WHO var Ingimar Einarsson félags- og stjórnmálafræðingur en hann gegndi þá stöðu deildarstjóra í heilbrigðisráðuneytinu. Svo vill til að Ingimar er einnig að gefa út bók um heilbrigðismál sem kom út í vor og ber titilinn *Heilbrigðisstefna til framtíðar.*

Þar er að finna hugleiðingar Ingimars um heilbrigðismál í formi 20 blaðagreina sem hann hefur birt síðustu árin, sú nýjasta er frá því í febrúar á þessu ári. Á bókarkápu segir að greinarnar fjalli „á gagnrýnan hátt um ýmsar hliðar heilbrigðismála og íslenska heilbrigðiskerfisins, jafnt stefnumótun og fjármál, lýðheilsu, alþjóðasamvinnu og upplýsingatækni í heilbrigðisþjónustu".

Um greinarnar segir höfundur í formála: „Ætla mætti að þessi heildarútgáfa sé nokkuð seint á ferðinni þar sem komið er á sjötta ár frá því fyrsta greinin birtist í *Fréttablaðinu*. En þegar betur er að gáð er umræðan um heilbrigðismál á Íslandi að mestu í sömu sporum í dag og hún var í byrjun annars áratugar þessarar aldar. Jafnvel þó allir séu sammála um að gott heilbrigðiskerfi sé einn af hornsteinum velferðarsamfélagsins og ein meginforsenda þess að tryggja góð lífskjör og samkeppnishæfni landsins til lengri tíma."

–ÞH

HSN Heilbrigðisstofnun Norðurlands

Heilbrigðisstofnun Norðurlands (HSN) auglýsir lausa stöðu læknis á Húsavík, læknis á Sauðárkróki og aðila í sérnámsstöðu í heimilislækningum á umræddum stöðum

Heilbrigðisstofnun Norðurlands Húsavík óskar eftir að ráða lækna til starfa.

Læknar sem starfa hjá HSN eru með aðalstarfstöð á heilsugæslustöð og sinna móttöku sjúklinga og heilsuvernd ásamt því að sinna vaktþjónustu í héraði skv. vaktaskema hverju sinni. Starfið felur einnig í sér störf á sjúkra- og hjúkrunarsviði. Störfin fela í sér þverfaglega samvinnu innan sem og út fyrir stöðina.

Næsti yfirmaður er yfirlæknir á starfstöð.

Upplýsingar um helstu verkefni, ábyrgð og hæfniskröfur er hægt að finna í auglýsingum á www.starfatorg.is eða á www.hsn.is/is/laus-storf

Aðgengi að tölvu og aðstoð við innskráningu umsókna stendur til boða. Gögn sem ekki er hægt að senda rafrænt skulu berast í tvíriti til mannauðsstjóra HSN, Hafnarstræti 99, 600 Akureyri.
Starfshlutfall er 100%

Umsóknarfrestur er til og með 11.09.2017

Nánari upplýsingar veitir
Þorsteinn M Þorsteinsson - *thorsteinn.thorsteinsson@hsn.is* - 455 4000, yfirlæknir Sauðárkróki
Unnsteinn Ingi Júlíusson - *unnsteinn.ingi.juliusson@hsn.is* - 464-0500, yfirlækir Húsavík
Örn Ragnarsson - *orn.ragnarsson@hsn.is* - 455-4000, framkvæmdastjóri lækninga
Þórhallur Harðarson – *thorhallur.hardarson@hsn.is* – 892-3091, mannauðsstjóri

Heilbrigðisstofnun Norðurlands tók til starfa þann 1. október 2014 við sameiningu heilbrigðisstofnana á Norðurlandi annarra en Sjúkrahússins á Akureyri og nokkurra hjúkrunar- og dvalarheimila.

Þær heilbrigðisstofnanir sem mynduðu Heilbrigðisstofnun Norðurlands voru eftirfarandi stofnanir:

Heilbrigðisstofnun Þingeyinga, Heilsugæslan á Akureyri, Heilsugæslan á Dalvík, Heilbrigðisstofnunin Fjallabyggð, Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki og Heilbrigðisstofnunin Blönduósi.

Starfsemi Heilbrigðisstofnunar Norðurlands nær því frá Blönduósi í vestri til Þórshafnar í austri. Á upptökusvæðinu búa um 35.000 manns og starfsmannafjöldi er rúmlega 510 talsins. Heildarvelta HSN er um ríflega 5,3 milljarðar króna.

Heilbrigðisstofnun Norðurlands veitir heilsugæsluþjónustu, sjúkrahúsþjónustu auk öldrunarþjónustu í formi hjúkrunar- og dvalarrýma.

Dögg Pálsdóttur svarað

Davíð Gíslason

davidgis@simnet.is



Í 6. tölublaði *Læknablaðsins* skrifaði ég opið bréf til kjörnefndar LÍ. Tilefni bréfsins var að kjörnefndin neitaði þeim félagsmönnum um kosningarétt, sem orðnir voru 70 ára og greiddu ekki árgjald til félagsins. Ég sýndi fram á í bréfinu að ákvörðun kjörnefndar var í andstöðu við lög LÍ.

Dögg Pálsdóttir lögfræðingur ritaði grein í sama tölublað sem hét: „Að loknum fyrstu rafrænu stjórnarkosningum LÍ“. Þótt þess sé ekki getið í greininni má ætla að henni sé að hluta til ætlað að svara gagnrýni minni á framkvæmd stjórnarkjörsins. Málið snýst um tvær málsgreinar í lögum LÍ. Í 12. grein segir: *Læknar sem eru sjötugir eða eldri skulu vera gjaldfríir.* Og í 9. grein er eftirfarandi ákvæði, sem samþykkt var á síðasta aðalfundi LÍ: *Kosningarétt hafa þeir sem eru með félagsgjöld sín í skilum miðað við síðustu mánaðamót áður en allsherjaratkvæðagreiðsluna skal halda.* Þetta er vel orðuð málsgrein og það er furðulegt að kjörnefndin skuli skilja þessar tvær setningar saman þannig að læknar sjötugir og eldri séu með félagsgjöld sín í vanskilum. Hvergi í lögunum er eitt orð um það að eldri læknar eigi að þola skert félagsréttindi. Dögg leggur mikla áherslu á að samkvæmt gömlum hefðum í svæðafélögunum hafi læknar eldri en 70 ára ekki talist með þegar fulltrúafjöldi svæðisfélaganna á aðalfundi var ákvarðaður. Það væri vissulega fróðlegt að vita hvort einhver gögn finnast hjá LÍ sem rökstyðja þessa hefð, ef um hefð var að ræða. Hins vegar eru það alveg óskyld mál hvort aðildarfélögin hafa afsalað sér réttum fulltrúafjölda á aðalfundi LÍ eða hvort þau hafa svift félagsmenn sína kosningarétti. Að vitna til gamallar hefðar stenst hins vegar ekki því greinin sem kjörnefndin studdist við var samþykkt á síðasta aðalfundi og kom því fyrst til álita á þessu ári. Sú lagasmíð væri ótrúleg handabakavinna ef greinin á að merkja allt annað en orðanna hljóðan.

Í upphafi greinar sinnar segir Dögg að horft hafi verið til lagabreytinga þeirra fáu stéttarfélaga sem þegar hafa innleitt rafræna kosningu við stjórnarkjör. Ef horft er til þeirra félaga sem standa okkur næst, Tannlæknafélags Íslands og Dýralæknafélags Íslands, þá verða félagsmenn þessara félaga gjaldfríir við 70 ára aldur og ekki verður séð annað en að þeir haldi fullum félagsréttindum þrátt fyrir það. Sama má sjá í samþykktum Lögmannafélags Íslands og í lögum Eflingar stéttarfélags. Í lögum VR segir hins vegar í 3. gr um félagsaðild: *Eldri félagsmenn sem fá greiddan ellilífeyri og sem verið hafa í félaginu a.m.k. 5 ár fyrir töku eftirlauna, við 67 ára aldur, teljast áfram félagsmenn í VR en njóta ekki kjörgengis.* Þarna þótti ástæða til að taka sérstaklega fram að þeir sem hættir væru að greiða gjöld til félagsins gætu ekki boðið sig fram til starfa sem kosið er til. Þetta er eina skerðingarákvæðið sem ég gat fundið hjá áður nefndum félögum á réttindum þeirra sem hættir voru að greiða árgjöld til félaganna.

Þessi skrif mín hafa ekkert með niðurstöðu formannskosninganna að gera. Ég hafði í fáfræði minni litið svo á að ákvæðið í 12. grein laga LÍ væri viðurkenning á langri og góðri þjónustu við félagið. Ef hins vegar er vilji í LÍ til að reka hnýflana í elstu og reyndustu félagsmenn sína, án þess að læðupokast eins og kjörnefndin, þá er hægur vandi að breyta einni setningu í 12. grein laganna sem myndi þá hljóða svona: *Læknar sem eru sjötugir eða eldri skulu vera gjaldfríir, enda njóti þeir hvorki kjörgengis né kosningaréttar í félaginu.*

HEILSUGÆSLAN

Barnalæknir við Heilsugæsluna Mjódd
Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins

Laust er 20% ótímabundið starf sérfræðings í barnalækningum við Heilsugæsluna Mjódd frá 1. nóvember 2017 eða samkvæmt nánara samkomulagi.

Umsóknarfrestur er til og með 2. október 2017.

Heilsugæslan Mjódd er hverfisstöð og er fyrst og fremst ætlað að þjóna íbúum neðra Breiðholts, það er hverfi 109, Bökkum, Stekkjum og Seljahverfi. Á starfsstöðinni voru nýlega gerðar breytingar á skipulagi og rekstri sem miða að því að auka þjónustu við notendur, nýta betur fjármuni og að bæta vinnuumhverfi starfsmanna. Til að gera þjónustuna markvissari hefur aukin áhersla verið lögð á þverfaglega teymisvinnu, auk þess sem aðferðafræði straumlínustjórnunar hefur verið innleidd. Í þessu breytta skipulagi mun starfsfólk fá aukið sjálfstæði til að móta starfsemina og til að útfæra þjónustu sem mætir þörfum íbúa og uppfyllir um leið kröfur um árangur samkvæmt mælingum og mati.

Helstu verkefni og ábyrgð

Starf barnalæknis felst einkum í hefðbundinni ung- og smábarnavernd. Önnur verkefni koma einnig til greina. Boðið er upp á fjölbreytt starf í örvandi starfsumhverfi þar sem góður starfsandi ríkir.

Hæfnikröfur

Krafist er að umsækjendur hafi sérfræðimenntun í barnalækningum. Mikilvægur eiginleiki er færni í mannlegum samskiptum og áhugi og vilji til að starfa í þverfaglegu teymi. Viðkomandi þarf að viðhafa ögguð vinnubrögð og búa yfir faglegum metnaði, áreiðanleika og skipulagshæfni.

Nánari upplýsingar veita

Hrafnhildur Halldórsdóttir - 821 2230
hrafnhildur.halldorsdottir@heilsugaeslan.is
Jón Aðalsteinn Jóhannsson - 513 1500
jon.a.johannsson@heilsugaeslan.is

Laun samkvæmt gildandi kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands. Umsókn skal fylgja ítarleg náms- og starfsferilsskrá. Jafnframt skal leggja fram staðfestar upplýsingar um læknismenntun, læknisstörf og vísinda- og rannsóknarstörf.

Mat á hæfni umsækjenda byggist á innsendum gögnum og viðtölum við umsækjendur. Gögn sem ekki er hægt að senda rafrænt skulu berast Svövu Þorkelsdóttur, mannauðsstjóra Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Álfabakka 16, 109 Reykjavík.

Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin. Umsókn getur gilt í 6 mánuði. Við ráðningar í störf hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins er ávallt tekið mið af jafnréttisstefnu stofnunarinnar.

Sækja skal um starfið rafrænt á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (www.heilsugaeslan.is), undir laus störf eða á Starfatorgi (www.starfatorg.is).

Ábyrgð – Fagmennska – Traust – Þjónusta – Framþróun



Bílabúð Benna áskilur sér rétt til breytinga án fyrirvara á verði og búnaði.

Ríkulegur búnaður í Platinum Edition: Leður og Alcantara innrétting, leiðsögukerfi með Íslandskorti, 20" RS Spider Platinum álfelgur, rafdrifin GTS sportsæti, stillanlegur forhitari, Bi-Xenon framljós með beygju, BOSE® 665 watta hljóðkerfi, stillanleg fjöðrun (PASM), hiti í framsætum, 8 gíra sjálfskipting með skiptingu í stýri, Porsche ferðahleðslustöð, Privacy glass (litað gler), tvöföld sjálfvirk miðstöð með loftkælingu, rafdrifinn afturhleri, samlitir brettakantar, svartir háglans gluggalistar, skriðstillir (Cruise Control), upplýstir sílsalistar, Porsche merki greypt í höfuðpúða, sjálfvirk birtustillingspegla, felgumiðjur með Porsche logo í lit, PCM, Porsche Connect Plus, o.m.fl.

Við hættum ekki að leika okkur af því við verðum gömul.
Við verðum gömul af því við hættum að leika okkur.

Rafmagns Porsche - Cayenne S E-Hybrid

Porsche Cayenne S E-Hybrid
416 hestöfl | 590Nm tog

PORSCHE

Bílabúð Benna

Porsche á Íslandi | Bílabúð Benna:
Vagnhöfða 23 | 110 Reykjavík | S: 590 2000
www.benni.is | www.porsche.is

Opnunartími:
Virka daga frá 9:00 til 18:00
Laugardaga frá 12:00 til 16:00

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



Dögg Pálsdóttir

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

Dogg@lis.is

Læknar eldri en 70 ára sem reka eigin starfsstofur

Við endurskoðun læknalaga á níunda áratug síðustu aldar var ákveðið að takmarka heimild lækna til að reka eigin starfsstofu eftir 75 ára aldur og binda það við leyfi landlæknis, sem gilti ár í senn.

Þegar *lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012* voru samþykkt voru þessar reglur, sem eru í 26. gr. laganna, rýmkaðar til að ná til allra heilbrigðisstarfsmanna. Aldursmarkið var einnig fært niður í 70 ár en Embætti landlæknis (EL) leyft að framlengja heimildina til tveggja ára í senn, þó ekki oftar en þrisvar eða til 76 ára aldurs. Í skýringum með 26. gr. segir að opinberir starfsmenn hætti að jafnaði störfum þegar þeir verði sjötugir og rétt þyki að miða við þá almennu reglu þegar kemur að störfum á eigin starfsstofum.[1]

Læknafélag Íslands (LÍ) setti sig ekki á móti þessari breytingu og taldi ýmis málefnaleg rök styðja hana. Eftir gildistöku laganna kom í ljós að fjölmargir eldri læknar voru ósáttir við breytinguna, töldu hana takmarka stjórnarskrárvarin atvinnuréttindi sín. Aðalfundur LÍ 2013 ályktaði um málið og skoraði á heilbrigðisráðherra að breyta ákvæðinu.

Heilbrigðisráðherra lagði til breytingu, sem var samþykkt með lögum nr. 43/2014. Aldurshámarkið var aftur fært í 75 ár en EL heimilað að framlengja leyfið, fyrst í 3 ár og síðan í ár í senn án hámarksaldurs. Þá skyldi með reglugerð tilgreina skilyrði sem uppfylla þarf til að fá undanþágu eftir 75 ára aldur og um gögn og upplýsingar sem fylgja þurfa umsókn, s.s. læknisvottorð um starfshæfni, upplýsingar um tegund og umfang starfseminnar frá því að 70 ára aldri var náð og endurmenntun heilbrigðisstarfsmanns.

Í skýringum með lagabreytingunni er m.a. vísað til reglna í nágrannalöndum og að mikilvægt sé að þær séu sambærilegar hér á landi. Rakið er að í Svíþjóð, Finnlandi, Bretlandi og Þýskalandi séu engar takmarkanir varðandi aldur sjálfstætt starfandi lækna. Almennar kröfur um hæfi til að gegna störfum gildi. Í Danmörku falli réttur til að reka eigin starfsstofu niður við 75 ára aldur en réttur til að kalla sig lækni eða sérfræðing falli ekki niður né réttur til að ávísa lyfjum á sjálfan sig og nánustu ættingja ef lyfjaávísanir eru ekki vegna reksturs. Heimilt sé að leyfa rekstur eigin stofu að fullu eða hluta eftir 75 ára aldur samkvæmt umsókn. Í fyrsta skipti sé heimilt að veita leyfi næstu þrjú árin. Eftir það í þrjú, tvö eða eitt ár á grundvelli nákvæms einstaklingsmats án takmörkunar á því hversu oft megi veita slíka framlengingu. Í Noregi missi heilbrigðisstarfsmenn starfsleyfi við 75 ára aldur, en geti sótt um svokallað „lisens“ og sérfræðiviðurkenningu að uppfylltum ákveðnum skilyrðum, sem sett séu í reglugerð, til að reka eigin starfsstöð eða til að gegna ákveðnum störfum. Leyfið sé veitt í tiltekinn tíma í allt að tvö ár í senn en eftir að starfsmaður hafi náð 80 ára aldri sé það veitt til eins árs í senn. Leyfið geti einnig verið tímabundið.[2]

Reglugerð um skilyrði sem heilbrigðisstarfsmaður þarf að uppfylla til að fá undanþágu til að veita heilbrigðisþjónustu á eigin starfsstofu eftir að 75 ára aldri er náð er nr. 620/2014. Samkvæmt 3. gr. hennar skal heilbrigðisstarfsmaður sem vill fá undanþágu eftir 75 ára aldur til að reka eigin starfsstofu vera andlega og líkamlega fær um að starfrækja þá starfsemi sem sótt er um undanþágu til og hafa viðhaldið þekkingu sinni, faglegri færni og tileinkað sér nýjungar. Í 4. gr. segir að umsókn skuli fylgja upplýsingar um tegund og umfang starfsemi síðustu fimm árin. Auk þess skuli fylgja umsókn læknisvottorð sem votti að umsækjandi sé andlega og líkamlega fær um að stunda þá starfsemi sem sótt er um undanþágu til. Loks skal umsækjandi leggja fram yfirlit og gögn um endurmenntun, námskeið og annað til staðfestingar því með hvaða hætti hann hefur viðhaldið þekkingu sinni, faglegri færni og tileinkað sér nýjungar síðastliðin fimm ár. Þá er landlækni skv. 5. gr. heimilt að kalla umsækjanda til viðtals.

Athygli LÍ var nýlega vakin á því að Embætti landlæknis hefur breytt fyrri framkvæmd og krefst þess nú að heilbrigðisstarfsmaður í þessum sporum undirgangist læknisskoðun hjá öldrunarlækni. Áður dugði læknisvottorð frá t.d. heimilislækni. LÍ telur þá kröfu mun strangari en laga- og reglugerðarákvæði setja og sendi heilbrigðisráðherra bréf um málið 31. maí 2017. Svar hefur ekki borist en LÍ hefur fengið bréf frá ráðuneytinu um að erindið sé í vinnslu.

Þá veit LÍ að EL ætlast til að fá með umsögn skýr gögn um endurmenntun sem heilbrigðisstarfsmaður stundar á tímabilinu 70-75 ára. Ef heilbrigðisstarfsmanni er ómögulegt að leggja fram nein slík gögn er framlenging ekki heimiluð.

LÍ vill því vekja athygli lækna á þessu atriði og beina þeim eindregnu tilmælum til lækna eldri en sjötugra sem reka eigin starfsstofu og hafa hug á því að halda því áfram eftir að 75 ára aldri er náð að gæta þess vandlega að stunda virka endurmenntun og hafa allar upplýsingar skjalfestar. Hér ræðir um þátttöku í læknaráðstefnum utanlands eða innanlands (t.d. Læknadögum), þátttöku í reglulegum fræðslufundum sérgreinafélags viðkomandi læknis og fleira af sambærilegum toga.

1 Frumvarp til laga um heilbrigðisstarfsmenn, 147. mál, þskj. 147, skýringar við 26. gr. frumvarpsins. Vefútgáfa Alþingistíðinda, aðgengileg: http://www.althingi.is/altext/140/s/0147.html. [Sótt á vefinn 21. ágúst 2017.]

2 Frumvarp til laga um breytingu á lögum um heilbrigðisstarfsmenn, nr. 34/2012 (starfsheiti, aldursmörk, gjaldtaka), 378. mál, þskj. 697. Vefútgáfa Alþingistíðinda, aðgengilegt http://www.althingi.is/altext/143/s/0697.html. [Sótt á vefinn 21. ágúst 2017.]









ÓMSKOÐUNARTÆKI

TERASON uSMART 3200T



- Kristaltær og skýr mynd - litaskjár 11.5” AHVA LCD snertiskjár
- Windows 7 stýrikerfi
- Tengi: USB 3.0 og HDMI port
- þráðlaust net og bluetooth
- Býður upp á ótal möguleika við ómskoðun m.a. power- og vefjadoppler
- Stoðkerfisprógrömm forstillt fyrir þau svæði sem á að skoða
- Mjög nett, handhægt og létt (32,1x22,4x32 cm)
- Auðvelt að frysta ramma til að vinna með
- 128 GB sterkt drif sem þolir vel flutning
- Mjög góð sýn á nálar og auðvelt að staðsetja
- Aukahlutir s.s þráðlaust lyklaborð, hlífðarhulstur, hjólaborð og prentari
- 3 mismunandi hausar fyrir stoðkerfisskoðun
  - smart mark 15-4 MHz
  - 12-5 MHz
  - 5-2 MHz



Herdís Þórisdóttir
Söluráðgjafi – Heilbrigðissvið
Sjúkraþjálfari B.Sc.,MBA
Sími: 580 3912
GSM: 843 3912
Netfang: herdis@fastus.is

Verið velkomin í verslun okkar að Síðumúla 16
Opið mán - fös 8:30 - 17:00
Síðumúli 16 • 108 Reykjavík • Sími 580 3900 • www.fastus.is

FASTUS
Veit á vandaða lausn

Haustþing Læknafélags Akureyrar verður haldið laugardaginn 14. október í sal Menntaskólans á Akureyri

Höfuðatriði læknisfræðinnar

málþing um háls,- nef,- og eyrnalækningar

Dagskrá þingsins:

08:30-09:00 Skráning	
09:00-09:10 Setning þings	Valur Þór Marteinsson formaður
09:10-09:20 Kynning	Hannes Petersen HNE læknir
09:20-09:40 Ég er með kökk í hálsinum	Kristján Guðmundsson HNE læknir
Hvað gera.....	
09:40-09:50 Lyflæknar við bakflæði	Guðjón Kristjánsson meltingarlæknir
09:50-10:00 Skurðlæknar við bakflæði	Sigrún Benediktsdóttir sérnámslæknir
10:00-10:10 HNE læknar við bakflæði	Hannes Petersen HNE læknir
10:10-10:40 Kaffihlé	
10:40-11:00 Nú er nefið snúið	Einar Thoroddsen HNE læknir
11:00-11:20 Nú er nefið bólgið	Einar Hjaltested HNE læknir
11:20-11:40 Nýjungar í nefholuaðgerðum	Erlingur H. Kristvinsson HNE læknir
11:45-12:00 Samantekt morguns	Allir fyrirlesarar
12:00-13:00 Matarhlé	
13:00-13:20 Er hnúturinn á hálsi krabbamein?	Friðbjörn Sigurðsson krabbameinslæknir
13:20-13:40 Hvað gerum við með hnúta á hálsi?	Birgir Briem HNE læknir
13:40-13:50 Yfirlit yfir svima	Einar Hjaltested HNE læknir
13:50-14:15 Svimi og geðveiki	Sigurður Stefánsson HNE læknir
14:15-14:45 Uppvinnsla svima hjá öldruðum	Bergþóra Baldursdóttir sjúkraþjálfari
14:45-15:15 Kaffihlé	
15:15-15:45 Svimi og stoðkerfi	Hannes Petersen HNE læknir
15:45-16:00 Samantekt eftirmiðdags	Allir fyrirlesarar

Þátttökugjald er 8000 kr. Nemar greiða 3000 kr.

Skráning: haustthing2017@gmail.com



UMBREYTIR LÍFI KVENNA MEÐ VÖÐVAHNÚTA Í LEGI

ESM-MAJ17-IS-17100:1

ESMYA® getur veitt:

- Langvarandi minnkun vöðvahnúta[1-3]
- Skjóta og viðvarandi stjórn á tíðablæðingum[* 1-2,4]
- Viðvarandi áhrif á einkenni milli meðferðarlota[3]

esmya® 5mg
úlipristal asetat

Lyfið hefur almenna greiðsluþátttöku[+]

Heimildir: 1. Donnez J, et al. New Engl J Med 2012;366(5):421–432. 2. Donnez J, et al Fertil Steril. 2014 Jun;101(6):1565-1573.
3. Donnez J, et al Fertil Steril. 2015 Feb;103(2):519-527. 4. Donnez J, et al. N Engl J Med 2012;366:409–20. * Innan 7 daga.

Esmya 5 mg töflur

Heiti virkra efna: Hver tafla inniheldur 5 mg úlipristal asetat. **Ábendingar:** Úlipristal asetat er ætlað til meðferðar á meðalsvæsnum til svæsnum einkennum vöðvaæxlis í legi hjá fulltíða konum á barneignaraldri á undan aðgerð. Úlipristal asetat er ætlað til meðferðar með hléum á meðalsvæsnum til svæsnum einkennum vöðvaæxlis í legi hjá fulltíða konum á barneignaraldri. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Meðganga og brjóstagjöf. Blæðing frá kynfærum af óþekktum orsökum eða öðrum orsökum en vöðvaæxli í legi. Leg-, legháls-, eggjastokka- eða brjóstakrabbamein. **Markaðsleyfishafi:** Gedeon Richter Plc. Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

[+] **Upplýsingar um verð og greiðsluþátttöku má finna á vef Lyfjagreiðslunefndar, sjá www.lgn.is.**

Umboðsmaður á Íslandi: Vistor hf., sími 535 7000

vistor

Xarelto 15 mg/20 mg filmuhúðaðar töflur
▼ 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 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, 05/2017.

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

HEILBRIGÐISSTOFNUN VESTURLANDS

Yfirlæknir - Heilsugæslustöðvar HVE á Akranesi

Auglýst er til umsóknar staða yfirlæknis Heilsugæslustöðvarinnar á Akranesi. Sérfræðimenntun í heimilislækningum er skilyrði ásamt staðgóðri reynslu af stjórnunarlegum verkefnum. Vaktskylda fylgir starfinu svo og þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta.

Lögð er áhersla á faglegan metnað, jákvæðni og sveigjanleika. Lipurð og áreiðanleiki í samskiptum eru skilyrði. Góðrar íslenskukunnáttu er krafist. Leitað er að áhugasömum einstaklingi sem er reiðubúinn að takast á við endurskipulag og þróun nútímalegrar þjónustu á heilsugæslusviði.

Áskilinn er réttur til að hafna umsóknum frá einstaklingum sem ekki teljast uppfylla framangreindar kröfur.

Umsóknarfrestur um starfið er til 2. október, 2017.

Umsóknareyðublað er að finna á heimasíðu Embættis landlæknis, *www.landlaeknir.is* undir flipanum útgefið efni. Umsóknninni þurfa að fylgja staðfestar upplýsingar um menntun, starfsleyfi og fyrri störf.

Umsóknir sendist Þóri Bergmundssyni, framkvæmdastjóra lækninga og rekstrar, Merkigerði 9, 300 Akranesi, eða á netfangið

thorir.bergmundsson@hve.is. Hann gefur jafnframt upplýsingar um starfið í síma 432 1000 eða í tölvupósti.

Heilsugæslustöðin er hluti af Heilbrigðisstofnun Vesturlands sem samanstendur af átta starfsstöðvum en nánari upplýsingar um stofnunina er að finna á *www.hve.is*

Þjónustusvæði heilsugæslustöðvarinnar er Akraneskaupstaður og Hvalfjarðarsveit og íbúafjöldi er um 7600. Á stöðinni starfa 29 starfsmenn auk 6 sjúkraflutningsmanna á bakvöktum. Þetta er 5 lækna stöð þar sem auk lækna eru hjúkrunarfræðingar í móttöku, ungbarna- og mæðravernd, heilsuvernd skólabarna og öðrum verkefnum sem heilsugæslusviði ber að sinna. Lögð er áhersla á teymisvinnu. Heilsugæslustöðin sinnir heimhjúkrun alla daga ársins. Sérfræðingur í barnalækningum, næringarfræðingur, sálfræðingar og iðjuþjálfi starfa í tengslum við heilsugæslustöðina. Auk þess starfar sérhæft teymi fagfólks við greiningu hegðunar- og þroskafrávika barna.

Akranes er stærsta bæjarfélagið á Vesturlandi með yfir 7.000 íbúa. Í bænum er góðir leikskólar og grunnskólar auk framhaldsskóla. Íþrótta- og tómstundarstarf er öflugt og frábær aðstaða er til útivistar, meðal annars 18 holu golfvöllur. Nánari upplýsingar um bæjarfélagið er að finna á *www.akranes.is*

▼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. **Inflectra 100 mg stofn fyrir innrennslisþykkni, lausn. Virkt efni**: infliximab er blendings manna-músa IgGl einstofna mótefni sem er myndað í músa blendingsæxlisfrumum með DNA samrunaerfðatækni. Ábendingar: **Iktsýki** gefið samhliða metotrexati - hjá fullorðnum sjúklingum með virkan sjúkdóm þegar svörun við öðrum gigtarlyfjum sem draga úr sjúkdómseinkennum (sjúkdómstemprandi gigtarlyfjum - DMARDs), þar með talið metotrexat, hefur ekki verið fullnægjandi.- hjá fullorðnum sjúklingum með alvarlegan, virkan og versnandi sjúkdóm sem hafa ekki áður verið meðhöndlaðir með metotrexati eða öðrum gigtarlyfjum (sjúkdómstemprandi gigtarlyfjum). **Crohns sjúkdómur hjá fullorðnum,** meðferð við miðlungs virkum eða mjög virkum Crohns sjúkdómi hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa ekki svarað þrátt fyrir fullnægjandi barkstera- og/eða ónæmisbælandi lyfjameðferð; eða hjá sjúklingum sem ekki þola þá meðferð eða slík meðferð er ekki viðeigandi af læknisfræðilegum ástæðum. Meðferð við fistilmyndandi, virkum Crohns sjúkdómi hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa ekki svarað þrátt fyrir fullnægjandi hefðbundna lyfjameðferð (þar með talið sýklalyf, afrennsli (drainage) og ónæmisbælandi lyfjameðferð). **Crohns sjúkdómur hjá börnum**, meðferð við alvarlegum virkum Crohns sjúkdómi hjá börnum og unglingum 6 til 17 ára sem hafa ekki svarað hefðbundinni meðferð þar með talið með barksterum, ónæmismótandi lyfjameðferð og næringarmeðferð; eða hjá sjúklingum sem ekki þola eða eru með frábendingar fyrir þannig meðferðum. Infliximab hefur eingöngu verið rannsakað í samsettri meðferð með hefðbundinni ónæmisbælandi meðferð. **Sáraristilbólga** Inflectra er ætlað til meðferðar við miðlungs virkri eða mjög virkri sáraristilbólgu (ulcerative colitis) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa ekki fengið nægilega góða svörun við hefðbundinni meðferð (að meðtöldum barksterum og 6-merkaptópúríni (6-MP) eða azatíópríni (AZA) og hjá sjúklingum sem ekki þola þá meðferð eða slík meðferð er ekki viðeigandi af læknisfræðilegum ástæðum. **Sáraristilbólga hjá börnum**, Inflectra er ætlað til meðferðar við mjög virkri sáraristilbólgu (ulcerative colitis) hjá börnum og unglingum á aldrinum 6 til 17 ára sem hafa ekki fengið nægilega góða svörun við hefðbundinni meðferð að meðtöldum barksterum og 6-merkaptópúríni (6-MP) eða azatíópríni (AZA) og hjá sjúklingum sem ekki þola þá meðferð eða slík meðferð er ekki viðeigandi af læknisfræðilegum ástæðum. **Hryggikt**, meðferð við alvarlegri, virkri hryggikt hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa ekki svarað hefðbundinni meðferð á fullnægjandi hátt. **Sóraliðagigt**, meðferð við virkri og framsækinni sóraliðagigt hjá fullorðnum sjúklingum, þegar ekki hefur fengist fullnægjandi svörun við fyrri sjúkdómstemprandi gigtarlyfjameðferð. Inflectra á að gefa í samsettri meðferð með metotrexati eða eitt og sér hjá sjúklingum sem þola ekki metotrexat eða hjá sjúklingum sem eiga ekki að nota metotrexat vegna frábendinga.**Psoriasis**, meðferð við miðlungs alvarlegum eða alvarlegum skellupsoriasis hjá fullorðnum sjúklingum sem svara ekki, mega ekki fá eða þola ekki aðra meðferð sem tekur til alls líkamans, þar með talið ciklósporín, metotrexat og psoralen útfjólublár geislar af gerð A (PUVA). **Frábendingar** Sjúklingar með sögu um ofnæmi fyrir infliximabi (sjá kafla 4.8), ofnæmi fyrir öðrum músapróteinum eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með berkla eða aðrar alvarlegar sýkingar eins og blóðsýkingu, ígerð og tækifærissýkingar. Sjúklingar með miðlungs alvarlegan til alvarlega hjartabilun (NYHA flokkur III/IV). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is. Markaðsleyfishafi:** Hospira UK Ltd. Ef óskað er eftir frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Alvogen HS, Sæmundargötu 15-19, 101 Reykjavík, sími 522 2900. **ATH. Textinn er styttur, sjá nánari upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is.**

Lokaorðin

Þröstur Haraldsson

Orð dagsins er gervigreind. Þar er greinilega allt að gerast. Tölvunarfræðingar glíma við þann vanda að kenna vélum að hugsa og læra eins og menn. Þeir sem ekki tilheyra þeirri stétt eru margir hverjir dálítið efins, jafnvel smeykir við þessa fögru nýju veröld sem upp er teiknuð. Í þeirri veröld virðist líka vera til heilbrigðiskerfi.

Í Danmörku er verið að gera tilraun með að kenna vélum að sjúkdómsgreina fólk[1]. Sjúkrahúsið í Horsens á Jótlandi hefur fengið leyfi til að safna saman ítarlegum rafrænum upplýsingum um 170.000 fullorðna íbúa upptökusvæðisins. Þar er að finna allt frá heimsóknum á göngudeildir eða innlögnum á spítala, samskiptum við heimilislækna til sjúkdómsgreininga og lyfjaútskrifta að ógleymdum upplýsingum frá félagsþjónustu sveitarfélagsins.

Í málgagni danskra lækna, *Ugeskrift for læger*, er haft eftir Mette Trøllund Rask sem er einn rannsakendanna að fyrsta verkefni tilraunarinnar sé að flokka fólk í áhættuflokka. Þegar slík flokkun liggur fyrir leggur tölvan til hugsanleg – æskileg – inngrip í líf og heilsufar íbúanna áður en þeir þyrftu ef til vill að leggjast inn á sjúkrahús. Blaðamaðurinn Line Felholt leikur sér ögn með þessa framtíðarsýn og sér fyrir sér tölvuskeyti sem gæti hljóðað svo:

„Kæri XX. Þú ert hér með boðaður í forvarnarmeðferð vegna hjartaáfallsins sem tölvan segir okkur að þú munir að öllum líkindum fá innan árs og leiðir örugglega til innlagnar á sjúkrahús."

80 milljón blaðsíður á sekúndu

Blaðamaðurinn bætir því við að sennilega væri sá læknir vandfundinn sem myndi senda svona skeyti til sjúklings. Tilraunin í Horsens ásamt öðrum rannsóknum sem nú eru gerðar um víða veröld gæti hins vegar breytt því. Ólíkt því sem læknar eiga að venjast eru þær rannsóknir ekki settar upp á hefðbundinn hátt með rannsóknarspurningu sem síðan er reynt að sanna eða afsanna. Þess í stað leita menn í Horsens að samhengi án þess að það tengist einhverri kenningu eða rannsóknarspurningu.

Gervigreind er ekki nýtt hugtak en það sem ýtir undir þróun þess núna er mikil og stöðug aukning afkasta í tölvum síðustu árin. Leitin að samhenginu styðst við þá ótrúlegu getu ofurtölvunnar að fletta 80 milljón blaðsíðum af fræðigreinum á sekúndu og rökstyðja niðurstöður sínar með tilvísunum til allra rannsókna sem fyrir liggja – að vísu eingöngu á ensku – á viðkomandi fræðasviði.

Þessi ofurgeta nýtist á ýmsan annan hátt, svo sem við lyfjaþróun með því að flýta verulega fyrir ýmsum tilraunum sem nú taka langan tíma í tilraunastofum lyfjafyrirtækja og sjúkrahúsa. Í danska blaðinu er haft eftir norskum prófessor í gervigreind að í stað hefðbundinna og tímafrekra tilrauna á stofu komi það sem hann nefnir „web trials" eða nettilraunir og spari ótrúlegan tíma.

Spurningar vakna

En þótt þarna sé bersýnilega eftir ýmsu að slægjast vakna vitaskuld hefðbundnar og sjálfsagðar siðrænar spurningar. Sú fyrsta er væntanlega: Og hvað eiga læknarnir að gera þegar tölvurnar hafa tekið yfir? Því miður geta þeir ekki alveg helgað sig golfinu því danska blaðakonan vitnar í rannsókn sem sýnir að tölvur gera fleiri mistök en fagfólkið[2]. Þegar tölvur og röntgenlæknar spreyttu sig á að leita að krabbameini í vef varð niðurstaðan sú að læknarnir gerðu mistök í 3,5% tilfella en tölvurnar í 7,5% tilfella. Besta útkoman varð þegar tölvur og menn unnu saman, þá voru mistökin aðeins 0,5%.

Þeir sem að þessum tilraunum standa segja líka að þess verði langt að bíða að tölvurnar verði látnar einar um að sjúkdómsgreina og meðhöndla fólk. Hugur og hönd læknisins verður vonandi aldrei óþörf. Hann getur heldur ekki skýlt sér á bak við tölvurnar og sagt: Computer says no.

En spurningarnar eru fleiri: Hefur heilbrigðiskerfið rétt á því að grípa inn í líf fólks með þeim hætti sem að ofan er lýst? Og á hinn veginn: Gerir læknir rétt í því að þegja þegar hann veit að sjúklingur hans er á hraðri leið inn í lífshættulegar aðstæður? Eða ber honum kannski skylda til að grípa í taumana? Óvissuþættirnir og gráu svæðin eru mörg í samskiptum lækna og sjúklinga, en þessar spurningar eiga eflaust eftir að verða ágengar þegar tækniþróunin leiðir saman lækna og tæki sem eiga að vita allt.

1. Ugeskrift Læger 179/15. 1284-8.
2. Dayong Wang, Aditya Khosla, Rishab Gargeya, Humayun Irshad, Andrew H. Beck. Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, CSAIL, Massachusetts Institute of Technology: Deep Learning for Identifying Metastatic Breast Cancer „eprint arXiv:1606.05718"

Rakel Dögg	Sigrún	Arna Mekkín	Elfa Björt	Edda	Katrín Klara	Jóhanna	Gígja	Magnea Freyja
sjúkraþjálfari	sjúkraþjálfari	sjúkraþjálfari	þroskaþjálfi	hjúkrunar-fræðingur	hjúkrunar-fræðingur	iðjuþjálfi	hjúkrunar-fræðingur	heilbrigðis-verkfræði



Fagmenntað fólk í þína þágu

Eirberg

Heilbrigðissvið
Medical & Healthcare

Á heilbrigðissviði Eirbergs á Stórhöfða 25 starfar hópur fólks með sérþekkingu og mikla reynslu. Heilbrigðismenntað starfsfólk býr yfir víðtækri fagþekkingu á vörum og búnaði en metnaður er lagður í að greina þarfir viðskiptavina og koma til móts við óskir þeirra. Við veitum heilbrigðisstofnunum, fagfólki og einstaklingum faglega ráðgjöf og góða þjónustu.

Við bjóðum fagfólki, og skjólstæðinga þeirra, velkomið í nýjan sýningarsal okkar staðsettan á Stórhöfða en þar eru til sýnis, og prófunar, mörg þau hjálpartæki og vörur sem heilbrigðissvið hefur upp á að bjóða. Sem áður bjóðum við einnig upp á að bóka tíma í lokuðum viðtalsherbergjum og í göngugreiningu sjúkraþjálfara í sérhönnuðu rými.

Markmið okkar eru að efla heilsu og auka lífsgæði, auðvelda störf og daglegt líf, stuðla að vinnuvernd og hagræði.

Heilbrigðissvið Eirbergs er staðsett að Stórhöfða 25 og er fagþjónusta veitt alla virka daga frá kl. 9:00 til 16:30. Tímapantanir eru í síma 569 3100.

Eirberg Heilsa, Stórhöfða 25 • Eirberg Lífstíll, Kringlunni 1. Hæð • Sími 569 3100 • eirberg.is

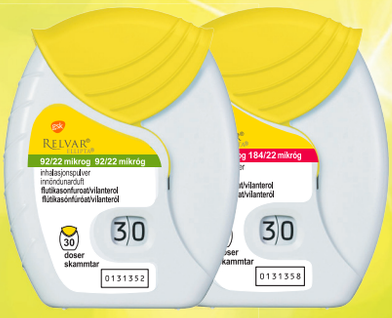
vistor
Umboðsaðili á Íslandi

gsk

Tökum á móti sumri



24 klst. verkun[1,2]



Notkun einu sinni á dag

Avamys bætir marktækt svefn og getu til daglegra athafna.[3, 4]

Algengustu aukaverkanir Avamys eru blóðnasir, sáramyndun í nefi og höfuðverkur.[1]

Relvar Ellipta veitir 24-tíma samfellda verkun með aðeins einum skammti[2] úr handhægu innöndunartæki sem sjúklingar kjósa.[5]

Algengustu aukaverkanir Relvar Ellipta eru höfuðverkur og nefkoksbólga. Aukin tíðni lungnabólgu og beinbrota sáust hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu. Relvar Ellipta ætti ekki að nota til meðferðar á bráðum astmaeinkennum eða versnunar á langvinnri lungnateppu.[2]

AVAMYS 27,5 míkrógrömm/úðaskammt,nefúði, dreifa
Heiti virkra efna: Hver úðaskammtur gefur 27,5 míkrógrömm af flútíkasónfúróati. **Ábendingar**: *Avamys er ætlað til notkunar hjá fullorðnum, unglingum og börnum (6 ára og eldri). Avamys er ætlað til meðferðar við einkennum ofnæmiskvefs.* **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi**: Glaxo Group Ltd. Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

Relvar Ellipta 92 míkróg/22 míkróg eða Relvar Ellipta 184 míkróg/22 míkróg, innöndunarduft, afmældir skammtar
Heiti virkra efna: Hver stök innöndun gefur skammt (skammt sem fer í gegnum munnstykkið) sem er 92 míkróg af flútíkasónfúróati og 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) eða 184 míkróg af flútíkasónfúróati og 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat). Þetta samsvarar afmældum skammti sem er 100 míkróg af flútíkasónfúróati og 25 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) eða 200 míkróg af flútíkasónfúróati og 25 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat).
Ábendingar: *Astmi:* Relvar Ellipta er ætlað til notkunar við reglulega astmameðferð hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri þegar notkun samsetts lyfs (langverkandi beta2-örva og barkstera til innöndunar) á við: Þegar ekki næst viðunandi stjórn á sjúkdómnum með barksterum til innöndunar og skjótvirkum beta2-örvum til innöndunar „eftir þörfum". *Langvinn lungnateppa* (aðeins Relvar Ellipta 92/22 míkróg): Relvar Ellipta er ætlað til meðferðar á einkennum langvinnrar lungnateppu hjá fullorðnum með FEV_1 <70% af áætluðu eðlilegu gildi (eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs) og sögu um endurtekna versnun, þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi**: Glaxo Group Limited. Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

IS/FFT/0001/17a ágúst 2017

Avamys®
flútíkasónfúróat

Heimildir
1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Avamys dags. 24.05.2017.
2. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Relvar Ellipta dags. 18.05.2017.
3. Vasar M *et al. Allergy Asthma Proc* 2008; 29(3): 313-321.
4. Fokkens WJ *et al. Allergy* 2007; 62: 1078–1084.
5. Svedsater H *et al. Prim Care Respir Med.* 2014;24:14019.

RELVAR® ELLIPTA®
(flútíkasónfúróat/vílanteról)