LÆKNABLAÐIÐ • 1. tbl. 104. árg. • Janúar 2018

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



2018; 104: 1-60

laeknabladid.is

1/2018

104. árgangur: 1-60

Xarelto®
rivaroxaban

BAYER

VÖRN GEGN HEILABLÓÐFALLI HJÁ SJÚKLINGUM MEÐ GÁTTATIF ÁN LOKUSJÚKDÓMS[1]

Sannreynd virkni og öryggi hjá sjúklingum með sögu um heilablóðfall/TIA[a,2]

52 % sjúklinga í lykilrannsókninni ROCKET AF höfðu áður fengið heilablóðfall/TIA[2]

Virkni og öryggi Xarelto hjá þeim sjúklingum voru í fullu samræmi við heildarniðurstöður ROCKET AF[2]



Vörn gegn heilablóðfalli með einni töflu á dag[b,1]

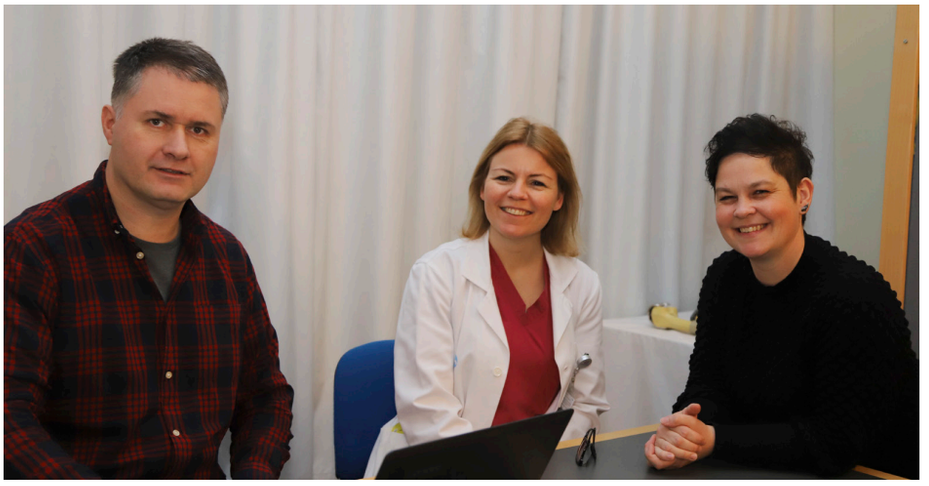
a. TIA: transient ischaemic attack = skammvinnt blóðþurrðarkast.
b. Xarelto 20 mg einu sinni á dag ef CrCl ≥ 50 ml/mín. Xarelto 15 mg einu sinni á dag ef CrCl er 15–49 ml/mín.

Heimildir: 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Xarelto. **2.** Hankey GJ, Patel MR, Stevens SR, *et al*. Rivaroxaban compared with warfarin in patients with atrial fibrillation and previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet Neurol* 2012;11:315–22.

XARD0091 – Bilbo

L.IS.MKT.09.2017.0149 September 2017

Sérlyfjatexti á bls. 56



LÍ bregst við #MeToo áskorun kvenna í læknastétt

Nefnd skipuð af stjórn Læknafélags Íslands að frumkvæði kvenna í læknastétt kom saman í fyrsta sinn í vikunni fyrir jól. Konur í læknastétt sem skrifað hafa undir #MeToo-yfirlýsingu á undanförnum vikum eru nær 1100 talsins. Í þeim hópi eru konur starfandi á Íslandi og erlendis auk læknanema bæði hér heima og erlendis.

Nefndinni er ætlað að fara yfir siðareglur LÍ og gera tillögur um að móta þær og aðlaga að þeim kröfum sem nú er uppi um samskipti kynjanna á vinnustöðum og tryggja að siðareglurnar séu aðgengilegar fyrir félagsmenn til að vekja athygli á þessu mikilvægi málefni.

Í nefndinni sitja Svanur Sigurbjörnsson læknir og formaður siðfræðiráðs LÍ, Sunna Snædal læknir, Ólöf Sara Árnadóttir læknir (frá vinstri til hægri á myndinni), María Soffía Gottfreðsdóttir læknir stjórnarmaður í LÍ og Áslaug Heiða Pálsdóttir læknir en þær sitja einnig í siðfræðiráði LÍ.

„Við erum að hittast í fyrsta sinn og eigum í sjálfu sér eftir að setja niður fyrir okkur hvernig við nálgumst þetta en segja má að stóra samhengið sé undir. Læknar vinna á mörgum stöðum og stofnunum þar sem aðstæður eru mismunandi frá einum stað til annars en sannarlega þurfa viðbrögð við kynferðislegri áreitni að vera skýr og ákveðin. En það er ýmislegt fleira í samskiptum kynjanna innan hinna ýmsu stofnana sem þarf að skoða og vekja athygli á. Þar erum við að tala um samskipti lækna á milli en einnig samskipti lækna við annað heilbrigðisstarfsfólk," segja nefndarmenn.

Skagaströnd, janúar 1918

Árið 1918 hófst með fádæma kuldakafla um land allt. Yfir 20 stiga frost í Reykjavík dag eftir dag og 30 stig fyrir norðan þar sem hafís lagðist að landi. Alla innfirði lagði og víða var gengt á ís þar sem sjaldan eða aldrei hafði frosið. Frostið sprengdi vatnsleiðslur og fréttir bárust af hrossum sem frusu í hel standandi í haga. Bátar lágu fastir við bryggju. Á sama tíma var vöruskortur sökum styrjaldarinnar og nauðþurftir seldar afarverði. Hún vakti því að vonum gleði í Blönduóslæknishéraði, einu 47 læknishéraða landsins, fréttin af innlyksa stórhvelum við Skagaströnd. Hvalirnir voru fastir við vök skammt innan kaupstaðarins en utan þeirrar fiskhelgi sem tilheyrði landeiganda samkvæmt rekabálki Jónsbókar.

Norðurland, tímarit sem var gefið út á Akureyri, greinir frá því að kaupmaðurinn í Höephnerverslun á Skagaströnd, Carl Berndsen, hafi ásamt þrjátíu sjómönnum og öðrum kaupstaðarbúum unnið á tveimur hnúfubakstörfum sem síðan voru dregnir upp á ísinn. Við drápið voru notuð lagvopn, skutull og annað, smíðuð af Brynjólfi Lýðssyni ábúanda á Ytri-Ey. Verslunarstjórinn Evald Hemmert tók myndina af hvalnum liggjandi á ísnum með Spákonufell í baksýn. Þaninn kviðurinn snýr upp og menn að undirbúa skurð því flensihnífur er kominn á loft. Fólk kom víða að framan úr sveitum til að kaupa spik og rengi og þó að hvalurinn hafi verið seldur afar ódýrt varð hlutur-inn yfir 300 krónur. Samtímaheimild segir annan hvalinn 40 álnir (25 metra) og hinn 50 (31 metra). Menn hafa getið sér þess til að hvor hvalur hafi gefið af sér nálægt 6000 krónum. Á sama tíma lá tillaga fyrir Alþingi um að hækka árslaun héraðslækna í 2500 krónur.

Hnúfubakur (*Megaptera novaeangliae*) er skíðishvalur, (getur orðið 90 ára og 35 tonn) syndir fremur hægt og heldur sig nálægt landi. Þeir voru því auðveld bráð og fækkaði verulega með aukinni veiði. Hnúfubakur var alfriðaður árið 1955 og er í dag tiltölulega algengur og sýnilegur við Íslandsstrendur.

Myndin er birt með leyfi Sigurðar Hrafns Þórólfssonar.

Anna Þorbjörg Þorgrímsdóttir

Læknablaðið hefur fengið Önnu Þorbjörgu Þorgrímsdóttur til liðs við sig til að velja og skrifa um kápumyndir á 104. árgang blaðsins í tilefni 100 ára afmælis Læknafélags Íslands. Myndirnar tengjast þeim efnum sem verða í brennidepli afmælisgreina hvers tölublaðs.

Mynd janúarblaðsins er tekin nánast á þeim degi þegar félagið var stofnað, 14. janúar frostaveturinn mikla 1918.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

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

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Hávar Sigurjónsson
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

1. tölublað • 104. árgangur • 2018

LEIÐARAR



7

Landinu og læknum til gagns og blessunar í 100 ár

Reynir Arngrímsson

Læknafélag Íslands var stofnað 14. janúar 1918 og heldur upp á 100 ára afmæli sitt í mánuðinum. Stofnfélagar voru 34. Um árangur íslenskra lækna og frumkvæði þeirra við skipulagningu heilbrigðisþjónustunnar á þeim 100 árum sem liðin eru þarf vart að fjölyrða.



9

Eru konur betri læknar en karlar?

Elsa B. Valsdóttir

Í safngreiningu var niðurstaðan sú að kvenkyns læknar notuðu fleiri samskiptaleiðir sem ýttu undir sjúklingamiðaða meðferð en karlkyns læknar og eyddu meiri tíma með sjúklingunum sínum. Konur eru einnig líklegri til að fylgja klínískum leiðbeiningum og sinna forvörnum.

FRÆÐIGREINAR

11

Aðalheiður Rán Þrastardóttir, Fríða Rún Þórðardóttir, Jóhanna Torfadóttir

Verkferlar í tengslum við fæðuofnæmi og fæðuóþol í leikskólum Reykjavíkurborgar

Rannsóknin sýndi að nær allir leikskólar í Reykjavík voru með börn með fæðuofnæmi eða fæðuóþol og um helmingur þeirra voru með börn með bráðaofnæmi. Algengi fæðuofnæmis var 5%, byggt á læknisvottorðum. Þetta er hærra algengi en fyrri rannsóknir sýna að sé á Norðurlöndunum en okkar rannsókn byggir á að börnin hafi vottorð frá lækni um greiningu á fæðuofnæmi en aðrar rannsóknir byggja á húðprófum, blóðprófum og/eða tvíblindum þolprófum. Alþjóðleg rannsókn sem kannaði algengi fæðuofnæmis með fæðuþolsprófi í 89 löndum sýndi að algengi fæðuofnæmis meðal 0-5 ára barna var allt frá 1% í Tælandi til 10% í Ástralíu.

19

Albert Páll Sigurðsson

Segabrottnám við brátt blóðþurrðarslag er mesta framför í læknisfræði í áraraðir

Erum við tilbúin til að veita slíka meðferð á Íslandi?

Segabrottnám við brátt blóðþurrðarslag er eitt mesta framfaraskref í æðalækningum í áraraðir. Meðferðin er flókin, nána samvinnu þarf milli mismunandi sérgreina. Innæðalæknar þurfa að vera í náinni samvinnu við slaglækna. Meðferðin krefst skipulagsbreytinga, sennilega með auknum mannafla og kostnaði. Fjarlækningar auka gjöf segaleysandi meðferðar við brátt blóðþurrðarslag og vegna tækniframfara er auðveldara að veita slíka þjónustu, en hins vegar þarf að ryðja ýmsum hindrunum úr vegi þannig þær geti orðið að veruleika.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 100 ÁRA

27

Jón Ólafur Ísberg

Um sögu Læknafélags Íslands, í tilefni 100 ára afmælis

Á síðasta áratug 19. aldar voru starfandi 50 læknar á landinu. Hver hafði sitt hérað, yfirleitt eina sýslu eða bæjarfélag, en nokkrir störfuðu sem aukalæknar, voru í afleysingum eða önnuðust hluta af héraði fyrir héraðslækninn, og síðan voru kennarar við læknaskólann. Læknar höfðu ekki með sér neitt félag, ekki frekar en aðrir hópar eða starfsstéttir.



30

Sigurbjörn Sveinsson

Læknadagar alla daga

Allir dagar lækna eru „læknadagar“. Skyldan til kennslu og menntunar er tímalaus og án landamæra. Læknadagar Læknafélags Íslands verða vonandi aldrei „barn síns tíma“ og verða í sífelldri þróun eins og raunin hefur orðið.



UMFJÖLLUN OG GREINAR



34

„Afmælisþráður í dagskrá Læknadaganna“

- segir Jórunn Atladóttir formaður Fræðslustofnunar LÍ

Hávar Sigurjónsson

„Fyrsti dagurinn er helgaður afmæli LÍ með hátíð og skemmtun í Eldborgarsal Hörpu. Síðan verður sögu LÍ gerð skil með málþingi um konur í læknastétt í 100 ár og með málþingi í minningu þess að 100 ár verða liðin frá Spænsku veikinni.“

47
Árshátíð LÍ

50
Afmælisdagskrá LÍ í Hörpu 15. janúar

52
Dagskrá Læknadaga 15.-19. janúar

58
100 ára afmælisdagskrá Læknafélags Íslands 2018



36

Afleiðingar rangrar klukku eru margvíslegar

- segja sérfræðingar um dægursveiflu, svefn og líkamsklukku

Hávar Sigurjónsson

Breyting á klukkunni úr sumartíma yfir í réttan tíma miðað við hnattstöðu Íslands, svokallaðan vetrartíma, hefur verið til umræðu í haust. *Læknablaðið* fékk sérfræðinga sem rannsakað hafa mikilvægi og áhrif dægursveiflu og svefns á heilsu fólks til að ræða þetta eftir að Nóbelsverðlaun í læknavísindum á þessu ári voru veitt fyrir rannsóknir á þessu sviði.





48

Eru læknar læknum verstir?

FAL heldur málþing á Læknadögum helgað læknum

Guðrún Ása Björnsdóttir, Agnar H. Andrésson

43

Andlátsfregn

40

Minningar um Jón Steffensen

Tryggvi Ásmundsson

Þótt Jón væri hættur störfum við Háskólann sat hann ekki aðgerðarlaus. Hann safnaði munum fyrir Læknaminjasafnið og vann að skrásetningu þeirra.



46

Genfar-yfirlýsing Alþjóðalæknafélagsins

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



33

Fjármögnun heilbrigðisþjónustu með sjúkratryggingum

Ólafur Ó. Guðmundsson

Fjármögnunin er flókið úrlausnarefni og löngu tímabært að draga úr þeim ófyrirsjáanleikum sem fjárlagamiðuð fjármögnun stjórnvalda felur í sér.

LÖGFRÆÐI 25. PISTILL



42

Fyrstu siðareglur lækna og fyrstu lög Læknafélags Íslands

Dögg Pálsdóttir

Hinn 14. janúar 2018 fagna læknar þeim merka áfanga að félagsskapur þeirra verður aldargamall.

45

Kári Stefánsson fékk viðurkenningu Bandaríska mannerfðafélagsins

Hávar Sigurjónsson

48

Einar Stefánsson heiðraður fyrir augnrannsóknir

Hávar Sigurjónsson

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

Alvogen

Hospira
A Pfizer Company

Sérlyfjatexti á bls. 57

The Icelandic Medical Association celebrating 100th year anniversary 2018

Reynir Arngrímsson, MD, PhD
Professor of Clinical Genetics/Genetic Medicine, University of Iceland
Dept. Genetics and Molecular Medicine
Landspítali University Hospital, 101 Reykjavík

President of the Icelandic Medical Association

https://doi.org/10.17992/lbl.2018.01.166

RITSTJÓRNARGREIN



Reynir Arngrímsson

erfðalæknir á Landspítala

formaður Læknafélags Íslands

reynirar@landspitali.is

Landinu og læknum til gagns og blessunar í 100 ár

Læknafélag Íslands var stofnað 14. janúar 1918 og heldur upp á 100 ára afmæli sitt í mánuðinum. Stofnfélagar voru 34. Í fyrstu stjórn félagsins voru kosnir Guðmundur Hannesson, Guðmundur Magnússson og Sæmundur Bjarnhéðinsson. Varamaður í stjórn var Matthías Einarsson. Frá Vestfirðingafjórðungi Halldór Steinsen, í Norðlendingafjórðungi Steingrímur Matthíasson, í Austfirðingafjórðungi Georg Georgsson. Í *Læknablaðinu* frá þessum tíma má lesa:

> *„Um það skal engu spáð, hversu félagi voru farnast, hvert gagn það getur unnið bæði læknastéttinni og landinu, en eins dæmi væri það áreiðanlega, ef það yrði ekki báðum til gagns og blessunar. Í öllum menningarlöndum hafa læknar komið á fót föstum félagsskap og skipulagi sín á milli, og fleiri eða færri málgögnum til að ræða sín mál. Og hvervetna, undantekningarlaust, að eg hygg, hefir þetta komið að bestu notum. Ólíklegt er það, að vér verðum eina undantekningin, að oss gefist betur sundrung og sinnuleysi en „organisation" og áhugi.*
>
> *Mitt í öllum harðindunum, þrátt fyrir alla dýrtíð og styrjöld, byrja nú íslenskir læknar árið með þessari félagsstofnun, víllausir og alls ósmeikir, til þess að búa betur í haginn fyrir komandi ár.*
>
> *Illviðri og hvers konar óáran bitnar ekki síst á íslenskum læknum og engir sjá meira af hvers konar eymd og volæði. Þeir hafa þó ekki gugnað til þessa, og eitthvað meira mun þurfa til þess að draga úr þeim kjarkinn en þessi illviðri og óáran, sem nú gengur yfir."*[1]

Um árangur íslenskra lækna og frumkvæði þeirra við skipulagningu heilbrigðisþjónustunnar á þeim 100 árum sem liðin eru þarf vart að fjölyrða. Grunnmenntun í læknisfræði hafa flestir læknar fengið í læknadeild HÍ sem í öllum samanburði stendur jafnfætis því sem best gerist og ber glöggt vitni um framsýni forystumanna í læknastétt. Framhaldsmenntun hafa læknar sjálfir þurft að kosta og skipuleggja erlendis allt fram á þennan dag og nú að nokkru leyti hérlendis. Þannig má fullyrða að eigið framtak, frumkvæði og áræði íslenskra lækna á síðastliðnum hundrað árum hafi stuðlað að heilbrigði þjóðarinnar eins og við þekkjum það í dag.

Að tryggja viðunandi mönnun lækna er viðkvæmt ferli og lítið má út af bera ef tryggja á landsmönnum grunnheilbrigðisþjónustu. Skammsýnar ákvarðanir stjórnvalda og stjórnenda heilbrigðisstofananna án aðkomu og faglegrar samvinnu við lækna og félaga þeirra er hættuleg þróun. Ábendingar Embættis landlæknis og Umboðsmanns Alþingis og niðurstöður dómsmála í mannauðsmálum helstu heilbrigðisstofnana landsins sem lúta meðal annars að stjórnsýslu þeirra gagnvart læknum, eru áhyggjuefni. Ekki síður viðbrögð stjórnendanna við þessum áfellisdómum. Því miður verður ekki komist hjá því að nefna þetta á þessum tímamótum því fram til þessa hefur lengst af á þeim 100 árum sem LÍ hefur staðið vörð um hagsmuni lækna og stuðlað að framförum á landsvísu í heilbrigðismálum og eflingu sjúkrastofnana ríkt gagnkvæmt traust á milli lækna og stjórnvalda og ef sagan hefur kennt okkur eitthvað þá hefur það verið þjóðinni til gagns og blessunar.

Stofnun LÍ bar upp á frostaveturinn mikla þegar mesta frost sem vitað er um á landinu mældist, -34,5 stig. Þetta var árið sem Katla gaus og spænska veikin varð heimsfaraldur og Ísland varð fullvalda. Í Reykjavík veiktust um 63% íbúa og á fyrstu 6 vikunum frá því hún barst til landsins höfðu tæplega 500 manns látist. Dánarhlutfall var hæst á meðal ungra barna, fólks á aldrinum 20-40 ára og aldraðra. Einnig urðu barnshafandi konur illa úti.[2]

Það var því vel við hæfi að afmælisnefnd LÍ valdi að læknirinn og umhverfið yrði þema afmælisársins 2018. Áhrif loftslagsbreytinga á heilsufar og lífsviðurværi mannkyns snertir lækna og allan almenning og bregðast verður við þessari umhverfisvá. Umræður og skilningur er grundvöllur aðgerða. Í janúar býðst læknum og almenningi að taka þátt í afmælisdagskrá í Hörpu þann 15. janúar næstkomandi þar sem fjallað verður um þetta efni frá sjónarhorni lækna.

Við endurskoðun Genfar-yfirlýsingar lækna síðasta haust var samþykkt að bæta við grein um mikilvægi þess að læknar sinntu heilsu sinni og heilbrigði í lífsháttum.[3] Trú þessum tilmælum Alþjóðalæknasamtakanna og til eflingar félagsanda og samtakamáttar verður fjölbreytt gleðidagskrá fyrir lækna og fjölskyldur þeirra allt afmælisárið eins og sjá má á öðrum stað í blaðinu. Ég óska læknum öllum til hamingju með sitt síunga félag, megi það verða þeim og landinu áfram til gagns og blessunar.

Heimildir

1. Hannesson G. Læknafélag Íslands. Læknablaðið 1918; 4: 1-2.
2. Gottfreðsson M. Spænska veikin á Íslandi 1918. Lærdómur í læknisfræði og sögu. Læknablaðið 2008; 94: 737-45.
3. World Medical Association Declaration of Geneva. wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/ - desember 2017. Sjá íslenska þýðingu Genfar-yfirlýsingarinnar á blaðsíðu 46 í þessu tölublaði.

ELIQUIS

Meðferð við gáttatifi



[1]**Granger VB et al. N Engl J Med. 2011:365:981-992**

Sjá samantekt á eiginleikum lyfs

Ábendingar: Eliquis 2,5 mg: Forvörn gegn blóðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. **Eliquis 2,5 mg og 5 mg:** Forvörn gegn heilaslagi og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilslag eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýsting, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II). Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE), og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum.

PFI-17-09-02 / PP-ELI-DNK-0080
September 2017

Eliquis
Apixaban

Bristol-Myers Squibb Pfizer

Sérlyfjatexti á bls. 57

Are women better doctors than men?

Elsa B. Valsdóttir
Surgeon at Univeristy Hospital of Iceland
Assistant professor, Faculty of Medicine, Univeristy of Iceland

Member of the editorial board of the Icelandic Medical Journal

https://doi.org/10.17992/lbl.2018.01.167

RITSTJÓRNARGREIN



Elsa B. Valsdóttir

skurðlæknir á Landspítala

situr í ritstjórn *Læknablaðsins*

elsava@landspitali.is

Eru konur betri læknar en karlar?

Á þessu ári hafa birst tvær greinar í virtum vísindatímaritum sem gefa til kynna að mögulega séu konur betri læknar en karlar.

Í febrúar birti *JAMA* grein þar sem skoðaðar voru útkomur sjúklinga úr Medicare kerfinu í Bandaríkjunum (65 ára og eldri) eftir því hvort lyflæknirinn þeirra (*general internist*) var kona eða karl.[1] Yfir ein og hálf milljón innlagna voru skoðaðar í handahófskenndu úrtaki og sérstaklega skráð dánartíðni og tíðni endurinnlagna. Í ljós kom að dánartíðni sjúklinga kvenkyns lækna var marktækt lægri en þeirra sjúklinga sem höfðu karlkyns lækni, 11,07% á móti 11,49%, p<0,01, eða hlutfallsleg áhættuminnkun upp á 4%. Það sama gilti um endurinnlagnir, 15,02% á móti 15,57%, p<0,01.

Í október birtist grein í *British Medical Journal* frá háskólanum í Toronto, Kanada, þar sem skoðaðar voru útkomur 104.630 sjúklinga eftir skurðaðgerðir.[2] Þegar búið var að leiðrétta fyrir þáttum tengdum sjúklingum, skurðlæknum og spítölum stóð eftir að dánartíðni sjúklinga í valaðgerð sem höfðu konu sem skurðlækni var marktækt lægri en þeirra sem höfðu karl sem skurðlækni, 11,1% á móti 11,6%, hlutfallsleg áhættuminnkun 12%.

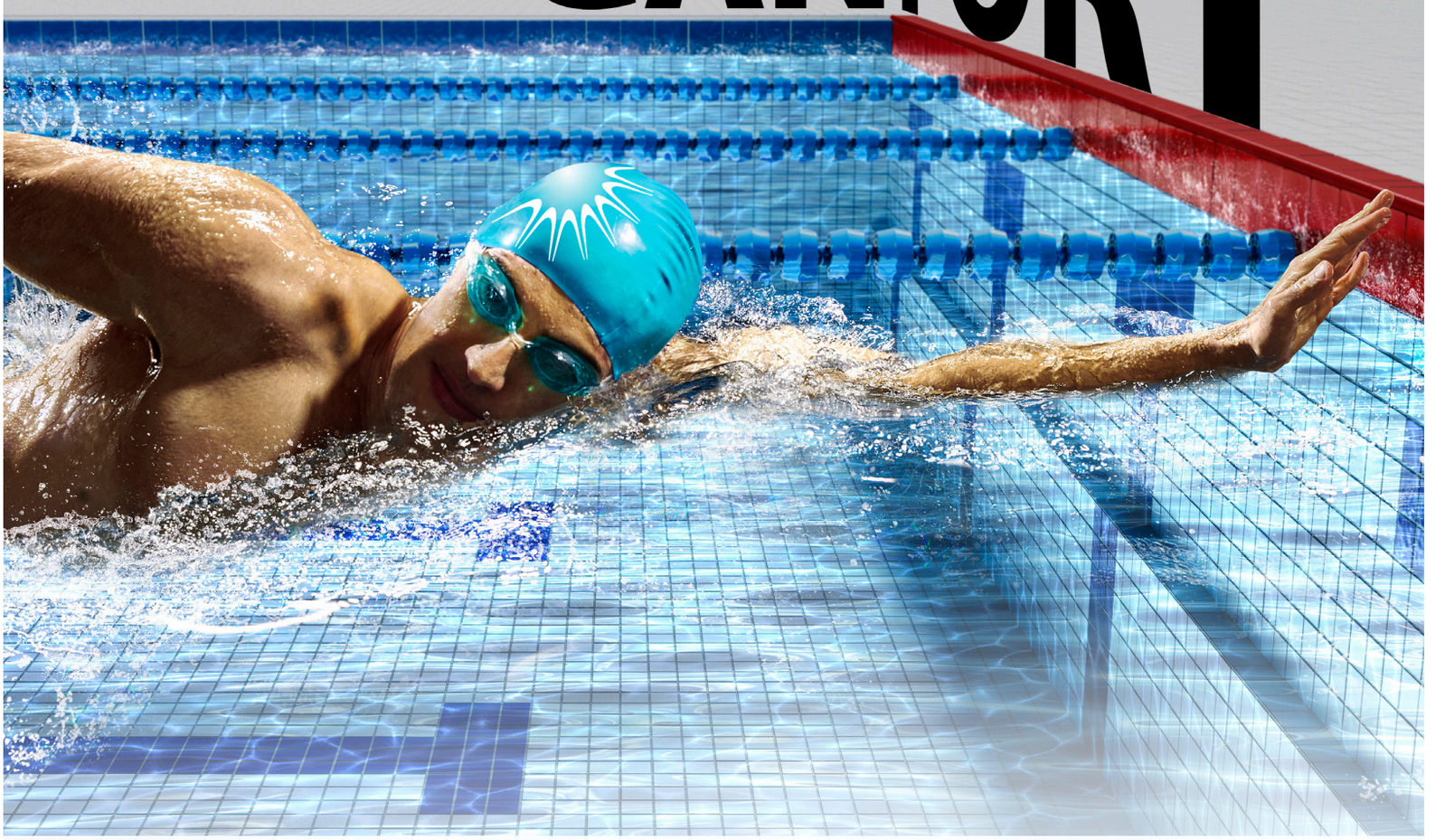
Af hverju er verið að rannsaka þetta? Atferlisfræðilegar rannsóknir hafa sýnt með vísindalegum hætti að konur og karlar hegða sér ekki eins – þó það megi að sjálfsögðu deila um hver ástæðan fyrir því sé. Í samtali almenns eðlis eru konur líklegri til að segja meira frá sjálfum sér, hafa hlýrra viðmót, hvetja aðra til að tjá sig og draga markvisst úr eigin stöðu til að ná jafnræði við þann sem þær tala við. Þá hefur verið spurt: skilar þessi munur sér í því hvernig konur og karlar stunda læknisfræði eða hverfur þessi munur í þeirri myllukvörn sem læknanámið er? Svarið við því er að munurinn heldur sér. Árið 2002 kom út safngreining sem skoðaði 29 greinar þar sem þetta var rannsakað og niðurstaðan var sú að kvenkyns læknar notuðu fleiri samskiptaleiðir sem ýttu undir sjúklingamiðaða meðferð (*patient centered care*) en karlkyns læknar og eyddu meiri tíma með sjúklingunum sínum.[3] Konur eru einnig líklegri til að fylgja klínískum leiðbeiningum og sinna forvörnum.

Þá liggur beint við að spyrja næst: hefur þetta einhverja klíníska þýðingu? Nú virðist svarið við þeirri spurningu vera já. Munurinn er kannski ekki mikill en óneitanlega til staðar. En hvað eigum við að gera við þessar niðurstöður? Eftir áratuga innrætingu á því að konur og karlar séu jafnhæf til allra verka erum við sem samfélag tilbúin til að ræða það að kannski sé annað kynið hæfara til sumra starfa en hitt eða að minnsta kosti þurfi annað kynið mögulega að tileinka sér eiginleika í fari hins til að ná sem bestum árangri? Og hvað myndum við gera ef niðurstöðurnar hefðu verið á hinn veginn, að sjúklingum kvenkyns lækna farnaðist almennt verr en karlkyns lækna? Hvers konar umræðu myndi það koma af stað? Ég þykist ekki hafa svörin við þessum spurningum þó ég þykist vita að allir séu sammála um að ekki sé ástæða til að útiloka karlkynið frá því að stunda læknisfræði. Ég held hins vegar að við ættum að meðtaka þessar niðurstöður og leyfa okkur að segja að við, læknirinn sem einstaklingur, erum mikilvæg breyta í því flókna umhverfi sem nútíma heilbrigðiskerfi er. Við höfum rannsakað endalaust hvaða þættir sem snerta sjúklinginn skipta máli varðandi útkomur, þættir sem snerta heilbrigðisstofnanir, svo ekki sé talað um rannsóknir á lyfjum og tækjum. Niðurstöður þessara tveggja rannsókna ættu að hvetja okkur til að beina sjónum að okkur sjálfum, því hvernig við vinnum og ekki síst hvernig við ölum upp unga fólkið sem eru læknar framtíðarinnar. Engir af þeim þáttum sem taldir voru upp hér að ofan, sem greina kvenkyns lækna frá karlkyns læknum, eru í raun bundnir kyni heldur einhverju sem hægt er að læra, meðal annars í samskiptafræði. Ef við gerum sömu vísindalegu kröfur til framkomu okkar sjálfra og við gerum til meðferðarúrræðanna sem við ráðleggjum, mun sjúklingum okkar allra farnast betur.

Heimildir

1. Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. JAMA Intern Med 2017; 177: 206-13.
2. Wallis CJ, Ravi B, Coburn N, Nam RK, Detsky AS, Satkunasivam R. Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population based matched cohort study. BMJ 2017; 359: j4366.
3. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effect in medical communication: a meta-analytic review. JAMA 2002; 288: 756-64.

PRÓFAÐU GANFORT



Þegar meðferðarmarkmið næst ekki með einlyfjameðferð[1]

Hver einasti mmHg skiptir máli[2]

GANfort®

(bimatoprost/timolol) augndropar, lausn 0,3+5 mg/ml

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) fyrir Ganfort augndropa, lausn:

GANFORT 0,3 mg/ml + 5 mg/ml augndropar, lausn. **Virkt innihaldsefni:** Hver ml af lausn inniheldur 0,3 mg bimatoprost og 5 mg timolol (sem 6,8 mg timololmaleat). **Ábendingar:** Til að lækka augnþrýsting hjá fullorðnum sjúklingum með gleiðhornsgláku (open-angle glaucoma) eða hækkaðan augnþrýsting, sem svara ekki nægilega vel meðferð með beta-blokkandi augnlyfjum eða prostaglandinhliðstæðum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu / virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Teppusjúkdómur í öndunarvegum (reactive airway disease), þ.e. astmi eða saga um astma, alvarlegur langvinnur teppulungnasjúkdómur. Gúlshægsláttur, sjúkur sínushnútur, leiðslurof í gáttum, annarrar eða þriðju gráðu gáttasleglarof án gangráðs. Greinileg hjartabilun, hjartalost. **Markaðsleyfishafi:** Allergan Pharmaceuticals Ireland. **Fyrir frekari upplýsingar um lyfið má hafa samband við Actavis Pharmaceuticals Iceland ehf., Dalshrauni 1, 220 Hafnarfjörður, sími 550 3300, www.actavis.is. Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 1. júní 2017. *Október 2017.* **Nálgast má upplýsingar um Ganfort, fylgiseðil lyfsins og gildandi samantekt á eiginleikum þess á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is**

Actavis 710132

UMBOÐSAÐILI Á ÍSLANDI: Actavis

Allergan

Heimildir. 1: Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Ganfort® dags. 1. júní 2017. 2: Leske MC et al. Arch Ophthalmol 2003; 121: 48-56.

Verkferlar í tengslum við fæðuofnæmi og fæðuóþol í leikskólum Reykjavíkurborgar

Aðalheiður Rán Þrastardóttir[1] lýðheilsufræðingur, **Fríða Rún Þórðardóttir**[2] næringarráðgjafi og næringarfræðingur, **Jóhanna Torfadóttir**[1,3] næringar- og lýðheilsufræðingur

ÁGRIP

Inngangur: Markmið rannsóknarinnar var að kanna algengi fæðuofnæmis og fæðuóþols hjá börnum á leikskólum Reykjavíkurborgar og hversu vel leikskólar standa að því að hafa umhverfi barna með fæðuofnæmi sem öruggast.
Efniviður og aðferðir: Spurningalisti útbúinn fyrir þessa rannsókn var sendur til 65 leikskóla Reykjavíkurborgar árið 2014. Svör fengust frá 49 leikskólum (75%) með 4225 börn. Algengi fæðuofnæmis og fæðuóþols var metið út frá fjölda læknisvottorða sem afhent voru til leikskólanna. Lýsandi tölfræði var notuð til að meta hvort ferlar væru til staðar fyrir börn með fæðuofnæmi/-óþol á leikskólum og hvort þeir tengdust menntun leikskólastjóra, menntun starfsmanns í eldhúsi og fjölda barna á leikskólanum.
Niðurstöður: Algengi fæðuofnæmis og fæðuóþols var 5%, bráðaofnæmis 1% og fjölfæðuofnæmis 1% samkvæmt læknisvottorðum. Mjólkuróþol var algengast (2%) en þar næst mjólkurofnæmi (2%) og eggjaofnæmi (1%). Allir leikskólar nema einn voru með börn með fæðuofnæmi og/eða -óþol. Tæpur helmingur leikskólanna (41%) var með viðbragðsáætlun til að fara eftir ef barn skyldi fyrir slysni fá ofnæmisvaka með fæðunni. Aðeins 55% leikskóla með barn með bráðaofnæmi sögðu allt starfsfólk sitt þekkja einkenni ofnæmiskasts og aðeins 64% þeirra sögðu starfsfólk sitt upplýst og þjálfað í viðbrögðum við ofnæmiskasti. Engin marktæk tengsl voru á milli menntunar leikskólastjóra, starfsmanns í eldhúsi og fjölda barna á leikskóla og hvernig staðið var að málum barna með fæðuofnæmi/-óþol.
Ályktun: Fimm prósent leikskólabarna í rannsókninni voru með fæðuofnæmi og/eða fæðuóþol í Reykjavík. Í 59% leikskóla skorti viðbragðsáætlun í tengslum við fæðuofnæmi.

Inngangur

Algengi fæðuofnæmis hjá evrópskum börnum á aldrinum 0-18 ára spannar allt frá 2-28% á árunum 2003-2005.[1-3] Munur á aðferðum rannsakenda við upplýsingaöflun á hvort fæðuofnæmi sé til staðar er mikill. Í sumum tilvikum er algengi fæðuofnæmis byggt á frásögn foreldra en í öðrum tilvikum á húðprófi, blóðprófi og/eða tvíblindum þolprófum.[3-5] Íslensk rannsókn á 0-1 árs börnum staðfesti fæðuofnæmi hjá 1,9% íslenskra barna með tvíblindu þolprófi (IgE-miðlað fæðuofnæmi) en rannsóknin var gerð á árunum 2005 til 2008.[6] Til samanburðar sýndi dönsk rannsókn á þriggja ára börnum fyrir aldamótin að 3,4% barna voru með fæðuofnæmi en algengið lækkaði í 1,2% við 6 ára aldurinn, greint með tvíblindu þolprófi.[7]

Þegar einstaklingar eru með ofnæmi fyrir tveimur eða fleiri fæðutegundum kallast það fjölfæðuofnæmi (*multiple food allergy*). Í danskri rannsókn þar sem börnum var fylgt eftir frá fæðingu til 6 ára aldurs greindust 3,7% barna með fjölfæðuofnæmi greint með þolprófi.[8] Í daglegu tali eru þeir sem eiga á hættu að fá ofnæmislost sagðir vera með bráðaofnæmi. Helsta ástæða ofnæmislosts (*anaphylaxis*) er neysla fæðutegundar (33%).[9] Hjá börnum má einnig rekja meirihluta tilfella (56-84%) ofnæmislosts til fæðuofnæmis.[10-12] Áströlsk rannsókn sem skoðaði innkomur á bráðamóttöku barna vegna ofnæmislosts greindi frá því að flest tilvik (48%) verða á heimili barnsins en næst algengasti staðurinn er skólinn og daggæslan (9%).[13] Ofnæmislost geta verið banvæn en það er sjaldgæft.[10,13] Það er því nauðsynlegt að gerð sé viðbragðsáætlun um hvernig bregðast skuli við ofnæmiskasti barns hjá aðilum/stofnunum sem bera ábyrgð á börnum á dagvinnutíma.[14]

Þegar fjallað er um fæðuóþol á það oftast við um mjólkuróþol og glútenóþol. Mjólkuróþol stafar af því að einstaklingur getur ekki brotið niður mjólkursykur í meltingakerfinu[15] en glútenóþol er sjálfsofnæmissjúkdómur.[16]

Í rannsókn sem meðal annars var gerð á Íslandi kom fram að starfsfólk grunnskóla í Reykjavík er almennt meðvitaðra um fæðuofnæmi en starfsfólk skóla hinna landanna 7 sem tóku þátt í rannsókninni. Þannig greindu 85% íslensku skólanna (n=11) frá því að starfsfólk sitt væri frætt um einkenni fæðuofnæmis. Einnig höfðu 44% (n=4) grunnskólanna frætt starfsfólk sitt um hvernig ætti að lesa innihaldslýsingar og 91% skólanna (n=10) voru með adrenalínpenna á staðnum. Aðgerðaráætlun við alvarlegu ofnæmisviðbragði í skólum var til staðar í 67% tilvika (n=8) þar sem gert er ráð fyrir að starfsmaður geti notað adrenalínpenna. Stjórnendur fjögurra skóla vildu hins vegar að annaðhvort væri hringt í foreldrana eða á sjúkrabíl í stað þess að nota adrenalínpenna.[17]

[1]Miðstöð í lýðheilsuvísindum Háskóla Íslands, [2]Landspítala, [3]Háskóla Íslands.
Fyrirspurnum svarar Jóhanna Torfadóttir, *jet@hi.is*

https://doi.org/10.17992/lbl.2018.01.168

Greinin barst til blaðsins 16. júní 2017, samþykkt til birtingar 3. desember 2017.

Tafla I. *Upplýsingar um fæðuofnæmi og fæðuóþol á leikskólum Reykjavíkurborgar, sumar og haust 2014.*

	Fjöldi	(%)
Fjöldi leikskóla	49	
Leikskólar með barn/börn með fæðuofnæmi/-óþol	48	98
Leikskólar með barn/börn með bráðaofnæmi	22	45
Leikskólar með barn/börn með fjölfæðuofnæmi	26	53
Fjöldi barna	4225	
Börn með fæðuofnæmi/-óþol	213	5
Börn með bráðafæðuofnæmi	41	1
Börn með fjölfæðuofnæmi	47	1

Aðeins börn með læknisvottorð voru skilgreind með ofnæmi/óþol og bráðaofnæmi í rannsókninni.

Höfundar vita ekki til þess að rannsóknir hafi verið gerðar á Íslandi sem sýna hvernig staðið er að málefnum barna með fæðuofnæmi/-óþol innan leikskóla.

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna algengi fæðuofnæmis og fæðuóþols hjá börnum í leikskólum Reykjavíkur. Einnig var markmið rannsóknarinnar að kanna hversu vel leikskólar tryggja að umhverfi barna með fæðuofnæmi og/eða -óþol sé öruggt. Að lokum var kannað hvort innri þættir leikskólans hefðu áhrif á öryggi barna með fæðuofnæmi, svo sem menntun leikskólastjóra, starfsmanns í eldhúsi og fjöldi barna á leikskólanum.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var lýsandi þversniðsrannsókn, framkvæmd á tímabilinu júní til september árið 2014. Hún var samþykkt af vísindasiðanefnd Íslands (VSNb2014050004/03.07.) og tilkynnt til Persónuverndar.

Spurningalisti var settur upp á vefsíðunni Questionpro.com og sendur rafrænt á alla leikskólastjóra hjá leikskólum Reykjavíkurborgar að sjálfstætt starfandi leikskólum undanskildum, eða til alls 65 leikskóla. Samkvæmt opinberum gögnum voru 6003 börn í leikskólum Reykjavíkurborgar í október 2014. Af þessum 65 leikskólum sem fengu sendan spurningalistann svöruðu 49 leikskólastjórnendur með alls 4225 börn (75% svarhlutfall).

Tafla II. *Svör við spurningum um hvort viðbragðsáætlun (virkt ferli) sé til staðar sem fer í gang ef barn með fæðuofnæmi eða fæðuóþol fær mat með ofnæmisvaka og hvort starfsmenn í leikskólum séu upplýstir og þjálfaðir í að bregðast við ofnæmiskasti. (%)*

	Já	Nei
Viðbragðsáætlun	20 (41)	29 (59)
Upplýstir og þjálfaðir	30 (61)	19 (39)

Valið var að senda á leikskóla Reykjavíkurborgar því þar er þess krafist að foreldrar/forráðamenn skili læknisvottorði ef gefa þarf börnum sérfæði vegna fæðuofnæmis og/eða fæðuóþols.[18]

Mæliaðferðir

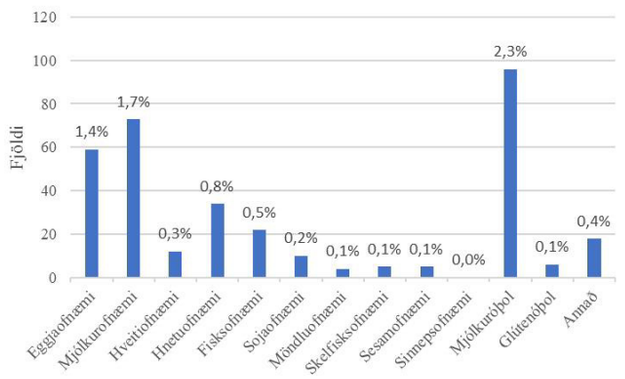
Spurningalistinn samanstóð af 40 spurningum. Hann var gerður sérstaklega fyrir þessa rannsókn í samvinnu við Astma- og ofnæmisfélag Íslands, nánar tiltekið Fríðu Rún Þórðardóttur næringarfræðing og formann félagsins. Ekki var hægt að rekja svör spurninga til ákveðins leikskóla eða barna.

Spurningalistinn var sendur út ásamt kynningarbréfi á netföng leikskólastjóra þar sem hlekkur var gefinn á rannsóknina á vefsíðu QuestionPro.

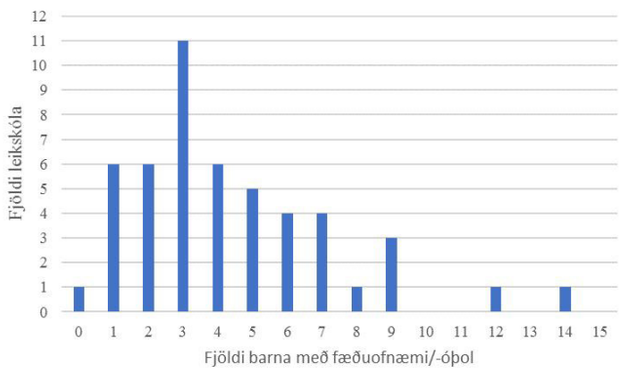
Listinn var forprófaður tvisvar, annars vegar á leikskóla þar sem vitað var að starfsfólk þekkti vel til fæðuofnæmis og hins vegar á leikskóla þar sem ekki var vitað til að þekking væri til staðar um fæðuofnæmi og fæðuóþol.

Mat á ofnæmi og óþoli leikskólabarna

Spurt var um fjölda barna með læknisvottorð vegna fæðuofnæmis/-óþols á núverandi skólaári í spurningalistanum. Til að meta algengi fæðuofnæmis/-óþols var fjölda barna með læknisvottorð deilt með fjölda allra barna á leikskólunum sem tóku þátt í könnuninni. Einnig var spurt hvort börn væru annars vegar með læknisvottorð vegna bráðaofnæmis og hins vegar vegna fjölfæðuofnæmis. Að lokum var hægt að haka við um hvers konar ofnæmi eða óþol var að ræða. Valmöguleikarnir voru: ofnæmi fyrir eggjum, mjólk, hveiti, hnetum, fiski, soja, möndlum, skelfiski, sesam og sinnepi. Einnig var hægt að haka við mjólkuróþol og glútenóþol.



Mynd 1. *Fæðutegundir sem valda ofnæmi og óþoli meðal 2-6 ára barna á leikskólum Reykjavíkurborgar, sumar og haustið 2014.*



Mynd 2. *Fjöldi leikskóla með eitt eða fleiri börn með fæðuofnæmi/-óþol.*

Tafla III. *Samband milli menntunar stjórnenda og hvort viðbragðsáætlun er til staðar í leikskólum ef matur inniheldur ofnæmis- eða óþolsefni.*

	N	Já (%)	OR	OR[1]
Menntun leikskólastjóra				
Grunnmenntun	18	8 (44)	-	-
Viðbótardiplóma	20	8 (40)	0,83 (0,23-3,03)	0,78 (0,21-2,93)
Framhaldsmenntun	11	4 (36)	0,71 (0,15-3,33)	0,54 (0,10-2,80)
Menntun starfsmanns í eldhúsi				
Ómenntaður	18	7 (39)	-	
Menntaður	30	13 (43)	1,20 (0,37-3,96)	1,06 (0,29-3,88)

[1]Leiðrétt fyrir fjölda barna á leikskóla og fjölda starfsfólks á leikskóla. OR = Odds ratio = gagnlíkindahlutfall.

Viðbragðsáætlun fyrir börn með fæðuofnæmi og/eða -óþol

Sérstaklega var unnið með þrjár spurningar úr spurningalistanum sem þóttu lýsa vel hvernig unnið var að fæðutengdum málum barna með fæðuofnæmi/-óþol innan leikskólans:

1. Er til staðar viðbragðsáætlun sem fer í gang ef barn með fæðuofnæmi/-óþol fær mat með ofnæmisvaka í? Þessi spurning verður hér eftir kölluð *viðbragðsáætlun*.
2. Eru allir starfsmenn leikskólans upplýstir og þjálfaðir í því hvernig bregðast skal við ofnæmiskasti barns? Þessi spurning verður hér eftir kölluð *upplýstir og þjálfaðir*.
3. Þekkja allir starfsmenn leikskólans einkenni ofnæmiskasts barns?

Spurningarnar höfðu þrjá svarmöguleika: *1) já*, *2) nei* og *3) á ekki við*. Við úrvinnslu gagna var svarmöguleiki nr. 3 settur saman við svarmöguleika nr. 2 sem var *nei*.

Skýribreytur

Leikskólastjórnendur voru beðnir um að haka við hæsta menntunarstig sem lokið var og voru valmöguleikarnir eftirfarandi: 1) próf úr Fóstruskólanum, 2) B.Ed., 3) önnur grunnmenntun, 4) viðbótardiplóma, 5) M.Ed., 6) önnur framhaldsmenntun, 7) Ph.D., 8) Ed.D. og 9) önnur menntun. Menntuninni var skipt í þrjá flokka: grunnmenntun, viðbótardiplóma og framhaldsmenntun. Þátttakendur með grunnmenntun voru allir sem höfðu lokið 1) prófi úr Fóstruskólanum, 2) B.Ed. og 3) annarri grunnmenntun. Þátttakendur með viðbótardiplóma voru þeir sem hökuðu við valmöguleika 4) viðbótardiplóma. Þátttakendur með framhaldsmenntun voru þeir sem höfðu lokið við 5) M.Ed. og 6) annarri framhaldsmenntun. Enginn leikskólastjórnendanna hafði lokið Ph.D. eða Ed.D. Þrír hökuðu við 9) önnur menntun en við þann valmöguleika var opið svar og var hægt að færa þau svör á viðeigandi stað í þrískiptri menntunarbreytunni sem er lýst hér að ofan.

Til að kanna menntunarstig starfsmanns í eldhúsi/mötuneyti var spurt: Er starfandi menntaður matartæknir, matreiðslumaður eða matráður við leikskólann? Svarmöguleikarnir voru 1) já, 2) nei og 3) önnur menntun starfsmanns í eldhúsi/móttökueldhúsi. Breytan var endurskráð í tvíkosta flokkabreytu en í þremur tilvikum var starfsmaður í eldhúsi skráður þannig að hann væri kominn áleiðis í matartæknínámi og voru þeir endurskráðir þannig að þeir væru með enga menntun.

Einn leikskóli keypti mat annars staðar frá og var hann undanskilinn í greiningu gagna þegar metið var hvort menntun starfsmanns í eldhúsi væri tengt því hvort viðbragðsáætlun væri til staðar og hvort starfsfólk væri upplýst og þjálfað til að bregðast við ofnæmiskasti barns.

Stærð leikskóla var annars vegar metin eftir fjölda barna og hins vegar eftir fjölda starfsfólks. Fjölda barna á leikskóla var skipt í minni leikskóla (47-83 börn) og stærri leikskóla (84-172 börn), var skipting gerð þannig að sem líkastur fjöldi væri í báðum hópum. Fjöldi starfsfólks á leikskóla var skipt í minni leikskóla (12-21 starfsmaður) og stærri leikskóla (22-42 starfsmenn).

Í tveimur tilvikum hafði verið sleginn inn rangur fjöldi barna á leikskóla, annars vegar 0,3 börn og hins vegar 3 börn. Meðaltal var tekið af fjölda barna í leikskólunum sem tóku þátt í rannsókninni (N = 86) og sú tala notuð fyrir þessa tvo leikskóla. Einn leikskóli misskráði fjölda starfsmanna þannig að einn starfsmaður ynni á leikskólanum en meðalfjöldi starfsmanna í hinum leikskólunum sem tóku þátt voru 24 starfsmenn og var sú tala notuð fyrir þennan leikskóla.

Úrvinnsla gagna

Stuðst var við forritið SPSS útgáfu 23 við tölfræðilegar greiningar. Notuð var lýsandi tölfræði til að meta algengi fæðuofnæmis og fæðuóþols. Fjöldi barna með fæðuofnæmi og fæðuóþol var metinn út frá fjölda læknisvottorða.

Einnig var því lýst hvaða fæðutegundir voru helst að valda fæðuofnæmi/-óþoli og hvort um fjölfæðu- eða bráðaofnæmi væri að ræða.

Spurningalistanum lauk með opnum athugasemdum sem dregnar voru saman og fjallað um í niðurstöðukaflanum.

Gerð var tvíkosta lógistísk aðhvarfsgreining til að meta gagnlíkindahlutfall (OR) og 95% öryggisbil (CI) fyrir virkt ferli á leikskólum og upplýsta og þjálfaða starfsmenn greint eftir menntunarstigi leikskólastjóra, menntun starfsmanns í eldhúsi, fjölda barna á leikskóla og fjölda starfsmanna á leikskóla. Hver skýribreyta var skoðuð ein og sér en einnig var framkvæmd fjölbreytugreining þar sem leiðrétt var fyrir menntunarstigi leikskólastjóra og starfsmanns í eldhúsi, fjölda barna og fjölda starfsmanna á leikskólunum.

Krosstöflur voru notaðar til að bera stærð leikskóla, annars vegar eftir fjölda barna á leikskóla og hins vegar fjölda starfsmanna á leikskóla, saman við viðbragðsáætlun og upplýsta og þjálfaða starfsmenn. Einnig voru krosstöflur notaðar til að bera saman leikskóla með eða án bráðaofnæmis og hvort starfsfólk væri

Tafla IV. Samband milli menntunar stjórnenda og hvort starfsmenn í leikskólum eru upplýstir og þjálfaðir í viðbrögðum við ofnæmiskasti barna.

	N	Já (%)	OR	OR[1]
Menntun leikskólastjóra				
Grunnmenntun	18	13 (72)	-	-
Viðbótardiplóma	20	11 (55)	0,47 (0,12-1,83)	0,52 (0,13-2,06)
Framhaldsmenntun	11	6 (55)	0,46 (0,10-2,22)	0,56 (0,11-2,95)
Menntun starfsmanns í eldhúsi				
Ómenntaður	18	11 (58)	-	
Menntaður	30	19 (66)	1,10 (0,33-3,66)	1,09 (0,29-4,14)

[1]Leiðrétt fyrir fjölda barna á leikskóla og fjölda starfsfólks á leikskóla. OR = Odds ratio = gagnlíkindahlutfall.

upplýst og þjálfað og hvort það þekki einkenni ofnæmiskasts. Notað var Fischers exact próf til að meta tölfræðilega marktækan mun.

Niðurstöður

Algengi fæðuofnæmis/-óþols

Allir leikskólarnir sem tóku þátt í rannsókninni, utan einn, voru með barn eða börn með fæðuofnæmi og/eða fæðuóþol (98%). Tæpur helmingur leikskólanna var með einstaklinga með bráðaofnæmi (44,9%) og rúmlega helmingur með einstaklinga með fjölfæðuofnæmi (53,1%) (tafla I). Metið út frá fjölda barna í leikskólunum (N=4225) sem tóku þátt í rannsókninni var algengi fæðuofnæmis/-óþols 5,0%, bráðaofnæmis 1,0% og fjölfæðuofnæmis 1,1% samkvæmt læknisvottorðum (tafla I).

Á mynd 1 sést hvaða fæðutegundir voru helst að valda ofnæmi eða óþoli. Mjólkuróþol (2,3%) var algengast en þar á eftir mjólkurofnæmi (1,7%), því næst eggjaofnæmi (1,4%) og hnetuofnæmi (0,8%). Aðrir ofnæmisvaldar en þeir koma fram á myndinni nefndu leikskólastjórar að væru til dæmis tómatar, sítrusávextir og jarðarber.

Mynd 2 sýnir súlurit yfir fjölda leikskóla með eitt eða fleiri börn með fæðuofnæmi/-óþol sumarið og haustið 2014. Eins og áður hefur komið fram var aðeins einn leikskóli án fæðuofnæmis/-óþols en flestir leikskólar voru með þrjú börn með fæðuofnæmi/-óþol, eða 11 leikskólar. Hæst fór fjöldi barna með fæðuofnæmi/-óþol upp í fjórtán í einum leikskóla.

Verklag á leikskólum tengt börnum með fæðuofnæmi og/eða fæðuóþol

Flestir leikskólastjórar (90%) svöruðu játandi aðspurðir hvort farið væri eftir ákveðnu verklagi þegar barn með fæðuofnæmi/-óþol innritast á leikskólann. Verklagið virtist þó ekki staðlað og svör voru mismunandi. Hér verða tekin dæmi um hvernig verklag fer í gang sem dregið var fram úr svörum leikskólastjóra þar sem spurning var opin í spurningalistanum. Dæmi um verklag sem fer í gang er allt frá því að eldhús sé látið vita af því að barn með fæðuofnæmi sé að byrja á leikskólanum í að allir starfsmenn leikskólans hafi æft hvernig gefa skal adrenalínpenna og viti að hringja eigi í sjúkrabíl og láta foreldra vita ef barn með bráðaofnæmi fær ofnæmisviðbrögð. Algengast er þó að eldhús sé látið vita og mynd af barni sé hengd upp, ýmist á deild, í eldhúsi, á matarvagni eða á öllum þessum stöðum.

Meirihluti leikskóla (87,8%) sagðist skrá og tilkynna til foreldris ef barn þeirra fékk mat með ofnæmis-/óþolsvaka í.

Meirihluti leikskólanna (67,3%) sagðist hengja upp spjöld með nafni barnsins og mynd af því þar sem tilgreint er hvaða fæðuofnæmi/-óþol er um að ræða. Aðrir leikskólar skrá upplýsingar um börn með fæðuofnæmi/-óþol til dæmis á töflu eða inni í eldhúsi.

Viðbragðsáætlun í leikskólum og þjálfun starfsfólks vegna barna með fæðuofnæmi/-óþol

Tafla II sýnir svör við eftirfarandi spurningunum: 1) Er til staðar viðbragðsáætlun sem fer í gang ef barn með fæðuofnæmi/-óþol fær mat með ofnæmisvaka í? og 2) Eru allir starfsmenn leikskólans upplýstir og þjálfaðir í því hvernig bregðast skuli við ofnæmiskasti barns? Tæpur helmingur leikskóla (41%) sagðist vera með viðbragðsáætlun sem færi í gang ef barn fengi fyrir slysni mat með ofnæmisvaka í en rúmur helmingur leikskólastjóra (61%) sagði alla sína starfsmenn upplýsta og þjálfaða í að bregðast við ofnæmiskasti barns.

Niðurstöður aðhvarfsgreininga sýndu engin tengsl milli menntunarstigs leikskólastjóra og hvort til staðar væri viðbragðsáætlun í leikskólanum og hvort starfsmenn væru upplýstir og þjálfaðir í að bregðast við ofnæmiskasti barns (sjá töflu III og IV). Leiðréttingfyrir annars vegar fjölda barna í leikskóla og hins vegar fjölda starfsmanna hafði ekki áhrif á þetta samband né marktækni.

Niðurstaða aðhvarfsgreiningar á hvort menntun starfsmanns í eldhúsi spái fyrir um hvort virkt ferli sé til staðar og hvort starfsmenn séu upplýstir og þjálfaðir sýndi heldur engin tengsl (tafla IV).

Þegar stærð leikskóla var skoðuð út frá fjölda barna og fjölda starfsmanna í tengslum við hvort virkt ferli væri til staðar, sem og hvort starfsmenn væru upplýstir og þjálfaðir í viðbrögðum við ofnæmislosti, mátti sjá að stærri leikskólar virtust frekar vera með virkt ferli og upplýsta og þjálfaða starfsmenn en sá munur var ekki marktækur (tafla V), hvort sem horft var til fjölda barna eða fjölda starfsmanna.

Bráðaofnæmi

Eins og áður sagði voru 50% leikskóla með barn/börn með læknisvottorð þar sem fram kom að viðkomandi væri með bráðaofnæmi. Allir þeir leikskólar voru hnetulausir samanborið við 56% leikskóla sem ekki voru með börn með bráðaofnæmi.

Tafla V. *Viðbragðsáætlun á leikskóla og upplýstir og þjálfaðir starfsmenn við ofnæmiskasti eftir fjölda barna og starfsmanna á leikskóla..*

		Virkt ferli		Upplýstir og þjálfaðir	
	N	Já (%)	p-gildi[1]	Já (%)	p-gildi[1]
Fjöldi barna í leikskóla			0,56		0,38
Minni leikskóli (47-83 börn)	23	8 (35)		16 (70)	
Stærri leikskóli (84-172 börn)	26	12 (46)		14 (54)	
Fjöldi starfsmanna í leikskóla			0,77		0,24
Minni leikskóli (12-21 starfsmaður)	24	9 (38)		17 (71)	
Stærri leikskóli (22-42 starfsmenn)	25	11 (44)		13 (52)	

[1]Fishers Exact próf.

Eins og sést í töflu VI voru um 64% starfsmanna leikskóla með börn með bráðaofnæmi upplýstir um og þjálfaðir í því hvernig skyldi bregðast við ofnæmiskasti barns. Hins vegar var rétt rúmur helmingur leikskóla (55%) með börn með bráðaofnæmi sem sagði alla starfsmenn leikskólans þekkja einkenni ofnæmiskasts. Í þeim leikskólum þar sem greint var frá því að ekki allir starfsmenn þekktu einkenni ofnæmiskasts, var algengast að leikskólastjóri, aðstoðarleikskólastjóri og starfsmenn deildar barns með bráðaofnæmi þekktu einkennin. Um 46% leikskóla með börn með bráðaofnæmi voru með viðbragðsáætlun um hvernig bregðast skyldi við ef barn fengi fæðu með ofnæmisvaka í. Hins vegar sögðu stjórnendur 12 leikskóla barna með bráðaofnæmi (55%) leikskólann vera með viðbragðsáætlun þar sem æft væri hvernig bregðast skuli við ofnæmiskasti barns. Dæmi um viðbragðsáætlun þegar barn með bráðaofnæmi á í hlut:

- Viðbragðsáætlun hangir á viðkomandi deild/kaffistofu og/eða eldhúsi með upplýsingum um barnið, einkenni ofnæmiskasts og hvernig skuli bregðast við ef til ofnæmiskasts kemur.
- Allir starfsmenn kunna á adrenalínpennann og vita hvar hann er geymdur. Hringt er í 112 og foreldra.
- Æft er hvernig gefa skuli pennann.
- Viðbragðsáætlun er skráð og hlutverk hvers og eins starfsmanns er æft.

Í 14 (64%) leikskólum barna með bráðaofnæmi var greint frá því að adrenalínpenninn væri athugaður reglulega og passað að hafa hann aðgengilegan. Fimm leikskólar barna með bráðaofnæmi sögðu hann eingöngu vera á ábyrgð foreldra en þrír leikskólar sem voru með einstaklinga með bráðaofnæmi svöruðu „á ekki við“ við þessari spurningu.

Tillögur að úrbótum – opin spurning til leikskólastjóranna

Allir leikskólar (n=22) sem voru með börn með bráðaofnæmi töldu að gagnlegt væri að fá sérfræðing til að halda fræðslu um fæðuofnæmi og fæðuóþol fyrir starfsmenn leikskólans. Í heildina töldu 86% leikskóla það vera gagnlegt en aðeins tveir leikskólar voru með reglubundna fræðslu sem hjúkrunarfræðingur veitti um málefni tengt fæðuofnæmi.

Fimmtán leikskólastjórar komu með tillögu að úrbótum og 6 þeirra nefndu að þeir vildu fá meira fé til matarkaupa fyrir börn með fæðuofnæmi/-óþol þar sem fæði þeirra væri oft dýrara. Þá

Tafla VI. *Leikskólar með starfsfólk sem var upplýst og þjálfað í viðbrögðum við ofnæmiskasti barns og með starfsfólk sem þekkti einkenni ofnæmiskasts eftir því hvort bráðaofnæmi er til staðar í leikskólanum.*

		Upplýstir og þjálfaðir		Þekkja einkenni ofnæmiskasts	
	N	Já (%)	p-gildi[1]	Já (%)	p-gildi[1]
			0,78		0,78
Barn með bráðaofnæmi í leikskóla*	22	14 (64)		12 (55)	
Enginn með bráðaofnæmi í leikskóla	27	16 (59)		13 (48)	

[1] Fishers Exact próf.
* Samkvæmt læknisvottorði.

nefndu 5 leikskólastjórar að gott væri að hafa gagnagrunn þar sem til dæmis væri hægt að sækja uppskriftir án ofnæmis/-óþolsvaka, fræðslu um ofnæmi/óþol og einn nefndi gátlista um hvernig best væri að bregðast við þegar barn fengi ofnæmis-/óþolsvaka. Tveir leikskólastjórar óskuðu eftir skýrari verklagsreglum um hversu lengi skyldi leyfa foreldrum að prófa breytt mataræði án vottorðs, hversu hart mætti ganga á eftir vottorðum og hvort vottorð mætti vera frá hvaða lækni sem er eða einungis frá ofnæmislækni.

Að lokum voru leikskólastjórar spurðir að því hvort það væri eitthvað sem þeir vildu koma á framfæri og tengdist meirihluti athugasemdanna (n=7) ósk um að fá meiri og betri fræðslu og ráðgjöf.

Umræða

Rannsókn okkar sýndi að nær allir leikskólar í Reykjavík voru með börn með fæðuofnæmi eða fæðuóþol og að um helmingur þeirra var með börn með bráðaofnæmi. Algengi fæðuofnæmis og fæðuóþols var 5%, byggt á læknisvottorðum. Þetta er aðeins hærra algengi en fyrri rannsóknir sýna að sé á Norðurlöndunum en okkar rannsókn byggir á að börnin hafi vottorð frá lækni um greiningu á fæðuofnæmi en aðrar rannsóknir byggja á húðprófum, blóðprófum og/eða tvíblindum þolprófum.[8,19] Alþjóðleg rannsókn sem kannaði algengi fæðuofnæmis með fæðuþolsprófi í 89 löndum sýndi að algengi fæðuofnæmis meðal 0-5 ára barna var allt frá 1% í Tælandi til 10% í Ástralíu.[20] Þegar fyrri rannsóknir eru bornar saman við okkar þarf að hafa í huga að algengi fæðuofnæmis og fæðuóþols er sjaldnast metið saman eins og gert var í þessari rann-

sókn og því erfiðara að bera hana saman við aðrar rannsóknir þar sem einungis var kannað algengi fæðuofnæmis.[6,8,19] Líklega má því segja að algengi fæðuofnæmis í þessari rannsókn sé svipað því sem sést í nágrannalöndum okkar. Tíðni fjölfæðuofnæmis í okkar rannsókn var 1,1% og bráðaofnæmis 1%. Fjölfæðuofnæmi í leikskólum í þessari rannsókn var ekki eins algengt og til að mynda í Danmörku, þar sem það hefur mælst 3,7%.[8]

Mjólkuróþol var algengast í leikskólunm en því næst ofnæmi fyrir kúamjólk, eggjum og jarðhnetum. Færri (0,1%) voru með greiningu vegna glútenóþols borið saman við það sem erlendar rannsóknir hafa sýnt.[21-24] Íslensk rannsókn á 0-1 árs börnum sem var hluti af alþjóðlegu fæðuofnæmisrannsókninni EuroPrevall staðfesti fæðuofnæmi hjá 1,9% barna með húðprófi, blóðprófi og tvíblindu þolprófi.[6] Í fyrrgreindri rannsókn var ekki kannað hvort börnin væru með mjólkuróþol eða glútenóþol sem einnig var til skoðunar í okkar rannsókn. Þá hefur dönsk rannsókn sýnt að algengi fæðuofnæmis er hæst í kringum þriggja ára aldurinn en lækkar aftur við 6 ára aldur.[8]

Athyglisvert þykir að aðeins 41% leikskólanna var með viðbragðsáætlun sem fer í gang ef barn fær mat með ofnæmisvaka í og það hlutfall var litlu hærra (46%) þegar leikskólar með börn með bráðaofnæmi voru skoðaðir sérstaklega. Einnig er það alvarlegt að einungis um 61% leikskólanna greindi frá því að allir starfsmenn væru upplýstir og þjálfaðir í hvernig ætti að bregðast við ofnæmiskasti barns. Þetta hlutfall var svipað þegar einungis leikskólar með barn með bráðofnæmi voru skoðaðir, eða 64%. Þó kom fram að í einungis 55% leikskóla með barn með bráðaofnæmi þekktu allir starfsmenn einkenni ofnæmiskasts barns. Ekki var marktækur munur á leikskólum með og án bráðaofnæmis á því hvort starfsfólk leikskólanna var upplýst og þjálfað í viðbrögðum við ofnæmiskasti. Það er áhugavert út af fyrir sig þar sem ætla mætti að leikskólar með barn með bráðaofnæmi væru líklegri til að vera með upplýsta og þjálfaða starfsmenn.

Þættir eins og menntun leikskólastjóra og starfsmanns í eldhúsi, stærð leikskóla, bæði eftir fjölda barna og fjölda starfsfólks, skiptu ekki máli í tengslum við hvort viðbragðsáætlun færi í gang ef barn með fæðuofnæmi/-óþol fengi mat með ofnæmisvaka. Það sama mátti segja þegar áðurnefndir þættir voru skoðaðir í tengslum við hvort allt starfsfólk væri upplýst og þjálfað í því hvernig bregðast ætti við ofnæmiskasti barns. Einnig var skoðað hvort það væri munur á þekkingu starfsfólk á viðbrögðum við ofnæmiskasti barns eftir fjölda barna með læknisvottorð á hverjum leikskóla (0-3 á móti 4-14 vottorð) og ekki var marktækur munur á fjölda starfsmanna sem voru upplýstir háð fjölda læknisvottorða (gögn ekki sýnd). Rannsókn frá Tyrklandi þar sem skoðað var hvort fyrir lægju viðbragðsáætlanir í leik- og grunnskólum til að koma í veg fyrir og bregðast við ofnæmislosti, sýndi að slíka viðbragðsáætlun skorti í 84% tilvika. Einnig kom fram í rannsókninni að aðeins 3% kennara sögðust myndu nota adrenalínpenna ef barn fengi ofnæmislost.[25]

Einungis 14 (64%) leikskólar barna með bráðaofnæmi athuguðu reglulega adrenalínpennann og gættu þess hafa hann aðgengilegan. Fimm stjórnendur leikskóla með barn með bráðaofnæmi sögðu að adrenalínpenninn væri eingöngu á ábyrgð foreldra og þrír stjórnendur töldu að spurningin um adrenalínpennann ætti ekki við.

Rannsókn okkar sýnir að ýmsir innri þætti leikskólans, svo sem menntun og stærð, skipta ekki máli í tengslum við viðbragðsáætlun fyrir börn með fæðuofnæmi og fæðuóþol. Þegar leikskólastjórarnir voru spurðir um hvers konar stuðning væri þörf á í þessum aðstæðum svöruðu margir að gagnlegt væri að fá sérfræðing til að halda fræðslu um fæðuofnæmi/-óþol fyrir starfsmenn leikskólans. Nokkrir leikskólastjórar nefndu að þeir vildu meira fé til fæðukaupa fyrir börn með fæðuofnæmi en vitað er að sérfæði getur verið dýrara en almennt fæði.[26] Einnig vildu leikskólastjórar til dæmis námskeið fyrir starfsfólk í eldhúsi og aðgengi að tengilið sem hefði frekari vitneskju um fæðuofnæmi og fæðuóþol.

Styrkleikar og takmarkanir

Hátt svarhlutfall fékkst í rannsókninni (75%) og spurningalistinn var ítarlegur og gaf góða innsýn í hvernig málefnum barna með fæðuofnæmi og/eða -óþol er háttað í leikskólum í Reykjavík.

Spurningalistinn sem notaður var í rannsókninni var ekki staðlaður heldur saminn af höfundum greinarinnar og gæti það talist til takmarkana. Við úrvinnslu sást að sumar spurninganna hefðu getað verið betur orðaðar. Skipta hefði mátt spurningunni um hvort starfsfólk væri upplýst og þjálfað í að bregðast við ofnæmiskasti barns upp í tvær spurningar þar sem spurt væri annars vegar hvort allt starfsfólk væri upplýst og hins vegar þjálfað í að bregðast við ofnæmiskasti barns. Þá skal tekið fram að svör við spurningum voru byggð á upplýsingum frá leikskólastjórum og gæti verið að þær upplýsingar endurspegli ekki endilega raunverulega þekkingu starfsfólks. Vissulega getur einnig verið um valskekkju að ræða varðandi svörun spurningalistans, að þeir leikskólar sem eru með barn með ofnæmi taki frekar þátt, sem hefur þá áhrif á útreikninga um algengi. Einnig gæti talist til takmarkana á athugun um algengi fæðuofnæmis/-óþols að mismunandi greiningar liggja að baki læknisvottorðum sem leikskólarnir fá, sem og að mismunandi ferli gætu verið á milli leikskólanna um hversu nýleg vottorðin þurfa að vera og gæti það einnig haft áhrif á niðurstöðurnar. Læknisvottorð vegna fæðuofnæmis er oftast byggt á niðurstöðum úr húð- og/eða blóðprófi. Hins vegar er yfirleitt ekki notast við læknisfræðilegt próf þegar mjólkuróþol er staðfest af lækni heldur er greiningin byggð á frásögn foreldris. Gæti það skekkt niðurstöðurnar og hækkað algengi mjólkuróþols og þá í leiðinni algengi fæðuofnæmis og fæðuóþols.

Ályktun

Rannsóknin sýndi að í nær öllum leikskólum í Reykjavík eru börn með fæðuofnæmi eða fæðuóþol. Samkvæmt læknisvottorðum voru 5% leikskólabarna með fæðuofnæmi og/eða fæðuóþol í leikskólunum. Ljóst er að bæta þarf fræðslu og áætlanir í tengslum við bráðaofnæmi svo að ekki sé vegið að heilsu barna með bráðaofnæmi innan veggja leikskólans. Einnig þarf að samræma verklag milli leikskóla þegar barn með fæðuofnæmi eða fæðuóþol innritast. Margir leikskólastjóranna í rannsókninni óskuðu eftir aðgengi að meiri fræðslu og sérfræðingi um þennan málaflokk.

Heimildir

1. Steinke M, Fiocchi A, Kirchlechner V, Ballmer-Weber B, Brockow K, Hischenhuber C, et al. Perceived food allergy in children in 10 European nations. A randomised telephone survey. Int Arch Allergy Immunol 2007; 143: 290-5.
2. Venter C, Pereira B, Grundy J, Clayton CB, Arshad SH, Dean T. Prevalence of sensitization reported and objectively assessed food hypersensitivity amongst six-year-old children: a population-based study. Pediatr Allergy Immunol 2006; 17: 356-63.
3. Kavaliunas A, Surkiene G, Dubakiene R, Stukas R, Zagminas K, Saulyte J, et al. EuroPrevall survey on prevalence and pattern of self-reported adverse reactions to food and food allergies among primary schoolchildren in Vilnius, Lithuania. Medicina (Kaunas) 2012; 48: 265-71.
4. Kristinsdóttir H, Jónasdóttir S, Björnsson S, Lúðvígsson P. Beinkröm hjá barni. Læknablaðið 2011; 97: 477-80.
5. Dogruel D, Bingol G, Yilmaz M, Altintas DU. The ADAPAR Birth Cohort Study: Food Allergy Results at Five Years and New Insights. Int Arch Allergy Immunol 2016; 169: 57-61.
6. Kristinsdóttir H, Clausen M, Ragnarsdóttir HS, Halldórsdottir IH, McBride D, Beyer K, et al. Algengi fæðuofnæmis hjá íslenskum börnum á fyrsta ári. Læknablaðið 2011; 97: 11-8.
7. Sampson HA, Ho DG. Relationship between food-specific IgE concentrations and the risk of positive food challenges in children and adolescents. J Allergy Clin Immunol 1997; 100: 444-51.
8. Eller E, Kjaer HF, Host A, Andersen KE, Bindslev-Jensen C. Food allergy and food sensitization in early childhood: results from the DARC cohort. Allergy 2009; 64: 1023-9.
9. Dinakar C. Anaphylaxis in children: current understanding and key issues in diagnosis and treatment. Curr Allergy Asthma Rep 2012; 12: 641-9.
10. Braganza SC, Acworth JP, McKinnon DR, Peake JE, Brown AF. Paediatric emergency department anaphylaxis: different patterns from adults. Arch Dis Child 2006; 91: 159-63.
11. De Swert LF, Bullens D, Raes M, Dermaux AM. Anaphylaxis in referred pediatric patients: demographic and clinical features, triggers, and therapeutic approach. Eur J Pediatr 2008; 167: 1251-61.
12. Gaspar A, Santos N, Piedade S, Santa-Marta C, Pires G, Sampaio G, et al. One-year survey of paediatric anaphylaxis in an allergy department. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2015; 47: 197-205.
13. de Silva IL, Mehr SS, Tey D, Tang ML. Paediatric anaphylaxis: a 5 year retrospective review. Allergy 2008; 63: 1071-6.
14. Wang J, Sicherer SH. Section On A, Immunology. Guidance on Completing a Written Allergy and Anaphylaxis Emergency Plan. Pediatrics 2017; 139 (3).
15. Deng Y, Misselwitz B, Dai N, Fox M. Lactose Intolerance in Adults: Biological Mechanism and Dietary Management. Nutrients 2015; 7: 8020-35.
16. Stamnaes J, Sollid LM. Celiac disease: Autoimmunity in response to food antigen. Semin Immunol 2015; 27: 343-52.
17. Le TM, Kummeling I, Dixon D, Barreales Tolosa L, Ballmer-Weber B, Clausen M, et al. Low preparedness for food allergy as perceived by school staff: a EuroPrevall survey across Europe. J Allergy Clin Immunol Pract 2014; 2: 480-2.
18. Lýðheilsustöð. Handbók fyrir leikskólaeldhús. http://reykjavik.is/sites/default/files/skjol_thjonustulysingar/Handbok_leikskolaeldhus_april_2009.pdf - mars 2017.
19. Winberg A, West CE, Strinnholm A, Nordstrom L, Hedman L, Ronmark E. Assessment of Allergy to Milk, Egg, Cod, and Wheat in Swedish Schoolchildren: A Population Based Cohort Study. PLoS One 2015; 10: e0131804.
20. Prescott SL, Pawankar R, Allen KJ, Campbell DE, Sinn J, Fiocchi A, et al. A global survey of changing patterns of food allergy burden in children. World Allergy Organ J 2013; 6: 21.
21. Dydensborg S, Toftedal P, Biaggi M, Lillevang ST, Hansen DG, Husby S. Increasing prevalence of coeliac disease in Denmark: a linkage study combining national registries. Acta Paediatr 2012; 101: 179-84.
22. Karagiozoglou-Lampoudi T, Zellos A, Vlahavas G, Kafritsa Y, Roma E, Papadopoulou A, et al. Screening for coeliac disease in preschool Greek children: the feasibility study of a community-based project. Acta Paediatr 2013; 102: 749-54.
23. Maki M, Mustalahti K, Kokkonen J, Kulmala P, Haapalahti M, Karttunen T, et al. Prevalence of celiac disease among children in Finland. New Engl J Med 2003; 348: 2517-24.
24. Stordal K, Bakken IJ, Suren P, Stene LC. Epidemiology of coeliac disease and comorbidity in Norwegian children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2013; 57: 467-71.
25. Ozen A, Boran P, Torlak F, Karakoc-Aydiner E, Baris S, Karavus M, et al. School Board Policies on Prevention and Management of Anaphylaxis in Istanbul: Where Do We Stand? Balkan Med J 2016; 33: 539-42.
26. Protudjer JL, Jansson SA, Heibert Arnlind M, Bengtsson U, Kallstrom-Bengtsson I, Marklund B, et al. Household costs associated with objectively diagnosed allergy to staple foods in children and adolescents. J Allergy Clin Immunol Pract 2015; 3: 68-75.

ENGLISH SUMMARY

Protocols Related to Food Allergies and Intolerances in Preschools in Reykjavik, Iceland

Aðalheiður Rán Þrastardóttir[1], Fríða Rún Þórðardóttir[2], Jóhanna Torfadóttir[1,3]

Introduction: The aim of the study was to explore prevalence of food allergies and intolerances among children in preschools in Reykjavik, Iceland. Also, to investigate how well preschools maintain a safe environment for children with food allergies.
Materials and methods: In 2014, a questionnaire designed specifically for this study, was sent to 65 preschools. Forty-nine participated (75%) representing a total of 4225 children. Prevalence of food allergy and intolerance was determined based on medical certificates from physicians delivered to the preschools. Descriptive statistics were used to assess whether there were protocols related to food allergy, and if there was a difference between schools based on staff's education and number of children.
Results: The prevalence of documented food allergies/intolerances in children aged 2-6 years was 5%, 1% had severe allergy and 1% had multiple food allergies. Lactose intolerance was most frequent (2%), then milk allergy (2%) and egg allergy (1%). Only 41% preschools had a protocol that was activated if food with an allergen was accidentally given. Moreover, only 55% of preschools with children with severe allergy reported all of their staff to have knowledge of symptoms related to anaphylaxis and only 64% were trained to respond to an anaphylactic shock. The education of preschool principals, kitchen employees and number of children in preschool were not related to having an active protocol at site.
Conclusion: Prevalence of food allergy and intolerance was 5% in preschools in Reykjavik**.** Strategy for an active protocol related to food allergy was lacking in 59% of pre-schools.

[1]*Centre for Public Health Sciences,* [2]*University of Iceland,* [3]*University hospital.*

Key words*: Prevalence, food allergy, food intolerance, safety protocol, preschools, children.*

Correspondence*: Jóhanna Torfadóttir, jet@hi.is*

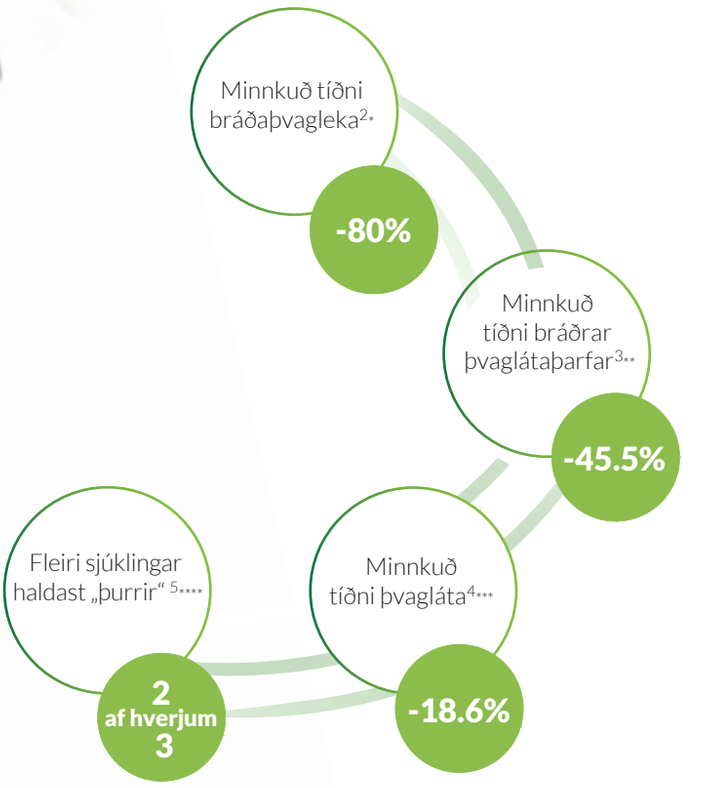
STAÐFESTUR ÁRANGUR[1]

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:** 14.9.2017. **Markaðsleyfishafi:** Pfizer Limited. **Ávísunarheimildir og afgreiðsluflokkur:** R. **Hámarksverð í smásölu (1. nóvember 2017):** 4 mg 28 stk: 8.054 kr, 4 mg 84 stk: 18.582 kr, 8 mg 28 stk: 8.536 kr, 8 mg 84 stk: 19.825 kr. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G. **Dags. síðustu endurskoðunar efnis:** 6. nóvember 2017. 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

PP171101

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

Segabrottnám við bráttt blóðþurrðarslag er mesta framför í læknisfræði í áraraðir

Erum við tilbúin til að veita slíka meðferð á Íslandi?

Albert Páll Sigurðsson læknir

ÁGRIP

Segabrottnám við brátt blóðþurrðarslag er eitt mesta framfaraskref í æðalækningum í áraraðir. Meðferðin er flókin, en farið er yfir ýmis tæknileg atriði sem huga þarf að. Nána samvinnu þarf milli mismunandi sérgreina þar sem val sjúklinga til meðferðar er flókið. Innæðalæknar þurfa að vera í náinni samvinnu við slaglækna. Meðferðin krefst skipulagsbreytinga, sennilega með auknum mannafla og kostnaði. Fjarlækningar auka gjöf segaleysandi meðferðar við brátt blóðþurrðarslag og vegna tækniframfara er auðveldara að veita slíka þjónustu, en hins vegar þarf að ryðja ýmsum hindrunum úr vegi þannig þær geti orðið að veruleika. Ljóst má vera að fjarlækningar gætu einnig gagnast við segabrottnám. Erfitt getur reynst að veita svo flókna meðferð í 343.000 manna dreifðu samfélagi þar sem skortur er á sérhæfðri þekkingu á mörgum stöðum. Mikilvægt er að hafa í huga þá miklu áskorun sem almenn innleiðing kransæðaþræðinga var á sínum tíma, en þeim hindrunum var rutt úr vegi. Getum við dregið lærdóm af því?

Inngangur

Mikil framför varð í meðferð slaga eftir 1997 þegar niðurstöður rannsókna sýndu að sjúklingum sem meðhöndlaðir voru á slageiningu farnaðist betur en þeim sem lágu á almennum lyflækningadeildum. Slík meðferð dró úr dauðsföllum, fötlun og ótímabærum innlögnum á hjúkrunarheimili. Þessi árangur var ekki einskorðaður við neinn undirflokk slaga.[1-3]

Næsta framfaraskrefið var gjöf segaleysandi lyfja (*tissue plasminogen activator* (t-PA; alteplase®)) í bláæð hjá sjúklingum með brátt blóðþurrðarslag, en meðferðin dregur úr fötlun.[4-6] Hins vegar eru ýmsir annmarkar á t-PA gjöf eins og þröngur tímarammi, frábendingar fyrir meðferð auk hættu á blæðingum.[7] Snemmbært endurflæði sést eingöngu hjá 13-20% sjúklinga með lokun á innankúpu innri hálsslagæð eða fyrsta hluta miðheilaslagaæðar eða báðum (mynd 1).[8-11] Auk þess virðist t-PA í bláæð ekki eins gagnlegt við að opna lokanir stærri innankúpuslagaæða sem valda um þriðjungi bráðra blóðþurrðarslaga í fremri blóðveitu.[12,13] Snemmbær enduropnun eftir t-PA í bláæð sést aðeins hjá þriðjungi sjúklinga með lokanir á næringarsvæði innri hálsslagæðar[14] en horfur án endurflæðis eru vanalaga slæmar.[15] Meðal sjúklinga með æðalokun í fremri blóðrás deyja um 60-80% eða ná ekki að verða sjálfbjarga.[16,17] Aðalorsök þess er takmarkaður árangur t-PA í bláæð að tryggja endurflæði hjá sjúklingum með stóræðalokanir.[18,19]

Þriðja stærsta framfaraskerfið í meðferð bráðra blóðþurrðarslaga er segabrottnám (*thrombectomy*) í stóræða blóðþurrðarslagi. Það er ein öflugasta meðferð á sviði læknisfræðinnar þar sem einungis þarf að meðhöndla 5 sjúklinga til þess að fá einn einstakling sem verður sjálfbjarga (tafla 1).[20] Fimm rannsóknir sem birtust í upphafi árs 2015[17,21-24] teknar saman í HERMES-safngreiningu (höfundar höfðu beinan aðgang að grunnupplýsingum úr rannsóknunum),[20] hafa leitt til breyttra leiðbeininga í Bandríkjunum, Evrópu og í Kanada.[25-27] Mörg önnur lönd eru að íhuga slíkar breytingar hvað varðar meðferð bráðra blóðþurrðarslaga. Auk þessara rannsókna hafa bæst við tvær aðrar rannsóknir,[28] (önnur þeirra: *Trial and Cost Effectiveness Evaluation of Intra-arterial Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke,* hefur ekki enn verið birt) en líkt og rannsóknir sem komu í kjölfar fyrstu rannsóknarinnar (MRCLEAN),[17] varð að hætta þeim öllum fyrr en áætlað var vegna afgerandi árangurs rannsóknarmeðferðarinnar miðað við samanburðarhóp.

Þrátt fyrir skýrar vísbendingar um notagildi segabrottnáms þarf að beita klínísku mati hjá sjúklingum sem ekki uppfylltu þátttökuskilyrði þessara rannsókna. Einnig er meiriháttar áskorun hvernig skipuleggja eigi útbreidda þjónustu slíkrar meðferðar í ólíkum heilbrigðiskerfum.

Í öllum þessum rannsóknum þurfti að sýna fram á stóræðalokun með ekki ífarandi myndrannsókn (aðallega tölvusneiðmynd með æðamyndatöku, TSÆ). Þétt æð, sérstaklega sýnileg með þunnsneiða tölvusneiðmynd (TS) án skuggaefnis hefur mikið næmi og sértæki við greiningu bráðrar segalokunar.[29] TSÆ ætti hins vegar einnig að ná til ósæðarboga til að auðvelda íhlutandi innæðameðferð. Sum sjúkrahús hafa reynt að gera TSÆ eingöngu hjá sjúklingum með alvarlegt slag þar sem stóræðalokanir eru algengar. Hins vegar eru sjúklingar með vægara klínískt brottfall einnig líklegir að vera með stóræðalokanir (um 10% sjúklinga með <6 á National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS) (tafla IIa) og versna síðar.[30] Kerfisbundin nálgun með TS og/eða TSÆ og

Taugadeild Landspítala Fossvogi.

alberts@landspitali.is

https://doi.org/10.17992/lbl.2018.01.169

Greinin barst til blaðsins 31. júlí 2017, samþykkt til birtingar 5. desember 2017.

Tafla I. *Endurbættur Rankin-kvarðin.*

Stig	Lýsing
0	Einkennalaus.
1	Óveruleg fötlun þrátt fyrir einkenni; annast allar vanalegar skyldur og störf.
2	Væg fötlun; getur ekki framkvæmt öll fyrri störf en annast eigin mál án aðstoðar.
3	Meðal fötlun, þarf einhverja aðstoð, en gengur án aðstoðar.
4	Meðal slæm fötlun; þarf aðstoð við gang og við umönnun eigin líkamlegra þarfa.
5	Slæm fötlun; rúmfastur, ekki stjórn á þvagi og hægðum og þarf stöðugt hjúkrunaraðgát og aðhlynningu.
6	Dauði.

hágæða myndheimt, einföldum rannsóknum sem flestir röntgenlæknar þekkja, ásamt samræmdum vinnuferlum ætti að leiða til hraðari meðferðar. Stungið hefur verið upp á að fyrsta myndrannsókn fari fram á æðarannsóknastofu. Þó slíkt væri tæknilega gerlegt á sumum stöðum er hlutfall sjúklinga sem síðar færu í segabrottnám innan við 10%. Þetta myndi leiða til óskilvikni í notkun æðarannsóknastofa nema sjúklingum hafi verið forgangsraðað.

Aðferðir

Greinar um segabrottnám, segaleysandi meðferð, auk fjarlækninga, voru kannaðar og heimildir sem lágu þeim að baki. Greinar voru valdar út frá mikilvægi og þýðingu fyrir ritun þessarar yfirlitsgreinar. Einnig var gerð OVID, PubMed og Google leit viðeigandi efna. Þar sem um nýlega meðferð er að ræða eru upplýsingar ekki allar gagnreyndar. Leitin takmarkaðist við efni á ensku. Andrew Demchuk aðstoðarprófessor við háskólann í Calgary í Kanada gaf ráðleggingar um hvernig skipuleggja mætti slíka meðferð á Íslandi. Demchuk er einn af frumkvöðlum segabrottnáms við brátt blóðþurrðarslag, meðhöfundur ESCAPE-rannsóknarinnar, og hélt erindi um þetta á Læknadögum 2016.

Hvaða slagæð hentar fyrir segabrottnám?

Allar rannsóknir á segabrottnámi náðu til lokana í innankúpuhluta innri hálsslagæðar og fyrsta hluta miðheilaslagæða (mynd 1). Fáar rannsóknir náðu til annars hluta miðheilaslagæðar og nær engar til fremri eða aftari heilaslagæða. Meiri áskorun er í meðhöndlun lokana í smærri slagæðum (þriðji hluti miðheilaslagaæð) með þeim tækjum sem til eru í dag. Í ljósi þess að minna svæði heilans er í hættu og meiri líkur á enduropnun með t-PA, er áhætta og ávinningur innæðaopnana við slíkar kringumstæður óljós. Hins vegar voru engar vísbendingar um misleitni meðferðaráhrifa hjá sjúklingum með annars hluta miðheilaslagæðarlokanir í rannsóknunum.[20] Þær æðar getað þjónað mjög breytilegum svæðum heilans. Meðhöndlun sjúklinga með slíkar aðgengilegar lokanir í nærhluta er því raunhæf.

Utankúpu innri hálsslagæðalokanir voru útilokaðar í stórri rannsókn til þess að koma í veg fyrir áhrif af samhliða hálsæðavíkkun og stoðnetsísetningu í rannsóknunum. Engu að síður var nægur fjöldi sjúklinga með slík vandamál valinn af handahófi í öðrum rannsóknum til að sýna fram á ótvírætt gagn segabrottnáms hjá þessum hópi með tvíþætt æðavandamál (þrengsli/lokun í hálsslagæð bæði utan og innan kúpu).[20] Ekki er ljóst hver eru ákjósanlegustu meðferðarúrræði við þessar kringumstæður, ísetning stoðnets eða æðablásning, í hvaða röð á að meðhöndla utan- og innankúpuþrengsli og hvort leyfa ætti blóðflöguhamlandi meðferð fyrir aðgerð, til þess að koma í veg fyrir endurlokun, gagnvart hættunni á blæðingu í drep.

Lokanir í botnslagæð (*a. basilaris*) voru útilokaðar í öllum rannsóknum. Ein lítil slembirannsókn sýndi þó sterk tengsl milli enduropnunar og betri útkomu við þessar kringumstæður en sést við stíflur í fremri blóðveitu.[31] Frekari rannsóknir á þessum hópi eru í gangi.[32] Hjá stofnunum sem ekki taka þátt í þessari rannsókn og í ljósi dapurlegra afleiðinga viðvarandi lokunar á botnslagæð er ekki óhugsandi að beita segabrottnámi hjá þessum sjúklingum. Oft hefur verið bent á að tími að enduropnun við lokanir í botnslagæð gæti verið lengri en fyrir fremri blóðveitu, en vísbendingar um það vantar.

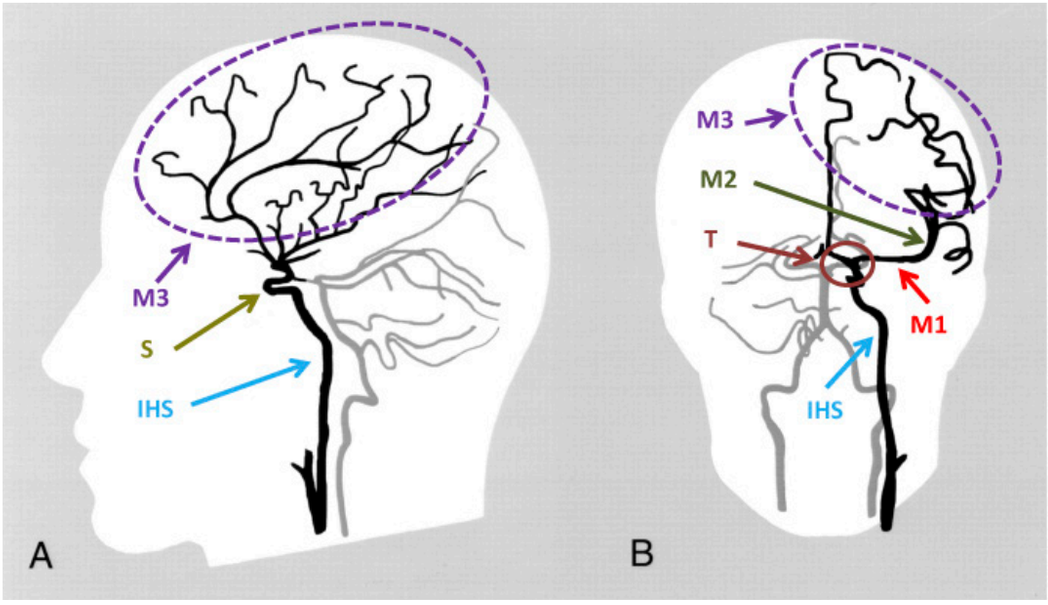
Nýleg tilfellaröð sýndi fram á gagnsemi segabrottnáms vegna sýkts segareks til heila af völdum hjartaþelsbólgu.[33]

Hvað segir til um árangur segabrottnáms?

Mikilvægt er að greina þætti sem spá fyrir um árangur meðferðarinnar. Háum aldri fylgja verri horfur óháð meðferð. Hins vegar var ávinningur segabrottnáms umfram t-PA meðferð að minnsta kosti jafn mikill hjá fólki eldra en 80 ára og hjá yngra fólki. Í safnagreiningunni var fjöldi dauðsfalla sambærilegur og hjá viðmiðunarhópi. En það voru marktækt færri dauðsföll hjá fólki yfir áttrætt, fór úr 40% niður í 20%. Því ættu engin efri aldursmörk að vera á meðferð með segabrottnámi.

Því hefur verið haldið fram að verri klínísk einkenni séu vísbending um betri svörun við segabrottnámi,[16] en safngreiningar benda til stöðugra meðferðaráhrifa óháð upphaflegum NIHSS-stigum sjúklinga. Fáir sjúklingar með innan við 6 stig á NIHSS hafa verið rannsakaðir vegna útilokunarskilmerkja rannsóknanna auk þess sem horft var framhjá dreifingu NIHSS hjá sjúklingum með stóræðalokanir. Mikilvægt er við ákvörðun á meðferð að hafa í huga að síðkomin hætta á versnun er umtalsverð.[30] Íhuga ætti því að meðhöndla sjúklinga með stóræðalokanir en lítil brottfallseinkenni.

Sjúklingar sem uppfylltu ekki skilyrði fyrir t-PA vegna aukinnar blæðingarhættu eða komu seint voru útilokaðir frá stórum rannsóknum.[17,22,23] Skýr ávinningur var af segabrottnámi hjá þessum sjúklingahópi í hinum rannsóknunum. Mikilvægt er að hafa í huga þá staðreynd að allir gjaldgengir sjúklingar í rannsóknunum fengu t-PA fyrir segabrottnám. Þó fræðilegar áhyggjur séu af að t-PA sé ólíklegra til að opna æðalokanir og gæti aukið hættu á einkennagefandi blæðingum, eru engar vísbendingar sem styðja ekki notkun t-PA hjá þessum sjúklingahópi. Til eru sjúklingar þar sem segabrottnám gagnast ekki eða seinkar verulega, til dæmis vegna lélegs æðaaðgengis eða tafa vegna flutnings sjúklinga. Það væri siðferðisleg áskorun að neita sjúklingum um t-PA meðferð utan vel hannaðra slembirannsókna. Vegna þessarar óvissu er verið að hanna rannsóknir sem kanna öryggi og hagkvæmni beins



Mynd 1. *Teikning af heilaslaglæðum: A séð á hlið og B séð framan frá. Svört æð er fremri blóðveita en grá æð er aftari blóðveita. IHS = Innri hálsslagæð, S (syphon) = innri hálsslagæðabugða, T = staðsetning T-lokunnar, M1 = fyrsti hluti miðheilaslagæðar, M2 = annar hluti miðheilaslagæðar og M3 = æðar innan hrings eru þriðji hluti miðheilaslagæðar.*

segabrottnáms í samanburði við samþætta meðferð (t-PA og síðar innæðameðferð), í líkingu við hugmyndafræði hjartalækna þar sem innæðameðferð án segaleysandi meðferðar er hin staðlaða meðferð við hjartadrepi með ST-hækkunum að því gefnu að tafir verði ekki á meðferðinni.

Er nauðsynlegt að gera frekari myndrannsóknir en TS og TS-æðamynd?

Í MR CLEAN rannsókninni[17] tókst að útiloka blæðingar á einfaldan hátt með TS-mynd og með TSÆ tókst að finna sjúklinga með stóræðalokanir. Ekki voru frekari viðmið um umfang blóðþurrðarskaða þó svo að læknar hefðu klínískt svigrúm í ákvarðanatöku. Einungis 6% sjúklinga í MR CLEAN voru með ASPECTS (Alberta Stroke Program Early Computed Tomography) stig 0-4 (tafla IIb). Lítið er vitað um hvort þetta endurspegli lág ASPECTS-stig í óvöldu þýði sjúklinga með stóræðalokanir sem koma innan 6 klukkustunda. Hins vegar var meðal ASPECTS-stig í MR CLEAN rannsókninni 9, sem er sambærilegt við aðrar rannsóknir.

ASPECTS stigun á TS-mynd án skuggaefnis virðist á yfirborði einföld, en túlkun á óafturkræfum svæðisbundnum skaða er töluvert flóknari en til að mynda með sjálfvirkt unninni TS gegnflæðis (TSG) mynd. Við TSG er leitast við að skoða hvort gegnumflæði mismunandi svæða heilans sé nægilegt, en ekki litið á fyllingu æða. Breytingar á TS-mynd án skuggaefnis við ASPECTS-stigun eru smávægilegar og hættir til að vera túlkaðar á mismunandi hátt.[34] Það tekur einnig einhvern tíma fyrir breytingar að koma fram og því eru TS-myndir ekki næmar fljótlega eftir að slag hefur átt sér stað. ASPECTS-stig hafa ekki góða fylgni við rúmmál skaðans[35] né endurspegla þau breytilega starfsemi mismunandi svæða heilans. Þrjú stig geta tapast fyrir rófukjarna (*caudate nucleus*), linsuformaða kjarna (*lentiform nucleus*) og eyjarblað (*insula*) (sem ein sér valda óverulegum klínískum einkennum) eða röskun á þremur málsvæðum heilabarkar sem geta valdið alvarlegri fötlun. Aftur á móti veitir TSG svæðis- og rúmmálsupplýsingar um óafturkræfan skaða. Þó TSG sé ekki jafn nákvæm og flæðisvigtuð segulómun (f-SÓ), var sýnt fram á í nýlegum rannsóknum að TSG hefði góða samsvörun við rúmmál dreps, borið saman við síðari myndir.[36] Góður árangur fékkst með notkun fullkomins sjálfvirks hugbúnaðar við úrvinnslu sem notaðist við staðlaðar myndir og þröskulda sem leiddi til skjóts og hlutlægs mats á blóðþurrðarkjarna og jaðri (svæði sem er í hættu að drepast).[37,38] Hugsanlegt er að endurskilgreina þurfi þröskulda (þættir sem meta blóðflæði yfir ákveðið rúmmál og tíma) kjarnadreps við TSG ef hægt væri að framkvæma enduropnun ofursnemma með bættum verkferlum. Staðfest hefur verið að þröskuldur <30% af blóðflæði í heilbrigðum heila á TSG í samanburði við flæðisvigtaða segulómun sé gagnlegur til að greina óafturkræfan skaða með þeim töfum sem eru á endurflæðismeðferð í dag.[7,39,40] Ef endurflæði næst hins vegar innan 90 mínútna gæti þröskuldur <20% verið meira viðeigandi.[39] Spennandi þróun væri ef hægt væri að bjarga hinum áður „óbjarganlega“ heilavef, einfaldlega með því að meðhöndla fyrr.

Oft er litið á stigun hliðarblóðflæðis með TSÆ sem vísbendingu um ástand gegnflæðis í heilavef. Áskorun við mat hliðarblóðflæðis með skuggaefnisþéttni á kyrrstæðri TSÆ er að tímasetning myndatöku er vanalega miðuð við hámarks slagaæðafasa með hraðvirkri skönnun þegar hliðarflæði hefur ekki fengið nægan tíma til að ná skuggefnisfasa. Það getur leitt af sér vanmat á hliðarblóðflæði og þar með útilokað sjúklinga sem hefðu gagn af opnun æðar. Fjölfasa TSÆ gæti hugsanlega yfirstigið þetta vandamál með því að endurtaka myndir eftir 5 og 10 sekúndur.[41] Í megindráttum er hægt að afla frekari upplýsinga með þriggja fasa TSÆ með því

Tafla II. *Mismunandi kvarðar.*

a	NIHSS-skali er á bilinu 0-42. Ekkert stig (0) táknar ekkert brottfall, en stig á bilinu 9-24 merkir töluverð brottfallseinkenni.[84-86]
b	ASPECTS-skalinn er kvarði sem skiptir næringarsvæði miðheilaslagæðar á TS-mynd af höfði án skuggaefnis í 10 svæði. Eitt stig er dregið fá hverju svæði með snemmbærum blóðþurrðarbreytingum. 10 stig gefa til kynna að ekki sjást nein merki um snemmbært drep.[87,88]

Tafla III. *Ábendingar fyrir segabrottnámi hjá sjúklingum með aðlægar lokanir miðheilaslagæðar eða innri hálsæðar.*

Aldur:

Ekki eru haldbær rök fyrir efri aldursmörkum við meðferð.
Háum aldri fylgja verri horfur, en meðferðaráhrif eru stöðug yfir allt aldursróf.

Undirliggjandi sjúkdómar:

Mikilvægt er að hafa í huga núverandi lífsgæði og líkur á að halda viðunandi lífsgæðum. Erfitt getur reynst að meta þetta á bráðamóttöku, en ef vafi er á slíku er betra að stefna á meðferð.

Alvarleiki slags:

Sjúklingar með NIHSS ≥6 hafa kláran ávinning af meðferð.
Ekki hefur verið sýnt fram á nein efri mörk á alvarleika einkenna á NIHSS-skala.
Um 10% sjúklinga með vægari einkenni geta verið með stóræðalokanir og því ætti alltaf að gera TSÆ. Miklar líkur eru á að þessum sjúklingum versni síðar.[30]
Ef einkenni eru óvenju væg ætti að íhuga hvort lokun sé gömul.

Tvíþætt æðavandamál:

Sterkar vísbendingar eru um ávinning hjá þessum hópi.
Umdeilt er hvort setja eigi stoðnet fyrir eða eftir segabrottnám.
Almennt má segja að rökrétt sé að losa um stíflu í höfði og tryggja þannig hliðarflæði um Willis-hringinn (*Circle of Willis*) og meðhöndla síðar lokun í innri hálsslagæð nema ekki sé hægt að komast framhjá þeirri stíflu.

Óljós ávinningur er af meðferð við aðlægum M2 lokunum.

Tími:

Skýr ávinningur er af segabrottnámi 0-6 klukkustundum frá upphafi einkenna.
Óvíst er um ávinning eftir 6 klukkustundir.
Mælt er með slembirannsókn hjá þessum hópi sjúklinga, en niðurstöður úr ESCAPE[22] og DEFUSE-2[89] benda til ávinnings ef myndrannsóknir eru hagstæðar.

Kjarnadrep

- Sjúklingar með ASPECTS 6-10 stig hafa ávinning.
- Ef sjúklingar eru með ASPECTS 0-5 stig er ávinningur óljós. Íhuga skal staðsetningu skemmdar, ónákvæmni í mati óljósra breytinga TS-myndar án skuggaefnis (TSÆ hjáflæði og TSG gæti hjálpað við slíkar kringumstæður).
- Sjúklingar með <70 ml kjarnadrep hafa kláran ávinning. Ef kjarnadrep er >70 ml er ávinningur óviss. Íhugið staðsetningu kjarnadreps og viðnámsþrótt sjúklings (fylgisjúkdóma, þol fyrir langri endurhæfingu) og óskum viðkomandi (þol fyrir fötlun, en hafa það hugfast að viðhorf geta breyst eftir slag). Hafa í huga einkennagefandi heilablæðingar.
- Flæðisvigtuð SÓ er nákvæmari en TSÆ en henni fylgir frekar tímatap sem vegur upp á móti árangri. Stórt kjarnadrep virðist hafa spágildi um horfur en hefur ef til vill ekki eins mikil áhrif á ávinning meðferðar og áður var talið.

Aðrar myndgreiningarbreytur.

- Mat á hliðarblóðflæði.
  Sjúklingar með gott hliðarblóðflæði hafa ávinning af segabrottnámi.
  Óvíst er um ávinning hjá sjúklingum með lélegt eða ekkert hliðarblóðflæði.
  Mat hliðarblóðflæðis á stöðluðum kyrrstæðum TSÆ getur valdið vanmati á hliðarblóðflæði, sem er vegna eðlis síns seinkað og því ekki til staðar við slagæðafasa rannsóknar.
  Fjölfasa myndun[41] eða TSG myndir[90] koma í veg fyrir slíkt.
- Lengd æðastíflu.
  Ekki eru nægar vísbendingar um að stuttir blóðtappar opnist frekar til þess að réttlæta að bíða og sjá til með meðferð.

að líta á hráar myndir rannsóknarinnar. Kostur þess er að ekki þarf að vinna úr myndum eftir á, en mat byggir á sjónrænu mati hliðarflæðis sem getur verið huglægt.

Segulómun gefur frábærar myndir sem varpa ljósi á meingerð bráðaslags, en hún er notuð sem aðalrannsókn á fáum stöðum. Aðal vandamálið, þrátt fyrir að hægt sé að gera rannsóknina skjótt (á um 6 mínútum þar sem fjölþættir verkferlar eru notaðir),[42] eru tafir vegna skimunar sjúklinga fyrir segulómunarrannsókn og skjótur forgangur á álagsmiklum sjúkrahúsum. Því hefur verið bent á að nota segulómun þegar ákvarða á meðferð í erfiðari tilfellum. Hjá sjúklingum með óvisst hliðarblóðflæði þarf að koma endurflæði á mjög skjótt.[43] Töf á klínískri ákvarðanatöku, ef þarf að segulóma, gæti dregið úr árangri af opnun æða við slíkar aðstæður. Því væri betra að hverfa frá fjölþáttasegulómun og nota þess í stað TSG.

Enginn vafi er á að útkoma er mun lakari hjá sjúklingum með stórt kjarnadrep, hvort sem það er metið með ASPECTS-stigun á TS án skuggefnis, mati á hliðarblóðflæði, mati á kjarnadrepi með TSG eða rúmmáli með f-SÓ. Frekari rannsóknir eru í gangi á þessum myndrænu breytum hvað ávinning meðferðar varðar. Verið er að kanna hugsanlegt samband þessara mismunandi myndgreiningarþátta við árangur meðferðar. Eins og staðan er í dag hefur reynst erfitt að skilgreina hóp sjúklinga sem ekki hefur gagn af segabrottnámi.[44,45] Gera þarf frekari framskyggnar rannsóknir, þar sem flestar rannsóknir útilokuðu sjúklinga með stór óafturkræf drep. Íhuga ætti segabrottnám hjá sjúklingum með stórt kjarnadrep og hjá sjúklingum sem koma inn nokkrum klukkustundum frá upphafi einkenna.

Svæfing eða slæving við innæðameðferð

Afturskyggnar rannsóknir sýna að sjúklingar sem fá svæfingu í stað slævingar við innæðameðferð bráðs blóðþurrðarslags hafi verri horfur.[46] Ein slík rannsókn sýndi að fall um >40 mm Hg í meðalblóðþrýstingi, hátt NIHSS við komu og að enduropnun æðar náðist ekki væru sjálfstæðir áhættuþættir lakari árangurs.[46] Í annarri rannsókn fannst hins vegar enginn munur á útkomu, hvort sem sjúklingar fengu svæfingu eða slævingu. Í þeirri rannsókn var hins vegar enginn munur á blóðþrýstingi hjá þeim sem fengu svæfingu í stað slævingar.[47]

Fjarlækningar

Með tilkomu fjarskiptatækninnar varð hægt að veita heilbrigðisþjónustu til afskekktra svæða. Í bandarísku borgarastyrjöldin um 1860 var ritsími notaður til þess að panta lækningatæki og senda slysalista.[48] Síminn kom til sögunnar árið 1876 og útvarp 1895. Í fyrri heimsstyrjöldinni var þessi tækni notuð til þess að flytja læknisfræðilegar upplýsingar til og frá afskekktum stöðum. Þegar tækni og reynsla jókst var farið að nota útvarp til að aðstoða við að senda læknishjálp í Kóreustríðinu (1950-1953) og í Víetnamstríðinu (1955-1975).[49] Fjarmæling (*telemetry*) er sjálfsmæling og miðlun gagna frá afskekktum stöðum til móttökustöðvar til skráningar og greiningar. Eftir að sjónvarp uppgötvaðist árið 1927 voru gagnvirk samskipti möguleg. Árið 1964 var fyrsta myndbandstengið sett upp milli geðdeildar Nebraska og fylkissjúkrahússins í Nor-



Framkvæmd segabrottnáms á Íslandi. Mynd Halldór Baldursson.

folk, en fjarlægð milli þeirra var 180 km.[49] Árið 1967 var heilsustöð á Logan-flugvellinum við Boston tengd með tvíhliða hljóð- og myndbandstæki við lækna Massachusetts General Hospital. Þetta sýndi að fjargreiningar voru mögulegar. Einnig hefur verið sýnt fram á að hægt sé að senda röntgenmyndir, niðurstöður rannsókna og læknaskýrslur með slíkri tækni.[49]

Orðið *telestroke* (á íslensku fjarslag) var fyrst notað árið 1999.[50] Þegar farið var að beita t-PA í meðferð bráðs blóðþurrðarslags utan rannsókna kom í ljós að fylgikvillar voru mun meiri þegar henni var beitt af óreyndum og óþjálfuðum læknum.[51,52] Fjarlækningar voru því notaðar til að veita ráðgjöf fyrir sjúkrahús sem vantaði þá sérhæfingu.[53] Síðari rannsóknir sýndu fram á að hægt væri að bæta verkferla t-PA-gjafar með því að koma á laggir fjarlækningum. Þessi nálgun á við um ákvörðunartöku t-PA-meðferðar,[54] útilokun einkenna sem líkjast slagi,[55] að tryggja rétt tímamörk,[56] túlkun myndrannsókna[57] auk þess að bæta greiningu og verkferla blóðþurrðarslaga. Gjöf t-PA jókst marktækt eftir að fjarlækningum var komið á án aukningar á rangri ákvarðanatöku.[58] Þó búið hafi verið að sýna fram á árangur fjarlækninga var notkun þeirra lítil. Rannsókn sýndi að einungis 3-5% af sjúklingum með brátt blóðþurrðarslag fengu t-PA meðferð.[59] Ein ástæða þess var takmarkað aðgengi að sérfræðiráðgjöf í litlum samfélögum og á dreifbýlissjúkrahúsum. Ein rannsókn sýndi að t-PA-meðferð var ekki beitt á 64% allra sjúkrahúsa á tveggja ára tímabili.[59]

Þar sem nú er til árangursrík meðferð við blóðþurrðarslagi en takmarkað aðgengi er að sérfræðiráðgjöf, er þrýstingur á að bæta gæði bráðameðferðar slagsjúklinga þar sem t-PA meðferð er tímanæm, hár kostnaður fylgir flutningi sjúklinga með flugi og sjúkrabílum auk þess sem tækniframfarir í fjarskiptum með aukinni bandbreidd gagnaflutnings hafa allt leitt af sér hagstæðari skilyrði fyrir fjarlækningar.[60] Ein rannsókn kannaði fjarlækningar milli landa. Þetta var samstarfsverkefni milli Skotlands og Nýja-Sjálands. Ákvörðun um t-PA meðferð var könnuð hjá 5 sjúklingum í dreifbýli. Hún sýndi fram á að þetta var gerlegt.[61]

Snjallsímar hafa verið notaðir við mat á NIHSS fyrir suma sjúklinga.[62,63] Sýnt hefur verið fram á að 3G tenging í sjúkrabílum í Berlín væri ekki nægileg til þess að gera NIHSS-mat.[64] Hins vegar virðist 4G tækni, sem er með meiri bandbreidd, meira viðeigandi við fjarlækningar í sjúkrabílum.[60,65] Þegar sjúklingar sem komu beint á slagdeildir voru bornir saman við þá sem fengu t-PA gegnum fjarlækningar og síðar fluttir á slageiningar var árangur meðferðar svipaður.[66] Fjarlækningar gagnast einnig til að finna sjúklinga með illkynja blóðþurrðarslag sem ætti að flytja til aðgerðar til að lækka innankúpuþrýsting.[67] Fyrsta reynsla af fjarlækningum við mat á innæðameðferð sjúklinga með lokun á botnslagæð (*art. basilaris*) voru vonbrigði. TEMPIS bar kennsl á sjúklinga með lokun á botnæð með fjarlækningum. Í samanburði við alhliða slagmeðferð var klínískur árangur marktækt verri.[68] Verkferlum var síðar breytt og leyft að hefja t-PA-meðferð fyrir flutning. Þetta leiddi til betri árangurs.[68]

Túlkun TS-myndar er afar mikilvæg í bráðu blóðþurrðarslagi þegar kemur að ákvarðanatöku á móttökustað. Skjótur flutningur TS-mynda er staðalhluti í fjarlækningum en túlkun mynda er mikilvæg við ákvarðanatöku. Þegar myndræn gögn eru flutt á stafrænu formi, í samræmi við læknisfræðilega staðla, geta myndgæði á fjarstað verið þau sömu og á upphafsstað. Þegar búið er að þjálfa taugalækna í formlegu mati heilamynda, er túlkun þeirra svipuð og úrlestur röntgenlæknis.[57,69] Þó svo að skjáir nýrra snjallsíma séu minni en hefðbundnar úrvinnslustöðvar röntgenlækna var nákvæmni í túlkun mynda úr sértækum snjallsímakerfum svipuð.[70] Á sumum stöðum er TSÆ bætt við myndrannsóknir. Hægt er að gera þessa rannsókn skjótt án þess að valda töfum á meðferð eða flutningi fyrir innæðameðferð. Báðar þessar rannsóknir hafa verið gerðar sem hluti af verkferlum slagsjúkrabíla í nýlegum rannsóknum.[71-73]

Skortur á læknum með sérþekkingu á innæðameðferð

Í ljósi góðs árangurs innæðameðferðar þarf að endurskipuleggja bráðameðferð blóðþurrðarslaga til þess að mæta þörfum þessa hóps. Við skipulag slíkrar meðferðar þarf aðkomu ýmissa aðila. Nána samvinnu þarf milli sérfræðinga og stjórnvalda til þess að hægt sé að veita slíka meðferð 24 klst. á dag, alla daga vikunnar staðbundið og á landsvísu. Ekki er hægt að ætlast til þess að einn innæðasérfræðingur veiti þessa þjónustu allt árið um kring.

Í sameiginlegri alþjóðlegri yfirlýsingu ýmissa félagasamtaka er gert ráð fyrir formlegri kennslu og þjálfun þeirra sem veita innæðameðferð. Þeir sem veita meðferðina séu innæðaröntgenlæknar, taugaskurðlæknar og taugalæknar sem framkvæmi slíka meðferð reglulega. Þeir læknar sem ekki hafa hlotið viðunandi þjálfun þurfa auka þjálfun (í eitt ár).[74] Ljóst er að á Íslandi er skortur á slíkri sérhæfingu.

Segabrottnám í blóðþurrðarslagi minnir um margt á kransæðavíkkun í hjartaáföllum. Sjúkdómsástandið skapast við svipaðar kringumstæður þegar slagæð stíflast af völdum blóðsega með alvarlegum afleiðingum, dauða eða mikilli fötlun, en batahorfur ráðast aðallega af því hversu skjótt tekst að koma aftur á flæði í æðinni. Mestu varðar að brugðist er við með mjög svipaðri tækni, mannskap og búnaði sem nú þegar er til staðar á Íslandi. Á upphafsárum kransæðaþræðinga var það fyrst og fremst fjármagnið

til að reka viðbótar vaktalínu og mannskap með viðeigandi þjálfun sem gerði það að verkum að hægt var að takast á við bráðatilvik utan dagvinnu. Nú eru flestir sammála um að þetta sé eitt mesta framfaraskref síðustu áratuga. Án þessarar þjónustu við veikustu hjartasjúklingana væri óhugsandi að annast þræðingu og víkkun allan sólarhringinn. Það ætti að vera nokkuð augljóst hversu margt skylt þessi veikindi eiga með blóðþurrðarslögum. Á Íslandi starfa nú 4-5 hjartaþræðingarlæknar sem gera um 750 kransæðavíkkanir á ári. Almennt er reiknað með að hver hjartaþræðingalæknir geri yfir 75 æðavíkkanir á ári og að hver stofnun geri yfir 400 æðavíkkanir á ári. Þessi skilyrði eru uppfyllt á Íslandi. Hvaða kröfur eigum við að gera til segabrottnáms á Íslandi ef árlegur fjöldi þeirra er um 50?

Hjartalæknar veita bráðaþjónustu fyrir sjúklinga með kransæðastíflu allan sólarhringinn í nær öllum löndum Evrópu, Norður-Ameríku og öðrum heimsálfum. Bent hefur verið á að hjarta- og taugalæknar ættu að vinna náið saman í ljósi þess að slag er afleiðing annarra hjarta- og æðasjúkdóma. Á svæðum með skerta þjónustu taugalækna gætu hjartaþræðingalæknar fyllt það tómarúm að undangenginni sérstakri þjálfun í náinni samvinnu við taugalækna.[75,76] Hjartaþræðingalæknar eru nú þegar með útbreidda viðvarandi þjónustu fyrir sjúklinga með kransæðastíflu og gætu því sinnt sjúklingum sem þurfa á ífarandi þjónustu að halda vegna slags.[77,78] Bráð þjónusta hjartalækna getur boðið upp á stuttan tíma frá TS til innæðameðferðar vegna reynslu sinnar á innæðameðferð við bráða kransæðastíflu. Útkoma slíkrar meðferðar hjá hjartalæknum er sambærileg við þá sem fæst á taugadeildum.[75] Fljótlega mun fara í gang útbreidd þjálfun sérfræðilækna í slagmeðferð í Evrópu á vegum evrópsku slagsamtakanna (European Stroke Organisation).[79,80]

Hver er staðan á Íslandi?

Fjöldi slaga á Íslandi 2008 var 410. Af þeim voru 84% fyrsta slag og 16% endurtekin, 85% voru blóðþurrðarslög og 9% blæðingarslög (6% voru utanskúmsblæðingar og 3% óþekkt).[81] Byrjað var að gefa t-PA á Íslandi 1999. Árlegur fjöldi sjúklinga sem fær slíka meðferð á Íslandi nú er um og yfir 20 (óbirtar niðurstöður höfundar). Því fá innan við 6% sjúklinga með brátt blóðþurrðarslag t-PA meðferð á Íslandi á ári hverju. Stærsta skýring þessarar lágu tíðni t-PA gjafar er þekkingarskortur almennings á einkennum slaga. Þetta leiðir til þess að sjúklingar koma of seint til meðferðar. Því þarf að upplýsa fólk betur um einkenni blóðþurrðarslaga og mikilvægi þess að leita sér fljótt aðstoðar, eins og á við um bráða kransæðastíflu. Ekki má heldur gleyma því að innæðameðferð gagnast ekki einungis sjúklingum með drep í fremri blóðveitu. Þessi meðferð gagnast þeim sem eru með frábendingar fyrir gjöf t-PA, segastíflu í aftari blóðveitu og sýkt segarek.

Á Íslandi verður einungis hægt að veita innæðameðferð á Landspítala. Þá er reiknað með að sjúklingar komi beint á sjúkrahús sem veitir innæðameðferð en sleppi öllum millilíðum til þess að valda ekki töf á meðferð. Miðað er við að veita megi slíka meðferð sjúklingum í um 80 km fjarlægð frá stofnuninni. Fyrir staði sem eru með TS-tæki en utan við þessa 80 km, eða vegna legu (Vestmannaeyjar) ætti að íhuga t-PA meðferð. Sé aðstaða fyrir TSÆ-rannsókn, ætti að íhuga hana og að höfðu samráði um hvort síðar ætti að flytja sjúkling á Landspítala til innæðameðferðar. Staðir sem hafa TS-tæki nú eru Keflavík, Akranes, Ísafjörður, Akureyri, Neskaupsstaður, Selfoss og Vestmannaeyjar.

Við innæðameðferð þarf að minnsta kosti fjóra starfsmenn, innæðasérfræðing, taugalækni, hjúkrunarfræðing og svæfingarlækni. Búið er að kaupa tækjabúnað að hluta til sem til þarf. Samskonar búnaður er nú þegar fyrir hendi á Landspítala við Hringbraut. Við Landspítala er einn röntgenlæknir sem hefur sérhæft sig í þessari meðferð og jafnframt tveir aðrir röntgenlæknar sem hafa gert mikið af æðaþræðingum, en þyrftu að fá þjálfun í innæðameðferð. Hins vegar erum við með marga hjartaþræðingalækna sem veita samskonar meðferð við kransæðastíflum.

Innæðameðferð við bráðu blóðþurrðarslagi hefur enn ekki átt sér stað á Íslandi. Til að svo megi verða verður að setja peninga í verkefnið og koma á skipulagi þannig að meðferð þessi geti verið órofin. Mikla vinnu þarf að leggja í það svo það megi verða. Reikna má með að í framtíðinni verði einn sjúklingur meðhöndlaður með innæðameðferð á viku.

Ekki má gleyma mikilvægi fyrirbyggjandi meðferðar. Slík meðferð er afar mikilvæg, ekki einvörðungu til að fyrirbyggja slög, heldur einnig hjarta- og æðasjúkdóma og aðrar lífsstílstengda sjúkdóma. Mikilvægi heilbrigðs lífsstíls verður aldrei ofmetið.[82] Ein rannsókn benti til að koma mætti í veg fyrir um 80% blóðþurrðarslaga ef tekið væri á eftirtöldum áhættuþáttum: reykingum, hreyfingarleysi, slæmum matarvenjum, ofþyngd og óhóflegri neyslu áfengis.[83]

Samantekt

Lykilatriði sem draga má saman úr rannsóknum innæðameðferðar er að reyna að ná skjótu og góðu endurflæði og íhuga umfang fyrirliggjandi óafturkræfs heilaskaða þegar metin er áhætta og ávinningur meðferðar. Þessar jákvæðu rannsóknir völdu vísvitandi sjúklinga sem væru líklegir að svara meðferð, en einungis þurfti að meðhöndla um 5 sjúklinga til þess að fá góða endurheimt starfsgetu (m-RS kvarða ≤2) og um þrjá til þess að fá að minnsta kosti 1. stigs bata á m-RS kvarða. Í venjulegri klínískri vinnu yrðu fleiri sjúklingar sem á hverjum tíma væri talið gagnlegt að meðhöndla. Því eru fáar ástæður til að framkvæma ekki innæðameðferð hjá sjúklingum með aðlægar lokanir á miðheilaslagæð nema aðrir alvarlegir sjúkdómar hamli slíku (tafla III). Sjúklingar með óhagstæðar myndrannsóknir hafa minni tíma til þess að ná gagnlegri enduropnun og því ætti í vali þeirra að forðast ferli sem tefja meðferð. TSG og TSÆ hafa sannað gildi sitt fyrir sjúklinga sem svara vel segabrottnámi. Enn er því svigrúm til að draga úr töfum meðferðar og auka tíðni góðrar enduropnunar í fyrstu tilraun. Skilvirk kerfi, verkferlar og fjarlækningar eru lykillinn að hámörkun árangurs endurflæðismeðferðar.

Þakkir

Kærar þakkir til Ólafs Skúla Indriðassonar sem las handritið yfir auk Ólafs Kjartanssonar og Þorbjörns Guðjónssonar sem komu með góðar ábendingar.

Heimildir

1. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. BMJ 1997; 314: 1151-9.
2. Sigurðsson AP. Heilaslagdeild : mikilvæg nýjung í meðferð heilaslags. Læknablaðið 1999; 85: 528-41.
3. Langhorn P DM. Stroke Units: An Evidence Based Approach. BMJ Publishing Group. 1998.
4. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med 1995; 333: 1581-7.
5. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Davalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med 2008; 359: 1317-29.
6. Emberson J, Lees KR, Lyden P, Blackwell L, Albers G, Bluhmki E, et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. Lancet 2014; 384: 1929-35.
7. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013; 44: 870-947.
8. Saqqur M, Uchino K, Demchuk AM, Molina CA, Garami Z, Calleja S, et al. Site of arterial occlusion identified by transcranial Doppler predicts the response to intravenous thrombolysis for stroke. Stroke 2007; 38: 948-54.
9. De Silva DA, Brekenfeld C, Ebinger M, Christensen S, Barber PA, Butcher KS, et al. The benefits of intravenous thrombolysis relate to the site of baseline arterial occlusion in the Echoplanar Imaging Thrombolytic Evaluation Trial (EPITHET). Stroke 2010; 41: 295-9.
10. Paciaroni M, Balucani C, Agnelli G, Caso V, Silvestrelli G, Grotta JC, et al. Systemic thrombolysis in patients with acute ischemic stroke and Internal Carotid ARtery Occlusion: the ICARO study. Stroke 2012; 43: 125-30.
11. Jansen O, von Kummer R, Forsting M, Hacke W, Sartor K. Thrombolytic therapy in acute occlusion of the intracranial internal carotid artery bifurcation. AJNR Am J Neuroradiol 1995; 16: 1977-86.
12. Beumer D, Saiedie G, Fonville S, van Oostenbrugge RJ, Homburg PJ, van der Lugt A, et al. Intra-arterial occlusion in acute ischemic stroke: relative frequency in an unselected population. European Stroke Conference. 22nd Conference, London, May 28–31, 2013: Abstract e-Book. Cerebrovasc Dis 2013; Suppl.(35): 66.
13. Heldner MR, Zubler C, Mattle HP, Schroth G, Weck A, Mono ML, et al. National Institutes of Health stroke scale score and vessel occlusion in 2152 patients with acute ischemic stroke. Stroke 2013; 44: 1153-7.
14. Christou I, Burgin WS, Alexandrov AV, Grotta JC. Arterial status after intravenous TPA therapy for ischaemic stroke. A need for further interventions. Int Angiol 2001; 20: 208-13.
15. Lima FO, Furie KL, Silva GS, Lev MH, Camargo EC, Singhal AB, et al. Prognosis of untreated strokes due to anterior circulation proximal intracranial arterial occlusions detected by use of computed tomography angiography. JAMA Neurol 2014; 71: 151-7.
16. Broderick JP, Palesch YY, Demchuk AM, Yeatts SD, Khatri P, Hill MD, et al. Endovascular therapy after intravenous t-PA versus t-PA alone for stroke. N Engl J Med 2013; 368: 893-903.
17. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, van den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med 2015; 372: 11-20.
18. del Zoppo GJ, Poeck K, Pessin MS, Wolpert SM, Furlan AJ, Ferbert A, et al. Recombinant tissue plasminogen activator in acute thrombotic and embolic stroke. Ann Neurol 1992; 32: 78-86.
19. Bhatia R, Hill MD, Shobha N, Menon B, Bal S, Kochar P, et al. Low rates of acute recanalization with intravenous recombinant tissue plasminogen activator in ischemic stroke: real-world experience and a call for action. Stroke 2010; 41: 2254-8.
20. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, Dippel DW, Mitchell PJ, Demchuk AM, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. Lancet 2016; 387: 1723-31.
21. Campbell BCV, Donnan GA, Lees KR, Hacke W, Khatri P, Hill MD, et al. Endovascular stent thrombectomy: the new standard of care for large vessel ischaemic stroke. Lancet Neurol 2015; 14: 846-54.
22. Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, Eesa M, Rempel JL, Thornton J, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. N Engl J Med 2015; 372: 1019-30.
23. Jovin TG, Chamorro A, Cobo E, de Miquel MA, Molina CA, Rovira A, et al. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. N Engl J Med 2015; 372: 2296-306.
24. Saver JL, Goyal M, Bonafe A, Diener HC, Levy EI, Pereira VM, et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. N Engl J Med 2015; 372: 2285-95.
25. Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC, et al. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2015; 46: 3020-35.
26. Wahlgren N, Moreira T, Michel P, Steiner T, Jansen O, Cognard C, et al. Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke: Consensus statement by ESO-Karolinska Stroke Update 2014/2015, supported by ESO, ESMINT, ESNR and EAN. Int J Stroke 2016; 11: 134-47.
27. Casaubon LK, Boulanger JM, Blacquiere D, Boucher S, Brown K, Goddard T, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Hyperacute Stroke Care Guidelines, Update 2015. Int J Stroke 2015; 10: 924-40.
28. Bracard S, Ducrocq X, Mas JL, Soudant M, Oppenheim C, Moulin T, et al. Mechanical thrombectomy after intravenous alteplase versus alteplase alone after stroke (THRACE): a randomised controlled trial. Lancet Neurol 2016; 15: 1138-47.
29. Riedel CH, Zoubie J, Ulmer S, Gierthmuehlen J, Jansen O. Thin-slice reconstructions of nonenhanced CT images allow for detection of thrombus in acute stroke. Stroke 2012; 43: 2319-23.
30. Coutts SB, Modi J, Patel SK, Demchuk AM, Goyal M, Hill MD. CT/CT angiography and MRI findings predict recurrent stroke after transient ischemic attack and minor stroke: results of the prospective CATCH study. Stroke 2012; 43: 1013-7.
31. Macleod MR, Davis SM, Mitchell PJ, Gerraty RP, Fitt G, Hankey GJ, et al. Results of a multicentre, randomised controlled trial of intra-arterial urokinase in the treatment of acute posterior circulation ischaemic stroke. Cerebrovasc Dis 2005; 20: 12-7.
32. van der Hoeven EJ, Schonewille WJ, Vos JA, Algra A, Audebert HJ, Berge E, et al. The Basilar Artery International Cooperation Study (BASICS): study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2013; 14: 200.
33. Sveinsson OH, L, Homin; S. Intra-Arterial Mechanical Thrombectomy: An Effective Treatment for Ischemic Stroke Caused by Endocarditis. Case Rep Neurol 2016; 8: 229-33.
34. Menon BK, Campbell BC, Levi C, Goyal M. Role of imaging in current acute ischemic stroke workflow for endovascular therapy. Stroke 2015; 46: 1453-61.
35. Schroder J, Cheng B, Ebinger M, Kohrmann M, Wu O, Kang DW, et al. Validity of acute stroke lesion volume estimation by diffusion-weighted imaging-Alberta Stroke Program Early Computed Tomographic Score depends on lesion location in 496 patients with middle cerebral artery stroke. Stroke 2014; 45: 3583-8.
36. Albers GW, Goyal M, Jahan R, Bonafe A, Diener HC, Levy EI, et al. Ischemic core and hypoperfusion volumes predict infarct size in SWIFT PRIME. Ann Neurol 2016; 79: 76-89.
37. Campbell BC, Christensen S, Levi CR, Desmond PM, Donnan GA, Davis SM, et al. Cerebral blood flow is the optimal CT perfusion parameter for assessing infarct core. Stroke 2011; 42: 3435-40.
38. Lansberg MG, Lee J, Christensen S, Straka M, De Silva DA, Mlynash M, et al. RAPID automated patient selection for reperfusion therapy: a pooled analysis of the Echoplanar Imaging Thrombolytic Evaluation Trial (EPITHET) and the Diffusion and Perfusion Imaging Evaluation for Understanding Stroke Evolution (DEFUSE) Study. Stroke 2011; 42: 1608-14.
39. d'Esterre CD, Boesen ME, Ahn SH, Pordeli P, Najm M, Minhas P, et al. Time-Dependent Computed Tomographic Perfusion Thresholds for Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke 2015; 46: 3390-7.
40. Campbell BC, Christensen S, Levi CR, Desmond PM, Donnan GA, Davis SM, et al. Comparison of computed tomography perfusion and magnetic resonance imaging perfusion-diffusion mismatch in ischemic stroke. Stroke 2012; 43: 2648-53.
41. Menon BK, d'Esterre CD, Qazi EM, Almekhlafi M, Hahn L, Demchuk AM, et al. Multiphase CT Angiography: A New Tool for the Imaging Triage of Patients with Acute Ischemic Stroke. Radiology 2015; 275: 510-20.
42. Nael K, Khan R, Choudhary G, Meshksar A, Villablanca P, Tay J, et al. Six-minute magnetic resonance imaging protocol for evaluation of acute ischemic stroke: pushing the boundaries. Stroke 2014; 45: 1985-91.
43. Ribo M, Flores A, Rubiera M, Pagola J, Sargento-Freitas J, Rodriguez-Luna D, et al. Extending the time window for endovascular procedures according to collateral pial circulation. Stroke 2011; 42: 3465-9.
44. Gilgen MD, Klimek D, Liesirova KT, Meisterernst J, Klinger-Gratz PP, Schroth G, et al. Younger Stroke Patients With Large Pretreatment Diffusion-Weighted Imaging Lesions May Benefit From Endovascular Treatment. Stroke 2015; 46: 2510-6.
45. Borst J, Berkhemer OA, Roos YB, van Bavel E, van Zwam WH, van Oostenbrugge RJ, et al. Value of Computed Tomographic Perfusion-Based Patient Selection for Intra-Arterial Acute Ischemic Stroke Treatment. Stroke 2015; 46: 3375-82.
46. Lowhagen Henden P, Rentzos A, Karlsson JE, Rosengren L, Sundeman H, Reinsfelt B, et al. Hypotension During Endovascular Treatment of Ischemic Stroke Is a Risk Factor for Poor Neurological Outcome. Stroke 2015; 46: 2678-80.
47. Lowhagen Henden P, Rentzos A, Karlsson JE, Rosengren L, Leiram B, Sundeman H, et al. General Anesthesia Versus Conscious Sedation for Endovascular Treatment of Acute Ischemic Stroke: The AnStroke Trial (Anesthesia During Stroke). Stroke 2017; 48: 1601-7.
48. Zundel KM. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. Bull Med Libr Ass 1996; 84: 71-9.
49. Bashshur R, Lovett J. Assessment of telemedicine: results of the initial experience. Aviat Space Environ Med 1977; 48: 65-70.
50. Murphy RL Jr, Bird KT. Telediagnosis: a new community health resource. Observations on the feasibility of telediagnosis based on 1000 patient transactions. Am J Public Health 1974; 64:1 13-9.
51. Levine SR, Gorman M. "Telestroke" : the application of telemedicine for stroke. Stroke 1999; 30: 464-9.
52. Katzan IL, Furlan AJ, Lloyd LE, Frank JI, Harper DL, Hinchey JA, et al. Use of tissue-type plasminogen activator for acute ischemic stroke: the Cleveland area experience. JAMA 2000; 283: 1151-8.
53. Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Roether J, Misselwitz B, Lowitzsch K, Heidrich J, et al. Predictors of in-hospital mortality in patients with acute ischemic stroke treated with thrombolytic therapy. JAMA 2004; 292: 1831-8.
54. Audebert H. Telestroke: effective networking. Lancet Neurol 2006; 5: 279-82.
55. Meyer BC, Raman R, Hemmen T, Obler R, Zivin JA, Rao R, et al. Efficacy of site-independent telemedicine in the STRokE DOC trial: a randomised, blinded, prospective study. Lancet Neurol 2008; 7: 787-95.
56. Audebert HJ, Kukla C, Clarmann von Claranau S, Kuhn J, Vatankhah B, Schenkel J, et al. Telemedicine for safe and extended use of thrombolysis in stroke: the Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS) in Bavaria. Stroke 2005; 36: 287-91.
57. Muller-Barna P, Hubert GJ, Boy S, Bogdahn U, Wiedmann S, Heuschmann PU, et al. TeleStroke units serving as a model of care in rural areas: 10-year experience of the TeleMedical project for integrative stroke care. Stroke 2014; 45: 2739-44.
58. Demaerschalk BM, Bobrow BJ, Raman R, Ernstrom K, Hoxworth JM, Patel AC, et al. CT interpretation in a telestroke network: agreement among a spoke radiologist, hub vascular neurologist, and hub neuroradiologist. Stroke 2012; 43: 3095-7.
59. Amorim E, Shih MM, Koehler SA, Massaro LL, Zaidi SF, Jumaa MA, et al. Impact of telemedicine implementation in thrombolytic use for acute ischemic stroke: the University of Pittsburgh Medical Center telestroke network experience. J Stroke Cerebrovasc Dis 2013; 22: 527-31.
60. Kleindorfer D, Xu Y, Moomaw CJ, Khatri P, Adeoye O, Hornung R. US geographic distribution of rt-PA utilization by hospital for acute ischemic stroke. Stroke 2009; 40: 3580-4.

Heimildir nr 61-90 eru birtar með greininni á netinu.

ENGLISH SUMMARY

Role of Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke

Albert Páll Sigurðsson

This article discusses endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke. This treatment is vascular medicine's most significant leap in years. This treatment is complicated, and various technical aspects are discussed. Close cooperation is required between different specialties since patient selection for treatment is complex. Interventionists need close collaboration with stroke neurologists. Government needs to be involved as this treatment mandates structural changes which will incur more manpower and financial resources. Telemedicine is also discussed as it has been shown to be advantageous for augmenting thrombolytic administration for acute ischemic stroke. Due to technical advances, it has been easier to provide such service, but hurdles need to be resolved so it can be fully implemented. It is likely that telemedicine will also play a role in thrombectomy. This article proposes how thrombectomy could be delivered in Iceland. It will prove difficult to provide such complex treatment in a scattered population of 343.000 people where expertise is limited to one or two sites. It is important to remember, that coronary intervention was a formidable challenge at one time, but it was accomplished. Can we learn from that experience?

University Hospital of Iceland, Reykjavík.

Key words: *Thrombectomy, acute ischemic stroke, telemedicine, thrombolytic therapy.*

Correspondence: *Albert Páll Sigurðsson, alberts@landspitali.is*

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Læknafélag Íslands í hundrað ár

Jón Ólafur Ísberg

sagnfræðingur

innanríkisráðuneytinu

joli@centrum.is

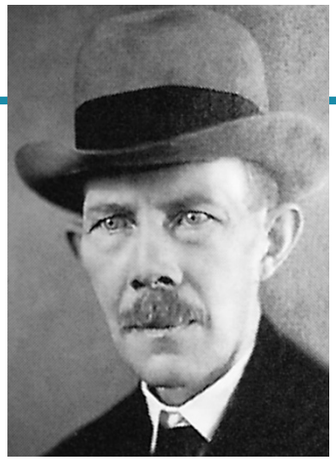


„Mitt í öllum harðindunum, þrátt fyrir alla dýrtíð og styrjöld, byrja nú íslenskir læknar árið með þessari félagsstofnun, víllausir og alls ósmeykir, til að búa í haginn fyrir komandi ár.“ Þannig skrifaði Guðmundur Hannesson fyrsti formaður Læknafélags Íslands og forvígismaður í félagsmálum lækna í *Læknablaðið* skömmu eftir stofnun félagsins. Læknafélag Íslands var stofnað 14. janúar 1918 á fundi í Læknafélagi Reykjavíkur en stofnun félagsins átti sér meira en 20 ára aðdraganda.

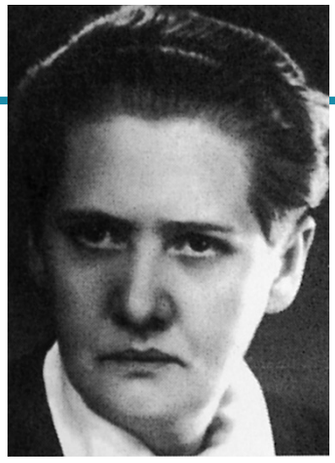
Á síðasta áratug 19. aldar voru starfandi tæplega 50 læknar á öllu landinu. Hver hafði sitt hérað, yfirleitt eina sýslu eða bæjarfélag, en nokkrir störfuðu sem aukalæknar, voru í afleysingum eða önnuðust hluta af héraði fyrir héraðslækninn, og síðan voru kennarar við læknaskólann. Læknar höfðu ekki með sér neitt félag, ekki frekar en aðrir hópar eða starfsstéttir, en gera má ráð fyrir því að undir aldamótin 1900 hafi flestir þeirra þekkst enda var stærstur hluti þeirra á svipuðum aldri og höfðu gengið í gegnum svipað menntunarferli. Landlæknir var yfirmaður heilbrigðismála og hafði sem slíkur samband við alla lækna landsins en hann var í senn yfirmaður þeirra og kollegi. Það þarf því ekki að koma á óvart að það var landlæknir sem hafði forgöngu um að stofnað yrði sérstakt læknafélag. Jónas Jónassen landlæknir boðaði lækna landsins til fundar í Reykjavík 27. júlí 1896 í þeim tilgangi að ræða ýmis mál. Alls mættu 12 læknar auk hans og var fundurinn nefndur „fyrsti íslenski læknafundurinn“.

Á dagskrá þessa fyrsta almenna læknafundar voru meðal annars breytingar á skipan læknishéraða, kjör lækna, landsspítali, læknaskólinn, bólusetningar, starfsskýrslur og bókfærsla lækna, vitfirringastofnun, lyfjasölumál og lyfjaskrá og stofnun íslensks læknafélags. Þessi fyrsti læknafundur er athyglisverður fyrir margra hluta sakir og þarna komu fram þau viðhorf sem helst voru ríkjandi meðal lækna á þessum tíma. Ályktað var um flest mál en um „stofnun íslensks læknafélags“ fréttist ekkert. Í nefndinni um læknafélagið sátu Guðmundur Hannesson héraðslæknir á Akureyri, Guðmundur Björnsson héraðslæknir í Reykjavík og Björn Ólafsson augnlæknir. Stefnt var að því að halda næsta fund sumarið 1898 „ef ekkert sérstakt hindraði“. Ekkert varð úr þeim fundi sem auglýstur hafði verið 26. júlí 1898 en þremur dögum síðar, eða 29. júlí 1898, hittust níu læknar úr Reykjavík og nágrenni á fundi til að ræða tillögu um stofnun læknafélags sem nefndin sem kosin var á fundinum tveimur árum fyrr hafði gert tillögur um. Samþykkt var að stofna félagið og lög félagsins og codex ethicus voru prentuð til þess að aðrir læknar gætu kynnt sér málið. Í stjórn félagsins voru kosnir Jónas Jónassen landlæknir, Guðmundur Björnsson héraðslæknir í Reykjavík, sem hafði setið í undirbúningsnefndinni, og Guðmundur Magnússon kennari við Læknaskólann. Félagið varð aldrei neitt nema nafnið eitt en formlega séð var stofnað íslenskt læknafélag 29. júlí 1898.

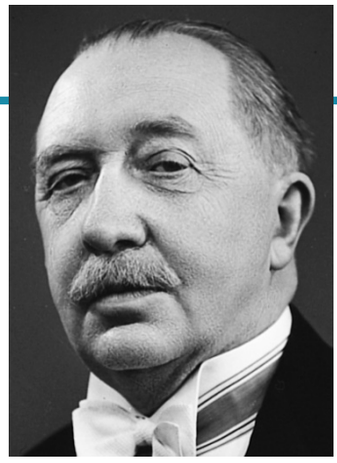
Af þessu fyrsta félagi íslenskra lækna voru engar spurnir næstu árin og það næsta sem fréttist var af fundi lækna í Reykjavík 2. október 1909. Þá komu læknar saman til að ræða væntanlega stofnun sjúkrasamlags í Reykjavík og hvernig læknar gætu brugðist við kröfum þess um samninga við lækna fyrir sína félagsmenn. Í framhaldi af þeim umræðum var síðan stofnað til Læknafélags Reykjavíkur þann 18. október 1909 á Hótel Íslandi af 9 læknum. Árið 1909 var að frumkvæði Oddfellow-reglunnar stofnað sjúkrasamlag í Reykjavík en reglan var í forystu fyrir



Guðmundur Hannesson, formaður Læknafélags Íslands 1917-1923 og 1927-1933.



Katrín Thoroddsen barnalæknir var fyrst kvenna til að sitja aðalfund LÍ en hún var þá starfandi læknir í Reykjavík. Hún útskrifaðist 1921, önnur kvenna á Íslandi.



Magnús Pétursson, formaður Læknafélags Íslands 1933-1934 og 1935 til 1951.

úrbótum í heilbrigðismálum í landinu. Sjúkrasamlagið var fyrir „fullhrausta og velmegandi einstaklinga“ sem gátu borgað árgjald en hvorki var gert ráð fyrir fátæku fólki né mjög ríku fólki í sjúkrasamlaginu. Tveimur árum eftir að Sjúkrasamlag Reykjavíkur var stofnað voru sett lög á Alþingi um sjúkrasamlög og í kjölfarið voru stofnuð sjúkrasamlög víða um land.

Með stofnun sjúkrasamlags var komin forsenda fyrir lækna að stofna félag sem gætti hagsmuna þeirra í samningum við samlagið og það var í raun eina ástæða þess að félagið var stofnað. Segja má að félagið hafi fyrst og fremst brugðist við áreiti að utan hvað varðar stéttarmálefni eins og samskipti við Sjúkrasamlagið en þar var meðal annars samið um gjaldskrá fyrir félagsmenn sem var töluvert frábrugðin og hærri í krónum talið en lögbundinn taxti héraðslækna sem var settur einhliða af yfirvöldum.

Félagsmenn virðast hafa verið vel meðvitaðir um stéttarstöðu sína gagnvart Sjúkrasamlaginu en jafnframt því sem þeir vildu tryggja stöðu sína þá var þeim umhugað um að sem flestir nytu læknishjálpar. Þarna komu saman einstaklingar með sjálfstæða atvinnustarfsemi og sömdu við félagasamtök um laun og þjónustu án þess að ríkisvaldið hefði einhver afskipti. Fljótlega efldist félagið og fundir voru haldnir nokkuð reglulega í félaginu þar sem einkum var rætt um fagleg málefni og það hóf útgáfu *Læknablaðsins* árið 1915. Útgáfa þess var þrekvirki hvernig sem á það er litið en með því tókst að halda úti fræðilegri umræðu og birta fróðleik fyrir lærða sem leika sem annars hefði líklega ekki komist út fyrir fámennan hóp lækna í Reykjavík.

Á fundi í Læknafélagi Reykjavíkur í nóvember 1916 var kosin nefnd til athuga hvort bæri að stofna heildarsamtök lækna og í henni sátu Guðmundur Magnússon prófessor, Guðmundur Hannesson héraðslæknir í Reykjavík og Matthías Einarsson skurðlæknir í Reykjavík. Á næstu mánuðum voru málefni hins fyrirhugaða félags stundum til umræðu í *Læknablaðinu* en undirtektir voru frekar daufar enda fátt sem ýtti á eftir slíkri stofnun.



LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF
LÆKNAFJELAGI REYKJAVÍKUR.
RITSTJÓRN:
HELGI TÓMASSON, NIELS P. DUNGAL,
VALTÝR ALBERTSSON.

19. árg. Reykjavík, maí—júlí-blaðið. 1933.

EFNI:

Skólabörn í Reykjavík eftir Ólaf Helgason, skólalækni Miðbæjarskólans. — Pernokton eftir P. V. G. Kolka, sjúkrahúslækni. — Skuldaverslun lækna eftir G. H. — † Jón Þorvaldsson héraðslæknir á Hesteyri eftir Jón Jónsson. — † Þorgrímur Þórðarson fyrrum héraðslæknir eftir G. H. — Aðalfundur Læknafélags Íslands. — Lárus Einarson eftir V. A. — Úr erlendum læknaritum. — Fréttir.

Í Læknablaðinu er skráð og varðveitt tilurð, saga og þróun Læknafélagsins frá upphafi og fram á þennan dag.

Héraðslæknar voru embættismenn ríkisins og það var ekki nein samkeppni milli lækna, þar voru engir sjálfstætt starfandi læknar heldur hafði hver sitt hérað og sjúklingar leituðu yfirleitt ekki annað en til síns héraðslæknis. Þetta var líklega ein af ástæðum þess að ekki var fyrr stofnað til heildarsamtaka lækna en víða erlendis var það samkeppnin sem knúði lækna til samtaka. Sérfræðingarnir og samkeppnin var í Reykjavík og í ljósi þessa er það athyglisvert að það er framvarðasveit Læknafélags Reykjavíkur sem hefur forgöngu um stofnun Læknafélags Íslands til þess að virkja alla lækna til samstarfs félagslega og fræðilega. Helsti hvatamaðurinn, Guðmundur Hannesson, þekkti vel hvernig það var að vera starfandi læknir á landsbyggðinni og hann skynjaði að tímarnir væru að breytast. Í grein sem hann skrifaði í aðdraganda stofnunar félagsins sagði hann meðal annars: „Nú eru hér fleiri læknar en embætti eru til og eftir fáein ár verða sennilega embættislausir læknar víðsvegar um land. Við rekum okkur þá á samkeppnina, kosti hennar og lesti. Það verður vandlifaðra en áður og sama nauðsyn hér sem annarsstaðar að fylgja föstum reglum í allri framkomu.“ Hann taldi hagsmunum læknastéttarinnar best borgið með því að stofna samtök og koma sér upp reglum til þess að taka á annmörkum frjálsræðisins. Tilgangurinn var einnig að „efla samvinnu og bróðerni milli lækna“ og auka fræðslu og þekkingu en aðalatriði var að allir læknar stæðu saman gagnvart markaðnum og öðrum sem vildu yfir þeim ráða.

Tillaga að lögum Læknafélags Íslands var send út til lækna í mars árið 1917 og var hún samþykkt en samkvæmt þeim átti að kjósa stjórn félagsins skriflega fyrir nóvember og á fundi í Læknafélagi Reykjavíkur í ársbyrjun 1918 var Læknafélag Íslands stofnað. Borist höfðu 34 atkvæðaseðlar til stjórnarkjörs og féllu atkvæði þannig að Guðmundur Hannesson prófessor var kjörinn formaður, Guðmundur Magnússon varð gjaldkeri og Sæmundur Bjarnhéðinsson yfirlæknir ritari. Varamaður var kosinn Matthías Einarsson skurðlæknir og fjórðungsfulltrúar voru: fyrir Vestfirðinga Halldór Steinsson í Ólafsvík, fyrir Norðlendinga var Steingrímur Matthíasson á Akureyri og Georg Georgsson á Fáskrúðsfirði fyrir Austfirðinga en ekki þótti ástæða til að Sunnlendingar hefðu sérstakan fulltrúa. Nokkru síðar bárust 5 atkvæðaseðlar til viðbótar og töldust stofnfélagar því vera 39.

Fyrsti aðalfundur Læknafélags Íslands var haldinn á sal Menntaskólans í Reykjavík 1. júlí 1919. Alls mættu 32 læknar og 7

mál voru á dagskrá. Enginn aðalfundur var haldinn árið 1920 og er ástæðan talin sú að ekki hafi komið fram nein mál sem læknar vildu ræða, auk þess sem læknar úti á landi hefðu ekki tíma til að koma til Reykjavíkur. Aðalfundur var næst haldinn í júní 1921 og þá mættu 26 læknar. Seint í júní 1922 var þriðji aðalfundur Læknafélagsins haldinn í Alþingishúsinu og mættu á milli 30 og 40 læknar, þar af 10 utan af landi. Árið 1923 var fjórði aðalfundur Læknafélags Íslands haldinn á sal Menntaskólans í Reykjavík og mættu 25 læknar við setninguna. Þetta voru nokkru færri læknar en árið áður og töldu menn vænlegt að halda næsta fund á Akureyri. Fundurinn var haldinn á sal Gagnfræðaskólans og voru einungis mættir 15 fulltrúar, þar af einn dýralæknir, og tveir erlendir gestir. Aðalfundurinn á Akureyri markar tímamót í sögu Læknafélagsins á margan hátt. Guðmundur Hannesson sem verið hafði formaður frá byrjun var það ekki lengur en hann hafði verið einn helsti hvatamaður að stofnun þess og áður verið formaður í Læknafélagi Reykjavíkur.

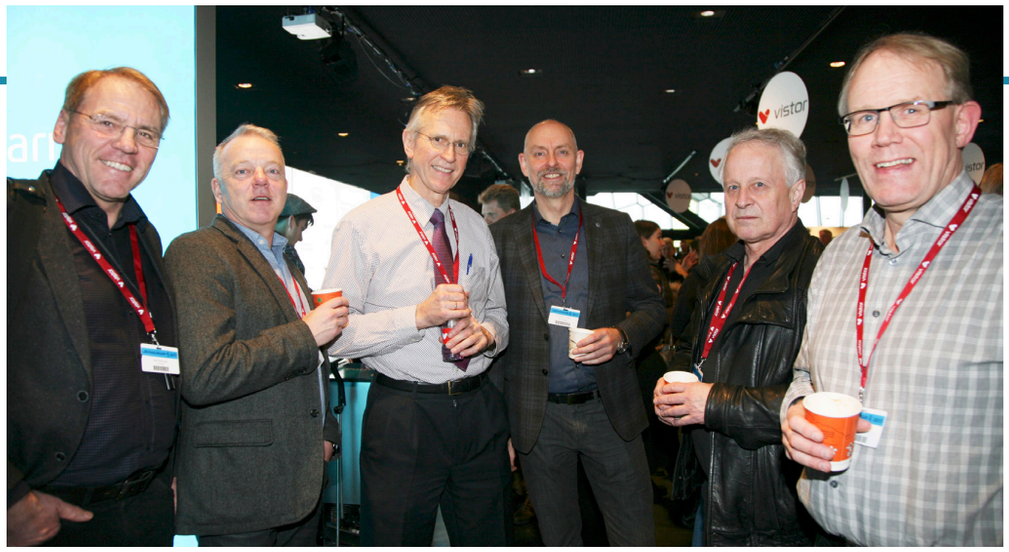
Þegar litið er yfir mótunarárin 1918 til 1924 má sjá hvaða mál voru helst til umfjöllunar á aðalfundum Læknafélags Íslands. Þar eru auðvitað kjaramál í flestum sínum myndum áberandi þótt dregið hafi úr vægi launamála eftir að kreppu eftirstríðsáranna lauk. Umræðan um embættaveitingar og læknabústaði tengist launamálum en einnig því hvernig bæri að skipa heilbrigðismálum og hver ætti að ráða. Ekki voru læknar sammála um tilhögun embættaveitinga en almennt séð vildu þeir að læknar ættu að eiga möguleika á að komast úr tekjurýrum héruðum sem yfirleitt voru fámenn og erfið yfirferðar í þægilegri og tekjuhærri héruð. Fengju menn ekki slíka umbun var hætta á að enginn fengist í rýru héruðin til langframa nema einhverjir sem ættu enga aðra möguleika og slíkt væri ekki bjóðandi fólki. Læknafélagið var fyrst og fremst stéttarsamtök og þótt það samþykkti ýmsar ályktanir um heilbrigðismál voru það kjara- og réttindamál sem skiptu félagsmenn mestu máli. Um þriðjungur lækna bjó í Reykjavík og var í Læknafélagi Reykjavíkur sem annaðist hagsmunamál þeirra en hinir voru dreifðir um landið sem embættismenn. Þeir mættu lítt á fundi í Læknafélaginu sem hafði engum lögboðnum skyldum að gegna og gat lítið fyrir þá gert í launamálum.

Ekki voru haldnir aðalfundir árin 1925 og 1926 en á aðalfundi 1927 var Guðmundur Hannesson kosinn formaður aftur en aðrir stjórnarmenn voru Gunnlaugur Claessen og Níels Dungal og Ólafur Finsen var varamaður. Það var greinilegt á þessum fundi að Guðmundur Hannesson lét rækilega að sér kveða á ný og tók stjórnina í sínar hendur. Á meðan hans naut við þurftu félagsmenn ekki að óttast lognmollu í félagsstarfinu. Þótt stéttarmálefni væru fyrirferðarmikil skyggðu þau aldrei á læknisfræðina og á hverjum aðalfundi voru til umræðu og ályktunar eitt eða fleiri mál af því tagi. Berklar voru til umræðu á nánast hverjum einasta fundi allt til ársins 1934 en þá kom krabbameinið til sögunnar með ályktun þar sem skorað var á stjórnvöld að hefja baráttu gegn krabbameini. Aðrir sjúkdómar eins og beinkröm, holdsveiki og kynsjúkdómar voru einnig til umræðu sem og almennar úrbætur í heilbrigðismálum. Þar bar hæst lög um sjúkratryggingar árið 1936 sem gjörbreyttu stöðu heilbrigðismála til frambúðar.

Árið 1933 urðu þau tímamót í sögu félagsins að Guðmundur Hannesson gaf ekki lengur kost á sér til formennsku. Magnús Pétursson var kosinn í hans stað og gegndi hann formennsku í félaginu til ársins 1951 að undanskildu árinu 1934. Á fjórða áratugnum breyttust aðstæður lækna verulega en þrátt fyrir kreppu í samfélaginu vænkaðist hagur þeirra, bæði stéttarlega og fjárhagslega. Skiptir þar mestu að alþýðu- og sjúkratryggingum var komið á, pólitíkin fór að róast hvað þá varðaði og almennt séð ríkti sátt um meginleiðir í heilbrigðismálum og hlutverk lækna og félaga þeirra í þeim málum. Læknum fjölgaði mikið, bæði á landsbyggðinni og ekki síður sjálfstætt starfandi læknum í Reykjavík, en bölsýnir menn höfðu spáð því að læknar og aðrir menntamenn yrðu brátt allt of margir, öllu samfélaginu til tjóns. Landspítali var byggður og þar hófst starfsemi árið 1930, víða um land voru byggð sjúkrahús eða sjúkraskýli og öll vísindastarfsemi í landinu fór vaxandi. Nær öll heilbrigðis- og félagsmálalöggjöf hafði verið endurskoðuð og með því átti meðal annars að tryggja heilbrigðisþjónustu fyrir alla landsmenn, án tillits til efnahags, stöðu eða búsetu. Á næstu árum virðist sem aðalstarfi stjórnar Læknafélags Íslands hafi farið í strögl um kaup og kjör, einkum fyrir héraðslækna, en Læknafélag Reykjavíkur samdi við Sjúkrasamlag Reykjavíkur fyrir sína félagsmenn. Ekki er hægt að merkja að baráttan hafi verið rekin af miklum krafti enda var það ekki til siðs hjá embættismönnum þessara ára að reka harða kröfugerðarpólitík. Aðalfundir voru haldnir stopult á fimmta áratugnum og starfsemi félagsins var í lágmarki en þó voru samþykktar nýjar siðareglur 1944. Þá var einnig samþykkt um 1950 sú grundvallarbreyting á félaginu að í stað einstaklingsaðildar kæmi félagsaðild að sérgreina- eða svæðafélögum sem ættu síðan aðild að Læknafélaginu.

Félagið efldist og styrktist við þessa breytingu og varð er fram liðu tímar að öflugum heildarsamtökum í réttindabaráttu lækna en glataði þó aldrei sínum grunngildum. Frá stofnun hefur Læknafélag Íslands verið samnefnari fyrir lækna og öll félög lækna. Hverjar sem áherslurnar hafa verið þá hafa læknar komið sér saman um ákveðin grunngildi sem ekkert hafa breyst þótt umhverfið og tæknin hafi breyst. Læknisfræðileg nálgun á þeim viðfangsefnum sem hafa verið til umfjöllunar hjá Læknafélagi Íslands eru annars vegar klínísk og hins vegar samfélagsleg og var hin síðarnefnda meira áberandi. Það er ljóst að læknar hafa talið það eina af frumskyldum samfélagsins að búa svo í haginn að fólk þyrfti ekki að óttast sjúkdóma vegna aðstæðna eða gæti ekki fengið lækningu meina sinna sökum fjárhagserfiðleika. Þeir vilja tryggja virkt heilbrigðiseftirlit og að yfirvöld geri nauðsynlegar úrbætur með lagasetningu og fjárframlögum til þess að tryggja heilbrigði þegnanna.

Læknar líta ekki eingöngu á sig og sitt starf sem lækna þeirra einstaklinga sem leita til þeirra heldur ekki síður sem lækna samfélagsins í heild. Um þetta eru flestir læknar sammála en um margt annað geta þeir verið ósammála. Læknafélag Íslands hefur í 100 ár gegnt lykilhlutverki við uppbyggingu heilbrigðiskerfisins og átt frumkvæði að nær öllum breytingum sem hafa orðið til hagsbóta fyrir land og þjóð, og þá var betur af stað farið en heima setið.



Frá Læknadögum 2017: glaðbeittir læknar drekka í sig alls kyns fróðleik og njóta þess að hitta kollegana.

Læknadagar alla daga

Sigurbjörn Sveinsson

heimilislæknir og formaður
Læknafélags Íslands 1999-2007

beggja@simnet.is



„Þær einar fyrirskipanir mun ég gjöra, er séu sjúklingum mínum til gagns og nytsemdar, eftir því sem þekking mín og dómgreind frekast fær ráðið.“ Svo segir í eiði Hippókratesar (ísl. þýð. Vald. Steffensen). Til að ná þessum markmiðum eru skyldur lærdóms og kennslu lagðar á lækninn enda segir: „... kenna þeim læknisfræði, ef þeir æskja þess, endurgjaldslaust. Fræðin mín vil ég kenna sonum mínum, sonum kennara míns, svo og þeim lærisveinum mínum, sem bundnir eru læknalögum og lækniseiði.“[1]

Þessi afstaða til náms og kennslu hefur litað viðhorf læknisins til starfs síns um aldir. Minningu Hrafns Sveinbjarnarsonar er hampað á góðum stundum. Sennilega eru ekki öll kurl komin til grafar um menntun hans. Hafsteinn Sæmundsson læknir hefur sett fram athyglisverðar og rökstuddar kenningar um nám Hrafns á Englandi í suðurför hans.[2] Hrafn var samkvæmt öllum heimildum menntaður evrópskur læknir að þess tíma sið. Til eru heimildir um lækningar sonar hans, Sveinbjarnar, bæði í Sturlungu og í Arons sögu Hjörleifssonar. Fróðlegt er að rifja upp frásögn Heimskringlu eftir orrustuna á Hlýrskógsheiði 1043 þar sem Magnús konungur góði velur menn til að binda um sár sinna manna „en læknar váru ekki svá margir í hernum, sem þá þurfti“. Þreifaði konungur um hendur þeim er honum sýndist „sem mjúkhenztir mundu vera, ok segir, að þeir skyldu binda sár manna. En engi þeirra hafði fyrr sár bundit; en allir þessir urðu inir mestu læknar“. Í þessum hópi voru tveir íslenskir menn, Þorkell Geirason af Lyngum og Atli, faðir Bárðar svarta í Selárdal, „ok kómu frá þeim margir læknar síðan“.[3] Bárður svarti var faðir Sveinbjarnar, föður Hrafns. Atli var sagður „algjör læknir“ og Sveinbjörn „læknir góður“.[4] Læknisfræðin lá í ættum og gerir enn.

Þorkell Arngrímsson, prestur í Görðum á Álftanesi, var þekktur læknir á 17. öld. Talsverðar heimildir eru um lækningar hans og mikið úr þeim gert en minna vitað um árangur. Börn Þorkels höfðu eftir föður sínum. „Talið er, að sonur séra Þorkels, Þórður læknir Vídalín, hafi, og þá sennilega fyrstur, tekið saman eða lagt út ljósmóðurfræði á vora tungu.“[5]

Ekki má ríða svo hjá garði í þessum efnum, að Bjarna Pálssonar sé ekki getið. Hann hafði 13 læknisefni til heimilis um sína daga og kom fjórum þeirra til prófs.

Eins og minnst hefur verið á hafa læknar á öllum tímum tekið alvarlega þau fyrirmæli siðareglna sinna að miðla öðrum af þekkingu sinni og kunnáttu. Þau eru fróðleg ummæli Guðmundar Hannessonar í *Læknablaðinu* á fyrri öld og vísa til „læknadaga“ þeirra tíma. „Meðan eg var héraðslæknir var mér það sönn ánægja hve gott samkomulag var hvarvetna milli lækna og góð vinátta við nánari kynni. Þá voru og deiluefnin fá, því heita mátti að hver læknir hefði sinn afmarkaða verkahring og nóg að gera. Það var þá til dæmis venja flestra lækna, er þeir komu á ferðalagi í annan bæ, þar sem læknissetur var, að fyrst fóru þeir að heimsækja stéttarbróður sinn, og brást þá ekki að tekið var við manni opnum örmum. Það var ekki á hverjum degi sem læknar hittust og skorti því ekki viðræðuefni. Oftast varð þá læknisfræðin efst á baugi, vandamálin, sem komið höfðu fyrir, erfiðar ferðir, sérstök áhugamál o. því.“[6]

Læknar halda uppteknum hætti og eflast í viðleitni sinni að endurmenntast eftir því sem þeim fjölgar og betra lag kemst á félagsskap þeirra. Fundargerðabækur svæðafélaga lækna geyma merkilegar upplýsingar um þessi efni frá miðri síðustu öld og allt fram á okkar daga. Í aðalfundargerðum Læknafélags Miðvesturlands frá sjötta áratugnum má finna lýsingar á samkomum héraðslæknanna, þar sem þeir koma saman á heimilum hver annars og jafnan er fræðsla stór hluti af fundarefni. Annaðhvort sjá þeir um hana sjálfir eða fá gesti „að sunnan“ eða úr öðrum landshlutum, nema hvort tveggja sé.



Margrét Aðalsteinsdóttir hjá Fræðslustofnun óbilandi mótor Læknadaganna síðustu ár. Gunnar Bjarni Ragnarsson og Jórunn Atladóttir hafa verið formenn þar á bæ.



Daninn Povl Riis lagði sitt af mörkum til fræðslustarfs íslenskra lækna.



Arna Guðmundsdóttir stýrði Læknadögum árin 2005-2013.

Læknafélagið Eir er stofnað í Reykjavík 1943 í því skyni að „stofna til erindaflutnings og umræðufunda um læknisfræði“ meðal annars. Þetta viðfangsefni verður höfuðinntak félagsins í áranna rás. Látum Óskar Þórðarson hafa orðið í *Læknablaðinu* 1963: „Fyrsta árið vorum við á hrakningum með fundarstaði. Flestir fundir voru haldnir það árið að Hótel Ritz á Reykjavíkurflugvelli, en þar voru aðstæður heldur lélegar. Einn fundur var haldinn í Breiðfirðingabúð, sem einnig var kallað Ungverjaland á þeim árum. En þar var illa vært sökum drykkjuskapar og háreysti Ungverjanna, og þegar nokkrir þeirra komu inn í fundarherbergið og báðu um orðið, þá varð að flytja fundinn í annan enda á húsinu. Í árslok 1948 lagði dr. Helgi Tómasson Eir inn á Klepp, og hefur félagið síðan verið þar til húsa með fundi sína og unað vel hag sínum ...“[7]

En auðvitað skín sól Læknafélags Reykjavíkur (LR) og síðar Læknafélags Íslands skærast þegar til fræðslu og símenntunar lækna er litið. Árni Björnsson læknir tekur saman fróðlegt ágrip um sögu LR á 90 ára afmæli þess 1999. Árni telur að LR hafi frá upphafi verið helsti vettvangur viðhaldsmenntunar lækna á Íslandi. Allt til 1979 voru fræðsluerindi fastir liðir á flestum fundum LR en lögðust af með vaxandi fræðslustarfsemi innan sjúkrahúsanna í Reykjavík. Árni segir: „Árið 1942 var reynt að stofna til námskeiðs fyrir lækna á vegum LR. Þá var skipuð þriggja manna nefnd til að sjá um undirbúning og framkvæmd á læknanámskeiði í Reykjavík. Áhugi á námskeiðinu var þó ekki meiri en svo að einungis tveir læknar mættu utan af landi en enginn læknir í Reykjavík gaf sig fram. Námskeiðið féll því niður og það var ekki fyrr en 1972 sem námskeiðs- og fræðslunefnd var endurvakin.“[8]

Með þessu hófst ný og glæsileg starfsemi til vegs.

Allt orkar tvímælis þá gert er og sérstaklega á það við þegar sagan er vegin og metin. Ekki dugar að horfa einungis til ársins 1972. Fyrsta haustnámskeið læknafélaganna var haldið 1961 með tilstyrk heilbrigðisstjórnarinnar „fyrir praktiserandi lækna og héraðslækna“.[9]

Haft er á orði að góðir hlutir gerist hægt. Má það til sanns vegar færa þegar þróun fræðslustarfs læknafélaganna er skoðuð frá þessum tíma. Á áttunda áratugnum komst á gott samstarf og persónulegur kunningsskapur milli læknaforustunnar hér heima og danskra lækna. Komu Danir hingað oftar en einu sinni til námskeiðahalds og var þar fyrirliði Povl Riis, meltingarsérfræðingur, siðfræðingur og fjölfræðingur um læknisfræðileg hugðarefni. Það má hiklaust kalla hann velgerðarmann íslenskra lækna enda var hann síðar gerður að heiðursfélaga í Læknafélagi Íslands.

Tilvitnuð grein Stefáns B. Matthíassonar, Tilurð Læknadaga, í *Læknablaðinu* frá 2014 er ítarlegt yfirlit yfir þróun formsins og fjármögnun frá því á 9. áratugnum fram á okkar daga.

Allir dagar lækna eru „læknadagar“. Skyldan til kennslu og menntunar er tímalaus og án landamæra. Læknadagar Læknafélags Íslands verða vonandi aldrei „barn síns tíma“ og verða í sífelldri þróun eins og raunin hefur orðið.

Heimildir

1. Durant W. Grikkland hið forna. Menningarsjóður, Reykjavík 1979: 19-20
2. Sæmundsson H. Munnlegar upplýsingar í des. 2017.
3. Sturluson S. Heimskringla, Helgafell, Reykjavík 1944: 537-8.
4. Blöndal JH, Jónsson V. Læknar á Íslandi. Ísafold, Reykjavík 1970: 9.
5. Jónsson V. Lækningar séra Þorkels Arngrímssonar. Helgafell, Reykjavík 1949: 115.
6. Hannesson G. Stéttarandinn. Læknablaðið 1935; 21: 11.
7. Þórðarson Ó. Minni Læknafélagsins Eirar. Læknablaðið 1963; 47: 13.
8. Björnsson Á. Stiklur úr sögu félagsins. Læknablaðið 1999; 85: 811-25.
9. Matthíasson SB. Tilurð Læknadaga. Læknablaðið 2014; 100: 34-7.

ACCUVEIN ÆÐARSJÁIN

HJÁLPAR ÞÉR AÐ FINNA GÓÐAN STUNGUSTAÐ



- Getur dregið úr sársauka við stungur
- Eykur stungunákvæmni
- Auðvelt í notkun
- Tækið er handhægt, nett og létt
- Standur fylgir fyrir handfrjálsa notkun

Verið velkomin í verslun okkar
Opið virka daga kl. 8:30–17:00
Síðumúli 16 I 108 Reykjavík I Sími 580 3900 I fastus.is

FASTUS
Veit á vandaða lausn



Ólafur Ó. Guðmundsson

geðlæknir

Olafur.Gudmundsson@decode.is

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

Fjármögnun heilbrigðisþjónustu með sjúkratryggingum

Á nýliðnu ári var nokkur umræða um fjármögnun og rekstrarform heilbrigðisþjónustu, ekki síst í aðdraganda óvæntra alþingiskosninga. Óhætt er að fullyrða að sátt ríki um það markmið laga um heilbrigðisþjónustu að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbrigði, sem og að kostnaðarhlutdeild sjúklinga sé hófleg fremur en engin.

Hér á landi vill umræðan um rekstrarform heilbrigðisþjónustu verða villandi þegar blandað er saman fyrirkomulagi fjármögnunar og reksturs, og kostnaðarhlutdeild sjúklinga. Ríkisrekstur læknisþjónustu hefur ekkert með aðgengi eða gæði hennar að gera og einkarekstur felur ekki í sér mismunun ef jafnræðis er gætt hvað varðar aðgengi og kostnað sjúklinga. Hlutverk stjórnmálamanna er að ákvarða greiðsluhlutfall sjúklinga sem til skamms tíma var lægra hér á landi en í flestum löndum OECD en hefur farið hlutfallslega hækkandi, eða úr um 12% heildarkostnaðar 1980 í 17% fyrir 10 árum, og er nú nærri 20%.

Margir læknar voru ósáttir við niðurlagningu sjúkrasamlaga árið 1989, þar á meðal Ólafur Ólafsson landlæknir. Sigurður Björnsson þá læknir á Landakotsspítala, lét hafa eftir sér í *Morgunblaðinu* að verið væri að leggja niður almannatryggingakerfið og gera greiðslur sjúkrakostnaðar að einhvers konar ölmusu hjá hinu opinbera. Sveitarfélögin önduðu léttar við niðurlagningu sjúkrasamlaga en margir töldu að verið væri að rýra rétt sjúklinga.

Fjármögnun heilbrigðisþjónustu með sjúkratryggingum frekar en beinum opinberum fjárframlögum er skynsamleg gagnsæ leið sem sumar Evrópuþjóðir hafa farið. Sjúkratryggingar geta verið með margvíslegum hætti en eiga það sameiginlegt að þurfa að bregðast annars vegar við hrakvali (þeir tryggja sig frekar sem eru líklegri til að þurfa á tryggingunni að halda) til dæmis með því að gera sjúkratryggingu að skyldutryggingu, og hins vegar freistnivanda sem skapast af því að hinn tryggði gætir síður að heilsu sinni.

Staða einkarekinna sjúkratrygginga er svo mismunandi eftir löndum. Bandaríkin eru stundum tekin sem víti til varnaðar þar sem um helmingi hærra hlutfalli þjóðarframleiðslu er varið í heilbrigðisþjónustu en hjá þeim löndum sem næst koma eins og Holland, Sviss og Svíþjóð. Fjármögnun þjónustunnar vestra er margþætt, Medicare fyrir þá eldri, Medicaid fyrir tekjulága og frá 2010 með viðbótarskyldutryggingu ACA (Obamacare) en flestir eru samt sem áður sjúkratryggðir í gegnum vinnuveitanda sinn. Meginmarkmið Obamacare, að fleiri verði sjúkratryggðir, hefur náðst því yfir 91% Bandaríkjamanna voru sjúkratryggðir 2016 en ekki hefur gengið jafn vel að ná því markmiði að minnka kostnað.

Að meðaltali nema útgjöld til einkarekinnar þjónustu í Evrópu um 21% af heildinni en á Íslandi er þetta hlutfall um 18%. Það Norðurlandanna sem sker sig úr er Finnland með 25% fjármagns til einkarekinnar þjónustu en hjá hinum þremur er hlutfallið um 15-16%. Öll þessi lönd verja hlutfallslega töluvert hærra heildarhlutfalli landsframleiðslu til heilbrigðisþjónustu en Ísland. Þegar biðlistar og rekstrarhalli er viðvarandi vandi sjúkrastofnana ríkisins gætu einkareknar sjúkratryggingar sem hingað til hafa ekki verið jafn umfangsmiklar hér á landi og í mörgum öðrum Evrópuríkjum, orðið eftirsóknarverðari valkostur fyrir almenning.

Það er sláandi hvað Evrópuríki fjármagna heilbrigðisþjónustu með mismunandi hætti en tiltölulega fá (Norðurlöndin og Bretland) gera það með sambærilegum hætti og íslensk stjórnvöld, með beinum ríkisframlögum í gegnum skatta. Önnur hafa farið leið félagslegra skyldusjúkratrygginga þar sem iðgjöld tryggja fjármögnun og réttur sjúklinga er skýr. Slíkt kerfi er eins konar nefskattur, varið fyrir skattsvikum og misvitrum ákvörðunum stjórnmálamanna á hverjum tíma.

Samkvæmt OECD námu heildarútgjöld til heilbrigðismála 28 Evrópuríkja árið 2015 að meðaltali 10% af landsframleiðslu, samanborið við 9% árið 2003, 7% árið 1990 og rúmlega 5% árið 1970. Gera þarf ráð fyrir því að heildarútgjöld til heilbrigðisþjónustu aukist í takt við framþróun læknavísinda og breytta aldurssamsetningu þjóðarinnar en reyndin er samt sú að heildarútgjöld til heilbrigðismála á Íslandi árið 2002 námu 10% af vergri landsframleiðslu, fóru niður í 9% 2011 og hafa verið í kringum það síðan (9% 2015). Þessar tölur fela í sér útgjöld til einkarekinnar og opinberrar heilbrigðisþjónustu.

Fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar er flókið úrlausnarefni en löngu er tímabært að draga úr þeim ófyrirsjáanleika sem fjárlagamiðuð fjármögnun stjórnvalda felur í sér. Endurreisn almannatryggingakerfisins í formi skyldusjúkratryggingar með jöfnu aðgengi sjúklinga felur í sér réttindamiðaða fjármögnun og setur stjórnvöld í það hlutverk að sjá til þess að þau réttindi verði virt.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Stjórn Læknafélags Íslands

Reynir Arngrímsson *formaður*
Agnar H. Andrésson
Björn Gunnarsson *gjaldkeri*
Hjalti Már Þórisson
Jóhanna Ósk Jensdóttir
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
María Soffía Gottfreðsdóttir
Ólafur Ó. Guðmundsson

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

„Afmælisþráður í dagskrá Læknadaganna“

– segir Jórunn Atladóttir formaður Fræðslustofnunar LÍ

Hávar Sigurjónsson

„Dagskrá Læknadaga í ár er fjölbreytt að vanda en þó má segja að tvennt einkenni hana. Annars vegar er það afmæli Læknafélags Íslands og hins vegar er óvenju margt á dagskránni sem ætla má að höfði til breiðari hóps en alla jafna,“ segir Jórunn Atladóttir formaður stjórnar Fræðslustofnunar LÍ.



„Nokkur málþing á Læknadögum snúast um hitamál í umræðunni um heilbrigðismál,“ segir Jórunn Atladóttir.

Jórunn tók við formennsku Fræðslustofnunar LÍ í byrjun þessa árs af Gunnari Bjarna Ragnarssyni.

„Þetta eru mínir fyrstu Læknadagar og það hefur verið einstaklega skemmtilegt að skipuleggja dagskrána og sérstaklega magnað að finna hvað áhuginn er mikill fyrir Læknadögunum og hvað margir vilja taka þátt og leggja sitt af mörkum. Læknar geta nú eins og undanfarin ár fengið CME-símenntunarpunkta fyrir að sækja Læknadaga og þetta tryggir gæði dagskrárinnar því við þurfum að leggja hana fram á hverju ári og fá hana viðurkennda sem alþjóðlegt símenntunarþing. Það er mjög mikilvægt,“ segir Jórunn.

Læknafélag Íslands 100 ára

„Fyrsti dagur Læknadaganna er helgaður afmæli LÍ með hátíð og skemmtun í Eldborgarsal Hörpu. Síðan gengur eins konar afmælisþráður í gegnum dagskrána þar sem sögu LÍ verða gerð skil með ýmsum hætti. Þar má nefna málþing um konur í læknastétt í 100 ár, sérstakt málþing verður helgað sögu LÍ og einnig verður þess minnst með málþingi að 100 ár verða liðin frá Spænsku veikinni.“

Jórunn nefnir síðan nokkra fasta liði eins og Tilfelli af barnaspítalanum þar sem barnalæknarnir lýsa tilfellum og áheyrendur taka þátt með snjalltækjum sínum. „Vinnubúðir lækna verða á sínum stað og í ár verður hermikennsla þar sem notaðar verða glænýjar brúður til kennslu á líkamspörtum sem erfitt er að gera sýnikennslu á. Almennir læknar verða með málþing sem helgað er starfsumhverfi læknisins, þar sem umhverfi, hlutverk og heilsa læknisins er í forgrunni,“ segir Jórunn.

„Síðan snúast nokkur málþing um hitamál og má nefna að fylgt verður eftir #metoo-baráttunni. Skipulag heilbrigðisstofnana verður viðfang málþings sem forsvarsmenn Landspítala og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins hafa sett saman. Landlæknir mun meðal annarra taka þátt í þeirri umræðu. Fíknivandamál aldraðra verða rædd á öðru málþingi sem er nokkuð viðkvæmt efni. Enn eitt hitamál er skjánotkun barna og unglinga og heimilislæknar ætla að fara yfir það hvaða áhrif notkun tölva og snjalltækja hefur á heilsu barnanna okkar.

Af fleiri föstum liðum má nefna málþing á miðvikudagskvöldi sem opið er almenningi. Þar verður fjallað um geðheilbrigði og samfélagið. Á þriðjudagskvöldi verður skemmtidagskrá helguð Sigvalda Kaldalóns, lækni og tónskáldi. Þar kemur

karlakórinn Fóstbræður fram og rakin saga Kaldalóns og tónsmíða hans. Þetta var flutt í lokaðri dagskrá á Læknadögum í fyrra og vakti svo mikla ánægju að ákveðið var að endurtaka það núna í dagskrá sem er opin almenningi.“

Fastir liðir á sínum stað

„Málþing um sársauka í bókmenntum er einnig á dagskrá þannig að segja má að ýmislegt sé í boði sem óvenjulegt og skemmtilegt má telja. Þá má nefna hádegisverðarfund um áhrif lakkrís á heilsuna. Af praktískum læknisfræðilegum toga er málþing um innkirtlasjúkdóma, þvagfæraskurðlæknar verða með hagnýtt málþing um nýjungar í þeirri grein og krabbameinslæknar fjalla um sortumein ásamt fyrirlesara frá Lundi í Svíþjóð. Hjartalæknar verða með málþing um ósæðarlokuaðgerðir og bráðalæknar með vinnubúðir um þyrlulækningar og fyrstu viðbrögð á slysstað en í þeim efnum hefur orðið mikil þróun þar sem nýjar aðferðir gera kleift að bjarga slösuðum utan spítalans sem ekki var áður hægt. Við eigum von á því að þyrlan mæti kannski í heimsókn.

Öldrunarlæknar verða með málþing um breyttar áherslur í öldrunarþjónustu Landspítalans og hafa fengið erlendan fyrirlesara til að kynna fjarlækningar í þjónustu við aldraða. Þetta gæti mögulega hentað okkur með okkar mikla dreifbýli og eigum erfitt með að manna allar læknastöður um landið.“

Jórunn segir að lokum að Spekingaglíman og kokdillirinn verði á sínum stað í lok Læknadaga og árshátíðin á laugardagskvöldi. Sú breyting hefur þó orðið að nú stendur LÍ í fyrsta skipti fyrir árshátíðinni en Læknafélags Reykjavíkur hefur haft veg og vanda af henni um áratugaskeið.



Afleiðingar rangrar klukku eru margvíslegar

- segja sérfræðingar um dægursveiflu, svefn og líkamsklukku

Hávar Sigurjónsson

Breyting á klukkunni úr sumartíma yfir í réttan tíma miðað við hnattstöðu Íslands, svokallaðan vetrartíma, hefur verið til umræðu í haust. *Læknablaðið* fékk fjóra sérfræðinga sem rannsakað hafa mikilvægi og áhrif dægursveiflu og svefns á heilsu fólks til að ræða þetta í kjölfar þess að Nóbelsverðlaun í læknavísindum á þessu ári voru veitt fyrir rannsóknir á þessu sviði.

Sérfræðingarnir eru Björg Þorleifsdóttir lektor í lífeðlisfræði við Háskóla Íslands, Erla Björnsdóttir sálfræðingur og nýdoktor við læknadeild Háskóla Íslands, Erna Sif Arnardóttir forstöðunáttúrufræðingur og forstöðumaður svefnrannsókna á Landspítalanum og Þórgunnur Ársælsdóttir geðlæknir.

Björg: Í öllum lífverum er líkamsklukka og við mannfólkið erum ekkert undanskilin því. Líkamsklukkan gengur með sínum takti sem er aðeins lengri en sólarhringurinn þannig að allar lífverur sem nema birtu og lifa að einhverju leyti undir beru lofti þurfa að geta stillt líkamsklukkuna í takt við sólarganginn. Við þurfum að fá merki um það hvenær er nótt og hvenær er dagur og virkni líkamans breytist frá degi til nætur. Það er hægt að stilla líkamsklukkuna og skorða hana við 24 stundir en við þurfum að fá merki til að miða við. Mikilvægasta merkið er birtan frá sólinni og við höfum líkamsklukkuna, sérstakar frumur í undirstúku heilans, sem eru sérhæfðar til að taka við birtuboðum frá frumum í augunum. Þessar frumur hafa sýnt sig að hafa mismunandi virkni eftir því hvort er bjart eða myrkur, sem aftur hefur áhrif á allan líkamann. Áhrifunum er miðlað með hormóninu melatóníni sem myndað er í heilakönglinum. Önnur merki sem við getum stillt líkamsklukkuna eftir eru ýmis umhverfishljóð, en mikilvægi ljóssins er óumdeilanlegt, þó þorri fólks geti stillt sig eftir öðrum merkjum. Líklega er þó alltaf ákveðinn hópur fólks sem á mjög erfitt með að stilla líkamsklukkuna eftir öðru en birtuboðum og með því að fá birtuna klukkutíma seinna en eðlilegt er hér á Íslandi erum við að ýta undir seinkun á öllum ferlum í líkamanum, sérstaklega hjá þeim einstaklingum.

Eiginleikar sólarljóssins eru mjög mismunandi

Erna: Það eru margir sem vita ekki að ljóseiginleikar sólarljóssins eru mjög mismunandi eftir tíma dagsins. Á morgnana er bláa birtan ríkjandi og á kvöldin er birtan á rauða svæði litrófsins. Það er bláa ljósið á morgnana sem stillir okkur af og þannig getur maður stjórnað líkamsklukkunni með því að flýta henni eða seinka henni og ég held að mjög fáir geri sér grein fyrir þessum eiginleikum birtunnar.

Björg: Á sumrin hefur sólarbirtan líka áhrif til þess að stilla líkamsklukku okkar. Það hefur sýnt sig í íslenskum rannsóknum að lítill munur er á svefntíma fólks á sumrin og veturna þó margir haldi því fram að þeir þurfi minna að sofa á sumrin þegar birtan er nánast allan sólarhringinn. Frá náttúrunnar hendi er líklegt að svefntíminn sé styttri á sumrin þar sem melatónínframleiðsla líkamans helst í hendur við hvenær dimmir og birtir aftur. En í okkar vestræna samfélagi erum við svo bundin af áherslum vinnu og annarra skyldna að þetta kerfi riðlast hjá flestum.

Erna: Gott dæmi eru jólafrí barna og unglinga. Þá seinka allir sér og síðan hefst baráttan í byrjun janúar við að koma þeim aftur á réttan kjöl. Í mesta skammdeginu er ekkert til að stilla okkur af, birtan er svo lítil og flestir lenda í vandræðum með svefntímann sinn á þessum árstíma. Þetta hefur mest áhrif á unglinga. Þeir eru náttúrulega með seinkaða dægursveiflu, það hefur verið rannsakað með óyggjandi niðurstöðum, að unglingar hafa seinkaða losun á melatóníni miðað við aðra. Það þýðir að þeir eiga erfitt með að sofna á kvöldin og erfitt með að vakna snemma á morgnana. Þeir verða verst úti þegar við bætist að klukkan er röng miðað við sólarganginn. Víða erlendis hafa skólayfirvöld ákveðið að seinka skólabyrjun á morgnana vegna þessa með mjög góðum árangri. Með því að seinka skólabyrjun til 9 eða jafnvel 10 á morgnana hefur námsárangur og árvekni nemenda batnað verulega.

Erla: Þetta hefur líka verið gert hér í fáeinum skólum með góðum árangri en það leysir þó ekki vandræðin sem skapast af rangri klukku. Víða er verið að seinka skólabyrjun þar sem klukkan er þó rétt og hér eigum við að gera hvort tveggja, seinka skólabyrjun og leiðrétta klukkuna. Það er mjög mikilvægt að tala um leiðréttingu en ekki breytingu á klukkunni. Þegar ákveðið var að festa klukkuna á Íslandi á sumartíma árið 1968 var það gert vegna viðskiptalegra hagsmuna og þegar rökin gegn leiðréttingu klukkunnar eru skoðuð eru þau yfirleitt viðskiptalegs eðlis en við sem tölum fyrir leiðréttingunni erum að tala útfrá lýðheilsufræðilegu sjónarmiði og höfum engra hagsmuna að gæta annarra en að bæta líðan og svefn þjóðarinnar. Þegar þessi ákvörðun var tekin 1968 vissi fólk ekki eins mikið um mikilvægi líkamsklukkunnar og dægursveiflunnar og vitað er í dag.

Erna: Í rauninni var sáralítið vitað og öll sú þekking sem liggur að baki nóbelsverðlaununum í læknavísindum á síðasta ári verður til á 9. áratug síðustu aldar.

Þórgunnur: Það er líka sláandi í okkar þjóðfélagi hvað virðing fyrir svefninum er lítil. Svefninn er stórmerkilegur þáttur lífs-



„Nú er almennt viðurkennd klukkuþreyta sem verður hjá þeim sem hafa seinkaða dægursveiflu. Þeirra líðan svipar til þess sem fólk upplifir við þotuþreytu nema að klukkuþreytan lagast ekki á nokkrum dögum, heldur er stöðug," segja Björg Þorleifsdóttir, Erla Björnsdóttir og Erna Sif Arnardóttir meðal annars í umræðum um áhrif rangrar klukku á líðan fólks. Á myndina vantar Þórgunni Ársælsdóttur. (Myndin er tekin í láréttri sólarbirtu 14. desember.)

ins, má segja dularfullur og dásamlegur. Það er svo margt sem við vitum ekki enn um hann, en þó vitum við að góður svefn er lykilþáttur í góðri heilsu. Hvers vegna finnst okkur eðlilegur siður að vekja börn á morgnana og reka þau svefnvana af stað í skólann í myrkri? Við erum með þreytt og svefnvana börn og unglinga í skólum landsins, og það hefur áhrif á líðan þeirra, hegðun og heilsu, auk þess að vera ekki gott veganesti til framtíðar. Það er mun auðveldara og skemmtilegra að takast á við verkefni dagsins vel út hvíldur.

Klukkuþreyta er viðvarandi ástand hjá mörgum

Björg: En á allra síðustu árum hefur þekking manna á líkamsklukkunni og áhrifum seinkaðra dægursveiflna vaxið mjög. Nú er almennt viðurkennd svokölluð klukkuþreyta (*social jetlag)* sem verður hjá þeim sem hafa seinkaða dægursveiflu. Þeirra líðan svipar til þess sem fólk upplifir við þotuþreytu (*jetlag*) nema að klukkuþreytan lagast ekki á nokkrum dögum, heldur er stöðug. Klukkuþreyta einkennist fyrst og fremst af of stuttum svefni á virkum dögum, dagsyfju, meltingartruflunum og fleiru. Það er ekkert langt síðan menn fóru að átta sig á því hversu mikilvægur svefninn er og hve mikilvægt það er að fá nægan svefn.

Erna: Besta dæmið um áhrif hins gagnstæða er þegar Donald Trump hefur haldið því fram að hann þurfi ekki nema fjögurra tíma svefn. Afleiðingarnar eru augljósar.

Björg: Læknar hunsuðu þetta nú lengi vel og töldu það manndómseinkenni að standa vaktir upp í einn og hálfan til tvo sólarhringa. Það er kannski ekki fyrr en konum fer að fjölga í læknastétt að kröfur um meiri hvíldartíma verða háværari. Nú dettur engum þetta í hug.

Erna: Ég gerði einmitt rannsóknir á þessu þegar ég var í doktorsnámi í Bandaríkjunum hvernig árvekni og viðbragðsflýtir fólks dapraðist þegar það hafði vakað í allt að 36 tíma. Merkilegast þótti mér hvað fólk hafði rangar hugmyndir um sjálft sig eftir slíkar vökur. Það taldi sig geta leyst verkefni vandræðalaust en raunveruleikinn er allt annar. Viðbrögðin eru skelfilega hæg og árveknin eftir því. Fólk sem er í vaktavinnu eða þarf að vaka lengi gerir sér oft enga grein fyrir hvað þetta hefur mikil og slæm áhrif á andlega og líkamlega líðan.

Erla: Of lítill og lélegur svefn hefur alls kyns neikvæð áhrif á bæði andlega og líkamlega líðan. Pirringur og vanlíðan fylgir strax í kjölfarið en svefnleysi til lengri tíma getur valdið kvíða og þunglyndi, aukningu bólguboðefna í blóðinu og þyngdaraukningu, hækkuðum blóðþrýstingi og óreglulegum sykurbúskap í líkamanum. Að fá nægan svefn, 7-8 tíma á sólarhring, er gríðarlega mikilvægt, ekki síst í okkar nútímasamfélagi þar sem við erum umkringd áreitum frá því við vöknum á morgnana og þar til við leggjumst á koddann á kvöldin. Það er því mjög mikilvægt að gera allt sem hægt er til að tryggja að við fáum nægan svefn og þá ekki síst að við séum á réttri klukku. Unglingarnir okkar sofa alltof lítið. Nýleg rannsókn Embættis landlæknis sýnir að íslenskir unglingar sofa aðeins 6 tíma á virkum dögum en við vitum að þeir þurfa 8-10 tíma svefn. Margir fullorðnir fá líka of lítinn svefn. Íslenskir unglingar fara seinna að sofa en jafnaldrar þeirra í nágrannalöndunum og fá samkvæmt því styttri svefn þar sem þeir fara á fætur á svipuðum tíma. Leiðrétting klukkunnar bjargar ekki öllu í þessum efnum. Það þarf ýmislegt fleira að koma til en þó tel ég að leiðréttingin myndi hjálpa til. Við

horfum uppá meira brottfall unglinga úr framhaldskólum en þekkist í nágrannalöndunum og ein ástæða þess er líklega sú að unglingarnir eiga erfitt með að vakna á morgnana og falla svo á mætingu.

Erna: Við búum náttúrulega við aðstæður þar sem birtutíminn á veturna er afskaplega lítill. Óbirt rannsókn um líðan fólks á sumrin og veturna sýnir að fólk tengir líðan sína ósjálfrátt við birtumagnið. Það er allt betra á sumrin. Fólki líður svo miklu betur og þetta fylgir sólarganginum algjörlega því toppurinn er frá maí fram í júlí og svo dregur úr ánægjunni eftir það. Við eigum því að reyna að nýta okkur birtuna eins mikið og mögulegt er á þessum dimmasta tíma.

Röng klukka leiðrétt með svefnlyfjum

Erla: Mögulega tengist mikil svefnlyfjanotkun hér á landi þessu á einhvern hátt. Sérstakt áhyggjuefni er vaxandi notkun svefnlyfja hjá börnum og unglingum. Aðallega er verið að gefa melatónínskyld lyf, Circadin er algengast og upplýsingar um þetta á heimasíðu Embættis landlæknis eru einfaldlega sjokkerandi. Það er verið að gefa ótrúlega miklum fjölda barna á aldrinum 10-14 ára, sérstaklega drengjum, Circadin og önnur svefnlyf. Við vitum líka að verulegt magn er flutt inn í landið eftirlitslaust þannig að notkunin er töluvert meiri en innlend lyfsala segir til um.

Erna: Þetta lyf Circadin var þróað fyrir fólk eldra en 55 ára sem er með minnkaða melatónínframleiðslu og þó melatónín sé náttúrulegt hormón er langt frá því eðlilegt að gefa það börnum í stórum skömmtum.

Björg: Með þessu er verið að leiðrétta að hluta til afleiðingar rangrar klukku með lyfjum. Það er merkilegt að við skulum velja þann kost að hafa klukkuna rangt stillta þegar þetta er svona mikilvægt. Maður heyrir marga vilja hafa birtuna lengur á kvöldin af því að það lengir frístundir í birtu seinnipart sumarsins. Birtuaukningin er þó strangt til tekið ekki nema 4%, miðað við vökutíma fullorðinna (kl. 7-23), og aðeins 1% ef miðað er við vökutíma barna (kl. 7-21). Á hinn bóginn myndi leiðrétting klukkunnar auka birtutímann á morgnana um 13% og mest afgerandi í svartasta skammdeginu. Það gerði krökkum kleift að fara í skólann í birtu nánast alla daga ársins, að undanskildu svartasta skammdeginu frá lokum nóvember til janúar. Og þau færu út í frímínútur í björtu.

Þórgunnur: Það er víst svo að við notum hlutfallslega meira af svefnlyfjum, róandi lyfjum og þunglyndislyfjum en hin Norðurlöndin. Ástæðurnar eru eflaust margþættar, en það má leiða líkum að því að ein af þeim sé þessi stilling klukkunnar sem við búum við.

Vetrartíminn er rétti tíminn fyrir ísland

Erla: Það er líka mikilvægt að leiðrétta þann algenga misskilning að við erum ekki að tala fyrir því að fara í gamla farið þar sem klukkunni var breytt sumar og haust. Við erum að tala um leiðréttingu þar sem við erum allt árið á vetrartíma en ekki eins og núna allt árið á sumartíma.

Erna: Sumartíminn er í rauninni fáránleg uppfinning og þjónaði upphaflega þeim tilgangi að spara rafmagn. Þetta snerist ekki um lýðheilsu og æ fleiri lönd eru að skoða það í alvöru að hætta með sumartímann og fara í réttan tíma, vetrartíma, allt árið. Það hefur líka sýnt sig að breyting klukkunnar tvisvar á ári veldur ýmsum vandræðum hjá þeim þjóðum sem það gera. Slysum fjölgar í kringum klukkubreytinguna, hjartaáföllum og heilablóðföllum einnig. Fólk sem á erfitt með að stilla sig eftir öðru en sólarljósinu er sérlega viðkvæmt og venst aldrei almennilega sumartímanum. Við getum ekki hunsað þetta þegar búið er að margsýna fram á að hvað þetta skiptir miklu máli og hefur mikil áhrif.

Erna: Austurland er í dag hálftíma nær réttri klukku en Vesturland og það er mjög athyglisvert að í könnun Embættis landlæknis kemur fram að unglingar á Austurlandi sofa lengur en unglingar á Vesturlandi. Þau sem fá birtuna fyrr sofa lengur. Af hverju er það? Vegna birtunnar eða eru foreldrar á Austurlandi duglegri að senda krakkana í rúmið?

Erla: Þeir sem verða þó einna verst úti með rugl líkamsklukkunnar er vaktavinnufólkið. Að meðaltali sefur vaktavinnufólk 7 klukkutímum skemur á viku en aðrir en með því er ekki öll sagan sögð. Ef við skoðum hvernig fólk hagar seinni hluta næturvaktar sem eru síðustu fjórir tímarnir áður en það fer heim að sofa þá er hegðunin allt önnur en frá 20 til miðnættis þegar fólk er að undirbúa sig fyrir næturvaktina. Vaktavinnumanneskjan er gjarnan á fullu í vinnunni, í mikilli birtu, drekkur kaffi og borðar jafnvel sykur og sumir fá sér jafnvel þunga máltíð þegar heim er komið, rétt áður en farið er að sofa. Mjög ólíkt hegðun manns á venjulegu kvöldi fyrir svefninn. Það er hægt að gera ýmislegt til að lágmarka slæm áhrif vaktavinnu, til dæmis með því að koma sér upp kvöldrútínu í lok næturvaktar.

Erna: Þetta hefur verið rætt á Landspítalanum og ýmislegt er í skoðun en erfitt að hrinda í framkvæmd.

Þórgunnur: Margir hnussa þegar þessi umræða kemur upp og segjast ekki eiga neitt erfitt með að sofna sjálfir, og vilja alls ekki hafa dimmt fyrr á kvöldin á veturna. Það getur líka vel verið að það henti sumum betur að hafa þetta svona, sérstaklega þeir sem eldri eru og eru meiri A-týpur, þeir sem hafa tilhneigingu til að vakna snemma og sofna snemma, og vilja geta „golfað og grillað“ eftir vinnu, eins og stundum hefur verið sagt í gamansömum tón. En þar liggja ekki hagsmunir heildarinnar og eins og Erna nefndi áðan hefur þetta mest áhrif á unga fólkið okkar.

Björg: Við þurfum fyrst og fremst að hugsa um unglingana okkar og unga fólkið sem á frá náttúrunnar hendi mjög erfitt með að stilla sig eftir rangri klukku. Gagnsemi þess að vera með rétta klukku er að þessi stóri og mikilvægi hópur fengi birtuboðin fyrr og ætti miklu auðveldara með að aðlagast þeim kröfum sem gerðar eru til þess af skólum og vinnumarkaði. Þetta snýst líka um að gefa unglingunum tækifæri til að þroskast á eðlilegan hátt þar sem líkamsklukkan hefur sannarlega áhrif á það. Fórnarkostnaðurinn er að tapa birtutíma seinnipart dagsins en það er hverfandi miðað við ávinninginn.



Læknar athugið...

einkaleyfi Cialis er fallið!



Nýr valkostur

Tadalafil Krka

10 mg & 20 mg

lægra verð - stærri hagstæðari pakkningar

LYFIS
Traust í lyfjum

KRKA

Tadalafil Krka inniheldur tadalafil og fæst í 10 mg – 4 stk. og 8 stk. pakkningum og 20 mg – 4 stk., 8 stk. og 12 stk. pakkningum. **Notkunarsvið:** Til meðferðar við ristruflunum hjá fullorðnum karlmönnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir tadalafili eða einhverju hjálparefna lyfsins. Karlmenn með hjartasjúkdóm sem ráðið hefur verið frá því að stunda kynlíf eiga ekki að nota lyfið. Hjartadrep á síðustu 90 dögum; hjartaöng eða hjartaöng við samfarir; hjartabilun í flokki II eða hærri á síðustu 6 mánuðum; takttruflanir sem ekki hafa svarað meðferð, lágþrýstingur (<90/50 mmHg); háþrýstingur sem ekki hefur svarað meðferð; slag á síðustu 6 mánuðum; töpuð sjón á öðru auga vegna framlægs sjóntaugarkvilla vegna blóðþurrðar án slagæðabólgu; samhliða notkun guanýlat-cýklasaörva eða lífrænna nítrata. ***Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) á vef Lyfjastofnunar – www.serlyfjaskra.is.*** Markaðsleyfishafi er KRKA, d.d., Novo mesto. Umboðsaðili er LYFIS ehf. Sími: 534-3500, netfang: lyfis@lyfis.is. SmPC: Apríl og júlí 2017.

Myndir af Jóni eftir Gunnar heitinn Eyþórsson fréttamann sem stundaði læknanám um hríð og sótti tíma hjá Jóni. Hann náði svip Jóns einstaklega vel. Á myndinni í miðið eru pípan og lyklakippan á sínum stað!
Myndirnar birtust fyrst í Læknanemanum 1965 sem kveðja í tilefni sextugsafmælis Jóns.





Minningar um Jón Steffensen

Tryggvi Ásmundsson

Tryggvi er læknir á eftirlaunum

tryggvi.asmundsson@gmail.com

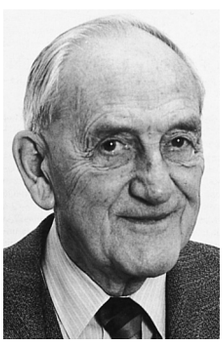


Ég sá Jón Steffensen fyrst á 1. ári í læknadeild, en við félagar fórum strax að sækja tíma hjá honum í líffærafræði. Jón var hávaxinn, mikill á velli, fremur stórskorinn og áberandi nefstór. Svipurinn stundum dálítið kankvís. Hægur í hreyfingum. Röddin sérkennileg og hann talaði hægt og dró mjög seiminn. Átti til þann kæk að taka stóra lyklakippu upp úr vasa sínum og láta hringla í henni. Hann var í eðli sínu fremur ómannblendinn og seintekinn og hleypti fólki ekki auðveldlega nærri sér. Okkur fannst hann ekki árennilegur. Kennslan fór þannig fram að þeir sem voru vel lesnir sátu á fremsta bekk og var hlýtt yfir námsefnið. Fyrir kom að hann tæki upp menn sem verið höfðu nokkur ár í deildinni, en sátu aftarlega. Færðust þeir undan gátu fallið dálítið kvikindislegar athugasemdir, en Jón átti til að vera mjög neyðarlegur í tilsvörum og eru til af því margar sögur. Hann var kröfuharður en ákaflega sanngjarn og gerði sér ekki mannamun. Ég hef aldrei hitt þann mann sem gat með sanni sagt að hann hefði verið eftirlætisnemandi Jóns Steffensen! Mér er hann sérlega minnisstæður frá verklega námskeiðinu. Hann gekk þar um og leiðbeindi okkur, fámáll en skýr. Hann reykti pípu og var lyktin af Dunhill tóbakinu sérlega góð. Eftir að prófi lauk sá ég hann ekki fyrr en ég kom heim frá Bandaríkjunum og hafði lært lungnalækningar. Jón var þá orðinn astmaveikur og svo fór að ég varð læknir hans.

Um 1980 komu á markaðinn lyfjaglös sem börn áttu ekki að geta opnað. Það reyndist svo að eldra fólk átti líka í erfiðleikum með það. Eitt kvöldið hringdi Jón í mig. Hann var aldrei hraðmæltur, en núna heyrðust miklar stunur og krimt áður en hann kom sér að efninu. „Ég get bara alls ekki opnað þessi nýmóðins lyfjaglös," sagði hann. Ég sagði það mál auðleyst. Ég kæmi til hans vikulega og skammtaði honum lyfin í kassa sem auðvelt væri að opna. Þetta er eitt það besta sem mig hefur hent á lífsleiðinni. Nú kynntumst við vel og urðum fljótlega miklir vinir. Ég ætlaði mér aldrei minna en klukkutíma í heimsóknina. Við ræddum saman um heima og geima og ævinlega biðu tveir Lövenbräu á borðinu þegar ég kom sem við deildum með okkur. Fyrir kom að þeir urðu fjórir. Ég var auðvitað á bíl og spurði Jón hvort þetta gæti gengið. Hann hafði í áratugi mælt áfengismagn í blóði ökumanna og leit á mig og sagði: „Þú ert svo asskoti feitur að þetta hlýtur að vera í lagi". Aldrei reyndi á þetta sem betur fer, en ég leyfði mér ekki að efast um mat prófessorsins. Þá sjaldan ég var upptekinn fór kona mín og skammtaði lyfin. Þau urðu góðir vinir, en hún fékk engan bjór!

Jón átti sérlega glæsilegt heimili. Á veggjum voru falleg málverk eftir helstu listamenn þjóðarinnar. Borðstofuhúsgögn í ekta funkis-stíl. Sumir stólar með útsaumuðum setum eftir Kristínu konu hans, hrein listaverk. Hún hafði líka bundið inn margar bækur hans svo ekki varð betur

Jón Steffensen (1905-1991)



Jón var fæddur í Reykjavík, sonur hjónanna Valdemars Steffensens læknis og Jennyar Petru f. Larsen sem var dönsk. Hann lauk læknaprófi frá Háskóla Íslands 1930. Stundaði framhaldsnám í Kaupmannahöfn, München, London og Edinborg árin 1932 til 1937. Skipaður prófessor í líffæra-, lífeðlis- og lífefnafræði við læknadeild Háskóla Íslands í febrúar 1937. Frá 1957 prófessor í líffærafræði eingöngu. Lausn í ágúst 1970, en kenndi þó áfram til hausts 1972. Hann var afkastamikill vísindamaður, tók þátt í fornleifarannsóknum og annaðist rannsóknir á mannabeinum fyrir Þjóðminjasafn Íslands í áratugi. Ritaði rúmlega 100 vísindagreinar í innlend og erlend tímarit einkum um mannfræði, líffærafræði, lífeðlisfræði, uppruna Íslendinga og um sögu læknisfræðinnar. Einnig marga bókarkafla. Honum var margvíslegur sómi sýndur, stórriddari af fálkaorðunni, heiðursdoktor við læknadeild Háskóla Íslands og heiðursfélagi í Læknafélagi Íslands. Hann kvæntist 1930 Kristínu Björnsdóttur Ólafs húsfreyju (1905-1972), þau voru barnlaus.

gert. Hún var dáin þegar ég kynntist Jóni og hann saknaði hennar mjög. Jón hafði ráðskonu sem bjó í húsinu og hugsaði vel um hann. Hann var af þeirri kynslóð sem áleit húsverk ekki vera karlmannsstarf! Eitt sinn bauð hann okkur hjónum til veislu. Þá var í heimsókn á Íslandi prófessor Egill Snorrason frá Kaupmannahöfn og hafði fært Læknaminjasafninu í Nesi góðar gjafir. Jón var helsta driffjöðrin í stofnun þess. Hann var einnig árum saman formaður Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar og þess fremsti talsmaður. Auk Egils var þarna komin helsta elíta eldri lækna á Íslandi með mökum, auk okkar hjóna sem vorum yngst í hópnum. Á borðum var glænýr soðinn lax með bráðnu smjöri, nýjum kartöflum, sýrðum agúrkum og eðalhvítvíni. Jón var einn þeirra manna sem hafði mjög gott af að smakka vín og fór ákaflega vel með það. Mér er minnisstætt hvað veislan heppnaðist vel og hvað hann var góður gestgjafi.

Jón sat í áratugi í stjórn stúdentagarðanna. Á háskólaárum mínum voru svo kölluð Garðsböll haldin á Gamla garði. Þetta voru dálítið sérkennilegar samkomur, eiginlega þrískiptar. Í kjallaranum var selt áfengi á „hagstæðu verði“. Aðeins ein sort, svarti dauði, og reiddur fram í þykkum leirföntum sem annars voru notaðir undir kaffi. Á barnum var gjarnan sungið án undirleiks. Í salnum á fyrstu hæð var músík og dansað. Þar var venjulega mjög heitt, dampurinn af fólki steig til lofts, þéttist þar og féll síðan til baka sem létt rigning. Svo voru auðvitað partí í öðru hverju herbergi. Magnús Óskarsson borgarlögmaður lýsir því í bók sinni *Brosað í bland* að stúdent á Gamla Garði hafi kært þessi böll. Vonlaust væri að festa svefn fyrr en í fyrsta lagi klukkan 4 og þetta gæti alls ekki gengið. Málið kom til kasta stjórnar stúdentagarðanna, kærandinn mættur og Jón Steffensen í forsvari fyrir stjórnina. Jón vildi fyrst vita hve oft böllin væru. Þau voru 5 á vetri, þar af eitt í jólafríinu. Síðan vildi hann vita hvenær stúdentinn byrjaði lestur á sunnudagsmorgnum. Það reyndist kl. 9, en eftir böll sagðist stúdentinn alls ekki getað byrjað fyrr en á hádegi. „Sá stúdent sem þolir ekki að missa 12 klst.



Málverk eftir Kjarval sem hékk í borðstofu Jóns. Myndin nú í eigu Læknafélags Reykjavíkur.

frá sunnudagslestri á vetri á ekkert erindi í Háskóla Íslands,“ sagði Jón og málið var útrætt.

Þótt Jón væri hættur störfum við Háskólann sat hann ekki aðgerðarlaus. Hann safnaði munum fyrir Læknaminjasafnið og vann að skrásetningu þeirra. Einnig vann hann mikið starf við að ráða í dagbækur Sveins Pálssonar, en Sveinn notaði ótæpilega skammstafanir og erfitt að vita hvort þar væri að baki íslenska eða latína!

Það reyndist ekki erfitt að vera læknir Jóns. Framfarir urðu í astmameðferð og seinni árin þurfti hann ekki sjúkrahúsvist vegna þess. Mér er hins vegar minnisstætt að hann fékk blóðtappa í lunga og var þá nokkuð brugðið. Sagði mér að sá kvilli hefði orðið móður sinni að bana. Ég sagði



Skrifborðsstóll Jóns sem er í safni því sem hann ánafnaði Þjóðarbókhlöðunni eftir sinn dag. Áklæðið saumaði Kristín Ólafs, eiginkona hans.

sem var að meðferð við þeim sjúkdómi hefði tekið miklum framförum og hann fékk sína 6 mánaða blóðþynningu og síðan ekki söguna meir. Þegar blóðtappinn greindist lá hann nokkra daga á Landspítalanum og þá var kosið til borgarstjórnar í Reykjavík. Þann laugardagsmorgun hringdi í mig hjúkrunarfræðingur og sagði að Jón heimtaði að fara að kjósa. Þeim leist miðlungi vel á það og vísuðu málinu til mín. Ég fékk að tala við Jón og honum var talsvert niðri fyrir. „Þessar kvensur vilja ekki að ég fari, en ég get það vel. Hún Ástríður kemur og sækir mig og skilar mér til baka.“ Ég vissi að Ástríður var Thorarensen og allir vita hverjum hún er gift! Það hvarflaði ekki að mér að reyna að hindra för hans.

Í kringum 84 ára aldur kom í ljós lítil íferð í lunga Jóns. Við ræddum það af hreinskilni og rifjuðum upp eldri reykingasögu. Aldurinn var orðinn hár og lungnastarfsemi léleg svo skurðaðgerð kom ekki til greina. Jón hafði ekki áhuga á krabbameinslyfjameðferð og okkur kom því saman um að útiloka berkla, en láta aðrar rannsóknir lönd og leið. Meinið óx hægt og hann lifði sæmilegu lífi í tvö ár.

Mér er okkar síðasti fundur ákaflega minnisstæður. Ég hafði lagt hann inn á Vífilsstaði og var á förum til útlanda í frí og við vissum báðir vel að hverju dró. Það var fátt sagt, en handtakið var ákaflega hlýtt. Ég náði ekki að fylgja honum til grafar, en mig hefur lengi langað til að minnast hans. Það eru ekki margir vandalausir sem mér hefur verið hlýrra til. Ég minnist hans ætíð er ég heyri góðs manns getið.

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



Dögg Pálsdóttir

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

Dogg@lis.is

Fyrstu siðareglur lækna og fyrstu lög Læknafélags Íslands

Hinn 14. janúar 2018 fagna læknar þeim merka áfanga að Læknafélag Íslands verður aldargamalt. Í pistli þessum verður fjallað um fyrstu siðareglur lækna og lög Læknafélags Íslands eins og um hvorutveggja er fjallað á síðum *Læknablaðsins*.

Heimildir sýna að stofnun Læknafélags Íslands átti sér allnokkurn aðdraganda. Raunar benda heimildir til þess að árið 1898 hafi 9 læknar sem voru samankomnir á læknafundi stofnað *Hið íslenzka læknafélag*. Lög voru samþykkt fyrir félagið og reglur um bróðurlega samvinnu milli lækna (*Codex ethicus*). Félagið starfaði þó aldrei. Tímaritið *Eir – Mánaðarrit handa alþýðu um heilbrigðismál*, sem gefið var út um tveggja ára skeið, 1899 og 1900, má rekja til þessarar félagsstofnunar þó félagið hefði ekkert með útgáfu þess að gera.[1]

Hinn 16. maí 1915 var að tilhlutan landlæknis héraðslæknafundur á Austurlandi. Þar voru meðal annars ræddar siðareglur og ályktað: *Fundurinn álítur rangt, að læknar ráði sig í héruð, þar sem héraðslæknir er fyrir, ef engar sakir eru sannaðar á hann í embættisfærslu hans. Jafnframt skorar fundurinn á Læknafélag Reykjavíkur að vinda bráðan bug að því, að semja Codex ethicus fyrir íslenzka lækna og senda þeim hann til samþyktar.*[2]

Læknafélag Reykjavíkur kaus Guðmund Magnússon, Guðmund Hannesson og Matthías Einarsson í nefnd til að gera tillögur um siðareglur. Nefndin leitaði meðal annars til Noregs með upplýsingar og kynnti tillögur sínar á fundi í félaginu 8. nóvember 1915. Tillögurnar voru birtar í nóvembertölublaði *Læknablaðsins* 1915 og læknum gefnir þrír mánuðir til að koma að athugasemdum.[3] Nokkrar breytingatillögur bárust. Þær voru kynntar læknum í marstölublaði *Læknablaðsins* 1916 og eftir því kallað að læknar sendu atkvæði sín við breytingatillögurnar hið fyrsta.[4]

Vinnu við siðareglurnar lauk loks ári síðar á fundi Læknafélags Reykjavíkur 13. nóvember 1916 með því að upphaflegu tillögurnar voru samþykktar nánast óbreyttar. Margt hafði orðið til tafa og einkum það að svör frá læknum komu seint og urðu fá.[5]

Fyrstu siðareglur lækna voru í 11 greinum og giltu fyrir alla lækna sem störfuðu hér á landi. Tilgangur reglnanna var að efla gott samkomulag og bróðurlega samvinnu meðal lækna. Þær bönnuðu læknum, í viðurvist sjúklings eða annarra en læknis, að fara niðrandi orðum um stéttarbræður sína, jafnvel þótt ástæða kynni að vera til slíks. Þær bönnuðu læknum að nota óþarfa auglýsingar, blaðagreinar eða aðrar ósæmilegar aðferðir í því skyni að teygja sjúklinga til sín frá öðrum læknum. Þá skyldu læknar forðast eftir megni þakkarávörp og aðrar gyllingar og þá máttu þeir ekki heldur gefa í skyn að þeir þekktu betri lyf eða læknisaðferðir sem öðrum læknum væru ekki kunnar.

Siðareglurnar geymdu nokkur ákvæði um samskipti milli lækna vegna sjúklinga og virðast endurspegla ákveðna samkeppni um sjúklinga. Þannig bönnuðu þær læknum að bjóðast til að taka að sér læknisstörf fyrir minna endurgjald en aðrir tækju. Þær mæltu svo fyrir að læknir, sem sóttur var til sjúklings, sem reyndist undir höndum annars læknis, gerði einungis það bráð nauðsynlega og ekki skyldi hann vitja sjúklingsins oftar nema fyrri lækni hefði verið tilkynnt að sjúklingur óskaði að breyta um lækni eða læknirinn hefði sagt skilið við sjúklinginn. Ef sjúklingur, aðstandendur eða læknir sjúklings vildu samráð við annan lækni skyldi það gert og læknarnir bera ráð sín saman í einrúmi. Sá læknir sem hafði sjúklinginn til meðferðar skyldi síðan fyrirskipa það sem þeir kæmu sér saman um. Næðu þeir ekki samkomulagi skyldu þeir saman, í viðurvist sjúklings eða aðstandenda, setja fram skoðanir sínar. Sjúklingurinn eða aðstandendur skyldu síðan velja hvor læknirinn skyldi halda lækningunni áfram. Ef læknirinn sem hafði stundað sjúklinginn mætti ekki til þessa samráðs skyldi aðfengni læknirinn ráðleggja það sem honum virtist bera brýn nauðsyn til en ekki vitja sjúklingsins oftar nema eftir samkomulagi við lækninn sem fyrst stundaði sjúklinginn.

Í siðareglunum eru athyglisverð ákvæði um afleysingaþjónustu lækna. Ef læknir gat ekki gegnt störfum sínum



vegna ferðalags, sem honum var ekki sérstaklega borgað fyrir, eða sjúkleika, skyldu nágrannalæknar, ef kringumstæður leyfðu, gegna störfum hans, honum að kostnaðarlausu í einn mánuð en tvo ef um sjúkleika væri að ræða, nema viðkomandi læknir auglýsti sjálfur að hann hefði fengið fyrir sig afleysingalæknir. Um greiðslu fór eftir því hvort sjúklingur væri í samlagi hjá hinum fasta lækni. Þá mátti ekki krefja sjúklinginn um gjald fyrir afleysingaþjónustuna nema afleysingalæknirinn hefði farið lengra frá heimili sínu en eina mílu eða ef um meiri háttar operation hefði verið að ræða. Afleysingalæknirinn mátti á hinn bóginn þiggja endurgjald, væri það boðið. Embættislausum læknum var heimilt að setjast að hvar sem vera skyldi. Þó mátti læknir, sem verið hafði aðstoðarlæknir fyrir annan eða staðgengill, ekki setjast þar að fyrr en að minnsta kosti eitt ár var liðið frá því hann dvaldist þar og forðast skyldi hann að rýra á nokkurn hátt álit þess læknis sem hann starfaði fyrir.

Í siðareglunum eru einnig fyrirmæli um þjónustu lækna við aðra lækna, konur þeirra, ekkjur og ófullveðja börn. Þessir aðilar áttu rétt á ókeypis læknishjálp hjá hverjum þeim lækni sem þeir óskuðu. Þó mátti ekki krefjast ókeypis læknishjálpar ef læknir var sóttur um langan veg. Þá var lækni heimilt að þiggja endurgjald ef sá sem hjálpar naut krafðist þess, einkum ef fátækur læknir átti í hlut gagnvart efnuðum.

Ágreiningi um læknamál milli lækna skyldi skjóta til 5 manna gerðardóms sem í sátu einn kosinn af læknadeild, annar af Læknafélagi Reykjavíkur, landlæknir var sá þriðji og formaður dómsins. Loks skyldi hvor málsaðili tilnefna lækni, sem undirskrifað hafði siðareglurnar, í gerðardóminn. Hvor málsaðili átti rétt á því að ryðja einum hinna föstu dómenda úr dómnum og tók þá varamaður sæti hans. Gerðardómur skyldi leggja dóm á mál sem hann fékk til meðferðar innan misseris frá því að málsaðilar höfðu kosið dómendur. Allir læknar sem höfðu undirritað siðareglurnar skyldu hlíta úrskurði gerðardómsins.

Refsiákvæði var í siðareglunum þess efnis að læknar sem brytu gegn þeim skyldu hvorki njóta afleysingahlunninda né ókeypis læknisþjónustu fyrir sig og sitt fólk.[5]

Á fundi í Læknafélagi Reykjavíkur 5. mars 1917 var samþykkt tillaga að lögum fyrir Læknafélag Íslands, sem birtust í 3. tölublaði *Læknablaðsins* 1917. Læknar voru beðnir að senda athugasemdir sínar hið fyrsta.[6] Ekki er að sjá að neinar athugasemdir hafi borist við drögin.

Fyrstu lög Læknafélags Íslands voru stutt, 11 greinar. Um tilgang félagsins segir í 2. gr.:

Tilgangur félagsins er að efla hag og sóma íslenzkrar læknastéttar, samvinnu meðal lækna í heilbrigðismálum þjóðarinnar og glæða áhuga lækna fyrir öllu, er að starfi þeirra lýtur.

Félagsmenn gátu orðið allir íslenskir læknar sem tekið höfðu fullkomið læknapróf, hvort sem þeir væru búsettir hér á landi eða erlendis.

Í stjórn félagsins skyldu vera þrír læknar, búsettir í Reykjavík eða nágrenni. Þá skyldi kosinn einn varamaður. Formaður yrði sá sem flest atkvæði fengi, en að öðru leyti skipti stjórnin sjálf með sér verkum. Kosning skyldi fara fram í nóvember og gilda til tveggja ára, miðað við áramót. Þá skyldu læknar í Austur-, Vestur- og Norðurlandsfjórðungi kjósa einn fjórðungsfulltrúa fyrir sinn fjórðung, stjórninni til aðstoðar. Þessi fulltrúakosning skyldi fara fram um leið og stjórnarkosning.

Stjórnin skyldi sjá um allar framkvæmdir félagsins og hafa vakandi auga með öllum þeim málum sem vörðuðu læknastéttina eða heilbrigði almennings. Hún skyldi skora á alla lækna er lyku prófi að gerast félagsmenn en hún hafði jafnframt vald til að neita læknum um inntöku í félagið og að vísa þeim úr því um stundarsakir, væri ástæða til. Aðalfund skyldi að forfallalausu halda á ári hverju í júní, júlí eða ágúst.

Á fyrsta aðalfundi Læknafélags Íslands 1919 lagði Guðmundur Hannesson fyrsti formaður þess til að Ásgeir Blöndal yrði gerður að heiðursfélaga. Hann hefði fyrstur lagt til að læknar hér á landi mynduðu félagsskap með sér. Tillagan var samþykkt samhljóða og var Ásgeir Blöndal því fyrsti heiðursfélagi Læknafélags Íslands.[7]

Heimildir

1. Hannesson G. „Íslenzkt læknafélag.“ Læknablaðið 1915; 1: 3.
2. „Læknafundur á Eskifirði.“ Læknablaðið 1915; 1: 91-2.
3. Hannesson G. „Codex ethicus og íslenzkt læknafélag.“ Læknablaðið 1915; 1: 163-7.
4. Hannesson G. „Breytingatillögur við Codex ethicus.“ Læknablaðið 1916; 2: 39-40.
5. Hannesson G. „Codex ethicus.“ Læknablaðið 1916; 2: 166-9, 71.
6. „Læknafélag Íslands.“ Læknablaðið 1917; 3: 41-2.
7. „Fyrsti aðalfundur í Læknafélagi Íslands.“ Læknablaðið 1920; 5: 97-111.

Andlátsfregn

Magnús Snædal Rósbergsson, málfræðingurinn sem stýrði íðorðasafni lækna um 12 ára skeið, lést ekki alls fyrir löngu. Eins og fram kom í viðtali *Læknablaðsins* við Magnús árið 2014 um útgáfu ICD-10 var hann aðalstjóri þess verks. ICD-10 útgáfan er langviðamesta orðasafn yfir sjúkdóma og heilbrigðisvandamál sem gefið hefur verið út á íslensku til þessa. Verkið sem kom út 1995 og 1996 unnu auk ritstjórans Magnúsar, Jóhann Heiðar Jóhannsson og Örn Bjarnason. Útgáfan var þrekvirki á sínum tíma og gerð samkvæmt samningi milli heilbrigðis- og tryggingaráðuneytisins og Orðabókarsjóðs læknafélaganna.

Fróðskaparsetrið í Færeyjum og Turið Sigurðardóttir minntust Magnúsar með þessum orðum:

Frá 1984 og í eini tólv ár var Magnús ritstjóri fyri yrkorðasavninum hjá læknafelagi Íslands. Har framdi hann munadygt og væl hepnað starv við at fáa til vega íslendsk orð og heiti á tí ovurstóra yrkismálsliga økinum, sum læknavísindini umboða. Kunnað varð javnan um úrslitini, orðagerð, nýggjyrði og týðingar, í íslendska Læknablaðnum. Hann skrivaði grein um hetta arbeiðið í Nordisk tidsskrift for fagsprog og terminologi nr. 2 1986.

Viðtalið við Magnús: http://www.laeknabladid.is/tolublod/2014/01/nr/5046

HEILSUGÆSLAN



Sérfræðingur í heimilislækningum Heilsugæslan Grafarvogi

Laust er til umsóknar starf sérfræðings í heimilislækningum við Heilsugæsluna Grafarvogi. Um er að ræða 100% ótímabundið starf. Viðkomandi þarf að geta hafið störf sem fyrst eða eftir nánara samkomulagi.

Umsóknarfrestur er til og með 15. janúar 2018

Á heilsugæslustöðinni eru starfandi sérfræðingar í heimilislækningum ásamt sálfræðingi, hjúkrunarfræðingum, ljósmæðrum og riturum. Hafin er innleiðing heildstæðrar teymisvinnu í sjúklingamóttöku sem byggir á náinni samvinnu fagstétta þar sem samfelld, persónuleg þjónusta við skjólstæðinga er höfð að leiðarljósi. Um er að ræða spennandi vettvang fyrir lækni sem áhuga hefur á nýsköpun og framþróun í heilsugæslu. Nánari upplýsingar um starfsemi stöðvarinnar má finna á vef Heilsugæslunnar (www.heilsugaeslan.is).

Nánari upplýsingar

Svava Kristín Þorkelsdóttir - 585 1300
svava.kristin.thorkelsdottir@heilsugaeslan.is
Ragnar Logi Magnason - 585 7600

Helstu verkefni og ábyrgð

- Almennar lækningar
- Heilsuvernd
- Vaktþjónusta
- Kennsla nema
- Þátttaka í vísindarannsóknum, gæða- og umbótaverkefnum

Hæfnikröfur

- Sérfræðimenntun í heimilislækningum
- Skipulagshæfni, sjálfstæði í starfi og ögguð vinnubrögð
- Framúrskarandi hæfni í mannlegum samskiptum
- Reynsla af teymisvinnu er kostur
- Góð íslenskukunnátta skilyrði

Laun samkvæmt gildandi kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands.

Umsókn skal fylgja ítarleg náms- og starfsferilskrá ásamt gögnum sem staðfesta menntun, fyrri störf og vísinda- og kennslustörf. Þau gögn sem ekki er hægt að senda rafrænt skulu berast Svövu Þorkelsdóttur, mannauðsstjóra Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Álfabakka 16, 109 Reykjavík.

Viðtöl verða höfð við umsækjendur og byggist ákvörðun um ráðningu í starfið á þeim og innsendum gögnum. Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu liggur fyrir. Umsókn getur gilt í allt að 6 mánuði. Tekið er mið af jafnréttisstefnu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins við ráðningu í starfið.

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

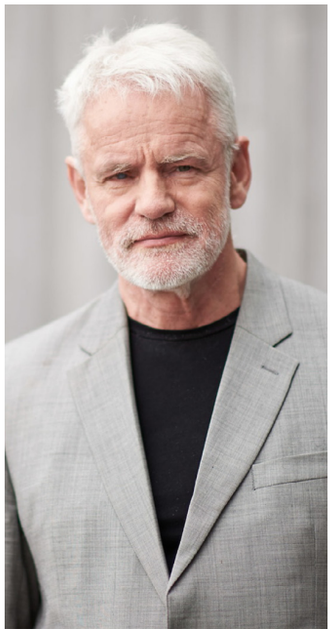
Kári Stefánsson fékk viðurkenningu Bandaríska mannerfðafélagsins

Hávar Sigurjónsson

Bandaríska mannerfðafræðifélagið er talið fremst allra fagfélaga í erfðafræði mannsins í dag. Félagsmenn eru úr röðum vísindamanna, háskólakennara, lækna, hjúkrunarfræðinga og annarra sem tengjast mannerfðafræði.

Í tilkynningu Íslenskrar erfðagreiningar segir að verðlaunin séu veitt vísindamanni sem þyki hafa skilað yfirgripsmiklu framlagi til rannsókna í mannerfðafræði.

Kári Stefánsson veitti verðlaununum viðtöku á ársþingi samtakanna í Orlando í Flórída þann 18. október og flutti þar fyrirlestur.



Bandaríska mannerfðafélagið segir Kári hafi stofnað Íslenska erfðagreiningu (ÍE) í því augnamiði að gera umfangsmiklar erfðarannsóknir á Íslandi. Með góðum tengslum við fólkið í landinu hafi ÍE fengið erfðaefni frá meir en 160.000 manns og lagt mikið af mörkum til aukinnar þekkingar á erfðafræði. Þessi vinna hafi orðið fyrirmynd svipaðra rannsókna í öðrum löndum, þ.á.m. Breska lífbankans (UK Biobank) og „Við öll“ verkefnisins (All of Us Initiative) í Bandaríkjunum.

Í tilkynningunni er rakið að Kári beiti aðferðum sem geri kleift að tengja og bera saman hundruð ólíkra arf- og svipgerða sem hafi leitt til þýðingarmikilla uppgötvana. Hann hafi birt kort af erfðamengi mannsins og fundið erfðabreytileika sem tengjast mörgum ólíkum svipgerðum: sykursýki af tegund 2, blöðruhálskrabbameini, hjartaslagi og geðklofa. Rannsóknirnar hafi einnig varpað ljósi á grundvallarferli í líffræði, svo sem endurröðun erfðavísa, nýjar stökkbreytingar og áhrif foreldra á erfðaefni barna sinna.

Kári hefur hlotið margvíslega viðurkenningu fyrir störf sín, verðlaun Evrópska erfðafræðifélagsins árið 2009 og Bandarísku Alzheimersamtakanna árið 2014, svo og Sir Hans Krebs verðlauna Evrópsku líf- og læknavísindasamtakanna (FEBS) en hann er veittur fyrir framúrskarandi árangur í rannsóknum í sameindalíffræði.



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER

APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS

Genfar-yfirlýsing Alþjóðalæknafélagsins

Samþykkt af 2. allsherjarþingi Alþjóðalæknafélagsins í Genf í Sviss í september 1948,
endurskoðað af 22. allsherjarþinginu í Sydney í Ástralíu í ágúst 1968
og 35. allsherjarþinginu í Feneyjum á Ítalíu í október 1983
og 46. allsherjarþinginu í Stokkhólmi í Svíþjóð í september 1994
og með orðalagsbreytingum 170. fundar stjórnar Alþjóðalæknafélagsins í Divonne-les-Bains í Frakklandi í maí 2005
og 173. fundar stjórnar Alþjóðalæknafélagsins í Divonne-les-Bains í Frakklandi í maí 2006
og endurskoðað af 68. allsherjarþinginu í Chicago í Bandaríkjunum í október 2017.

LÆKNISHEITIÐ

SEM LÆKNIR

HEITI ÉG ÞVÍ að helga líf mitt þjónustu í þágu mannúðar;

ÉG MUN HAFA HEILBRIGÐI og vellíðan sjúklinga minna í fyrirrúmi;

ÉG MUN VIRÐA sjálfræði og mannlega reisn sjúklinga minna;

ÉG MUN VIRÐA mannslíf staðfastlega til hins ýtrasta;

ÉG MUN EKKI LÁTA aldur, sjúkleika eða fötlun, trúarbrögð, uppruna, kyn, þjóðerni, stjórnmálatengsl, kynþátt, kynhneigð, þjóðfélagslega stöðu eða neitt annað hafa áhrif á skyldu mína gagnvart sjúklingum mínum;

ÉG MUN GÆTA FYLLSTU ÞAGMÆLSKU um allt það sem sjúklingar trúa mér fyrir, einnig að þeim látnum;

ÉG MUN RÆKJA starf mitt af samviskusemi og virðingu og í samræmi við góða starfshætti lækna;

ÉG MUN HALDA Í HEIÐRI virðingu og góðar hefðir læknastéttarinnar;

ÉG MUN AUÐSÝNA kennurum mínum, starfsfélögum og nemendum þá virðingu og þakklæti sem þeim ber;

ÉG MUN miðla læknisfræðilegri þekkingu minni í þágu sjúklinga minna og framfara í heilbrigðisþjónustu;

ÉG MUN GÆTA VEL AÐ eigin heilsu, vellíðan og færni svo að ég fái veitt sem besta þjónustu;

ÉG MUN EKKI BEITA læknisfræðilegri þekkingu minni til að brjóta gegn mannréttindum og borgaralegu frelsi, jafnvel þó mér sé ógnað;

ÞESSU LOFA ÉG af fúsum og frjálsum vilja og legg það við heiður minn.

Íslensk þýðing: Helga Jónsdóttir

Árshátíð á aldarafmæli LÍ í Hörpu 20. janúar

Í tilefni 100 ára afmælis LÍ verður árshátíðin 2018 enn glæsilegri en venjulega og óhætt að fullyrða að dagskráin sé þannig úr garði gerð að allir eigi að skemmta sér konunglega. Sérstaklega er vandað til matarins sem boðið er upp á og var Læknirinn í eldhúsinu, Ragnar Freyr Ingvarsson, sérstakur ráðgjafi afmælisnefndarinnar við val matseðilsins.

Húsið opnar kl. 19:00, þegar líður á kvöldið mun Ari Eldjárn hrista vel upp í gestum og kitla hláturtaugarnar eins og honum einum er lagið. Stuttu síðar mun Sigga Beinteins, Selma Björns og Eyþór Ingi koma öllum í stuð áður en ein besta ballhljómsveit landsins, Buffið, stígur á svið og spilar fram á nótt. Dansskórnir þurfa að vera með í för laugardaginn 20. janúar.

Veislustjóri Þórarinn Ingólfsson, heimilislæknir

DAGSKRÁ ÁRSHÁTÍÐAR

- ✓ Húsið opnar kl. 19, fordrykkur, Haukur Heiðar spilar fyrir gesti
- ✓ Afmælisávarp Reynis Arngrímssonar formanns Læknafélags Íslands
- ✓ Ari Eldjárn hristir upp í gestum
- ✓ Sigríður Beinteins, Selma Björns og Eyþór Ingi stíga á svið
- ✓ Milli skemmtiatriða seyðir Jazzhljómsveitin Guitar Islancio fram ljúfa tóna
- ✓ Buffið lokar kvöldinu með balli

HLAÐBORÐ AÐ HÆTTI LÆKNISINS Í ELDHÚSINU

- Nautalund Wellington og bernaisesósa
- Kryddlögð bleikja með jarðskokkum og rótargrænmeti
- Nýlagað sushi úr grænmeti með chilimajó
- Villisveppa risottokúlur
- Innbakað byggotto með fersku grænmeti og kryddjurtum
- Grillað BBQ lamb með sýrðu grænmeti
- Kjúklingaspjót með ferskum kryddjurtum
- Eldsteiktar tígrisrækjur
- Hægeldaðir andaconfit-leggir í djúpsteiktu „sopbrauði“ með chilli og kóríander
- Hvít súkkulaðimús með hindberjum
- Súkkulaði „brownie“

MIÐAVERÐ Á ÁRSHÁTÍÐINA ER KR. 15.500.
INNIFALIÐ Í MIÐAVERÐINU ER FORDRYKKUR, MATUR OG LÉTTVÍN MEÐ MATNUM
MIÐASALA Á SÍÐU LÆKNADAGA 2018 Á INNRA NETI LIS.IS

Sækja þarf árshátíðarmiðana á þjónustuborð Læknadaga í Hörpu, dagana 15.-19. janúar frá kl. 9:00-16:00.

Gert er ráð fyrir að árgangar haldi sín partý eins og venjulega. Þar sem um standandi borðhald verður að ræða verða engin sérstök borð frátekin en nægilegt rými er fyrir þá sem vilja sitja meðan þeir matast.

Læknar eru hvattir til að fjölmenna á árshátíð LÍ á aldarafmæli félagsins.

Góða skemmtun.

Eru læknar læknum verstir?

FAL heldur málþing á Læknadögum helgað læknum





Guðrún Ása Björnsdóttir
læknir

Agnar H. Andrésson
læknir

agnar.h.andresson@gmail.com

Hlutverk lækna er margþætt og starfið sérstakt. Störf lækna hafa lengi verið óþrjótandi innblástur frásagnarlista og kvikmynda enda af mörgu að taka. Læknirinn hefur oft verið baðaður dýrðarljóma og rómantík enda er honum ekkert mannlegt óviðkomandi í krefjandi og spennandi starfsumhverfi sínu. En starfið hefur líka dökkar hliðar. Það hefur breyst mikið á undanförnum áratugum. Tækniframfarir og vaxandi einstaklingsfrelsi í markaðshagkerfi Vesturlanda leggur miklar byrðar á herðar lækna. Hann þarf að sýna stjórnunarhæfileika, kennslugetu, hafa viðskiptavit, sinna skipulagi auk þess að vera jafnvígur á vísindastörf, siðfræði og lögfræði. Og já, hann þarf auðvitað að geta sinnt grunnstoðum læknastarfsins og læknað sjúklinga.

Læknirinn er ekki lengur almanna-eign sem helgar líf sitt á altrúískan hátt læknastarfinu og biður ekki neins í staðinn. Læknirinn er mannlegur. Jafnvægi á milli þess faglega og fjárhagslega – þess kerfislæga og skapandi er ekki auðsótt og getur verið aflvaki streitu og kulnunar í starfi. Þá eru til enn dekkri hliðar starfsins sem lítið er talað um þó mikil þörf sé á. Þunglyndi, heilsuleysi, misrétti, misnotkun vímuefna og sjálfsvíg. Læknar eiga það til að einangrast og leita sér ekki hjálpar. Óraunhæfar kröfur, samkeppni, dómharka og sjálfsásökun eru því miður lýsandi orð fyrir mörgum í læknastéttinni og mætti því spyrja þessarar spurningar:

Á þessu stórafmælisári Læknafélags Íslands mun FAL halda málþing sem er helgað lækninum. Farið verður yfir sögu læknisfræðinnar. Hvernig læknastarfið hefur þróast og breyst og til hvers samfélagið ætlast af læknum. Skyldur, fórnir, gleði, sorgir og framtíðaráskoranir. Tekið verður á erfiðu málunum. Kulnun, fíkn, úrræðaleysi og þöggun. Rætt verður sérstaklega um það vandasama jafnvægi milli þess að vera læknir, sjúklingur, aðstandandi og meðferðaraðili þegar veikindi eða vandamál bera að garði. Enginn verður þó skilinn eftir í lausu lofti og verður einnig leitað að jafnvægi, úrræðum og hamingjunni sjálfri. Að lokum verða pallborðsumræður þar sem ráðstefnugestum gefst færi á að taka þátt í umræðunni og leita lausna.

Hvetjum við lækna til að fjölmenna á málþingið sem haldið er fyrsta dag læknadaga, mánudaginn 15. janúar kl. 9. Það er mikilvægt að læknar hjálpist að og styðji hvern annan þegar á móti blæs og gleðjist saman þegar að vel gengur. Fjölmennum á atburði Læknafélags Íslands á afmælisárinu og fögnum læknahlutverkinu. Lítum til baka, lærum af reynslunni en horfum síðan fram á veginn og höldum ótrauð áfram að gera það sem við gerum best, að lækna og hafa gaman af því.

Einar Stefánsson heiðraður fyrir augnrannsóknir

Hávar Sigurjónsson

Einar Stefánsson, prófessor við læknadeild Háskóla Íslands og yfirlæknir á augndeild Landspítala, tók á dögunum við Peter Watson verðlaunum sem veitt fyrir framúrskarandi vísindaframlag á sviði rannsókna í augnlækningum. Einar tók við verðlaununum í Cambridge en margir af fremstu vísindamönnum heims á sviði augnlækninga hafa hlotið þessi verðlaun.

Einar er einnig í hópi afkastamestu frumkvöðla Háskóla Íslands og hefur drjúgan part starfsævinnar unnið að rannsóknum á líffeðlisfræði augna og augnsjúkdóma og er mjög kunnur á alþjóðavettvangi fyrir þau störf sín. Hann er meðhöfundur að ríflega 200 greinum í ritrýndum vísindatímaritum og höfundur



um 400 ritverka og útdrátta um augnlækningafræði.

Viðburðurinn þar sem verðlaunin voru afhent kallast The Cambridge Ophthalmological Symposium og hefur hann verið haldinn árlega í röska hálfa öld. Á hverju ári er þeim vísindamanni sem skarar hvað helst fram úr á sviði augnrannsókna boðið að stjórna viðburðinum og flytja erindi um eigin rannsóknir. Einar Stefánsson var fundarstjóri að þessu sinni og flutti hann erindi um súrefnisbúskap sjónhimnu og glerhlaups augans og hvernig hann hefur áhrif á sjúkdóma og meðferð þeirra.

Hið virta breska vísindatímarit EYE mun gefa út sérstakt hefti eftir áramótin sem verður helgað ráðstefnunni í Cambridge og mun Einar skrifa ritstjórnargrein auk vísindagreinar í blaðið.

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

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



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

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





IS/TB/0716/0285 október 2017

Heimildir

1 Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Tresiba, www.serlyfjaskra.is.
2 Rodbard HW, Cariou B, Zinman B, Handelsman Y, Philis-Tsimikas A, Skjoth TV, Rana A, Mathieu C on behalf of the BEGIN Once Long Trial Investigators. Comparison of insulin degludec with insulin glargine in insulin-naive subjects with Type 2 diabetes: a 2-year randomized, treat-to-target trial. *Diabetic Medicine* 2013;30(11):1298–304.
3 Bode BW, Buse JB, Fisher M, Garg SK, Marre M, Merker L, Renard E,Russell-Jones DL, Hansen CT, Rana A, Heller SR on behalf of the BEGIN Basal–Bolus Type 1 Trial Investigators. Insulin degludec improves glycæmic control with lower nocturnal hypoglycaemia risk than insulin glargine in basal–bolus treatment with mealtime insulin aspart in Type 1 diabetes (BEGIN Basal–Bolus Type 1): 2-year results of a randomized clinical trial. *Diabetic Medicine* 2013;30(11):1293–297.
4 Zinman et al *Diabetes Care* 35:2464-2472, 2012.

Tresiba 100 einingar/ml og 200 einingar/ml stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna

Heiti virkra efna
Einn áfylltur lyfjapenni inniheldur 300 eða 600 einingar af deglúdekinsúlíni í 3 ml lausn. 1 ml af lausninni inniheldur 100 eða 200 einingar af deglúdekinsúlíni (jafngildir 3,66 eða 7,32 mg af deglúdekinsúlíni).
Ábendingar
Meðferð við sykursýki hjá fullorðnum, unglingum og börnum frá 1 árs aldri.
Frábendingar
Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.
Markaðsleyfishafi
Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danmörk.
Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar – www.serlyfjaskra.is.

novo nordisk®

TRESIBA®
deglúdekinsúlín

Dagskrá aldarafmælishátíðar
Eldborg 15. janúar 2018

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

LÆKNAR OG UMHVERFI

14:00-14:05	Fundarstjórar bjóða afmælisgesti velkomna
14:05-14:15	Formaður LÍ, Reynir Arngrímsson flytur ávarp
14:15-14:25	Forseti Íslands Hr. Guðni Th. Jóhannesson flytur ávarp
14:20-15:00	Dr. Antony Costello flytur erindi um áhrif loftslagsbreytinga á umhverfi og heilsufar
15:00-15:20	Dr. Karine Nordstrand flytur erindi um störf Lækna án landamæra
15:20-15:30	Læknakórinn, blandaður kór lækna undir stjórn Árna Harðarsonar
15:30-16:00	**Afmæliskaffi**
16:00-16:25	Andri Snær Magnason rithöfundur, hugleiðing um tímann og vatnið, framtíðina og ísinn
16:25-16:35	Stjórn LÍ – heiðranir félagsmanna
16:35-17:55	Fjölbreytt tónlistaratriði undir stjórn Guðmundar Óskars Guðmundssonar
17:55-18:00	Fræðslustofnun lækna – Læknadagar, Jórunn Atladóttir formaður
Fundarstjórn:	**Ebba Margrét Magnúsdóttir og Michael Clausen**

UM FYRIRLESARA AFMÆLISHÁTÍÐARINNAR

Dr. Anthony Costello er barnalæknir og gegnir nú stöðu framkvæmdastjóra hjá Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni, World Health Organisation, Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. Hann var áður framkvæmdastjóri University College London Institute for Global Health og er stofnandi NGO – Women and Children First. Hann hefur verið í forsæti fyrir Lancet Commission on Health and Climate Change. Hann mun fjalla um niðurstöður skýrslunnar The Lancet Countdown: tracking progress on health and climate change, ásamt áhrifum loftslagsbreytinga á heilbrigði og stöðu mæðra, barna og ungmenna.

Dr. Karine Nordstrand, er formaður norsku samtakanna Lækna án landamæra, Medicins Sans Frontiers – Leger uten grenser. Hún hefur starfað með samtökunum frá 2008 m.a. í Grikklandi, Kongó, Haiti og Indónesíu. Hún mun halda erindi og kynna hlutverk og verkefni Lækna án landamæra og norsku samtökin verða með myndarlega veggspjaldasýningu á Læknadögum til kynningar á starfi sínu.

Andri Snær Magnason rithöfundur fjallar um tímann og vatnið, framtíðina og ísinn. Maðurinn hefur haft margvísleg áhrif á jörðina en samkvæmt spám vísindamanna virðast stærstu breytingarnar framundan. Við sem tegund höfum haft áhrif á heilu vistkerfin en nú virðumst við höggva nærri sjálfum grundvelli lífsins, efnasamsetningu lofthjúpsins og sýrustigi hafsins. Jöklar sem hreyfðust á jarðfræðilegum skala, hverfa nú á mannlegum skala. Allar mælingar benda í sömu átt en svo virðist sem ártöl eins og 2080 og 2120 séu of fjarlæg til að tengjast okkur persónulega. Þegar eldur kviknar taka menn höndum saman og slökkva bálið, en nú gjósa 100 eldfjöll samtímis í sprengihreyflum heimsins, og við virðumst ekki geta hægt á okkur þrátt fyrir að afleiðingarnar séu augljósar fyrir afkomendur okkar. Andri Snær fer með okkur í ferðalag um fortíð, samtíð og framtíð í leit að tengingum við tímann. Andri Snær hefur fengist við skáldsagnaskrif, ljóðlist, leikritagerð, almenna hugmyndavinnu og kvikmyndagerð. Verk hans hafa verið gefin út eða sýnd í meira en 30 löndum og þau hafa hlotið margvíslegar innlendar og alþjóðlegar viðurkenningar.

Iceland Travel
RÁÐSTEFNUR

Læknadagar eru í góðum höndum

Ráðstefnur, fundir og viðburðir



Nánari upplýsingar um þjónustu okkar má nálgast á **mice.icelandtravel.is**

conferences@icelandtravel.is

Iceland Travel Ráðstefnur hefur haldið utan um skipulag Læknadaga til margra ára.

Iceland Travel Ráðstefnur sérhæfir sig í skipulagningu, undirbúningi og utanumhaldi ráðstefna, funda og viðburða.

Læknadagar 2018 í Hörpu 15.-19. janúar

Dagskrá

MÁNUDAGUR 15. JANÚAR

09:00-12:00 **Læknirinn og starfið – Smáaletrið**
Fundarstjóri: Guðrún Ása Björnsdóttir
09:00-09:10 Inngangur fundarstjóra
09:10-09:30 *Hlutverk læknisins í aldanna rás:* Sigurður Guðmundsson
09:30-09:45 *Hlutverk læknisins í dag og í framtíðinni:* Ebba Margrét Magnúsdóttir
09:45-10:15 *Vinnuvernd:* Kristinn Tómasson og Vigfús Bjarni Albertsson sjúkrahúsprestur
10:15-10:45 Kaffihlé
10:45-11:45 *Heilsa lækna - hvernig líður læknum og hver er læknir læknisins?* Ólafur Þór Ævarsson, Dóra Guðrún Guðmundsdóttir, sálfræðingur, sviðsstjóri hjá EL, og Jón Eyjólfur Jónsson
11:45-12:10 Pallborðsumræða og spurningar

12:10-13:00 **Hádegisverðarfundir***
- *Læknar á fjöllum í meira en 100 ár.*
Frá Sveini Pálssyni til nútímans: Gunnar Guðmundsson og Jón Baldursson

13:10-14:00 **Um skipulag bæja – og borga**
Aldarafmæli öndvegisrits Guðmundar Hannessonar læknis
Um skipulag bæja: Dagur B. Eggertsson borgarstjóri og læknir
Fundarstjóri: Jón Jóhannes Jónsson
Fyrirlestur á vegum Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar

14:00-18:00
Læknafélag Íslands 100 ára
– Afmælisdagskrá í Eldborg
(sjá nánar á bls. 50)

ÞRIÐJUDAGUR 16. JANÚAR

09:00-12:00 **Næring á meðgöngu – þarf að huga að fleiru en fólati og D-vítamíni?**
Fundarstjóri: Ingibjörg Gunnarsdóttir
09:00-09:30 *Næring snemma á lífsleiðinni og sjúkdómar síðar á ævinni. Sögulegt yfirlit og gildi í íslensku samfélagi:* Bryndís Eva Birgisdóttir prófessor, matvæla- og næringarfræðideild HÍ
09:30-10:30 *Þurfum við að hafa áhyggjur af fæðuvali og næringu á meðgöngu hjá vel nærðum þjóðum?* Helle Margrete Meltzer, Lýðheilsustofnun Noregs
10:30-11:00 Kaffihlé
11:00-11:20 *Tengsl fæðuvals og næringar við þyngdaraukningu á meðgöngu:* Laufey Hrólfsdóttir á rannsóknastofu í næringarfræði við HÍ
11:20-11:40 *Hvers vegna ber niðurstöðum ferilrannsókna og íhlutandi rannsókna ekki alltaf saman?* Þórhallur Ingi Halldórsson við matvæla- og næringarfræðideild HÍ
11:40-12:00 *Hvernig getum við hagnýtt þekkingu á sviði næringar snemma á lífsleiðinni í heilbrigðisþjónustu?* Ingibjörg Gunnarsdóttir við matvæla- og næringarfræðideild HÍ

09:00-12:00 **Frumkomið aldósterónheilkenni – læknanleg orsök háþrýstings**
Fundarstjóri: Karl Andersen
09:00-09:30 *Háþrýstingur, sjúkdómabyrði og dánartíðni:* Guðmundur Þorgeirsson
09:30-10:00 *Frumkomið aldósterónheilkenni – algeng orsök læknanlegs háþrýstings:* Helga Ágústa Sigurjónsdóttir
10:00-10:30 Kaffihlé
10:30-10:50 *Frumkomið aldósteronheilkenni á Íslandi – greiningarferli og meðferð:* Hrafnhildur Gunnarsdóttir
10:50-11:00 *Nýrnahettublæðaþræðing nauðsynleg til greiningar á einhliða sjúkdómi, myndir og sjúkratilfelli:* Helga Ágústa Sigurjónsdóttir
11:00-11:30 *Nýrnahettubrottnám – aðgerð með kviðspeglun, áhætta og ávinningur nýrrar tækni:* **Guðjón Birgisson**
11:30-11:50 *Vefjameinasvar með nýrri mótefnalitun – rétt greining og einföldun á eftirfylgni:* Bjarni Agnarsson
11:50-12:00 *Uppvinnslan einfölduð, rannsóknir markvissar og eftirfylgnin skýrari:* Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

09:00-12:00 **MeToo átakið – aðgerðir LÍ**
Dagskrá nánar auglýst síðar

12:10-13:00 **Hádegisverðarfundir***
- *Lakkrís og áhrif hans á heilsu okkar:* Helga Ágústa Sigurjónsdóttir
- *Áverkavottorð til lögreglu – rétt vinnulag og áhrif álits læknа á dómsmál:* Hjalti Már Björnsson og Hulda Elsa Björgvinsdóttir, yfirmaður ákærusviðs, staðgengill lögreglustjóra, Lögreglunni á höfuðborgarsvæðinu

13:10-16:10 **Geðlyfjameðferð og fíknivandi aldraða**
Fundarstjóri: Magnús Haraldsson
13:10-13:55 *Örugg og gagnreynd notkun geðlyfja hjá öldruðum:* Rob van Marum, prófessor, öldrunarlæknir, Vu University Medical Center, Department of General Practice and Elderly Care Medicine at EMGO+ and Amsterdam Public Health Institutes, Amsterdam, Holland

*__Hádegisverðarfundir:__ Hámarksfjöldi þátttakenda er 50 á hvern fund – sérskráning nauðsynleg

13:55-14:30 *Áfengismisnotkun aldraðra. Falinn vaxandi vandi:* Hildur Þórarinsdóttir
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-15:35 *Svefnvandamál aldraðra. Hvert er hlutverk svefnlyfja?* Rob van Marum
15:35-16:10 *Benzódíazepín lyf hjá öldruðum. Leiðbeiningar um niðurtröppun:* Elín Ingibjörg Jacobsen, lyfjafræðingur

13:10-16:10 Skipulag heilbrigðisstofnana - samstarf og verkaskipting
Fundarstjóri: Óskar Reykdalsson
13:00-13-20 *Hlutverk heilbrigðisstofnana - samstarf um rétta þjónustu á réttum stað:* Páll Matthíasson
13:20-13:40 *Verkefni heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni:* Hjörtur Kristjánsson
13:40-14:00 *Samstarf hjúkrunarheimila við aðrar heilbrigðisstofnanir:* Pétur Magnússon, forstjóri Hrafnistu og formaður Samtaka fyrirtækja í velferðarþjónustu
14:00-14:30 Kaffihlé
14:30-14:50 *Samstarf opinberra heilbrigðisstofnana og sjálfstætt starfandi sérfræðilækna:* Steingrímur Ari Arason, forstjóri SÍ
14:50-15:10 *Hlutverk og samstarf í heilbrigðisþjónustu, sýn Embættis landlæknis:* Birgir Jakobsson, landlæknir
15:10-16:10 Pallborð frummælenda

13:10-16:10 Tilfelli af Barnaspítala Hringsins - gagnvirkt málþing. Munið eftir símunum!!
Fundarstjóri: Ásgeir Haraldsson
Ár hvert koma þúsundir barna með ýmis vandamál á Barnaspítala Hringsins. Mörg sjúkratilfelli eru lærdómsrík og fróðleg. Snillingar af Barnaspítala Hringsins munu ræða tilfellin en þátttakendur í sal taka þátt í umræðunni og velja milli valkosta við úrlausn tilfellanna með hjálp snjallsíma, spjaldtölva eða fartölva. Munið að taka símana með!
Panell snillingar: Gestur Pálsson, Valtýr Stefánsson Thors, Judith A. Guðmundsdóttir og Sigurður Sverrir Stephensen

13:10-16:10 Liðskoðun - vinnubúðir
Hámarksfjöldi þátttakenda er 12 – **sérskráning er nauðsynleg**
Umsjón: Gerður Gröndal, Guðrún Björk Reynisdóttir, Þorvarður Jón Löve, Sigríður Þórdís Valtýsdóttir og Ragnar Freyr Ingvarsson

20:00-22:00
Sigvaldi Kaldalóns og samskipti hans við læknasamtökin
Opin dagskrá
Óttar Guðmundsson, Karlakórinn Fóstbræður, stjórnandi Árni Harðarson, Hildigunnur Einarsdóttir mezzosópran og Aðalheiður Þorsteinsdóttir píanóleikari

MIÐVIKUDAGUR 17. JANÚAR

09:00-12:00 „Fimmtíu skuggar ópíóíða“ hvað þurfa íslenskir læknar að vita um þá?
Fundarstjóri: Valgerður Rúnarsdóttir
09:00-09:05 Inngangur: Valgerður Rúnarsdóttir
09:05-09:25 *Eiga ópíóíðar heima í meðferð þrálátra verkja?* Magnús Ólason
09:25-09:45 *Bráðamóttaka (næstum) án ópíóíða:* Hjalti Már Björnsson
09:45-10:05 *Ópíóíðafíkn á Íslandi og meðferð við henni:* Þórarinn Tyrfingsson
10:05-10:25 *Frá verkjamiðstöð/teymi Landspítala:* Guðmundur Björnsson
10:25-10:55 Kaffihlé
10:55-11:15 *Ávísanir á ópíóíða í heilsugæslu – að hverju þarf að huga?* Ófeigur Þorgeirsson
11:15-11:35 *Notkun ópíóíða á Íslandi og tengsl við lyfjaeitranir:* Magnús Jóhannsson
11:35-12:00 Pallborðsumræður: Fyrirlesarar, fundarstjóri og salur

09:00-12:00 Bólgur og krabbamein í brisi
Fundarstjóri: Páll H. Möller
1. Bráð og langvinn brisbólga
09:00-09:20 *Gallsteina pancreatitis:* Sigurður Blöndal
09:20-09:40 *Aðrar brisbólgur:* Jón Örvar Kristinsson
09:40-10:00 *Langvinn brisbólga:* Stefán Haraldsson
10:00-10:30 Kaffihlé
2. Briskrabbamein
10:30-10:50 *Hvernig hafa nýgengi og horfur breyst á síðustu áratugum?* Einar S. Björnsson
10:50-11:10 *Lyfjameðferð briskrabbameins:* Agnes Smáradóttir
11:10-11:30 *Skurðaðgerð:* Kristín Huld Haraldsdóttir
11:30-12:00 Umræður

09:00-12:00 Íslenskir læknar í 1000 ár frá 1166 –2166 - hvernig byrjaði læknisfræðin á Íslandi og hvar endar hún?
Fundarstjóri: Vilhelmína Haraldsdóttir
09:00-09:05 Málþingið sett - fundarstjóri
09:05-09:25 *Hrafn Sveinbjarnarson og lækningar hans:* Eiríkur Jónsson
09:25-09:45 *Landlæknar á 19. öld:* Ólöf Garðarsdóttir sagnfræðingur, prófessor HÍ
09:45-10:05 *Stofnun Læknafélags og Læknablaðsins:* Helgi Sigurðsson
10:05-10:25 *Alvarleg deilumál á liðinni öld:* Óttar Guðmundsson
10:25-10:55 Kaffihlé – tónlist samin af læknum eða um lækna
10:55-11:15 *Hvar voru konurnar allan þennan tíma?* Vilhelmína Haraldsdóttir
11:15-11:35 *Hvert stefnir læknisfræðin?* Birgir Jakobsson landlæknir
11:35-11:55 *Þurfum við alla þessa lækna í framtíðinni – munum við nota gervigreind og vélmenni til að sinna sjúklingum?* Magnús Haraldsson

12:10-13:00 Hádegisverðarfundir*
- *Kúvending í meðferð – adrenalín í allar tær og fingur:* Björn Pétur Sigurðsson
- *Allt um B12 skort:* Elín Anna Helgadóttir

Hádegisfundur á vegum styrktaraðila

13:10-16:10 Er minna meira?
A. Oflækningar
Fundarstjóri: Alma D. Möller
13:10-13:30 *Rannsökum við of mikið?* Ari Jóhannesson
13:30-13:50 *Gagnreynd lyfjameðferð fjölkvilla?* Aðalsteinn Guðmundsson
13:50-14:05 *Vísbendingar um oflækningar í einkarekinni þjónustu:* Birgir Jakobsson landlæknir
14:05-1420 *Skimanir: böl eða blessun?* Ástríður Stefánsdóttir
14:20-14:30 Umræður
14:30-15:00 Kaffihlé
B. Meðferð við lok lífs
Fundarstjóri: Aðalsteinn Guðmundsson
15:00-15:20 *Gjörgæsla eður ei?* Alma D. Möller
15:20-15:40 *Hjartastopp - góður dauðdagi eða reyna endurlífgun?* Berglind Gerða Libungan
15:40-16:00 *Mikilvægi samtalsins:* Þórhildur Kristinsdóttir
16:00-16:10 Umræður

13:10-16:10 Spænska veikin – 100 ár liðin
Fundarstjóri: Ólöf Garðarsdóttir, prófessor við menntavísindasvið HÍ
13:00-13:20 Setning málþings og inngangur: *Spænska veikin á Íslandi í sögulegu samhengi*
Fundarstjóri: Ólöf Garðarsdóttir sagnfræðingur - prófessor við menntavísindasvið HÍ
13:20-13:55 *Centennial Reflections on the 1918 Spanish Influenza Pandemic: Insights and Remaining Puzzles:* Lone Simonsen, prófessor við Háskólann í Hróarskeldu
13:55-14:20 *Spænska veikin, hvað vitum við læknar nú um faraldurinn 1918?* Magnús Gottfreðsson

14:20-14:45 Kaffihlé
14:50-15:20 *Hvernig var andrúmsloftið í Reykjavík 1918:* Sjón, rithöfundur
15:20-15:50 *Viðbrögð heilbrigðiskerfisins við spænsku veikinni þá og nú:* Ólafur Guðlaugsson
15:50-16:00 Umræður
Málþing í samvinnu Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar og Félags smitsjúkdómalækna

13:10-16:10 Bráðaofnæmislost
Fundarstjóri: María I. Gunnbjörnsdóttir
13:10-13:35 *Skilgreining og einkenni:* Unnur Steina Björnsdóttir
13:35-14:00 *Meingerð bráðaofnæmis:* Björn Rúnar Lúðvíksson
14:00-14:25 *Orsakir IgE tengdar:* Michael Clausen
14:25-14:55 Kaffihlé
14:55-15:20 *Orsakir ótengdar IgE:* Sigurveig Þ. Sigurðardóttir
15:20-15:45 *Bráðameðferð og eftirlit:* Hjalti Már Björnsson
15:45-16:10 *Innleiðsla íslenskra leiðbeininga:* Hjalti Már Björnsson og Unnur Steina Björnsdóttir
Málþing á vegum Félags íslenskra ofnæmis- og ónæmislækna og Félags bráðalækna

13:10-16:10 Líkamsskoðunin sem verður útundan - vinnubúðir
Hámarksfjöldi þátttakenda er 12, **sérskráning er nauðsynleg**
Færnibúðir í skoðun á brjóstum, endaþarmi og ytri kynfærum karla
Leiðbeinendur: Elsa Björk Valsdóttir, Svanheiður Lóa Rafnsdóttir, Sigurður Guðjónsson
Þátttakendum er skipt í þrjá hópa sem fara milli stöðva

16:20-17:50 Sagt frá sársauka
Fundarstjóri: Dagný Kristjánsdóttir bókmenntafræðingur
16:20-16:45 *„Sorgin há mig sækir á". Um sársauka, líkama og tungumál:* Bergljót Kristjánsdóttir bókmenntafræðingur
16:45-17:00 *Hryllingsmynd í Reykjavík 1918:* Ari Jóhannesson
17:00-17:15 *„Skógurinn var spegill óska minna": Um sársaukalíkingar, samlíðan og ímyndunarafl:* Guðrún Steinþórsdóttir, doktorsnemi í íslenskum bókmenntum
17:15-17:20 *„Mér er svo illt…" Leiðir til að ræða um langvinna verki:* Bryndís Benediktsdóttir
17:20-17:35 *Um sársauka barna sem enginn elskar:* Sæunn Kjartansdóttir sálgreinir
17:35-17:50 *Ör …falin eða umbreytt í listaverk:* Dagný Kristjánsdóttir bókmenntafræðingur

20:00-22:00

Geðheilbrigði og samfélag – Málþing fyrir almenning

Fundarstjóri: Engilbert Sigurðsson geðlæknir, prófessor í geðlæknisfræði opnar fundinn og stýrir umræðum

Nútíminn og geðheilsan:
Þórgunnur Ársælsdóttir geðlæknir

Umhverfið og geðheilsan:
Gunnlaug Thorlacius félagsráðgjafi, formaður Geðverndarfélags Íslands

Skólinn og geðheilsan:
Helgi Grímsson sviðsstjóri skóla- og frístundasviðs Reykjavíkurborgar

Fjölmiðlar og geðheilsan:
Ferdinand Jónsson yfirlæknir samfélagsgeðlækningateymis í London

Geðheilbrigði til framtíðar:
Páll Matthíasson, geðlæknir, forstjóri Landspítala

Fyrirspurnir úr sal til fyrirlesara.
Umræða um geðheilbrigði og samfélag.

FIMMTUDAGUR 18. JANÚAR

09:00-12:00 Bráðaþjónusta utan sjúkrahúsa
Fundarstjóri: Viðar Magnússon
09:00-09:30 *Fæðingar utan sjúkrahúsa:* Björn Gunnarsson
Að flytja bráðveik börn: Þórður Þórkelsson, Björn Gunnarsson
09:30-10:00 *Kransæðastífla (STEMI) og langt á sjúkrahús. Flutningstími STEMI sjúklinga úr dreifbýl til hjartaþræðingar:* Þórir Sigmundsson
STEMI meðhöndlun í dreifbýli: Gunnar Þór Gunnarsson, Hjörtur Kristjánsson
10:00-10:30 *Að bæta árangur við hjartastopp utan spítala. TopCat rannsóknin*: Richard Lyon prófessor, MBE MBChB(Hons) MD MRCP FRCEM DipIMC RCS(Ed), Associate Medical Director KSS Air Ambulance, Englandi
10:30-11:00 Kaffihlé
11:00-12:00 Kynning og panelumræður:
Sjúkraflug í Bretlandi og Skotlandi: Richard Lyon
Sjúkraflug og þyrlur á Íslandi: Björn Gunnarsson, Auður Elva Vignisdóttir
Panelumræður á ensku: *Sjúkraflug á Íslandi, er kominn tími á að taka næsta skref?* Auður Elva Vignisdóttir, Björn Gunnarsson, Richard Lyon, Þórir Sigmundsson, Viðar Magnússon

09:00-12:00 Nýju blóðþynningarlyfin (*Novel oral anticoagulants*) og meiriháttar blæðingar
Fundarstjóri: Ingibjörg Guðmundsdóttir
09:00-09:40 *Eru NOACs betri en warfarín?*
Með: Davíð Arnar
Móti: Páll Torfi Önundarson
09:40-10:05 Umræður
10:05-10:35 Kaffi
10:35-11:05 *Blæðingar frá meltingarvegi:* Jóhann Páll Hreinsson
11:05-11:35 *Heilablæðingar:* Elías Ólafsson
11:35-12:00 Umræður

09:00-12:00 Hagnýtar þvagfæraskurðlækningar
Fundarstjóri: Rafn Hilmarsson
09:00-09:30 *Nýrnasteinar:* Árni Stefán Leifsson
09:30-10:00 *Blöðmiga:* Sigurður Guðjónsson
10:00-10:30 *Þvagleggir og þvagteppa:* Eiríkur Jónsson
10:30-11:00 Kaffihlé
11:00-11:30 *Nýrnaæxli:* Eiríkur Orri Guðmundsson
11:30-12:00 *Hækkað PSA og krabbamein í blöðruhálskirtli:* Rafn Hilmarsson

12:10-13:00 Hádegisverðarfundir*
- *Þróun rafræns sjúkraskrárkerfis: fortíð, nútíð og framtíð*
  Heilsugáttar: Elías Eyþórsson
- *Uppvinnsla og langtíma undirbúningur (prehabilitation) sjúklinga í bið eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm í samvinnu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Landspítala:*
  María Sigurðardóttir

13:10-16:10 Meðferð við ósæðarlokuþröng í nútíð og framtíð
Fundarstjórar: Þórarinn Guðnason og Ingibjörg Guðmundsdóttir
13:10-13:20 Inngangur: Þórarinn Guðnason
13:20-13:50 *Að greina, vinna upp og vísa áfram sjúklingum með ósæðarlokuþröng. Hvað þurfa læknar að hafa í huga?* Ingibjörg Guðmundsdóttir
13:50-14:10 *Ómskoðun við ósæðarlokuþröng - hvenær, hvernig og hvað ber að varast?* Ragnar Danielsen
14:10-14:25 *CT við ósæðarlokuþröng. Hvað er svona sérstakt við TAVI-CT?* Maríanna Garðarsdóttir
14:25-14:40 *Að sveifa eða ekki sveifa við TAVI - er einhver efi?* Sigurbjörg Skarphéðinsdóttir
14:40-15:10 Kaffihlé
15:10-15:25 *Opnar hjartaaðgerðir við ósæðarlokuþröng í dag - hvenær eiga þær við?* Gunnar Mýrdal

15:25-15:40 *TAVI aðgerðir á Íslandi 2012-2018:* Þórarinn Guðnason
15:40-16:05 *TAVI er framtíðin í ósæðarlokuaðgerðum:* Lars Söndergaard, prófessor í congenital hjartasjúkdómum og hjartaþræðingum á Ríkisspítalanum í Kaupmannahöfn
16:05-16:10 Samantekt og lokaorð: Ingibjörg Guðmundsdóttir

13:10-16:10 Leynist í þér nýrnalæknir?
Fundarstjóri: Margrét Birna Andrésdóttir
13:10-13:45 *Hækkað kreatínín – hvað geri ég nú?* Fjölnir Elvarsson
13:45-14:20 *Sykursýkisnýrnamein – nálgun og nýjungar:* Sunna Snædal
14:20-14:50 Kaffihlé
14.50-15:25 *Langvinnur nýrnasjúkdómur hjá öldruðum:* Ólafur Skúli Indriðason
15:25-16:00 *Hvernig sinnum við nýrnasjúkum best? – samvinna milli sérgreina:* Daníel Ásgeirsson
16:00-16:10 Umræður

13:10-16:10 Sortumein: Faraldsfræði, áhættuþættir, meingerð, greining og meðferð
Fundarstjóri: Helgi Sigurðsson
13:10-13:15 Kynning á dagskrá: Helgi Sigurðsson
13:15-13:35 *Faraldsfræði og fyrirbyggjandi aðgerðir:* Christian Ingvar, prófessor í skurðlækningum, háskólasjúkrahúsinu í Lundi
13:35-13:55 *Erfðir og áhættuþættir sortumeina:* Hildur Björg Helgadóttir, krabbameinslæknir, Karólínska háskólasjúkrahúsinu í Stokkhólmi
13:55-14:15 *Gerðir sortumeina og greining þeirra:* Bárður Sigurgeirsson
14:15-14:45 Kaffihlé
14:45-15:05 *Grunnrannsóknir á sortumeinum:* Eiríkur Steingrímsson
15:05-15:25 *Skurðlækningar við meðferð sortumeina:* Christian Ingvar, prófessor í skurðlækningum, háskólasjúkrahúsinu í Lundi
15:25-15:45 *Umbylting í lyfjameðferð sortumeina:* Hildur Björg Helgadóttir
15:45-16:10 Pallborðsumræður

13:10-16:10 Fyrstu viðbrögð læknis á slysstað og aðkoma sjúkraþyrlu - vinnubúðir. Hámarksfjöldi þátttakenda er 15 **– sérskráning nauðsynleg**
Í vinnubúðunum verður farið í gegnum aðkomu og öryggi á slysavettvangi, einfalda meðhöndlun öndunarvegar, stöðvun blæðinga og notkun beinmergsnála. Hópurinn mun taka þátt í æfingu með þyrlu Landhelgisgæslunnar.

16:15-18:00 **Stofnfundur Félags sjúkrahúslækna**
Í samræmi við samþykktar skipulagsbreytingar hjá LÍ hefur tekið til starfa undirbúningshópur sem stjórn LÍ fól að stofna félag sjúkrahúslækna. Nánari fundarboð send síðar en læknar eru beðnir að fjölmenna á stofnfundinn.

FÖSTUDAGUR 19. JANÚAR

09:00-12:00 Nýjungar í taugalæknisfræði
Fundarstjóri: Páll Ingvarsson
09:00-09:15 Inngangur: Elías Ólafsson
09:15-10:00 *Heilablóðfall:* Björn Logi Þórarinsson, Gunnar Andsberg
10:00-10:30 Kaffihlé
10:30-11:00 *MS:* Haukur Hjaltason
11:00-11:30 *Parkinsonssjúkdómur:* Gylfi Þormar og Vala Kolbrún Pálmadóttir
11:30-12:00 *Flogaveiki:* Ágúst Hilmarsson

09:00-12:00 Þverfaglegar göngudeildir – eru þær framtíðin?
Fundarstjóri: Karl Andersen
09:00-09:15 *Þverfaglegt – hvað þýðir það?* Gyða Baldursdóttir
09:15-09:35 *Hvers konar verkefni henta fyrir þverfaglegar göngudeildir?* Davíð O. Arnar
09:35-10:05 *Hver er reynslan á Landspítala af þverfaglegum göngudeildum?* Guðbjörg Jóna Guðlaugsdóttir, Sigríður Zoëga
10:05-10:50 *Þverfaglegar göngudeildir fyrir gáttatifssjúklinga:* Jeroen Hendriks, hjúkrunarfræðingur og doktor í heilbrigðisvísindum frá Maastricht í Hollandi
10:50-11:20 Kaffihlé
11:20-11:40 *Þverfaglegar göngudeildir – er vilji og áhugi fyrir því?* auglýst síðar
11:40-12:00 Pallborðsumræður

09:00-12:00 Skjánotkun barna og unglinga
Fundarstjóri: Katrín Davíðsdóttir
09:00-09:30 *Snjalltækjanotkun barna og unglinga:* Björn Hjálmarsson
09:30-10:00 *Ofnotkun netsins:* Eyjólfur Örn Jónsson sálfræðingur
10:00-10:30 *Kvíði – svefn og samfélagsmiðlar:* Ingibjörg Eva Þórisdóttir doktorsnemi í HR
10:30-11:00 Kaffi
11:00-11:30 *Bara eitt like í viðbót:* Óli Örn Atlason uppeldis- og menntunarfræðingur
11:30-12:00 Hvað er til ráða? - Umræður

12:10-13:00 Hádegisverðarfundir*
- *Læknar og lækningar í Íslendingasögunum:* Óttar Guðmundsson
- *Telemedicine: State of the Art. Reynslan frá Ástralíu:* Len Gray, The Masonic Chair in Geriatric Medicine, Director, Centre for Health Services Research, University of Queensland
Fundarstjóri: Pálmi V. Jónsson

13:10-16:10 Nýting erfðaupplýsinga í heilbrigðisþjónustu: Er tími einstaklingsmiðaðrar nálgunar kominn?
Fundarstjóri: Hilma Hólm
Fundarstjóri: Magnús Karl Magnússon
13:10-13:40 *Mannerfðafræði og einstaklingsmiðuð læknisþjónusta: Er tíminn kominn?* Runólfur Pálsson
13:40-14:10 *Erfðir og skyndidauði: Geta erfðaupplýsingar komið að notum?* Davíð O. Arnar
14:10-14:40 *Krabbameinsmeðferð: Einstaklingsmiðuð meðferð byggð á erfðaefnisgreiningu:* Magnús K. Magnússon
14:40-15:10 Kaffihlé
15:10-16:10 *Nýting arfgerðarupplýsinga í nálgun sjaldgæfra eða áður óþekktra sjúkdóma: Greining nýrra meinvaldandi stökkbreytinga í íslensku þýði?* Guðný Anna Árnadóttir og Ragnar Kristjánsson
Félag íslenskra lyflækna stendur að baki málþinginu.

13:10-16:10 Endurhönnun öldrunarlæknisþjónustu Landspítala
Fundarstjóri: Anna Björg Jónsdóttir
13:10-13:45 *Ögrunin í öldrunarþjónustu. Lærdómur frá Norrænu InterRAI-rannsóknin í bráðaþjónustu:* Pálmi V. Jónsson
13:45-14:30 *The InterRAI Hospital System:* Len Gray, prófessor, The Masonic Chair in Geriatric Medicine, Director, Centre for Health Services Research, The University of Queensland
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-15:35 *Kynning á InterRAI-tækjunum og hvernig þau geta nýst:* Þórhildur Kristinsdóttir
15:35-16:10 *Frá heimili til sjúkrahúss og aftur heim. Nýjar þjónustubrautir og samþætting þjónustu við eldra fólk:* Anna Björg Jónsdóttir

13:10-16:10 Mótun heilans
Fundarstjóri: Högni Óskarsson
13:10-13:55 *Heilinn - félagslegt líffæri. Ný sýn á starfsemi heilans:* Ólafur Þór Ævarsson
14:00-14:45 *Nýjustu myndgreiningarannsóknir á heila við upplifun og hegðun:* Predrag Petrovic, Associate Professor, Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience, Stokkhólmi
14:45-15:15 Kaffihlé
15:15-16:00 *Mannkostamenntun og skapgerðarmenntun:* Kristján Kristjánsson, Professor of Character Education and Virtue Ethics, Deputy Director, Jubilee Centre for Character and Virtues, School of Education, University of Birmingham, Englandi
16:00-16:10 Umræður og lokaorð

16:20 Lokahátíð Læknadaga
Glíma
Glímustjóri: Kristján Guðmundsson
Kokdillir

Xarelto 15 mg/20 mg filmuhúðaðar töflur – Skyldutexti
▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skal Lyfjastofnun um **allar** aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. **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. **Heimild:** Unnið í nóvember 2017 úr Samantekt á eiginleikum lyfs (nóvember 2017). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst. Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. Markaðsleyfishafi:** Bayer AG. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Vinsamlegast hafið samband í síma 8218046 ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum um lyfið. **Afgreiðslumáti og greiðsluþátttaka:** R, G. **Hámarkssmásöluverð þynnupakkninga (desember 2017):** 11.693 kr. (28 stk.), 16.812 kr. (42 stk. – 15 mg eingöngu), 35.325 kr. (98 stk.), 36.637 kr. (100 stk.).
BAY171201

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

Ábendingar: Eliquis 2,5 mg: Forvörn gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. **Eliquis 2,5 mg og 5 mg**: Forvörn gegn heilaslagi og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II). Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE), og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum**. Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Lifrarsjúkdómar sem fylgir blóðstorkukvilli og blæðingarhætta sem hefur klíníska þýðingu. Vefjaskemmdir eða kvillar ef það er talið vera áhættuþáttur fyrir verulegri blæðingarhættu. Þar með talið nýlegur eða virkur sárasjúkdómur í meltingarvegi, illkynja æxli með mikilli blæðingarhættu, nýlegir áverkar á heila eða mænu, nýleg skurðaðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, slagæða- og bláæðatenging, æðagúlar eða meiriháttar óeðlilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðru segavarnarlyfi, t.d. ósundurgreint (unfractionated) heparín, létt (low molecular weight) heparín (enoxaparin, dalteparin, o.s.frv.), heparín afleiður (fondaparinux, o.s.frv.), segavarnarlyf til inntöku (warfarín, rivaroxaban, dabigatran, o.s.frv.), nema í þeim sérstöku tilvikum þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.
Markaðsleyfishafi: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG.
Pakkningastærðir og verð 1. desember 2017: 2,5 mg 60 stk.: 11.585 kr., 2,5 mg 168 stk.: 31.844 kr., 5 mg 14 stk.: 4.021 kr., 5 mg 100 stk.: 19.071 kr., 5 mg 168 stk.: 31.844 kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: G.
Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) dags. 4. desember 2017.
Sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér fræðsluefni (RMP) fyrir lyfið og afhent sjúklingi tiltekið fræðsluefni ætlað sjúklingum (öryggisspjald fyrir sjúklinga) áður en notkun lyfsins hefst. Ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

▼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.**

100 ÁRA
AFMÆLISDAGSKRÁ LÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS
2018

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Janúar	• Eldborgarhátíð á Læknadögum, 15. janúar kl. 14-18 • Um Sigvalda Kaldalóns, opin tónlistardagskrá fyrir almenning á Læknadögum, 16. janúar kl. 20 • Árshátíð LÍ, 20. janúar
Febrúar	Listasmiðjur lækna
Mars	Flugukastsnámskeið
Maí	Vordansleikur í Iðnó Golfklúbburinn Keilir 25. maí
Júní	Fjölskylduskemmtun á Miklatúni Golfklúbbur Mosfellsbæjar 29. júní
Júlí	Golfklúbbur Brautarholts 25. júlí
Ágúst	Ljósmyndasýning Golfklúbbur GKG 17. ágúst
September	Fjallganga með FÍFL, Félagi fjallalækna
Október	Alþjóðleg siðfræðiráðstefna í Reykjavík 2.-4. október Aðalfundur Alþjóðalæknafélagsins, WMA (World Medical Association), haldinn í Reykjavík 3.-6. október Opið málþing fyrir almenning í Hofi Akureyri
Desember	Jólakaffi/jólaglögg hjá Læknafélaginu í Hlíðasmára 8

Í *Læknablaðinu* verður þessara tímamóta minnst í öllum tölublöðum 104. árgangs með greinum, viðtölum og sérvöldum kápumyndum.



Nærðu í tæka tíð?

Upplýsingar um þvagleka

URO17002IS 11.2017

astellas
Vistor hf. Hörgatúni 2 | 210 Garðabær
Sími 535 7000 | netfang: astellas@vistor.is

Sprengur.is

GD: RR37861 Native File: Indesign CS5 Windows Generated in: Acrobat Distiller 9.0

Relvar Ellipta er ætlað til notkunar við reglulega astmameðferð hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri þegar notkun samsetts lyfs (langverkandi beta$_2$-örva og barkstera til innöndunar) á við: Þegar ekki næst viðunandi stjórn á sjúkdómnum með barksterum til innöndunar og skjótvirkum beta$_2$-örvum til innöndunar „eftir þörfum“[1]



Vissir þú?

Allt að 9 af hverjum 10 sjúklingum með astma haga lífi sínu reglulega eftir astmanum.[2]*

24 KLUKKUSTUNDA VERKUN[1] MEÐ EINUM SKAMMTI Á SÓLARHRING ÞÝÐIR AÐ **RELVAR ELLIPTA** VERKAR BÆÐI DAG OG NÓTT OG VIÐHELDUR STJÓRN Á EINKENNUM SJÚKLINGSINS.[3]

*Hluti sjúklinga sem breytir hegðun sinni nær frá 67% hjá þeim sem hafa fáa þætti sem valda einkennum til 89% hjá þeim sem hafa marga þætti sem valda einkennum (p<0,001 þvert á hópana; Chisquare próf).[3]

RELVAR ELLIPTA

(fluticasonfuroat / vilanterol)

Algengustu aukaverkanir með Relvar Ellipta voru höfuðverkur og nefkoksbólga. Aukning í tilvikum lungnabólgu og beinbrota kom fram hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu. Relvar Ellipta á ekki að nota við bráðaeinkennum astma eða versnun langvinnrar lungnateppu.[1]

Heimildir:

1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Relvar Ellipta, GSK 2017.
2. Price D et al. J Asthma. 2014; 51(2):127-135.
3. Bernstein et al. J Asthma 2015; 52(10): 1073-1083.

Fyrirmynd: DK/FFT/0032/17; 15. desember 2017

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.

Relvar Ellipta er þróað í samstarfi við
INNOVIVA

vistor

Relvar_Advt_258 x 370mm_GSKDC-DNK-PT-2017-9574_D1.indd 1 9/7/2017 6:08:33 PM