LÆKNABLAÐIÐ • 4. tbl. 104. árg. • Apríl 2018

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



2018; 104: 161-220

laeknabladid.is

4/2018

104. árgangur: 161-220

Við enda færibandsins eða hluti langrar keðju?

Við erum stödd við enda færibandsins í nýinnréttaðri smitgáttardeild (sterildeild) Lyfjaverzlunar ríkisins í Borgartúni 6. Árið er 1979. Salvör Veturliðadóttir og Guðríður Guðjónsdóttir bera glerflöskur samviskusamlega upp að ljósi. Þær grandskoða hverja flösku sem allar innihalda innrennslislyf. Er flaskan heil? Er mögulega eitthvað torkennilegt við innihaldið? Leiki minnsti vafi á að varan sé í fullkomnu lagi er hún tekin til hliðar, annars er flöskunni pakkað í kassa og er tilbúin til afhendingar.

Stungulyf eru framleidd með smitgát (aseptískt) og áður en kemur að hinni nákvæmu skoðun hafa margnota flöskurnar runnið á færiböndum, fyrst tvívegis í gegnum þvottavél og sótthreinsun og þaðan að áfyllingarvél sem staðsett er í dauðhreinsuðu herbergi. Þar er skipt um loft 20 sinnum á klukkustund og starfsfólkið er með grímur. Að lokum eru flöskurnar hitaðar upp í 120 °C í 20 mínútur enda þurfa stungulyf að vera sæfð (steríl).

Í upphafi fór framleiðsla innrennslislyfja fram á sjúkrahúsunum en fluttist til Lyfjaverzlunarinnar 1954. Þá hafði þörfin aukist verulega vegna framfara á sviði skurðlækninga og svæfingalækninga. Stöðugt flóknari skurðaðgerðir voru gerðar á æ veikari sjúklingum sem var bætt vökvatap og saltmissir með blöndu af vatni, glúkósa og dálitlu af matarsalti. Í byrjun voru framleiddir 50 lítrar á dag en þegar hér er komið sögu 500-1000 lítrar.

Nýja færibandið nýttist ekki lengi. Sex árum síðar,



1985, var glerflöskum skipt út fyrir einnota plastpoka. Framundan voru fleiri breytingar á starfseminni. Lyfjaverzlun ríkisins breyttist í Lyfjaverslun Íslands hf með lögum árið 1994. Einkavæðingu lyfjaframleiðslunnar lauk ári síðar og 2002 hætti framleiðsla innrennslislyfja því hún þótti ekki lengur svara kostnaði. Þar sem innflutningur getur raskast vegna heimsfaraldurs, farsótta, náttúruhamfara eða verkfalla voru árið 2006 sett lög um neyðarframleiðslu dreypilyfja og birgðahald í landinu.

Ljósmyndina tók Bjarnleifur Bjarnleifsson og birtist hún ásamt fleiri myndum í *Dagblaðinu* 24. janúar 1980.

Anna Þorbjörg Þorgrímsdóttir

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

Anna er sagnfræðingur og safnafræðingur og fyrrum stjórnandi Lækningaminjasafnsins.



Stjórn Læknafélags Íslands 2017-2018

Stjórn Læknafélags Íslands er kjörin var á aðalfundi í október 2017 skipa þau (efri röð f.v.): Guðrún Ása Björnsdóttir heimilislæknir meðstjórnandi, Björn Gunnarsson svæfingalæknir gjaldkeri, Reynir Arngrímsson erfðalæknir formaður, Magdalena Ásgeirsdóttir lyflæknir ritari. Neðri röð f.v.: Hjalti Már Þórisson röntgenlæknir meðstjórnandi, María Gottfreðsdóttir augnskurðlæknir meðstjórnandi, Jóhanna Ósk Jensdóttir heimilislæknir meðstjórnandi. Á myndina vantar Ólaf Ó. Guðmundsson geðlækni meðstjórnanda.

Frá og með næsta aðalfundi verða þær breytingar á stjórn LÍ að hana skipa tveir fulltrúar frá hverju fjögurra aðildarfélaga auk formanns. Félögin fjögur eru Félag sjálfstætt starfandi lækna LR, Félag sjúkrahúslækna, Félag almennra lækna og Félag íslenskra heimilislækna. Auk formanns hvers félags kjósa félögin einn fulltrúa hvert í stjórn LÍ. Formaður LÍ er kosinn almennri rafrænni kosningu allra félaga innan LÍ en sá háttur var viðhafður í fyrsta sinn við kosningu formanns 2017. HS

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
2000

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

4. tölublað • 104. árgangur • 2018

LEIÐARAR



167

Elísabet Benedikz

Öryggi sjúklinga og flækjustig nútíma heilbrigðisþjónustu

Á sama tíma og við ráðum inn nemana í stórum stíl, útskrifast tugir íslenskra lækna úr erlendum háskólum. Hvað verður um þetta fólk? Hví getum við ekki ráðið það? Gætum við ekki gert betur í að rækta tengslin við þessa kollega okkar?



169

Janus Guðlaugsson

Leiðin til lýðheilsu: forvarnir og heilsuefling

Í Evrópu fara tæplega 3% útgjalda til heilbrigðismála í forvarnir en á Íslandi er hlutfallið nær helmingi lægra, eða um 1,6%. Heilbrigðiskerfið er fyrst og fremst byggt upp til að meðhöndla sjúkdóma og sinna bráðatilfellum; leggja plástur á sárin, í stað þess að fyrirbyggja þessa þætti.

FRÆÐIGREINAR

171

Hafdís Lilja Guðbjörnsdóttir, Árún K. Sigurðardóttir

Sykursýki er áskorun. Tíu ára eftirfylgd einstaklinga með sykursýki

Sykursýki er einn algengasti langvinni sjúkdómurinn í heiminum í dag og samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni árið 2016 er hlutfall einstaklinga með sykursýki hærra á Íslandi (7,1%) en í Danmörku (6,1%), Svíþjóð (6,9%) og Noregi (6,6%). Rannsóknin var afturskyggn ferlirannsókn yfir 10 ára tímabil, þar sem ákveðin líkamleg mæligildi einstaklinga með sykursýki voru greind og borin saman við alþjóðastaðla. Ein mæling var greind hjá hverjum þátttakenda árin 2005, 2010 og 2015.

177

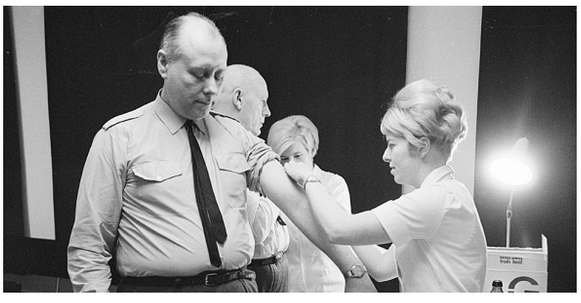
Guðrún Arna Jóhannsdóttir, Ólafur Pálsson, Helgi Jónsson, Björn Guðbjörnsson

Þvagsýrugigt - læknanleg liðbólga

Þvagsýrugigt er liðbólgusjúkdómur sem í flestum tilfellum er læknanlegur og fer algengi hans á heimsvísu vaxandi. Án meðferðar getur sjúkdómurinn valdið varanlegum liðskemmdum en þrátt fyrir það benda rannsóknir til að vanmeðhöndlun sjúkdómsins sé mikil. Tengsl við lífsstílssjúkdóma á borð við efnaskiptavillu eru ótvíræð en sjúkdómurinn getur einnig verið fylgikvilli lífshættulegra sjúkdóma og meðferðar við þeim. Nú liggja fyrir nýlegar leiðbeiningar frá Bandaríkjunum og Evrópu varðandi greiningu og meðferð þvagsýrugigtar, bæði við bráðum liðbólgum og langtímameðferð. Aukin áhersla er lögð á meðferð til að fyrirbyggja sjúkdóminn, bæði með lífsstílsbreytingum og lyfjameðferð.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 100 ÁRA





188

Þórólfur Guðnason

Árangur og mikilvægi bólusetninga – sögulegt samhengi

Upphaf bólusetninga barna hér var árið 1802 þegar byrjað var að bólusetja með kúabólu gegn bólusótt og var Ísland eitt af fyrstu löndum heims til að hefja almenna
notkun á því bóluefni.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



194

Jóhann Ágúst Sigurðsson

Án fræðslu þess liðna sést ei hvað er nýtt - Saga heimilislækninga á Íslandi í 50 ár

Byggt á erindi Jóhanns Ágústs prófessors emeritus í heimilislækningum á málþingi er haldið var honum til heiðurs 2. mars síðastliðinn



200

Védís Skarphéðinsdóttir

Ljóðakvöld Læknafélagsins

Mjög skemmtilegt kvöld og það eru örugglega til næg skáld og skúffur til halda annað svona kvöld að ári.



204

Allir eru með geðheilsu“

– segir Elísabet Brynjarsdóttir formaður Hugrúnar

Hávar Sigurjónsson

206

Mótum samfélag þar sem rætt er opinskátt um tilfinningar og fordómar upprættir

Kaflar úr mögnuðum viðtölum við ungt fólk á gedfraedsla.is



212

Magnús Hlynur Hreiðarsson

Ný tæki á Leitarstöð Krabbameinsfélagsins

EMBÆTTI LANDLÆKNIS 23. PISTILL

208

Magnús Jóhannsson, Anna Björg Aradóttir, Jón Pétur Einarsson, Ólafur B. Einarsson

Nýjar reglur um lyfjaávísanir

Reglur sem veita læknum meira aðhald í lyfjaávísunum og eiga að stuðla að skynsamlegri, markvissari og öruggari lyfjanotkun í landinu.

210

Kristján Oddsson

Staða skimunar fyrir brjóst- og leghálskrabbameini á Ísland

Til að tryggja heilsu kvenna er brýnt að heilbrigðisráðherra geri breytingar á skipulagi, stjórn og framkvæmd skimunar þannig að hún þjóni hagmunum kvenna en ekki öðrum hagsmunum.

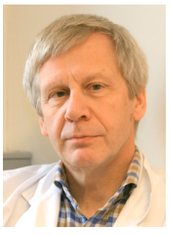


213

Jón Snædal

Alþjóðleg ráðstefna um læknisfræðilega siðfræði

Haldin í Hörpu dagana 2. til 4. október, og verða þar ræddar „Alþjóða siðareglur lækna“ (International Code of Medical Ethics).





PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



193

Reynir Arngrímsson

Skipulag og starfsemi LÍ á tímamótum

LÍ þarf að halda áfram með lagabreytingar frá því á síðasta aðalfundi. Fljótlega verður formönnum aðildar- og sérgreinafélaga boðið til viðræðna um innleiðingu á breyttu skipulagi til að skýra nánar hvað í þeim felst.

214

Tónlistarkvöld LÍ

Védís Skarphéðinsdóttir

Tónaflóð fyllti salarkynni LÍ og áheyrendur glöddust innilega

ÖLDUNGAR

216

Fyrstu skref Læknafélags Íslands

Páll Ásmundsson

Læknafélag Íslands

Guðmundur Hannesson

Í Læknablaðinu 1918 er grein GH formanns um meginverkefni LÍ: úrbætur í kjaramálum.

217

Flugukast – námskeið

Védís Skarphéðinsdóttir

Jónas Magnússon kenndi nokkrum læknum listina.

218

100 ára afmælisdagskrá Læknafélags Íslands 2018

Patient Safety and the Increasing Complexity of Modern Healthcare

Elisabet Benedikz MD, EDIC, MPA
Head of Quality and Patient Safety
Landspitali University Hospital
101 Reykjavík

doi.org/10.17992/lbl.2018.04.178



Elísabet Benedikz
læknir

gæða- og sýkingarvarnardeild
Landspítala
ebenedik@landspitali.is

RITSTJÓRNARGREIN

Öryggi sjúklinga og flækjustig nútíma heilbrigðisþjónustu

Það eru tískustraumar í heilbrigðisþjónustu eins og öðru. Nú er tískan sú að setja sjúklinginn í öndvegi og veita þjónustu sem tekur mið af þörfum einstaklingsins og aðstandenda hans. Það felur meðal annars í sér að sýna virðingu og virkja sjúklinginn í eigin meðferð á þann hátt sem hefur virði fyrir hann. Hversu vel gengur þetta hjá okkur? Uppfyllum við þau 8 þjónustuáheit sem Picker Institute hefur skilgreint sem undirstöðu sjúklingamiðaðrar þjónustu? Hvenær spyrjum við sjúklinginn *„hvað skiptir þig máli"?*

Á tímum velferðar og framfara í læknavísindum og með þetta í huga, er nokkuð ljóst að við höfum óafvitandi skapað okkur fjölda nýrra verkefna sem krefjast meiri samþættingar og heildrænni hugsunar en við höfum áður þekkt í heilbrigðisþjónustu. Eftir því sem samfélag okkar þróast og vegnar betur, eykst heilbrigði og langlífi. Jafnframt lengist líf fólks með fleiri og flóknari sjúkdóma sem krefst meiri sérhæfni og flóknari meðferða. Ört vaxandi hópur fólks lifir ekki aðeins lengur með sjúkdómana sína, heldur hefur væntingar um árangur og gerir kröfur um gæði og öryggi. Við sem veitum heilbrigðisþjónustu fikrum okkur sífellt lengra í því að praktísera á mörkum þess sem er lífeðlisfræðilega mögulegt. Þótt um flest gangi það vel og árangur íslenska heilbrigðiskerfisins sé um margt góður, höfum við ekki náð að halda í við þessa þróun hvað varðar það að tryggja gæði og öryggi í þjónustunni.

Vinnuskipulag lækna er til marks um þetta, enda heilt yfir að mestu leyti eins og fyrir 30 árum, sérstaklega að sumarlagi þegar Ísland lokar og fer í frí, í júlí. Við höfum til áratuga lokað legudeildum og sameinað starfsemi að sumarlagi, til að spara aura og hleypa fólki í frí. Við látum okkur hafa það að vera (meira) undirmönnuð þetta tímabil, hlaupum (enn) hraðar. Einnig ráðum við inn afleysingafólk, læknanemana. Gott fólk og samviskusamt, framtíð okkar og vonarstjörnur í faginu, en eigi að síður nemar, með þeim takmörkunum og hættum sem þeim fylgja. Okkur ber skylda til að tryggja þessu ágæta fólki góða byrjun á ferlinum. Þau eiga það skilið. Þess í stað hendum við þeim út í djúpu laugina, hlöðum á þau ábyrgð sem þau eru ekki tilbúin fyrir og setjum þau í verkefni sem þau hafa ekki forsendur til að ráða við. Óreynt starfsfólk í framlínu er sá þáttur í starfseminni sem hefur í rannsóknum á alvarlegum sjúklingaatvikum sýnt sig að vera einna oftast rót eða meðvirkandi orsök atviksins. Einnig sést iðulega í sömu rannsóknum að handleiðsla hefur brugðist og að skipulag starfseminnar tekur ekki mið af aðstæðum. Á sama tíma og við ráðum inn nemana í stórum stíl, útskrifast tugir íslenskra lækna úr erlendum háskólum. Hvað verður um þetta fólk? Hví getum við ekki ráðið það? Gætum við ekki gert betur í að rækta tengslin við þessa kollega okkar?

Þetta galna vinnufyrirkomulag á orlofstíma og reyndar á öðrum tímum líka, er barn síns tíma og mætir ekki þörfum sjúklingsins í dag. Það fyrirfinnst hvergi í þeim löndum sem við berum okkur saman við. Það hlýtur að teljast ófullnægjandi á vorum tímum að stoppa í götin á þennan hátt, að telja bara hausa en ekki hæfni.

Þann 2. mars síðastliðinn sendi landlæknir bréf til forsvarsmanna heilbrigðisstofnana, þar sem hann áréttaði að samkvæmt 11. grein laga nr. 34/2012 um heilbrigðisstarfsmenn, sé landlækni heimilt *ef nauðsyn krefur*, að veita nemum sem lokið hafa 4. ári í læknisfræði tímabundið leyfi til að sinna tilgreindum læknisstörfum. Í bréfinu kemur hins vegar fram að ásókn stjórnenda lækninga á heilbrigðisstofnunum í afgreiðslu leyfanna sé slík að hún gefi glöggt til kynna að sjálfsagt þyki að nemar séu nýttir til að leysa afleysinga- og mönnunarvanda stofnana. Einnig beri á því að þessar umsóknir séu ekki nógu vandaðar. Oft komi í ljós að neminn hafi þegar hafið störf þegar umsókn berst, sem er brot á lögum. Landlæknir segist eftirleiðis munu skoða umsóknir með gagnrýnum hætti og beita sér fyrir því að þessu lagaákvæði verði breytt.

Þetta er mjög áhugavert og auðvitað hárrétt hjá landlækni. Við sem vinnum við rannsóknir á alvarlegum sjúklingaatvikum þekkjum þetta úr eigin starfsemi og höfum sjálf upplýst landlækni og stjórnendur innanhúss. Því geta menn ekki lengur látið sem ekkert sé. Nauðsynlegt er að gera þá sjálfsögðu kröfu til starfseminnar að hún sé skipulögð þannig að hún mæti þörfum sjúklinganna og tryggi sem best öryggi þeirra. Stjórnendur lækninga þurfa að leggja sig fram til að tryggja að svo sé, þó áskoranir séu þar vissulega margar. Með þessu hefur fráfarandi landlæknir gefið tóninn. Fróðlegt verður að sjá hvernig nýr landlæknir hyggst fylgja þessu eftir.

The way to public health: Health-related prevention and health promotion

Janus Guðlaugsson
PhD-Sport and Health Scientist

doi.org/10.17992/lbl.2018.04.179

RITSTJÓRNARGREIN



Janus Guðlaugsson

PhD-íþrótta- og heilsufræðingur

janus@janusheilsuefling.is

Leiðin til lýðheilsu: forvarnir og heilsuefling

Markmið íslenskra stjórnmálamanna á næstu misserum ætti að vera að finna leiðir til góðs öldrunarsamfélags. Þetta markmið ætti einnig að fá aukið vægi í námi og starfi lækna og heilbrigðisstarfsfólks þar sem heilsuefling, forvarnir á sviði heilsu og velferðar, greiða götu okkar að bættri lýðheilsu.

Langvinnir sjúkdómar eru og verða helsta ógn við heilbrigði, framfarir og hagvöxt um allan heim á næstu árum og áratugum. Flestir langvinnir sjúkdómar eru til komnir vegna slæmra lifnaðarhátta sem þjóðir hafa tamið sér síðustu 50 ár.[1] Með einföldum og ódýrum stjórnvaldsaðgerðum má ná miklum árangri á skömmum tíma. Það má takmarka nokkra vel þekkta áhættuþætti með einföldum aðgerðum sem hafa haft veruleg áhrif á heilsu og velferð okkar á síðustu áratugum.[2,3] Að viðhalda heilbrigði í stað þess að meðhöndla einungis sjúkdóma er mun ódýrari og áhrifaríkari nálgun að bættri lýðheilsu. Læknar og heilbrigðisstarfsfólk hafa mikilvægu hlutverki að gegna til að upplýsa heilbrigðisyfirvöld um orsakir sjúkdóma. Íþrótta- og heilsufræðingar geta lagt þessu fagfólki lið og beitt áhrifaríkum inngripum til að fyrirbyggja langvinna sjúkdóma í okkar samfélagi. Hér leynast tækifæri til framþróunar heilbrigðisstétta.

Heilbrigðisstarfsfólk, með lækna í broddi fylkingar, þarf að leggja meiri áherslu á að viðhalda heilbrigði frá unga aldri til viðbótar því að meðhöndla sjúkdóma. Til lengri tíma litið eru fyrirbyggjandi aðgerðir á heilsu mun ódýrari og áhrifaríkari nálgun til bættrar lýðheilsu án þess að hverfa frá markvissri og góðri heilbrigðisþjónustu. Um 98% útgjalda til heilbrigðismála fer í að meðhöndla sjúkdóma en aðeins tæplega 2% til að fyrirbyggja vandann. Hvaða rök liggja að baki þessari stefnu?

Það er áhugaverð staðreynd að í Evrópu fara tæplega 3% útgjalda til heilbrigðismála í forvarnir málaflokksins en á Íslandi er hlutfallið nær helmingi lægra, eða um 1,6%.[4] Það skýtur því skökku við að heilbrigðiskerfið er fyrst og fremst byggt upp til að meðhöndla sjúkdóma eða bregðast við bráðatilfellum; leggja plástur á sárin, í stað þess að fyrirbyggja þessa þætti.

Læknarnir Karl Andersen og Vilmundur Guðnason fjalla í tveimur greinum sínum í *Læknablaðinu* um langvinna sjúkdóma og leiðir til bættrar lýðheilsu.[1,5] Þeir benda á lausnir og fjalla um faraldur langvinnra sjúkdóma sem orsakir að flestum dauðsföllum í heiminum. Þeir benda á að sjúkdómar þessir hindra einnig framfarir, hagvöxt og heilbrigði og að slík þróun mun halda áfram á næstu tveimur til þremur áratugum verði ekkert að gert. Aðrir sérfræðingar taka undir þessa nálgun.[6,7] Forvörn á sviði heilsu og velferðar er eins og fársjúkur einstaklingur á bráðamóttöku, þolir enga bið.

Langlífi hefur aukist og sífellt stærra hlutfall þjóðar nær eftirlaunaaldri. En langlífi er einnig afleiðing af breyttum lífsstíl þjóðar og menningu. Með enn betri samþættingu læknisfræðinnar og lýðheilsufræðilegra inngripa má gera betur innan öldrunarsamfélags framtíðar. Það hlýtur að vera eftirsóknarvert að takast á við þær breytingar og fækka langvinnum sjúkdómum í stað þess að sjá þá aukast á næstu árum og áratugum.

Talið er að um 40% fullorðinna í Evrópu eigi að minnsta kosti við einn langvinnan sjúkdóm að stríða og tveir þriðju hlutar þeirra sem ná eftirlaunaaldri hafi tvo eða fleiri langvinna sjúkdóma. Þetta er sagt þar sem það er bæði kostnaðarsamt að vera undir stöðugu eftirliti starfsmanna heilbrigðiskerfisins og lyf eru dýr.

Ekki er hægt að ljúka þessari umfjöllun án þess að nefna helstu áhættuþætti langvinnra sjúkdóma og hvar rætur þeirra liggja. Hjarta- og æðasjúkdómar eru algengasta orsök langvinnra sjúkdóma. Um 90% af öllum nýjum tilfellum kransæðastíflu orsakast af 9 algengum áhættuþáttum sem eiga það sameiginlegt að vera tengdir við lífsstíl og umhverfi.[8]

Hjartavernd, sú einstaka stofnun í Kópavogi og sérfræðingar hennar, hefur komist að því að síðastliðin 25 ár hefur orðið 66% fækkun tilfella af bráðri kransæðastíflu. Þessi breyting hefur skilað sér í 80% fækkun dauðsfalla að mati Thors Aspelund og sérfræðinga þar á bæ.[9] Skýringa á þessum jákvæðu breytingum var að fjórðungi að leita í læknisfræðinni og meðferðum lækna og heilbrigðisstarfsfólks við þessum sjúkdómum. En að þremur fjórðu hlutum var breytingin skýrð af jákvæðum breytingum í helstu áhættuþáttum meðal þjóðarinnar; reykingum, háu kólesteróli og háum blóðþrýstingi. Flestir þessara þátta eiga rætur að rekja til lífsstílsbreytinga einstaklinga sem létu af óhollu mataræði og hreyfingarleysi. Því miður vann sykursýki og offita á móti enn betri árangri.

Ef við ætlum okkur að sinna heilbrigðismálum eins og heilsa er skilgreind, bæta heilsutengd lífsgæði allra aldurshópa og verða fær um að sinna ört stækkandi öldrunarsamfélagi framtíðar, er það lykilatriði að auka heilsutengdar forvarnir þar sem bætt og breytt mataræði, dagleg hreyfing og félagsleg aðhlynning einstaklinga og hópa er höfð að leiðarljósi.

Aukið framlag ríkisins til forvarna heilsueflingar um aðeins 2-3% af heildarframlagi til heilbrigðismála gæti skipt sköpum fyrir íslenska þjóð til frambúðar svo vinda megi ofan af langvinnum sjúkdómum, sinna ört vaxandi eldra samfélagi og auka jafnvægi í útgjöldum til heilbrigðismála á næstu árum og áratugum.

Heimildir

1. Andersen K, Gudnason V. Langvinnir sjúkdómar. Læknablaðið 2012; 98: 591-5.
2. Guðlaugsson J, Aspelund T, Guðnason V, Ólafsdóttir AS, Jónsson PV, Arngrímsson SÁ, et al. Áhrif 6 mánaða fjölþættrar þjálfunar á hreyfigetu, vöðvakraft, þol og líkamsþyngdar eldri einstaklinga - Eru áhrif þjálfunar sambærileg hjá konum og körlum? Læknablaðið 2013; 99: 331-7.
3. Guðlaugsson J, Guðnason V, Aspelund T, et al. Effects of exercise training and nutrition counseling on body composition and cardiometabolic factors in old individuals. Eur Geriat Med 2013; 4: 431-7.
4. Chabot JM. [Health at a glance by OECD]. Rev Prat 2003; 53: 1929-30.
5. Andersen K, Guðnason V. Stefnumörkun í heilbrigðismálum: leiðin til lýðheilsu. Læknablaðið 2013; 99: 129-34.
6. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century--implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol 2009; 37: 1-8.
7. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, Layden J, Carnes BA, Brody J, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. N Engl J Med 2005; 352: 1138-45.
8. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937-52.
9. Aspelund T, Gudnason V, Magnusdottir BT, Andersen K, Sigurdsson G, Thorsson B, et al. Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the Icelandic population aged 25-74 between the years 1981 and 2006. PloS one 2010; 5: e13957.

Sykursýki er áskorun: Tíu ára eftirfylgd einstaklinga með sykursýki

Hafdís Lilja Guðlaugsdóttir[1,2] hjúkrunarfræðingur, **Árún Kristín Sigurðardóttir**[3,4] hjúkrunarfræðingur

ÁGRIP

Inngangur: Sykursýki er langvinnur sjúkdómur með alvarlega og kostnaðarsama fylgikvilla. Það er því mikilvægt að bregðast við fjölgun tilfella af sykursýki með góðu og skipulögðu eftirliti. Tilgangur rannsóknarinnar var að rannsaka afturskyggnt árangur eftirfylgni í 10 ár á svipgerð líkamlegra mæligilda, hjá hópi fólks með sykursýki tegund eitt og tvö sem hefur verið í eftirliti á sérhæfðri sykursýkismóttöku á heilsugæslustöð og bera saman við alþjóðastaðla.

Efniviður og aðferðir: Afturskyggn ferlirannsókn yfir 10 ár, þar sem upplýsingar voru fengnar úr rafrænni sjúkraskrá og gagnagrunni sykursýkismóttöku Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja árin 2005, 2010 og 2015. Ein mæling var notuð hvert ár fyrir hvern þátttakenda (n=113). Þýðið voru þeir sem skráðir voru í móttökuna í upphafi árs 2005. Mæligildi hópsins voru metin og borin saman við alþjóðastaðla og mæting í eftirlit greint.

Niðurstöður: Meðal HbA1c-gildið var 7,22% árið 2005 en hækkaði marktækt í 7,56% árið 2015 (P=0,040). Hlébilsþrýstingur lækkaði marktækt til 2015. Flestir náðu alþjóðamarkmiðum í HbA1c-gildi 2005 (51,3%), HDL árið 2010 (43,8%), LDL árið 2015 (41,9%), þríglýseríði 2010 (79,8%), líkamsþyngdarstuðli (LÞS) 2015 (44,2%), slagbilsþrýstingi árið 2010 (63,4%) og hlébilsþrýstingi 2015 (74,2%). Marktæk tengsl voru milli einkenna frá taugakerfi og hærra HbA1c-gildis. Líkamsþyngdarstuðull var um 32 kg/m² öll árin. Skráning á fylgikvillum sykursýkinnar batnaði við upptöku sykursýkiseyðublaðs í skráningarkerfinu Sögu árið 2015.

Ályktanir: Lækka þarf meðal HbA1c-gildið til að minnka líkur á fylgikvillum og skoða leiðir til að ná blóðfitu- og blóðþrýstingsgildum nær alþjóðastöðlum. Gera þarf átak til að bæta skráningu.

Inngangur

Sykursýki er einn algengasti langvinni sjúkdómurinn í heiminum í dag[1] og samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (WHO) árið 2016 er hlutfall einstaklinga með sykursýki hærra á Íslandi (7,1%) en í Danmörku (6,1%), Svíþjóð (6,9%) og Noregi (6,6%).[2] Karl Andersen og félagar[3] greindu algengi sykursýki 2 á Íslandi árið 2010, 7% hjá 25-90 ára körlum og 4% hjá sama hópi kvenna. Þeir segja að algengið hækki að jafnaði um 3% á ári hjá körlum og um 2% hjá konum.

Sykursýki getur valdið fylgikvillum en langtímarannsóknir hafa staðfest að með góðri blóðsykurstjórnun ásamt góðri blóðþrýstings- og blóðfitumeðferð er hægt að seinka eða koma í veg fyrir fylgikvilla og ótímabær dauðsföll hjá einstaklingum með sykursýki tegund 1[4,5] og tegund 2[6,7] og bæta heilsu og líðan. Langtímarannsóknirnar staðfesta einnig mikilvægi þess að taka blóðsykurstjórnun föstum tökum strax og sykursýki greinist til að minnka líkur á hjarta- og æðasjúkdómum, jafnvel þótt seinna á lífsleiðinni komi tímabil óstjórnar.[7] Hins vegar er ráðlagt að slakað sé á blóðsykurstjórn ef einstaklingurinn hefur til dæmis fengið alvarleg blóðsykursföll, skertar lífslíkur eða útbreidda æðakölkun.[8-9] Klínískar leiðbeiningar[10] tiltaka að meðferð einstaklinga með sykursýki eigi að vera einstaklingsmiðuð og áhersla er lögð á að þverfaglegt teymi komi að meðferðinni. Sykursýki er oft meðhöndluð í heilsugæslu og þar eru heimilislæknar í lykilstöðu.[11] Rannsókn frá Kanada sýndi að gott aðgengi að heilsugæslulæknum hjá fólki með sykursýki (N=712,681) tengdist því að fleiri náðu meðferðarmarkmiðum.[11] Í rannsókn[12] á þjónustu við einstaklinga með sykursýki 2 í heilsugæslu á Íslandi var sendur spurningalisti á 51 heilsugæslustöð, svör bárust frá 40 stöðvum. Átján heilsugæslustöðvar á Íslandi buðu upp á skipulagða ráðgjöf fyrir einstaklinga með sykursýki, 5 stöðvar buðu upp á teymisvinnu fleiri aðila en læknis og hjúkrunarfræðings en samstarf þeirra er til staðar á 8 stöðum.[12] Kerfisbundið yfirlit[13] um áhrif sjúklingafræðslu í heilsugæslu á blóðsykur og blóðfitu (n=39,439), þar sem eftirfylgni var að meðaltali í 16,7 mánuði, sýndi að fræðslan bar meiri árangur ef þverfaglegt teymi tók þátt í henni. Bent hefur verið á að æskilegt sé að þjónusta fyrir skjólstæðinga heilsugæslunnar með sykursýki sé sem mest í heilsugæslu og að þjónustan sé veitt í sérhæfðum sykursýkismóttökum en að heilsugæslulæknar og aðrir í teymi hafi aðgang að innkirtlasérfræðingum til ráðlegginga.[13]

Megintilgangur rannsóknarinnar var að rannsaka afturskyggnt árangur eftirfylgni í 10 ár á svipgerð líkamlegra mæligilda hjá hópi fólks með sykursýki sem hafði verið í eftirliti á sérhæfðri

https://doi.org/10.17992/lbl.2018.04.180

[1]Heilbrigðisstofnun Suðurnesja, [2]Landspítala, [3]heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri, [4]Sjúkrahúsinu á Akureyri.

Fyrirspurnum svarar Hafdís Lilja Guðlaugsdóttir, *hafdis@hss.is*

Barst til blaðsins 12. júlí 2017, samþykkt til birtingar 26. febrúar 2018.

Tafla I. *Meðaltöl og staðalfrávik (n=113) fyrir HbA1c, LÞS, HDL, LDL, þríglyseríð, slagbils- og hlébilsþrýsting árin 2005, 2010 og 2015.*

	2005	2010	2015	Fjöldi einstaklinga mældir öll árin	*P-gildi
HbA1c	7,22 (1,20)	7,43 (1,22)	7,56 (1,12)	84	0,040
LÞS	31,95 (5,5)	32,54 (6,17)	31,91 (6,81)	67	0,94
HDL	1,29 (0,38)	1,32 (0,50)	1,26 (0,33)	69	0,68
LDL	2,53 (0,99)	2,61 (0,81)	2,31 (0,81)	12	0,056
Þríglýseríð	1,70 (0,87)	1,71 (0,92)	1,80 (0,93)	69	0,47
Slagsbilsþrýstingur	140,0 (16,93)	139,1 (15,24)	136,7 (16,02)	81	0,15
Hlébilsþrýstingur	80,07 (9,27)	77,8 (10,07)	74,88 (10,34)	81	0,00025

*P-gildi fyrir leitni milli ára 2005-2015.

sykursýkismóttöku á heilsugæslustöð og bera niðurstöður saman við alþjóðastaðla. Einnig að meta mætingu í sykursýkismóttökuna rannsóknarárin og notkun á blóðsykurslækkandi lyfjum árið 2015.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn ferlirannsókn yfir 10 ára tímabil, þar sem ákveðin líkamleg mæligildi einstaklinga með sykursýki voru greind og borin saman við alþjóðastaðla. Einnig var tilkoma fylgikvilla og mæting í sykursýkismóttökuna talin. Ein mæling var greind hjá hverjum þátttakenda árin 2005, 2010 og 2015, þegar viðkomandi kom í stóra blóðprufu og með þvagprufu.

Þýðið í rannsókninni voru allir einstaklingar sem skráðir voru í sykursýkismóttökuna árið 2005, bæði með sykursýki 1 og sykursýki 2. Gögn áranna 2005, 2010 og 2015 voru greind, gögn voru til um 113 einstaklinga öll rannsóknarárin og eru þeir úrtak rannsóknarinnar. Árið 2010 er hópurinn um helmingur skjólstæðinga móttöku Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja (HSS) og árið 2015 er hann 16,9% af skjólstæðingum móttökunnar.

Heilsugæslustöðin þjónar 25.560 íbúum. Sykursýkismóttakan samanstendur af þverfaglegu teymi sem starfar í mismunandi starfshlutfalli við móttökuna. Í teyminu eru innkirtlasérfræðingur, tveir heimilislæknar, tveir hjúkrunarfræðingar, annar með þriggja ára sérnám í sykursýki, næringarfræðingur og sjúkraliði. Starfsmenn teymisins hafa verið í 10-40% starfshlutfalli í móttökunni en frá því í nóvember 2017 var starfshlutfall annars hjúkrunarfræðingsins aukið úr 40% í 80% og annars heimilislæknisins um einn dag í mánuði. Þegar læknarnir eru í sykursýkismóttökunni sinna þeir ekki almennri móttöku. Skjólstæðingar móttökunnar voru 810 talsins í lok árs 2017.

Eftirfarandi alþjóðaviðmið voru notuð: HbA1c <7%, blóðþrýstingur <130-140/80-90 mmHg miðað við aldur og sjúkrasögu, blóðfita LDL kólesteról <2,0mmol/L, HDL kólesteról >1,3mmol/L, þríglýseríð <2,2mmol/L[10,15] og líkamsþyngdarstuðull (LÞS) <30 kg/m^2.

Merki um fylgikvilla í nýrum var fundið í þvagprufum. Viðmiðið var microalbumin í þvagi. Merki um truflun í taugakerfi var sinadráttur, dofi, verkir, ristruflun og skert monofilament-próf. Merki um truflun í útæðum fóta var fótakuldi, fótapirringur/óeirð og ef púls var ekki finnanlegur. Gögnin voru fengin úr samskiptaseðli læknis, heilsugátt og úr sykursýkiseyðublaði í Sögukerfinu. Mæting í móttökuna var metin eftir fjölda koma í móttökuna, til næringarfræðings og hversu margir skiluðu sér í árlega blóðprufu.

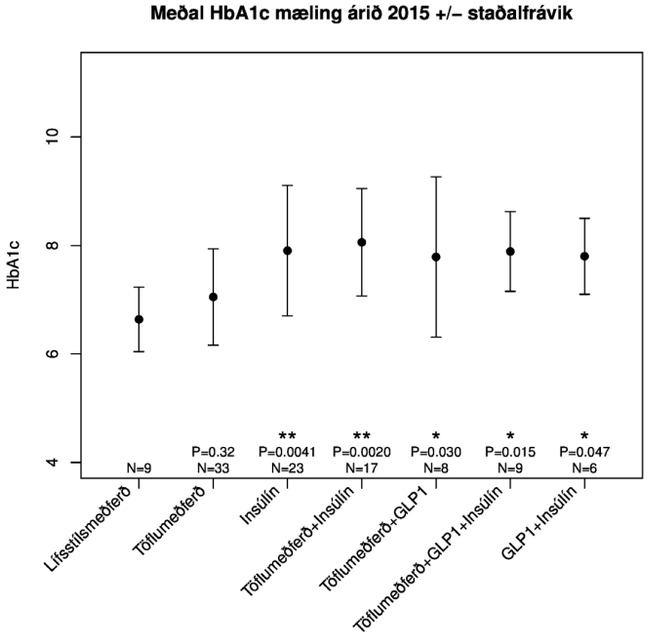
Gagnaöflun fór fram í gagnagrunni Sögukerfis HSS og úr gagnagrunni sykursýkismóttöku stofnunarinnar. Þátttakendum var gefið þátttökunúmer í Excel-gagnagrunni og voru rannsóknarbreytur skráðar í hann.

Rannsóknarbreytur

Breytur í rannsókninni voru: kyn, fæðingarár, tegund sykursýki, greiningarár og lifun. Skráður var dánardagur og merkt sérstaklega ef dánarorsök var vegna fylgikvilla. Skráð var gildi blóðþrýstings, blóðfitu, LÞS og mittismáls, einnig sykurbundins blóðrauða (HbA1c) rannsóknaráranna þriggja. Samantekt var gerð á notkun blóðsykurslækkandi lyfja árið 2015 og hún borin saman við HbA1c-gildið.

Tölfræðileg úrvinnsla

Tölfræðiforritið R var notað við úrvinnslu gagna og lýsandi og greinandi tölfræði til að greina gögnin. Línuleg aðhvarfsgreining



Mynd 1. *Tengsl HbA1c-gildis og blóðsykurslækkandi lyfjaflokka árið 2015.*

Tafla II. *Hlutfall einstaklinga (n=113) sem uppfylla alþjóðastaðla fyrir HbA1c, HDL, LDL, þríglýseríð, LÞS (líkamsþyngdarstuðul), slagbils- og hlébilsþrýsting árin 2005, 2010 og 2015.*

	2005	2010	2015
HbA1c <7	51,30	43,00	34,60
HDL >1,3	41,50	43,80	32,60
LDL <2	34,50	25,60	41,90
Þríglýseríð <2,2	75,50	79,80	78,40
LÞS <30	43,50	37,00	44,20
Slagbilsþrýstingur<140	59,20	63,40	61,90
Hlébilsþrýstingur <80	59,20	60,40	74,20

Tafla III. *Tengsl langtímablóðsykurs (n=113) við fylgikvilla, reykingar, hreyfingu, kyn, aldur, mætingu í móttöku og til næringarfræðings árið 2015.*

Breyta	Fjöldi	Áhrif (öryggisbil)	P-gildi
Fylgikvilli í taugakerfi	51	0,56 (0,12;0,50)	0,0125*
Fylgikvilli í nýrum	39	0,04 (-0,42;0,60)	0,86
Fylgikvilli í augum	9	0,29 (-0,48;1,06)	0,46
Fylgikvilli í hjarta	19	0,21 (-0,38;0,79)	0,48
Fylgikvilli í heila	5	0,078 (-0,96;1,11)	0,88
Fylgikvilli í útæðum	12	0,60 (-0,094;1,29)	0,089
Reykir	10	-0,44 (-1,18;0,30)	0,24
Hreyfir sig	41	-0,096 (-0,54;0,35)	0,67
Karlar	62	0,44 (0,027;0,87)	0,037*
Mæting í móttöku	-	0,19 (-0,066;0,45)	0,14
Mæting til næringafræðings	-	0,27 (-0,48;1,01)	0,47
Aldur	-	-0,02 (-0,040;-0,0073)	0,005*

*Marktækni miðuð við p≤0,05, línuleg aðhvarfsgreining, leiðrétt fyrir aldri og kyni

var notuð til að prófa leitni milli ára fyrir helstu breytur. Þegar prófuð voru tengsl milli HbA1c-gildis og annarra þátta var einnig gerð línuleg aðhvarfsgreining þar sem leiðrétt var fyrir aldri og kyni. Miðað var við marktektarmörk með P-gildi ≤0,05. Rannsóknin fékk leyfi vísindasiðanefndar (VSNb2015110033/03.01) og Persónuverndar (15-107).

Niðurstöður

Í rannsókninni voru 113 manns sem samanburðarhæf gögn voru til um öll árin. Einungis 13 af 113 voru með sykursýki 1. Þeir sem voru með sykursýki 2 höfðu marktækt hærri LÞS (P=0,026) og voru að meðaltali 10 árum eldri (P=0,022) en þeir sem voru með sykursýki 1. Ekki var marktækur munur á HbA1c-gildi, blóðþrýstingi og blóðfitum einstaklinga í rannsókninni eftir tegund sykursýki. Látnir á tímabilinu voru 66, eða 55% af brotthvarfi úr rannsókninni. Fimm fluttu í burtu og einhvern hluta upplýsinga vantaði um 49 manns. Af þeim 113 sem fylgt var eftir til ársins 2015 var meðalaldur 67 ár og 54% voru karlmenn.

Yfir rannsóknartímabilið lækkaði hlébilsþrýstingur marktækt og HbA1c-gildið hækkaði marktækt en aðrar breytur sýndu ekki mun (tafla I). HbA1c-gildið var 7,22% (sf 1,20) árið 2005, hækkaði í 7,43% (sf 1,22) til 2010 og var 7,56% (sf 1,12) árið 2015. Hlutfall einstaklinga með sykursýki sem náði alþjóðastöðlum varðandi HbA1c var 51,3% árið 2005 en var 34,6% árið 2015. Flestir mættu alþjóðastöðlum á þríglýseríði árið 2015, eða 78,4%, en 44,2% voru með LÞS <30 kg/m^2 árið 2015 (tafla II).

Árið 2015 voru flestir eingöngu á töflum til að lækka blóðsykurinn, eða 29,2%. Þátttakendur sem eingöngu notuðu insúlín voru 20,3%, 15% á töflum og insúlíni, 7,1% á töflum og Glucagon-like peptide-1 agonista (GLP-1), 8% á töflum, insúlíni og GLP-1 og 5,3% á insúlíni og GLP-1 en 8% eingöngu á lífsstílsmeðferð. Mynd 1 sýnir tengsl tegundar blóðsykurslækkandi lyfjameðferðar og HbA1c-gildis.

Tafla III sýnir tengsl HbA1c-gildis og annarra þátta árið 2015. Neikvæð fylgni er á milli HbA1c og aldurs (P=0,005, áhrif=-0,02), þeir yngri hafa hærra HbA1c-gildi. Karlar hafa hærri HbA1c-gildi en konur (P=0,037, áhrif=0,44) auk þess sem þeir með merki um fylgikvilla í taugakerfi höfðu hærra HbA1c-gildi en þeir án fylgikvilla (P=0,013, áhrif=0,56).

Skráning á fylgikvillum var ófullnægjandi árin 2005 og 2010, í 87-95% tilfella vantaði skráningu. Breyting varð á skráningu árið 2015 þar sem hlutfall engra upplýsinga um merki um fylgikvilla í taugakerfi fór úr 90,6% 2005 niður í 35,4% 2015. Árið 2015 voru staðfest einkenni um fylgikvilla í taugakerfi hjá 51 einstaklingi (44,2%) og staðfest engin einkenni hjá 23 (20,4%). Árið 2015 var hlutfall engra upplýsinga um fylgikvilla í nýrum 21,2%, staðfest einkenni voru hjá 39 einstaklingum (34,5%) og staðfest engin einkenni hjá 51 einstaklingi (45,1%). Mæting í árlegt eftirlit, bæði í móttöku og í árlega blóðprufu var 71-80% öll árin.

Umræður

Rannsóknin sýndi að almennt urðu ekki miklar breytingar á líkamlegum mæligildum þátttakenda þau 10 ár sem rannsóknin spannar. En þó varð marktæk hækkun á HbA1c um 0,34% frá 2005 til 2015 og hlutfall þeirra sem náðu að uppfylla alþjóðastaðla varðandi HbAc-gildið fór úr 51,3% árið 2005 niður í 34,6% árið 2015. Við upphaf lyfjameðferðar lækkaði blóðsykurinn en blóðsykurslækkunin hélst ekki til lengri tíma, sem er staðfest í öðrum rannsóknum.[4-6] Meðal HbA1c-gildi upp á 7,56% árið 2015 sýnir að brýnt er að ná betri stjórn á blóðsykurslækkun vegna aukinnar hættu á fylgikvillum hjá einstaklingum með sykursýki 2[6,16] og sykursýki 1.[4,5] Rannsókn meðal fólks með sykursýki 2 í heilsugæslu í Noregi (N=6818), Svíþjóð (N=28,657) og Danmörku (N=6443) sýndi að HbA1c-gildið lækkaði verulega í löndunum frá 1995-2005. En frá 2005-2015 varð lítil breyting í Noregi (7,2%) og Svíþjóð (7,3%) en lækkunin hélt áfram í Danmörku þar sem HbA1c-gildið var 6,8% árið 2015.[17] Rannsókn á göngudeild innkirtla og sykursýki á Landspítala (N=308/1407) árin 2001-2002 sýndi HbA1c-gildi 7,02% og 6,94% fyrir hvort ár og hlutfall þeirra sem náðu alþjóðaviðmiðunum 57% (2001) og 41,7% (2002).[18] Rannsóknin á Landspítala[18] var þversniðskönnun sem getur skýrt að hluta lægra blóðsykursgildi en hér. Vitað er að meðhöndlun sykursýki, og þá sérstaklega sykursýki 2, verður flóknari eftir því sem tíminn líður, insúlínframleiðsla minnkar og insúlínviðnám eykst.[6,8] Hér voru þeir yngri, og þá sérstaklega yngri karlmenn, með hærra HbA1c-gildi

en þeir eldri og var sú fylgni ekki drifin áfram af yngri einstaklingum með sykursýki 1. Þetta er erfitt að skýra en vert er að skoða sálfélagslega þætti, en þeir eru: félagslegir, hegðunarlegir, tilfinningalegir og flóknir umhverfisþættir. Þessir þættir hafa allir áhrif á einstakling með sykursýki og skipta máli í því að ná viðunandi tökum á sjúkdómnum og sálfélagslegri líðan.[19] Sjálfsumönnun einstaklinga með sykursýki getur verið flókin og tímafrek á hverjum degi, hún hefur áhrif á einstaklinginn og fjölskyldu hans, og því er nauðsynlegt að meðferðin sé einstaklingsmiðuð og að einstaklingurinn sjálfur sé með í ráðum.[8]

Í rannsókninni náðu 37-44,2% alþjóðaviðmiðum um líkamsþyngdarstuðul en hann er hár öll árin, eða í kringum 32 kg/m². Hár líkamsþyngdarstuðull hér kemur fram öll árin þrátt fyrir að 13 einstaklingar með sykursýki 1 séu með í rannsóknarhópi og hafi marktækt lægri líkamsþyngdarstuðul en þeir sem eru með sykursýki 2. Stuðull upp á 32 kg/m² er hærra en í öðrum rannsóknum.[20] Í rannsókn Birkeland og félaga[17] var meðalgildi líkamsþyngdarstuðuls um 30 kg/km² og í Landspítala-rannsókninni[18] var hann undir 30 kg/m². Hár stuðull hefur tengsl við aukna áhættu á fylgikvillum.[20] Hinn hái líkamsþyngdarstuðull getur skýrt að hluta hærra HbA1c-gildi hér, en insúlínviðnám eykst með líkamsþyngd, sérstaklega auknu mittismáli.[21] Hlébilsþrýstingur lækkaði á þessum 10 árum og almennt voru líkamleg gildi í þessari rannsókn í samræmi við áðurnefnda rannsókn.[17]

Hér var hlutfall þeirra sem náðu alþjóðaviðmiðum í blóðþrýstingi frá 59,2-74,2% og í blóðfitu frá 32,6% til 78,4%. Í Landspítala-rannsókninni náðu 55-61% aðþjóðamarkmiðum í blóðþrýstingi og á bilinu 37-45% fyrir HDL og LDL[18] sem er heldur lægra hlutfall en í okkar rannsókn og gefur vísbendingar um að nú sé meiri áhersla lögð á meðhöndlun þessara þátta samkvæmt alþjóðlegum leiðbeiningum.[10,15] Í afturskyggnri rannsókn sem gerð var á Heilbrigðisstofnun Suðurlands (HSU) á árunum 1999-2003 (N=60), náðu 30% að uppfylla gildi alþjóðastaðla í HDL, LDL og HbA1c.[22] En alþjóðaviðmið um blóðfitur hafa breyst og gera nú ráð fyrir betri árangri en þegar rannsóknirnar á HSU[22] og Landspítala[18] voru gerðar. Okkar rannsókn staðfestir að það er áskorun að ná meðferðarmarkmiðum þó svo að í klínísku starfi séu klínískar leiðbeiningar[10-15] hafðar sem viðmið. Aðrar rannsóknir staðfesta bilið sem er á milli leiðbeinandi markmiða og fjölda sjúklinga sem ná ákjósanlegum gildum í HbA1c og áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma.[23-24]

Rannsóknin sýndi aukningu á fylgikvillum í nýrum með árunum. En til að meta fylgikvilla í nýrum skiluðu þátttakendur inn þvagprufu öll rannsóknarárin. Rannsóknir sýna að allt að 7% einstaklinga með sykursýki 2 eru með microalbuminureu við greiningu og 25% hafa fylgikvilla í nýrum 10 árum eftir greiningu.[25-26] Rannsóknir staðfesta að tengsl eru á milli fjölda ára með sykursýki og sjúkdóma í nýrum og tengslin verða sterkari þegar sjúkdómslengdin er ≥10 ár, hár blóðþrýstingur hefur einnig áhrif á þetta ferli.[27] Hér voru merki um einkenni frá taugakerfi staðfest hjá 50 einstaklingum, eða 44,2% árið 2015, sem er hærra hlutfall en hjá Khedr og félögum (N=9303). Þeir skoðuðu hóp einstaklinga bæði með sykursýki 1 og sykursýki 2, þar var algengi fylgikvilla í taugakerfi hjá þeim sem voru með sykursýki 2 17,9% en 38,5% meðal þeirra sem höfðu sykursýki 1.[28] Khedr og félagar[28] mátu tíðni einkenna frá taugakerfi miðað við aldur en ekki tímalengd með sjúkdómi. Evrópskar rannsóknir hafa sýnt 18-35% algengi fylgikvilla í taugakerfi úr sjúkraskrám heilsugæslustöðva, en hlutfallið hækkar ef skoðaðar eru sjúkraskrár sjúkrahúsa.[29] Fylgni HbA1c-gildis við fylgikvilla er þekkt[6-7] og hér eru marktæk tengsl milli hærra HbA1c-gildis og merkja um fylgikvilla í taugakerfi árið 2015. Þegar skoðuð eru tengsl HbA1c og lyfjanotkunar kemur í ljós að ákveðin þróun hefur orðið í lyfjameðferð sem endurspeglar alþjóðaráðleggingar.[8,9]

Almennt var góð mæting í sykursýkismóttökuna og blóð- og þvagrannsóknir (71-80%) en langt verkfall heilbrigðisstarfsmanna árið 2015 setti töluvert strik í komur. Í heild var þjónustan í samræmi við alþjóðaviðmið en í alþjóðaleiðbeiningum er áhersla lögð á fræðslu, skipulagt, reglulegt eftirlit og næringarráðgjöf.[10,15] Þó svo að blóðsykurstjórnun sé aðalhersluþáttur í meðferð sykursýki er nú lögð áhersla á að einstaklingsmiða meðferðina, hafa einstaklinginn með í ráðum og taka tillit til annarra þátta eins og hættu á hjarta- og æðasjúkdómum, reykinga og lífsstíls.[8,10,15]

Skráning var léleg á ýmsum mikilvægum þáttum eins og lífsstílsþáttum, tilkomu fylgikvilla, ástandi fóta og lyfjanotkunar. Árin 2005 og 2010 var nær eingöngu hægt að fá slíkar upplýsingar í texta lækna, hjúkrunarfræðinga og næringarfræðings og var mjög handahófskennt hversu miklar upplýsingar voru til. Þetta breyttist eftir að sykursýkiseyðublaðið í Sögukerfinu var tekið í notkun. Æskilegt er að sykursýkiseyðublaðið í Sögukerfinu verði notað við skráningu meðferðar hjá fólki með sykursýki sem víðast til að auka samhæfingu í meðferð. En brýnt er að vanda skráningu og um leið að finna leiðir til að gera skráningu auðveldari fyrir heilbrigðisstarfsfólk. Samkvæmt Tamayo og félögum[29] er skráningu víða ábótavant í Evrópu milli meðferðarstiga og landa. Þegar skoðaður var nánar hópurinn sem greindur er með sykursýki 2 og notar eingöngu insúlín má sjá að búið er að breyta greiningu fjögurra í Latent autoimmune diabetes of adults (LADA) árið 2016 (ári eftir að þessari rannsókn lauk) og leiða má líkur að því að þrír til viðbótar falli undir þá greiningu. Bent hefur verið á að skilgreining milli tegundar sykursýki 1 eða 2 sé oft óljós og þá sérstaklega hjá eldri einstaklingum.[30] Skoða þarf skráningu einnig með tilliti til þessa.

Breyting var gerð á verklagi í sykursýkismóttöku HSS eftir rannsóknina þar sem skerpt var á verkferlum, skráning efld og boðið uppá námskeið. Annar hjúkrunarfræðinga móttökunnar hefur lokið tveggja ára meistaranámi með áherslu á sykursýki og diplómanámi í sykursýki þar sem meðal námsefnis voru alþjóðaviðmið IDF, NICE og SIGN.

Styrkleikar og veikleikar rannsóknarinnar

Styrkleiki rannsóknarinnar er sá að hún fylgdi eftir hópi einstaklinga með sykursýki í 10 ár. Rannsóknin náði yfir 113 einstaklinga sem samanburðarhæf gögn voru til um yfir öll árin og því hægt að skoða þróun líkamlegra mæligilda þeirra yfir tímabilið. Af þeim sem ekki var hægt að fylgja eftir í 10 ár voru 66 látnir, 5 höfðu flutt og upplýsingar vantaði um 49. Hópurinn sem hefur gögn yfir öll árin er samanburðarhæfur og veitir áhugaverðar upplýsingar. Hundrað og þrettán einstaklingar eru nægilega stór hópur til að draga marktækar ályktanir en ef stærri hópur væri til staðar

og betri skráning, væri vissulega meira afl og hægt væri að bera saman fleiri breytur innan rannsóknar.

Veikleiki rannsóknarinnar er að hún er afturskyggn. Skráning á ýmsum þáttum, svo sem á fylgikvillum, hreyfingu, mataræði, eftirfylgd augnlækna og sálfélagslegri líðan, var ómarkviss og ekki nægjanleg til að hægt væri að nýta upplýsingarnar í rannsóknaskyni. Skráningin batnaði þegar sykursýkiseyðublaðið í Sögukerfinu var tekið í notkun árið 2015. Langt verkfall heilbrigðisstarfsmanna árið 2015 gæti hafa haft áhrif á niðurstöðurnar.

Lokaorð

Rannsóknin sýndi að líkamleg mæligildi þátttakenda breyttust ekki mikið á þeim 10 árum sem rannsóknin náði til og almennt mætti of lágt hlutfall þátttakenda alþjóðastöðlum um líkamleg mæligildi. Leggja þarf áherslu á bætta blóðsykurstjórnun þar sem einungis um þriðjungur þátttakenda náði alþjóðaviðmiðum langtíma sykurgildis árið 2015. Alþjóðaviðmið leggja grunn að skipulagi í meðferð.[10,15] Mikilvægt er að fylgja alþjóðaviðmiðum en góð og skipulögð skráning er grunnur að því að hægt sé að fylgjast með útbreiðslu sykursýki[1] og tryggja gæði meðferðar. Gera þarf átak til að bæta skráningu hjá einstaklingum með sykursýki og nota sykursýkiseyðublaðið í Sögukerfinu.

Full þörf er á markvissri heilbrigðisþjónustu fyrir einstaklinga með sykursýki þar sem samvinna milli heilsugæslu og sérhæfðra göngudeilda er höfð að leiðarljósi. Brýnt er að heilbrigðisstarfsfólk vinni með stjórnvöldum að því að draga úr nýgengi sykursýki 2 á Íslandi.

Þakkir

Rannsakendur vilja þakka Garðari Sveinbjörnssyni tölfræðingi fyrir tölfræðigreiningu, Vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrir styrk til rannsóknarinnar og Heilbrigðisstofnun Suðurnesja fyrir styrk og stuðning.

Heimildir

1. Guariguata L, DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. Diab Res Clin Pract 2014; 103: 137-49.
2. World Health Organization. Diabetes country profiles april, 2016.
3. Andersen K, Aspelund T, Gudmundsson EF, Siggeirsdóttir K, Þórólfsdóttir RB, Sigurðsson G, et al. Úr gögnum Hjartaverndar: Faraldsfræði kransæðasjúkdóma á íslandi í hálfa öld. Læknablaðið 2017; 103: 411-20.
4. Gubitosi-Klug R, Lachin JM, Backlund J, Lorenzi GM, Brillon DJ, Orchard TJ. Intensive diabetes treatment and cardiovascular outcomes in type 1 diabetes: the DCCT/EDIC study 30-year follow-up. Diabetes Care 2016; 39: 686-93.
5. Lachin JM, Bebu I, Nathan DM, Zinman B, Brillon DJ, Backlund J, et al. Mortality in type 1 diabetes in the DCCT/EDIC versus the general population. Diabetes Care 2016; 39: 1378-83.
6. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352: 837-53.
7. Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S, Di Angelantonio E, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet 2010; 375: 2215-22.
8. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Associaltion (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2012; 35: 1364-79.
9. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: Implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA diabetes trials. J Am Coll Cardiol 2009; 53: 298-304.
10. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2016: Summary of revisions. Diabetes Care 2016; 39: 4-5.
11. Kiran T, Glazier RH, Campitelli MA, Calzavara A. Relation between primary care physician supply and diabetes care and outcomes: a cross-sectional study. CMAJ OPEN 2016; 4: 80-7.
12. Lorentsdóttir AS. Ráðgjöf innan heilsugæslunnar um heilsueflandi lífsstíl fyrir einstaklinga með sykursýki 2. Hvað getum við gert betur? (óbirt meistaraverkefni, Háskóla Islands) 2015.
13. Seidu S, Walker NS, Bodicoat DH, Davies MJ, Khunti K. A systematic review of interventions targeting primary care or community based professionals on cardio-metabolic risk factor control in people with diabetes. Diabet Res Clin Pract 2016; 113: 1-13.
14. Malkani S, Keitz SA, Harlan DM. Redesigning diabetes care: Defining the role of endocrinologist among alternative providers. Curr Diab Rep 2016; 16: 1-9.
15. American Diabetes Association. Cardiovascular Disease and Risk Management. Diabetes Care 2016; 39: 60-71.
16. Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. Brit Med J 2000; 321: 405-12.
17. Birkeland KI, Bodegard H, Persson F, Kndsen ST, Furuseth K, Thuresson M, et al. Primary care management of type 2 diabetes mellitus in Denmark, Norway and Sweden: a long term observational study. European Association for the study of Diabetes (EASD), september 2016.
18. Björnsdóttir S, Rossberger J, Guðbjörnsdóttir HS, Hreiðarsson ÁB. Árangur meðferðar við sykursýki af tegund 2 hjá einstaklingum í eftirliti á Göngudeild sykursjúkra. Læknablaðið 2004; 90: 623-7.
19. Young-Hyman D, de Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial Care for People With Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2016; 39: 2126-40.
20. Amutha A, Anjana RM, Venkatesan U, Ranjani H, Unnikrishnan R, Narayan V, et al. Incidence of complications in young-onset diaberes: Comparing type 2 with type 1 (young diab study). Diabet Res Clin Prac 2017; 123: 1-8.
21. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato, et al. Harmonizing themetabolic syndrome. A joint interim statement of the International Diabetes Federation task force on epidemiology and prevention; National Heart, Lung and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for The study of obesity. Circulation 2009; 120: 1640-5.
22. Óskarsdóttir MD, Gunnarsson R. Meðferð við sykursýki tegund 2 á Heilbrigðisstofnuninni Selfossi. Læknablaðið 2006; 92: 453-7.
23. Rothe U, Müller G, Schwarz PE, Seifert M, Kunath H, Koch H, et al. Evaluation of a diabetes management system based on practice guidelines, integrated care, and continuous quality management in a Federal State of Germany: a population-basedapproach to health care research. Diabetes Care 2008; 31: 863-8.
24. European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2011; 32: 1769-818.
25. Gross JL, de Azevedo MJ, Silveiro SP, Canani LH, Caramori ML, Zelmanovitz, T. Diabetic nephropathy: diagnossis, prevnetion, and treatment. Diabetes Care 2005; 28: 176-88.
26. Adler AI, Stevens RJ, Manley SE, Bilous RW, Cull CA, Holman RR. Development and progression of nephropathy in type 2 diabetes: the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS 64). Kidney Int 2003; 63: 225-32.
27. Elnajjar MM, Dawood AED, Salem MA, Kasemy ZA, Nohman OT. Diabetic nephropathy among diabetic patienst attending El Mahalla General Hospital. J Egyp Soc NephrolTransplant 2016;16: 39-43.
28. Khedr EM, Fawi G, Allah Abbas MA, El-Fetoh NA, Al Attar G, Zaki A, et al. Prevalence of Diabetes and Diabetic Neuropathy in Qena Governorate: Population-Based Survey. Neuroepidemiol 2016; 46: 173-81.
29. Tamayo T, Rosenbauer J, Wild SH, Wild AMW, Spijkerman C, Baan NG, et al. Diabetes in Europe: An update. Diabet Res Clin Pract 2014; 103: 206-17.
30. Gale EAM. Type 1 diabetes mellitus.diapedia.org/type-1-diabetes-mellitus/2104085110 - febrúar 2018.

ENGLISH SUMMARY

Diabetes is a challenge: A ten year follow up of people with diabetes

Hafdís Lilja Guðlaugsdóttir[1,2], Árún Kristín Sigurðardóttir[3,4]

Introduction: Diabetes is a chronic disease often with serious and costly complications. Therefore well organised diabetes care is needed. The purpose was to research outcome of treatment on biological parameters in people with type one and two diabetes in one primary care over ten years and compare with international guidelines.
Material and methods: Retrospective cohort study, information was gathered from medical records at Sudurnes Health Center, in the years 2005, 2010 and 2015. The sample was persons listed in diabetes unit in beginning of 2005. One measurement for every participant each of the three years was used (n=113). Biological parameters were analysed and compared to international guidelines and attendance to clinic examined.
Results: HbA1c level was 7.22% in 2005 but increased significantly to 7.56% in 2015. Diastolic blood pressure decreased significantly to 2015. Most achieved international guidelines in HbA1c goals in 2005 (51%), HDL in 2010 (43.8%), LDL in 2015 (41.9%) TG, in 2010 (79.8%), BMI in 2015 (44.2%), systolic blood pressure in 2010 (63.4%) and diastolic blood pressure in 2015 (74.2%). BMI was around 32 kg/m^2 in all three years. In 2015, association was found between neuropathic symptoms and higher HbA1c level. Documentation regarding diabetes complications became much better in 2015 when a new form for electronic documentation was launched.
Conclusion: Tighter blood glucose control is needed to lessen risk of complications, as well as to reduce lipid and bloodpressure leves closer to international guidelines. Improving documentation is important.

[1]Sudurnes Hospital and Health Center, Iceland, [2]Landspitali University Hospital, [3]School of Health Sciences, University of Akureyri, Iceland, [4]Akureyri Hospital, Iceland.

Key words: diabetes, longitudinal design, complications, international guidelines, health service.

Correspondence: Hafdís Lilja Guðlaugsdóttir, hafdis@hss.is

Þvagsýrugigt - læknanleg liðbólga

Guðrún Arna Jóhannsdóttir[*1] læknir, **Ólafur Pálsson**[*1] læknir, **Helgi Jónsson**[2,4] læknir, **Björn Guðbjörnsson**[3,4] læknir

ÁGRIP

Þvagsýrugigt er liðbólgusjúkdómur sem í flestum tilfellum er læknanlegur en algengi hans á heimsvísu fer vaxandi. Án meðferðar getur sjúkdómurinn valdið varanlegum liðskemmdum en þrátt fyrir það benda rannsóknir til að vanmeðhöndlun sjúkdómsins sé mikil. Tengsl við lífsstílssjúkdóma á borð við efnaskiptavillu eru ótvíræð en sjúkdómurinn getur einnig verið fylgikvilli lífshættulegra sjúkdóma og meðferðar við þeim. Nú liggja fyrir nýlegar leiðbeiningar frá Bandaríkjunum og Evrópu varðandi greiningu og meðferð þvagsýrugigtar, bæði við bráðum liðbólgum sem og langtímameðferð. Aukin áhersla er lögð á meðferð til að fyrirbyggja sjúkdóminn, bæði með lífsstílsbreytingum og lyfjameðferð. Mikil áhersla er lögð á að fræða sjúklinga um sjúkdóminn og tilvist góðra meðferðarúrræða, hvernig skal bregðast við bráðri liðbólgu og mikilvægi þess að lækka styrk þvagsýru í blóði. Þegar sjúklingur greinist með þvagsýrugigt ætti að skima fyrir fylgisjúkdómum. Það er mikilvægt að setja meðferðarmarkmið þvagsýrulækkunar og fylgja þeim með eftirfylgd yfir langan tíma, því þannig er hægt að koma þvagsýrugigt í varanlegt sjúkdómshlé.

INNGANGUR

Í þessari grein höfum við leitast við að taka saman nýjustu upplýsingar og rannsóknir um þvagsýrugigt og vonumst til að efnið nýtist vel í klínískri vinnu lækna á Íslandi. Gerður er greinarmunur á hækkun þvagsýru í blóði og þvagsýrugigt þótt óneitanlega séu þessir þættir nátengdir.

Þvagsýrugigt er algengasti sjúkdómurinn sem veldur liðbólgum og hefur möguleika á lækningu. Án meðferðar getur þvagsýrugigt valdið bráðum og langvinnum liðbólgum, eyðileggingu á liðum og langvinnum verkjavanda. Margir sjúkdómar geta tengst þvagsýrugigt og ástandið getur valdið mikilli skerðingu á lífsgæðum.[1] Faraldsfræðilegar rannsóknir benda til þess að þvagsýrugigt sé vanmeðhöndluð og því hefur verið kallað eftir skýrum leiðbeiningum um viðeigandi greiningaraðferðir og meðferð.[2]

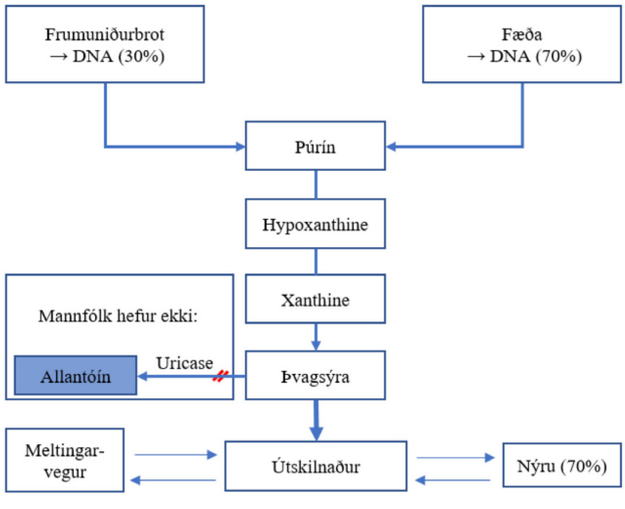
Þvagsýrugigt er allt að fjórfalt algengari meðal karla en kvenna og fer algengi sjúkdómsins vaxandi á heimsvísu.[3,4] Á Vesturlöndum er algengi frá 0,9-2,5% í Evrópu og 4% í Bandaríkjunum, og yfir 7% hjá sjúklingum yfir 65 ára.[5,6]

Nýjar rannsóknir hafa komið fram á síðustu árum um tengsl hækkaðrar þvagsýru og þvagsýrugigtar við efnaskiptavillu, hjarta- og æðasjúkdóma og aukna dánartíðni.[2] Því hefur þótt rík ástæða til að endurskoða evrópskar og bandarískar leiðbeiningar um forvarnir og meðferð þessara þátta.

MEINMYNDUN

Hækkun á þvagsýru og þvagsýrugigt

Þvagsýrugigt er afleiðing hækkaðrar þvagsýru í blóði sem getur leitt til mónósódíum úrat (MSÚ) kristallaútfellinga, innan og/eða utan liða. Alþjóðleg viðmiðunargildi þvagsýruhækkunar í blóði eru >400µmol/L fyrir karla en >350µmol/L fyrir konur.[7,8] Á Íslandi eru viðmiðunargildin fyrir karla >480µmol/L og fyrir konur >50 ára eru þau >400µmol/L (samkvæmt handbók klínískrar lífefnafræðideildar á Landspítala) sem ef til vill er ástæða til að endurskoða í takt við alþjóðlegar leiðbeiningar. Það er ákveðinn kynjamunur á meðhöndlun þvagsýrugigtar, en þvagsýra í blóði hækkar hjá körlum strax eftir kynþroska en hjá konum er þvagsýrugigt sjaldséð fyrir tíðahvörf, þar sem kvenhormón minnka endurupptöku þvagsýru. Nýgengið jafnast milli kynja eftir tíðahvörf.[9] Þvagsýra er síðasta stig í niðurbroti púrína sem koma úr fæðu eða myndast við frumuniðurbrot í líkamanum (mynd 1). Of há gildi þvagsýru eru afleiðing of mikillar myndunar á þvagsýru (10%) og/eða of lítils útskilnaðar hennar (90%).[10]



Mynd 1. *Myndun þvagsýru í líkamanum. Mynd unnin að fyrirmynd Schlee og félaga 2017.*[5]

doi.org/10.17992/lbl.2018.04.181

[1]Sérnámslæknir á lyflækningasviði Landspítalia, [2]gigtardeild, [3]rannsóknarstofu í gigtarsjúkdómum, Landspítala, [4]læknadeild Háskóla Íslands.

*Báðir höfundar lögðu jafnmikið af mörkum við skrif þessarar greinar.

Fyrirspurnum svarar Ólafur Pálsson, *olafurp@landspitali.is*

Barst til blaðsins 27. júlí 2017, samþykkt til birtingar 1. febrúar 2018.

Þvagsýrugildi flestra dýra er á bilinu 120-180µmol/L þar sem þau mynda svokallaðan uricasa sem brýtur niður þvagsýru í vatnsleysanlegt allantóín sem skilið er út um nýru. Ákveðin stökkbreyting í uricasa-geninu hjá prímötum, svo sem mannfólki, leiðir til þess að uricasi myndast ekki hjá þeim en það veldur því að þvagsýrugildi þeirra eru hærri en annarra dýrategunda.[10,11]

Við eðlilegt sýrustig í líkamanum er þvagsýran á jónuðu formi sem úrat. Þegar styrkur úrats eykst verður aukin hætta á ofmettun og kristallamyndun. Aðeins lítill hluti fólks með hækkaða þvagsýru fær þvagsýrugigt en margir þættir koma þar við sögu, svo sem hitastig, sýrustig, ofþornun í lið og fleira.[10] Helst myndast MSÚ-kristallar við kaldar aðstæður í liðvökva eða í súru þvagi og leiða þannig til þvagsýrugigtar og nýrnasteina.[8] Leysanleiki þvagsýrukristalla eykst með hækkandi hitastigi og það er aðalástæða þess að þvagsýrugigt kemur ekki í mjaðmir og axlir, en þar er hitastigið nærri líkamshita, en í smáliðum neðri útlima er hitastigið 3-4 °C lægra og því er líklegra að liðbólgur komi þar. Lýðgrunduð rannsókn frá 2007-2008 í Bandaríkjunum sýndi algengi þvagsýrugigtar 3,9% en algengi skilgreindrar hækkunar á þvagsýru í blóði var 21,4%.[12] Nýleg rannsókn með aðstoð nýrrar tölvusneiðmyndartækni (*dual energy CT*) sýndi að einungis 24% einkennalausra einstaklinga með hækkun á þvagsýru í blóði (skilgreind sem >535µmol/L) voru með MSÚ-kristallaútfellingar við myndrannsókn.[13,14]

Sjúkdómar sem valda auknu niðurbroti eða umsetningu á frumum geta leitt til of mikillar myndunar á þvagsýru, svo sem illkynja blóðsjúkdómar, bólgusjúkdómar og psoriasis, en það geta einnig áverkar á vef og blæðing, svo sem blæðing í meltingarvegi. Krabbameinslyf og súrefnisskortur vefja valda aukinni myndun á þvagsýru vegna frumuniðurbrots. Meðfæddir og erfðatengdir efnaskiptagallar útskýra aðeins lítinn hluta ofmyndunar þvagsýru.[10]

Útskilnaður þvagsýru fer fram gegnum nýru (70%) og meltingarveg (30%). Fjölmargar flutningssameindir í nærpíplu nýrnanna gegna hlutverki í seytun (NPT1, NPT4, MRP4, OAT1, OAT2 og OAT3) og endurupptöku (URAT1, OAT4, OAT10 og GLUT9) þvagsýru. URAT1 og OAT4 eru dæmi um endurupptökuprótein í nýrunum. Þíasíð þvagræsilyf hafa áhrif á OAT4 og valda aukinni endurupptöku þvagsýru. Ýmis þvagsýruræsandi (*uricosuric*) lyf, svo sem próbenesíð, lósartan og benzbrómarón, hindra URAT1 sem leiðir til aukins útskilnaðar á þvagsýru.[5,15]

Rannsóknir til raðgreiningar erfðamengisins, GWAS (*genome wide association studies*), hafa gefið til kynna erfðabreytileika í ofangreindum flutningssameindum sem hafa áhrif til hækkunar á þvagsýru í blóði, þá með aukinni endurupptöku þvagsýru í nýrum, minnkaðri seytun í nýrum og minnkuðum útskilnaði um meltingarveg. Nefna má erfðabreytileika í *SLC22A12* sem kóðar fyrir URAT1 og *SLC2A9* sem kóðar fyrir GLUT2 sem valda minnkaðri endurupptöku þvagsýru og auknum útskilnaði hjá ákveðnum sjúklingum. Nýrnabilun og þvagsýrunýrnasteinar eru algengari hjá þessum sjúklingahópi en öðrum vegna hækkaðs styrks þvagsýru í þvagi. Erfðabreytileikar í ABCG2 flutningspróteini hafa fundist hjá 10% hvítra manna og valda 75% minnkuðum útskilnaði þvagsýru um meltingarveg og nýru en minnkaður útskilnaður um meltingarveg getur valdið auknu álagi á nýru.[5,10,16] Með raðgreiningarrannsóknum hafa fundist 28 genasæti en þau skýra aðeins 7% breytileika í styrk þvagsýru í blóði. Talið er að flest af þessum 28 genasætum tengist einnig aukinni áhættu á myndun þvagsýrugigtar en í dag hafa þau ekki áhrif á greiningu eða meðferð ástandsins.[17]

Raðgreining á erfðamengi Íslendinga sem gerð var árið 2011 sýndi áður óþekktan erfðabreytileika í tengslum við þvagsýrugigt, *ALDH16A1,* sem er talinn skýra 0,5% breytileika þvagsýrugildis í blóði hjá Íslendingum.[18]

Bakteríur í þörmunum spila stórt hlutverk við niðurbrot púrína og í myndun og útskilnaði þvagsýru. Sem dæmi má nefna að bakteríurnar *Lactobacillus* og *Pseudomonas* mynda ensím, svo sem uricasa, sem eins og áður segir veldur niðurbroti þvagsýru í vatnsleysanlegt allantóín. Fleiri bakteríur hafa fundist sem seyta flutningspróteinum fyrir þvagsýru sem taka þátt í útskilnaði hennar. Guo og félagar sýndu fram á marktækan mun á þarmaflóru þvagsýrugigtarsjúklinga og samanburðarhóps, þar sem bakteríur sem mynduðu xanthine dehydrogenasa voru ráðandi en lítið um uricasamyndandi bakteríur. Í rannsókn þeirra var *Bacteroides caccae* áberandi hjá þvagsýrugigtarsjúklingum en hún hefur áður verið rannsökuð í sjúklingum með bólgusjúkdóm í þörmum (*inflammatory bowel disease*) og talið er hún að geti valdið mikilli bólgusvörun. Áberandi var hversu lítið var um bakteríuna *Faecalibacterium prausnitzii* hjá þvagsýrugigtarsjúklingum en rannsóknir hafa áður sýnt að hún hefur bólgueyðandi eiginleika gegnum myndun bútýrats. Hjá sjúklingum með skorpulifur og áunna sykursýki er einnig skortur á þessari bakteríu en samkvæmt þessari rannsókn er þarmaflóra þvagsýrugigtarsjúklinga og sjúklinga með áunna sykursýki á margan hátt lík.[19] Fleiri rannsóknir, meðal annars rannsóknir á músum, hafa gefið vísbendingar um að þarmaflóran skipti máli hjá sjúklingum með þvagsýrugigt.[20]

Þvagsýrukristallar

Ósértæka (*innate*) ónæmiskerfið sér kristalla sem óæskileg efni sem geta ræst bólguferli en MSÚ-kristallarnir virðast vekja sterkari bólguviðbrögð en aðrar tegundir kristalla. Ferlið endar með virkjun NALP3-bólgupróteins gegnum makrófaga sem virkjar Interleukin-1 (IL-1) breytandi ensím sem breytir óvirku formi IL-1β og IL-18 í virkt form. Þetta ástand veldur virkjun á ósértæka og sértæka ónæmiskerfinu kringum kristallana. Þvagsýrukristallarnir virkja einnig daufkyrninga sem mynda svokölluð NET (*neutrophil extracellular traps*) kringum þá. Þessi NET draga til sín bólgumiðla (*chemokine, cytokine*) og verja kristallana fyrir ónæmisfrumunum. NET og MSÚ mynda nokkurs konar kristalkjarna og minnkar það bólguáhrif MSÚ-kristallanna. Á þennan hátt er talið að þvagsýrugigtarliðbólga gangi yfir, en vitað er að kristallarnir eyðast ekki af sjálfu sér.[5,21] Þá virðast sjúklingar með langvinna bólguhnúðasjúkdóma (*granuloma*) ekki geta myndað NET gagnvart MSÚ-kristöllum eða bakteríum, sem getur valdið því að þeim sjúklingum er hættara við ýktara og langvinnara bólgusvari.[22]

Án þvagsýrulækkandi meðferðar er aukin hætta á að langvinn þvagsýrugigt þróist á nokkrum árum eftir fyrstu bráðu liðbólguna af völdum þvagsýrukristalla. Þvagsýrugigtarhnútar (*tophi*) eru einkennandi í langvinnri þvagsýrugigt af stigi 4 (sjá kafla um einkenni). Hnútarnir myndast við langvinna bólguhnútaröskun sem bólgusvar við MSÚ-kristöllum sem krefst aðkomu bæði ósér-

tæka og sértæka ónæmiskerfisins. Í kringum hnútana má finna bólgumiðla, svo sem IL-1β og TNF-α (*tumor necrosis factor α*) en auk þess bólgueyðandi prótein (*transforming growth factor β1*), sem gefur til kynna að þar fari fram langvinnt bólguástand en einnig viðgerð. Liðskemmdir í þvagsýrugigt verða vegna ífarandi vaxtar hnútanna í bein og veldur það beineyðingu.[17]

Hnútar á brjóskyfirborði liða geta valdið brjóskeyðingu þrátt fyrir að bráð liðbólga hafi verið rétt meðhöndluð og þvagsýrugildi í blóði lækkuð. Kristallarnir eru étnir upp af brjóskfrumum og myndast við það virkir metallópróteinasar sem auk fleiri þátta, svo sem IL-1β, geta valdið brjóskeyðingu.[10]

Nýleg evrópsk rannsókn sýndi fram á að litlir, hringlaga UMA (*urate microaggregates*) myndast í blóði hjá sjúklingum með hækkun á þvagsýru. Átfrumur ónæmiskerfisins hreinsa UMA úr blóðinu og færa til lifrar og milta þar sem makrófagar taka þessar UMA-fylltu átfrumur upp. Ef átfrumuvirknin er ekki sem skyldi geta UMA myndað MSÚ-kristalla sem getur skýrt hvers vegna sumir sjúklingar með hækkun á þvagsýru í blóði fá þvagsýrugigt.[8]

EINKENNI

Venja hefur verið að skipta hækkun þvagsýru í blóði og þvagsýrugigt í fjögur sjúkdómsstig með tilliti til einkenna:

1. Hækkun þvagsýru í blóði án einkenna.
2. Bráð liðbólga af völdum þvagsýrugigtar: Viðvarandi hækkun þvagsýru í blóði leiðir til útfellinga á MSÚ-kristöllum í liðum eða umlykjandi vefjum sem veldur bráðri bólgu sem gengur yfir að sjálfu sér.
3. Einkennalaust tímabil: Tímabilið milli bráðra liðbólgna. Einstaklingurinn er áfram með há þvagsýrugildi í blóði og getur fengið þvagsýrugigtarliðbólgur ef meðferð er ekki beitt.
4. Langvinn þvagsýrugigt með útfellingu kristalla í vefjum: Alvarlegasta stig þvagsýrugigtar en þá hafa þvagsýruútfellingar orðið í vefjum (þvagsýrugigtarhnútar) og oft með skemmdum í beinum og liðum.[5]

Þetta stigunarkerfi lýsir einkennastigum þvagsýrugigtar vel en tillögur hafa komið fram um endurbætt stigunarkerfi sem tekur einnig tillit til MSÚ-kristallamyndunar og niðurstaðna úr myndrannsóknum. Þá er þvagsýrugigtinni skipt í annaðhvort virkt klínískt stig eða óvirkt klínískt stig með hækkun á þvagsýru í blóði.[23]

Þvagsýrugigt kemur í köstum með einkennum bráðrar liðbólgu: verk og takmörkun á hreyfigetu veika liðarins auk bólgu, hita og roða í mjúkvefjunum í kring. Sjúklingurinn getur fundið fyrir óþægindum í liðnum sem undanfara þessara einkenna sem yfirleitt ná hámarki innan 24 klukkustunda. Oftast er upphaf bráðrar liðbólgu að nóttu til. Grunnliður stórutáar (MTP 1) verður oftast fyrir barðinu (kallast podagra) en þar á eftir koma aðrir liðir í fæti og fótlegg svo sem ökkli og hné. Þvagsýrugigt getur einnig komið fram í liðum efri útlims, svo sem olnboga, úlnlið og höndum en sjaldgæft er að liðbólgurnar komi fram í fleiri en einum lið í einu.[24,25] Sjúklingarnir lýsa því oft að þeir hafi áður upplifað svipuð liðbólgueinkenni sem þá gengu yfir á innan við 14 dögum. Þá er algengt að þeir hafi nýlega gengið í gegnum veikindi eða undirgengist aðgerð, orðið fyrir þurrki eða innbyrt áfengi eða púrínríka fæðu. Þá lýsa sjúklingarnir stundum verkjalausum hnútum undir húð sem geta bólgnað upp, hnútarnir geta sýkst og úr þeim getur komið hvítt, tannkremslíkt efni. Til er ákveðin sjúkdómsmynd sem sést einkum hjá eldri konum með slitgigt í fingrum með Heberdens-hnúta. Þær hafa oft skerðingu á nýrnastarfsemi eða eru á þvagræsilyfjum og mynda gjarnan einkennalitlar eða -lausar þvagsýruútfellingar við slitgigtarhnútana í DIP eða PIP liðum.[26]

Við skoðun má sjá bólgu yfir veika liðnum með eymslum, roða og hita. Almenn einkenni geta fylgt, svo sem hiti, en það á sérstaklega við ef þvagsýrugigtin kemur fram í fleiri en einum lið. Hálabelgsbólga (*bursitis*) og sinaslíðursbólga (*tendinitis*) geta fylgt.

Tafla I. *Greining þvagsýrugigtar. Unnið úr ACR / EULAR leiðbeiningunum 2015. Átta stig úr lið 3 nægja til greiningar á þvagsýrugigt.*

1. Inngönguviðmið	Að minnsta kosti ein liðbólga, verkur eða eymsli í fjarlið eða hálalið	
2. Fullnægjandi greiningarviðmið	Þvagsýrukristallar eru til staðar í einkennagefandi lið, hálalið eða þvagsýrugigtarhnút	
3. Nota skal eftirfarandi greiningarviðmið ef lið 2 er ekki fullnægt		
		Stig
Hvaða liðir eða hálabelgir eiga í hlut?	Ökkli eða rist Grunnliður stórutáar (MTP 1)	1 2
Einkenni í bráðri bólgu Roði Verkur eða eymsli Takmörkun á hreyfigetu	 Eitt einkenni Tvö einkenni Þrjú einkenni	 1 2 3
Tímaþættir bólgu (að lágmarki tveir til staðar) Tími að hámarkseinkennum er minna en 24 klukkustundir Einkenni ganga yfir á innan við 14 dögum Einkenni lagast að fullu á milli bráðra bólguhrina	 Ein dæmigerð bólga vegna þvagsýrugigtar Endurteknar dæmigerðar bólgur	 1 2
Klínísk einkenni þvagsýrugigtarhnúta	Til staðar	4
Þvagsýrugildi í blóði	<4mg/dL (238µmól/L) 6-<8mg/dL (357-<476µmól/L) 8-<10mg/dL (476-<595µmól/L) ≥10mg/dL (≥595µmól/L)	-4 2 3 4
Greining liðvökva	Þvagsýrukristallar ekki til staðar	-2
Myndrannsóknir styðja greiningu eða þvagsýrukristallar eru til staðar í einkennagefandi lið eða hálalið Ómskoðun: Tvöfaldar útlínur brjósks (*double-contour sign*) Dual-energy CT: Þvagsýrukristallar sjást	Til staðar (annaðhvort)	4
Myndrannsóknir sýna skemmdir af völdum þvagsýrugigtar, að minnsta kosti ein úráta á hefðbundinni röntgenmynd af höndum og fótum	Til staðar	4

Hnútana má oftast finna yfir MTP 1, hásin, peroneal sin, eyrnaboga (*helix*), olnbogahálabelg eða á fingurgómum.[27]

ÁHÆTTUÞÆTTIR

Almennir áhættuþættir:
Áður hefur verið fjallað um erfðabreytileika sem auka líkur á þvagsýrugigt hjá þeim einstaklingum sem þá bera. Hækkun þvagsýru í blóði er stærsti þekkti áhættuþáttur í myndun þvagsýrugigtar en flestir þekktir áhættuþættir fyrir þvagsýrugigt eru einnig áhættuþættir fyrir hækkun á þvagsýru í blóði.[17] Aukinn aldur, karlkyn, ofþyngd og kynþáttur (afrísk-karabískur uppruni, Suður-Kyrrahafs eyjaskeggjar) eru mikilvægir áhættuþættir í myndun þvagsýrugigtar.[4,28] Talið er að áhrif estrógens, prógesteróns og minna insúlínónæmis fyrir tíðahvörf hjá konum séu verndandi fyrir myndun sjúkdómsins en eftir tíðahvörf eykst þvagsýrugildi í blóði kvenna og hætta eykst á þvagsýrugigt.[27]

Aðrir sjúkdómar:
Margar rannsóknir hafa sýnt fram á tengsl hækkunar á þvagsýru í blóði og þvagsýrugigtar við insúlínónæmi og efnaskiptavillu en meinmyndun þessara tengsla og klárt orsakasamband er óþekkt.[29] Háþrýstingur er sjálfstæður áhættuþáttur fyrir þvagsýrugigt. Kæfisvefn er talinn áhættuþáttur fyrir þvagsýrugigt vegna súrefnisskorts sem ýtir undir frumuniðurbrot sem veldur hækkun á púrínum og þar með þvagsýru.[3] Slitgigt er einnig talin áhættuþáttur fyrir þvagsýrugigt en talið er að MSÚ-kristallar setjist frekar að í skemmdu liðbrjóski en heilbrigðu. Slitgigtin leggst oft á MTP-1 liðinn og er það talin ein ástæða þess að þvagsýrugigt leggst oft á þann lið auk þess sem liðurinn er jaðarliður og hitastig þar lægra en nær miðju líkamans og hann er útsettari fyrir hnjaski.[3,30]

Aukið frumuniðurbrot, eins og í psoriasis með miklar skellur, við skurðaðgerðir eða krabbameinslyfjagjöf, hækkar þvagsýru. Við æxlislýsuheilkenni (*tumor lysis syndrome*) ætti að gefa þvagsýrulækkandi forvörn.[31]

Mataræði:
Áfengi hefur löngum verið þekktur áhættuþáttur í myndun þvagsýrugigtar. Niðurbrotsefni etanóls keppa við þvagsýru í útskilnaði gegnum URAT1 / OAT4 flutningspróteinin í nýrum og etanól hefur einnig áhrif gegnum aukið niðurbrot ATP í AMP sem nýtist til myndunar þvagsýru í líkamanum. Tegund áfengisins skiptir máli þar sem bjór og sterk vín valda hækkun á þvagsýru og auka hættu á þvagsýrugigt en léttvín virðast ekki hafa sömu áhrif. Hærri skammtar áfengis fela í sér aukna hættu á endurteknum liðbólgum vegna þvagsýrugigtar stuttu eftir neyslu.[5,32]

Undanfarið hafa komið fram sterk tengsl milli neyslu sykraðra drykkja og ávaxtasafa og hækkunar á þvagsýru í blóði og hættu á myndun þvagsýrugigtar. Sömu rannsóknir sýndu ekki fram á tengsl milli sykurlausra gosdrykkja með sætuefnum og þvagsýrugigtar. Frúktósi veldur svipuðum áhrifum og etanól til hækkunar á þvagsýru gegnum aukið niðurbrot ATP. Þá eykst einnig nýmyndun púrína, en aðrar tegundir kolvetna virðast ekki hafa þessi áhrif. Frúktósinn gæti þá einnig haft áhrif til hækkunar þvagsýru með auknu insúlínónæmi og hækkuðu insúlíni í blóði. Þvagsýrustyrkur í blóði hækkar nokkrum mínútum eftir að frúktósi hefur verið innbyrtur.[33]

Rautt kjöt (svína-, nauta- og lambakjöt), fiskur, skelfiskur og margar aðrar sjávarafurðir eru púrínrík fæða sem hafa sterk tengsl við hækkun þvagsýru og þvagsýrugigt. Hins vegar eru ekki afgerandi tengsl milli inntöku á púrínríku grænmeti og þvagsýrugigtar. Því er ekki talin ástæða til að minnka neyslu á grænmeti.[34,35]

Tafla II. *Áhættuþættir þvagsýrugigtar.*

Erfðir	**Annað**
Karlkyn	Aukinn aldur
Uppruni	Tíðahvörf
Gen og stökkbreytingar	Langvinnir nýrnasjúkdómar
Lyf	Ofþyngd, offita, þyngdaraukning
Þvagræsilyf	Háþrýstingur
Ciclosporin	Háar blóðfitur
Tacrolimus	Hjartabilun
ACE-hemlar	Kæfisvefn
ARB (nema lósartan)	Vanvirkur skjaldkirtill
Beta-hemlar	Blóðleysi
(Pyrazinamide)	Sigðkornablóðleysi
Ritonavir	Psoriasis
Mataræði	Illkynja blóðsjúkdómar
Rautt kjöt	Blýeitrun
Sjávarafurðir	
Bjór	
Sterkt áfengi	
Sykraðir drykkir	

Lyf:
Notkun þvagræsilyfja á borð við þíasíð hefur lengi verið þekktur áhættuþáttur fyrir þvagsýrugigt, en hafa verður í huga að sjúkdómarnir sem þessi lyf eru gjarnan notuð við (svo sem háþrýstingur og hjartasjúkdómar) hafa einnig tengsl við hækkaða þvagsýru í blóði og þvagsýrugigt, sem flækir myndina.[17,32] Tafla II sýnir önnur lyf sem auka hættu á þvagsýrugigt.

FYLGISJÚKDÓMAR

Fylgisjúkdómar hækkaðrar þvagsýru í blóði og þvagsýrugigtar eru algengir. Bandarísk rannsókn á landsvísu frá 2007-2008 sýndi að 74% sjúklinga með þvagsýrugigt höfðu háþrýsting, 71% voru með langvinnan nýrnasjúkdóm af stigi ≥2, 53% glímdu við offitu, 26% höfðu sykursýki, 24% höfðu nýrnasteina, 14% höfðu fengið brátt hjartadrep og 11% þjáðust af hjartabilun. Nýgengi þessara fylgikvilla var 2-3 sinnum hærra en hjá sjúklingum sem ekki höfðu þvagsýrugigt. Fylgikvillarnir voru 3-33 sinnum algengari hjá sjúklingum með hækkaða þvagsýru í blóði án þvagsýrugigtar en hjá sjúklingum sem voru með lægsta blóðgildi þvagsýru

(<238µmol/L).[12] Pieterse og félagar telja hluta skýringar þessarar auknu hættu á kransæðasjúkdómum vera þá að UMA-hreinsun í blóði sé ábótavant. Talið er að NET-myndunin úr MSÚ-kristöllunum sem þá myndast hvetji til storkumyndunar í blóði. Því er aukin hætta á blóðtappamyndun og æðaskemmdum.[8]

Skima skyldi fyrir fylgisjúkdómum þegar sjúklingur greinist með þvagsýrugigt. Mæla mætti kreatínín, lifrarpróf, blóðsykur, blóðfitur og blóðhag til skimunar á langvinnum nýrnasjúkdómum, lifrarsjúkdómum, sykursýki, blóðfituröskunum og sjúkdómum sem valda mergfrumufjölgun (*myeloproliferative*).[27]

Rannsóknir hafa gefið til kynna verndandi áhrif þvagsýru í myndun miðtaugakerfissjúkdóma, svo sem Alzheimersjúkdóms og Parkinson vegna andoxunaráhrifa. Frekari rannsókna er þörf áður en hægt verður að segja til um áhrif þessa á leiðbeiningar þvagsýrulækkandi meðferðar.[5,16]

SJÚKDÓMSGREINING

Mörg stigunarkerfi eða greiningarviðmið hafa verið þróuð til greiningar á þvagsýrugigt. Lengst hefur verið stuðst við viðmið amerísku gigtarsamtakanna (American Rheumatism Association) frá 1977. Þessi viðmið voru ætluð til að koma auga á bráðar liðbólgur af völdum þvagsýrugigtar, en tóku ekki tillit til forstiga sjúkdómsins eða fylgisjúkdóma. Klínískt nef læknisins skipti þar miklu máli.[36]

Árið 2015 gáfu evrópsk og bandarísk gigtarsamtök (European League Against Rheumatism (EULAR) og American College of Rheumatology (ACR)) út nýjar leiðbeiningar til greiningar á þvagsýrugigt. Gullstaðall greiningarinnar er staðfesting á þvagsýrukristöllum í vökva úr lið, hálabelg eða þvagsýrugigtarhnút og nægir þetta til greiningar.[37] Hins vegar er greining þvagsýrugigtar oftast í höndum lækna á heilsugæslu og bráðamóttöku og getur reynst erfitt að fá sýni til greiningar. Aðgengi að skautaðri ljóssmásjá er stundum takmarkað og hinn bólgni liður getur verið óaðgengilegur til stungu.[24,38] Því voru útbúin ný klínísk viðmið (tafla II) sem kröfðust ekki niðurstöðu úr liðvökva en hafa hátt næmi (0,85) og sértæki (0,78) fyrir réttri greiningu á þvagsýrugigt. (Viðmiðin í heild hafa næmi 0,92 og sértæki 0,89). Átta stig eða fleiri nægja til greiningar á þvagsýrugigt. Háskólinn í Auckland á Nýja-Sjálandi hefur sett upp reiknivél á netinu byggða á þessum leiðbeiningum: goutclassificationcalculator.auckland.ac.nz/ [16,37]

Mismunagreiningar

Helsta mismunagreining þvagsýrugigtar er liðsýking en þessir sjúkdómar geta farið saman. Alltaf ber að hafa liðsýkingu í huga, einkum í ódæmigerðum tilfellum, en þá er mikilvægt að reyna að fá liðvökvasýni í gramslitun og ræktun, og til kristallaleitar. Sýni eru þá sett í K3-EDTA glas (sömu og eru notuð til að skoða blóðhag) til kristallaleitar, kolbur til ræktunar og dauðhreinsað glas með utan á skrúfuðu loki til gramslitunar. Aðrar mismunagreiningar eru meðal annars kalsíum pýrófosfat kristallagigt (pseudogout), sóragigt, fylgiliðagigt, slitgigt og iktsýki.[39]

Tafla III. *Almennar ráðleggingar fyrir meðferð þvagsýrugigtar, gefið út af EULAR 2016.*

1.	Bráðar liðbólgur vegna þvagsýrugigtar ætti að meðhöndla svo fljótt sem auðið er og sjúklingum ætti að ráðleggja að taka viðeigandi lyf um leið og liðbólgan er að byrja.
2.	Fyrsta meðferð er colchicine og/eða NSAID, aftöppun af liðnum með inndælingu barkstera eða steratöflur um munn.
3.	Ef sjúklingar hafa tíðar liðbólgur og frábendingar fyrir colchicine, NSAID og sterum (um munn eða í lið) ætti að íhuga IL-1 hemla. Virk sýking er algjör frábending.
4.	Það ætti að ræða forvörn gegn bráðum liðbólgum meðan er verið að innleiða þvagsýrulækkandi meðferð svo sem með colchicine eða lágskammta NSAID.
5.	Þvagsýrulækkandi meðferð ætti að ræða við alla með staðfesta þvagsýrugigt. Hún kemur til greina hjá sjúklingum með endurtekin köst, tophi, liðskemmdir vegna þvagsýrugigtar eða þvagsýrunýrnasteina. Auk þess ætti að byrja snemma með þvagsýrulækkandi meðferð ef greiningin er fyrir 40 ára aldur, þvagsýra er yfir 480 µmól/L eða ef meðfylgjandi sjúkdómar eru til staðar.
6.	Ef þvagsýrulækkandi meðferð er hafin skal setja meðferðarmarkmið við 360 µmól/L eða lægra (300 µmól/L) ef sjúkdómsbyrðin er mikil. Það ætti ekki að fara undir 180 µmól/L í lengri tíma.
7.	Þvagsýrulækkandi meðferð ætti að viðhalda ævilangt.
8.	Ef nýrnastarfsemi er eðlileg er allópúrínól fyrsta lyfjaval og byrja skal með lágan skammt og auka á 2-4 vikna fresti. Ef meðferðarmarkmið næst ekki ætti að skipta í febúxóstat eða þvagsýruræsandi lyf eða hvort tveggja. Einnig skal nota slík lyf ef allópúrínól þolist illa.
9.	Aðlaga þarf skammta allópúrínóls hjá sjúklingum með nýrnabilun.
10.	Ábending er fyrir pegloticase hjá sjúklingum með staðfesta greiningu með kristöllum þar sem þvagsýrulækkun næst ekki með öðrum ráðum.
11.	Þegar bráð þvagsýrugigtarliðbólga greinist hjá einstaklingi sem er á lykkjuþvagræsilyfjum eða thiazidum ætti að reyna að skipta út þvagræsilyfjunum fyrir önnur blóðþrýstingslækkandi lyf ef hægt er. Sérstaklega mælt með losartan eða kalsíumgangahemli. Í blóðfitulækkandi tilgangi skal íhuga statin eða fenofibrate.

MEÐFERÐ

EULAR gaf út uppfærðar meðferðarleiðbeiningar fyrir þvagsýrugigt 2016 sem gerðar voru af þverfaglegu teymi gigtarlækna, heilsugæslulækna, röntgenlækna, vísindamanna og sjúklinga með þvagsýrugigt.[6] Þar má sjá þrjú almenn ráð (áherslureitir á bls. 182, 183 og 184) og 11 tilmæli (tafla III) auk nákvæmra meðferðarferla (myndir 2 og 3.)

Við greiningu á þvagsýrugigt ætti að upplýsa sjúkling um tilurð þvagsýrugigtar, veita honum lífsstílsráðleggingar og skima fyrir fylgisjúkdómum.

Benda má á að ef ábending er fyrir þvagsýrulækkandi meðferð þá má hefja hana samtímis og bráða liðbólgan er meðhöndluð. Meðferðarheldni þvagsýrulækkandi meðferðar er oft léleg, sérstaklega hjá yngra fólki, og það einfaldar meðferð að byrja þvagsýrulækkandi meðferð strax. Það lengir ekki núverandi liðbólgu né gerir verkina verri.[40,41]

MEÐFERÐARÚRRÆÐI VIÐ BRÁÐRI ÞVAGSÝRUGIGTARLIÐBÓLGU

Margir valmöguleikar eru fyrir hendi þegar meðhöndla skal bráða bólgu vegna þvagsýrugigtar.[42] Velja ætti meðferð með tilliti til aldurs, nýrnastarfsemi, langvinnra sjúkdóma og annarra lyfja.

Fyrsta meðferð

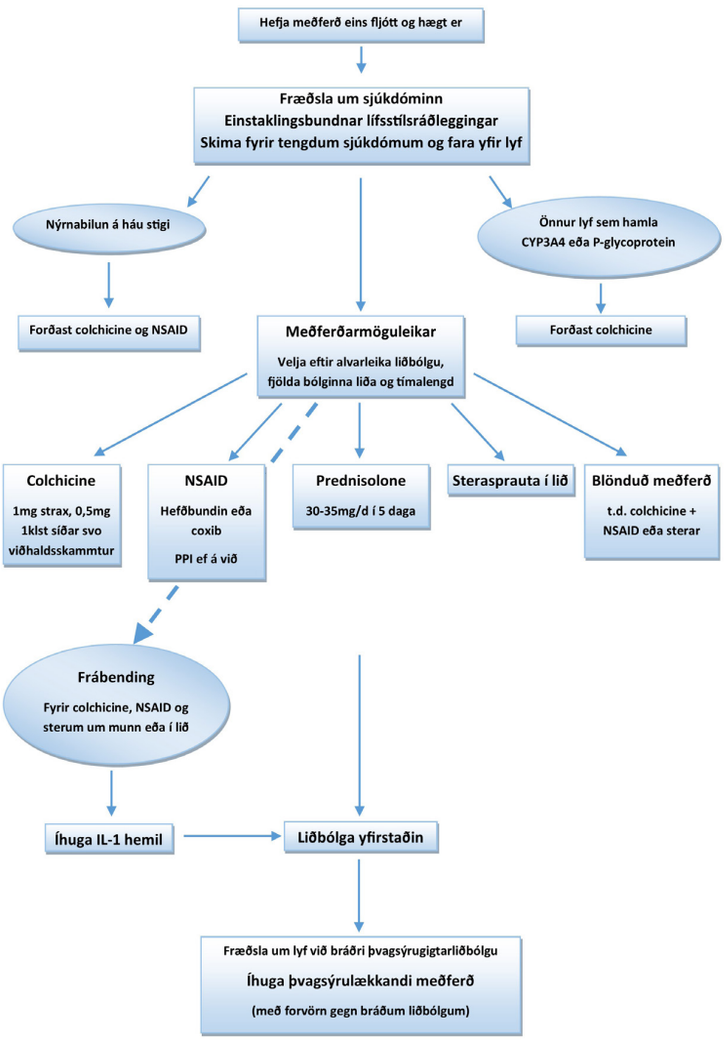
NSAID, þar með talið COX-2 hemlar

Bæði hefðbundin NSAID (svo sem indómetacín 50mg þrisvar til fjórum sinnum á dag eða naproxen 500-1000mg á dag) og COX-2 hemlar (svo sem etorícoxíb (Arcoxia®) 120 mg daglega) hafa góða virkni gegn bráðri liðbólgu af völdum þvagsýrugigtar. Þau slá á verki og liðbólgu ásamt því að bæta starfsgetu liðarins.[43] Lyfin hafa svipaða virkni en COX-2 hemlar hafa líklega minni aukaverkanir í meltingarvegi. Nota þarf hámarksskammta og halda áfram meðferð í nokkra daga eftir að einkenni bráðrar liðbólgu hafa gengið yfir.[44,45] Meðferð með naproxen er jafn góð og prednisólónkúr.[42] Einnig þarf að muna eftir frábendingum NSAID-lyfja, svo sem aldri og fleiru, sjá kafla um áhættuhópa síðar í greininni.

Sykursterar

Sterar um munn (prednisólón 30-35mg/dag) og inndæling stera í lið virka vel á bráða liðbólgu af völdum þvagsýrugigtar. Sterakúr um munn hefur jafn mikil verkjastillandi áhrif og indómetacín.[46] Þrátt fyrir góð áhrif getur stuttur sterakúr haft ýmsar aukaverkanir, jafnvel alvarlegar, og því þarf að velja vel þá sjúklinga vel sem fá þessa meðferð. Stuttur sterakúr getur leitt til versnandi sykurstjórnunar sykursjúkra, valdið svefntruflunum og jafnvel óráði, aukið háþrýsting og valdið bjúg, aukið líkur á sýklasótt, blæðablóðsegum og beinbrotum.[47] Ef grunur leikur á liðsýkingu er frábending fyrir notkun stera.

Ef aðeins er um bólgu í einum lið að ræða er fýsilegt að reyna inndælingu stera í liðinn til að forðast aukaverkanir lyfsins um munn. Á sama tíma er mögulegt að ná sýni úr liðvökva til kristallaleitar og staðfesta greininguna ef hún þykir óklár. Þó skal taka fram að sterainndælingar í liði hafa ekki verið rannsakaðar sérstaklega fyrir þvagsýrugigt.[48]



Mynd 2. *Meðferðarferill bráðrar liðbólgu af völdum þvagsýrugigtar. Þýdd úr EULAR leiðbeiningum frá 2016.*[6]

Colchicine

Colchicine hefur löngum verið notað í meðferð við þvagsýrugigt. Lyfið hindrar meðal annars virkjun NALP3-bólgupróteinsins kringum MSÚ-kristallana og kemur í veg fyrir losun IL-1β.[49] Þá hindrar það einnig viðloðun daufkyrninga við æðaveggi og minnkar þannig flutning þeirra úr æðum inn í vefi.[50] Áður fyrr voru leiðbeiningar til meðferðar þvagsýrugigtar með colchicine þær að gefa átti lyfið í háum skömmtum, 1,5 mg og síðan 0,5 mg á klukkustundar fresti þar til sjúklingur varð verkjalaus eða fékk niðurgang, að hámarki 8 töflur. Þetta leiddi til þess að margir urðu fráhverfir notkun colchicine því aukaverkanirnar geta verið mjög svæsnar. Rannsókn frá 2010 sýndi að lágskammta colchicine hafði sambærileg áhrif á bráða þvagsýrugigtarbólgu og gamla aðferðin og aukaverkanir voru svipaðar lyfleysu.[51] Hefðbundin meðferð nú er því með 0,5 mg töflum, tvær töflur gefnar strax, ein tafla klukkustund síðar og ein 12 klukkustundum síðar. Þar á eftir ein tafla á 8 klukkustunda fresti þar til bráða bólgan er gengin yfir, að hámarki 12 töflu heildarskammtur. Upplýsa þarf sjúkling um að ekki skuli hækka skammtinn ef meðferðaráhrif eru ófullnægjandi.[51] Hefja má nýja meðferðarlotu ef þrír dagar hið minnsta eru síðan þeirri síðustu lauk.

Hafa skal í huga að colchicine-styrkur í blóði hækkar við CYP3A4 og P-gp hemjandi lyf, svo sem ciclosporin, makrólíða, ákveðin lyf gegn hjartsláttartruflunum (til dæmis digoxín, diltiazem og verapamíl), veiru- og sveppalyf. Hætta er á eiturverkun og því er frábending fyrir notkun þessara lyfja samtímis.

ALMENNT RÁÐ 1.

Hjá öllum sjúklingum með þvagsýrugigt ætti að skima fyrir fylgisjúkdómum, svo sem langvinnri nýrnabilun og áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma.

ALMENNT RÁÐ 2.

Alla með þvagsýrugigt ætti að fræða um sjúkdóminn, meingerð hans og tilvist góðra meðferðarmöguleika, hvernig meðhöndla á bráða liðbólgu auk mikilvægis þess að eyða þvagsýrukristöllum með lífsstílsbreytingum og/eða lyfjameðferð ævilangt.

Viðbótarmeðferð (second-line)

Canakinumab er anti-IL-1β einstofna mótefni (150mg undir húð stök gjöf) sem íhuga má hjá fullorðnum einstaklingum með tíð þvagsýrugigtarköst þar sem önnur úrræði gagnast ekki.[52]

Anakinra er IL-1 viðtakahemill sem hefur mögulega ábendingu til að minnka verki í bráðri liðbólgu.[53] Vegna aukinnar hættu á sýklasótt er virk sýking alger frábending fyrir IL-1 hemlum.[6]

Endurtekin liðbólga vegna þvagsýrugigtar stuttu eftir fyrri meðferð

Endurtekin liðbólga bendir oft til of stuttrar meðferðarlotu í fyrri liðbólguhrinu. Hefja ætti aftur sömu meðferð og við fyrri liðbólgu en íhuga lengri meðferðartíma. Ef liðbólgueinkennin dempuðust ekki með fyrstu meðferð skal íhuga aðra sjúkdómsgreiningu eða prófa lyf með annan verkunarmáta eða jafnvel samsetta meðferð.

Áhættuhópar

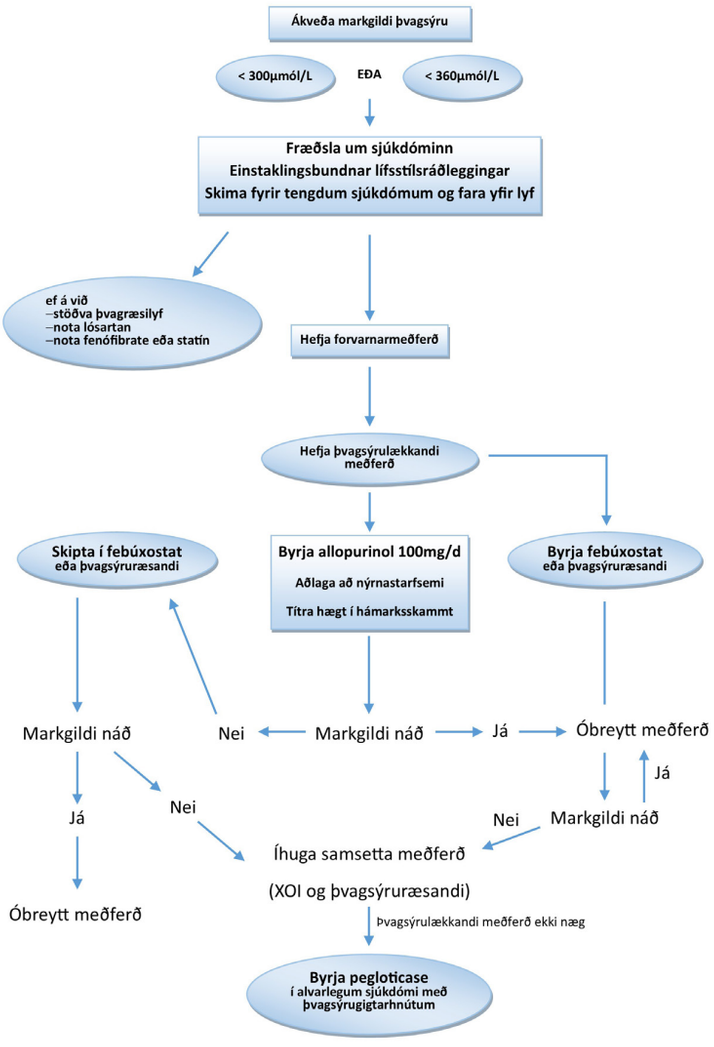
Nota ætti bólgueyðandi gigtarlyf með varúð hjá sjúklingum með kransæðasjúkdóm. Þeir sjúklingar ættu frekar að fá stera eða colchicine ef ekki eru aðrar frábendingar fyrir þeirri lyfjameðferð.

Velja ætti colchicine hjá sykursjúkum en bæði bólgueyðandi gigtarlyf og stera ætti að nota varlega.

Bólgueyðandi gigtarlyf ætti ekki að nota hjá sjúklingum með nýrna- eða lifrarbilun. Ef áframhaldandi meðferð þarf með colchicine eftir hleðsluskammtinn (fyrstu 12 klukkustundir) ætti að helminga viðhaldsskammtinn ef áætlaður gaukulsíunarhraði (GSH) er undir 30 mL/mín eða tvöfalda tíma milli gjafa. Sterar ættu að vera fyrsta val á meðferð hjá sjúklingum með nýrnabilun með GSH undir 30 mL/mín.

Ef sjúklingur er á warfaríni eða NOAC (*novel oral anticoagulant*) ætti að gefa stera eða colchicine en forðast bólgueyðandi gigtarlyf. Þó mætti nota COX-II hemil í völdum tilfellum.

Við vitglöp er skynsamlegt að varast colchicine nema undir eftirliti vegna hættu á eiturverkunum við ofskammt.

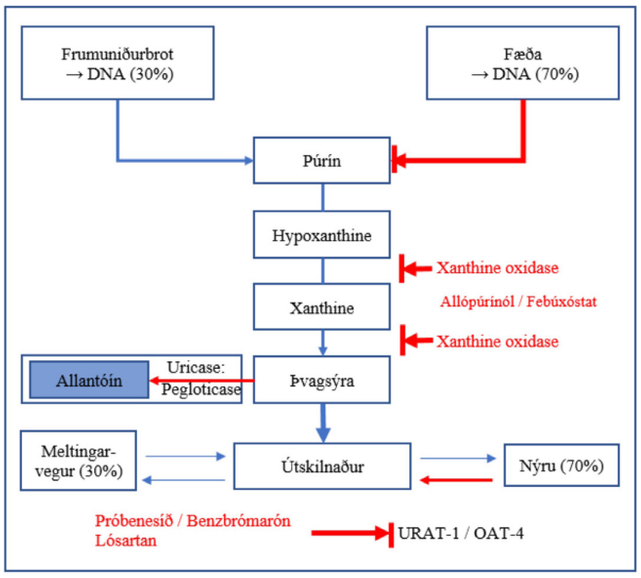


Mynd 3. *Meðferðarferill þvagsýrulækkunar í þvagsýrugigt. Þýdd úr EULAR leiðbeiningum frá 2016.*[6]

ÞVAGSÝRULÆKKANDI MEÐFERÐ

Þvagsýrugigt er alvarlegur og langvinnur sjúkdómur þar sem til er kröftug og örugg meðferð.[5] Því nægir ekki að meðhöndla einungis bráðar liðbólgur heldur þarf líka að veita rétta langtímameðferð. Markmið hennar er að koma þvagsýrugigt í sjúkdómshlé til frambúðar með lækkun þvagsýru í blóði niður fyrir leysnimörk þvagsýrukristalla. Tilgangur hennar er að stöðva myndun nýrra þvagsýrukristalla og minnka kristallasöfn sem þegar hafa myndast. Ábendingar fyrir þvagsýrulækkandi meðferð eru endurtekin þvagsýrugigtarköst (>1 á ári), þvagsýrugigtarhnútar, nýrnabilun af stigi ≥2 eða saga um þvagsýrunýrnasteina.[17] Þegar hefja á þvagsýrulækkandi meðferð er mikilvægt að setja markmið þvagsýrulækkunar til að auðvelda ákvarðanatöku við framhald lyfjameðferðar.

Samkvæmt leiðbeiningum EULAR eru meðferðarmarkmið lækkunar þvagsýru <360µmól/L og halda skyldi þvagsýrugildi sjúklingsins neðan þessa gildis ævilangt. Ef sjúkdómsbyrði er mikil (þvagsýrugigtarhnútar og fjölliðabólgur) má stefna að þvagsýrulækkun niður fyrir 300µmól/L sem hvetur til hraðara niðurbrots þvagsýrukristalla. Þvagsýru ætti ekki að lækka niður fyrir 180µmól/L í lengri tíma (í árum).[6]



Mynd 4. *Sýnir púrín efnaskipti og möguleika lyfjameðferða til lækkunar þvagsýru. Mynd unnin að fyrirmynd Schlee og félaga 2017.*[5]

Hjá eftirfarandi sjúklingahópum er ábending fyrir þvagsýrulækkandi lyfjum við fyrstu liðbólgu vegna þvagsýrugigtar: yngri en 40 ára, þvagsýra hærri en 480µmól/L, þvagsýrugigtarhnútar til staðar, liðskemmdir á röntgenmynd, fjölliðasjúkdómur, þvagsýrunýrnasteinn, aðrir sjúkdómar (nýrnabilun, hár blóðþrýstingur, blóðþurrðarhjartasjúkdómur, hjartabilun).

Fyrsta val á meðferð

Allópúrínól

Allópúrínól er xanthine-oxidasa hemill og er fyrsta lyf í þvagsýrulækkandi meðferð (mynd 4). Lágur upphafsskammtur, 100 mg daglega, dregur úr líkum á liðbólgu í upphafi meðferðar. Mæla ætti þvagsýru í sermi á eins til þriggja mánaða fresti og auka skammtinn um 100 mg í hvert skipti þar til meðferðarmarkmiðum er náð eða komið er upp í hámarksskammt (900 mg á dag). Aukaverkanir allópúrínóls eru sjaldgæfar en það getur valdið útbrotum og möguleiki er á Steven-Johnson heilkenni, eitrunardreplosi húðþekju (*toxic epidermal necrolysis*) og DRESS heilkenni. Hærri upphafsskammtar auka líkur á alvarlegum húðviðbrögðum.[54]

Við skerta nýrnastarfsemi ætti að minnka upphafsskammt allópúrínóls í 50 mg á sólarhring og hækka skammta hægar, í mesta lagi á 4-8 vikna fresti.

Annað val á meðferð

Febúxóstat (Uloric, Adenuric)

Febúxóstat er xanthine-oxidasa hemill (Uloric®, Adenuric®) og er öflugt þvagsýrulækkandi lyf sem nota mætti í stað allópúrínóls ef áhrif þess eru of lítil eða sjúklingur hefur óþol. Ekki er krossofnæmi þar á milli.[55] Febúxóstat ætti í flestum tilvikum að vera annað val og þannig ná fleiri sjúklingar meðferðarmarkmiðum.[56] Upphafsskammturinn er 80 mg einu sinni á dag sem hækka má í 120 mg daglega.

ALMENNT RÁÐ 3.

Allir sjúklingar með þvagsýrugigt ættu að fá ráðgjöf um lífsstíl, svo sem mataræði, áfengisneyslu og þyngdartap ef við á.

Þvagsýruræsandi lyf

Ef allópúrínól og febúxóstat hafa ekki nægileg áhrif má reyna þvagsýruræsandi lyf, bæði eitt og sér eða til viðbótar við xanthine-oxidasa hemla. Þessi lyf eru lítið notuð í dag vegna tíðra aukaverkana en hafa enn ábendingu og eru fáanleg, auk þess sem þau eru ódýr. Helst má nefna próbenesíð, en einnig benzbrómarón og sulfínpyrazón.[6] Önnur lyf með þvagsýruræsandi hliðarverkun eru amlódípín, atorvastatín, fenófíbrat, lósartan, ACTH og cortisón. Nýlega hefur lesínúrad (Zurampic®) bæst við í vopnabúrið en það er sértækur URAT1 hemill sem gefið hefur góða raun ef notað með xanthine-oxidasa hemli.[57]

Pegloticase

Nota má undanþágulyfið pegloticase (Krystexxa) hjá sjúklingum með staðfesta kristallagigt og mikla sjúkdómsbyrði með þvagsýrugigtarhnútum, þar sem þvagsýra lækkar ekki með öðrum ráðum. Hjá tæplega helmingi sjúklinga lækkar þvagsýra niður fyrir 360 µmól/L en um fjórðungur fær aukaverkanir. Meðferðarlengd er óviss en ACR/EULAR leiðbeiningarnar mæla með að skipt sé í annað lyf þegar sjúkdómsbyrði er minni og þvagsýrugigtarhnútar horfnir.[6]

Þvagsýrugigtarliðbólga við innleiðslu þvagsýrulækkandi meðferðar

Við lækkun þvagsýru í blóði minnka þvagsýrugigtarhnútar og kristallasöfn liða leysast út í blóðið. Það leiðir til aukinnar hættu á þvagsýrugigtarbólgu fyrstu 3-6 mánuðina við upphaf meðferðar. Vara skyldi sjúklinginn við þessari auknu hættu en leggja áherslu á mikilvægi þvagsýrulækkunar og bjóða lyf til forvarnar. Þá er notast við colchicine 0,5-1 mg/dag eða lágskammta NSAID en sjúklingar kjósa oft sjálfir þvagsýrulækkun án forvarnar og eru þá meðvitaðir um af hverju þvagsýrulækkandi lyfin séu aukin yfir langan tíma.[6,41]

Ef til liðbólgu kemur er veitt sama meðferð og við bráða þvagsýrugigtarliðbólgu. Þá er mikilvægt að stöðva ekki gjöf þvagsýrulækkandi lyfja á meðan þar sem núverandi liðbólga getur versnað. Þessar liðbólgur eru stundum illviðráðanlegar samanborið við einfaldar þvagsýrugigtarbólgur og geta verið fjölliða.

Mataræði og lífsstíll

Skiptar skoðanir eru um mataræðisráðleggingar til þvagsýrugigtarsjúklinga. Hingað til hafa ráðleggingarnar einblínt á takmörkun púrína í fæðu. Vandamál við púrínsnauða fæðu er að hún inniheldur oft mikið af unnum sykri (meðal annars frúktósa) og mettaðri fitu. Þessi næringarefni hafa tengsl við aukna hættu á insúlínónæmi auk þess sem hærra insúlínmagn í blóði minnkar útskilnað þvagsýru um nýru.[12] Næringarviðmið til almennings miða að því að auka fiskneyslu en hjá sjúklingum með þvagsýrugigt hefur þótt

nauðsynlegt að vanda valið þegar kemur að sjávarafurðum. Sjávarafurðir innihalda omega-3 fitusýrur en eicosapentaenoic acid (EPA) og docosahexaenoic acid (DHA) hafa sýnt bólgueyðandi áhrif og geta gegnt hlutverki í meðferð við þvagsýrugigt. Rétt er að mæla með omega-3 bætiefnum úr plönturíkinu ef talin er þörf á að skerða fiskneyslu sjúklingsins. Meta þarf á einstaklingsgrunni hvort góð áhrif fiskmetis (þá sérstaklega feits fisks á borð við túnfisk, lax og silung) á hjarta- og æðakerfi séu sjúklingnum mikilvægari en hætta á liðbólgu af völdum þvagsýrugigtar.[10,58]

Ný framskyggn rannsókn frá Bandaríkjunum sýndi góð áhrif hins svokallaða DASH-mataræðis (Dietary Approaches to Stop Hypertension) í fyrirbyggjandi skyni við þvagsýrugigt, samanborið við vestrænt mataræði. DASH-mataræðið samanstóð af aukinni neyslu á ávöxtum, grænmeti, hnetum og belgjurtum, nokkurri inntöku á lágfitu mjólkurvörum og heilkornum en minnkaðri inntöku á salti, sykruðum drykkjarvörum, rauðu kjöti og unnum kjötvörum. Lögð var áhersla á prótein úr plönturíkinu frekar en dýraríkinu. Upphaflega DASH-mataræðið lagði áherslu á að minnka mettaða fitu, en í þessari rannsókn var fyrst og fremst lögð áhersla á að minnka mettaða fitu í formi rauðs kjöts og unninna kjötvara.[59] Hafa skal í huga að of mikil neysla á ávöxtum getur aukið hættu á þvagsýrugigt vegna áhrifa frúktósa.[35]

Nýlegar rannsóknir hafa gefið vísbendingar um að hitaeiningaskert mataræði með minnkuðu kolvetnainnihaldi og auknu hlutfalli próteina og ómettaðrar fitu hjá sjúklingum með insúlínónæmi sé árangursríkt til lækkunar á þvagsýru í blóði, þrátt fyrir hátt púríninnihald.[60] Þá hafa músatilraunir og in-vitro rannsóknir úr frumum manna sýnt að svelti, sem veldur ketónamyndun (þá sérstaklega β-hýdroxýbútýrat), hindrar virkjun NALP3 bólgupróteinsins sem myndast sem svar við MSÚ-kristöllum í þvagsýrugigt. Frekari rannsókna er þörf til að sannreyna hvort ketógenískt mataræði geti gagnast við þvagsýrugigt.[61]

Fituskertar mjólkurvörur og neysla á kaffi hefur sýnt verndandi áhrif í rannsóknum.[34] C-vítamín hefur þvagsýrulækkandi áhrif og er samkvæmt rannsóknum verndandi fyrir myndun þvagsýrugigtar ef gefið í háum skömmtum (1000-1500mg á dag) miðað við þá sem innbyrða einungis 250 mg á dag. Kirsuber valda einnig lækkun þvagsýru í blóði og hafa vakið áhuga sem möguleg meðferð til þvagsýrulækkunar og sem forvarnarmeðferð þvagsýrugigtar, en hér vantar sannreynda þekkingu.[3]

Mikilvægt er að hafa í huga fylgikvilla þvagsýrugigtar þegar gefnar eru ráðleggingar varðandi mataræði og lífsstíl. Líklega er öllum hollt að stunda reglubundna hreyfingu, halda sér í kjörþyngd, forðast áfengi og sykraðar vörur. Ótvíræðar sannanir eru fyrir hendi um ávinning þyngdartaps og hreyfingar á þróun þvagsýrugigtar.[10]

Lyfjabreytingar

Mörg lyf geta aukið þéttni þvagsýru í blóði og fara þarf yfir ábendingar þeirra áður en þvagsýrulækkandi lyfi er bætt við. Hjá sjúklingum sem taka þvagræsilyf við háum blóðþrýstingi mætti skipta í lósartan sem hefur þvagsýrulækkandi áhrif. Beta-hemlar auka þvagsýruþéttni en kalsíumgangahemlar lækka mögulega þéttnina. Við blóðfituröskun skyldi velja atorvastatín eða fenófibrat fremur en simvastatín vegna þvagsýrulækkandi áhrifa þeirra.[6]

Lokaorð

Eftir þessa yfirferð hefur lesandi vonandi náð betri innsýn í tilurð þvagsýrugigtar og mikilvægi meðferðar hennar til langs tíma. Þetta er sjúkdómur sem koma má í varanlegt sjúkdómshlé og í raun lækna hann ef markvissri þvagsýrulækkandi meðferð er fylgt eftir og sjúklingurinn fær viðeigandi lífsstílsráðgjöf. Meðferðin er áhrifarík og aukaverkanalítil og til mikils að vinna fyrir sjúklinginn að komast hjá endurteknum liðbólgum. Lyfjameðferðin hefur í stórum dráttum verið óbreytt um margra ára bil og stórstígar framfarir ekki orðið fyrr en á allra síðustu árum, og þá einungis hvað varðar erfiðustu tilfellin. Vonumst við til að þessar leiðbeiningar nýtist íslensku heilbrigðisstarfsfólki vel sem auðfundnar og aðgengilegar upplýsingar þegar þörf er á.

ENGLISH SUMMARY

Gout – a treatable condition

Guðrún Arna Jóhannsdóttir, Ólafur Pálsson, Helgi Jónsson, Björn Guðbjörnsson

Gout is a disabling and common arthritis with increasing prevalence. Without treatment the disease can cause permanent joint damage. It is commonly associated with the metabolic syndrome but can also be related to a number of life-threatening diseases and their treatments. Gout is often misdiagnosed and its long-term management is suboptimal despite the availability of effective treatments. Recently The American College of Rheumatology (ACR) and European League against Rheumatism (EULAR) released common guidelines for the diagnosis of gout and EULAR updated their guidelines for management. There is increased emphasis on preventive treatment, both with lifestyle modifications and pharmacotherapy. It is important to educate patients about the disease and the existence of effective treatment options, how to manage an acutely inflamed joint and why it is important to lower serum urate. When a patient is diagnosed with gout he should be screened for associated comorbidities. It is important to treat-to-target and lower serum urate over a long period of time to induce permanent remission of gouty arthritis.

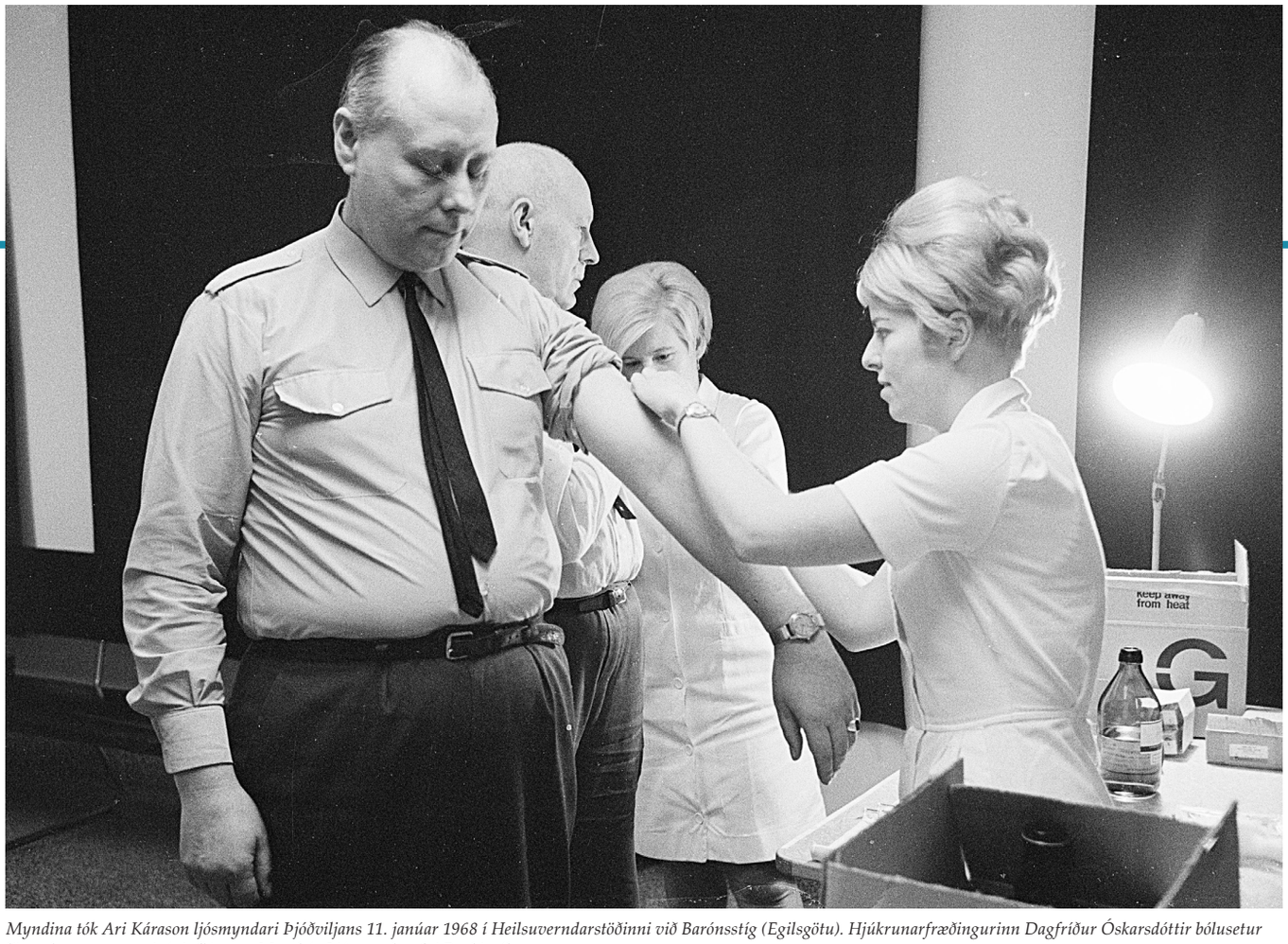
Departments of Medicine and Rheumatology, Centre for Rheumatology Research, University Hospital, Reykjavik, Iceland and the Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavik, Iceland

Key words: gout, uric acid, arthritis, tophus, treatment recommendations.

Correspondence: Ólafur Pálsson, olafurp@landspitali.is

Heimildir

1. Chandratre P, Mallen CD, Roddy E, Liddle J, Richardson J. "You want to get on with the rest of your life": a qualitative study of health-related quality of life in gout. Clin Rheumatol 2016; 35: 1197-205.
2. Kuo C-F, Grainge MJ, Mallen C, Zhang W, Doherty M. Rising burden of gout in the UK but continuing suboptimal management: a nationwide population study. Ann Rheum Dis 2015; 74: 661-7.
3. Roddy E, Choi H. Epidemiology of Gout. Rheum Dis Clin North Am 2014; 40: 155-75.
4. MacFarlane LA, Kim SC. Gout: a review of nonmodifiable and modifiable risk factors. Rheum Dis Clin North Am 2014; 40: 581-604.
5. Schlee S, Bollheimer LC, Bertsch T, Sieber CC, Härle P. Crystal arthritides – gout and calcium pyrophosphate arthritis. Z Gerontol Geriatr 2017.
6. Richette P, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Becce F, Castañeda-Sanabria J, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Ann Rheum Dis 2017; 76: 29-42.
7. Loeb JN. The influence of temperature on the solubility of monosodium urate. Arthritis Rheum 1972; 15: 189-192.
8. Pieterse E, Jeremic I, Czegley C, Weidner D, Biermann MH, Veissi S, et al. Blood-borne phagocytes internalize urate microaggregates and prevent intravascular NETosis by urate crystals. Sci Rep 2016; 6: 38229.
9. Macfarlane LA, Kim SC. Gout A Review of Nonmodifiable and Modifiable Risk Factors Gout Risk factors Race Sex Genetics Diet. Gout 2014; 40: 581-604.
10. Dennis M, Benos DJ, Editor D, Abboud F, Editor A, Koopman WJ, et al. PHYSIOLOGY IN MEDICINE : A SERIES OF ARTICLES LINKING MEDICINE WITH SCIENCE. Review Pathogenesis of Gout. Ann Intern Med 2005; 143: 499-516.
11. Pillinger MH, Rosenthal P, Abeles AM. Hyperuricemia and gout: new insights into pathogenesis and treatment. Bull NYU Hosp Jt Dis 2007; 65: 215-21.
12. Zhu Y, Pandya BJ, Choi HK. Comorbidities of Gout and Hyperuricemia in the US General Population: NHANES 2007-2008. Am J Med 2012; 125: 679-87. e1.
13. Chhana A, Lee G, Dalbeth N. Factors influencing the crystallization of monosodium urate: a systematic literature review. BMC Musculoskelet Disord 2015; 16: 296.
14. Dalbeth N, House ME, Aati O, Tan P, Franklin C, Horne A, et al. Urate crystal deposition in asymptomatic hyperuricaemia and symptomatic gout: a dual energy CT study. Ann Rheum Dis 2015; 74: 908-11.
15. Dalbeth N, Merriman TR, Stamp LK. Gout. Lancet 2016; 388: 2039-52.
16. Igel TF, Krasnokutsky S, Pillinger MH. Recent advances in understanding and managing gout. F1000Res 2017; 6: 247.
17. Dalbeth N, Merriman TR, Stamp LK. Gout. Lancet 2016; 388: 2039-52.
18. Sulem P, Gudbjartsson DF, Walters GB, Helgadottir HT, Helgason A, Gudjonsson SA, et al. Identification of low-frequency variants associated with gout and serum uric acid levels. Nat Genet 2011; 43: 1127-30.
19. Guo Z, Zhang J, Wang Z, Ang KY, Huang S, Hou Q, et al. Intestinal Microbiota Distinguish Gout Patients from Healthy Humans. Sci Rep 2016; 6: 20602.
20. Vieira AT, MacIa L, Galvão I, Martins FS, Canesso MCC, Amaral FA, et al. A role for gut microbiota and the metabolite-sensing receptor GPR43 in a murine model of gout. Arthritis Rheumatol 2015; 67: 1646-56.
21. Mitroulis I, Kambas K, Chrysanthopoulou A, Skendros P, Apostolidou E, Kourtzelis I, et al. Neutrophil extracellular trap formation is associated with IL-1β and autophagy related signaling in gout. PLoS One 2011; 6: 1-10.
22. Rada B. Neutrophil Extracellular Traps and Microcrystals. J Immunol Res 2017; 2017: 2896380.
23. Dalbeth N, Stamp L. Hyperuricaemia and gout: time for a new staging system? Ann Rheum Dis 2014; 73: 1598-600.
24. Taylor WJ, Fransen J, Jansen TL, Dalbeth N, Schumacher HR, Brown M, et al. Study for Updated Gout Classification Criteria: Identification of Features to Classify Gout. Arthritis Care Res (Hoboken) 2015; 67: 1304-15.
25. Gunnarsson SI, Guðbjartsson T, Geirsson ÁJ. Tilfelli mánaðarins. Læknablaðið 2008; 11: 755-6.
26. Eggebeen AT. Gout: an update. Am Fam Physician 2007; 76: 801-8.
27. Abhishek AA, B AER, C MD. Gout – a guide for the general and acute physicians. 2017; 17: 54-9.
28. Wändell P, Carlsson AC, Li X, Gasevic D, Ärnlöv J, Holzmann MJ, et al. Gout in immigrant groups: a cohort study in Sweden. Clin Rheumatol 2017; 36: 1091-102.
29. Sattui SE, Singh JA, Gaffo AL. Comorbidities in Patients with Crystal Diseases and Hyperuricemia. Rheum Dis Clin North Am 2014; 40: 251-78.
30. Roddy E. Revisiting the pathogenesis of podagra: why does gout target the foot? J Foot Ankle Res 2011; 4: 13.
31. Keenan RT. Limitations of the Current Standards of Care for Treating Gout and Crystal Deposition in the Primary Care Setting: A Review. Clin Ther 2017; 39: 430-41.
32. Singh JA, Reddy SG, Kundukulam J. Risk factors for gout and prevention: a systematic review of the literature. Curr Opin Rheumatol 2011; 23: 192-202.
33. Choi HK, Curhan G. Soft drinks, fructose consumption, and the risk of gout in men: prospective cohort study. BMJ 2008; 336: 309-12.
34. Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Willett W, Curhan G. Purine-rich foods, dairy and protein intake, and the risk of gout in men. N Engl J Med 2004; 350: 1093-103.
35. Suresh E, Das P. Recent advances in management of gout. QJM 2012; 105: 407-17.
36. Wallace SL, Robinson H, Masi AT, Decker JL, Mccarty DJ, Yü T. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout. Arthritis Rheum 1977; 20: 895-900.
37. Neogi T, Jansen TLTA, Dalbeth N, Fransen J, Schumacher HR, Berendsen D, et al. 2015 Gout Classification Criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. Arthritis Rheumatol 2015; 67: 2557-68.
38. Janssens HJEM, Fransen J, van de Lisdonk EH, van Riel PLCM, van Weel C, Janssen M. A diagnostic rule for acute gouty arthritis in primary care without joint fluid analysis. Arch Intern Med 2010; 170: 1120-6.
39. Vincent ZL, Gamble G, House M, Knight J, Horne A, Taylor WJ, et al. Predictors of Mortality in People with Recent-onset Gout: A Prospective Observational Study. J Rheumatol 2017; 44: 368-73.
40. Taylor TH, Mecchella JN, Larson RJ, Kerin KD, MacKenzie TA. Initiation of Allopurinol at First Medical Contact for Acute Attacks of Gout: A Randomized Clinical Trial. Am J Med 2012; 125: 1126-34.e7.
41. Rees F, Jenkins W, Doherty M. Patients with gout adhere to curative treatment if informed appropriately: proof-of-concept observational study. Ann Rheum Dis 2013; 72: 826-30.
42. Janssens HJ, Janssen M, van de Lisdonk EH, van Riel PL, van Weel C. Use of oral prednisolone or naproxen for the treatment of gout arthritis: a double-blind, randomised equivalence trial. Lancet 2008; 371: 1854-60.
43. Schumacher HR, Boice J a, Daikh DI, Mukhopadhyay S, Malmstrom K, Ng J, et al. Randomised double blind trial of etoricoxib and indometacin in treatment of acute gouty arthritis. BMJ 2002; 324: 1488-92.
44. van Durme CMPG, Wechalekar MD, Buchbinder R, Schlesinger N, van der Heijde D, Landewé RB. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute gout. Cochrane Database Syst Rev 2014; 9: CD010120.
45. Schumacher HR, Berger MF, Li-Yu J, Perez-Ruiz F, Burgos-Vargas R, Li C. Efficacy and Tolerability of Celecoxib in the Treatment of Acute Gouty Arthritis: A Randomized Controlled Trial. J Rheumatol 2012; 39: 1859 LP-1866.
46. Rainer TH, Cheng CH, Janssens HJEM, Man CY, Tam LS, Choi YF, et al. Oral prednisolone in the treatment of acute gout: A pragmatic, multicenter, double-blind, randomized trial. Ann Intern Med 2016; 164: 464-71.
47. Waljee AK, Rogers MAM, Lin P, Singal AG, Stein JD, Marks RM, et al. Short term use of oral corticosteroids and related harms among adults in the United States: population based cohort study. BMJ 2017; 357357: 1-8.
48. Wechalekar MD, Vinik O, Schlesinger N, Buchbinder R. Intra-articular glucocorticoids for acute gout. Cochrane Database Syst Rev 2013; 4: CD009920.
49. Dalbeth N, Lauterio TJ, Wolfe HR. Mechanism of Action of Colchicine in the Treatment of Gout. Clin Ther 2014; 36: 1465-79.
50. Slobodnick A, Shah B, Pillinger MH, Krasnokutsky S. Colchicine: old and new. Am J Med 2015; 128: 461-70.
51. Terkeltaub RA, Furst DE, Bennett K pd., Kook KA, Crockett RS, Davis MW. High versus low dosing of oral colchicine for early acute gout flare: Twenty-four-hour outcome of the first multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, dose-comparison colchicine study. Arthritis Rheum 2010; 62: 1060-8.
52. Schlesinger N. Canakinumab in gout. Expert Opin Biol Ther 2012; 12: 1265-75.
53. Ottaviani S, Moltó A, Ea H-K, Neveu S, Gill G, Brunier L, et al. Efficacy of anakinra in gouty arthritis: a retrospective study of 40 cases. Arthritis Res Ther 2013; 15: R123.
54. Stamp LK, Taylor WJ, Jones PB, Dockerty JL, Drake J, Frampton C, et al. Starting dose is a risk factor for allopurinol hypersensitivity syndrome: A proposed safe starting dose of allopurinol. Arthritis Rheum 2012; 64: 2529-36.
55. Bardin T, Chalès G, Pascart T, Flipo RM, Korng Ea H, Roujeau JC, et al. Risk of cutaneous adverse events with febuxostat treatment in patients with skin reaction to allopurinol. A retrospective, hospital-based study of 101 patients with consecutive allopurinol and febuxostat treatment. Joint Bone Spine 2015; 83: 314-7.
56. Becker MA, Schumacher HR, Wortmann RL, MacDonald PA, Eustace D, Palo WA, et al. Febuxostat compared with allopurinol in patients with hyperuricemia and gout. N Engl J Med 2005; 353: 2450-61.
57. Engel B, Just J, Bleckwenn M, Weckbecker K. Treatment Options for Gout. Dtsch Arztelb Int 2017; 114: 215-22.
58. Choi HK. A prescription for lifestyle change in patients with hyper- uricemia and gout. Curr Opin Rheumatol 2010; 22: 165-172.
59. Rai SK, Fung TT, Lu N, Keller SF, Curhan GC, Choi HK. The Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet, Western diet, and risk of gout in men: prospective cohort study. BMJ 2017; 357: j1794.
60. Fam AG. Gout, diet, and the insulin resistance syndrome. J Rheumatol 2002; 29: 1350 LP-1355.
61. Levy M, Thaiss CA, Elinav E. Taming the inflammasome. Nat Med 2015; 21: 213-5.
62. Kuo C-F, Grainge MJ, Zhang W, Doherty M. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence and risk factors. Nat Rev Rheumatol 2015; 11: 649-62.



Myndina tók Ari Kárason ljósmyndari þjóðviljans 11. janúar 1968 í Heilsuverndarstöðinni við Barónsstíg (Egilsgötu). Hjúkrunarfræðingurinn Dagfríður Óskarsdóttir bólusetur lögreglumann gegn Asíuinflúensu. Mynd úr Ljósmyndasafni Reykjavíkur.

Árangur og mikilvægi bólusetninga - sögulegt samhengi -

Þórólfur Guðnason

sóttvarnalæknir hjá Embætti landlæknis

thorolfur@landlaeknir.is



Bólusetningar eru taldar vera ein arðbærasta fyrirbyggjandi aðgerð sem völ er á í heilbrigðismálum.[1,2] Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) áætlar að bólusetningar komi árlega í veg fyrir um 2-3 milljónir dauðsfalla og að auki margar milljónir alvarlegra afleiðinga bólusetningasjúkdóma. Hins vegar fá milljónir manna ekki nauðsynlegar bólusetningar með þeim afleiðingum að um 1,5 milljón deyr árlega af völdum sjúkdóma sem koma hefði mátt í veg fyrir.[3] Óhætt er því að fullyrða að bólusetningar hafi komið í veg fyrir hundruðir milljóna alvarlegra afleiðinga smitsjúkdóma á þeim rúmlega 200 árum sem liðið hafa frá því að þær komu fyrst fram.

Bólusetningu má flokka sem fyrsta stigs forvörn og er hún áhrifaríkasta leiðin til að koma í veg fyrir útbreiðslu smitsjúkdóma og alvarlegar afleiðingar þeirra. Bólusetning er læknisfræðileg aðgerð sem miðar að því að hindra að næmir einstaklingar sýkist af smitsjúkdómi. Á síðari árum hafa aðrir notkunarmöguleikar bólusetninga einnig orðið mönnum ljósir, þar á meðal við meðferð langvinnra smitsjúkdóma (HIV og lifrarbólgu B) og krabbameina en þessi notkun er hins vegar ekki orðin eins þróuð og hefðbundin fyrirbyggjandi meðferð gegn smitsjúkdómum.

Bólusetningar verja ekki einungis þá sem eru bólusettir heldur einnig þá sem eru óbólusettir (hjarðónæmi), að því gefnu að almenn þátttaka í samfélaginu sé 80-95%. Því er mikilvægt að halda uppi góðri þátttöku í bólusetningum svo koma megi í veg fyrir faraldra hættulegra smitsjúkdóma.

Saga bólusetninga á Vesturlöndum nær aftur til ársins 1796 þegar Edward Jenner notaði kúabólu til að bólusetja gegn bólusótt (stórubólu) en bólusótt leiddi til dauða um 25% þeirra sem smituðust. Útbreidd bólusetning gegn bólusótt varð síðan til þess að henni var útrýmt úr heiminum á árinu 1979. Á 19. öldinni, í

Tafla. *Sögulegt yfirlit yfir bólusetningar barna á Íslandi.*

Ár	Bólusótt (1)	Barnaveiki (2)	Stífkrampi (3)	Kíghósti (3)	Mænusóttt	Mislingar (4)	Rauðir hundar (5)	Hettusótt (6)	Hib (7)	Meningó-kokkar C (8)	Pneumó-kokkar (9)	HPV (10)
1802	x											
1935	x	x										
1950 – 1953	x	x	x	x								
1956	x	x	x	x	x							
1965	x	x	x	x	x	x						
1977	x	x	x	x	x	x	x					
1989		x	x	x	x	x	x	x	x			
2002-2010		x	x	x	x	x	x	x	x	x		
2011		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

1) Bólusett gegn bólusótt til ársins 1980.

2) Bólusetning gegn barnaveiki hófst vorið 1935 en varð hluti af almennum bólusetningum barna 1959.

3) Farið að bjóða ungum börnum uppá bólusetningu gegn kíghósta 1950 og stífkrampa 1953. Þessar bólusetningar urðu hluti af almennum bólusetningum barna 1958.

4) 1965 var byrjað að bjóða uppá bólusetningu gegn mislingum fyrir tveggja ára börn gegn greiðslu. Varð hluti af almennum bólusetningum barna 1976. Árið 1989 var farið að bólusetja við 18 mánaða aldur með MMR.

5) og 6) Einungis 13 ára stúlkur sem ekki voru með mótefni gegn rauðum hundum voru bólusettar fram til 1989. Eftir það voru allar stúlkur og drengir bólusettir með MMR bóluefninu sem inniheldur mótefnavaka gegn mislingum, rauðum hundum og hettusótt.

7) Hib - Haemophilus influenzae baktería af gerð b.

8) Árið 2002 voru einstaklingar fæddir 1983 (19 ára) og yngri bólusettir. Einnig ungbörn við 6 og 8 mánaða aldur.

9) Þriggja, 5 og 12 mánaða börn bólusett með próteintengdu bóluefni.

10) Einungis stúlkur við 12 ára aldur. Fyrstu árgangar voru 1998 og 1999.

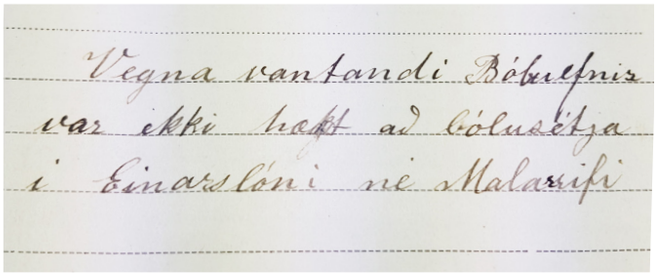
kjölfar uppgötvunar Jenners, gerðist hins vegar ekki mikið í þróun nýrra bóluefna. Það var ekki fyrr en fljótlega upp úr 1900 að fram á sjónarsviðið komu ný bóluefni gegn alvarlegum smitsjúkdómum eins og barnaveiki, stífkrampa, kíghósta og mænusótt. Á seinni hluta 20. aldar varð hins vegar sprenging í framleiðslu nýrra bóluefna og í dag eru framleidd bóluefni gegn tæplega 30 smitsjúkdómum. Þessi þróun leiddi til þess að í löndum þar sem bólusetningar hafa verið almennar og útbreiddar hefur nánast tekist að uppræta hættulega smitsjúkdóma sem áður lögðu fjölda einstaklinga að velli. Það má þó segja að bólusetningar hafi á ákveðinn hátt goldið fyrir velgengni sína því samhliða þessum árangri óx umræða um hugsanlegar alvarlegar aukaverkanir þeirra sem leiddi til minnkandi þátttöku í sumum löndum. Afleiðingar þessa urðu að í mörgum löndum hafa faraldrar blossað upp aftur með skelfilegum afleiðingum.

Fá lyf undirgangast eins viðamiklar og strangar rannsóknir hvað öryggi og árangur varðar og bóluefni áður en þau eru tekin í almenna notkun. Áður en bóluefni eru sett á markað eru þau rannsökuð hjá mörg þúsund einstaklingum til að kanna árangur þeirra og öryggi. Þessar rannsóknir geta hins vegar misst af mjög sjaldgæfum aukaverkunum og því er einnig fylgst náið með hugsanlegum aukaverkunum bóluefna eftir að þau hafa verið tekin í almenna notkun. Með þessu móti er hægt að finna mjög sjaldgæfar aukaverkanir og endurmeta notkun bóluefnanna. Niðurstöður slíkra rannsókna hafa sýnt að alvarlegar aukaverkanir bóluefna sem notuð eru hjá börnum í almennum bólusetningum eru mjög fátíðar, eða um ein aukaverkun á hverjar 500.000-1.000.000 bólusetningar. Þetta þýðir að á Íslandi má búast við einni alvarlegri aukaverkun á um 40 ára fresti. Fjöldi aukaverkana er þannig óverulegur í samanburði við þann árangur sem sést af bólusetningum.

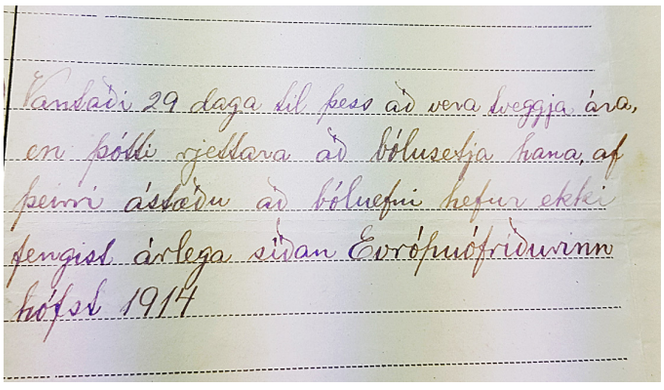
Upphaf bólusetninga barna á Íslandi má rekja aftur til ársins 1802 þegar byrjað var að bólusetja með kúabólu gegn bólusótt[4] og var Ísland eitt af fyrstu löndum til að hefja almenna notkun á því bóluefni. Bóluefni gegn bólusótt var lengi vel það eina sem notað var og var foreldrum gert skylt að bólusetja börn sín. Í sögulegu samhengi hefur bólusetning með kúabólu verið eina skyldubólusetningin hér á landi en sú skylda var afnumin með lögum árið 1978 þegar tekist hafði að útrýma sjúkdómnum í heiminum.

Næsta bóluefni sem tekið var í notkun hér á landi var bóluefni gegn barnaveiki á árinu 1935. Árið 1950 voru sett lög um ónæmisaðgerðir á Íslandi (nr. 36/1950) og í kjölfarið var ungbörnum boðin bólusetning gegn barnaveiki og kíghósta. Frá þeim tíma varð nokkuð hröð þróun í innleiðingu bólusetninga hér á landi eins og sjá má í töflu þar sem greint er frá sögulegu yfirliti yfir bólusetningar á Íslandi. Fljótlega eftir að bólusetningarnar hófust hér

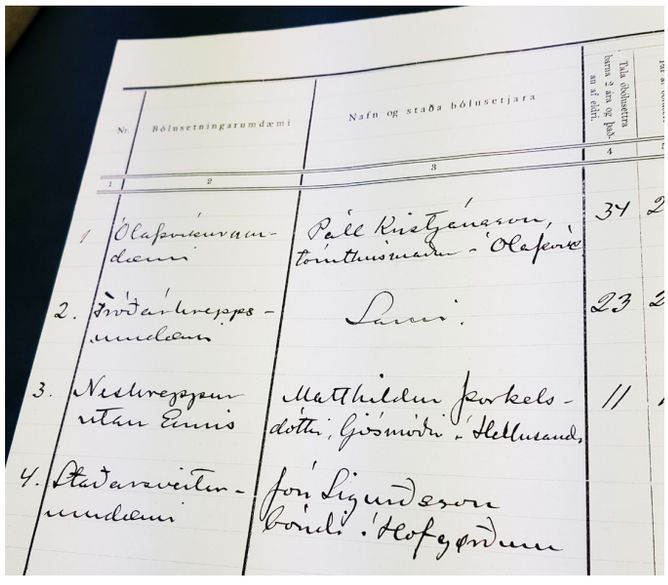
Myndirnar voru teknar á Þjóðskjalasafninu af skýrslum með spássíugreinum um bólusetta á landinu árið 1918 og úr bólusetningarskrá frá 1818.


Vegna vantandi Bóluefnis
var ekki hægt að Bólusetja
í Einarslóni né Malarrifi

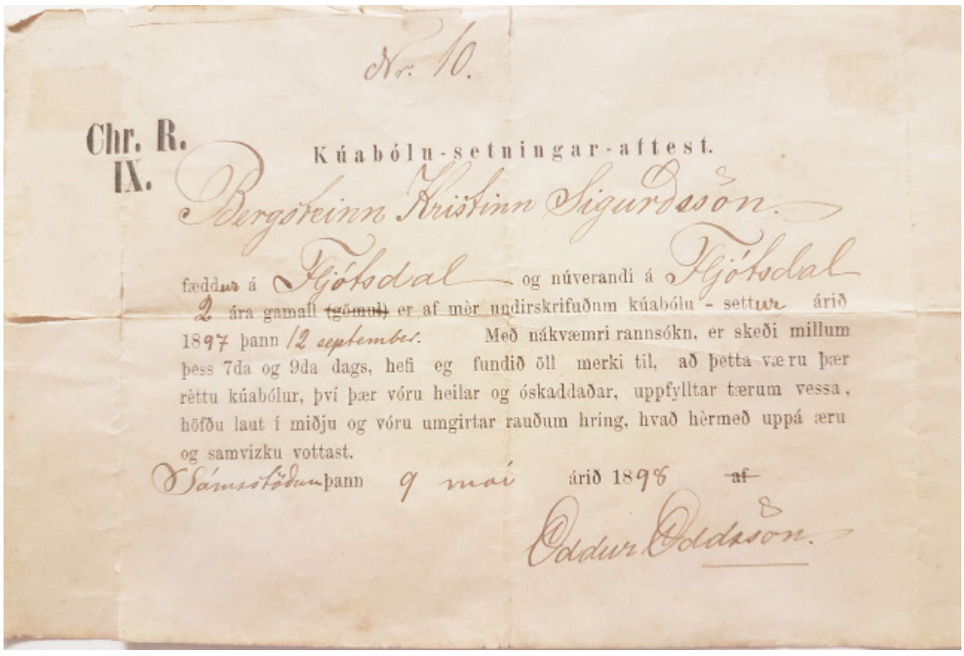
Vegna vantandi bóluefna var ekki hægt að bólusetja í Einarslóni né Malarrifi.


Vantaði 29 daga til þess að vera tveggja ára,
en þótti réttara að bólusetja hana, af
þeirri ástæðu að bóluefni hefur ekki
fengist árlega síðan Evrópuófriðurinn
hófst 1914

Vantaði 29 daga til þess að vera tveggja ára en þótti réttara að bólusetja hana af þeirri ástæðu að bóluefni hefur ekki fengist árlega síðan Evrópuófriðurinn hófst 1914.


Nr.	Bólusetningarumdæmi	Nafn og staða bólusetjara	Tala óbólusettra barna á árinu, sem af dóði.
	1	2	3	4
1	Ólafsvíkurumdæmi	Páll Kristjánsson, tómthúsmaður á Ólafsvík	34
2.	Hvítárbrespóstsumdæmi	Sami.	23
3.	Neðribrespóstsumdæmi utan Ennis	Matthildur Þorkelsdóttir, Gjósmóðir á Hellnasandi,	11
4.	Staðarsveitarumdæmi	Jón Sigurðsson bóndi á Hofgörðum	

Þeir sem eru bólusetjarar á Snæfellsnesi: tómthúsmaður, ljósmóðir og bóndi.


Nr. 10.

Chr. R. IX.

Kúabólu-setningar-attest.

Bergsteinn Kristinn Sigurdsson.

fæddur á Fjótsdal og núverandi á Fjótsdal

2 ára gamall ~~tgömul~~ er af mèr undirskrifuðum kúabólu-settur árið 1897 þann 12 september. Með nákvæmri rannsókn, er skeði millum þess 7da og 9da dags, hefi eg fundið öll merki til, að þetta væru þær réttu kúabólur, því þær vóru heilar og óskaddaðar, uppfylltar tærum vessa, höfðu laut í miðju og vóru umgirtar rauðum hring, hvað hèrmeð uppá æru og samvizku vottast.

Þannstöðum þann 9 maí árið 1898 ~~af~~

Oddur Oddsson.

Í nafni Kristjáns 9. Danakonungs vottar Oddur Oddsson læknir að hinn tveggja ára gamli Bergsteinn Kristinn hafi verið kúabólusettur vorið 1896. Þetta skírteini er innrammað á vegg sóttvarnalæknis.

á landi fór að draga úr tíðni þeirra sjúkdóma sem bólusett var gegn og má þakka það góðri almennri þátttöku.

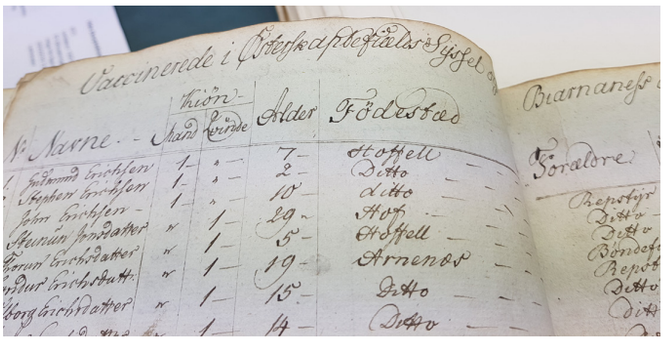
Þegar litið er á árangur almennra bólusetninga hér á landi er hægt að fullyrða að hann sé frábær. Allar hafa bólusetningarnar nánast útrýmt þeim sjúkdómum sem bólusett er gegn og hafa þær þannig komið í veg fyrir fjölda dauðsfalla og annarra alvarlegra afleiðinga.

Í þessari greinargerð hefur aðalumfjöllunin verið um almennar bólusetningar hjá börnum. Hins vegar má ekki gleyma bólusetningum sem notaðar eru til að koma í veg fyrir alvarlegar sýkingar hjá fullorðnum einstaklingum og einstaklingum á ferðum erlendis. Þessar bólusetningar eru algengar á Íslandi og má fullyrða að þær hafi einnig komið í veg fyrir margar alvarlegar sýkingar.

Þó vel hafi tekist til í málefnum bólusetninga hér á landi er ljóst að þessi árangur er ekki sjálfgefinn. Á undanförnum árum hefur andstaða gegn bólusetningum farið vaxandi víða um heim, sem hefur leitt til minni þátttöku í mörgum löndum með þeim afleiðingum að bólusetningasjúkdómar hafa blossað upp með skelfilegum afleiðingum. Þó velvilji almennings í garð bólusetninga sé mikill á Íslandi gæti áróður andbólusetningasinna leitt til



Ekki er vitað hver tók þessa mynd í janúar 1968 þegar leikarar Þjóðleikhússins voru bólusettir gegn Asíuinflúensu. Snorri Hallgrímsson yfirlæknir á Landspítalanum og prófessor við HÍ sprautar Róbert Arnfinnsson leikara með bóluefni. Til hægri er Guðbjörg Þorbjarnardóttir leikkona. Myndin er varðveitt í Ljósmyndasafni Reykjavíkur en birtist í Vísi.



Bólusettir 1818 í Skaftafellssýslu, - þarna er allt skráð á dönsku, og fyrirmenni sveitarinnar er Repstýr (hreppstjóri).

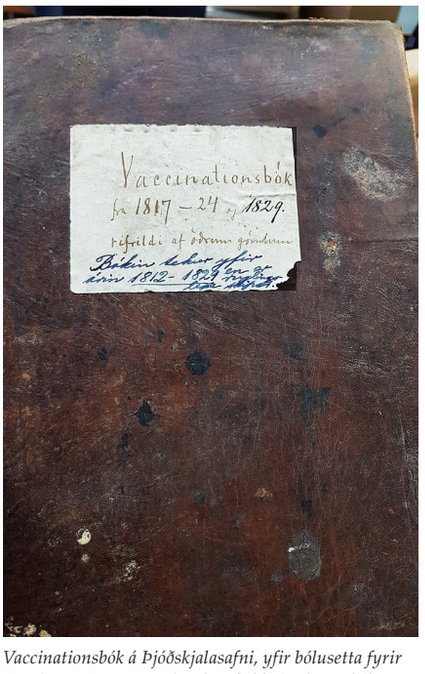
minnkandi þátttöku sem myndi auka á tíðni bólusetningasjúkdóma. Það er því mikilvægt að standa vörð um þann árangur sem náðst hefur með nauðsynlegri fræðslu fyrir almenning, heilbrigðisstarfsmenn og heilbrigðisyfirvöld til að tryggja áframhaldandi góða þátttöku. Einnig er mikilvægt að huga að notkun nýrra bóluefna hjá börnum hér á landi eins og við hlaupabólu, lifrarbólgu B, rótaveiru og árlegri inflúensu.

Heimildir

1. Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis JM, Harris JR, Caldwell MB, Teutsch SM, et al. Priorities among recommended clinical preventive services. Am J Prevent Med 2001; 21: 1-9.
2. Ehreth J. The value of vaccination: a global perspective. Comment. Vaccine 2003; 21: 4105-17.
3. www.who.int/immunization/en/ – febrúar 2018.
4. www.landlaeknir.is – febrúar 2018.



Mynd úr Vísi 20. janúar 1985, tekin í álverinu í Straumsvík. Starfsmaður sprautaður við inflúensu. Kristján A. Einarsson tók myndina sem er á Ljósmyndasafni Reykjavíkur.



Vaccinationsbók á Þjóðskjalasafni, yfir bólusetta fyrir 200 árum, 1818, - og að auki rifrildi úr öðrum bókum. Mjög órafræn sjúkraskrá, en á einum stað!



Reynir Arngrímsson

erfðalæknir
formaður Læknafélags Íslands
reynir@lis.is

Skipulag og starfsemi LÍ á tímamótum

Læknafélag Íslands (LÍ) er heildarsamtök lækna og samkvæmt nýja skipulaginu velja félagsmenn sér aðildarfélag innan þess. Skipulagsbreytingarnar sem samþykktar voru á síðasta aðalfundi félagsins hafa í för með sér breytingar á félagsaðildinni sem vert er að vekja athygli á. Einnig er kominn tími til að fara í stefnumótunarvinnu og ræða hlutverk félagsins og sameiginlega stefnu. Hér til hægri eru sett fram á myndrænan hátt drög að skipu- og starfsemisriti til að sýna helstu þætti í starfi félagsins. Þar eru einnig nýir þættir sem ég tel rétt að tekin sé afstaða til á næstunni, svo sem tillaga að kjararáði eða kjaranefnd. Breytingarnar taka ekki að fullu gildi fyrr en í haust á næsta aðalfundi þegar aðildarfélögin hafa gengið frá breytingum á sínum lögum og formenn þeirra og meðstjórnendur setjast í stjórn LÍ.

LÍ stéttarfélag

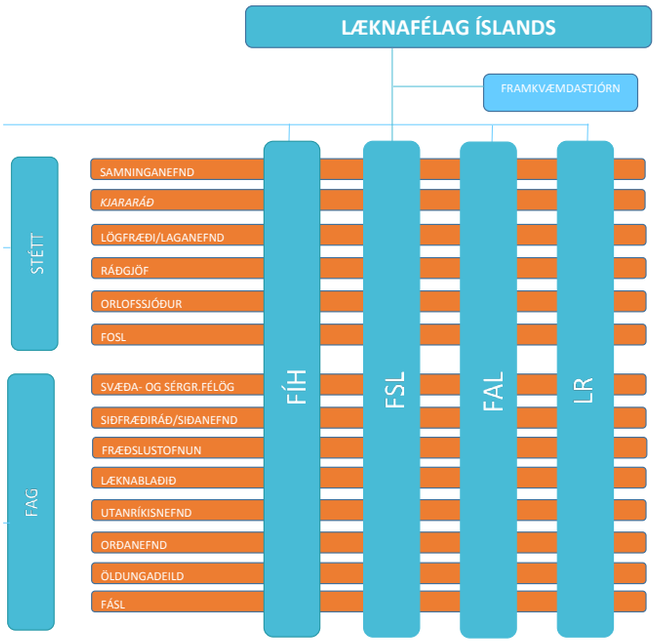
Í dag er kjarnastarfsemi LÍ tengd stéttarfélagsmálum. Gerð kjarasamnings og að standa vörð um réttindi lækna gagnvart heilbrigðisstofnunum í víðasta skilningi. Umfang réttindagæslu lækna er mikið og mun meira en flestir gera sér grein fyrir. Þá eru Orlofssjóður og Fjölskyldu- og styrkarstjóður lækna hluti af kjarasamningsbundnum réttindum. Hér er varpað fram þeirri hugmynd að auk samninganefndar verði komið á fót kjararáði eða kjaranefnd sem hafi það hlutverk að rýna í launaþróun í landinu og afla þannig gagna og undirbúa næstu kjaraviðræður á hverjum tíma.

LÍ fagfélag

Fræðslustofnun lækna (FS) hefur gegnt hlutverki fagdeildar félagsins með sérstakri stofnskrá. Það eru fleiri þættir í starfi LÍ sem flokkast undir faglega hlutann þegar grannt er skoðað. Á þessum tímamótum er rétt að mínu mati að hefja umræður um til dæmis nánara samstarf LÍ og sérgreinafélaganna sem núna standa utan heildarsamtakanna og samskiptin við þau eru ekki skilgreind sérstaklega í lögum LÍ. Málefni og staða svæðafélaga sem hafa haldið uppi öflugu fræðslustarfi á sínum heimasvæðum er annað sem þarf að skoða. Má þar nefna Læknafélag Akureyrar sem var svæðafélag og þar með aðildarfélag að LÍ en er það ekki lengur eftir skipulagsbreytinguna. Útgáfa *Læknablaðsins* er þriðji hlutinn sem vert er að nefna. Samstarf þessara aðila þarf að skoða og kanna möguleika á nánari tengslum.

Erlent samstarf LÍ hefur fyrst og fremst verið á vettvangi Norræna læknaráðsins, Alþjóðasamtaka lækna (World Medical Association, WMA), Fastanefndar Evrópsku læknafélaganna í Brussel (CPME) og nú aftur nýlega á vettvangi Samtaka sérgreinafélaga Evrópu (UEMS).

Hlutverk siðanefndar og siðfræðiráðs er skilgreint í lögum LÍ og breyttist ekki við síðustu endurskoðun. Félagsmenn sem látið hafa af störfum hafa með sér félagsskap, Öldungadeild lækna, og ekki verður vikist undan að ræða málefni þeirra eins og fram hafa komið óskir um. Til að halda öllu til haga er einnig rétt að benda á Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar (FÁSL), sem reyndar er eina félagið þar sem aðrir en læknar geta orðið félagsmenn, en varðveisla sögunnar er mikilvæg eins og gefur að skilja á þessum tímamótum.



Nýtt skipurit LÍ.

Til framtíðar

LÍ þarf að halda áfram þeirri vegferð sem lagt var í með lagabreytingum á síðasta aðalfundi. Á næstunni mun LÍ bjóða formönnum aðildar- og sérgreinafélaga til viðræðna um áframhald innleiðingar á breyttu skipulagi til að skýra nánar hvað í þeim felst. Vonast er til þess að þá skýrist línur sérstaklega varðandi uppbyggingu faglega þáttarins í starfi LÍ í samstarfi við sérgreinafélögin. Jafnframt verði horft til stefnumótunar til framtíðar með áherslu á sameiginlega hagsmuni allra lækna.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Stjórn Læknafélags Íslands

Reynir Arngrímsson *formaður*
Björn Gunnarsson *gjaldkeri*
Guðrún Ása Björnsdóttir
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.

Eftirfarandi grein er byggð á erindi Jóhanns Ágústs Sigurðssonar prófessors emeritus í heimilislækningum er hann hélt á málþingi er haldið var honum til heiðurs þann 2. mars síðastliðinn. Jóhann varð einnig góðfúslega við því að láta í té óbirta samantekt sína á sögu heimilislækninga við vinnslu greinarinnar. Er allur texti greinarinnar Jóhanns en samantektin unnin af blaðamanni *Læknablaðsins* með samþykki höfundar.

Án fræðslu þess liðna sést ei hvað er nýtt

Jóhann Ágúst Sigurðsson

Jóhann Ágúst lauk námi í læknadeild HÍ árið 1975 og sérnámi í heimilislækningum í Svíþjóð 1981. Hann starfaði sem héraðslæknir og síðar heimilislæknir og var skipaður prófessor í heimilislækningum er sú staða var stofnuð í læknadeild HÍ árið 1991. Prófessorsstaðan var upphaflega gjöf Félags íslenskra heimilislækna (FÍH) til Háskólans til tveggja ára. Af erindum þeim sem haldin voru á málþinginu er ljóst að framlag Jóhanns Ágústs til þróunar sérgreinarinnar á Íslandi er ómetanlegt þó hann sé fyrstur manna til að viðurkenna og virða framlag og þátt annarra í þeirri löngu vegferð.

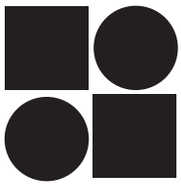
Stofnun og starfsemi Félags íslenskra heimilislækna er ein af mörgum vörðum í sögu heimilislækninga á Íslandi og hér er dregið fram í dagsljósið það sem mér finnst áhugavert varðandi forsögu félagins.

Þar eð Ísland hafði lotið danska konungsdæminu um aldaraðir er ljóst að þróun heilbrigðisþjónustu síðustu aldirnar hafði að mestu mótast samkvæmt danskri fyrirmynd. Má þar nefna sögu sjúkrahúsa og héraðslækninga, faglegar kröfur um lækningaleyfi, framhaldsnám í læknisfræði og fleira.

Hugsjónir í mótun

Allt frá þjóðveldisöld voru til ákvæði eða landslög um samhjálp, sem síðar hafa

Saga heimilislækninga á Íslandi í 50 ár



þróast í aldanna rás. Þróun sjúkrasamlaga og samningar forsvarsmanna þeirra við læknasamtökin hafa skipt miklu máli hvað varðar heimilislækningar. Fyrsta sjúkrasamlagið á Íslandi var þegar stofnað árið 1897 og Sjúkrasamlag Reykjavíkur árið 1909 (*tr.is/tryggingastofnun/saga/*). Árið 1936 var Tryggingastofnun ríkisins stofnuð með heildstæðum lögum um almannatryggingar, væntanlega samkvæmt danskri fyrirmynd, þar sem undirstöður samhjálpar eru styrktar enn frekar. Þá er vert að hafa það í huga að heimsstyrjöldin síðari var ekki eingöngu saga hernaðar og hörmunga heldur einnig vettvangur samfélagslegra hugsjóna og hugmyndafræðilegra átaka. Hugmyndir að velferðarkerfinu (*the welfare state*) mótuðust á þessum tíma í Bretlandi (Beveridge-skýrslan 1942) og í kjölfar þess stofnuðu Bretar metnaðarfullt opinbert heilbrigðiskerfi (The National Health Service) árið 1948. Norðurlöndin fylgdu þessari hugmyndafræði eftir. Í hnotskurn er grunnurinn sá að almannafé er nýtt til að fjármagna heilbrigðisþjónustuna fyrir alla landsmenn og að tryggja jafnt ungum sem öldruðum lífsviðurværi og félagslegt öryggi. Sérstaða lækna í þessum bresku og norrænu velferðarkerfum hefur frá upphafi verið sú að þeir beri ekki eingöngu ábyrgð á velferð skjólstæðinga sinna, heldur einnig á jafnvægi í velferðarkerfinu í heild. Þessi hugsjón hefur allar götur síðan verið ofarlega á blaði við mótun starfa heimilislækna.

Vert er að gera sér grein fyrir að með fyrirkomulagi sjúkrasamlaga eru eftirfarandi þættir innbyggðir í kerfið sem skiptu miklu máli varðandi heimilislækningar. Þetta var nokkurs konar samningur um:

- um samfellda þjónustu (*continuity of care*),
- persónulega þjónustu,
- ákveðinn fjölda íbúa fyrir hvern heimilislækni.

Sú hefð sem skapaðist hér á landi um að hver og einn hefði sinn heimilislækni skipti miklu máli þegar heimilislæknar fóru að móta starfsemi sína nánar síðar meir.

Aukin áhersla á sérhæfingu

Á sjötta og sjöunda áratugnum var sérhæfing innan læknisfræðinnar orðin ríkjandi



Frá málþingi til heiðurs Jóhanni Ágústi Sigurðssyni sem haldið var 2. mars síðastliðinn. Fremst eru Jóhann Ágúst og Linn Getz eiginkona hans.

og verulegur skortur á heimilis- og héraðslæknum. Heilbrigðisyfirvöld víða um heim glímdu við sama vandamál varðandi mönnun og menntun lækna í heimilislækningum. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin gaf til dæmis út nefndarskýrslu árið 1963 sem bar heitið *Training Physicians for Family Practice*. Þar er lagt til að komið verið á fót framhaldsnámi í heimilislækningum sem mæti þörfum fólks og heimilislæknanna sjálfra. Lagt er til að þeir taki þátt í rannsóknum og kennslu. Þá vakti skýrsla Millis árið 1966 athygli í Bandaríkjunum og víðar, en þar er bent á nauðsyn þess að læknaskólar og heilbrigðisyfirvöld mennti lækna sem geti litið á einstaklinginn í heildrænu samfélagslegu samhengi. Á sama tíma (1963-1968) vann læknisþjónustunefnd á vegum Reykjavíkurborgar að tillögum til úrbóta varðandi heimilislækningar. Í nefndinni áttu meðal annarra sæti Páll Sigurðsson þáverandi tryggingayfirlæknir og síðar ráðuneytisstjóri og Arinbjörn Kolbeinsson dósent í læknadeild. Nefndin skilaði greinargerð sinni árið 1968 sem nefndist *Læknisþjónusta utan sjúkrahúsa*. Tillögur nefndarinnar voru í 22 liðum. Segja má að þar sé lagður grunnur að þeirri heilsugæslu sem við búum við í dag, enda birtist megnið af þessum tillögum í lagafrumvarpi og reglugerðum um heilbrigðisþjónustu nokkrum árum síðar.

Embætti landlæknis blandaðist eðlilega inn í þessa umræðu og þróun, þar eð hlutverk landlæknis hefur frá upphafi verið að aðstoða við mönnun læknisstarfa, einkum úti á landi. Á árinu 1965 beindi Sigurður Sigurðsson landlæknir þeim tilmælum til menntamálaráðuneytisins að hafin yrði kennsla í „almennum lækningum“ við læknadeild (Ólafur Ólafsson ofl. *Læknablaðið* 1977; 63: 167-74). Tómas Helgason prófessor var þá forseti læknadeildar (1964-68). Forystusveit læknadeildar tók þessum tilmælum vel, en taldi fyrst nauðsynlegt að endurskoða alla kennslu í deildinni svo að slíkt nám lengdi ekki læknanámið.

Tómas Helgason, ásamt Jónasi Hallgrímssyni prófessor, skiluðu greinargerð árið 1969 með tillögum að reglugerð fyrir læknadeild varðandi nýja námsskrá fyrir læknadeild. Þar er meðal annars lagt til að taka upp kennslu í heimilislækningum: *„Kennslan í þessari grein verður að vera allviðamikil og verður kostnaðarsöm í byrjun, þar eð byrja þarf á að afla húsnæðis fyrir heimilislækningastöð Læknadeildarinnar. Hún þarf að vera búin þannig, að þar geti verið lækningastofur fyrir alla 3 kennara deildarinnar, 1 prófessor og 2 aðstoðarkennara hans, ásamt rannsóknarstofum og lækningastofum fyrir stúdenta.“* Enn fremur er tekið fram að þessar áætlanir geti tekið nokkurn tíma en jafnframt lagt til að stofna fyrst prófessorsembættið og auglýsa það með góðum fyrirvara.

Það var þó ekki fyrr en fjórum árum síðar sem staða prófessors í heimilislækningum við HÍ var auglýst. Allir umsækjendur voru hins vegar ekki metnir hæfir til starfans. Þessi niðurstaða hafði mikil áhrif, þar eð skilaboðin útávið voru þau að heimilislæknar yrðu að stunda vísindastörf í ríkari mæli ef þeir ætluðu að skipa kennarastóla læknadeildar.

Á árunum 1970-74 verða lykilbreytingar á íslenska heilbrigðiskerfinu sem höfðu



Stofnendur Félags íslenskra lækna um heilsugæslu í Gautaborg 1977. Aftari röð frá vinstri: Ingþór Friðriksson, Guðmundur Sverrisson, Guðfinnur P. Sigurfinnsson. Fremri röð frá vinstri: Jón Bjarni Þorsteinsson, Vilhjálmur Rafnsson, Birgir Guðjónsson og Jóhann Ágúst Sigurðsson.

mikil áhrif á þróun heimilislækninga. Árið 1970 er heilbrigðisráðuneytið stofnað og Páll Sigurðsson skipaður ráðuneytisstjóri. Ólafur Ólafsson er skipaður landlæknir 1972 og ný lög um heilbrigðisþjónustu eru samþykkt á Alþingi sem tóku gildi árið 1974. Þar með hófst umfangsmikil uppbygging heilsugæslustöðva um land allt og ríkisrekinnar heilsugæslu.

Ólga sem upp kemur meðal námsmanna í Evrópu árið 1968 barst á næstu árum til Íslands, einkum boðskapur um að tími sé til kominn að breyta kerfinu, auka samhyggju og bjóða hefðbundnu stjórnkerfi og hugsunarhætti byrginn. Ólafur Mixa gerði þessum málum góð skil í *Læknanemanum* 1969 með grein sinni „Um andóf stúdenta“. Ólafur fer þarna á kostum. Hann benti sérstaklega á andlega lognmollu hér á landi á þessu sviði og hvatti læknanema sem aðra til dáða. Straumar af þessu tagi höfðu veruleg áhrif á háskólanema hér á landi. Ég tel að þessi ólga og nýir straumar hafi ýtt undir skilning á heimilislækningum sem nýjum leiðum í heilbrigðisþjónustu.

Prófessorsstaðan tefst um áratug

Enda þótt læknadeild hafi ekki tekist að ráða prófessor í heimilislækningum var áfram stefnt að kennslu í faginu. Deildin auglýsti lektorsstöðu í fræðigreininni og var Örn Bjarnason ráðinn til starfans árið 1976 og árið síðar var Eyjólfur Þ. Haraldsson skipaður lektor í heimilislækningum.

Þegar hér var komið sögu virðist sem læknadeild hafi fallið frá frekari tilraunum til að auglýsa stöðu prófessors í heimilislækningum við læknadeild. Heimilislæknar kenndu Ólafi Bjarnasyni, prófessor í meinafræði, um þetta áhugaleysi, en hann var forseti deildarinnar á árunum 1968-70 og aftur 1974-78. Þessar ásakanir um áhugaleysi Ólafs voru ekki að ástæðulausu. Ummæli sem hann lét falla á deildarfundi læknadeildar á þessum tíma um að heimilislækningar væru *„félagsfræðilegt snakk með læknisfræðilegu ívafi”* urðu fleyg og særðu margan heimilislæknirinn. Deildin nýtti síðan það fjármagn sem ætlað var í prófessorsstöðuna til að búa til nýjan stól prófessors, en að þessu sinni í réttarlæknisfræði. Ólafur Bjarnason settist sjálfur í þann stól árið 1978. Það tók heimilislækna rúman áratug að „endurheimta“ prófessorsstöðuna með tilstuðlan Félags íslenskra heimilislækna sem fyrr segir.

Á áttunda áratugnum (1970-80) eru hugmyndir um heimilislækningar fullmótaðar, hvað varðar hugmyndafræði, kennslu, vísindi, lagalega umgjörð og uppbyggingu heilsugæslustöðva um allt land. Margar greinargerðir og skýrslur lágu fyrir um þessi mál. Má sérstaklega nefna tvær greinar sem birtust í *Læknablaðinu* og urðu nokkurs konar „klassikerar” næstu áratugina. Sú fyrri, „Kennsla í heimilislækningum við læknadeild Háskóla Íslands“ (eftir Ólaf Ólafsson, Eyjólf Þ. Haraldsson, Jón G. Stefánsson og Tómas Á. Jónasson. *Læknablaðið* 1977; 63: 167-74) var hluti af álitsgerð nefndar sem skipuð var af menntamálaráðuneytinu. Síðari greinin, eftir Eyjólf Þ. Haraldsson, Ólaf F. Mixa og Pétur I. Pétursson, ber heitið „Sérnám í heimilislækningum. Greinargerð og nefndarálit um sérnám í heimilislækningum”, en sú nefnd vann á vegum Læknafélags Íslands (*Læknablaðið* 1977; 63: 111-21).

Eins og sjá má á höfundalistanum í þessum tveimur greinum er Eyjólfur Þ. Haraldsson einnig farinn að láta til sín taka sem fræðimaður á þessu sviði. Hann hafði stundað sérnám í Edinborg og með sérfræðiviðurkenningu í lyflækningum frá Edinborg, en að auki stundað kennslu í heimilislækningum í Skotlandi. Að sérnámi loknu fluttist Eyjólfur til Íslands árið 1974 og hóf þá störf sem heimilislæknir í Kópavogi. Hann varð svo fyrsti formaður Fræðafélags íslenskra heimilislækna árið 1978 (síðar Félags íslenskra heimilislækna.

Megininntak þeirra hugsjóna sem mótast höfðu á þessum tíma voru:

- Frumheilsugæsla er grunnur góðrar heilbrigðisþjónustu og þjónar fyrst og fremst þegnum landsins.



Frá fyrsta vísindaþingi FÍH á Húsavík haustið 1991. Frá vinstri: Calle Bengtsson, prófessor í Gautaborg, Jóhann Ágúst og Christian Borchgrevink, prófessor í Osló.

- Samfella í heilbrigðisumsjá frumheilsugæslunnar er mikilvægasta forsenda vandaðra heimilislækninga.
- Of mikil sérhæfing í bútalækningum (*fragmentation*) getur verið óhagstæð og varhugaverð.
- Heilsugæslan er ódýr og getur veitt góða þjónustu.
- Heimilislæknar hafa samfélagslega ábyrgð ekki síður en ábyrgð gagnvart einstaklingnum.
- Þeirri ábyrgð geta þeir frekast staðið undir, séu þeir í aðstöðu til að vísa sjúklingum veginn um frumskóg heilbrigðiskerfisins og samhæfa aðgerðir (*gate keepers*).
- Góð heilsugæsla þarfnast menntaðs starfsfólks úr mörgum starfsgreinum, meðal annars sérfræðinga í heilsugæslu.
- Heimilislækningar eru sérgrein. Heimilislæknar þurfa að hafa sömu grunn- og sérmenntun og aðrir læknar.
- Heimilislæknar þurfa að njóta sömu virðingar innan læknastéttarinnar (*status*) og aðrir læknar.
- Grunnur fagsins þarf að styðjast við fræðilega nálgun, svo sem vísindavinnu og þróunarverkefni.
- Heimilislæknar þurfa að fá sömu laun og aðrir læknar, með tilliti til menntunar, aldurs, vaktaálags o.s.frv.

Á árunum 1976-78 hafði myndast öflugur hópur íslenskra lækna og læknanema sem höfðu heimilislækningar sem hugsjón, uppfullur af öllum þeim eiginleikum sem þarf til þess að breyta ríkjandi skipulagi svo eftir verði tekið, það er framtíðarsýn, áætlun að settu marki, metnaði, ástríðu og ákveðnum skammti af þráhyggju (*vision, mission, ambition, passion, obsession*).

Á þessum árum flytur mikill fjöldi unglækna til Svíþjóðar í sérnám og má þar nefna að starfsmaður „Socialstyrelsen" í Svíþjóð nefndi þessa bylgju „*invasjonen från Island*". Stór hluti þessara unglækna fór í sérnám í heimilislækningum. Sérnám í heimilislækningum í Svíþjóð var þó nokkuð ófullkomið, einkum miðað við námið í Kanada.

Stofnun FÍLumHeil

Þann 5. nóvember 1977 er boðað til fundar á heimili mínu í Gautaborg og stofnað þar Félag íslenskra lækna um heilsugæslu (FÍLumHEIL). Formaður var kosinn Vilhjálmur Rafnsson, Jón Bjarni Þorsteinsson ritari og Pétur Pétursson gjaldkeri. Stofnfélagar voru 7. Þriðja grein laga félagsins hljómaði svo: „Tilgangur félagsins er að efla skoðanaskipti félagsmanna innbyrðis um heilsugæslulækningar og fylgjast með þróun þessara mála á Íslandi." Til gamans má einnig geta að í lögunum stendur að þeir einir geti orðið félagar sem búa í Svíþjóð en ætla sér síðar að stunda heimilislækningar á Íslandi. Tveimur árum síðan voru félagarnir orðnir 40 sem segir mikið um þensluna í sérnáminu á þessum tíma. Fjöldi lækna í sérnámi í heimilislækningum í Svíþjóð var þar með orðinn langstærsti hópur unglækna í sérnámi í heimilislækningum. Félagið var fyrst og fremst mjög öflugt fræðafélag, auk skoðanamyndandi markmiða um heilsugæslu. Haldnir voru fjölmargir fundir meðal félagsmanna víða í Svíþjóð og leshringir stofnaðir. Það má telja líklegt að stofnun FÍLumHeil hafi orðið hvati að stofnun Fræðafélags íslenskra heimilislækna á Íslandi ári síðar.

Á þessum vettvangi hófust strax átök milli heimilislækna og lækna annarra sérgreina um það hverjir ættu til dæmis að sjá um mæðravernd og ungbarnaeftirlit. Umræðufundir voru margir um þau mál. Að mati heimilislækna var langt í land með að sérfræðingar í öðrum fögum skildu hvað heimilislækningar væru. Sérfræðilæknarnir töldu heimilislækningar einkum vera smá búta úr öllum hinum fögunum en áttuðu sig ekki á hinu, það er kjarna heimilislækninganna. Einnig áttum við bréfaskipti við Leif Dungal, sem þá hafði lokið sínu sérnámi í Kanada, um sérnámið í heimilislækningum í Svíþjóð. Tónninn í bréfum Leifs var helst sá að sérnám í heimilislækningum í Svíþjóð væri ekki nógu gott og hafði hann af því nokkrar áhyggjur. Þar var helst til að taka að sænskir heimilislæknar sáu ekki um mæðra- eða ungbarnavernd. Þetta sveið okkur sem vorum við nám þarna, enda þótt Leifur hafi í raun haft rétt fyrir sér. Ekki skánaði málið þegar læknadeild HÍ óskaði eftir úttekt á því hvort hægt væri að veita sérfræðiviðurkenningu í heimilislækningum eftir nám í Svíþjóð. Sérnámslæknar í Svíþjóð reyndu margir að breyta starfsnámi sínu í samræmi við kanadíska módelið. Það má með sanni segja að áhrifin frá Kanada voru mikil við mótun heimilislækninga á Íslandi og mér



Starfsfólk heilsugæslustöðvar Efra-Breiðholts bregður á leik. Mynd: Þórarinn Ingólfsson.

er nær að halda að FÍLumHeil læknar í Svíþjóð hafi einnig komið þeim áhrifum inn í sænska kerfið í lokin.

Árið 1979 var fyrsta norræna þingið í heimilislækningum (Almen medicin) haldið í Kaupmannahöfn. Íslendingar voru ekki með í undirbúningi þess þings. Að sögn Dana höfðu þeir þrisvar sinnum skrifað bréf til Íslands til að ná einhverjum tengslum við heimilislækna þar, en fengu ekkert svar, enda óljóst hvert pósturinn fór. Hins vegar voru 7 íslenskir læknar mættir á þetta þing, allir frá sænska kjarnanum og var ég einn þeirra. Pétur Pétursson og Sveinn Magnússon skrifuðu síðar pistla um þetta þing sem var dreift meðal hópanna innan Svíþjóðar og á Íslandi. Á þessu þingi tókst okkur hins vegar að ná sambandi við lykilmenn í heimilislækningum á Norðurlöndunum og upp frá því náðust tengsl við hið nýja FÍH félag, og koma á formlegu samstarfi allra Norðurlandanna 5 um norrænu heimilislæknaþingin. Þessi þing áttu síðar eftir að hafa veruleg áhrif á þróun mála hér heima hvað varðar akademíska stöðu og fjárhag félagsins.

Það má segja að á 8. áratugnum hafi fræðigreinin mótast, einkum hugmyndafræði hennar, en þar höfðum við þá sérstöðu að Læknafélag Íslands, læknadeild og heilbrigðisráðuneytið voru einhuga um að byggja upp heilsugæsluna. Þetta átti þó eftir að breytast, þar eð mörgum sérfræðingum í læknastétt þótti fljótlega allt of mikill peningur lagður í heilsugæslustöðvarnar. Ráðuneytið undir forystu Páls Sigurðssonar fylgdi þó málunum vel eftir. Ingibjörg R. Magnúsdóttir skrifstofustjóri ráðuneytisins gætti einnig vandlega að hag hjúkrunarfræðinga í þessari uppbyggingu.

Langvinn kjarabarátta

Á 9. áratugnum voru kjaramál heimilislækna í brennidepli. Árið 1979 og fyrr voru heilsugæslulæknar á föstum launum frá ríkinu og fengu einnig greitt fyrir læknisverk samkvæmt gjaldskrá. Vaktir voru veigamesta tekjulindin. Laun fóru lækkandi miðað við laun annarra stétta. Árið 1985 þótti heimilislæknum nóg komið. Samningar höfðu ekki tekist við ríkisvaldið og um 80% heimilislækna sögðu upp störfum vegna lélegra launa. Gjaldskráin fór í gerðardóm en nokkrum klukkustundum fyrir útgöngu lækna af stöðvum náðist samkomulag við Albert Guðmundsson fjármálaráðherra.

Árið 1989 var gerður fastlaunasamningur við ríkið og að 1,5% af launum heimilislækna færi í vísinda- og þróunarsjóð í heimilislækningum. Þetta var upphafið af voldugum Vísindasjóði FÍH. Nú varð friður í kjaramálum um hríð eða til ársins 1995, þá fór aftur að síga undan fæti. Heimilislæknum þótti mikill seinagangur í framfylgd laga um heilbrigðisþjónustu, einkum á höfuðborgarsvæðinu. Heimilislæknar settu fram kröfur í ítarlegri greinargerð þar sem var

kallað eftir áframhaldandi uppbyggingu heilsugæslunnar, bættum starfskjörum heimilislækna og réttindum til einkareksturs. Árið eftir varð svo stríðsástand er nær allir heimilislæknar sögðu upp störfum. Samkomulag náðist ekki í þetta sinn og heimilislæknar hættu störfum. Þetta ástand skapaði eðlilega mikla örvæntingu meðal lækna um árangur uppsagna. Mannfall var mikið í okkar röðum, þar eð margir hættu störfum sem heimilislæknar, fluttu erlendis eða skiptu yfir í aðra sérgrein. Að lokum var gerður fastlaunasamningur, en launasamningar heimilislækna fóru undir kjaranefnd. Segja má að launamálin hafi komist í höfn árið 2002 er kjaranefnd úrskurðaði að heimilislæknar skyldu njóta sömu launakjara og sjúkrahúslæknar. Launabaráttan var erfið en hún var sannarlega þess virði og snérist ekki einvörðungu um krónur og aura heldur virðingu sérgreinarinnar og að við værum metin til jafns við aðra sérfræðinga í stéttinni. Launabaráttan var einnig grunnurinn að öflugu vísindastarfi innan greinarinnar og að mörgu leyti forsenda þess.

Hvert stefnum við?

Okkur er hollt að hafa í huga orð Einars Benediktssonar *„Að fortíð skal hyggja, ef frumlegt skal byggja, án fræðslu þess liðna sést ei hvað er nýtt“*. Þessi samantekt mín er aðeins lítið brot af þessari merku sögu um ríkisrekna heilsugæslu, þverfaglegt samstarf margra starfsstétta í heilsugæslu, starfsaðstöðu, menntun og vísindastörf. Allt sem þarf til þess að tryggja gæði þjónustunnar.

Sagan kennir okkur að það tekur oft langan tíma og samstillt átak að koma hugmyndum í framkvæmd. Þar skiptir hugsjónin og þrautseigjan mestu máli. Alla tíð hef ég haldið tryggð við upphafshugmyndirnar um þverfaglega ríkisrekna heilsugæslu. Nýjar rannsóknir sýna að fólk sem leitar til heilsugæslunnar er oftar en ekki fjölveikt, með marga langvarandi sjúkdóma samtímis. Í slíkum tilvikum er þverfagleg nálgun margra starfsstétta í heilsugæslunni nauðsynleg. Hugmyndafræði brautryðjenda um þverfaglega heilsugæslu hefur því sannað gildi sitt.

Lítill hluti heimilislækna hefur stundað sjálfstæðan rekstur í heilsugæslu á síðustu áratugum. Möguleikar á sjálfstæðum rekstri heimilislækna hafa nú skánað. Þessi valkostur getur vonandi laðað að fleiri í stéttina. Hins vegar krefst aukið sjálfstæði aukins aðhalds og eftirlits.

Enda þótt vel hafi til tekist með menntun starfsfólks í heilsugæslunni, svo sem sérnámi í heimilislækningum hér á landi og sérnámi í heilsugæsluhjúkrun, er ljóst að betur má ef duga skal. Töluverður skortur er nú á sérmenntuðum heimilislæknum um land allt og víða á landsbyggðinni er samfelldri þjónustu ábótavant.

Kannski er því ástæða til að dusta rykið af hugsjónum og aðferðafræði brautryðjenda okkar fyrir nokkrum áratugum.

- Ef við viljum heilsugæslu verður að skapa heilsugæslu.
- Ef við viljum heimilislækna verður að mennta heimilislækna.
- Ef við viljum efla gæði heilsugæslunnar verðum við að efla vísindarannsókir og þróunarverkefni í heilsugæslu.

Ný kynslóð tekur við góðu búi en þó eru margar ógnanir og nýjar áskoranir framundan eins og getið er hér að framan. Ég vil því segja við unga fólkið okkar: Munið að þið þurfið framtíðarsýn, áætlun að settu marki, metnað, ástríðu og ákveðinn skammt af þráhyggju ef vel á að takast.



Læknaball
11. maí

Hljómsveitin Sobril leikur fyrir dansi á vorfagnaði lækna,

– föstudagskvöldið 11. maí, í lðnó.

100 ára afmælisball Læknafélags Íslands

– húsið opnar kl 21.30 og dansinn hefst kl 22.

Aðgangseyrir 1000 kr.

Ljóðakvöld Læknafélagsins

Afmælisnefnd LÍ ákvað í tilefni 100 ára afmælis félagsins að fagna því með lúðraþyt og söng allt árið. Eitt atriði á dagskrá var að opna skáldæð kolleganna og sjá hverju skolaði fram.

Í marsbyrjun var stóri salurinn í Hlíðasmára 8 tilbúinn eftir gagngerar breytingar, stækkun og nýtt hljóðkerfi. Af þessu tilefni var ákveðið að vígja salinn með fögrum orðum og úr varð ljóðakvöld LÍ. Félagið kallaði eftir skáldskap frá kollegunum og Ferdinand Jónsson geðlæknir í London, sem gefið hefur út tvær ljóðabækur, hélt utan um dagskrána og lagði á ráðin um þennan gjörning. Þegar upp var staðið stigu 13 læknar/skáld á stokk og fluttu frumsamið efni: ljóð, hefðbundin og óhefðbundin, örsögur og brot úr viðameiri verkum.

Læknafélagið bauð upp á vínglas í upphafi kvölds, og kaffi og konfekt í hléinu. Salur var skreyttur með kertum og upplesturinn fór fram fyrir miðjum sal – sem sagt allt til að búa til notalega umgjörð, og Gerður Gröndal stýrði samkomunni. Á annað hundrað gestir mættu þetta föstudagskvöld og nutu orðkynngi og hugarflugs þessara góðu penna úr læknastétt, sem lásu einsog þrautþjálfaðir englar og fipaðist hvergi, enda var þeim vel og lengi fagnað í lok dagskrárinnar. Haft var á orði að skúffur kolleganna væru hvergi nærri tæmdar, og það væru næg skáld og skúffur til halda annað svona kvöld að ári. Þau sem komu fram á ljóðakvöldinu brugðust öll mjög vel við beiðni *Læknablaðsins* um að fá að birta brot af uppskeru kvöldsins. –VS

Ferdinand Jónsson

Á Þjórsárbökkum

áður en
stelkurinn
vaknar
meðan grasið
glitrar
af dögg
þar sem fljótið
breiðir úr sér
um hjartað
streymir
friður

fjöllin
tær
í norðri
ósnertir
jöklar
júlínætur
angan
af sumri
Íslands

dagrenning blá
úr djúpi hugans
yfir daga mína
yfir dauðann
inn
í morguninn

Úr ljóðabókinni *Innsævi*

Stefán Sigurkarlsson

Hann

Hann lést sviplega fyrir aldur fram
og enginn flutti beinin heim
en þegar hvessa tekur, eftir miðnætti á vorin
syngur stundum yfir þúfunni
lítill fugl.

Ögmundur Bjarnason

Þessar raddir

„Eitthvað nýtt! Meira af meistaralegu sullumbulli síbernskunnar“
- Hermann Stefánsson/Sigfús Daðason

Þessar raddir: okkur öllum að góðu kunnar.
Einatt og aftur biðja þær um meira
af meistaralegu sullumbulli síbernskunnar.

Og hví ekki það? Annmarkar orðræðunnar
eru ofljósir. Við þurfum ekki nema heyra
þessar raddir: okkur öllum að góðu kunnar

til að skiljast að senn eru þær allar runnar
á enda (og orðnar að undirstöðugeira
í meistaralegu sullumbulli síbernskunnar)

en velsældarár fortakslausrar fyrirhyggjunnar
feginsamlega afstaðin. Og einmitt þá keyra
þessar raddir: okkur öllum að góðu kunnar

að sönnu um bak þvert - og þunnar
og þykkar alhæfingar votta það og fleira
úr meistaralegu sullumbulli síbernskunnar

hve bilið á milli hugvitsins og heimskunnar
er hryggilega mjótt. Ljáum því eyra
þessum röddum: okkur öllum að góðu kunnar
af meistaralegu sullumbulli síbernskunnar.

Guðrún Ingibjörg Þorgeirsdóttir

Þú brosir og enn bíðurðu svars. En hvernig get ég skýrt þér frá skugganum, sem aldrei átti að fá að skyggja á bros þitt? Frá því sem aldrei var en verður þó alltaf, því ævilöng augnablik geymast vel í snarköldum faðmi tímans. Hverjar þær sálir sem átt hafa augnablik, þurfa ekki á eilífðinni að halda. Því það eru augnablikin sem mynda eilífðina. Þau raða sér upp í glitrandi þúsundum, öxl við öxl, þar til úr verður tónlistin bak orðunum, ljósið bak augum þínum, eilífðin.

Minningarnar sofnuðu ofan á brjóstkassa mínum á meðan við þögðum. Sváfu þar svo létt, líkt og fuglar á vatni, risu og hnigu með hverjum andardrætti – en nú rumskar ein þeirra. Það er sú sem sofið hafði næst hjarta mér, sú allra fallegasta, léttasta. Hún hafði sofið með annan vænginn breiddan yfir kolsvört augun og hana hafði dreymt.

Sannarlega hafði hana dreymt.

Nú baðar hún út vængjunum, hefur sig til flugs, flögrar til þín, yfir himininn sem enn sefur á milli okkar. Sest á hægri öxl þína, kúrir sig ofan í hálsakotið þitt og nartar í eyra þitt. Hún er blíðmælt og falleg til augnanna, er hún hvíslar:

„Manstu? Manstu? Manstu kvöldið, manstu nóttina, manstu morguninn, manstu daginn? Manstu, þá er tíminn hvarf þér sjónum og allt var kvæði, kvæði er hvein og söng sem ýlfrandi stormur í æðum þér? Manstu?“

Og ég sé að þú kinkar kolli, hægt, varlega. Hvernig gætirðu gleymt, þegar minningin hvíslar í eyra þitt, svangur smáfugl um vetur, og ber undursamleg augnablik vel falin undir hverri fjöður. Þú manst.

Brot úr sögunni Þú þegir svo fallega



Hópurinn feginn þegar upplesturinn var að baki: efri röð frá vinstri: Guðrún Hreinsdóttir, Stefán Sigurkarlsson, Valgerður Þorsteinsdóttir, Eiríkur Jónsson, Ari Jóhannesson, Hlynur Grímsson, Gerður Gröndal, Ferdinand Jónsson. Fremri röð frá vinstri: Magnús Skúlason, Valgarður Egilsson, Auðólfur Gunnarsson, Brynjólfur Ingvarsson, Guðrún Ingibjörg Þorgeirsdóttir og Ögmundur Bjarnason.

Valgarður Egilsson

Vörn fyrir Snorra

Víst má vitran lasta
vildi hann trauður dauða.
Halir huga ragan
herða og bregða sverði.
Skáld þótt skyldi forðum
skorta vígshug, hvort er,
spyrjum, hent það hverjum
heigli að rita Eglu?

Bróðurkveðja

Hestur þinn þræðir horfna fjallaslóð
hamar þinn dynur líkt og fyrr á tíðum
hefillinn fágar; þinn hugur orð í ljóð
En hafið bíður þess að ljúki smíðum

Huldufar úr sævi ber í sýn
– syngur í hamri undir höggum stríðum –
erindi þess er brýnt: og beint í vör
er báti stefnt með orðsending til þín

Þar liggur haf og hylur mönnum svör
– eyfirsk birtan með undarlegum tónum –
Þú leggur frá þér hamar, hefur för
hiklaust gengur veginn niðrað sjónum

akkerið híft – og huldufarið lætur
í ljósaskiptum út
til hafs – og nætur

(Á útfarardegi Áskels Egilssonar 9. 9. 2002.
Áskell var sjómaður, skipasmiður og ljóðsmiður.)

Guðrún Hreinsdóttir

Stjörnur

Ég stari upp í stjörnubjartan geim
á stjörnurnar sem yfir okkur vaka.
Á Karlsvagninn sem kannski sendir þeim,
nú kærleikann sem myrkrið virðist þjaka.

Úr bókinni *Dútl*

Ari Jóhannesson

Fésbók

Við sprunguna milli lífs og dauða
sneri ég við og hljóp
  gegnum hvískrið á biðstofunni
  fótastapp yfirsjónanna
  afhjúpanir sneiðmyndanna
  andvörp öndunarvélanna
  tíðasöng dagálanna
  feilslög líkamsklukkunnar
  jónagöng kvíðans

  fyrirlestra loddara
  hungurárin sjö

sneri við og hljóp
og mætti sjálfum mér
með bók í stað andlits

Magnús Skúlason

Haustkvöld

Haustkvöld að vori
um hug mér fer
hljóður blær
ylur þess er var

leikur að draumi
lifnar aftur við
ekkert svar
bærist en rótt

andvarinn kær
í hverju spori
mýkir gömul sár
hljótt færir nóttin

fjarlægðirnar nær
löngu liðin ár
lifna við og vakna
minningar og myndir

og höndin á ný
hlýja sem ég sakna
haustkvöld að vori
um hug mér fer

Brynjólfur Ingvarsson

Jón ríki

Faðir vor. Móðir jörð. Góða guð. Þið sem eruð allt um kring, á himni, hafi og landi. Helgist ykkar nöfn. Til komi Jón ríki. Hann er svo tilkomumikill. Það er eitthvað annað en fjarskyldur ættingi hans og nafni Jón harðibóndi°.

(°Jón þessi er talinn hafa farið til Vesturheims eftir Öskjugos, en snúið aftur, sumir segja því miður.)

Verði sá vilji að síðustu, sem tryggir öllum jarðarbúum jafna skiptingu lífsgæða.

Gef oss öldruðum áhyggjulaust ævikvöld og sveigjanleg starfslok með öllu daglega brauðinu, eins og margoft er búið að lofa okkur.

Fyrirgef oss breyskum vorar skuldir og meinvillur. Svo skulum við reyna að fyrirgefa öðrum, hugsanlega jafnvel barnaníðingum.

Eigi leiða stjórnmálamenn í freistni, heldur frelsa þá frá öllu illu.

Því ykkar er mátturinn, jafnvel þó að dýrðin sé í stórmörkuðunum hjá Jóni ríka og hans líkum um þessar mundir.

En vonandi ekki að eilífu. Amen.

Brynki á Snös

Auðólfur Gunnarsson

Guð

Loks, þegar vorið vaknar,
veit ég, að hann er til,
Guð sem gaf öllu lífið
en gerði það hættuspil.

Fuglarnir fara að verpa,
fæðast þá lömbin smá.
Gróðurinn tekur að grænka,
allt glaðnar um land og sjá.

En handan við hafið bláa
býr haustið með kulda og byl.
Allt á sitt upphaf og enda.
Af hverju erum við til?

Hlynur Grímsson

Pabbi var fæddur í hrörlegasta torfbæ sveitarinnar. Hann þreyttist aldrei á því að tala um það. Svo kom í kjölfarið alltaf ræðan um hvernig hann hefði einn síns liðs ræst fram mýrar örreytisjarðarinnar sem hann fæddist á þannig að mýrarnar breyttust allar saman í bleika akra og slegin tún. Einmitt. „Í þá daga urðu menn ríkir á að spara! Spara!“ þrumaði hann yfirleitt yfir sjálfum sér öll gamlárskvöld þar sem hann stóð einn um miðnættið við stofugluggann og horfði yfir allar landareignirnar sínar í sveitinni.

Rétt áður en hann lagðist banaleguna bað hann mig að keyra sig að rústunum. Við þögðum báðir á leiðinni þangað. Veðrið var gott, sól og hnúkaþeyr eins og sá verður hvassastur. Við stigum út úr bílnum. Hann neitaði að nota hækjuna og datt þess vegna tvisvar á leiðinni niður brekkuna. Núorðið er ekkert eftir af gamla bænum nema misdjúp för í svörðinn hér og þar.

„Ég fæddist í sigurkufli,“ sagði hann ákveðinn, „mamma sagði það“, um leið og hann kraup niður til að snerta eina torfuna yfir því sem kannski einhvern tímann gæti hafa verið baðstofan. Þurr moldin rauk upp með vindinum. Svo stóð hann snöggt á fætur, gekk þvert yfir bæjarhólinn og settist niður í brekkuna á móti. Hann var móður, og örugglega með verki. Einstaka drifhvítt ský þaut framhjá. Hann byrjaði að tala um veikindin. Ég var búinn að heyra það allt hundrað sinnum áður þessa síðustu daga og nennti alls ekki að hlusta. Hann talaði um hve sár hann væri vegna þess hve greiningin drógst, læknamafían hefði hent honum á milli sín eins og tilraunadýri á fínu einkastofunum sínum fyrir sunnan, þetta hefði allt saman kostað hann of fjár sem hefði svo verið fullkomlega til einskis þegar í ljós að þetta var krabbi. Reiðastur var hann þó út í krabbameinslækninn; unga konu sem hafði sagt honum að sjúkdómurinn væri í öllum þessum líffærum þegar enginn hinna læknanna hafði haldið því fram áður og að öll meðferð gæti reynst honum tvíeggjað sverð og svo hafði stelpan ofaníkaupið ekkert til málanna að leggja nema spyrja hann sjálfan hvað hann vildi? „Hvað ég vildi! Hugsaðu þér! Og þetta á að heita læknir og …“ Sársaukapílan greip hann í miðri setningu. Kjálkarnir læstust saman, en að öðru leyti var lítið á honum að sjá. Ég sá það samt. Hann greip andann eitt augnablik á lofti, ég tók eftir því líka, en það var bara augnablik og ekki meira og svo hélt hann ræðunni áfram og ætlaði að láta þetta allt saman fara lengra og meira að segja miklu lengra og hann væri þegar byrjaður að skrifa öll bréfin og ég var löngu hættur að nenna að hlusta á þetta. Vindurinn tók öll orðin og þeytti þeim niður dalinn og áfram yfir fjallgarðinn. Þau voru farin.

Klukkustund leið, kannski meira. Hann bað mig að styðja sig aftur upp í bíl. Ég varð að hjálpa honum að spenna beltið. Við vorum svo komnir hálfa leiðina heim þegar hann benti niður að einum kargamóanum: „Anna systir datt af hestinum sínum einmitt þarna. 14 ára. Hún var löngu dáin þegar að var komið. Hún var flutt heim á bæ til okkar á kerru sem nágranni lánaði. Það var búið að breiða óhreinan segldúk yfir hana. Fæturnir stóðu samt niður úr. Þeir stóðu niður úr. Dingluðu þarna eins og hráviði. Helvítin höfðu ekki einu sinni haft fyrir því að koma henni almennilega fyrir á pallinum!“

Eitt augnablik hélt ég að hann ætlaði að fara að gráta, en það varð auðvitað ekkert úr því frekar en venjulega.

Úr óbirtu handriti að ljóða- og prósabók.



Formaður Læknafélags Íslands, Reynir Arngrímsson, í pontu að bjóða gesti velkomna í óbundnu máli áður en ljóðadagskráin hófst.

Eiríkur Jónsson

Nýr dagur

Ég gekk út í morguninn. Var að ljúka fimmtíu ára dagsverki sem læknir. Þetta var síðasti dagurinn á stofunni. Mér var dálítið þungt í huga. Hafði áttað mig á því fyrir löngu að ég hafði meira út úr læknisheimsóknunum en sjúklingarnir. Vildi helst ekki hætta. Hafði ekki tekið nýja sjúklinga í mörg ár og þeir sem komu voru orðnir aldavinir mínir. Það var í raun ekkert að þeim. Þeir komu til að spjalla, úthella þakklæti sínu og greiða fyrir viðvikið. Ég sagði þeim að hafa ekki áhyggjur og þeir undruðust innsæi mitt. Einkennilegt hvað þakklæti sjúklinga virðist oft í öfugu hlutfalli við framlag læknisins. Ég átti erfitt með að hugsa mér daglegt líf eftir að þessu lyki nú í dag. Var orðinn háður stöðugri endurgjöf og þessari einkennilegu vináttu. Það var grínast, meðal kolleganna, um hinn fjörgamla lækni sem deyr fyrir framan sjúklinginn. Hvenær verður eftir því tekið?

Á stofunni stend ég við gluggann baðaður í morgunsólinni. Á veggnum fyrir aftan mig birtist skuggamynd mín. Hugsaði þá til varúðarorða sem ég hafði haft yfir læknanemum fyrir löngu. „Hvernig þekkið þið sjúkling sem kemur til ykkar og er afturgenginn?“ Einhver nefndi slæma lykt eða að sjúklingurinn væri kaldur viðkomu. „Nei, hann varpar hvorki skugga né spegilmynd og hefur enga þyngd þegar hann stígur á viktina,“ taldi ég rétta svarið. „Athugið þetta, svo lítið beri á, áður en þið gerið nokkuð annað.“ „Hvernig þekkið þið álf sem kemur til ykkar?“ Ekkert svar. „Jú hann hefur ekkert miðsnes. Hefur eina stóra nös.“ „En hvernig þekkið þið þá sjúkling sem kemur til ykkar og er framliðinn?“ Þögn. „Þið dokið við og kallið ekki á sjúklinginn fyrr en móttökuritarinn segir: „Það er kominn til þín sjúklingur.“ Líkurnar á því að bæði þú og ritarinn séuð skyggn eru hverfandi!

Þar sem ég horfi út um gluggann og sé daginn koma hugsa ég um liðna tíð með eftirsjá. Starfið hefur verið gefandi á svo marga lund. Þegar ég sný mér við tek ég eftir því að skugginn á veggnum er horfinn.

Torshavn, júlí 2017

Valgerður Þorsteinsdóttir

Læknaraunarímur

Ég fór í læknadeild, hélt að það væri lífsstíllinn.
Virðing, velgengni, vildi umvefja sjúklinginn.
Fyrstu árin las í spað allar bækurnar,
eins og páfagaukur lærði allar glósurnar.
Seinni árin ég fór inn á spítalann,
sýndi metnað og heillaði kennarann.
Ég ætlaði að verða svo öflug og ofurklár
en ég hætti við það eftir nokkur ár.

Því til að ná í læknalífinu jafnvægi,
þurfti að koma til dugnaður, heragi.
En einnig virtist að ég þyrfti að skipta um eiginmann
svo ég gæti þénað og unnið miklu meira en hann.
Svo var þetta vesen með börnin mín
en þau fóru bara í pössun til ömmu sín.

Í læknadeild er dregin upp ímyndin
sem er svona ef ég má vera hreinskilin:
Læknar eru óbrjótandi eðalfólk
með bein í nefinu og óbilandi þrótt
sem vinna 100% og svo helling meir
við kvörtum ekki, sýnum dugnað, heyr heyr!
Í eftirmiðdaginn stundum jóga og hreyfingu,
syngjum í kór og eldum bara hollustu.
Á kvöldin er nauðsyn að sitja heima og rannsaka
annars mun enginn vilja ráða þig til útlanda.
Og ef þú vilt verða eins og ég eða hann
ertu allan tímann með vaktsímann!

Ég ætlaði að verða svo öflug og ofurklár
en ég hætti við það eftir nokkur ár.
Ég verð víst aldrei lækni lík
ég ætla bara að starfa sem slík.
Því annars held ég að ég verði
miðaldra í meðferð í Hveragerði.

„Allir eru með geðheilsu“

– segir Elísabet Brynjarsdóttir formaður Hugrúnar

Hávar Sigurjónsson

Hugrún, félag háskólanema um geðheilbrigði, var stofnað fyrir tveimur árum og hefur vaxið og dafnað síðan; vakið verðskulda athygli og viðurkenningu fyrir starf sitt að geðfræðslu í framhaldsskólum landsins og nú á dögunum var hleypt af stokkunum fræðsluherferð um geðsjúkdóma með viðtölum við ungt fólk sem glímt hefur við geðsjúkdóma og náð góðri geðheilsu á nýjan leik. Viðtölin eru birt á nýrri heimasíðu Hugrúnar *gedfraedsla.is*, bæði sem texti og myndbönd og hafa einnig verið sett út á aðra miðla eins og Facebook, Twitter, Instagram og Snapchat. Viðtökur hafa farið langt fram úr vonum að sögn Elísabetar Brynjarsdóttur sem verið hefur formaður Hugrúnar undanfarið ár og útskrifaðist sem hjúkrunarfræðingur frá HÍ 2017 og er nú nýtekin við embætti formanns Stúdentaráðs HÍ.

„Ég tók þátt í að stofna Hugrúnu og sat í stjórn fyrsta árið sem fulltrúi hjúkrunarnema og tók svo við formannsembættinu í fyrra“, segir Elísabet í upphafi samtals okkar. „Strax haustið 2016 opnuðum við heimasíðu sem innihélt flest efni sem er inni á nýju heimasíðunni fyrir utan myndböndin og viðtölin, en viðmót síðunnar var ekki eins notendavænt og nýja síðan en við höfðum frétt af því að læknar, sálfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk væri að vísa fólki á síðuna og þá fannst okkur mikilvægt að síðan væri aðgengileg og vel upp sett. Við leggjum mikið upp úr því að fræðslan á síðunni sé á mannamáli, en að sjálfsögðu byggð á gagnreyndum fræðum. Okkar markhópur eru ungmenni og því viljum við hafa þetta eins aðgengilegt og hægt er fyrir þau. Nýja síðan er notendavæn í farsímum og öðrum snjalltækjum. Þarna er auðvelt að nálgast upplýsingar um geðsjúkdóma, hvaða úrræði eru í boði og hvað Hugrún stendur fyrir.“

Byggja alfarið á sjálfboðaliðastarfi

Hugrún byggir alfarið á sjálfboðaliðastarfi en þó verður ekki hjá því komist að standa straum af ýmsum kostnaði af starfinu sem hefur vaxið gríðarlega á þessum tveimur árum. „Við höfum efnt til fjáraflana sjálf eins og með áheitum á hlaupara í Reykjavíkurmaraþoninu í fyrra. Við fengum styrki frá samtökunum *Allir gráta*, Velferðarráðuneytinu, Lýðheilsusjóði og Landsbankanum til að kosta gerð nýju heimasíðunnar og einnig höfum við notið styrkja til að kosta ferðir fræðaranna okkar út á land því við leggjum áherslu á að allir framhaldsskólar landsins geti pantað fyrirlestra frá okkur án þess að því fylgi kostnaður fyrir þá. Við leggjum mikla áherslu á að fræðslan sé gjaldfrjáls fyrir alla. Þetta hefur gengið ágætlega en það er bundið í lög félagsins að allt fjármagn renni til að kynna markmið félagsins og að enginn þiggi laun fyrir vinnu sína á vegum Hugrúnar. Þetta eru sjálfboðaliðasamtök,“ segir Elísabet ákveðin og svarar síðan þeirri spurningu hvort starfið sé komið á þann stað að launa þurfi störfin.

„Nei, ég held að það sé ekki komið að því. Þrátt fyrir að starfið hafi vaxið mjög og eftirspurnin eftir fræðslunni hafi aukist verulega er ennþá mjög mikill áhugi meðal stúdenta HÍ að taka þátt í starfinu og ég tel að við eigum ennþá mjög mikið inni áður en kemur að því að gera samstarfssamninga við opinbera aðila. Til þess þarf líka að breyta lögum félagsins og er að mínu mati ekki tímabært,“ segir hún. „Mér finnst líka vera mjög sterkt að ímynd Hugrúnar sé að þetta eru sjálfstæð sjálfboðaliðasamtök og engum háð.“

Stefna á fræðslu í efstu bekkjum grunnskólanna

„Fræðslan hefur verið miðuð við fyrstu tvo árganga framhaldsskólanna og í vetur lögðum við upp með það markmið að fara í alla framhaldsskóla landsins með fyrirlestra fyrir fyrsta árið. Samhliða þessu hefur komið í ljós að þörfin fyrir fræðslu á efstu stigum grunnskólans er mikil og við viljum gjarnan geta boðið upp á það. Það hefur sýnt sig að forvarnagildi fræðslunnar er mikið og með því að fara í grunnskólana náum við líka til unglinga sem fara ekki í framhaldsskóla en þurfa ekki síður á fræðslunni að halda. Umræðan um geðheilbrigði hefur líka orðið til þess að kvíði og depurð hjá unglingum er ekkert leyndarmál lengur og mikilvægt að mæta því. Grunnskólarnir og félagsmiðstöðvarnar hafa kallað eftir fræðslu frá okkur og við höfum verið í samstarfi við Félagsmiðstöðvar í Kópavogi þar sem við erum að þróa fyrirlestur fyrir nemendur í 8.-10. bekk grunnskólans.“

Elísabet leggur áherslu á að allt fræðsluefnið sem notað er sé unnið í samráði við fagaaðila, geðlækna og sálfræðinga og þeir hafa allir gefið sína vinnu. „Engilbert Sigurðsson prófessor í geðlækningum og deildarforseti læknadeildar hefur verið okkur mjög innan handar frá upphafi og það er í rauninni ótrúlegt hvað við höfum mætt miklum áhuga og velvilja allra sem við höfum leitað til.



Á nýrri heimasíðu Hugrúnar eru birt viðtöl við sjö ungar manneskjur sem glímt hafa við geðsjúkdóma og náð góðri geðheilsu, að sögn Elísabetar Brynjarsdóttur formanns Hugrúnar.

Fræðslan okkar byggir annars vegar á því að krakkarnir átti sig á því að allir eru með geðheilsu sem þarf að hlúa að til að hún haldist heilbrigð. Þetta er inngangurinn, því svo er farið í gegnum helstu geðsjúkdóma og einkenni þeirra og boðið upp á umræður að loknum fyrirlestri. Það eru alltaf tveir einstaklingar frá okkur með hvern fyrirlestur, yfirleitt af báðum kynjum og allir fræðararnir okkar hafa farið í gegnum undirbúningsnámskeið og verið með í þremur fyrirlestrum áður en þeir fara að starfa sjálfstætt fyrir okkur. Það er ekki langur tími að fá einn klukkutíma með nemendum til að fræða um þetta en það er engu að síður mjög gagnlegt og opnar augu margra fyrir einkennum sem þeir hafa ekki áttað sig á. Við ræðum geðsjúkdóma einsog geðhvarfasýki, geðklofa, fíknisjúkdóma, kvíða og þunglyndi, átröskun og árátturöskun og það er mjög mikilvægt að þetta er gert á forsendum jafningjafræðslu þar sem okkar fræðarar eru allir innan við þrítugt. Við ætlum að setja þau aldursmörk í lög félagsins þar sem okkur fannst þetta vera lykilatriði við að ná til nemendanna. Þar studdumst við einnig við reynslu af starfi Ástráðs, sem er kynfræðsla læknanema fyrir framhaldsskólanema og var að mörgu leyti fyrirmynd og hvatning að stofnun Hugrúnar."

Mikilvægt að fræða foreldra og kennara

Elísabet bætir því við að fræðslan sé ekki eingöngu bundin við fyrirlestra í skólum. „Við nýtum einnig samfélagsmiðlana og höfum verið í samstarfi við Rauða krossinn í átakinu *Útmeða´* og boðið upp á fyrirlestra fyrir kennara og foreldrafélög og félagsmiðstöðvarnar. Þar erum við að ná til þeirra sem eru daglegum samskiptum við unglingana og þannig nýtist fræðslan mun betur en ella, þar sem við höfum bara einn klukkutíma til að fræða unglingana.

Óhjákvæmilega hefur starfsemi Hugrúnar orðið mun stærri en ætlað var í upphafi og þetta væri auðvitað ekki hægt nema vegna þess að við erum með yfir hundrað sjálfboðaliða í fræðslunni, langflestir nemendur í hjúkrunarfræði, læknisfræði og sálfræði þó þátttakan sé ekki bundin við þessar greinar."

Eitt af markmiðunum að sögn Elísabetar er að kenna unglingunum að tjá sig um líðan sína. „Að þau geti komið orðum að því hvernig þeim líður, tjáð tilfinningar sínar og sýnt hvort öðru skilning. Við viljum líka leggja okkar af mörkum til að opna umræðuna í samfélaginu og það var hugmyndin að baki átakinu við opnun nýju heimasíðunnar."

Á heimasíðunni eru birt viðtöl við 7 ungar manneskjur sem glímt hafa við geðsjúkdóma og náð góðri geðheilsu. Veikindi þeirra eru að sögn Elísabetar þverskurður af því helsta sem herjar á geðheilsuna; sama upptalning og hér að ofan þar sem þau lýsa baráttu sinni við geðklofa, geðhvarfasýki, kvíða og þunglyndi, fíknivanda, átröskun, árátthegðun og einnig tjáir ein ung kona sig um hvernig er að vera aðstandandi móður með þunglyndi.

„Við veltum því talsvert fyrir okkur hvernig væri best að standa að þessu og hugmyndin að viðtölunum var ekki sú fyrsta sem okkur datt í hug. Þegar við höfðum svo ákveðið að reyna þetta og leituðum til þessara einstaklinga sögðu þau samstundis já og voru mjög áhugasöm, ein kom meira segja sérstaklega fljúgandi frá Kaupmannahöfn til að geta verið með, og svo tókust öll viðtölin alveg ótrúlega vel."

Elísabet segir að viðtökur hafi verið langt umfram væntingar. „Við höfum fengið 20.000 heimsóknir á heimasíðuna og enn fleiri hafa horft á myndböndin á facebook síðu Hugrúnar. Fjölmiðlar hafa einnig sýnt þessu áhuga og þannig nær þetta lengra út í samfélagið. Við getum ekki annað en verið ánægð með árangurinn."

„Mótum samfélag þar sem rætt er opinskátt um tilfinningar og fordómar upprættir“

Hér eru birtir stuttir kaflar úr viðtölunum á heimasíðu Hugrúnar *gedfraedsla.is* við 7 unga einstaklinga sem tjá sig um reynslu sína af baráttu við ýmsa geðsjúkdóma og frábærum árangri við að ná góðri geðheilsu.

Aron Már

kvíði og þunglyndi

Fyrir tveimur árum stofnaði Aron samtökin *Allir gráta* en markmið þess er að opna umræðuna um kvíða og þunglyndi meðal barna og unglinga.

„Ég hef alltaf fundið fyrir þunglyndi en eftir að ég missti systur mína þá sökk ég djúpt. Fyrst hafði ég ekki hugmynd um hvað var að gerast. Líkaminn setti upp einn heljarinnar varnarvegg. Ég var alveg tómur og ég vissi ekki hvernig ég átti að bregðast við umhverfi mínu. Mér leið svo rosalega illa að ég fór að skaða sjálfan mig með eiturlyfjum, drykkju og klámi. Það var ekki fyrr en ég algjörlega fríkaði út að fólkið í kringum mig sagði að ég þyrfti að gera eitthvað í mínum málum. Ég leitaði til sálfræðings sem hjálpaði mér að skilja hvað það væri sem ég var að upplifa. Ég var í tvö ár hjá honum og nýti mér þau verkfæri sem hann kenndi mér enn í dag, þau hjálpa mér mikið.

Ég held að það sé mikilvægt að tala við stráka um tilfinningar. Við búum í svo góðu samfélagi í dag að ég held að næstu kynslóðir á eftir okkur verði allt öðruvísi tilfinningalega. Ég mun endalaust tala við son minn um tilfinningar. Ef honum líður illa mun ég reyna að vinna úr því í staðinn fyrir að gera ekkert í því og segja honum að harka bara af sér.

Fyrst voru samtökin *Allir gráta* aðallega ætluð strákum en nú miðum við þetta við alla unglinga, skiptir ekki máli hvaða kyn; stelpu, stráka, hán. Ég ákvað að nýta mér fylgið mitt á samfélagsmiðlum til að koma þessum málstað lengra út. Ég fór með fyrirlestra í skóla og deildi því hvað það væri mikilvægt að vera samkvæm sjálfum sér. Þegar ég var yngri vissi ég ekki í hvorn fótinn ég ætti að stíga og var ekkert að pæla í tilfinningum.“

Hrefna Huld

geðklofi

„Það skiptir máli að umkringja sig fólki sem sem talar ekki öðruvísi við þig þó þú sért með geðsjúkdóm. Það skortir verulega á fræðslu um þessi málefni og að fleiri stígi fram og deili sinni reynslu.“ Viljinn til þess að hjálpa öðrum dreif Hrefnu til þess að deila sögu sinni í *Morgunblaðinu* í fyrra. „Ég vildi opna umræðuna og fá fólk til þess að vakna til lífsins. Það er ótal mikið af fólki sem ber skömm af geðsjúkdómum sínum vegna þeirra fordóma sem það mætir. Það einangrar sig vegna hræðslu og þar liggur misskilningurinn. Það er ekki fylgifiskur andlegra veikinda að loka sig af heldur óttinn við viðbrögð annarra. Við verðum að geta rætt þessi málefni opinskátt.“

Ragnar

geðhvarfasýki

„Ég mætti í opinn tíma á læknavaktinni á Akureyri og lét allt gossa. Ég væri alvarlega að íhuga að svipta mig lífi og það þyrfti að gera eitthvað núna. Karlgreyið sem tók á móti mér tafsaði og sagði mér að koma aftur á morgun. Daginn eftir var ég kominn með tilvísun og tíma hjá geðlækni tveimur vikum seinna.“

Humi segir léttinn gríðarlegan að vera kominn með lækni og greiningu en mikil sjálfsvinna var fram undan. „Það urðu þáttaskil í lífi mínu að hefja rétta meðferð, fá geðlækni og hefja mitt bataferli. Það var vel haldið utan um mig þegar ég komst að,“ útskýrir Humi en segir kerfið hafa mátt grípa fyrr í taumana. „Kannski á einhverjum tímapunkti hefðu þeir aðilar sem ég leitaði til mátt senda mig til geðlæknis. En hluti af sjúkdómnum mínum er hversu góður ég er í að fela hann. Ég vildi ekki viðurkenna maníuna mína, bara þunglyndið. Ástæðan var einföld: þegar ég fer upp þá er svo gaman og mikil orka. Ég er hrókur alls fagnaðar, ótrúlega duglegur og afkastasamur. Partur af mér vildi halda í þær.“

Vala Kristín

átröskun

Fyrir rúmu ári síðan var Vala Kristín búin að ná miklum bata en eftir alla þessa sjálfsvinnu var hún enn að upplifa kvíða, þunglyndi og þráhyggju. Eitt kvöld, upp úr þurru, hringdi hún grátandi í pabba sinn og spurði til hvaða geðlæknis hún ætti að fara.

„Foreldrar mínir höfðu stungið upp á því fyrir mörgum árum en ég þvertók fyrir það. Ég var með svo mikla fordóma og var hrædd um að vera stimpluð geðveik. En þegar ég fékk tíma hjá geðlækninum mínum þá tók ekkert við nema yndislegheit. Hann sá að ég var búin að gera allt sem ég gat. Hreyfa mig, borða reglulega og hollt, vinna mikið í sjálfri mér. Allt eftir bókinni. Ég fékk væg kvíða- og þunglyndislyf. Það var punkturinn yfir i-ið í mínum bata. Það hefur bjargað lífinu mínu.

Ég var að gera allt sem ég gat en það var samt efnafræðilegt ójafnvægi í mér. Og lyfin lyftu mér yfir núllið.“



Skjámynd af heimasíðu Hugrúnar.

Iðunn

OCD, þráhyggju- og árátturöskun

Fyrst um sinn lét Iðunn lítið fara fyrir greiningunni og upplýsti aðeins sína nánustu. Hún óttaðist viðbrögð og fáfræði annarra á OCD. „Ég vildi taka minn tíma í að læra inn á sjúkdóminn. Með tímanum varð ég óhræddari við að tala um þetta og í dag reyni ég meðvitað að tala opinskátt um OCD," segir Iðunn en hún hefur talað opinberlega um reynslu sína á Twitter og Snapchat. „Fólk er gjarnan hrætt við að spurja og vill kannski sýna tillitssemi en við þurfum að auka fræðsluna. Hefði ég setið einn fyrirlestur um þessa helstu kvíða- og geðraskanir hefði ég vitað hvað væri að hjá mér. Ég hefði ekki eytt tæplega þremur árum í óvissu."

Iðunn segir fleiru ábótavant í geðheilbrigðismálum hérlendis. Sálfræðikostnaður er mikill og biðlistinn hjá geðlæknum langir. „Ég er blessunarlega í þeirri stöðu að geta greitt fyrir tímana mína en það búa ekki allir svo vel. Ég er á biðlista að komast að hjá geðlækni en hef nú þegar beðið í marga mánuði. Ég tel gríðarlega mikilvægt að efla geðheilbrigðisþjónustu á öllum vígstöðvum." Mikilvægt sé líka að vera meðvitaður um þau úrræði sem bjóðast í dag. „Mikilvægasti lærdómurinn minn er að það er hægt að fá hjálp. Þú þarft bara að þora að taka skrefið og leitast eftir henni. Játa fyrir sjálfum þér að þú getur ekki tekist á við alla erfiðleika einn, tala við fólkið í kringum þig og fá viðeigandi aðstoð. Því það er hægt."

Sonja Björg

aðstandandi móður með þunglyndi

„Það skortir gríðarlega fræðslu um veikindi af andlegum toga. Hefði ég þekkt til einkennanna og hefðu verið skýr úrræði um hvert ég gæti leitað þá hefði það breytt miklu. Ég var orðin 18 ára og mamma komin inn á geðdeild þegar ég fyrst veit að hún er þunglynd. Það kom alveg flatt upp á mig eins skringilega og það hljómar."

Aðspurð hvað framtíðin beri í skauti sér segist Sonja hafa áhuga á að starfa með börnum í framtíðinni. „Uppeldi og aðstæður móta okkur sem einstaklinga og skýra gjarnan hegðun okkar. Mín ástríða í lífinu eru að öll börn fái jöfn tækifæri til menntunar og hafi aðgengi að allri þeirri aðstoð sem þurfa þykir. Skólasálfræðingar á öllum skólastigum er eitthvað sem verður að innleiða. Ég sé fyrir mér að starfa með börnum sem barnasálfræðingur eða í öðru starfi því tengdu. Ég vil taka þátt í að móta samfélag það sem við tölum opinskátt um tilfinningar okkar, upplifun og upprætum fordóma. Við höfum öll rétt á okkar tilfinningum og þurfum að læra að ráða úr vandamálum okkar í stað þess að bera skömmina."

Tryggvi

fíknsjúkdómur

Eftir seinni meðferðina tók við heilt ár af sjálfsvinnu, stofnunarfundum og endurhæfingu. Tryggvi segir að þetta ár hafi búið til grunninn að því lífi sem hann býr að í dag.

„Við tók ár þar sem ég keyrði mig gersamlega í rusl. Ég var að henda lífinu mínu á glæ. Ég vissi það alveg en mér var í rauninni bara skítsama. Mér fannst lífið mitt ekki vera neins virði lengur, fannst ekkert skipta máli. Mér datt ekki í hug að gjörðir mínar hefðu áhrif á aðra líka. Ég læri seinna að það er svo sannarlega ekki rétt. Allt sem ég var að gera sjálfum mér hafði mikil áhrif á líf annarra. Getu þeirra til að lifa og starfa eðlilega.

Það tekur tíma að núllstilla sig. Það hljómar eins og ótrúlega mikill tími að eyða heilu ári en það var nauðsynlegt til að koma mér yfir þetta upprunalega vandamál sem var ótti og kvíði. Þessa tilfinningaflækju sem er fíkn og alkóhólismi. Eftir þessa endurhæfingu er ég búinn að gera það sem mér sýnist. Ég er enn að vinna markvisst að því að gera mig betri. Ég var rosalega heppinn að fjölskyldan mín ríghélt við bakið á mér. Það eru alls ekki allir sem búa að því. Þau voru tilbúin að gera allt til þess að koma mér aftur á lappir."

Nýjar reglur um lyfjaávísanir

Magnús Jóhannsson læknir magnus@landlaeknir.is, Anna Björg Aradóttir sviðsstjóri,
Jón Pétur Einarsson lyfjafræðingur, Ólafur B. Einarsson sérfræðingur

Embætti landlæknis
Directorate of Health

Á næstu mánuðum mun ganga í gildi ný reglugerð um lyfjaávísanir og afhendingu lyfja nr. 1266/2017.[1] Ýmsar breytingar eru frá eldri reglugerð og segja má að þessar nýju reglur veiti læknum meira aðhald í lyfjaávísunum en þær eldri. Þessum breytingum er ætlað að stuðla að skynsamlegri, markvissari og öruggari lyfjanotkun í landinu.

Stefnt er að því að innan fárra ára verði allar lyfjaávísanir rafrænar. Þess vegna eru þær takmarkanir á notkun pappírslyfseðla (á nýju eyðublaði; sjá viðauka við reglugerðina) að einungis má ávísa einu lyfi á hverjum lyfseðli og bara fyrir eina afgreiðslu. Með gildistöku síðar á árinu verður að ávísa ávana- og fíknilyfjum til afgreiðslu hér á landi á pappírsformi. Frá 1. september 2018 má aðeins ávísa eftirritunarskyldum lyfjum til 30 daga notkunar í senn.

Nokkrar nýjar takmarkanir eru settar á lyfjaávísanir. Ef fyrir er gild ávísun í lyfjaávísanagátt fyrir ávana- og fíknilyfi er einungis heimilt að útbúa aðra ávísun á sama lyf ef ávísað er á annan styrkleika eða ef fella á úr gildi gildandi lyfjaávísun og útbúa nýja. Ennfremur er einungis heimilt að afgreiða metýlfenídat (ATC flokkur N06BA04) eða amfetamín (flokkur N06BA01) ef sjúklingur er með gilt lyfjaskírteini frá Sjúkratryggingum Íslands. Áfram verður heimilt að ávísa lyfjum í síma en þó ekki til skömmtunar, ekki ávana- og fíknilyfi og einungis einni pakkningu í senn.

Embættinu hafa borist ábendingar frá heilsugæslulæknum um að þeir hafi verið settir á lyfjaskírteini sjúklinga vegna ADHD-greininga sérfræðinga að þeim forspurðum. Embættið vill benda á að það sé eðlilegt að læknar séu spurðir áður hvort þeir vilji taka að sér að sjá um ávísanir ADHD-lyfja. Nokkuð hefur borið á því að fólk sé að fá örvandi lyf umfram hámarksskammta og jafnvel á sama tíma og viðkomandi er að fá önnur ávanabindandi lyf sem ekki eru æskileg með örvandi lyfjum. Heilsugæslulæknar sem taka að sér ávísanir ADHD-lyfja þurfa að vera tilbúnir að stýra meðferð þannig að ávísanir fari eftir klínískum leiðbeiningum.

Lengi hefur verið í gildi sú regla að sá sem leysir út eftirritunarskylt lyf í lyfjabúð þarf að sýna skilríki og kvitta fyrir móttöku. Ekki eru nærri öll ávanabindandi lyf eftirritunarskyld og nokkuð hefur borið á því að lyf hafi verið svikin út á nafn annarra. Til að hamla gegn slíkri misnotkun er nú tekin upp sú regla að allir sem leysa út lyf í lyfjabúð, óháð lyfi og pakkningastærð, skuli sýna skilríki. Ef grunsemd um misferli vaknar, eftir að apótek afgreiðir lyfið, er því hægt að fletta upp hver leysti út viðkomandi lyf.

Embætti landlæknis rekur lyfjaávísanagátt sem tekur við rafrænum lyfjaávísunum og heldur utan um afgreiðslur þeirra. Þessi ávísanagátt tekur við rafrænum lyfjaávísunum sem læknar senda úr sínum sjúkraskrárkerfum eða af vefsvæði Embættis landlæknis (*lyfsedlar.landlaeknir.is/*). Viðmót lyfjaávísanagáttar er í stöðugri þróun og ný virkni verður þróuð og virkjuð eftir því sem efni standa til. Einnig má minna á að almenningur hefur aðgang að sinni eigin lyfjasögu og hvaða lyf viðkomandi á óútleyst í gáttinni, á vefsvæðinu *heilsuvera.is/*

Mjög mikilvægt er að læknar noti lyfjagagnagrunn landlæknis (lyfjaávísanagáttina) sem mest en upplýsingar þar eru uppfærðar í rauntíma. Þetta er mikilvægt til að sjá hvaða lyfjum aðrir læknar eru að ávísa á sjúklinginn, til að forðast óheppilegar lyfjablöndur og almennt til að fá yfirsýn yfir lyfjasögu. Læknar geta einnig séð hvaða lyf skjólstæðingar þeirra eiga óútleyst í lyfjagátt og geta þeir fellt út sínar ávísanir og annarra lækna ef ástæða er til.

Mikilvægi lyfjagagnagrunnsins er ótvírætt og eins og áður segir eru læknar hvattir til að nota hann alltaf þegar til meðhöndlunar skjólstæðinga kemur en ónauðsynleg notkun er bönnuð (það að einhverjum sé flett upp sem ekki er til skoðunar/meðhöndlunar hjá viðkomandi lækni) og er Embætti landlæknis með eftirlitshlutverk gagnvart því. Nú eru í þróun aðferðir við það eftirlit og er rétt að læknar og heilbrigðisstarfsfólk viti af því.

Heimildir

1. reglugerd.is/reglugerdir/eftir-raduntum/velferdar-raduneyti/nr/1266-2017

Ertu með hugmynd að dagskrá fyrir Læknadaga 21.-25. janúar 2019?

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

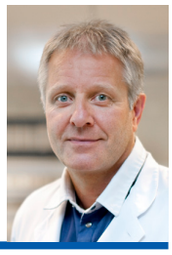
Þeir sem vilja leggja til efni í dagskrá Læknadaga eru beðnir að fylla út umsóknarblað á innra neti Læknafélagsins og senda til Margrétar Aðalsteinsdóttur margret@lis.is fyrir 10. maí næstkomandi.

Staða skimunar fyrir brjóst- og leghálskrabbameini á Íslandi

Kristján Oddsson

læknir
Læknastöðinni Hlíðasmára 9

oddsson@hotmail.com



Skimun fyrir brjóstakrabbameini

Mikið vantar upp á að skipulag, stjórn og framkvæmd skimunar fyrir brjóstakrabbameini sé í samræmi við evrópskar leiðbeiningar um skipulega lýðgrundaða skimun fyrir brjóstakrabbameini.

Hér á landi hófst skimun fyrir brjóstakrabbameini árið 1988. Þátttaka í skimun fyrir brjóstakrabbameini hefur minnkað úr 68% árið 1990 í 55% árið 2016.[1] Í stefnumörkun leitarsviðs Krabbameinsfélags Íslands (KÍ) er miðað við að þátttaka sé minnst 65%, en því markmiði hefur ekki verið náð síðan 1992. Í evrópskum leiðbeiningum er talið ásættanlegt ef þátttaka er ekki minni en 70% en æskilegt að hún sé meiri en 75%.[2]

Skimun fyrir leghálskrabbameini

Nýleg úttekt bendir til að íslenskar konur greinist nú tölfræðilega marktækt yngri og með alvarlegra stig leghálskrabbameins en áður. Það minnkar lífslíkur og hefur áhrif á frjósemi og barneignir. Í sömu rannsókn kemur einnig fram að greining og meðferð er á við það sem best þekkist erlendis. Það bendir til að breyta þurfi skipulagi og stjórn skimunar.

Í evrópskum leiðbeiningum er miðað við að þátttaka sé viðunandi ef hún er yfir 70% en æskilegt að hún sé meiri en 85%.[3] Í stefnumörkun leitarsviðs KÍ er miðað við að þátttaka sé minnst 75% en því markmiði hefur ekki verið náð síðan 2009; þátttaka hefur minnkað úr 82% árið 1992 í 67% árið 2016. Afleiðingar af minnkaðri þátttöku síðastliðin 25 ár eru ekki síst þær að forstigsbreytingar leghálskrabbameins í konum án einkenna ná að þróast í leghálskrabbamein á misalvarlegu stigi.

Stjórn skimunar

Í ljósi þeirrar stöðu sem uppi er varðandi minnkandi áhuga kvenna á að þiggja boð um skipulega skimun fyrir leghálskrabbameini er brýnt að fyrirkomulagið um boðun í skipulega skimun verði endurskoðað. Efla þarf skipulag varðandi boðun og tryggja betur að konur sjái sér hag í því að mæta reglulega í skipulega skimun fyrir leghálskrabbameini. Til að tryggja faglega starfsemi og koma í veg fyrir fjárhagslega hagsmunaárekstra sem geta skapast þegar sami aðili sér um boðun í skipulega skimun og rekstur heilbrigðisþjónustunnar vegna skimunar er nauðsynlegt að allt utanumhald um boðun og tölulegt uppgjör um árangur úr leitarstarfi sé aðskilið frá framkvæmd heilbrigðisþjónustunnar.

Í minnisblaði Embættis landlæknis til heilbrigðisráðherra frá því í desember 2016 er lagt til að stjórn skimunar verði komið fyrir á stjórnsýslustigi og er það í samræmi við evrópskar leiðbeiningar um stjórn skimunar. Í þeim kemur skýrt fram að henni skuli komið fyrir á stjórnsýslustigi með skimunarráði, stýrihópum og faghópum til ráðgjafar.

Velferðarráðuneytið hefur sett fram svipaðar tillögur í skjalinu „Markmið og aðgerðir í tillögu að íslenskri krabbameinsáætlun til ársins 2020", sem það gaf út í júlí 2017.[4]

Framkvæmd skimunar fyrir leghálskrabbameini

Undangengin ár hafa um 40% frumusýna frá leghálsi verið tekin af ljósmæðrum sem starfa sem verktakar (samsvarar 2,5 stöðugildum) á leitarsviði KÍ, um 40% sýna hafa verið tekin hjá sjálfstætt starfandi kvensjúkdómalæknum og 20% af ljósmæðrum á heilsugæslustöðvum á landsbyggðinni en það fyrirkomulag var innleitt árið 2014 en læknar tóku þau sýni áður. Stjórnunarleg og fagleg reynsla af þeirri breytingu hefur verið mjög góð og hefur mælst vel fyrir meðal kvenna sem hafa tekið þátt í skipulegri skimun á landsbyggðinni. Dæmi eru um að þátttaka í þeim hópi hafi aukist yfir 20% eftir þá skipulagsbreytingu.[1]

Í Svíþjóð fá konur boð um skimun á fyrirfram gefnum tíma hjá ljósmóður á heilsugæslustöð og er hún gjaldfrjáls. Þar er heildarþátttaka í skimun fyrir leghálskrabbameini 82% (92% í aldurshópnum 23-25 ára), sú mesta í heimi, en sambærileg þátttaka hér á landi er 67% og 57%.[1,5]

Í Krabbameinsáætlun, sem velferðarráðuneytið gaf út í júlí 2017, er gert ráð fyrir mikilvægu hlutverki heilsugæslunnar í skimun og hafa forráðamenn Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins óskað eftir viðræðum við heilbrigðisráðherra um að taka að sér framkvæmd skimunar fyrir leghálskrabbameini líkt og heilsugæslustöðvar á landsbyggðinni hafa gert. Þannig gætu allar konur sótt þessa fyrirbyggjandi heilsuvernd til heilsugæslunnar eins og þær gera varðandi mæðra- og ungbarnavernd. Með breyttri stjórn og skipulagi væri hægt að veita gjaldfrjálsa skimun fyrir leghálskrabbameini líkt og mæðra- og ungbarnavernd án þess að veita þyrfti meira fjármagni til málaflokksins.

HPV frumskimun

Mikilvægt er að HPV-frumskimun (*HPV primary screening*) verði innleidd hér á landi en rannsóknir hafa sýnt að HPV-frumskimun lækkar nýgengi og dánartíðni meira en skimun með hefðbundinni frumuskoðun (Pap-próf) og er auk þess ódýrari skimunaraðferð.[6] HPV-frumskimun var innleidd í Svíþjóð og

Ástralíu á síðasta ári. Bandaríska lyfja- og matvælastofnunin (FDA) hefur samþykkt klínískar leiðbeiningar um HPV-frumskimun.

Framkvæmd leghálsspeglana

Fagaðilar eru sammála um að leghálsspeglanir ættu vera hluti af þjónustu kvennadeildar Landspítala en það fyrirkomulag tíðkast í nágrannalöndunum. Stofnun leghálsspeglunareiningar við kvennadeild Landspítala er aðkallandi til að efla gæði, sjálfbærni og kennslu og gæti reynst jákvætt við úttektir erlendra matsaðila á menntunarhæfi deildarinnar.

Lokaorð

Ein meginforsenda skimunar fyrir krabbameinum er að gagnsemi hennar sé meiri en skaðsemi. Niðurstaða óháðrar nefndar í Englandi var að skimun fyrir brjóstakrabbameini geti lækkað dánartíðni um 20% ef vel er að henni staðið.[7] Niðurstaða nýlegrar rannsóknar frá Hollandi sýndi hins vegar að skimun fyrir brjóstakrabbameini hefði óveruleg áhrif til lækkunar dánartíðni brjóstakrabbameins.[8] Skimun fyrir leghálskrabbameini getur lækkað dánartíðni yfir 90% og er þannig ein árangursríkasta heilsuvernd sem er í boði fyrir konur og getur árangur hennar jafnast á við mikilvægi árangurs í bólusetningum barna.

Til að tryggja sem best heilsu kvenna er brýnt að heilbrigðisráðherra geri nauðsynlegar breytingar á skipulagi, stjórn og framkvæmd skimunar fyrir krabbameini í brjóstum og leghálsi þannig að hún þjóni aðeins hagmunum kvenna en ekki öðrum óskyldum hagsmunum. Reynsla undanfarinna 25 ára sýnir að núverandi skipulag, stjórn og framkvæmd á skimun fyrir brjósa- og leghálskrabbameini hefur þróast með neikvæðum hætti og brýnt að heilbrigðisyfirvöld og eftirlitsaðilar taki ábyrgð og tryggi að skimun fyrir þessum krabbameinum þjóni almannahagsmunum en ekki sérhagsmunum.

Nauðsynlegar skipulagsbreytingar eru að mati þess sem hér skrifar meðal annars að stjórn skipulegrar skimunar verði komið fyrir á stjórnsýslustigi með skimunarráði, stýrihópum og faghópum til ráðgjafar og að fylgt verði evrópskum leiðbeiningum. Framkvæmd skimunar fyrir brjóstakrabbameini verði á vegum sérhæfðra röntgenþjónustuaðila. Framkvæmd skimunar fyrir leghálskrabbameini verði á vegum heilsugæslunnar. Tekin verði upp HPV-frumskimun eins og sóttvarnarlæknir hefur mælt með. Þannig mætti bjóða konum gjaldfrjálsa skimun fyrir leghálskrabbameini, líkt og mæðra- og ungbarnavernd, án þess að veita þyrfti viðbótarfjármagni til málaflokksins.[6]

Heimildir

1. Ársskýrsla leitarsviðs Krabbameinsfélags Íslands 2016, óbirt.
2. European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis (4th Edition)
3. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening (2th Edition).
4. stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=b93f90f1-631d-11e7-9416-005056bc4d74 – febrúar 2018.
5. nkcx.se/templates/_rsrapport_2017.pdf – febrúar 2018.
6. Kristjánsson B. Kostnaðargreining á HPV frumskimun á Íslandi. Háskólinn í Reykjavík, 2016.
7. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Br J Cancer 2013: 108: 2205-40.
8. Autier P, Boniol M, Koechlin A, Pizot C, Boniol M. Effectiveness of and overdiagnosis from mammography screening in the Netherlands: population based study. BMJ 2017; 359: j5224.



Á myndinni eru frá vinstri: Halla Þorvaldsdóttir, framkvæmdastjóri Krabbameinsfélagsins, Magnús Baldvinsson, röntgenlæknir og yfirlæknir á Leitarstöðinni og Guðrún Birgisdóttir, deildarstjóri á röntgendeild Leitarstöðvar við eitt af nýju tækjunum.

Ný tæki á Leitarstöð Krabbameinsfélagsins fyrir 132 milljónir króna

Magnús Hlynur Hreiðarsson

Krabbameinsfélag Íslands hefur nú endurnýjað að stórum hluta tækjabúnað Leitarstöðvarinnar til skipulegrar leitar að brjóstakrabbameini. Safnað var fyrir tækjunum í Bleiku slaufunni 2016. Alls söfnuðust 132 milljónir í átakinu sem runnu óskiptar til tækjakaupanna. Endurnýjunin gerist í tveimur áföngum og hafa hópleitartæki nú verið uppfærð. „Ávinningurinn af endurnýjuðum tækjabúnaði er meðal annars minni geislun og óþægindi við myndatökur, meiri hraði í myndatöku, nákvæmari skjáir sem bæta greiningarmöguleika, hagræðing vegna lægri bilanatíðni og sparnaður við viðhald tækjanna," segir í tilkynningu frá félaginu.

„Þetta er til mikilla bóta og eykur gæðin í starfi okkar í leit að brjóstakrabbameini," segir Magnús Baldvinsson, röntgenlæknir og yfirlæknir á Leitarstöðinni. „Þessi endurnýjun auðveldar mjög alla vinnu okkar og fullnægir nú þeim kröfum sem gerðar eru fyrir slíka starfsemi, bæði varðandi gesti Leitarstöðvarinnar og starfsfólk hennar," bætir hann við.

„Hér er um mikið framfaraskref að ræða og afar ánægjulegt að hægt sé að styðja leitarstarfið með þessum hætti," segir Halla Þorvaldsdóttir, framkvæmdastjóri Krabbameinsfélagsins og segir jafnframt að Bleika slaufan njóti mikillar velvildar meðal landsmanna enda sjáist það á afgerandi hátt hjá Krabbameinsfélaginu hve miklu er hægt að áorka með dyggum stuðningi almennings.

Í þessum fyrri áfanga voru hópleitartæki uppfærð, en einnig tölvu- og hugbúnaður sem notaður er við hópleitina ásamt hugbúnaði til geymslu og skoðunar á myndum. Einnig hafa nýir skjáir sem notaðir eru til greiningar á röntgenmyndum verið endurnýjaðir, en þeir búa yfir stóraukinni upplausn og fleiri greiningarmöguleikum sem auðvelda vinnu við greiningar á brjóstakrabbameini. Í seinni áfanganum verða tæki til sérskoðana uppfærð og keypt ný tæki sem innihalda möguleika til þrívíddargreiningar, myndatöku með skuggaefni og nýrri tækni við sýnatöku úr meinum. Einnig verða keypt ómtæki til notkunar við sérskoðanir og hugbúnaður fyrir boðun uppfærður.

Ný stjórn FAL

Stjórn Félags almennra læknra hefur verið skipuð. Hún er sem hér segir: Formaður: Guðrún Ása Björnsdóttir, gjaldkeri: Jón Kristinn Nielsen, ritari: Guðrún Arna Jóhannsdóttir. Meðstjórnendur eru: Agnar Hafliði Andrésson, Katrín Hjaltadóttir, Ragnhildur Hauksdóttir, Berglind Bergmann, Stefán Þórsson, Perla Steinsdóttir, Valgerður Bjarnadóttir (6. árs læknanemi) og Árni Johnsen (5. árs læknanemi og formaður FL).

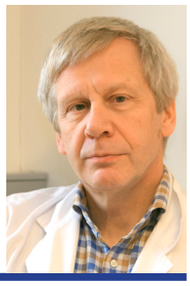


Alþjóðleg ráðstefna um læknisfræðilega siðfræði

Jón Snædal
öldrunarlæknir og forseti ráðstefnunnar

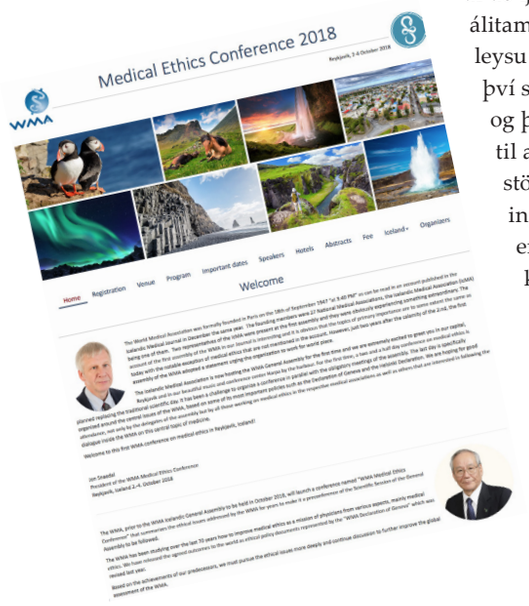
Hann sat um skeið í stjórn WMA og var forseti samtakanna fyrir Íslands hönd

jsn@mmedia.is



Í tengslum við aðalfund Alþjóðasamtaka lækna (WMA) í Reykjavík í haust verður haldin þriggja daga alþjóðleg ráðstefna um læknisfræðilega siðfræði. Ráðstefnan verður haldin í Hörpu og hefst á hádegi þriðjudaginn 2. október og lýkur á fimmtudaginn 4. október síðdegis.

Til umfjöllunar verða margvísleg siðfræðileg málefni sem snúa að læknum í vinnu og rannsóknum. Má nefna umfjöllun um alþjóðasiðareglur lækna sem koma meðal annars fram í nútíma Hippókratesareiðnum með áorðnum breytingum eins og þau birtast í Genfarheiti lækna, en síðustu breytingar voru samþykktar fyrir ári og birtist íslensk þýðing í janúarhefti *Læknablaðsins*. Ítarlegri siðfræðiviðmið er að finna í yfirlýsingu sem heitir einfaldlega „Alþjóðasiðareglur lækna“ (International Code of Medical Ethics). Þessar reglur verða senn endurskoðaðar af hálfu WMA og fer upphafsumræðan fram á ráðstefnunni.



Best þekkta yfirlýsing WMA er kennd við Helsinki og fjallar um siðfræðileg viðmið við rannsóknir með þátttöku manna, hvort sem er sjúklinga eða heilbrigðra. Hún er endurskoðuð á 5-10 ára fresti og er sú síðasta frá 2013 og tók þrjú ár að ljúka henni. Það eru alltaf einhver álitamál, svo sem hvernig nota megi lyfleysu og hver sé ábyrgð rannsakenda í því samfélagi sem rannsóknin tekur til og það þarf því töluverðar umræður til að komast að endanlegri niðurstöðu. Endurskoðun þessarar yfirlýsingar er því alltaf umfangsmikil og er með aðkomu margra. Senn fer að koma að næstu endurskoðun.

Siðfræði erfðarannsókna verður að sjálfsögðu til umræðu og einnig má nefna álitamál er snúa að notkun mjög dýrrar meðferðar og enn annað málefni er hvernig staðið er að fósturgreiningum og hvert þær leiða. Með vaxandi tækni má ekki aðeins greina sjúkdóma heldur einnig ýmis einkenni í fóstrum sem getur svo leitt til þess að þungun verður stöðvuð. Þetta er mikið álitamál og tekur Norræna siðfræðinefndin það til umræðu á tveimur málþingum sem eru hluti af ráðstefnunni.

Þátttaka er frá öllum heimshornum en innan WMA eru núna 115 félög frá jafn mörgum löndum. Vonast er til að læknar frá um helmingi félaganna mæti. Skráningargjald telst hóflegt miðað við alþjóðlegar ráðstefnur, eða kr. 69.000. Búið er að opna fyrir skráningu og móttöku ágripa á síðunni *icelandtravel.artegis.com/event/wma2018* og þar er að finna frekari upplýsingar. Síðan er uppfærð reglulega með nýjum upplýsingum.

Þetta er í fyrsta sinn sem aðalfundur WMA er haldinn hér á landi en Læknafélag Íslands var þó meðal 27 stofnfélaga árið 1947 og má lesa frásögn af þeim fundi í desemberhefti *Læknablaðsins* það ár. Auðvelt er að nálgast þá frásögn á síðunni *timarit.is* Venjan er sú að hafa einn dag fyrir umræður af þessu tagi en nú er sú nýbreytni að auka þann tíma. Þetta er tilraunaverkefni og mun WMA ákveða í kjölfarið hvort þetta verður endurtekið. Þótt ráðstefnan sé haldin í náinni samvinnu við WMA ber Læknafélag Íslands fjárhagslega ábyrgð og er meðal annars af þeim sökum mikilvægt að sem flestir skrái sig.



Hildur Þóra Ólafsdóttir og Jón Ágúst Stefánsson.

Tónlistar-kvöld LÍ



Þórður Þórkelsson barnalæknir.

Læknafélag Íslands fagnar 100 ára afmæli sínu á hverjum degi allt þetta ár, og það er af nógum efniviði af taka, bæði faglegum, félagslegum og listrænum! Í mars var haldið upp á að margir læknar hafa yndi og unun af tónlist og iðka hana stíft. Föstudagskvöldið 16. mars varð fyrir valinu til hylla tónlistargyðjuna, og stóri salurinn í Læknafélaginu í Hlíðasmára sem hefur nú fengið andlitslyftingu reyndist prýðilegur til tónlistarflutnings.

Michael Clausen sá um að setja saman dagskrána og Sunna Snædal var kynnir kvöldsins. Ellefu hljómsveitir/flytjendur stigu á stokk og trylltu áheyrendur sem skipuðu hvert sæti í salnum og



Brjánn Á. Bjarnason barnageðlæknir, Ari Agnarsson músikant og Konstantín Shcherbak öldrunarlæknir.
Myndir: Margrét Aðalsteinsdóttir.



Brjánn Á. Bjarnason barnageðlæknir, Ari Agnarsson músikant og Konstantín Shcherbak öldrunarlæknir.
Myndir: Margrét Aðalsteinsdóttir.



Hljómsveitin Strengir gegn öldrun, en hana skipa frá vinstri: Helga Eyjólfsdóttir öldrunarlæknir, Konstantín Shcherbak öldrunarlæknir, María Björk Steinarsdóttir líffræðingur, Jóna Þórsdóttir músíkmeðferðarfræðingur, Guðlaug Þórsdóttir öldrunarlæknir, Steinunn Kristín Jónsdóttir félagsráðgjafi og Steinunn Þórðardóttir öldrunarlæknir.



Bolli Þórsson og Ingólfur Kristjánsson, þeir eru í sveitinni Mínir menn.



Mannaveiðar: Þórdís Björt Sigþórsdóttir, Sólveig Halldórsdóttir og Edda Pálsdóttir unglæknar.

tóku þessum viðburði fagnandi. Ekki verður annað séð en að innan raða lækna og læknanema séu fjölmargir kraftar sem eiga fullt erindi fram á listasviðið. En þeir sem heima sátu þetta umrædda kvöld geta séð hér á youtube brot af skemmtuninni: https://www.youtube.com/watch?v=YUPI_gKTDcQ



Hér er Ragnar Danielsen ásamt Sigurgeiri Sigmundssyni.

AA fundir lækna endurvaktir!

Kæru læknar

Fundirnir verða haldnir á fimmtudagskvöldum kl. 20-21, - allir eru velkomnir sem hafa löngun til að vera án áfengis eða annarra vímuefna. Þetta eru sjálfshjálparfundir þar sem fólk deilir sinni reynslu, hlustar á aðra og nýtur góðrar samveru.

Staður: Von, Efstaleiti 7, Reykjavík, efri hæð í fundarherberginu Reykjadal.

Látið berast og látið sjá ykkur :)

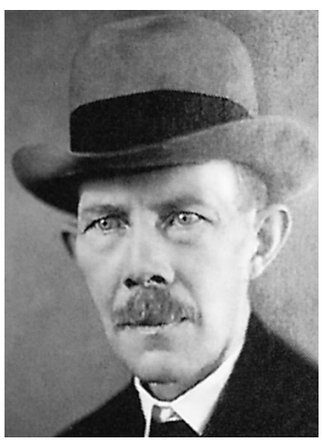
Fyrstu skref Læknafélags Íslands

Á þessu ári er fagnað 100 ára afmæli Læknafélags Íslands sem stofnað var 14. janúar 1918, mitt í kuldakastinu sem gaf þeim vetri viðurnefnið „Frostaveturinn mikli“. Síðasta ár heimsstyrjaldarinnar fyrri var þá einnig runnið upp en henni lauk í nóvember 1918. Þótt Íslendingar hafi sloppið við bein stríðsátök sluppum við ekki við fylgifiska stríðsins svo sem vöruskort og dýrtíð.

Í 4. tbl. *Læknablaðsins* 1918, aprílblaðinu, skrifar Guðmundur Hannesson formaður grein um félagið þar sem hann lýsir meginverkefni þess sem var úrbætur í kjaramálum. Hér fylgir greinin sem fjallar um bág kjör lækna og hugsanlegar úrbætur. Borin eru saman kjör íslenskra og norskra lækna og ætla má að gengi íslenskrar og norskrar krónu hafi verið svipað um þessar mundir, sú íslenska raunar bundin hinni dönsku.

PÁ

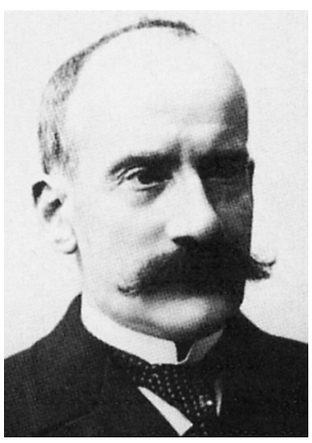
Fyrsta stjórn LÍ



Guðmundur Hannesson formaður.



Guðmundur Magnússon.



Sæmundur Bjarnhéðinsson.



Matthías Einarsson.

Læknafélag Íslands

Þess er tæpast að vænta, að stjórn Lf. Ísl. hafi komið miklu í verk á þeim stutta tíma sem fél. var stofnað, en aðgerðalaus hefir hún þó ekki verið. Helstu málin, sem hún hefir tekið til athugunar eru þessi:

1. *Hækkun ferðataxta og gjaldskrár.* Eins og allir vita, er öll borgun fyrir læknisverk hér á landi langt fyrir neðan alt það, sem dæmi eru til í nágrannalöndunum.* Ákvæði gjaldskrárinnar eru flest óhæfilega lág og annars lítið samræmi í þeim, t.d. að 2 kr. skuli borgaðar fyrir að taka þvag af manni, en að eins 220 kr. fyrir stærstu og vandasömustu handlæknisaðgerðir. Þó tekur ferðataxtinn út yfir: 30 aura borgun fyrir hverja klukkustund, oft í illviðrum og nokkurri lífshættu. Læknunum er goldið nálega þrefalt minna en óbrotnum handverksmönnum. Ofan á alt þetta hefir bætst verðfall peninga, sem hefir rýrt þennan lága taxta um fullan helming.

Þetta ástand alt hefir leitt til þess, einkum nú í dýrtíðinni, að allmargir læknar hafa sett nokkru meira upp fyrir verk sín en gjaldskrá ákveður og styðjast þar við I. gr. hennar og skýringar landlæknis á henni. Aftur fylgja aðrir læknar nákvæmlega ákvæðum gjaldskrár og læknaskipunarlaga.

Engum getur dulist, að hér er í óefni komið, sem þarf bráðra endurbóta við. Lagaákvæðin eru svo ósanngjörn, að bæði læknar og alþýða hætta að skeyta um þau.

Á þessu verður ekki bót ráðin með neinu öðru en að hækka borgun fyrir læknisverk á einhvern hátt, en hvernig það sé heppilegast - um það eru skiftar skoðanir. Sumir vilja koma hér á sama skipulagi og erlendis, að læknar ákveði sjálfir borgun fyrir læknisverk. Séu þá launin þóknun fyrir störf í landsins þágu „fyrir að líta eftir að heilbrigðislöggjöf landsins sé fylgt, fyrir ráðstafanir til þess að verja almenning sóttum og ekki síst fyrir að vera tjóðraðir hver í sínu horni, skyldugir til að láta siga sér, nótt sem nýtan dag, út í veður og vind og svo ekki að gleyma öllum skýrslum og skriftum, sem af okkur eru heimtaðar“.

Þessi leið væri ákjósanlegust fyrir lækna að ýmsra áliti og mætti, ef til vill, breyta henni á þá leið, að stjórn Lf. Ísl., landlæknir og landsstjórn kæmu sér

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Kristófer Þorleifsson formaður,
Jóhannes M. Gunnarsson ritari,
Guðmundur Viggósson gjaldkeri,
Kristrún Benediktsdóttir,
Margrét Georgsdóttir.

Öldungaráð
Hörður Alfreðsson,
Magnús B. Einarson,
Reynir Þorsteinsson,
Snorri Ingimarsson,
Þórarinn E. Sveinsson.

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

saman um taxtann. Hæpið mun það þó vera, að Alþingi fáist til þess að fara hana.

Þá gæti komið til mála, að semja nýjan taxta og leggja frv. fyrir alþingi í þá átt. Móti þessu mælir, að slíkt er nokkurt vandaverk, en auk þess sjálfsagt, að læknastéttinni gefist kostur á að segja álit sitt um málið, sem væntanlega gæti orðið á almennum læknafundi 1919. Stjórn Lf. Ísl. treystist því ekki til, að gera tillögu um nýjan taxta, enda óvíst hvort alþingi hefði ekki viljað láta endurskoðun taxtans fylgjast með launamálinu.

Þriðja úrræðið er, að leita dýrtíðaruppbótar til bráðabyrgða á borgun fyrir læknisstörf, en halda að öðru leyti töxtunum óbreyttum. Þessa leið taldi stjórn Lf. Ísl. óbrotnasta og fór því fram á það við landsstjórnina, að hún legði fyrir Alþingi frv. *um hækkun á borgun fyrir öll læknisverk, sem nemi því er peningar hafa fallið verði frá 1914-1918 og þá væntanlega eigi minna en 100%*. Er hér í raun og veru ekki að ræða um neina hækkun frá því sem var, heldur ráðstöfun til þess að hinir afarlágu taxtar falli ekki í dýrtíðinni niður úr öllu valdi.

Allir fulltrúar félagsins eru sammála stjórninni um þetta og allir þeir héraðslæknar, sem málið hefir verið borið undir. Er vonandi, að alþingi bregðist vel við þessari sanngirniskröfu læknastéttarinnar.

2. *Almennan læknafund* boðar stjórn Lf. Ísl. ekki í þetta sinn, nema áskoranir berist um það efni frá héraðslæknum. Samgöngur eru erfiðar og dýrt að ferðast, Alþingi yrði væntanlega lokið áður fundur kæmist á, svo hann gæti engin áhrif haft á gerðir þess. Aftur ber brýna nauðsyn til, að fundur komist á næsta sumar meðan þing situr, og að læknar hafi þá gert ákveðnar tillögur um nauðsynlegar endurbætur á sínum högum.

3. *Vikaramálið* hefir verið að nokkru athugað. Sér stjórnin fél. væntanlega þeim fyrir vikörum, sem þess óska, áður en langt um líður.

G.H.

*Má nefna sem dæmi, að skoðun á sjúkl. í fyrsta sinni kostar í Noregi 2-3 kr. og á nú að hækka upp í 3-5 kr., en fyrir röska klukkutíma ferð (tæpa 10 km.) fá læknar þar 7-8 kr. og ókeypis flutning. Næturtaxti 30-50% hærri. Og þó eru laun norsku læknanna miklu hærri, byrjunarlaunin 2000-5000 kr. og hækka um 200 kr.3., 6. og 9. árið eða 600 kr. alls.



Flugukast - námskeið

Nokkrir læknar lögðu leið sína á námskeið í Egilshöll um daginn til að undirbúa sumarið og æfa sig í flugukasti. Aðalkennari á námskeiðinu var Jónas Magnússon sem kominn var frá Bandaríkjunum til að sýna fólki réttu handbrögðin, ekki með skurðhnífinn á lofti heldur með flugukaststöngina. Og virtist hvorki kennara né nemendum leiðast þegar *Læknablaðið* renndi við til skoða þessa kennslu. Hinu hundrað ára gamla Læknafélagi er ekkert óviðkomandi og flugukast er þar ekki undanskilið. Einn meginboðskapur kennarans var þessi: Ekki nota alltof mikið afl við flugukast. Það eina sem þarf að gera er að sveigja stöngina, sem síðan kastar línunni. – Myndirnar voru teknar á námskeiðinu í Egilshöll.







Jónas að kenna Gunnari Bjarna Ragnarssyni krabbameinslækni réttu handbrögðin og hugarfarið.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

100 ÁRA
AFMÆLISDAGSKRÁ LÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS
2018

Maí	Ball í Iðnó, 11. maí - læknahljómsveitin Sobril spilar Golfmótaröðin: Keilir/Hvaleyrarvöllur 25. maí Fjallganga/FÍFL: Helgafell
Júní	Fjölskylduskemmtun á Klambratúni 2. júní Golfmótaröðin: Hlíðavöllur í Mosfellsbæ 29. júní
Júlí	Golfmótaröðin: Brautarholt á Kjalarnesi 25. júlí
Ágúst	Ljósmyndasýning Golfmótaröðin: Leirdalsvöllur, GKG, 17. ágúst Fjallganga/FÍFL: Sveinstindur í Öræfajökli
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

Afmælisnefnd LÍ

Birna Jónsdóttir, formaður
Agnar H. Andrésson
Arnar Þór Rafnsson
Elínborg Bárðardóttir
Jón Torfi Halldórsson
Kristín Sigurðardóttir
Sigurbjörn Sveinsson
Sólveig F. Jóhannsdóttir, framkvæmdastjóri