LÆKNABLAÐIÐ • 5. tbl. 104. árg. • Maí 2018

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



2018; 104: 221-272

laeknabladid.is

5/2018

104. árgangur: 221-272

Xarelto®
rivaroxaban

BAYER

Staðfest virkni og öryggi hjá sjúklingum með gáttatif* og marga fylgisjúkdóma[1]

Virkni og öryggi Xarelto til varnar heilablóðfalli voru sannreynd í þýði þar sem **87 % sjúklinga** voru með **$CHADS_2$-skor milli 3 og 6.**[1]



Vörn gegn heilablóðfalli með einni töflu á dag[2]

* gáttatif án lokusjúkdóms.

Heimildir: 1. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, *et al*. Rivaroxaban versus warfarin in non-valvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365(10):883–91. **2.** SmPC fyrir Xarelto.

Sérlyfjatexti á bls. 268

L.IS.MKT.01.2018.0156 Janúar 2018

XARD0112 – Bilbo

Menning og meinsemdir

Um miðja síðustu öld var ákveðið að reisa í Skálholti nýja kirkju á sama grunni og eldri kirkjur staðarins höfðu áður staðið á. Ákvörðunin krafðist viðamikillar fornleifarannsóknar sem stóð í fjögur sumur. Hróflað var við gröfum. Því var kallaður til Jón Steffensen prófessor, helsti sérfræðingur landsins í fornum mannabeinum. Jón dvaldi langdvölum í Skálholti við mælingu grafa og upptöku beina og er myndin tekin af Jóni við þá iðju sumarið 1955. Jón er klæddur hlífðargalla og hönskum frá Vinnufatagerð Íslands (VÍR). Hann situr á trékassa fyrir framan opna líkkistuna. Honum á vinstri hönd er önnur lokuð. Í moldinni á milli fóta liggur múrskeiðin.

Í líkskurðarstofu læknadeildar í kjallara Háskólans var moldin dustuð af beinunum og þau mæld. Eftir mánuð voru beinin mæld á nýjan leik og enn og aftur þremur til fimm mánuðum síðar. Á grundvelli mælinganna, fyrri rannsókna Jóns og ýmissa sögulegra heimilda var mögulegt að fræðast um aldur, kyn, stærð, útlit og sjúkdóma Skálhyltinga. Af „tyggingarfærum“ var sýnilegt að Skálhyltingar hefðu ekki, frekar en aðrir landsmenn, notað tannstöngla. Með samanburði við háralitastiga Fischer-Sallers greindi Jón 16 hárliti af 30 mögulegum sem allir eru algengir meðal núlifandi Íslendinga. Skálhyltingar voru rauðhærðir, bjarthærðir, ljósskolhærðir, skolhærðir, dökkskolhærðir og dökkhærðir en enginn var svarthærður.

Framlag Jóns til sögu þjóðarinnar er mikilsvert. Viðfangsefnin voru fjölbreytt og með læknisfræðilegri



þekkingu var lagður traustur grunnur að sjúkdómasögu þjóðarinnar. Úrval fræðigreina Jóns kom út árið 1975 undir heitinu *Menning og meinsemdir. Ritgerðasafn um mótunarsögu íslenzkrar þjóðar og baráttu hennar við hungur og sóttir*. Helgi Skúli Kjartansson sagði í ritdómi Jón vera „meðal ágætustu brautryðjenda sagnfræðirannsókna á Íslandi eftir stríð, framlag hans mikið að vöxtum og á köflum glæsilegt.“ Hins vegar eru margar rannsóknir Jóns „glíma við ófullnægjandi heimildir, jafnvægisæfing á landamærum hins uppgötvanlega, svo að niðurstöður verða spennandi fremur en óyggjandi.“

Myndina tók Magnús Már Lárusson guðfræðiprófessor og síðar rektor Háskóla Íslands.
Myndin er varðveitt í Ljósmyndasafni Reykjavíkur.

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.



Formenn sérgreinafélaga mættir til leiks hjá LÍ í Hlíðasmára að fara yfir farinn veg og framtíðina.

Starfsdagur stjórnar Læknafélags Íslands

Stjórn Læknafélags Íslands hélt starfsdag 6. apríl síðastliðinn og fundaði með formönnum nýju aðildarfélaganna: Félags íslenskra heimilislækna, Læknafélags Reykjavíkur, Félags sjúkrahúslækna og Félags almennra lækna. Til seinni hluta fundarins var boðið formönnum sérgreinafélaga.

Meðal umræðuefna á starfsdeginum var samstarf LÍ og aðildarfélaganna og sérgreinafélaganna til að efla faglega og stéttarlega vitund. Reifuð voru áform um að gera skoðanakönnun meðal félagsmanna um stöðu lækna, kjör, vinnuaðstæður, líðan og stefnumótandi mál. Þá var rætt hvort halda ætti landsfund lækna og ræða mótun heilbrigðisstefnu til framtíðar. Þessar hugmyndir fengu góðan hljómgrunn á starfsdeginum.

Kynnt var sérstaklega og rædd staða framhaldsnáms lækna sérfræðilæknisveitinga hér á landi. ESA (European Free Trade Association Surveillance Authority) er að vinna úr kærumáli sem barst vegna sérfræðileyfisveitinga á Íslandi. Hefur ESA í framhaldi af því gefið út álit um að óheimilt sé að veita sérfræðileyfi á Íslandi sem gildir á EES nema í heimilislækningum og geðlækningum. Þessi alvarlega staða á sér langa forsögu og má endurskoða og endurbæta margt í þessu sambandi. Stjórn FAL hefur ásamt stjórn LÍ unnið að greiningu vandans og lausn á málinu, meðal annars fundað með heilbrigðisráðherra og landlækni til að kynna hugmyndir um hvernig hægt sé bregðast við þessari stöðu.

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

5. tölublað • 104. árgangur • 2018

LEIÐARAR



227

Karl Andersen

Þegar þokunni léttir

Með frumvarpi sem nú liggur fyrir Alþingi er þeim sem kjósa að nota rafsígarettur frjálst að gera það. Hins vegar felur það ekki í sér leyfi til að útsetja aðra fyrir veipgufu sem hefur ófyrirséð heilsufarsleg áhrif á þá sem fyrir því verða. Það eru sjálfsögð mannréttindi að fá að anda að sér hreinu og ómenguðu lofti. Sá réttur vegur þyngra en réttur manna til óheftrar notkunar rafsígarettna.



229

Steinunn Þórðardóttir

Alzheimer-sjúkdómur faraldur 21. aldarinnar

Það gætir mikils úrræðaleysis í málaflokknum sem veldur sjúklingum með heilabilunarsjúkdóma og aðstandendum þeirra ómældum þjáningum. Nú eru 200 einstaklingar að bíða eftir sérhæfðri dagþjálfun á höfuðborgarsvæðinu og munu þurfa að bíða í allt að tvö ár.

FRÆÐIGREINAR

231

Þórir Björgúlfsson, Gerður Gröndal, Þorsteinn Blöndal, Björn Guðbjörnsson

Skimun fyrir berklum meðal gigtarsjúklinga sem hófu meðferð með TNFα-hemlum á Íslandi 1999-2014

Nýgengi berklaveiki og árangur af berklasmitsskimun í hópi gigtarsjúklinga á TNFα- hemlum hér á landi er óþekkt. Sérstaða landsins vegna lágs nýgengis berklaveiki og vísbendingar um að skimun fyrir berklasmiti gæti verið skilvirkari en í nágrannalöndunum vegna minni hættu á falskt jákvæðum prófum hafa vakið upp spurningar um hvort yfirleitt sé þörf á að skima fyrir berklum áður en meðferð er hafin.

177

Sævar Þór Vignisson, Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir, Þórarinn Guðnason, Ragnar Danielsen, Maríanna Garðarsdóttir, Karl Andersen

Brátt kransæðaheilkenni hjá sjúklingum með eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar

Dánartíðni af völdum kransæðasjúkdóma hefur lækkað talsvert síðustu áratugi og það sem er sérstakt við það er að hlutfallslega hefur lækkunin orðið minni hjá yngra fólki en því eldra, sérstaklega ungum konum. Breytingar á áhættuþáttum, lifnaðarháttum og aukin notkun verndandi hjartalyfja á þessari öld eru talin hafa áhrif á þessar breytingar. Reykingar hafa minnkað og heildarkólesteról hefur lækkað en sykursýki og offita hafa hins vegar aukist.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 100 ÁRA

246

Steinunn Kristjánsdóttir

Bót og betrun. Lækningar í Skriðuklaustri á fyrri hluta sextándu aldar



Rannsókn á beinagrindum, gripum og öðrum leifum sem grafnar voru upp á Skriðu í Fljótsdal á árunum 2002-2012 sýna að spítali var starfræktur í klaustri því sem þar var rekið frá 1493-1554. Íslendingar glímdu augljóslega við sömu kvilla og aðrir Evrópubúar á tímum klaustursins og nutu samskonar lækninga. Notuð voru meðul eins og kvikasilfur en líka leitað í trúna. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að tvöfalt heilsuverndarkerfi hafi verið rekið í landinu á miðöldum, rétt eins og víðast hvar var gert meðal í Evrópu á sama tíma.



249

Ritrýnar Læknablaðsins 2014-2017

UMFJÖLLUN OG GREINAR



252

„Sé ekki að þetta litla land þurfi á sérhæfðum einkaspítala að halda“

– segir nýr landlæknir, Alma Möller

Hávar Sigurjónsson

Alma Möller var skipuð í embætti landlæknis 1. apríl síðastliðinn, og er fyrsta konan til að gegna því embætti. Embættið var sett á laggirnar fyrir 258 árum síðan.

256

Margþættur ávinningur af alþjóðlegu samstarfi

– segir Runólfur Pálsson forseti Evrópusamtaka lyflækna

Hávar Sigurjónsson

Læknablaðið ætlar á næstu mánuðum að kynna alþjóðlegt samstarf á vegum íslenskra læknasamtaka og fagfélaga í læknisfræði og hefst sú yfirferð með þessu viðtali.



260

Góð heilsa lækna dýrmæt öllum

– Gerður Aagot Árnadóttir kynnir nýjar reglur Fjölskyldu- og styrktarsjóðs lækna

Hávar Sigurjónsson

Það er nýjung í starfsemi FOSL að greiða félögum út heilsueflingarstyrk eins og mörg stéttarfélög hafa gert um árabil.



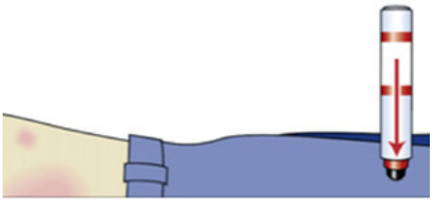
262

Þarfir og þjónusta við sjúklinga á einhverfurófi

Ásdís Bergþórsdóttir

Fólk á einhverfurófi upplifir oft að heilbrigðisstarfsmenn geri lítið úr skynjunarvanda þess og að ekki sé brugðist við kvörtunum.





266

Epi-penninn er fyrsta úrræðið við bráðaofnæmiskasti

Hjalti Már Björnsson og Unnur Steina Björnsdóttir ýta úr vör nýjum klínískum leiðbeiningum

Hávar Sigurjónsson

„Að baki þessum leiðbeiningum liggur sú staðreynd að nánast allir læknar lenda einhvern tíma í því að meðhöndla einstakling með bráð ofnæmiseinkenni.“

269

Kvöddu Heilbrigðisstofnun Suðurlands eftir 154 ára starf

Magnús Hlynur Hreiðarsson

Í byrjun apríl voru kvaddir 7 starfsmenn sem létu af störfum sökum aldurs á Heilbrigðisstofnun Suðurlands.



PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



251

Sérnám lækna og sérfræðileyfisveitingar á Íslandi

Guðrún Ása Björnsdóttir

LÖGFRÆÐI 27.PISTILL



255

Réttur til upplýsinga um laun

Dögg Pálsdóttir



258

Fórn

Eiríkur Jónsson

Hvernig er umskurðarsiður hugsaður?



264

Vinnuhólf - gleymum engu, öndum léttar!

Davíð B. Þórisson

Vinnuhólf er nýjung í Heilsugátt sem mun hafa víðtæk áhrif í heilbrigðiskerfi okkar.

270

100 ára afmælisdagskrá Læknafélags Íslands 2018

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



Öðlastu nýtt viðhorf

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

INFLECTRA™
INFLIXIMAB

Heimildir:

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

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

Sérlyfjatexti á bls. 268

Alvogen

Hospira
A Pfizer Company

Regulation of e-cigarette sale and use in Iceland

Karl Andersen MD PhD
Chief of Cardiac Emergency Services, Landspítali University Hospital, Reykjavik, IS-101 Iceland
Professor of Cardiology, School of Health Sciences, Department of Medicine, University of Iceland

doi.org/10.17992/lbl.2018.05.182



Karl Andersen

hjartalæknir á Hjartagátt Landspítala, læknadeild HÍ

andersen@landspitali.is

RITSTJÓRNARGREIN

Þegar þokunni léttir

Það var sólríkur dagur um miðjan júní. Rútan hristist og vaggaði eftir malarveginum á leið sinni fyrir Hvalfjörðinn. Tíu ára drengur var á leið í Borgarfjörðinn í sveit hjá góðu fólki. En honum leið ekki vel. Hann var sveittur, með höfuðverk og mikla ógleði. Samt var hann ekki veikur og var fljótur að jafna sig þegar hann kom í Reykholtsdalinn eftir tveggja klukkustunda ferðalag. Það eina sem sat í minningunni eftir þessa bílferð sumarið 1970 var þessi blágrái reykur sem liðaðist stöðugt upp fyrir sætisbakið fyrir framan hann. Það var ekki fyrr en mörgum árum síðar að drengurinn áttaði sig á því að hann hafði orðið fyrir óbeinum reykingum.

Íslendingar eru fremstir meðal þjóða í tóbaksvörnum. Á þeim tíma sem sagan gerist, fyrir hálfri öld, reykti nærri því helmingur fullorðinna daglega og engar hömlur voru á því hvar mátti reykja. Frá því að þetta var hefur reykingamönnum fækkað um 70% á Íslandi og er nú svo komið að um 9% fullorðinna reykja daglega.[1] Þegar hlutfall þeirra sem reykja verður komið niður í 5%, eftir um það bil 5 ár, hefur í raun tekist að útrýma reykingum á Íslandi. Nýjar kynslóðir munu vaxa úr grasi án þess að vera háðar nikótíni. Sjúkdómar eins og langvinn lungnateppa og lungnakrabbamein munu nánast heyra sögunni til. Nú sem fyrr er mikilvægt að halda vel á málum og ljúka endataflinu í tóbaksvörnum með fullnaðarsigri.

En þessi árangur náðist ekki fyrir tilviljun eða af sjálfu sér. Hann er afrakstur markvissra forvarnaraðgerða sem byggjast á aðferðafræði sem sýnt hefur verið fram á að skilar árangri í lýðheilsu. Fyrir atbeina frumkvöðulsins Jóns Ármanns Héðinssonar þingmanns var fyrsta lagasetning í tóbaksvörnum samþykkt á Alþingi 1969, þar sem meðal annars var kveðið á um merkingar með varnarorðum á sígarettupökkum. Síðan hefur mikið vatn runnið til sjávar. Leiðin er vörðuð stjórnvaldsaðgerðum sem markast af reglulegri endurskoðun tóbaksvarnarlaga og setningu reglugerða sem miða því að takmarka notkun reyktóbaks. Nægir þar að nefna reglugerð um bann við reykingum á opinberum stöðum 2007 sem leiddi á fáeinum vikum til 18% fækkunar í hjartaáföllum, bæði meðal þeirra sem reyktu á þeim tíma og hinna sem reyktu ekki.[2]

Nú liggur fyrir Alþingi frumvarp til laga um rafrettur og áfyllingar fyrir rafrettur. Með frumvarpinu er verið að framfylgja tilskipun Evrópuþingsins og -ráðsins frá 2014 sem við erum skuldbundin af sem EES-þjóð. Frumvarpið er að flestu leyti samhljóða sambærilegum lögum sem sett hafa verið á hinum Norðurlöndunum. Það er sömuleiðis í samræmi við rammasamning Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO, FCTC)[3] um tóbaksvarnir og álit fagráðs um tóbaksvarnir hjá Embætti landlæknis. Með þessu frumvarpi er settur rammi utan um sölu, gæðaeftirlit og notkun rafsígarettunnar. Með því móti er neytendavernd notenda rafsígarettunnar tryggð um leið og öryggissjónarmiða er gætt varðandi hættuna sem af þessari vöru getur stafað. Réttur þeirra sem ekki veipa til að anda að sér hreinu lofti er virtur.

Staðreyndin er sú að engar klínískar langtímarannsóknir liggja fyrir um það hversu skaðlegar rafrettur eru heilsu fólks. Hins vegar eru ýmis teikn um að markviss markaðssetning þessarar vöru gagnvart börnum og unglingum hafi leitt til aukinnar notkunar meðal þeirra. Nú veipa um 10% framhaldsskólanema daglega og fjölgar þeim með hverju árinu sem líður.[4] Það er með öllu óvíst hversu mörg þeirra munu leiðast út í sígarettureykingar. Hins vegar er hlutfall framhaldsskólanema sem reykja sígarettur komið niður í um 5% og er það þróun sem hefur hefur haldist stöðug síðustu áratugina og hefur ekkert breyst eftir tilkomu rafsígarettunnar.[1] Það er því óvarlegt að ályktа að aukin notkun rafsígarettunnar á allra síðustu árum hafi stuðlað að því að unglingar hætti að reykja. Hér virðist rafsígarettan koma sem viðbót við reykingar unglinga.

Í þessu máli skiptast menn í fylkingar, með og á móti, og orðræðan er á köflum óvægin og stundum ekki sérlega málefnaleg. Það takast á hugmyndafræðilegir og menningarlegir afkimar (*subculture*) sem verja með harðvítugum hætti þá afstöðu sína að stjórnvöld eigi að skipta sér sem minnst af innflutningi og sölu rafsígarettna.[5]

Með frumvarpinu sem nú liggur fyrir Alþingi er þeim sem kjósa að nota rafsígarettur frjálst að gera það áfram og einhverjum þeirra mun takast að hætta reykingum með þessari aðferð. Hins vegar innifelur það ekki leyfi til að útsetja aðra fyrir veipgufu sem hefur ófyrirséð heilsufarsleg áhrif á þá sem fyrir því verða. Það eru sjálfsögð mannréttindi að fá að anda að sér hreinu og ómenguðu lofti. Sá réttur vegur þyngra en réttur manna til óheftrar notkunar rafsígarettna.

Árið 2018 er ekki lengur leyfilegt að reykja í langferðabílum. Á meðan heilsufarsleg áhrif veipgufunnar eru óþekkt er óásættanlegt að engin lög nái yfir notkun rafsígarettunnar. Til þess er of mikið í húfi.

Heimildir

1. Vöktun áhrifaþátta áfengis og tóbaksnotkun 2017. Talnabrunnur. Embætti landlæknis 2018; 12: febrúar
2. Viktorsson ÞV, Andersen K, Guðnason Þ. Reykingabann á opinberum stöðum minnkar tíðni óstöðugs kransæðasjúkdóms og fækkar kransæðaþræðingum hjá körlum á Íslandi. XVIII Þing félags íslenskra lyflækna, Selfossi 6.-8. júní 2008. Læknablaðið 2008; 94: 18 (E-9): Fylgirit 57.
3. apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1 - mars 2018.
4. Ungt fólk 2016. Framhaldsskólar. Menntun, menning, tómstundir, íþróttaiðkun, heilsuhegðun og heilsuvísar, líðan, framtíðarsýn og vímuefnanotkun ungmenna í framhaldsskólum á Íslandi. Rannsókn og greining, Reykjavík 2017.
5. Franck, C, Filion KB, Kimmmelman J, Grad R, Eisenberg MJ. Ethical considerations of e-cigarette use for tobacco harm reduction. Respir Res 2016; 17: 53.

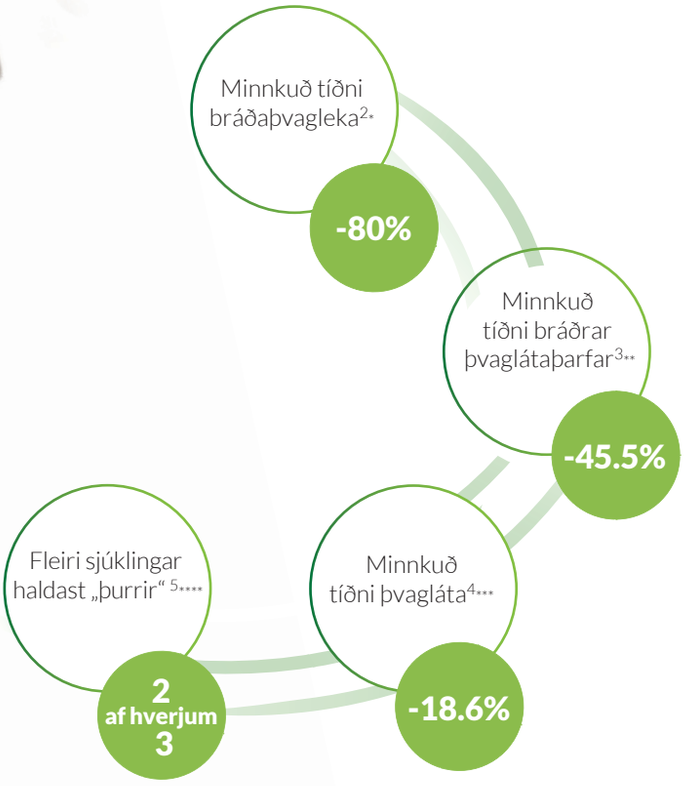
STAÐFESTUR ÁRANGUR[1]

Dregur úr einkennum ofvirkrar þvagblöðru[1]



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





Þegar manni er mál, þá er manni mál!

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

Með Toviaz® 4 mg og Toviaz® 8 mg borið saman við lyfleysu í viku 12 ** Með Toviaz® 8 mg borið saman við lyfleysu og tolterodin ER 4 mg í viku 12 *** Færri salernisferðir með Toviaz® 8 mg en með lyfleysu **** Meðferð með Toviaz® 8 mg dró marktækt úr fjölda tilvika bráðaþvagleka í viku 12 borið saman við tolterodin ER 4mg (p= 0,017) og lyfleysu (p<0,001) **1.** Toviaz SmPC 9. október 2017 **2.** Chapple C. et al. BJU Int. 2014;114:418-26. 3. Kaplan S.A. et al. BJU Int. 2010;107: 1432-1440. **4.** Chapple C. et al. Eur Urol. 2007;52(4):1204-12. **5.** Herschorn S. et al. BJU Int. 2010;105(1):58-66.

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Toviaz® (fesoterodine)

TOVIAZ 4 mg og 8 mg forðatöflur. **Innihaldslýsing:** Hver forðatafla inniheldur fesóteródín fumarat 4 mg, sem samsvarar 3,1 mg af fesóteródíni, eða fesóteródín fumarat 8 mg, sem samsvarar 6,2 mg af fesóteródíni. **Ábendingar:** TOVIAZ er ætlað til meðferðar hjá fullorðnum á einkennum (aukin tíðni þvagláta og/eða bráð þörf fyrir þvaglát og/eða bráðaþvagleki) sem fram geta komið hjá sjúklingum með ofvirka þvagblöðru (overactive bladder syndrome). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða fyrir jarðhnetum eða soja eða einhverju hjálparefnanna. Þvagteppa. Magateppa. Ómeðhöndluð (uncontrolled) þrönghornsgláka. Vöðvaslensfár. Alvarlega skert lifrarstarfsemi (Child Pugh flokkur C). Samhliðanotkun öflugra CYP3A4 hemla hjá sjúklingum með meðal til alvarlega skerðingu á nýrna- eða lifrarstarfsemi. Alvarleg sáraristilbólga. Eitrunarrisaristill (toxic megacolon). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is. Dags. síðustu samþykktar SmPC sem þessi stytti texti byggir á:** 9.10.2017. **Markaðsleyfishafi:** Pfizer Limited. **Ávísunarheimildir og afgreiðsluflokkur:** R. **Hámarksverð í smásölu (1. nóvember 2017):** 4 mg 28 stk: 8.054 kr, 4 mg 84 stk: 18.582 kr, 8 mg 28 stk: 8.536 kr, 8 mg 84 stk: 19.825 kr. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G. **Dags. síðustu endurskoðunar efnis:** 6. nóvember 2017. Fyrir frekari upplýsingar um lyfið má hafa samband við Icepharma hf. Lynghálsi 13, s. 540 8000.

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

Toviaz fesoterodin fumarat

Pierre Fabre

Verð er hægt að sjá á www.lgn.is
Greiðsluþátttaka: Já.
Stjörnumerktur texti (*) er umskrifaður og/eða styttur úr upplýsingum um lyfið, sem samþykktar voru af EMA 9. október 2017. Upplýsingar um lyfið er að finna á www.serlyfjaskra.is, auk þess sem hægt er að fá hann hjá umboðsaðila Pfizer, Icepharma hf

PP171101

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

Alzheimer disease - A 21st century epidemic

Steinunn Þórðardóttir,
Specialist physician in internal medicine and geriatric medicine, PhD,
Landspítali University Hospital, Reykjavík Iceland

doi.org/10.17992/lbl.2018.05.183

RITSTJÓRNARGREIN



Steinunn Þórðardóttir

sérfræðingur í öldrunarlækningum
á Landspítala

steintho@landspitali.is

Alzheimer-sjúkdómur faraldur 21. aldarinnar

Alzheimer-sjúkdómur einkennist af uppsöfnun amyloid-skella og taugatrefjaflækja í heilavef, sem í kjölfarið leiðir til sívaxandi taugafrumudauða og rýrnunar heilans. Þessar sjúklegu breytingar valda yfirleitt fyrst versnun á skammtímaminni, en lifi sjúklingurinn nógu lengi nær sjúkdómurinn að hafa áhrif á öll svið vitrænnar getu og að lokum einnig á hreyfigetu.[1] Þótt Alzheimer-sjúkdómur leggist mun fremur á eldri einstaklinga en þá sem yngri eru og hækkandi aldur sé sterkasti áhættuþáttur sjúkdómsins, á hann ekkert skylt við eðlilega öldrun. Sá misskilingur hefur lengi staðið rannsóknum á sjúkdómnum fyrir þrifum og enn þann dag í dag er margfalt hærri upphæðum veitt til rannsókna á krabbameinum, hjarta- og æðasjúkdómum og HIV/AIDS, svo eitthvað sé nefnt. Á þeim sviðum læknisfræðinnar hefur undraverðum árangri verið náð á undanförnum árum og áratugum, sem skilar sér í hærri lífaldri og þar með í auknum fjölda einstaklinga með heilabilun, meðal annars af völdum Alzheimer-sjúkdóms.

Heilabilun er gríðarlega algengt vandamál í eldri aldurshópum og er Alzheimer-sjúkdómur orsök 60-70% heilabilunartilfella. Talið er að fjöldi þeirra sem þjást af Alzheimer-sjúkdómi tvöfaldist á um það bil 20 ára fresti.[2] Í Bandaríkjunum eru 5,7 milljónir einstaklinga greindir með Alzheimer-sjúkdóm, sem gróflega jafngildir 5700 Íslendingum.[3] Beinn kostnaður heilbrigðiskerfisins þar í landi við meðferð og umönnun einstaklinga með heilabilun voru 277 milljarðar Bandaríkjadala árið 2017 og óbeinn kostnaður við umönnun á vegum aðstandenda var metinn vera 232 milljarðar Bandaríkjadala sama ár.[3] Séu þessar kostnaðartölur yfirfærðar á Ísland mundi beinn og óbeinn kostnaður við meðferð og umönnun einstaklinga með heilabilun hérlendis nema 50 milljörðum íslenskra króna árlega. Hér er því um að ræða gríðarlegan útgjaldalið í heilbrigðismálum sem að óbreyttu á eftir að tvöfaldast á næstu 20 árum, en erfitt er að ímynda sér hvernig samfélagið á að geta staðið undir þeirri aukningu.

Nú þegar gætir mikils úrræðaleysis í málaflokknum, sem veldur sjúklingum með heilabilunarsjúkdóma og aðstandendum þeirra ómældum þjáningum. Í þessum skrifuðu orðum eru 200 einstaklingar á bið eftir sérhæfðri dagþjálfun á höfuðborgarsvæðinu og geta þeir átt von á að þurfa að bíða í allt að tvö ár. Á tveimur árum getur orðið mikil afturför í sjálfsbjargargetu einstaklings með heilabilun sem leiðir til þess að margir eru orðnir of veikir til að nýta sér úrræðið þegar að þeim kemur og hafa þá eytt þessum tíma heima, oft undir sólarhringseftirliti örþreyttra aðstandenda. Biðin eftir hjúkrunarrými er einnig óhóflega löng og veldur því að margir sjúklingar með heilabilun hrekjast á milli mismunandi deilda innan Landspítala mánuðum saman áður en þeir komast loks í örugga höfn.

Vandinn liggur því í augum uppi og mætti ætla að menn reru að því öllum árum að bæta úr því ófremdarástandi sem nú ríkir og búa sig undir hina miklu fjölgun einstaklinga með heilabilun sem fram undan er. Svo er þó ekki. Enn hefur engin stefna verið mótuð í málefnum einstaklinga með heilabilun hér á landi. Engar tölur eru til um raunverulegan fjölda einstaklinga með heilabilun hérlendis, hvað þá um beinan og óbeinan kostnað við meðferð og umönnun þeirra. Það hlýtur að teljast aðkallandi að kortleggja betur málaflokk sem líklega veltir um 50 milljörðum árlega og er jafn hratt vaxandi og raun ber vitni. Ekkert bólar enn á auknum úrræðum á sviði heimahjúkrunar, sérhæfðra dagþjálfana og fjölbreyttra búsetuúrræða fyrir þennan hóp.

Það er að sjálfsögðu einkar mikilvægt að styðja við þá einstaklinga sem þegar eru komnir með Alzheimer-sjúkdóm og létta líf bæði sjúklingsins sjálfs og aðstandenda hans. Fyrirbyggjandi aðgerðir eru hins vegar ekki síður mikilvægar með það fyrir augum að seinka upphafi fyrstu einkenna sjúkdómsins um einhver ár, sem gæti fækkað einstaklingum með heilabilun til framtíðar og þar með sparað ómældar fjárhæðir. Höfundar greinar sem birtist í *Lancet* sumarið 2017 benda á 9 lífsstílsþætti sem samanlagt liggja að baki um það bil 30% heilabilunartilvika. Þessir þættir eru lágt menntunarstig, hár blóðþrýstingur, offita, heyrnartap, reykingar, þunglyndi, félagsleg einangrun og sykursýki.[4] Hér eru því til staðar augljós sóknarfæri samfélagsins alls til að stemma stigu við yfirvofandi heilabilunarfaraldri.

Ef spár bjartsýnustu manna ganga eftir verða innan 10 ára komin lyf gegn Alzheimer-sjúkdómi sem hægja verulega á þróun sjúkdómsins, eða hindra hann jafnvel alveg. Það er hins vegar ekkert fast í hendi og við verðum því að undirbúa okkur undir þann raunveruleika sem nú blasir við. Stefnumótun og kortlagning á málaflokknum, þarfagreining, fjármagn til rannsókna og almenn og víðtæk lýðheilsuíhlutun til forvarna eru verkefni sem þarf að ráðast í ekki síðar en í dag. Við þurfum að taka slaginn núna. Málefnið snertir okkur öll.

Heimildir

1. Scheltens P, Blennow K, Breteler MMB, de Strooper B, Frisoni GB, Salloway S, et al. Alzheimer's disease. Lancet 2016; 388: 505-17.
2. Qiu CX, De Ronchi D, Fratiglioni L. The epidemiology of the dementias: an update. Curr Opin Psychiatr 2007; 20: 380-5.
3. Alzheimer's Association 2018 Alzheimer's Disease Facts and Figures.
4. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet 2017; 390: 2673-734.



Þegar meðferðarmarkmið næst ekki með einlyfjameðferð[1]

Hver einasti mmHg skiptir máli[2]

GANfort®

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

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

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

Actavis 710132

UMBOÐSAÐILI Á ÍSLANDI: Actavis

Allergan

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

Skimun fyrir berklum meðal gigtarsjúklinga sem hófu meðferð með TNFα-hemlum á Íslandi 1999-2014

Þórir Már Björgúlfsson[1] læknir, **Gerður Gröndal**[1] læknir, **Þorsteinn Blöndal**[2] læknir, **Björn Guðbjörnsson**[3,4] læknir, fyrir hönd ICEBIO*

ÁGRIP

Inngangur: Sjúklingar með liðbólgusjúkdóma sem fá líftæknilyfjameðferð eiga aukna hættu á endurvakningu dulinna berkla. Því ráðleggja klínískar leiðbeiningar berklaskimun áður en meðferð með TNFα-hemlum hefst. Hérlendis er berklasmit sjaldgæft og almennt ekki BCG-bólusett. Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að fá yfirlit yfir berklaskimun þessa sjúklingahóps og kanna hvort breyta þurfi verkferlum.

Efniviður og aðferðir: Gögn allra sjúklinga með iktsýki, hrygggikt eða sóragigt, sem skráðir voru í ICEBIO (1999-2014) vegna fyrirhugaðrar meðferðar með TNFα-hemli voru skoðuð með tilliti til aldurs, kyns og húðprófs fyrir berklum (TST). Niðurstaða lungnamyndar var einnig skráð sem og hvenær TNFα-hemla meðferðin hófst. Þá voru niðurstöðurnar samkeyrðar við upplýsingar í Berkli, sem er landsskrá um berklasmit á Íslandi.

Niðurstöður: Alls voru skráðir 756 einstaklingar (meðalaldur 54 ár, 58% konur) í ICEBIO. Húðpróf (TST) reyndist neikvætt hjá 614 einstaklingum (81%), 41 höfðu jákvætt TST-próf (5,4%), 9 voru með falskt jákvætt húðpróf (1,2%), ekki var unnt að finna niðurstöður á TST frá 92 einstaklingum (12%). Í Berkli reyndust 119 þessara 756 einstaklinga einnig vera skráðir; 72 með sögu um jákvætt húðpróf og 55 höfðu fengið bólusetningu, á meðan 14 sjúklingar höfðu verið greindir með berkla (þar af voru 7 með neikvætt TST við skimun). Þrír sjúklingar voru greindir með berklasýkingu eftir að TNFα-hemla meðferðin hófst.

Ályktun: Niðurstöður þessar endurspegla mikilvægi berklaskimunar áður en meðferð með TNFα-hemlum er hafin. Mikilvægt er að skrá betur niðurstöður húðprófa við skimun og íhuga má í völdum tilfellum að framkvæma ítarlegri berklaskimun með IGRA.

Inngangur

Þegar TNFα-hemlar komu á markað rétt fyrir síðustu aldamót varð bylting í meðferð liðbólgusjúkdóma svo sem iktsýki, hrygggiktar og sóragigtar og loksins raunhæft að stefna að sjúkdómshléi með meðferðinni. Strax frá upphafi var grunur um að aukin áhætta væri á tækifærissýkingum við meðferð með TNFα-hemlum þar sem meðferðin felur í sér ónæmisbælingu og fór fljótlega að bera á tilkynningum um berklatilfelli í meðferðarhópum.[1,2] Það er umdeilt hvort iktsýki ein og sér auki hættuna á berklaveiki en rannsóknir hafa sýnt allt frá tvöfalt upp að tífalt aukinni hættu á berklaveiki meðal iktsýkisjúklinga samanborið við almennt þýði.[3-5] Þessar tölur eiga þó við tímabilið fyrir tíma TNFα-hemlanna. Ekki hefur verið sýnt fram á að gigtarsjúklingar á Íslandi séu í aukinni hættu á að fá berkla, enda berklar tiltölulega sjaldgæfir á Íslandi. Það er þó óumdeilt að TNFα-hemlar auka hættu á endurvakningu dulinna berkla og hafa erlendar rannsóknir sýnt allt að áttfalda áhættu á berklum hjá iktsýkisjúklingum á TNFα-hemlum samanborið við ómeðhöndlaða iktsýkisjúklinga[3,6] og einnig hefur verið sýnt fram á það að skimun fyrir berklum og varnandi meðferð fækkar berklatilfellum verulega hjá þeim einstaklingum.[3] Að lokum eru vísbendingar um að 55% berklatilfella komi fram á fyrstu 90 dögum infliximab-meðferðar en eftir eitt ár hefur hlutfallið hækkað upp í 80%.[7]

Ef hefja á meðferð með TNFα-hemlum þarf að sækja um meðferðarleyfi til lyfjanefndar Landspítala eða Sjúkrahúss Akureyrar og er meðal annars sett sem skilyrði að búið sé að skima fyrir hugsanlegu berklasmiti áður en meðferð hefst. Í klínískum leiðbeiningum um meðferð með TNFα-hemlum við iktsýki, hrygggikt og sóragigt hér á landi og í nágrannalöndum kemur fram að skima eigi fyrir berklum áður en meðferð er hafin og er það venjulega gert með Mantoux-prófi og/eða blóðprófi (IGRA, *interferon gamma release assays*) og myndgreiningu af lungum.[8-11] Hætta er á falskt jákvæðum húðprófum vegna fyrri berklabólusetningar (BCG) og fyrri sýkingar af öðrum mýkóbakteríum. Þá er hætta á falskt neikvæðu prófi vegna dvínandi svörunar við prófinu með hækkandi aldri, ónæmisbælingar og meðferðar með sterum, og ef ekki er rétt staðið að framkvæmd prófsins og/eða aflestri. Hér á landi

https://doi.org/10.17992/lbl.2018.05.184

[1]Gigtarlækningar Landspítala, [2]göngudeild sóttvarna, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, [3]læknadeild Háskóla Íslands, [4]rannsóknastofu í gigtarsjúkdómum.

*ICEBIO: Arnór Víkingsson, Björn Rúnar Lúðvíksson, Guðrún Björk Reynisdóttir, Gunnar Tómasson, Helgi Jónsson, Kristján Erlendsson, Kristján Steinsson, Ragnar Freyr Ingvarsson, Sigríður Valtýsdóttir, Þorvarður Jón Löve, Þórunn Jónsdóttir.

Fyrirspurnum svarar Þórir Már Björgúlfsson, *Thb1@hi.is*

Barst til blaðsins 8. mars 2018, samþykkt til birtingar 18. apríl 2018.

var hætt að bólusetja gegn berklum með BCG- bóluefni árið 1949 nema í undantekningartilfellum,[12] en í öðrum löndum eins og Póllandi er þátttaka við BCG-bólusetningu yfir 90% samkvæmt tölum frá WHO.[13] Til samanburðar eru 15.897 einstaklingar skráðir BCG-bólusettir í gagnagrunni Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, einnig nefndur Berkill, en það eru aðeins 4,8% þjóðarinnar. Þetta auðveldar til muna skimun fyrir berklum hér á landi þar sem minni hætta er á falskt jákvæðum húðprófum vegna fyrri BCG-bólusetningar. Sjúklingar með gigtarsjúkdóma sem eru að hefja meðferð með TNFα-hemlum eru þó sérstakur undirhópur þegar kemur að berklaskimun þar sem töluverð hætta er á falskt neikvæðum húðprófum. Til dæmis er stór hluti þeirra þegar á ónæmisbælandi meðferð, svo sem langtímameðferð með sykursterum auk þess að sjúkdómurinn sjálfur felur í sér vissa ónæmisröskun. Eins er þekkt að svörun við Mantoux-prófi dvínar með hækkandi aldri og að einstaklingar með virka berklaveiki eiga það til að svara ekki berklaprófi og því er mikilvægt að einnig sé gerð myndgreining af lungum til að útiloka virka berkla áður en meðferð hefst.[14]

Hérlendis eru yfir 95% allra sem fengið hafa TNFα-hemla meðferð vegna gigtarsjúkdóma skráðir í ICEBIO. Þetta er stöðluð skráning þar sem skráðar eru víðtækar upplýsingar eins og fyrri lyfjameðferð, ýmsir lífsstílsþættir og rannsóknarniðurstöður, svo sem CRP-mælingar, færni og fjöldi bólgna og aumra liða. Þessar upplýsingar eru uppfærðar árlega. Eins eru öll berklatilfelli tilkynningarskyld og færð í berklaskrá sóttvarnalæknis hjá Embætti landlæknis og hjá göngudeild sóttvarna hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Nýgengi berklaveiki og árangur af berklasmitsskimun í hópi gigtarsjúklinga á TNFα-hemlum hér á landi er óþekkt. Sérstaða landsins vegna lágs nýgengnis berklaveiki hér á landi og vísbendingar um að skimun fyrir berklasmiti gæti verið skilvirkari en í nágrannalöndunum vegna minni hættu á falskt jákvæðum prófum hafa vakið upp spurningar um hvort yfirleitt sé þörf á að skima fyrir berklum áður en meðferð er hafin. Þessi rannsókn mun leitast við að svara þessum spurningum.

Efniviður og aðferðir

Þetta er afturskyggn rannsókn þar sem allir einstaklingar sem meðhöndlaðir hafa verið með TNFα-hemlum vegna iktsýki, hrygggiktar eða sóragigtar hérlendis frá upphafi meðferðar árið 1999 fram til 1. desember 2014 voru þátttakendur. Staðlaðar heilbrigðisupplýsingar voru sóttar í ICEBIO-gagnasafnið, Sögukerfi Landspítalans, pappírssjúkraskrár Landspítalans og sjúkraskrár á heilsugæslum og í Læknasetrinu. ICEBIO er rafræn sjúkraskrá gigtarlækna, hvort sem þeir starfa á Landspítala eða á sjálfstæðum stofum, sem notuð er til að skrá staðlaðar heilsufarsupplýsingar með tilliti til alvarleika gigtarsjúkdómsins og meðferðar þar sem markmiðið er að tryggja öryggi og gæði lyfjameðferðarinnar.

Skráðar breytur voru aldur við upphaf meðferðar, kyn, ábending fyrir meðferð, lyfjameðferð þegar berklapróf var framkvæmt, tegund TNFα-hemils, upphafsdagsetning meðferðar með TNFα-hemli, niðurstöður berklaprófs og niðurstöður myndgreiningar af lungum. Þessar upplýsingar voru í framhaldinu samkeyrðar við Berkil, sem er berklagagnagrunnur og hýstur hjá göngudeild sóttvarna hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins í samvinnu og samráði við sóttvarnalækni. Þar eru skráðar niðurstöður úr berklaprófum á síðustu öld, BCG-bólusetningar og öll þekkt berklatilfelli á landinu öllu frá opnun Vífilsstaðaspítala haustið 1910 fram til dagsins í dag. Þannig fékkst betri mynd af því hversu skilvirk berklaskimun í rannsóknarhópnum hafði verið og eins var hægt að bera kennsl á öll berklatilfelli í hópnum á rannsóknartímabilinu.

Öll skráning og úrvinnsla gagna fór fram í Microsoft Excel, þar sem gögnin voru ópersónugreinanleg eftir að gagnasöfnun lauk. Rannsóknin var unnin með leyfi Persónuverndar og Vísindasiðanefndar (14-134). Verkefnið var styrkt af vísindasjóði Félags íslenskra gigtarlækna.

Tafla I. *sýnir sjúkdómsgreiningar rannsóknarhópsins sundurliðaðar eftir kyni og meðalaldri við upphaf meðferðar með TNFα-hemli.*

Greining:	Hrygggikt	Sóragigt	Iktsýki	Alls
Karlar (n)	138	90	89	317
Konur (n)	62	123	254	439
Alls (n)	200	213	343	756
		Meðalaldur ±SD		
Karlar	48,9 ±12,1	53,9 ±13,7	57,9 ±15,0	52,9 ±13,9
Konur	50,2 ±13,3	53,1 ±13,7	56,8 ±15,1	54,8 ±14,7
Alls	49,3 ±12,5	53,5 ±13,7	57,1 ±15,1	54,0 ±14,5

Niðurstöður

Þátttakendur voru alls 756, en þar af voru 439 (58,1%) konur, meðalaldur allra þátttakenda var 54 ± 14,5 ár, sá yngsti 13 ára og elsti 81 árs. Tafla I sýnir meðalaldur og kynjahlutföll í þessum þremur sjúklingahópum, það er iktsýki, hrygggikt og sóragigt.

Algengasti fyrsti TNFα-hemill var infliximab en 483 einstaklingar byrjuðu á því lyfi. Þar á eftir koma etanercept með 183, golimumab með 53 og loks adalimumab með 37 einstaklinga. Í töflu II má sjá hvernig val á ákveðnum TNFα-hemli sem fyrstu meðferð skiptist á milli ára, en lyfjaútboð og læknisfræðilegir þættir hafa áhrif á hvaða TNFα-hemill er notaður hverju sinni. Notkun líftæknilyfjahliðstæðna eða „biosimilars" var ekki hafin hérlendis á rannsóknartímabilinu.

Niðurstöður úr berklaprófum fundust í 87,8% tilvika en þar af var 41 túlkað sem jákvætt próf eða 5,4% allra sem meðhöndla átti. Algengast var að skimun gæfi neikvæða niðurstöðu en 614 einstaklingar, eða 81,2%, voru með skráð neikvætt húðpróf. Hjá 9 einstaklingum voru niðurstöðurnar túlkaðar sem falskt jákvætt próf en 7 þeirra voru talin jákvæð vegna fyrri BCG-bólusetningar og tvö túlkuð sem ofnæmissvörun.

Niðurstöður úr berklaprófi fundust ekki hjá 92 einstaklingum. Í þeim hópi eru einhverjir einstaklingar þar sem berklaprófi var sleppt vegna fyrri sögu um BCG eða svörun við fyrri Mantoux-prófun, en í miklum meirihluta þessara tilfella vantaði upplýsingar um niðurstöðu berklaprófs. Á mynd 1 má sjá niðurstöður berklaskimunar sundurliðaða fyrir hvert ár á rannsóknartímabilinu. Hlutfall þeirra sem voru á sykursterum þegar Mantoux-prófið var framkvæmt var 24,6% er litið var á allan rannsóknarhópinn.

Tafla II. *sýnir fjölda þeirra einstaklinga sem hófu meðferð á hverju ári flokkaða eftir TNFα-hemlum.*

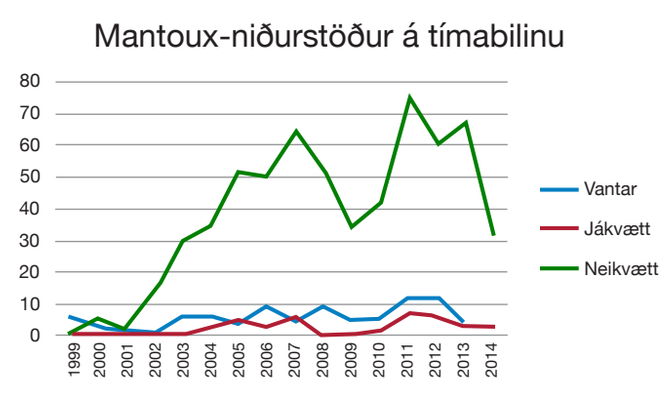
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	**Alls**
Infliximab	0	4	5	16	31	37	46	39	39	34	35	42	75	42	29	9	**483**
Etanercept	8	4	0	0	5	7	14	18	19	21	4	9	21	34	14	5	**183**
Golimumab	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	22	**53**
Adalimumab	0	0	0	0	0	0	1	6	18	6	2	0	0	2	0	2	**37**
Alls	8	8	5	16	36	44	61	63	76	61	41	51	96	78	74	38	**756**

Þegar jákvæðu berklaprófin eru sundurliðuð eftir sjúklingahópum kemur í ljós að 5,2% sóragigtarsjúkinganna voru með jákvætt próf, 5,8% iktsýkisjúklinganna og 5,0% hrygggiktarsjúklinganna, þannig var ekki marktækur munur á jákvæðri svörun á milli einstaka sjúklingahópa.

Alls voru 119 af þátttakendum rannsóknarinnar skráðir í Berkil. Fjórtán þeirra höfðu fyrri sögu um berklaveiki en þrír þeirra veiktust á rannsóknartímabilinu. Jákvætt berklapróf var skráð hjá 72 einstaklingum, en þar af höfðu 38 einnig sögu um BCG-bólusetningu. Alls höfðu 55 einstaklingar úr rannsóknarhópnum fyrri sögu um BCG-bólusetningu samkvæmt Berkli. Efst í töflu III má sjá hversu margir úr rannsóknarhópnum voru taldir vera með jákvætt berklapróf, jákvæða svörun vegna BCG-bólusetningar og hversu margir voru greindir með berkla samkvæmt upplýsingum úr sjúkraskrám. Samhliða kemur fram hversu margir hafa sögu um jákvætt berklapróf, BCG-bólusetningu og berklagreiningu í Berkli. Neðar í töflunni eru síðan þeir sem voru skráðir bólusettir og verið greindir með berkla í Berkli sundurliðaðir eftir svörun á berklaprófi þegar skimað var fyrir upphaf meðferðar með TNFα-hemil annars vegar og fyrri svörun á berklaprófi samkvæmt Berkli hins vegar.

Þeir þrír sem veiktust af berklaveiki eftir að lyfja meðferð hófst voru allir með sóragigt. Allir voru með neikvætt Mantoux-próf og hreina lungnamynd við skimun í upphafi TNFα- hemla meðferðinnar. Fyrsta tilfellið var 45 ára karlmaður sem var settur á infliximab í október 2003 og greindist með lungnaberkla í júlí 2007. Hann fór í framhaldinu aftur á etanercept eftir að hafa lokið lyfjameðferð við berklaveikinni í janúar 2008. Annað tilfellið var 51 árs karlmaður sem hóf meðferð með infliximab í september 2008. Hann greindist með lungnaberkla í maí 2009 og fór á etanercept í október 2013. Þriðja tilfellið var 46 ára kona sem hóf adalimumab meðferð í nóvember 2007 og greinist með lungnaberkla í júlí 2012. Meðferð með TNFα-hemlum hefur ekki verið hafin á ný.

Alls náðust 4524,7 persónuár í eftirfylgd en miðað við þrjú berklatilfelli í hópnum gefur það uppreiknað nýgengi berklaveiki í þýðinu upp á 66,3/100.000 persónuár. Var þá miðað við tímabilið frá fyrsta degi meðferðar með TNFα-hemli hjá hverjum sjúklingi fram til loka rannsóknartímabilsins.



Mynd 1. *Sýnir fjölda berklaprófa hvert ár (jákvæð eða neikvæð svörun) á rannsóknartímabilinu. Einnig sýnir myndin fjölda einstaklinga þar sem skráning um berklaprófið vantaði í sjúkraskrá.*

Umræða

Nýgengi berklaveiki á Íslandi í almennu þýði frá 2000-2014 var á bilinu 2,0-7,9/100.000 íbúa á ári samkvæmt tölum frá Alþjóðlegu heilbrigðisstofnuninni[15,16] en nýgengi berklaveiki í rannsóknarhóp okkar var 66,3/100.000 persónuár. Þessi hópur er því í verulega aukinni hættu á berklaveiki og því mikilvægt að skimað sé fyrir berklasmiti hjá öllum þeim sem meðhöndla á með líftæknilyfjum. Þessi lyf hafa gjörbreytt lífi gigtarsjúklinga til hins betra sem þýðir að þeir geta til dæmis ferðast mun meira en áður og dvalið lengri tímabil erlendis á svæðum með mun hærri tíðni berkla en þekkist hér á landi þar sem hægt er að ferðast með lyfin og voru dæmi um þetta innan rannsóknarhópsins.

Tafla III. *Taflan sýnir fjölda einstaklinga með jákvætt húðpróf, húðprófssvörun vegna BCG-bólusetningar og virka berkla í rannsóknarhópnum og fjölda einstaklinga með sögu um jákvætt húðpróf, BCG-bólusetningu eða berkla í Berkli. BCG og berklatilfellin úr Berkli eru síðan flokkuð niður eftir svörun við húðprófi samkvæmt sjúkraskrá og Berkli.*

	ICEBIO	Berkill
TST +	41	72
BCG	8	55
Berklar	3	14
BCG og TST +	15	38
BCG og TST -	29	5
BCG og TST ?	11	12
Berklar og TST +	5	10
Berklar og TST -	8	0
Berklar og TST ?	1	4

Rannsókn frá Svíþjóð3 sýnir að nýgengi berkla hjá iktsýkisjúklingum á TNFα-hemlum lækkaði um allt að 70% eftir að skimun var tekin upp og önnur rannsókn hefur sýnt að hættan á berklum er allt að sjöföld ef skimunar- og meðferðarráðleggingum er ekki fylgt í þessum sjúklingahópi.[17] Því má áætla að nýgengi væri mun hærra í hópnum ef hann hefði ekki verið skimaður og fengið varnandi meðferð þegar þörf var á. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að nýgengi berklaveiki hjá iktsýkisjúklingum sem eru á TNFα-hemlum í Svíþjóð var 37/100.0003 og í Grikklandi var talan 449/100.000.[18] Þessar tölur eru ekki fyllilega samanburðarhæfar við niðurstöður þessarar rannsóknar þar sem okkar niðurstöður ná yfir sjúklinga með iktsýki, hrygggikt og sóragigt, á meðan í þessum rannsóknum eru iktsýkisjúklingar eingöngu viðfangsefnið en þær gefa þó vísbendingu um stöðuna hér á landi samanborið við önnur lönd. Í þessu sambandi er rétt að árétta að enginn sjúklingur með iktsýki greindist með berklaveiki eftir meðferð með TNFα- hemlum hér á landi á þessu 15 ára rannsóknartímabili.

Athygli vekur að allir þrír sem veiktust af berklum á rannsóknartímanum hafa greininguna sóragigt og vekur það spurningar um hvort þennan sjúklingahóp þurfi að skima sérstaklega. Þegar jákvæðu berklaprófin eru skoðuð kemur í ljós að sjúklingar með sóragigt voru ekki með hlutfallslegra hærra berklasmit miðað við iktsýki- eða hrygggiktarsjúklingana. Það kemur einnig í ljós að það er aðeins eitt tilfelli sem veikist innan 8 mánaða frá því að meðferð með TNFα-hemli hófst.

Ekki lágu fyrir öruggar upplýsingar um hversu mörg þeirra sem greind voru með dulda berkla, það er voru með jákvætt húðpróf við skimun, fengu varnandi lyfjameðferð eða hvernig þau voru meðhöndluð en þó er hægt að fullyrða að ekkert þeirra þróaði með sér berklaveiki eftir að líftæknilyfjameðferðin hófst. Í þessu sambandi er rétt að árétta að þeir þrír einstaklingar sem greindust með berklaveiki meðan á TNFα-meðferðinni stóð voru með neikvætt Mantoux-próf við upphaf meðferðar.

Sykursterar auka hættuna á falskt neikvæðu Mantoux-prófi þar sem sterar bæla niður bólguviðbragðið sem kemur fram við prófið og ráðleggur Miðstöð sjúkdómavarna í Bandaríkjunum (Centers for Disease Control and Prevention) að tekið sé tillit til þessa við túlkun berklaprófa og að við þessar aðstæður sé unnt að túlka 5 millimetra þrota sem jákvætt próf.[19] Þar kemur einnig fram að 5 mm þroti sé jákvætt próf hjá einstaklingum meðhöndluðum með TNFα-hemlum en í rannsóknarhópnum voru dæmi um að berklaskimun var framkvæmd eftir að meðferð var hafin. Sjaldnast var skráður aflestur berklaprófs í millimetrum í sjúkraskrá þessara einstaklinga, heldur aðeins túlkunin, það er jákvætt eða neikvætt. Á heimasíðu Embættis landlæknis koma fram tilmæli þar sem gert er ráð fyrir að þroti undir 10 millimetrum sé túlkaður sem neikvætt próf.[20] Það er óljóst hvaða viðmið voru notuð við túlkun prófanna hér á landi. Líklegt er að einhver þeirra sem skimuð voru séu með falskt neikvæð próf, það er þrota minni en 10 mm vegna meðferðar með sykurstera og eða TNFα-hemils þegar skimun var framkvæmd.

Í okkar rannsókn fundust ekki dæmi um að niðurstöður úr myndgreiningu leiddu til gruns um virka berkla, en í ljósi þess að hægt er að vera með falskt neikvætt Mantoux-próf er mikilvægt að allir séu einnig skimaðir með myndgreiningu af lungum áður en meðferð með TNFα-hemlum hefst.

Helsti styrkur rannsóknarinnar er að notast er við gagnagrunna sem ná yfir heila þjóð. Áætlað hefur verið að yfir 95% allra þeirra einstaklinga sem fengið hafa TNFα-hemlameðferð vegna gigtarsjúkdóma hér á landi séu skráðir í ICEBIO. Þá eru berklatilfelli tilkynningarskyld og ætla má að flestir eða allir sem eru á meðferð með TNFα-hemlum og andast vegna skyndilegra veikinda séu krufðir en ógreind berklatilfelli ættu því að koma fram þar. Við teljum okkur því hafa náð öllum berklatilfellum inn í rannsóknarhópinn.

Helstu annmarkar rannsóknarinnar eru að ekki var leitast við að skilgreina nákvæmlega hversu lengi einstaklingar voru á TNFα-hemla meðferðinni. Þetta þýðir að nýgengi berkla í rann-sóknarhópnum gæti í raun verið hærra þar sem þessi aðferðafræði býður upp á að lengd tímabils sem sjúklingum er fylgt eftir sé ofmetin. Ekki var heldur leitast við að útiloka aðra áhættuþætti sem aukið geta hættuna á berklaveiki. Rannsóknarhópurinn er einnig lítill, þó að hann nái yfir allt landið, sem þýðir að hvert berklatilfelli veldur miklum sveiflum í niðurstöðum.

Nýgengi berkla í rannsóknarhóp okkar er hærra en rannsóknir frá Svíþjóð hafa sýnt.[3] Það verður að túlka þennan mun mjög varlega vegna þeirra takmarkana á rannsókninni sem rædd eru hér að framan. Hins vegar vekur samanburður á niðurstöðum frá berklaskimun fyrir meðferð og skráningu í Berkli spurningar um hvort ástæða sé til að endurskoða skimunarferlið á Íslandi. Klínískar leiðbeiningar fyrir meðferð iktsýki í Noregi[10] mæla með skimun fyrir berklum með blóðprufum, til dæmis með QuantiFERON®-TB gold In-Tube-prófinu, og notast við þau í stað Mantoux-prófa. Þessi próf minnka líkurnar á falskt jákvæðum prófum þar sem þau svara neikvætt við ódæmigerðum berklabakteríum og BCG-bólusetningum. Eins gætu þessi próf hugsanlega minnkað líkurnar á falskt neikvæðum prófum þar sem bólgusvar er skert vegna undirliggjandi sjúkdóms og lyfjameðferðar. Það virðist því auka gæði skimunarinnar til muna að taka upp notkun á þessu prófi.

Mikilvægt er að skráning á niðurstöðum berklaprófa og framkvæmd þeirra sé stöðluð og því er ef til vill nauðsynlegt að einn eða fáir aðilar hér á landi sjái um framkvæmd skimuninnar til að auka gæði þjónustunnar. Ennfremur mæla höfundar með að IGRA verði tekið upp við skimun í völdum tilfellum fyrir meðferð með TNFα-hemlum samhliða Mantoux-prófun. Hins vegar er óljóst um ávinning samhliða skimun, en það gæti mögulega minnkað líkur á falskt neikvæðum prófum, ef skilyrt er að svörun við báðum prófum sé neikvæð.

Heimildir

1. Dimakou K, Papaioannides D, Latsi P, Katsimboula S, Korantzopoulos P, Orphanidou D. Disseminated tuberculosis complicating anti-TNF-alpha treatment. Int J Clin Pract 2004; 58: 1052-5.
2. Mayordomo L, Marenco JL, Mateos JG, Rejon E. Pulmonarymiliary tuberculosis in a patient with anti--TNF-alpha treatment. Scand J Rheumatol 2002; 31: 44-5.
3. Arkema EV, Jonsson J, Baecklund E, Bruchfeld J, Feltelius, N Askling J. Are patients with rheumatoid arthritis still at an increased risk of tuberculosis and what is the role of biological treatments? Ann Rheum Dis 2015; 74: 1212-7.
4. Yamada T, Nakajima A, Inoue E, Tanaka E, Hara M, Tomatsu T, et al. Increased risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis in Japan. Ann Rheum Dis 2006; 65: 1661-3.
5. Askling J, Fored CM, Brandt L, Baecklund E, Bertilsson L, Cöster L, et al. Risk and case characteristics of tuberculosis in rheumatoid arthritis associated with tumor necrosis factor antagonists in Sweden. Arthritis Rheum 2005; 52: 1986-92.
6. Wolfe F, Michaud K, Anderson J, Urbansky K. Tuberculosis infection in patients with rheumatoid arthritis and the effect of infliximab therapy. Arthritis Rheum 2004; 50: 372-9.
7. Wallis RS, Broder M, Wong J, Beenhouwer D. Granulomatous infections due to tumor necrosis factor blockade: Correction. Clin Inf Dis 2004; 39: 1254-5.
8. landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/BRUNNURINN/Kliniskar-leidbeiningar/Soragigt/Soragigt%20-%20Copy%20(2).pdf - febrúar 2018.
9. landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/BRUNNURINN/Kliniskar-leidbeiningar/S-merkt_lyf/TNF-a_iktsyki_stills.pdf - febrúar 2018.
10. legeforeningen.no/PageFiles/229641/Revmatoid%20artritt%202017.pdf - febrúar 2018.
11. http://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2017/03/rek_tbc_2017.pdf - febrúar 2018.
12. Sigurðsson S. Um berklaveiki á Íslandi. Læknablaðið 1976; 62: 3-50.
13. http://apps.who.int/gho/data/view.main.80500?lang=en - febrúar 2018.
14. Hansdóttir H, Þorsteinsson H, Blöndal Þ, Jónsson A. Berklapróf meðal aldraðra. Læknablaðið 1992; 78: 186-9.
15. extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=IS&outtype=html - febrúar 2018.
16. data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD?locations=IS - febrúar 2018.
17. Gomez-Reino JJ, Carmona L, Descalzo MA. Risk of tuberculosis in patients treated with tumor necrosis factor antagonist due to incomplete prevention of reactivation of latent infection. Arthritis Rheum 2007; 57: 756-61.
18. Sichletidis L, Settas L, Spyratos D, Chloros D, Patakas D. Tuberculosis in patients receiving anti-TNF agents despite chemoprophylaxis. Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10: 1127-32.
19. cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/skintesting.htm - febrúar 2018.
20. landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/dreifibref/nanar/item15459/Dreifibref--nr--6/2000--Berklaskodun - febrúar 2018.

ENGLISH SUMMARY

Screening for tuberculosis before TNFα treatment in routine rheumatic care in Iceland. Result from the nationwide ICEBIO registry

Þórir Már Björgúlfsson[1], Gerður Gröndal[1], Þorsteinn Blöndal[2], Björn Guðbjörnsson[3,4]

Introduction: Treatment with TNFα inhibitors (TNFαi) greatly increases the risk of reactivation of tuberculosis in rheumatic patients. Therefore, it is recommended to screen patients for tuberculosis before initiating TNFαi treatment. Iceland has a low prevalence of tuberculosis and BCG vaccination is not routine praxis. The purpose of this study was to review the results from TB-screening in routine praxis and to analyze whether changes in the screening process are to be recommended.
Material and methods: All patients with RA, PsA and AS who were registered in ICEBIO (1999-2014) due to TNFαi treatment were included. Data collection consisted of age, sex, start date of TNFαi treatment and results from a tuberculin skin test (TST) and chest x-ray. The data were then crosschecked with the Berkill registry, a nationwide database for TB.
Results: 756 individuals (58% female, mean-age of 54 years) were included. TST was negative in 614 cases (81%), 41 positive (5.4%), 9 false positives (1.2%) and 92 were missing (12%). 119 patients were registered in Berkill whereof 72 had a history of positive TST and 55 had been vaccinated, while 14 patients had been diagnosed with tuberculosis (where of 7 had negative TST on screening). Three patients were diagnosed with tuberculosis after the TNFi treatment.
Conclusion: These results illustrate the importance of tuberculosis screening before initiating TNFαi treatment. Improvement in registration of TST results is necessary and whether interferon gamma release assays (IGRA) should be added to the screening process remains to be discussed.

[1]Department of rheumatology, University Hospital, Iceland, [2]Centre for Communicable Disease Prevention and Control, Iceland, [3]Centre for Rheumatology Research, University Hospital, Iceland, [4]The Faculty of Medicine, University of Iceland.

Key words: *ankylosing spondylitis, ICEBIO, psoriatic arthritis, rheumatoid arthritis, TNFα inhibitors, tuberculosis.*

Correspondence: *Þórir Már Björgúlfsson, Thb1@hi.is*

Heimilislæknaþingið 2018 í Borgarnesi 5.-6. október

Heimilislæknaþing Félags íslenskra heimilislækna verður haldið á Hótel B-59 í Borgarnesi 5. og 6. október 2018.

Eins og á fyrri þingum verða kynntar rannsóknir, rannsóknaráætlanir og þróunarverkefni í erindum og á veggspjöldum.

Útdráttum (sjá leiðbeiningar) skal skila til Emils L. Sigurðssonar á *emilsig@hi.is* og er skilafrestur til 26. ágúst næstkomandi.

Ágripin verða birt í sérstöku riti þingsins.

- Útdráttur á rannsókn skal rúmast á einu A4-blaði með hefðbundnum spássíum og hægri jöfnun. Texti getur að jafnaði verið um 300-350 orð.
- Letur: Times New Roman.
- Leturstærð 16 í fyrirsögn og 14 í megintexta.
- Nota skal lágstafi í fyrirsögn.
- Á eftir fyrirsögn koma nöfn höfunda.
- Undirstrikið nafn flytjanda/aðalhöfundar ásamt vinnustað hans og tölvupóstfangi.
- Ef um hefðbundna megindlega rannsókn er að ræða skal megintexta skipt í: Bakgrunnur; Tilgangur; Efniviður og aðferðir; Niðurstöður og Ályktanir. Framsetning eigindlegra rannsókna getur verið frjálslegri, en kaflaskipti æskileg. Að jafnaði er ekki gert ráð fyrir heimildalista í útdrætti.

Þinginu lýkur með aðalfundi Félags íslenskra heimilislækna laugardaginn 6. október.
Nánari dagskrá verður send í tölvupósti til félagsmanna þegar nær dregur.

Fyrir hönd undirbúningsnefndar,
Emil L. Sigurðsson

Brátt kransæðaheilkenni hjá sjúklingum með eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar

Sævar Þór Vignisson[1] læknanemi, **Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir**[2] læknir, **Þórarinn Guðnason**[2] læknir, **Ragnar Danielsen**[1,2] læknir, **Maríanna Garðarsdóttir**[3] læknir, **Karl Andersen**[1,2] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Hin hefðbundna meingerð í bráðu kransæðaheilkenni hefur lengst af vera talin rof á æðakölkunarskellu sem leiðir til blóðsegamyndunar í kransæð og hjartavöðvadreps. Hjá hluta þessara sjúklinga er ekki um marktækt þrengdar kransæðar að ræða og aðrar orsakir en skellurof geta valdið þessum klínísku einkennum. Á undanförnum árum hefur verið vaxandi áhugi á að greina nánar undirliggjandi orsakir hjá þessum hópi sjúklinga. Nýverið var lýst sjúkdómsmyndinni MINOCA (*Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries*) sem nær yfir þessa sjúklinga. Markmið rannsóknarinnar var að finna nýgengi MINOCA á Íslandi og að leita að undirliggjandi orsökum í íslensku þýði.

Efni og aðferðir: Rannsóknin er afturskyggn gagnarannsókn úr gagnagrunni hjartaþræðingarstofu Landspítalans (SCAAR). Allir sjúklingar sem fengu vinnugreininguna STEMI / NSTEMI við komu á Landspítala á árunum 2012 til 2016 en reyndust hafa eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar (<50% þvermálsþrengsli) við kransæðamyndatöku voru rannsakaðir. Sjúkdómsgreiningar voru endurskoðaðar hjá öllum sjúklingum og flokkaðir samkvæmt flæðiriti sem sérstaklega var útbúið fyrir þessa rannsókn.

Niðurstöður: Á rannsóknartímabilinu fóru 1708 sjúklingar í kransæðamyndatöku eftir að hafa fengið vinnugreininguna STEMI / NSTEMI. Af þeim reyndust 225 (13,2%) hafa eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar. Sjúkdómsgreiningar þessara sjúklinga skiptust þannig: fleiðurmyndun / rof á æðakölkunarskellu 72 (32%), hjartavöðvabólga 33 (14,7%), harmslegill 28 (12,4%), afleitt hjartavöðvadrep 30 (13,3%), kransæðakrampi 31 (13,8%) og 31 (13,8%) fengu greininguna annað og óútskýrt.

Ályktun: Algengt er að sjúklingar með brátt kransæðaheilkenni hafi eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar við kransæðaþræðingu. Nokkuð jöfn skipting reyndist á milli helstu mismunagreininga. Með markvissri segulómskoðun á þessum sjúklingahópi mætti bæta mismunagreingu á undirliggandi orsökum.

Inngangur

Birtingarmynd bráðs kransæðaheilkennis hefur verið að taka nokkrum breytingum síðustu misseri. Hlutfall NSTEMI (*Non-ST-Elevation Myocardial Infarction*) greininga af öllum sem greinast með brátt kransæðaheilkenni er að aukast á kostnað STEMI (*ST-Elevation Myocardial Infarction*).[1] Dánartíðni af völdum kransæðasjúkdóma hefur lækkað umtalsvert síðustu áratugi og það sem er sérstakt við það er að hlutfallslega hefur lækkunin orðið minni hjá yngra fólki en því eldra, sérstaklega ungum konum.[2] Breytingar á áhættuþáttum, lifnaðarháttum og aukin notkun verndandi hjartalyfja á þessari öld eru talin hafa áhrif á þessar breytingar. Reykingar hafa minnkað umtalsvert og heildarkólesteról hefur lækkað en sykursýki og offita hafa hins vegar aukist.[3,4]

Hin hefðbundna meingerð í bráðu kransæðaheilkenni hefur lengst af verið talin rof á æðakölkunarskellu sem leiðir til blóðsegamyndunar í kransæð og hjartavöðvadreps. Þessi sjúklingahópur reynist oft vera með eðlilegar kransæðar eða vægar veggbreytingar án marktækra þrengsla (<50% þvermálsþrengsli) við kransæðaþræðingu. Á undanförnum árum hefur komið í ljós að hjá hluta þessara sjúklinga er ekki um að ræða rof á æðakölkunarskellu heldur eru aðrar orsakir sem valda hjartadrepinu. Annars vegar getur verið um að ræða fleiðurmyndun á æðakölkunarskellu án þess að bandvefshjúpur skellunnar rofni (*plaque erosion*)[5] og hins vegar geta aðrir sjúkdómar, til dæmis hjartavöðvabólga, harmslegill eða kransæðakrampi lýst sér með svipuðum hætti og brátt hjartavöðvadrep. Nýverið hefur verið lýst sjúkdómsmyndinni MINOCA (*Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries*) sem nær yfir þessa sjúkdómsmynd.[6] Lítið er vitað um horfur, undirliggjandi orsakir og meingerð þessarar sjúkdómsmyndar, sem hafa lítið verið rannsakaðar. Hlutfall þeirra sem hafa MINOCA, af öllum sem fá brátt kransæðaheilkenni, hefur verið að aukast síðastliðna áratugi.[7,8] Megintilgangur þessarar rannsóknar var að kanna nýgengi MINOCA í íslensku þýði og hlutfall þeirra af öllum sem fá brátt kransæðaheilkenni, en einnig að greina undirliggjandi orsakir þessarar sjúkdómsmyndar og flokka sjúklinga í undirhópa eftir nánar tilgreindum skilmerkjum. Einnig voru bornar saman grunnmælingar og áhættuþættir þessara sjúklinga við þá sem reyndust vera með marktæk þrengsli í kransæðum. Um er að ræða fyrstu rannsókn sem gerð hefur verið á þessum sjúklingahópi á Íslandi.

doi.org/10.17992/lbl.2018.05.185

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]hjartadeild, [3]röntgendeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Karl Andersen, *andersen@landspitali.is*

Barst til blaðsins 19. mars 2018, samþykkt til birtingar 20. apríl 2018.

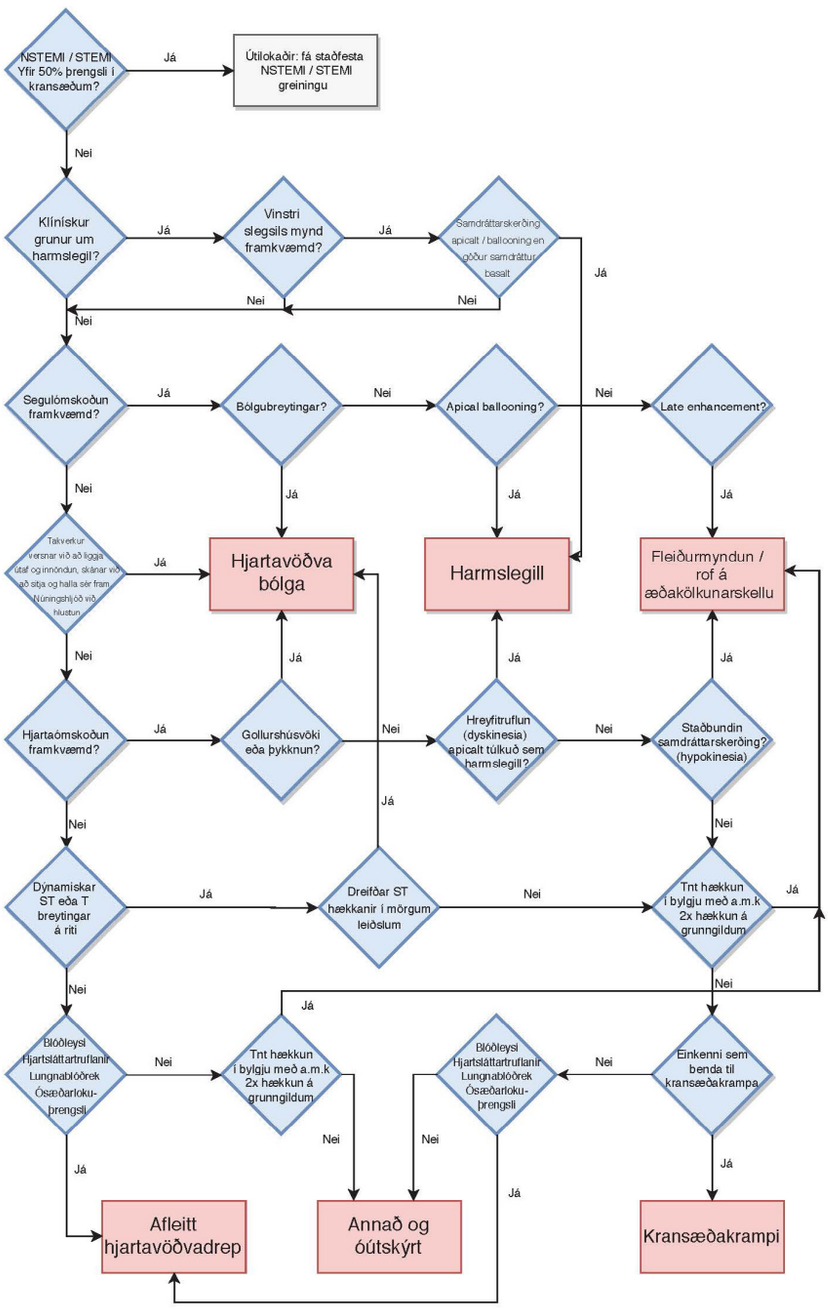
Efniviður og aðferðir

Rannsóknin er afturskyggn gagnarannsókn og náði til allra þeirra sjúklinga sem höfðu fengið vinnugreininguna NSTEMI eða STEMI við komu á Landspítala frá 1. janúar 2012 til 31. desember 2016 en reyndust vera með eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar við kransæðaþræðingu í sömu legu. Skilgreiningin á eðlilegum eða nær eðlilegum kransæðum í rannsókninni var að allar kransæðar væru eðlilegar eða með minna en 50% þvermálsþrengsli. Hver sjúklingur var einungis rannsakaður einu sinni. Notast var við gæðaskrá hjartaþræðingarstofu LSH, SCAAR (Swedish Coronary Angiography and Angioplasty Registry) til að finna þessa einstaklinga. Allra tilskilinna leyfa var aflað hjá siðanefnd Landspítala (12/2017, dags. 13. mars 2017) og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala (tilvísun 16, LSH 31-7 dags. 15. febrúar 2017).

Í hverju tilfelli fyrir sig voru sjúkdómsgreiningar endurskoðaðar og sjúklingar flokkaðir í 6 fyrirfram ákveðna sjúkdómsgreiningarflokka. Sjúkdómsgreiningaflokkarnir voru: 1) fleiðurmyndun (*plaque erosion*) / rof á æðakölkunarskellu (*plaque rupture*), 2) harmslegill (*takotsubo cardiomyopathy*), 3) hjartavöðvabólga (*myocarditis*), 4) kransæðakrampi (*coronary artery spasm*), 5) afleitt hjartavöðvadrep (*type II myocardial infarction*) og 6) annað og óútskýrt.

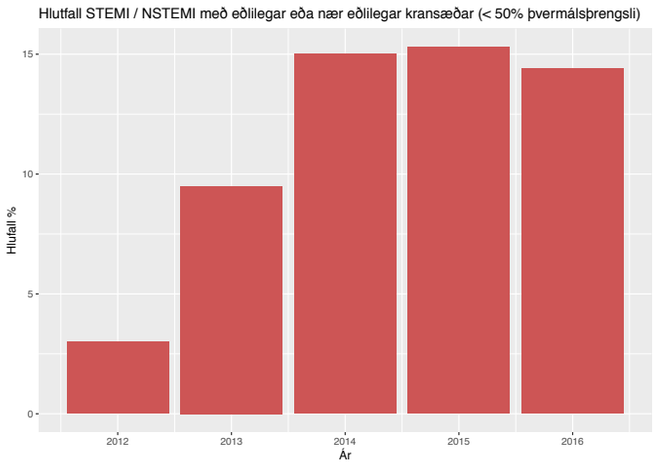
Upplýsingum var safnað rafrænt úr sjúkraskrám í sjúkraskrárkerfinu Sögu á Landspítala og úr SCAAR-gæðaskrá hjartaþræðingarstofu spítalans. Eftirfarandi breytur voru skoðaðar: kyn, aldur sjúklinga við sjúkdómsgreiningu, hæð, þyngd, líkamsþyngdarstuðull, áhættuþættir kransæðasjúkdóma (reykingar, háþrýstingur, kólesteról, sykursýki), niðurstöður hjartaþræðinga, niðurstöður hjartalínurita, niðurstöður hjartaómskoðunar, niðurstöður segulómskoðunar, trópónín T-gildi og nýju sjúkdómsflokkarnir 6.

Upplýsingar um útskriftargreiningu sjúklinga voru sóttar úr Sögukerfinu og ef hún var ein af þessum 5 nýju greiningarflokkum rannsóknarinnar var sjúklingur settur í þann flokk. Það voru einungis um 15% sjúklinganna sem höfðu staðfesta greiningu við útskrift. Í hinum tilfellunum voru sjúkdómsgreiningar metnar af rannsakendum þessarar rannsóknar með tilliti til sögu sjúklings, áhættuþátta, klínískra einkenna og niðurstaðna rannsókna.



Mynd 1. *Flæðirit sem notað var til greiningar á undirliggjandi orsök einkenna.*

Til þess að staðfesta nýjar sjúkdómsgreiningar sjúklinganna var farið eftir fyrirfram ákveðnu flæðiriti sem rannsakendur bjuggu sérstaklega til fyrir þessa rannsókn (mynd 1). Stuðst var við flæðiritið svo greiningarvinnan yrði hlutlæg og svo að allir sjúklingarnir yrðu metnir á sambærilegan hátt með stöðluðu verklagi. Flæðiritið byrjaði á að skoða þá rannsókn sem er sértækust og nákvæmust á sjúkdómsgreiningar rannsóknarinnar sem var vinstri slegils æðamyndataka (*left ventricular angiogram*) ef klínískur grunur var um harmslegil, en annars var notuð segulómun. Flæðiritið fer síðan niður eftir sértækni rannsókna og einkenna. Í mörgum tilvikum fékkst skýr og ótvíræð greining til dæmis með vinstri slegils myndatöku í harmslegli eða segulómskoðun í hjartavöðvabólgu eða hjartavöðvadrepi. Hins vegar var greining á kransæðakrampa oftast byggð á klínískum einkennum þegar aðrar skýringar höfðu verið útilokaðar og var því ekki eins ótvíræð. Ekki er mögulegt að skera úr um hvort hjartavöðvadrep



Mynd 2. *Stöplarit sem sýnir hlutfall sjúklinga með eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar af öllum sem fengu vinnugreininguna STEMI / NSTEMI á árunum 2012-2016.*

orsakist af fleiðurmyndun eða skellurofi með núverandi tækni á Landspítala. Gagnasöfnun fór fram í Microsoft Excel.

Unnið var úr niðurstöðum í tölfræðiforritinu RStudio 1.0.136. Töflur og flæðirit voru búin til í Microsoft Word og gröf voru búin til í RStudio.

Samfelldar breytur eru birtar sem fjöldi og samanburður milli hópa gerður með Students t-prófi og Mann Whitney U-prófi. Flokkabreytur eru birtar sem hlutföll og samanburður með kí-kvaðrat prófi. Tölfræðileg marktækni var ákveðin ef p<0,05.

Niðurstöður

Á árunum 2012 til 2016 voru framkvæmdar 8385 hjartaþræðingar á Landspítala en af þeim voru 1708 hjá sjúklingum sem fengu vinnugreininguna NSTEMI eða STEMI. Af þessum 1708 voru 225 sjúklingar (13,2%) með eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar í hjartaþræðingu og voru því skilgreindir sem MINOCA. Alls voru 36 (16%) af þessum MINOCA-sjúklingum sem höfðu fengið vinnugreininguna STEMI og 189 (84%) vinnugreininguna NSTEMI fyrir hjartaþræðingu.

Nýgengi MINOCA-sjúklinga yfir rannsóknartímabilið var 13,7 á hverja 100.000 íbúa en jókst þegar leið á tímabilið og var í kringum 20 á hverja 100.000 íbúa á árunum 2014 til 2016. Á því 5 ára tímabili sem rannsóknin nær til fjölgaði MINOCA-sjúklingum töluvert milli áranna 2012 til 2014 en stóð nokkurn veginn í stað á árunum 2014 til 2016 eins og sjá má á mynd 2.

Tafla II. *Niðurstöður nýrra sjúkdómsgreininga hjá MINOCA-sjúklingum á árunum 2012-2016 og innbyrðis hlutfall milli kynja, n (%).*

Greining	Allir	Konur	Karlar	P-gildi
Fleiðurmyndun / skellurof	72 (32,0)	39 (33,1)	33 (30,8)	0,55
Hjartavöðvabólga	33 (14,7)	11 (9,3)	22 (20,6)	0,082
Harmslegill	28 (12,4)	26 (22,0)	2 (1,9)	<0,01
Afleitt hjartavöðvadrep	30 (13,3)	15 (12,7)	15 (14,0)	1
Kransæðakrampi	31 (13,8)	15 (12,7)	16 (14,9)	1
Annað og óútskýrt	31 (13,8)	12 (10,2)	19 (17,8)	0,28
Samtals	225 (100)	118 (100)	107 (100)	

Grunngildi og áhættuþættir þeirra 225 sjúklinga sem reyndust vera með eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar voru borin saman við gildi þeirra 1483 sjúklinga sem voru með marktækar þrengingar í kransæðum á rannsóknartímabilinu og höfðu staðfesta greiningu STEMI eða NSTEMI. Samanburður var gerður á kynjahlutfalli, aldri, líkamsþyngdarstuðli og fjórum helstu áhættuþáttum kransæðasjúkdóma. Við þann samanburð kom í ljós að hlutfall kvenna var töluvert hærra á meðal MINOCA-sjúklinga en hjá þeim sem höfðu marktæk kransæðaþrengsli. Konur voru 52,4% af þeim sem reyndust vera með eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar miðað við 24,3% þeirra sem voru með marktækar þrengingar í kransæðunum. MINOCA-sjúklingar reyndust vera marktækt yngri samanborið við sjúklinga með marktæk kransæðaþrengsli. Einnig kom í ljós að reykingar voru fátíðari meðal MINOCA-sjúklinga en þeirra sem höfðu marktæk þrengsli í kransæðum en aðrir áhættuþættir voru sambærilegir milli hópa. Niðurstöðurnar eru settar fram í töflu I.

Við skoðun á nýjum sjúkdómsgreiningum sjúklinganna reyndust flestir falla undir greiningarskilmerki fleiðurmyndunar / skellurofs, eða 72 (32%). Skiptingin var síðan nokkuð jöfn á milli annarra sjúkdómsgreiningaflokka. Niðurstöður nýju sjúkdómsgreininganna ásamt innbyrðis skiptingu greininganna milli kynja sjást í töflu II.

Tafla I. *Samanburður á kynjahlutfalli, aldri, líkamsþyngdarstuðli og áhættuþáttum kransæðasjúkdóma hjá sjúklingum með eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar samanborið við sjúklinga með marktækar þrengingar, n (%).*

STEMI / NSTEMI greiningar á árunum 2012 – 2016		Allir	Eðlilegar kransæðar	Þrengingar í kransæðum	P-gildi
Fjöldi		1708 (100)	225 (13,2)	1483 (86,8)	
Konur		479 (28,0)	118 (52,4)	361 (24,3)	<0,01
Karlar		1229 (72,0)	107 (47,6)	1122 (75,7)	<0,01
Meðalaldur	ár	65,0	62,9	65,4	0,01
Líkamsþyngdarstuðull - meðaltal	kg / m^2	28,4	28,0	28,5	0,20
Áhættuþættir kransæðasjúkdóma					
Háþrýstingur		963 (56,4)	124 (55,1)	839 (56,6)	0,69
Hátt kólesteról		734 (43,0)	90 (40,0)	644 (43,4)	0,31
Sykursýki		288 (16,9)	29 (12,9)	259 (17,5)	0,11
Reykingar		500 (29,3)	45 (20,0)	455 (30,7)	<0,01
Hættir að reykja fyrir meira en mánuði síðan		724 (42,4)	102 (45,3)	622 (41,9)	0,22

Af þeim 30 sjúklingum sem fengu greininguna afleitt hjartavöðvadrep komu flestir inn með hjartsláttartruflanir eða 14 (46,7%) og þar af var algengast að sjúklingur væri í gáttatifi (*atrial fibrillation*), eða alls 11 (36,7%) sjúklingar. Næstalgengasta orsökin fyrir afleiddu hjartavöðvadrepi var lungnablóðrek (*pulmonary embolism*), eða 4 sjúklingar. Aðrar orsakir fyrir afleiddu hjartavöðvadrepi voru meðal annars blóðleysi, háþrýstingur, þrenging á ósæðarloku (*aortic stenosis*), sýklasótt (*sepsis*) og blóðsegi frá gerviloku.

Sjúklingarnir sem fengu greininguna annað og óútskýrt fengu annaðhvort staðfesta greiningu á öðrum orsökum eða það var ómögulegt setja viðkomandi sjúkling í einhvern af hinum fimm greiningaflokkunum. Skýringar á einkennum þessara sjúklinga voru meðal annars áverkar eftir slys, ofþensluhjartavöðvakvilli (*dilated cardiomyopathy*), fráhvörf vegna alkóhóls eða fíkniefna, fleiðrubólga (*pleuritis*), gallsteinar, stoðkerfisverkir, bakflæði, magabólga eða orsakir af óþekktum uppruna þar sem sjúklingar fengu greininguna ótilgreindur brjóstverkur við útskrift.

Einungis 23 sjúklingar (10,2%) í rannsókninni voru rannsakaðir með segulómun og í öllum þeim tilfellum fannst líkleg orsök fyrir einkennum þeirra. Alls 164 sjúklingar (72,9%) voru hjartaómaðir og hjá 105 sjúklingum (64,0%) benti hjartaómunin til afbrigðileika sem líklega orsakaði einkenni viðkomandi sjúklings. Alls var 61 sjúklingur (27,1%) sem hvorki gekkst undir seglómun né hjartaómun og því reyndist erfitt að fá staðfesta skýringu á einkennum þeirra. Hlutfall sjúklinga sem fóru í hjarta- og segulómun og niðurstöður hjartalínurita, hjartaþræðinga og trópónín T-gilda eru settar saman í töflu III.

Tafla III. *Niðurstöður hjartalínurits, kransæðamyndatöku og trópónín T-mælinga og hlutfall þeirra sem rannsakaðir voru með hjartaómun og segulómun, n (%).*

MINOCA	225 sjúklingar		
Hjartalínurit	Já	Nei	
Bráðar breytingar á hjartalínuriti	147 (65,3)	78 (34,7)	
ST-hækkanir	65 (28,9)	160 (71,1)	
ST-lækkanir	46 (20,4)	179 (79,6)	
T-breytingar	77 (34,2)	148 (65,8)	
Hjartaþræðing			
Eðlilegar kransæðar	97 (43,1)	128 (56,9)	
Ekki marktæk þrenging (<50%) í kransæðum	128 (56,9)	97 (43,1)	
Hjarta og segulómun			
Hjartaómaðir	164 (72,9)	61 (27,1)	
Segulómaðir	23 (10,2)	202 (89,8)	
Hvorki segulómaðir né hjartaómaðir	61 (27,1)	164 (72,9)	
Mælingar trópónín-gilda	Miðgildi	Meðaltal	Staðalfrávik
Fyrsta trópónín T-gildi	45	251,5	1143
Hæsta trópónín T-gildi	135	494,3	1430

Umræður

Niðurstaða okkar er að hlutfall MINOCA-sjúklinga á Íslandi sé 13,2% meðal þeirra sem leggjast inn vegna bráðra kransæðaheilkenna og er það í samræmi við erlendar rannsóknir á sama sjúklingahópi. Árið 2017 kom út stór safnrannsókn sem spannar 54 rannsóknir á tæplega 180.000 sjúklingum á árunum 1990-2015 sem greindust með NSTEMI. Hún sýndi að 13% allra þessara sjúklinga reyndust vera með eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar (<50% þvermálsþrengsli).[9] Þetta eru svipaðar niðurstöður og fengust í rannsókn okkar. Það sem greinir rannsókn okkar frá safnrannsókninni er að við tókum einnig með STEMI-greiningar en safnrannsóknin náði einungis til NSTEMI-greiningar. Önnur stór rannsókn sem kom út árið 2018 skoðaði hlutfall MINOCA hjá tæplega 4800 STEMI-sjúklingum. Þar kom í ljós að 11,6% greindra STEMI-sjúklinga reyndust vera með eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar.[10]

Í rannsókn okkar voru konur í meirihluta í hópi MINOCA-sjúklinga miðað við tæplega fjórðung í hópi sjúklinga með marktækar þrengingar í kransæðum. Þetta er í samræmi við safnrannsóknina frá 2017 sem og aðrar rannsóknir á MINOCA-sjúklingum þar sem konur eru í meirihluta. Samkvæmt rannsóknum eru MINOCA-sjúklingar einnig líklegri til að vera yngri samanborið við sjúklinga með marktækar þrengingar þótt munurinn sé ekki alltaf tölfræðilega marktækur. Í þessari rannsókn voru MINOCA-sjúklingar marktækt yngri og munaði tveimur og hálfu ári að meðaltali.[8,11,12]

Hin mikla aukning á NSTEMI- og STEMI-sjúklingum með eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar milli áranna 2012 og 2014 má sennilega að einhverju leyti rekja til hánæms trópónín T (hsTnT) prófs sem tekið var í notkun á Landspítala árið 2012. Það hefur einnig verið reynslan á sjúkrahúsum erlendis að fjöldi þeirra sem greinast með hækkun á hsTnT yfir viðmiðunarmörkum jókst verulega eftir að hsTnT-prófið var tekið í notkun. Sjúklingar sem áður fengu greininguna hvikul hjartaöng eða jafnvel greiningu ótengda hjartanu og voru með breytingar á hjartalínuriti fá nú greininguna NSTEMI eða STEMI ef hsTnT reynist hækkað. Þó geta aðrar ástæður en hjartavöðvadrep valdið hækkun á hsTnT yfir viðmiðunarmörkum vegna mikils næmis prófsins sem um leið kemur niður á sértækni. Vandinn er að greina á hvaða grunni hsTnT-hækkunin er, einkum ef gildin eru rétt yfir viðmiðunarmörkum.[13]

Uppvinnsla sjúklinga

Við uppvinnslu MINOCA-sjúklinga er mikilvægt að huga að þeim mismunagreiningum sem geta legið til grundvallar einkennunum. Við mat okkar á undirliggjandi orsökum rannsóknarþýðisins kom í ljós að verulega skorti á að framkvæmdar væru þær rannsóknir sem komið gætu að gagni við frekari greiningu. Einungis 23 sjúklingar (10,2%) í rannsókninni voru rannsakaðir með segulómskoðun af hjarta en hjá þeim fékkst greining í öllum tilvikum. Rúmlega fjórðungur sjúklinga (27,1%) var hvorki hjartaómaður né segulómaður. Þess vegna var í nokkrum tilfellum erfitt að fá staðfesta skýringu á einkennum sjúklinga. Nokkrir sjúklingar voru ekki hjartaómaðir fyrr en nokkrum dögum eða viku eftir að þeir lögðust inn. Þá geta breytingar eins og sjást við harmslegil eða lítil hjartavöðvadrep vegna fleiðurmyndunar / skellurofs verið gengnar til baka. Því er þörf á flæðiriti eða skýrum verklagsregl-

um til þess að staðla uppvinnslu og meðferð þessara sjúklinga. Núverandi verklagsreglur um uppvinnslu og meðferð miðast við sjúklinga með marktækar þrengingar í kransæðum.

Til þess að komast að undirliggjandi orsökum hjá sem flestum af þessum sjúklingum væri ef til vill æskilegt að hjartaóma alla innan sólarhrings frá innlögn. Einnig mætti hafa það sem viðmið að sjúklingar sem fá greininguna NSTEMI fari ekki í kransæðamyndatöku nema búið sé að hjartaóma þá fyrst. Ef ekki liggur fyrir skýr orsök MINOCA eftir kransæðamyndatöku og hjartaómun ætti að framkvæma segulómskoðun af hjarta þar sem sú rannsókn gefur ákveðna greiningu í meirihluta tilvika. Með því yrði hægt að komast að undirliggjandi orsökum hjá flestum og þá hægt að meðhöndla þá í samræmi við greiningu. Þannig yrði meðferðin strax markvissari. Nákvæmari greining er ekki síður mikilvæg fyrir sjúklinginn svo hann sé upplýstari um orsök einkenna sinna.

Nýlegar rannsóknir sýna að hægt er að komast að undirliggjandi orsök hjá um 90% MINOCA-sjúklinga með því að senda alla í segulómskoðun af hjarta innan fárra daga frá kransæðamyndatöku.[14,15] Í nýlegum klínískum leiðbeiningum Samtaka evrópskra hjartalækna (ESC) um meðferð á bráðu kransæðaheilkenni er mælt með segulómskoðun á öllum MINOCA-sjúklingum innan tveggja vikna frá því að einkenni hefjast.[16,17]

Vinstri slegils myndataka í kransæðaþræðingu er sjaldan gerð nema klínískur grunur sé um harmslegil. Við teljum að gagnlegt væri að taka vinstri slegilsmynd af öllum sem hafa STEMI / NSTEMI sem vinnugreiningu og reynast vera með eðlilegar kransæðar við kransæðamyndatöku ef engin skýring á einkennum þeirra liggur fyrir.[16]

Langtíma lyfjameðferð MINOCA-sjúklinga hefur lítið verið rannsökuð hingað til. Samkvæmt rannsóknum eru MINOCA-sjúklingar ólíklegri en sjúklingar með marktækar þrengingar til þess að vera meðhöndlaðir með viðeigandi lyfjameðferð samkvæmt klínískum leiðbeiningum um meðferð á sjúklingum með kransæðasjúkdóma.[18,19] Nýlega kom út rannsókn frá Svíþjóð sem veitti í fyrsta skipti innsýn inn í árangur af langtíma lyfjameðferð MINOCA-sjúklinga. Þetta var áhorfsrannsókn (*observational study*) þar sem 9466 sjúklingum var fylgt eftir og var markmiðið að kanna tengsl meðferðar með einstökum lyfjaflokkum við alvarlega hjartatengda atburði (*major cardiac adverse event*) við eftirfylgni. Eftirfylgnitíminn var að meðaltali 4,1 ár og 23,9% sjúklinga fengu alvarlega hjartatengda atburði á rannsóknartímabilinu. Áhættuhlutfallið (*hazard ratio*) var lægst fyrir meðferð með statínlyfi 0,77 (0,68-0,87) og ACE/ARB 0,82 (0,73-0,93). Betablokkarar tengdust einnig jákvæðri útkomu þó það reyndist tæplega tölfræðilega marktækt en áhættuhlutfallið var 0,86 (0,74-1,01). Blóðflöguhemjandi lyf reyndust ekki tengjast bættri útkomu með áhættuhlutfallið 0,90 (0,74-1,08). Frekari rannsóknir í nánustu framtíð eru nauðsynlegar til að renna stoðum undir þessar niðurstöður.[20]

Sýnt hefur verið fram á að hlutfall alvarlegra hjartatengdra atburða á fyrstu 12 mánuðum eftir þræðingu hjá MINOCA-sjúklingum er svipað og hjá sjúklingum með marktækar þrengingar í einni eða tveimur kransæðum.[21,22] Fjórðungur sjúklinganna finnur aftur fyrir brjóstverkjum á fyrstu 12 mánuðunum sem er einnig svipað hlutfall og hjá sjúklingum með marktækar þrengingar.[23]

Styrkleikar og takmarkanir

Þetta er í fyrsta sinn sem nýgengi, hlutfall og orsakir MINOCA eru rannsakaðar hér á landi. Rannsóknin nær til allra innlagna vegna bráðs kransæðaheilkennis á Landspítala á 5 ára tímabili, sem dregur úr valbjögun. Þá er styrkleiki að hafa aðgang að nákvæmum upplýsingum um áhættuþætti og meðferð þessara sjúklinga í gæðaskránni SCAAR.

Takmarkanir rannsóknarinnar eru nokkrar. Rannsóknin er afturskyggn og rannsóknarhópurinn lítill. Stór hluti sjúklinganna fór ekki í allar þær rannsóknir sem nauðsynlegar voru til að fá staðfesta greiningu á einkennum þeirra. Skilgreining MINOCA hafði ekki verið sett fram á því tímabili sem rannsóknin náði til og má búast við því að það hafi haft áhrif á klíníska uppvinnslu sjúklinganna. Fleiðurmyndun á yfirborði kransæðaskellu hafði mjög nýlega verið lýst sem orsök bráðra kransæðaheilkenna á rannsóknartímanum en á Landspítala er ekki til greiningaraðferð sem skilur á milli fleiðurmyndunar og skellurofs (*Optical Coherence Tomography*). Á hinn bóginn er þýði þessarar rannsóknar nokkuð vel skilgreint þar sem hún nær til allra þeirra sjúklinga sem teknir voru til bráðrar eða hálfbráðrar kransæðamyndatöku vegna gruns um brátt kransæðaheilkenni en reyndust við þá rannsókn hafa eðlilegar eða nær eðlilegar kransæðar sem ekki var talið að gæti skýrt sjúkdómseinkennin. Í þeirri viðleitni að meta hlutlægt undirliggjandi sjúkdóm hvers sjúklings var útbúið flæðirit sérstaklega fyrir þessa rannsókn. Þó verður ekki fullyrt að allir sjúklingar hafi fengið rétta greiningu með þessari aðferðafræði. Fyrirhugað er að nýta reynsluna sem fékkst af því að beita flæðiritinu í þessari rannsókn til þess að setja fram verklagsreglur um uppvinnslu MINOCA-sjúklinga á Landspítala í framtíðinni.

Lokaorð

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að MINOCA sé nokkuð algeng ástæða bráðra kransæðaheilkenna á Íslandi. Þetta er því hópur sjúklinga sem læknar mega búast við að sjá á komandi árum. Mismunagreiningar fyrir einkennum MINOCA-sjúklinga eru margar og því mikilvægt að komast að undirliggjandi orsökum hvers og eins sjúklings svo að meðferðin verði markvissari. Þörf er á frekari framskyggnum rannsóknum á þessu sviði til þess skilja betur orsakir og birtingamynd MINOCA og til að staðla uppvinnslu og gera greiningu á þessum sjúklingum skilvirkari. Einnig er þörf á frekari framskyggnum slembirannsóknum um meðferð MINOCA-sjúklinga til þess að hún verði markvissari og skilvirkari og horfur sjúklinga til lengri tíma batni.

Þakkir

Höfundar þakka starfsfólki hjartaþræðingarstofu og hjúkrunarfræðingum hjartadeildar fyrir gagnaskráningu í gæðaskrá SCAAR. Elíasi Sæbirni Eyþórssyni lækni er þakkað fyrir tölfræðiaðstoð. Sömuleiðis er þakkað fyrir aðstöðu við rannsóknina á rannsóknarstofnun í hjarta- og æðasjúkdómum við Landspítala og Háskóla Íslands. Rannsóknin var unnin sem BSc-verkefni við læknadeild HÍ.

Heimildir

1. Yeh RW, Sidney S, Chandra M, Sorel M, Selby JV, Go AS. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. N Engl J Med 2010; 362: 2155-65.
2. Eisen A, Giugliano RP, Braunwald E. Updates on Acute Coronary Syndrome: A Review. JAMA Cardiol 2016; 1: 718-30.
3. Þorgeirsson G, Guðbjartsson T. Kransæðabókin. Ísafoldarprentsmiðja, Reykjavík 2016.
4. Libby P, Pasterkamp G. Requiem for the 'vulnerable plaque'. Eur Heart J 2015; 36: 2984-7.
5. Saia F, Komukai K, Capodanno D, Sirbu V, Musumeci G, Boccuzzi G, et al. Eroded Versus Ruptured Plaques at the Culprit Site of STEMI: In Vivo Pathophysiological Features and Response to Primary PCI. JACC Cardiovasc Imaging 2015; 8: 566-75.
6. Pasupathy S, Tavella R, Beltrame JF. Myocardial Infarction With Nonobstructive Coronary Arteries (MINOCA): The Past, Present, and Future Management. Circulation 2017; 135: 1490-3.
7. Agewall S, Beltrame JF, Reynolds HR, Niessner A, Rosano G, Caforio AL, et al. ESC working group position paper on myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. Eur Heart J 2017; 38: 143-53.
8. Bairey Merz CN, Pepine CJ, Walsh MN, Fleg JL. Ischemia and No Obstructive Coronary Artery Disease (INOCA): Developing Evidence-Based Therapies and Research Agenda for the Next Decade. Circulation 2017;135: 1075-92.
9. Wang ZJ, Zhang LL, Elmariah S, Han HY, Zhou YJ. Prevalence and Prognosis of Nonobstructive Coronary Artery Disease in Patients Undergoing Coronary Angiography or Coronary Computed Tomography Angiography: A Meta-Analysis. Mayo Clin Proc 2017; 92: 329-46.
10. Andersson HB, Pedersen F, Engstrom T, Helqvist S, Jensen MK, Jorgensen E, et al. Long-term survival and causes of death in patients with ST-elevation acute coronary syndrome without obstructive coronary artery disease. Eur Heart J 2018; 39: 102-10.
11. Pasupathy S, Air T, Dreyer RP, Tavella R, Beltrame JF. Systematic review of patients presenting with suspected myocardial infarction and nonobstructive coronary arteries. Circulation 2015; 131: 861-70.
12. De Ferrari GM, Fox KA, White JA, Giugliano RP, Trococi P, Reynolds HR, et al. Outcomes among non-ST-segment elevation acute coronary syndromes patients with no angiographically obstructive coronary artery disease: observation from 37,101 patients. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care 2014; 3: 37-45.
13. Arnar DO. Hánæmt trópónín T– viðbót eða vandræði? Læknablaðið 2012; 98: 9.
14. Pathik B, Raman B, Mohd Amin NH, Mahadavan D, Rajendran S, McGavigan AD, et al. Troponin-positive chest pain with unobstructed coronary arteries: incremental diagnostic value of cardiovascular magnetic resonance imaging. Eur Heart J Cardiovasc Imaging 2016; 17: 1146-52
15. Emrich T, Emrich K, Abegunewardene N, Oberholzer K, Dueber C, Muenzel T, et al. Cardiac MR enables diagnosis in 90% of patients with acute chest pain, elevated biomarkers and unobstructed coronary arteries. Br J Radiol 2015; 88: 20150025.
16. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2018; 39: 119-77.
17. Agewall S, Beltrame JF, Reynolds HR, Niessner A, Rosano G, Caforio AL, et al. ESC working group position paper on myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. Eur Heart J 2017; 38: 143-53.
18. Pizzi C, Xhyheri B, Costa GM, Faustino M, Flacco ME, Gualano MR, et al. Nonobstructive Versus Obstructive Coronary Artery Disease in Acute Coronary Syndrome: A Meta-Analysis. J Am Heart Assoc 2016; 5.
19. Huang FY, Huang BT, Lv WY, Liu W, Peng Y, Xia TL, et al. The Prognosis of Patients With Nonobstructive Coronary Artery Disease Versus Normal Arteries Determined by Invasive Coronary Angiography or Computed Tomography Coronary Angiography: A Systematic Review. Medicine (Baltimore) 2016; 95: e3117.
20. Lindahl B, Baron T, Erlinge D, Hadziosmanovic N, Nordenskjold A, Gard A, et al. Medical Therapy for Secondary Prevention and Long-Term Outcome in Patients With Myocardial Infarction With Nonobstructive Coronary Artery Disease. Circulation 2017; 135: 1481-9.
21. Kang WY, Jeong MH, Ahn YK, Kim JH, Chae SC, Kim YJ, et al. Are patients with angiographically near-normal coronary arteries who present as acute myocardial infarction actually safe? Int J Cardiol 2011; 146: 207-12.
22. Niccoli G, Scalone G, Crea F. Acute myocardial infarction with no obstructive coronary atherosclerosis: mechanisms and management. Eur Heart J 2015; 36: 475-81.
23. Grodzinsky A, Arnold SV, Gosch K, Spertus JA, Foody JM, Beltrame J, et al. Angina Frequency After Acute Myocardial Infarction In Patients Without Obstructive Coronary Artery Disease. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes 2015; 1: 92-9.

ENGLISH SUMMARY

MINOCA in Iceland. Acute coronary syndrome in patients with normal or nonobstructive coronary arteries

Sævar Þór Vignisson[1], Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir[2], Þórarinn Guðnason[2], Ragnar Danielsen[1,2], Maríanna Garðarsdóttir[3], Karl Andersen[1,2]

Introduction: The classical pathophysiological process underlying acute coronary syndromes has been considered to be plaque rupture followed by platelet activation and aggregation and subsequent thrombus formation leading to myocardial ischemia and infarction. A substantial number of patients with acute coronary syndromes appear to have normal or near normal (<50% stenosis) coronary arteries on angiography. Recently, this clinical entity has been coined MINOCA (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries). The purpose of this paper is to describe the proportion of MINOCA among ACS patients in Iceland.

Material and methods: We performed a retrospective analysis of all admissions for acute coronary syndromes at Landspitali University Hospital, the single coronary catheterization facility in Iceland, during a five year period between 2012 and 2016. All patients admitted for STEMI or NSTEMI that turned out to have normal or near normal coronary arteries were consecutively included in the study. For each patient the diagnosis was re-evaluated according to further assessments using a diagnostic algorithm specially constructed for this study.

Results: During the five year study period 1708 patients were studied with coronary angiography during first hospitalization for STEMI or NSTEMI. Among these, 225 (13.2%) had normal or non-obstructive coronary arteries with less than 50% luminal narrowing. The final diagnosis of these patients were plaque erosion / rupture in 72 individuals (32%), myocarditis in 33 (14.7%), takotsubo cardiomyopathy in 28 (12.4%), type II myocardial infarction in 30 (13.3%), vasospastic angina in 31 (13.8%) and other or undetermined cause in 31 (13.8%) patients.

Conclusion: The proportion of MINOCA in Iceland is 13.2% of patients admitted for acute coronary syndromes. Plaque erosion / rupture was considered a likely cause in one third of patients with other causes beeing evenly distributed with approximately half that frequency. Identification of the underlying cause of MINOCA would become more accurate with a consistent use of cardiac magnetic resonance imaging in these patients as it provided a definitive diagnosis in all of those studied.

[1]School of Health Sciences, Department of Medicine, University of Iceland, [2]Department of Medicine, Division of Cardiology, Landspitalinn The National Unviversity Hospital of Iceland, [3]Department of Diagnostic medicine services, Division of Radiology, Landspitalinn The National Unviversity Hospital of Iceland, Reykjavík.

Key words: *MINOCA, myocardial infarction, acute coronary syndrome, plaque erosion, myocarditis, takotsubo cardiomyopathy.*

Correspondence: *Karl Andersen, andersen@landspitali.is*

efpia DISCLOSURE CODE

Gegnsæi og ábyrgð

Í lok júní munu aðildarfyrirtæki Frumtaka og EFPIA birta ársskýrslu með upplýsingum um tilteknar greiðslur vegna samstarfs við heilbrigðisstarfsfólk og heilbrigðisstofnanir sem inntar voru af hendi á síðasta ári. En hvers vegna?

Samstarf heilbrigðisstarfsfólks og lyfjafyrirtækja hefur haft jákvæð áhrif á þróun meðferða og lyfja. Þessir aðilar taka iðulega höndum saman við rannsóknir og fræðslu, til hagsbóta fyrir sjúklinga.

Með innleiðingu siðareglna hafa lyfjafyrirtækin og heilbrigðisstarfsfólk unnið að því að efla þær reglur sem samstarf þeirra byggist á. Almenningur á að geta treyst því að slíkt samstarf hafi ekki áhrif á klínískar ákvarðanir og að heilbrigðisstarfsfólk **ráðleggi, veiti eða kaupi viðeigandi meðferð og þjónustu sem byggist eingöngu á klínískum niðurstöðum og reynslu**.

Framkvæmdastjórn ESB hefur gefið út reglur um eflingu góðra stjórnunarhátta í lyfjaiðnaðinum sem allir hagsmunaaðilar samþykktu árið 2013. Þessar reglur gera ráð fyrir að **upplýsingar um tilteknar greiðslur verði gerðar opinberar**.

EFPIA, Frumtök og öll okkar aðildarfyrirtæki styðja þessar reglur um birtingu upplýsinga. Reglurnar kveða á um að öll aðildarfyrirtæki birti upplýsingar um greiðslur til heilbrigðisstarfsfólks og -stofnana. Þær greiðslur sem reglurnar ná til eru t.d. styrkir til heilbrigðisstofnana, ráðgjafagreiðslur fyrir fyrirlestra, ferða- og dvalarkostnaður og skráningargjöld á ráðstefnur. Þessar upplýsingar verða birtar á heimasíðu Frumtaka, www.frumtok.is

Markmiðið er að efla samstarf lyfjafyrirtækja og heilbrigðisstarfsfólks með því að gera það gegnsærra fyrir sjúklinga og aðra þá sem hagsmuna eiga að gæta. Við hlökkum til að vinna áfram að því að auka gæði meðferða, rannsókna og almennrar umönnunar sjúklinga.

Frekari upplýsingar og kynningarefni:
transparency.efpia.eu | pharmadisclosure.eu

FRUMTÖK
Samtök framleiðenda frumlyfja

Frumtök – samtök framleiðenda frumlyfja

Húsi atvinnulífsins,
Borgartúni 35, 105 Reykjavík
Sími 588 8955
www.frumtok.is
frumtok@frumtok.is

Þetta er ein þeirra greina sem Læknablaðið kallaði eftir í tilefni 100 ára afmælis Læknafélags Íslands.

Bót og betrun

Lækningar í Skriðuklaustri á fyrri hluta sextándu aldar



Steinunn Kristjánsdóttir

fornleifafræðingur við
Háskóla Íslands og Þjóðminjasafn Íslands

sjk@hi.is



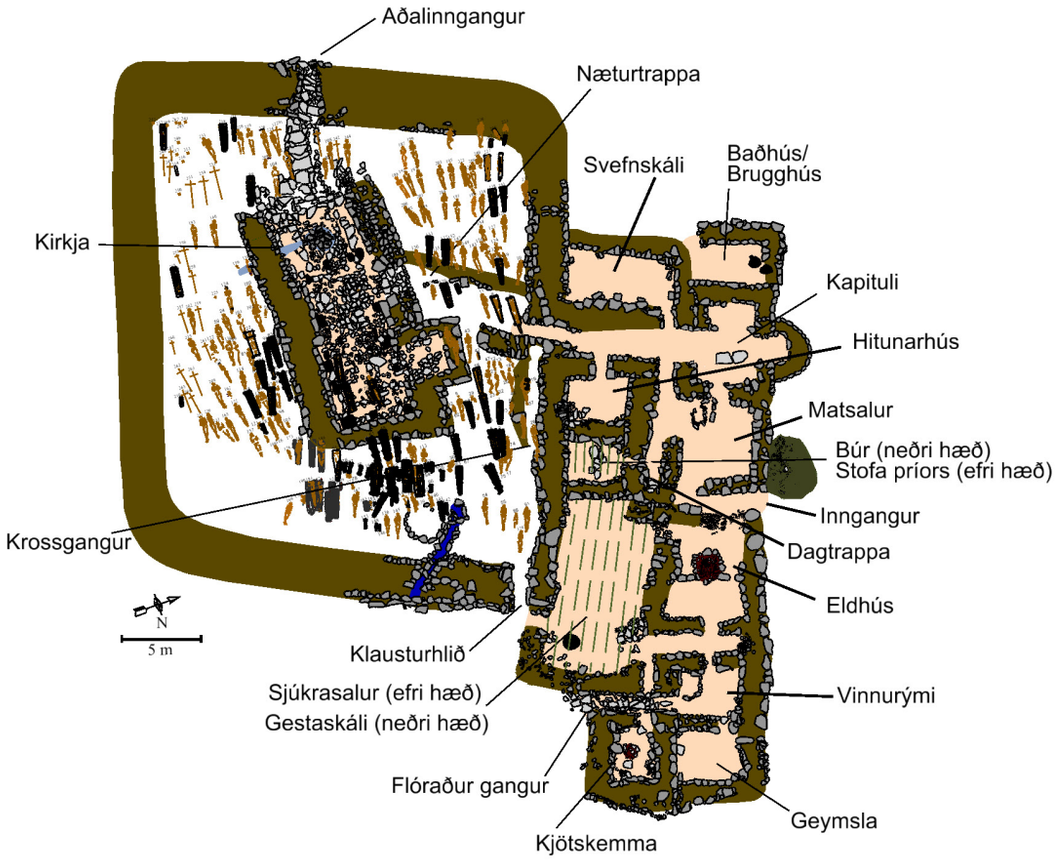
Mynd 1. *Líkneski af heilagri Barböru fannst við uppgröftinn. Það er aðeins 30 cm á hæð en hefur eigi að síður gegnt mikilvægu hlutverki í spítalahaldinu í klaustrinu. Hægt var að heita á það til að lækka sótthita. Líkneskið var illa brotið þegar það fannst en hefur nú verið límt saman. Ekki tókst þó að líma turninn á það en hann er helsta einkenni heilagrar Barböru. Líkneskið er nú varðveitt í Þjóðminjasafni Íslands. (Mynd: Jónas Hallgrímsson.)*

Inngangur

Fornleifarannsóknir leiddu nýverið í ljós að sérhæfður spítali var rekinn í klaustrinu á Skriðu í Fljótsdal á fyrri hluta 16. aldar. Skriðuklaustur var stofnað seint á 15. öld af einkaaðilum í samstarfi við Skálholtsbiskup eftir langvarandi hörmungar í landinu vegna náttúruhamfara og farsótta. Því var síðan lokað vegna siðaskiptanna eftir aðeins 6 áratuga rekstur. Á rekstrartíma þess voru 8 önnur klaustur starfandi í landinu en klausturstofnanir urðu alls 14 frá því fyrsta klaustrið var stofnað að Bæ í Borgarfirði árið 1030 þar til það síðasta, Skriðuklaustur, var stofnað árið 1493. Klaustrin náðu mörg – ekki öll – að festa sig í sessi eftir töluverða erfiðleika fyrstu aldirnar eftir kristnitöku og urðu ásamt biskupsstólunum að umsvifamestu kirkjulegu stofnunum í landinu fram til siðaskipta. Þau höfðu það hlutverk að þjóna almenningi með margvíslegum hætti og tóku að sér þurfamenn, það er sjúka, fátæka, heimilislausa og örvasa gamalmenni. Ráku sum þeirra spítala, eins og gert var á Skriðuklaustri.[1] Enn fremur gat almenningur allur, hvort sem það voru karlar, konur eða börn, kosið að flytjast í klaustrin án þess að taka vígslu og starfa fyrir þau í þágu almættisins og samfélagsins alls. Voru þeir kallaðir leikmenn til aðgreiningar frá hinum vígðu.

Klausturspítalinn á Skriðu

Skriðuklaustur var rekið í um 1500 fm stórri byggingu sem reist var á túnflöt í hvarfi frá bænum á Skriðu í Fljótsdal. Voru klausturhúsin að hluta til á tveimur hæðum. Heimakirkja var á staðn-



Mynd 2. *Uppdráttur af húsaskipan á Skriðuklaustri (mynd: Steinunn Kristjánsdóttir og Vala Gunnarsdóttir).*

um en önnur kirkja reist í klaustrinu, enda hlutverk þeirra afar ólík. Skóli var þar fyrir börn, bæði stúlkur og drengi, ef marka má heimild þess efnis í Fornbréfasafni Íslands.[2] Í sömu heimild kemur fram að klausturhúsunum hafi verið skipt í misheilög rými, sum opin öllum en önnur aðeins reglubræðunum sjálfum. Þessi skipting kom einnig fram þegar rústir klausturhúsanna voru grafnar upp en rýmin í þeim voru að minnsta kosti 13. Þau rými sem opin voru almenningi voru sjúkraskáli, gestaskáli, auk annarra veraldlegra rýma eins og til dæmis geymslur, eldhús, matsalur og búr. Reglubræðurnir höfðu hins vegar einir aðgang að innsta hluta kirkjunnar, eigin svefnskála, stofu príors og samtalsherbergi, svo eitthvað sé nefnt (mynd 2).[3]

Fram kemur í skjali um vígslu klausturkirkjugarðsins að klaustrið hafi átt að þjóna sem gististaður fyrir ferðamenn, eins og pílagríma og sjúka, og öðluðust þeir rétt til greftrunar í kirkjugarði þess ef þeir dóu meðan á dvölinni stóð þar.[4] Af uppgreftinum mátti sömuleiðis ráða að gistiskálinn hafi verið reistur fyrstur af öllum rýmum klaustursins en á efri hæð hans – sem var eins konar baðstofuloft – var lokaður sjúkraskáli. Þar bjuggu einnig gamalmenni og fátækir, auk sjúkra, sem áttu þar athvarf samkvæmt reglu Ágústínusar en Skriðuklaustur starfaði samkvæmt henni. Þá eru hér ótaldir fjölmargir leikmenn af báðum kynjum og á öllum aldri sem störfuðu við klaustrið og höfðust að líkindum við í gestaskálanum.

Uppgröftur á gröfum innan kirkjugarðsins á Skriðuklaustri sýndi alltént að þar voru bæði skjólstæðingar og leikmenn jarðaðir, rétt eins og reglubræðurnir sjálfir. Þannig var það alla jafna í klaustrum.[5] Af tæplega 300 gröfum sem grafnar voru upp þar voru um það bil 130 grafir leikmanna, 150 grafir sjúklinga og loks um 20 grafir vígðra. Kirkjugarðurinn var jafnframt deildaskiptur, samkvæmt áðurnefndri skiptingu. Þá vakti athygli að sjúklingar með samskonar kvilla og mein voru jarðaðir saman.

Ljóst þykir að Skriðuklaustur hafi fljótt vaxið til vegs og virðingar, ef horft er til þess fjölda fólks sem jarðaður var í kirkjugarði þess á aðeins 60 ára rekstrartíma þess. Eins átti klaustrið jarðir um allt Austurland og einnig í Suðursveit sem bendir sömuleiðis til þess að almenningur hafi borið traust til þess. Það færði því ýmsar verðmætar gjafir sem nýttar voru til að styrkja rekstur þess til frambúðar. Bókaeign þess var mikil, samanborið við bókasöfn í öðrum klaustrum. Ein stærsta bókagjöfin til

Skriðuklausturs kom frá einum af stofnendum þess, Halldóri ríka. Hann gaf því enn fremur umtalsvert af lausafé. Verðmæta gripi fékk það líka snemma að gjöf. Ein slíkra gjafa barst strax árið árið 1494 frá hjónum tengdum stofnandanum, Sesselju Þorsteinsdóttur, en í gjöfinni voru, fyrir utan þrjár jarðir, gylltar kertapípur, glóðarker, nisti og gullhringur.[4] Í gjafabréfinu, sem er í raun erfðaskrá hjónanna, er heitið á þetta nýja klaustur og heilaga Barböru vegna svarta dauða sem þá hafði gosið upp á ný í landinu, eftir tæplega aldarlangt hlé.[4] Líkneski af Barböru fannst síðan við uppgröftinn á rústum klaustursins en á hana mátti heita til varnar gegn sótthita (mynd 1). Hún hefur því gegnt mikilvægu hlutverki fyrir spítalann þar.[3]

Hvaða sjúkdómar hrjáðu fólk sem dó í spítalanum á Skriðuklaustri?

Svarti dauði kemur ítrekað fyrir í heimildum tengdum stofnun Skriðuklausturs en það kann að vera að þessi mannskæði sjúkdómur hafi ýtt á opnun klausturspítala fyrir austan. Það var einnig eftir langvarandi hörmungar af ýmsu tagi. Svarti dauði hefur raunar ekki verið greindur á mannabeinum úr kirkjugarði klaustursins enn sem komið er en aðeins er hægt að greina hann með DNA-greiningum og það hefur ekki verið gert ennþá. Sjúkdómar sem draga fólk til dauða á skömmum tíma, eins og svarti dauði gerði, skilja sjaldnast eða aldrei eftir sig sýnileg einkenni á beinum. Það gera aðeins sjúkdómar sem hrjá fólk í langan tíma.

Enda þótt svarti dauði hafi ekki verið greindur í beinagrindasafninu frá Skriðuklaustri má segja að flestir – ef ekki allir – þeir kvillar sem gengu meðal Evrópubúa hafi fundist þar. Um er að ræða smitsjúkdóma, jafnt sem meðfædda fötlun, áverka vegna áfalla, líkamsmeiðinga eða slysa. Þar á meðal má helst nefna sárasótt (bæði áunna og meðfædda), sullaveiki og berkla, einnig hörgulsjúkdóma eins og beinkröm og skyrbjúg. Líka krabbamein, klofinn góm og erfðasjúkdóminn Pagets. Þá eru áberandi alvarlega hamlandi beinbrot sem hafa valdið skerðingu á hreyfigetu eða lömun en einnig dauða. Í sumum tilvikum hafði slit í tönnum valdið alvarlegum sýkingum í gómi. Kona nokkur hafði látist vegna ítrekaðra höfuðhögga með eggvopni og önnur lifað lömuð upp að brjósti um nokkurt skeið. Ungur maður hafði lifað með brotin herðablöð í nokkra daga en látist síðan af völdum áverkanna (mynd 3). Unglingur með klofinn góm hafði búið við langvarandi barsmíðar til unglingsaldurs en fengið greftrun í kirkjugarði klaustursins (mynd 4). Hann hefur varla getað lifað af bernskuna án mikillar aðstoðar við að næra sig. Svona mætti lengi telja en öll hafa þau verið óvinnufær vegna veikinda sinna og því varla unnið fyrir vistinni í klaustrinu.[3,6-13]

Af beinagrindasafninu má ímynda sér að sárasóttin hafi leikið fólk verst en að minnsta kosti 19 beinagrindur báru skýr merki hennar, mörg hver langt gengin og alvarleg. Svo dæmi sé tekið var gat komið í höfuðkúpu ungrar konu sem var með áunna sárasótt en sárin (*caries sicca*) sem sóttin myndar á húð grafa sig smám saman inn í beinin ef ekkert er að gert (mynd 5). Þegar sjúkdómurinn nær þessu síðasta stigi sínu af fjórum koma oft í ljós fylgikvillar eins og geðveiki og hjartasjúkdómar. Önnur kona á þrítugsaldri hafði augljóslega verið þakin sárum og hrúðri áður en yfir lauk, en hægt er að lifa með sjúkdóminn í allt að 30 ár. Dæmi eru um meðfædda sárasótt í beinagrindasafninu en



Mynd 3. *Brotið herðablað úr beinagrind ungs manns sem jarðaður var í kirkjugarði Skriðuklausturs. (Mynd: Guðný Zoëga, úr gröf 43.)*



Mynd 4. *Dæmi um klofinn góm á beinagrind unglings. (Mynd: Guðný Zoëga, úr gröf 22.)*



Mynd 5. *Gat hafði komið í höfuðkúpu ungrar konu sem var með áunna sárasótt en sárin sem henni fylgja geta étið sig í gegnum húð og inn í bein. Þegar talað er um áunna sárasótt er átt við smit við kynmök. Þegar barn fæðist með sárasótt er hins vegar talað um meðfædda sárasótt. Hægt er að greina þarna á milli af því að smit í móðurkviði kemur síðar fram á tönnum hinna sárasóttarsjúku en þær verða skörðóttar. (Mynd: Steinunn Kristjánsdóttir, úr gröf 29.)*



Mynd 6. *Ein sullblaðran mældist 17 cm í þvermál (mynd: Lilja Laufey Davíðsdóttir, úr gröf 126.)*

þá smitast sjúkdómurinn í móðurkviði. Sjúkdómurinn smitast annars við kynmök.[14]

Alvarleg dæmi um sullaveiki fundust einnig. Sullaveiki kallast það þegar ákveðin tegund af ormi (*echinococcus granulosus*) tekur sér bólfestu í líffærum fólks og býr þar til blöðru sem kallast sullur. Hægt er að ganga lengi með sull án einkenna en ormurinn fer fljótt að ganga á orku sjúklingsins. Kona sem lést á miðjum aldri eftir vist í Skriðuklaustri gekk með svo stóra sullblöðru í kviðarholi að hryggjarsúla hennar hafði skekkst. Sullblaðran hafði síðan kalkgerst í moldinni en hún mældist þá að minnsta kosti 17 cm í þvermál (mynd 6). Það var ekki allt, því konan var líka með sárasótt. Önnur miðaldra kona gekk með sömu sjúkdóma en það var hún sem einnig var lömuð upp að brjósti.[3,15]

Það er greinilegt að í mörg horn var að líta í klaustrinu á Skriðu. Lífsgæði þeirra heilsulausu sem leituðu sér hjálpar þar voru þó vafalítið meiri en heimafyrir hjá fjölskyldu og ættingjum. Þar var svo ótal margt í boði til að lina þjáningar, líkna og jafnvel lækna. Allténtt mátti skýrt greina gróanda á sumum beinum þar sem sárasóttin hafði étið sig inn.[12] Einnig fundust mörg dæmi um gróin beinbrot og sjá mátti að búið var um sum þeirra, eins og til dæmis lærbrot þar sem stúfarnir höfðu gengið til.[16,17] Þá skipti trúin örugglega miklu og þeir helgu menn og konur sem hægt var að heita á til betra lífs.

Hvað var í boði?

Það kom á óvart hversu mikið var hægt að gera fyrir hina veiku sem leituðu til bræðranna á Skriðu, jafnvel fyrir alvarlega veika og rúmfasta. Samkvæmt Ágústínusarreglunni skipti matur miklu máli í bataferlinu en sjá mátti á hvers kyns matarleifum úr uppgreftinum að í Skriðuklaustri var fjölbreyttara og betra fæði í boði en almennt gerðist og gekk. Þar voru kjöt, fiskur, ferskt grænmeti og innflutt epli í boði en samkvæmt reglunni þurftu hinir sjúku ekki að fasta á mat, eins og aðrir – vígðir og óvígðir – í klaustrinu.[3] Þá mátti baða sjúka en böð voru að öðru leyti ekki stunduð nema til hreinsunar á sál og þá aðeins með vígðu vatni.[18]

Hér eru ótalin lyfjagrösin, læknisáhöldin og líkneskið af heilagri Barböru sem heita mátti á til að lækka sótthita eða sporna gegn því að smitast af svarta dauða eins og hjónin sem nefnd eru hér að framan gerðu í erfðaskrá sinni árið 1494. Leifar alls þessa lágu grafin í rústum Skriðuklausturs. Frjókorn og fræ fundust af þremur ólíkum lækningaplöntum, þar af einni innfluttri. Það er brenninetla en hinar þekktu eru villilaukur og græðisúra.[19] Græðisúra er til víða um land en ekki er útilokað að villilaukurinn hafi komið frá Bæ í Borgarfirði þar sem klaustur var fyrst stofnað í landinu. Þar vex hann enn, en hvergi annars staðar á landinu. Líkneskið af heilagri Barböru var flutt inn alla leið frá Hollandi, svo til nýtt, steypt úr terracotta-leir.[3] Þá fundust í rústum klaustursins að minnsta kosti 18 áhöld til lækninga, eins og til dæmis nálar og hnífar, auk tveggja lyfjaglasa. Hnífarnir voru væntanlega einna helst notaðir til þess að taka fólki blóð en það var vel þekkt aðferð sem notuð var jafnt til heilsubótar og lækninga (mynd 7). Vel má hins vegar vera að lyf hafi verið flutt inn í lyfjaglösunum en bæði komu þau erlendis frá.[3]

Merkilegast er þó að kvikasilfur hafi að öllum líkindum verið notað til lækninga í Skriðuklaustri, rétt eins og öðrum klausturspítölum í Evrópu. Var það greint með efnagreiningu í beinum sjúkra þaðan, einkum þá þeirra sem þjáðust af sárasótt. Kvikasilfrið hefur sennilega verið borið útvortis á sár þeirra og jafnvel líka til inntöku. Efnið var notað um aldir til lækninga og virkaði vel.[20-23] Það er vel hugsanlegt að sárasóttarsjúklingarnir sem báru merki gróanda og bata í sárum á höfuðkúpu hafi einmitt verið meðhöndlaðir með þessu baneitraða efni. Ekki má nefnilega gleyma því að áhrifaríkt lyf, eins og við krabbameini, geta verið mjög eitruð. Allt hefur því verið reynt til að lækna og bjarga mannslífum, þá sem nú. Þá hefur umönnunin og líknin ekki síður en nærveran við almættið eða böð úr vígðu vatni skipt miklu fyrir hina mest þjáðu og deyjandi. Allt sem var í boði í

Skriðuklaustri var þeim vafalaust bót á tímum þegar litið var svo á að hvers kyns veikindi væru til komin vegna synda mannkyns.

Lokaorð

Af minjum klaustursins sem grafnar voru upp á árunum 2002-2012 má ráða að þeir sem stóðu fyrir lækningum í Skriðuklaustri hafi ekki verið eftirbátar samstarfsmanna sinna í öðrum spítalaklaustrum í Evrópu. Aðferðir þar til lækninga voru þær sömu og stundaðar voru ytra. Notast var við heimagerð lyf sem unnin voru úr innfluttum plöntum en líka innflutt meðal eins og kvikasilfur. Þetta var vafalaust það besta sem völ var á.

Í Jónsbók er kveðið á um að hreppar og ættingjar ættu að sinna þurfamönnum en það voru sjúkir, fátækir, heimilislausir og örvasa.[14] Vegna þessa ákvæðis hefur meginskoðun meðal íslenskra fræðimanna verið sú að klaustrin hafi ekki sinnt þessum málaflokki. Til stuðnings hefur verið bent á skort á rituðum heimildum um beina þátttöku klaustranna í þurfamannahjálp hérlendis.[25-27] Skortur á rituðum heimildum getur þó varla verið staðfesting á því. Uppgröfturinn á Skriðuklaustri sýndi að minnsta kosti, svo ekki verður um villst, að þar var fólki í neyð hjálpað. Engar beinar ritaðar heimildir eru samt til varðveittar um að þurfamenn hafi leitað þangað, eins og til dæmis samningur um vist sjúkra eða umönnun örvasa fólks. Vissulega getur reynst örðugt að greina bein fátækra eða heimilislausra úr beinagrindasöfnum, með eins óyggjandi hætti og bein sjúkra og örvasa. Afar ólíklegt er aftur á móti að sumum nauðstöddum hafi verið neitað um vist, á meðan tekið var við öðrum óvinnufærum vegna sjúkdóma eða örkumla. Þá má ekki horfa fram hjá því sem stóð í reglum klaustranna, eins og til dæmis reglum Ágústínusar sem Skriðuklaustur fylgdi, að þeim bæri að taka við öllum þurfandi þegnum samfélagsins og gera engan greinarmun þar á.[18] Þá eru vísbendingarnar í raun margar aðrar, eins og líkneskið af heilagri Barböru og sérákvæði í samningum um greftrun þeirra sem dóu af sótt í klaustrinu. Frá hinum klaustrunum á Íslandi eru og til varðveittir samningar um vist heilsulausra í þeim og líka talað um gjafir til fátækrahjálpar á vegum klaustranna.[4]

Það má þannig ljóst vera að tvöfalt heilsuverndarkerfi hafi verið rekið í landinu á miðöldum, rétt eins og víðast var gert meðal kaþólskra í Evrópu. Veraldleg yfirvöld hvöttu landsmenn augljóslega til þess að sinna þurfandi ættingjum að því marki sem kostur var á en klaustrin tóku á hinn bóginn við þeim allra verst settu. Þetta er ekki ólíkt því sem tíðkast í samfélögum nútímans. Ættingjar reyna af fremsta megni að aðstoða veik skyldmenni sín en þegar aðstæður leyfa það ekki lengur, er leitað sérhæfðrar aðstoðar á spítölum, líknardeildum og heimilum fyrir aldraða. Þessi mikilvæga viðbót sem í boði var á kaþólskum tíma hérlendis hvarf við siðaskiptin og lokun klaustranna. Aldir liðu síðan þar til aðstæður þurfamanna breyttust aftur til hins betra.



Mynd 7. *Hnífur til að taka fólki blóð, fundinn í rústum Skriðuklausturs. Það var gert til lækninga og almennrar heilsubótar. Eins var blóðtaka talin vera áhrifarík leið til að hreinsa sig af syndum (mynd: Giuseppi Venturini, nr. 2003-36-498).*

Heimildir

1. Kristjánsdóttir S. Leitin að klaustrunum. Sögufélag/Þjóðminjasafn, Reykjavík 2017.
2. Diplomatarium Islandicum IX/Íslenzkt fornbréfasafn. Hið íslenska bókmenntafélag, Reykjavík 1909-1913: 245.
3. Kristjánsdóttir S. Sagan af klaustrinu á Skriðu. Sögufélag, Reykjavík 2012.
4. Diplomatarium Islandicum VII/Íslenzkt fornbréfasafn. Hið íslenska bókmenntafélag, Reykjavík 1909-1913. 309-10.
5. Gilchrist R, Sloane B. Requiem. The Medieval Monastic Cemetery in Britain. Museum of London Archaeological Service, London 2005: 63; 205-6.
6. Zoëga G. Fornmeinafræðileg rannsókn á fimm beinagrindum úr klausturgarðinum á Skriðu. No. 23, 29, 30, 33 og 43' (report, 2007). Byggðasafn Skagfirðinga, Sauðárkrókur.
7. Pacciani E. Anthropological description of skeletons from graves no. 4, 62, 63, 65, 66, 67 and 68 at Skriðuklaustur Friary (report, 2006). Skriðuklaustursrannsóknir, Reykjavík.
8. Pacciani E. Anthropological description of skeletons from graves no. 5, 17, 27, 34, 54, 74, 75 and 80 at Skriðuklaustur Friary (report, 2008). Skriðuklaustursrannsóknir, Reykjavík.
9. Pacciani E. Anthropological description of skeletons from graves no. 83, 84, 85, 87, 88, 95, 96, 97 and 99 at Skriðuklaustur Friary (report, 2009). Skriðuklaustursrannsóknir, Reykjavík.
10. Pacciani E. Anthropological description of skeletons from graves no. 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 141, 142, 143, 145 and 146, at Skriðuklaustur Friary (report, 2010). Skriðuklaustursrannsóknir, Reykjavík.
11. Collins C. An Osteological Analysis of the Human Remains from the 2009 Excavation Season at Skriðuklaustur, East Iceland (report 2010). Skriðuklaustursrannsóknir, Reykjavík.
12. Collins C. An Osteological Analysis of the Human Remains from the 2010 Excavation Season at Skriðuklaustur, East Iceland (report 2011). Skriðuklaustursrannsóknir, Reykjavík.
13. Sundman EA. Osteological Analysis of the Human Remains – Skriðuklaustur 2011 (report, 2011). Skriðuklaustursrannsóknir, Reykjavík.
14. Kristjánsdóttir S. Poisoned Arrows of Amor. Scand J History 2011; 36: 406-18.
15. Kristjánsdóttir S, Collins C. Cases of Hydatid Disease in Medieval Iceland. Int J Osteoarchaeology 2011; 21: 479-86.
16. Pacciani E. Anthropological description of skeletons from graves no. 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 141, 142, 143, 145 and 146, at Skriðuklaustur Friary (report, 2010): 23-30. Skriðuklaustursrannsóknir, Reykjavík.
17. Sundman EA. Osteological Analysis of the Human Remains – Skriðuklaustur 2011 (report, 2011): 24, 50, 66-151. Skriðuklaustursrannsóknir, Reykjavík.
18. Ágústínusarreglur. Í fylgiriti Múlaþings 33 í þýðingu Vilborgar Auðar Ísleifsdóttur (2006): 114-20.
19. Kristjánsdóttir S, Larsson I, Åsen PA. The Icelandic Medieval Monastic Garden – Did it Exist? Scand J History 2014; 39: 560-79.
20. Walser JW, Kristjánsdóttir S, Gowland R, Desnica N. Mercurial Medicine: Investigating the use of mercury as a treatment for syphilis in medieval Iceland. Int J Osteoarchaeology (in print).
21. Rasmussen KL, Skytte L, Ramseyer N, Boldsen JL. Mercury in soil surrounding medieval human skeletons. Heritage Sci 2013; 1: 16.
22. Rasmussen KL, Skytte L, Pilekær C, Lauritsen A, Boldsen JL, Leth PM, et al. The distribution of mercury and other trace elements in the bones of two human individuals from medieval Denmark – the chemical life history hypothesis. Heritage Sci 2013; 1: 10.
23. Rasmussen K, Skytte L, Jensen A, Boldsen J. Comparison of mercury and lead levels in the bones of rural and urban populations in Southern Denmark and Northern Germany during the Middle Ages. J Archaeol Sci Rep 2015; 3: 358-70.
24. Ólafsson D, Jónsson M, Magnússon SG (ritstj.). Jónsbók. Háskólaútgáfan, Reykjavík 2004.
25. Þorláksson H. Frá kirkjuvaldi til ríkisvalds. Saga Íslands VI. Hið íslenska bókmenntafélag, Reykjavík 2003: 124-41.
26. Guttormsson L, Kjartansson HS. Siðaskiptin og fátækraframfærslan. Athugasemdir í tilefni af nýlegum útleggingum. SAGA 2014; LII (1): 119-43.
27. Guðmundsson GJ. „Item fatige folck ... j vett smor". Nokkur álitamál varðandi fátækrahjálp eftir siðaskipti. SAGA 2017; LV(2): 177-86.

Ritrýnar Læknablaðsins 2014-2017

Læknablaðið biður að jafnaði tvo til þrjá ritrýna að rýna allt fræðilegt efni blaðsins og hér er listi yfir þá sem þetta gerðu á árum 2014-2017.

Ritrýnar eru ótrúlega liprir í sínum störfum, vinna hratt og fumlaust, ónafngreindir og ólaunaðir með öllu. Þeirra einu laun og vegsemd er að hafa stuðlað að betri framsetningu efnis, skilmerkilegri röksemdafærslu og meiri nákvæmni fræðiefnis í blaðinu, og það er ekki svo lítið. Margir þeirra hafa ritrýnt nokkrar greinar fyrir blaðið á þessum fjórum árum.

Án ritrýna væri ekkert fræðiefni í blaðinu, þess vegna á Læknablaðið allt undir læknum sem gefa sér tíma til að fara yfir greinar kolleganna og meta þær samkvæmt leiðbeiningum blaðsins sem byggja á alþjóðlega viðurkenndum reglum um ritrýnt efni.

Blaðið færir ritrýnum bestu þakkir fyrir þeirra framlag til íslenskrar læknisfræði og vísinda.

Aðalsteinn Arnarson
Aðalsteinn Guðmundsson
Albert Páll Sigurðsson
Alexander Smárason
Alfreð Harðarson
Andrés Magnússon
Anna Gunnarsdóttir
Anna Kristín Newton
Anna Sigríður Ólafsdóttir
Anna Stefánsdóttir
Ari Jóhannesson
Arnar Geirsson
Arnar Guðjónsson
Atli Eyjólfsson
Axel F. Sigurðsson
Ágústa Andrésdóttir
Árni Geir Jónsson
Árni Kristjánsson
Ásbjörn Jónsson
Ásgeir Thoroddsen
Ástráður B. Hreiðarsson
Ástríður Stefánsdóttir
Berglind Guðmundsdóttir
Berglind Libungen
Bergljót Kristjánsdóttir
Bergur Stefánsson
Bergþór Björnsson
Bertrand Lauth
Birgir Jóhannsson
Bjarni Össurarson
Björn Guðbjörnsson
Björn Rúnar Lúðvíksson
Björn Magnússon
Björn Pétur Sigurðsson
Björn Logi Þórarinsson
Bolli Þórsson
Bryndís Sigurðardóttir
Brynja B. Magnúsdóttir
Brynjólfur Mogensen
Curtis Snook
Dagbjörg Sigurðardóttir
Davíð Þór Þorsteinsson
Dóra Lúðvíksdóttir
Eggert Gunnarsson
Einar S. Björnsson
Einar Hjaltested
Elías Ólafsson
Elín Hanna Laxdal
Elsa B. Valsdóttir
Emil Sigurðsson
Engilbert Sigurðsson
Erik Eriksson
Erla Björnsdóttir
Erla Gerður Sveinsdóttir
Erlingur Jóhannsson
Eyþór Örn Jónsson
Freydís Jóna Freysteinsdóttir
Fritz Berndsen
Gauti Laxdal
Geir Tryggvason
Gísli H. Sigurðsson
Grétar Róbertsson
Guðjón Kristjánsson
Guðmundur Daníelsson
Guðmundur Klemenzson
Guðmundur Þorgeirsson
Guðni A. Guðnason
Guðný Lilja Oddsdóttir
Guðrún Dóra Bjarnadóttir
Guðrún Björk Reynisdóttir
Gunnar Guðmundsson
Gunnar B. Gunnarsson
Gunnar Þór Gunnarsson
Gunnar Mýrdal
Gunnar Sigurðsson
Gylfi Óskarsson
Hafliði Hafliðason
Hafrún Kristjánsdóttir
Halla Viðarsdóttir
Halldór Jónsson jr.
Halldóra Jónsdóttir
Hannes Hjartarson
Hannes Petersen
Hans Tómas Björnsson
Haraldur Briem
Haraldur Sigurðsson
Helga Hansdóttir
Helga Jónsdóttir
Helga Medek
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir
Helga Margrét Skúladóttir
Helgi Birgisson
Helgi Tómasson
Hjalti Már Björnsson
Hjalti Már Þórisson
Hjörtur Gíslason
Hlynur Níels Grímsson
Hrefna Guðmundsdóttir
Hrólfur Brynjarsson
Hrönn Harðardóttir
Hulda Einarsdóttir
Hulda Brá Magnadóttir
Hörður Björnsson
Inga Sif Ólafsdóttir
Inga Sigurrós Þráinsdóttir
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Ingibjörg Hilmarsdóttir
Ingólfur Einarsson
Ingunn Hansdóttir
Ingvar H. Ólafsson
Jóhann Ragnar Guðmundsson
Jóhanna E. Torfadóttir
Jóhannes Björnsson
Jón Skúli Indriðason
Jón Jóhannes Jónsson
Jón Eyjólfur Jónsson
Jón Steinar Jónsson
Jón Örvar Kristinsson
Jón Hjaltalín Ólafsson
Jón Friðrik Sigurðsson
Jóna Freysdóttir
Jórunn Atladóttir
Karl Andersen
Karl Kristjánsson
Karl Logason
Katrín Halldórsdóttir
Kjartan Örvar
Kolbeinn Guðmundsson
Kolbrún Einarsdóttir
Kristín Huld Haraldsdóttir
Kristín Ólafsdóttir
Kristín Sigurðardóttir
Kristinn Sigvaldason
Kristinn Örn Sverrisson
Kristinn Tómasson
Kristján G. Guðmundsson
Kristján Guðmundsson
Kristján Orri Helgason
Kristjana Einarsdóttir
Lárus S. Guðmundsson
Laufey Steingrímsdóttir
Lúther Sigurðsson
Magnús Blöndahl
Magnús Haraldsson
Magnús Jónasson
Magnús Karl Magnússon
Már Kristjánsson
Margrét Ólafía Tómasdóttir
María Soffía Gottfreðsdóttir
María Gunnbjörnsdóttir
Martin Sigurðsson
Michael Clausen
Ófeigur B. Þorgeirsson
Ólafur Baldursson
Ólafur Guðlaugsson
Ólafur Ó. Guðmundsson
Ólafur Skúli Indriðason
Ólafur Samúelsson
Ólafur E. Sigurjónsson
Ólafur Sveinsson
Óttar Bergmann
Páll Ingvarsson
Pálmi V. Jónsson
Pétur Gunnarsson
Pétur S. Gunnarsson
Pétur B. Júlíusson
Rafn Benediktsson
Ragnar Bjarnason
Ragnar Danielsen
Ragnar Freyr Ingvarsson
Ragnar Pétur Ólafsson
Ragnheiður Inga Bjarnadóttir
Runólfur Pálsson
Sif Hansdóttir
Sif Ormarsdóttir
Sigfríður Inga Karlsdóttir
Sigrún Hjartardóttir
Sigurbergur Kárason
Sigurbjörn Árni Arngrímsson
Sigurður Blöndal
Sigurður Yngvi Kristinsson
Sigurður Júlíusson
Sigurður E. Marelsson
Sigurður Páll Pálsson
Sigurður Stefánsson
Sigurveig Þ. Sigurðardóttir
Snjólaug Sveinsdóttir
Sólrún Jónsdóttir
Sólrún Melkorka Maggadóttir
Stefán E. Matthíasson
Stefán Yngvason
Steinn Steingrímsson
Steinunn Arnardóttir
Sæmundur Oddsson
Theodór Skúli Ásgeirsson
Thor Aspelund
Torfi Tulinius
Tómas Þór Ágústsson
Tryggvi Þór Egilsson
Tryggvi Helgason
Tryggvi B. Stefánsson
Uggi Agnarsson
Urður Njarðvík
Úlfur Agnarsson
Valgerður Rúnarsdóttir
Viðar Magnússon
Vilhjálmur Svansson
Þorgeir Gestsson
Þorsteinn Gunnarsson
Þóra Steingrímsdóttir
Þórarinn Guðnason
Þórarinn Sveinsson
Þórður Þórkelsson
Þórhallur Ágústsson
Þórhallur Ásgeirsson
Þórhildur Kristinsdóttir
Örvar Gunnarsson



KYNNTU ÞÉR RÉTTINDI ÞÍN

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna

Fjölskyldu- og styrktarsjóður LÍ (FOSL) var stofnaður árið 2001. Upphaflegi tilgangur sjóðsins var að greiða fæðingarstyrki en í dag greiðir hann marga mikilvæga styrki m.a. vegna tekjumissis í tengslum við veikindi, útfararstyrki og fæðingarstyrki.

STYRKIR SJÓÐSINS ERU:

- **FÆÐINGARSTYRKUR**
- **VEIKINDASTYRKUR**
- **ENDURHÆFINGARSTYRKUR**
- **GLASAFRJÓVGUNARSTYRKUR**
- **STYRKUR FYRIR HEYRNARTÆKI**
- **STYRKUR FYRIR SÁLFRÆÐIAÐSTOÐ**
- **ÚTFARARSTYRKUR**
- **EINGREIÐSLUSTYRKUR**

Læknar sem starfa hjá hinu opinbera eiga rétt á styrk úr sjóðnum en þeir sem stunda sjálfstæðan rekstur verða að velja sjálfir að sækja um aðild að FOSL á vefsíðu Læknafélagsins.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

www.lis.is



Guðrún Ása Björnsdóttir

formaður Félags almennra lækna, FAL

gudrunasa@gmail.com

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

Sérnám lækna og sérfræðileyfisveitingar á Íslandi

Framhaldsmenntun lækna er vanræktur þáttur í íslensku heilbrigðiskerfi. Hvort sem litið er á sérnám eða símenntun. Á næstu árum mun breytt aldurssamsetning þjóðarinnar krefjast umtalsverðra breytinga á því hvernig við skipuleggjum og veitum heilbrigðisþjónustu. Það sama á við um þjálfun lækna. Nágrannalönd okkar eru nú þegar farin að búa í haginn. Við verðum að gera slíkt hið sama og ekki má gleymast að vísindi, menntun og gæði haldast þétt í hendur.

Vandinn

Í desember 2017 hætti landlæknir að veita íslensk sérfræðileyfi í öllum sérgreinum nema heimilislækningum og geðlækningum. Ástæðan er sú að ESA barst kæra sem varðar sérfræðileyfisveitingar á Íslandi og gaf út álit þess efnis að Íslandi væri ekki heimilt að veita sérfræðileyfi sem gilda á EES í öðrum greinum en ofangreindum. Gerir ESA alvarlega athugasemd við það að Ísland hafi verið að veita sérfræðileyfi út á nám sem ekki var formlega skipulagt hér á landi og þannig ekki fylgt þeim samningum sem Ísland er aðili að í gegnum EES. Nánar tiltekið tilskipun nr. 2005/36/EB um viðurkenningu á faglegri menntun og hæfi.

Núna er aðeins formlega skipulagt fullt sérnám í heimilislækningum og geðlækningum á Íslandi. Búið er að meta og samþykkja fyrri hluta sérnáms í nokkrum sérgreinum en margir almennir læknar eru starfandi í ósamþykktum námsstöðum. Engin trygging er fyrir því að nám á Íslandi sé metið erlendis. Margir sérnámslæknar sem farnir eru af landi brott hafa gert ráð fyrir því í sínu ráðningarferli að geta sótt um íslenskt sérfræðileyfi sem ekki er lengur hægt.

Flestir íslenskir sérnámslæknar eru því í vanda. Raunveruleg hætta er á að missa þá úr landi og að þeir sem lokið hafa sínu sérnámi erlendis skili sér ekki heim.

Sagan

Skipulagt sérnám hefur verið til staðar hér á landi í mörg ár þó að það hafi ekki alltaf verið formlegt. Sérnámslæknar á Íslandi eru almennt ánægðir með sín námstækifæri sem fer fjölgandi með hverju árinu. Fer það eftir heilbrigðisstofnunum hve mikið sérnám og hvaða sérnám þær geta veitt. Heilbrigðiskerfið þarf á sérnámslæknum að halda til að halda uppi almennri deildarvinnu, kennslu, vísindastörfum og svo mætti lengi telja. Læknisfræðin býður alltaf upp á nám og störf erlendis og mun það ekki breytast þó sérnám á Íslandi verði eflt. Ekki má skerða valfrelsi lækna.

Íslenskt sérnám

Tilskipunin frá 2005 tekur til lágmarks tímalengdar sérnáms, kallar á formlega skipulagt sérnám án þess að skilgreina hvað eigi að felast í marklýsingu (*curriculum*) en leggur áherslu á að kennslustofnanir séu vel skilgreindar og formlega metnar. Þarf íslenskt sérnám því að uppfylla eftirfarandi þrjá þætti:

- Fara eftir samþykktri íslenskri marklýsingu.
- Fara fram á samþykktri kennslustofnun (innlendri eða erlendri).
- Vottað af mats- og hæfisnefnd heilbrigðisráðherra.

Efla þarf sérnám á Íslandi í öllum sérgreinum sem hægt er skipuleggja út frá íslenskum heilbrigðisstofnunum. Útbúa þarf marklýsingar fyrir allt nám sem fer fram hér á landi. Innan marklýsingar getur meðal annars verið skilgreindur tími til rannsókna, annað sérnám og tími erlendis. Skipuleggja þarf fullt nám þar sem hægt er. Annars bjóða upp á hlutanám sem raunhæft er að fá metið til erlends sérfræðileyfis.

Næstu skref

Til að bregðast við framtíðaráskorunum heilbrigðiskerfisins verður Ísland að veita öflugt sérnám með áherslu á breiða menntun og þjálfun ásamt því að hlúa að vísindastarfi. Sérnám þarf að skipuleggja út frá heilbrigðiskerfi hvers lands, heilbrigðisstofnunum sem sérnám fer fram á og faglegum þáttum.

Stjórn FAL hefur með stuðningi Læknafélags Íslands unnið að því að greina vandann og leggja fram tillögu að lausn til skemmri og lengri tíma. Hefur þessi tillaga verið kynnt heilbrigðisráðherra, nýjum landlækni og þeim sem bera mesta ábyrgð á framhaldsmenntun lækna. Tillagan felur í sér leið til að gera landlæknisembættinu kleift að halda strax áfram að veita íslensk sérfræðileyfi og gefa kerfinu lengri tíma til að bregðast við þeim breytingum sem þurfa að eiga sér stað. Efla þarf alla aðila sem koma að framhaldsnámi lækna og veita fjármagn til uppbyggingar.

Markmiðið er áframhaldandi veiting íslenskra sérfræðileyfa um ókomna tíð sem Íslendingar geta verið stoltir af og notað á EES-svæðinu. Á aldarafmæli fullveldis Íslands og Læknafélags Íslands verðum við að líta raunsæjum en bjartsýnum augum til framtíðar. Stöndum keik frammi fyrir því göfuga verkefni að efla og bæta framhaldsmenntun 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.

„Sé ekki að þetta litla land þurfi á sérhæfðum einkaspítala að halda“

– segir nýr landlæknir, Alma Möller

Hávar Sigurjónsson

Alma D. Möller var skipuð í embætti landlæknis frá 1. apríl. Hún veitir viðtal fúslega en segist þó enn vera að komast inn í starfið, kynnast starfsfólki embættisins og átta sig á umfanginu. Hún er blátt áfram og hreinskilin, kveðst auðmjúk fyrir því stóra verkefni sem bíður hennar en þó er augljóst af öllu fasi hennar að ákveðni og einbeitni eru meðal hennar helstu kosta. Um hæfni hennar til að gegna embættinu efast enginn og hún kveðst ekki hafa fundið fyrir öðru en velvilja frá því hún tók við starfinu.

Alma er með sérfræðiviðurkenningu og doktorsgráðu í svæfinga- og gjörgæslulækningum, meistarapróf í stjórnun heilbrigðisþjónustu og lýðheilsu og sérfræðiviðurkenningu í heilbrigðisstjórnun. Hún hefur frá árinu 2014 verið framkvæmdastjóri aðgerðasviðs Landspítala og um árabil var hún yfirlæknir á svæfinga- og gjörgæsludeildum Landspítala í Fossvogi og við Hringbraut. Á árunum 1993-2002 starfaði Alma við Háskólasjúkrahúsið í Lundi í Svíþjóð og gegndi þar stjórnunarstörfum á svæfingadeildum og starfaði sem sérfræðingur á gjörgæsludeildum, meðal annars barnagjörgæslu við sjúkrahúsið. Hún stundar núna nám í opinberri stjórnsýslu við Háskóla Íslands.

Þú ert fyrsta konan sem gegnir embætti landlæknis. Skiptir það þig máli?

„Ef þú hefðir spurt mig fyrir ári síðan hefði ég líklega svarað þessu neitandi. En síðan hefur ýmislegt gerst og #metoo byltingin hefur breytt viðhorfi mínu. Sjálf hef ég aldrei þurft að gjalda fyrir það að vera kona og fengið mín tækifæri, allt frá því ég var fyrsta konan í þyrlusveit lækna og í gegnum tíðina fengið yfirlæknisstöður og annan framgang. Ég hef satt að segja ekki verið að hugsa mikið um hvort það skipti máli að ég væri kona. En augu mín hafa sannarlega opnast fyrir því að margar konur hafa ekki fengið þau tækifæri sem þeim bar og með #metoo byltingunni hef ég orðið femínisti. Þess vegna finnst mér mikilvægt að kona sé í embætti landlæknis, enda tími til kominn þar sem það eru 258 ár síðan Bjarni Pálsson var skipaður fyrsti landlæknirinn. Ég gleðst yfir því að vera fyrsta konan, er þakklát fyrir traustið sem mér er sýnt og að fá þetta tækifæri. Ég er líka auðmjúk gagnvart verkefninu sem bíður mín í þessu starfi.“

Hafðirðu einhverjar ákveðnar skoðanir á þessu embætti áður en þú ákvaðst að sækjast eftir því?

„Þeir fjórir einstaklingar sem gegnt hafa þessu embætti frá því ég hóf störf sem læknir hafa haft ólíkar áherslur. Ég var alveg meðvituð um verkefni embættisins og fannst þau mjög spennandi, bæði ráðgjafahlutverk landlæknis gagnvart stjórnvöldum og eftirlit með heilbrigðisþjónustunni en ekki síst þykir mér lýðheilsuhlutverk embættisins mikilvægt. Ég lærði lýðheilsufræði og finnst spennandi að koma að heilbrigðisþjónustunni þeim megin frá þar sem ég er gjörgæslulæknir sem er efsta og dýrasta úrræði heilbrigðisþjónustunnar. Lýðheilsufræðin snúast um að fyrirbyggja sjúkdóma með heilsueflingu og forvörnum svo þarna mætast andstæður sem þó tengjast með skýrum hætti.“

Alma hugsar sig um og segir svo að hún hafi lengst af starfað sem læknir „á plani“ undir því álagi sem slíku fylgir og lítið velt því fyrir sér hvort eða hvernig Embætti landlæknis væri að sinna verkefnum sínum. „Það var ekki fyrr en ég kom inn í framkvæmdastjórn Landspítala sem framkvæmdastjóri aðgerðasviðs að ég velti mikið fyrir mér hlutverki Embættis landlæknis. Það er helst að manni fyndist að efla mætti eftirlitshlutverkið en það er líka í samræmi við tíðarandann og flestir eru jú sammála um að það sé mikilvægt. Eftirlit embættisins snýr bæði að einstaklingum sem starfa í heilbrigðisþjónustunni og einnig að fyrirtækjum og stofnunum. Ég tel að mikilvægt sé að efla það á öllum sviðum og ekki síst gagnvart stofnunum.



Það eru ekki mörg ár síðan byrjað var að sinna þessu á kerfisbundinn hátt og það hafði strax góð áhrif. Það voru til dæmis í minni tíð sem framkvæmdastjóri gerðar úttektir innan Landspítala með því að taka út starfsemi afmarkaðra eininga og unnar ítarlegar skýrslur sem draga ekkert undan, hvorki það sem vel er gert né það sem betur má fara. Þetta hefur reynst mjög gagnlegt og hjálplegt varðandi forgangsröðun verkefna.“

Það hefur komið í ljós að skráning læknisaðgerða hefur verið ábótavant. Skemmst er að minnast brjóstapúðamálsins svokallaða.

„Það er ekki aðeins að skráningunni hafi verið ábótavant heldur eru lögin um þetta ekki nægilega skýr. Þau hafa gefið tilefni til að aðilar hafa vísað hver á annan og um þetta hefur staðið ágreiningur í mörg ár. Mig langar sannarlega til að lenda þessu máli og að menn komist að samkomulagi um hvernig skráningar eigi að vera.“

Er ekki nánast sjálfsagt að allar aðgerðir og rannsóknir sem gerðar eru á fólki skuli skráðar skilmerkilega af þeim sem framkvæma slíkt?

„Auðvitað finnst manni það en í ákveðnum tilfellum strandar þetta á lögum um persónufrelsi og friðhelgi einstaklingsins. Þar hefur sérstaklega verið bent á skráningar geðrænna vandamála og einnig lýtalækningar. Í mörgum tilfellum eru það sjúklingarnir sjálfir sem vilja ekki að rannsóknin eða aðgerðin sé færð í skrá og banna hreinlega lækninum að gera það.“

Þó hlýtur það að vera sjúklingnum í hag að aðgerðin sé skráð ef eitthvað fer svo úrskeiðis eins og við höfum dæmi um?

„Það er hárrétt en þarna eru lögin ekki nægilega skýr og þetta þarf að klára svo öryggi sjúklinganna sé tryggt og jafnframt gætt að friðhelgi þeirra og persónufrelsi. Ég geri mér grein fyrir að þetta er flókið mál en þó hlýtur að vera hægt að samræma þetta með viðunandi hætti.“

Opinber rekstur og einkarekstur í heilbrigðiskerfinu hefur verið mikið til umræðu og forveri þinn í þessu embætti, Birgir Jakobsson, lá ekki á skoðunum sínum um þetta efni. Hver er þín skoðun?

„Ég vil fyrst og fremst sjá öflugt opinbert heilbrigðiskerfi. Það er hins vegar ekkert að því að útvista ákveðnum verkefnum eins og gert hefur verið. Það skiptir mestu að hafa hagsmuni notendanna, almennings, í forgrunni. Það skiptir líka máli að þetta sé gert samkvæmt skýrum kröfulýsingum, bæði hvað varðar gæði og magn. Kostirnir við útvistun verkefna er að aðgengi og valfrelsi eykst fyrir bæði sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólk. Þetta getur einnig létt álagi af opinberum stofnunum. Ókostirnir eru hins vegar þeir að í svona fámennu landi getur verið slæmt að dreifa sérhæfðum verkefnum of mikið. Útvistun getur einnig veikt opinberu stofnanirnar og dæmin um slíkt eru þekkt, því með útvistun fer þjálfað starfsfólk og

tekur með sér þekkingu sem það hefur aflað sér í starfi. Það er reyndar tekið fram í reglugerð um samninga Sjúkratrygginga Íslands að ekki má semja við einkaaðila um verkefni ef það veikir opinberu stofnanirnar. Aðalatriðið er að íhuga þarf vel og vandlega hverju er útvistað til einkaaðila."

Þú nefndir magn. Á það hefur verið bent að hér á Íslandi er verið að gera mun fleiri aðgerðir af ákveðnum toga en á hinum Norðurlöndunum. Kerfið hér virðist vera hvetjandi að þessu leyti.

„Landlæknisembættið tók þetta saman fyrir ári síðan og þar kemur í ljós að hér eru framkvæmdar mun fleiri til dæmis hálskirtlatökur en á hinum Norðurlöndunum. Einnig voru skoðaðar liðspeglanir, rör í eyru og ristilspeglanir. Mér finnst þetta stinga í augu og það þarf að skýra í hverju þessu munur felst. Aðgerðastofurnar úti í bæ fá greitt fyrir hverja aðgerð frá Sjúkratryggingum og það er ekki þak á fjölda aðgerða sem greitt er fyrir. Þetta er því hvetjandi kerfi að þessu leyti og mér finnst vanta fullnægjandi læknisfræðilegar skýringar á því í hverju þessu mikli munur felst."

Alma bendir á að hlutverk Sjúkratrygginga varðandi eftirlit með gæðum þeirrar þjónustu sem greitt er fyrir sé skilgreint í lögum um Sjúkratryggingar Íslands og verkaskipting og ábyrgð embættanna tveggja að þessu leyti sé ekki nægilega skýrt afmörkuð og tilgreind í lögum.

„Samkvæmt 45. grein laganna er eftirlitshlutverk Sjúkratrygginga með gæðum þjónustunnar talsvert stórt og ég á eftir að funda með forstjóra Sjúkratrygginga Íslands um það því þarna er augljós skörun og mikilvægt að skýra hvernig framkvæmdin á að vera."

Bygging nýs Landspítala hefur verið í umræðunni í minnst tvo áratugi og enn er verið að þrefa um staðsetningu, hvað þá annað er að þessu snýr. Þú kemur af Landspítalanum og hefur eflaust skoðanir á þessu.

„Já, ég byrjaði að skrifa greinar fyrir meira en 10 árum um nauðsyn þess að byggja nýjan spítala því þá þegar voru húsnæðismál spítalans í algjörum ólestri. Síðan hefur ástandið bara versnað. Ég hef engar tilfinningar bundnar við eina staðsetningu frekar en aðra, mikilvægast er að byggja spítalann og Hringbrautarsvæðið hefur orðið ofan á og ég rengi ekki sérfræðingana sem komist hafa að þeirri niðurstöðu. Ég er læknir en ekki sérfræðingur í skipulagsmálum eða umferðarstjórnun. Málið er orðið það brýnt að það þýðir ekki að þrasa um þetta lengur, heldur drífa upp þessa byggingu og fara svo í framhaldinu að huga að næsta spítala sem yrði þá væntanlega staðsettur annars staðar."

Áhugi einkaaðila á byggingu einkaspítala virðist talsverður og húsnæðismál Landspítalans hafa kannski ýtt undir þá umræðu.

„Ég sé ekki að þetta litla land með 345.000 manns þurfi á sérhæfðum einkaspítala að halda. Það er talað um að til þess að háskólasjúkrahús standi undir nafni þurfi upptökusvæði að vera ein milljón manns. Ég sé því ekki ástæðu til að dreifa þessum verkefnum meira en orðið er. Ef menn vilja létta álaginu af Landspítala eins og margir hafa nefnt ætti að byrja á því að huga að öldrunarþjónustunni. Hún fer ekki vel inni á háskólasjúkrahúsi og ætti að fara fram annars staðar en skortur á hjúkrunarrýmum fyrir aldraða kemur í veg fyrir það."

Þú nefndir í upphafi lýðheilsu og forvarnir. Hvar viltu leggja áherslurnar?

„Lýðheilsa snertir í rauninni svo marga þætti samfélagsins og ákvarðanir stjórnvalda á svo mörgum sviðum hafa áhrif á lýðheilsu. Embætti landlæknis á að sjálfsögðu að sinna fræðslu um heilbrigðan lífsstíl, mataræði og slíkt og stjórnvöld geta stutt við það eða unnið gegn því með ákvörðunum um skattlagningu á ákveðna matvöru og þjónustu. Hér á vegum embættisins er verið að vinna að verkefni sem heitir lýðheilsustefna og á að vera leiðbeinandi fyrir stjórnvöld varðandi allar stefnur þess og ákveðin verkefni.

Hvað varðar forvarnir hafa skimanir verið í umræðunni undanfarið og verður á vegum embættisins skipað skimunarráð sérfræðinga sem ákveður hvernig skimunun skuli háttað og á hvað skuli leggja áherslu, hvaða hópa eigi að skima, hverjir eigi að sjá um framkvæmdina og hvernig eigi að framkvæma."

Þú nefndir skattlagningu og aðgengi. Þá kemur strax upp í hugann frumvarp um sölu áfengis í matvöruverslunum.

„Mín afstaða byggir algjörlega á sjónarmiðum lýðheilsu og það er vitað að með auknu aðgengi að áfengi eykst neyslan. Það er margbúið að sýna fram á það. Aðgengi, verðlagning og auglýsingar eru mikilvægustu þættirnir sem hafa áhrif á neyslu og ég er algjörlega á móti því að áfengi verði selt í verslunum af þessari ástæðu. Við þekkjum nú þegar afleiðingar af neyslu áfengis. Áfengi er hluti af tilurð fjölda krabbameina, auk annarra sjúkdóma, og síðan eru áhrif áfengisneyslu vegna ofbeldis og slysa gríðarlega kostnaðarsöm fyrir samfélagið, svo ekki sé minnst á harmleikina sem slíku fylgja. Embætti landlæknis hefur alltaf lagst gegn rýmkaðri sölu áfengis og það mun ekki breytast meðan ég er hér."

Að lokum, hvenær fórstu að hugsa um þetta embætti?

„Það er nú ekki svo langt síðan, það hafa aðilar nefnt þetta við mig síðustu árin en ég tók nú ekki ákvörðun fyrr en auglýsingin birtist en þá fékk ég hvatningu víða að sem ég er afskaplega þakklát fyrir. Hins vegar sagði Sigrún Gísladóttir, sem er ekkja Guðjóns Magnússonar sem kenndi mér í lýðheilsu- og stjórnunarnáminu, blessuð sé minning hans, mér að hann hefði nefnt það við sig fyrir 10 árum að hann sæi mig í þessu embætti. Hún sagði mér frá þessu á dögunum og það þótti mér sérstaklega vænt um að heyra enda Guðjón heitinn fyrirmynd."

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

Réttur til upplýsinga um laun



Dögg Pálsdóttir

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

Dogg@lis.is

Læknar sem starfað hafa í útlöndum, til dæmis á Norðurlöndunum, þekkja til þess að þar er vegna undirbúnings ráðningarviðtals hægt að fá upplýsingar um launakjör á þeirri starfseiningu þar sem viðkomandi lækni býðst að starfa. Samninganefnd Læknafélags Íslands hefur freistað þess í síðustu tveimur samningalotum við ríkið að fá í kjarasamning fjármála- og efnahagsráðherra og Læknafélags Íslands ákvæði um að áður en læknir gengur frá ráðningu sinni og undirritar ráðningarsamning fái hann upplýsingar um meðallaun lækna á þeirri einingu (sviði og/eða deild) sem hann er að ráða sig á, meðaltal, miðgildi, hæstu og lægstu 10% laun. Ekki tókst að ná samkomulagi um þetta.

Mögulega er ákvæði af þessu tagi óþarft í kjarasamningi því samkvæmt 7. gr. upplýsingalaga nr. 140/2012, sem gengu í gildi 1. janúar 2013, á almenningur rétt á upplýsingum um ýmis atriði er varða opinbera starfsmenn, meðal annars föst launakjör annarra starfsmanna en æðstu stjórnenda (3. tölul. 2. mgr. 7. gr.) og launakjör æðstu stjórnenda (4. tölul. 2. mgr. 7. gr.). Þessi réttur var fyrir hendi samkvæmt eldri upplýsingalögum og er sambærilegur við það sem gildir á hinum Norðurlöndunum varðandi aðgang að upplýsingum um laun opinberra starfsmanna. Læknar sem starfa hjá ríkinu samkvæmt kjarasamningi fjármála- og efnahagsráðherra teljast opinberir starfsmenn. Heimildin til aðgangs að launaupplýsingum skv. 7. gr. upplýsingalaga er víðtækari en sú sem reynt hefur verið að ná inn í kjarasamning lækna.

Í þessari heimild felst að skylt er að veita upplýsingar um föst launakjör annarra starfsmanna en æðstu stjórnenda og um heildarlaunakjör æðstu stjórnenda.

Í bréfi forsætisráðuneytisins til fjármála- og efnahagsráðuneytis dags. 5. febrúar 2014[1] er fjallað nánar um 7. gr. upplýsingalaga og túlkun hennar. Þar kemur fram að undir hugtakið föst launakjör falli allar fastar greiðslur frá vinnuveitanda, svo sem föst ómæld yfirvinna og bifreiðastyrkur. Þegar upplýsingarnar eru afhentar er talið rétt að sundurliða þær þannig að fram komi fjárhæð mismunandi tegunda greiðslna og er í bréfinu vegna þessa vísað til álits umboðsmanns Alþingis í máli 5103/2007. Í bréfinu kemur einnig fram að með föstum launakjörum sé meðal annars átt við ráðningarsamninga og aðrar ákvarðanir eða samninga sem kunna að liggja fyrir um föst launakjör starfsmanns. Rétturinn telst ná til gagna sem geyma upplýsingar um allar fastar greiðslur sem starfsmaðurinn á rétt á en óheimilt er að veita upplýsingar um greidd heildarlaun opinbers starfsmanns. Þannig er almennt ekki litið svo á að upplýsingarétturinn nái til aðgangs að launaseðlum einstakra starfsmanna, nema með samþykki þeirra.

Í fyrrnefndu bréfi kemur fram að nafngreina beri starfsmenn sé þess óskað þegar veittar eru upplýsingar um launakjör og að rétt sé að miða við það að það sé ekki gert nema sérstaklega sé óskað eftir því.

Í bréfinu er bent á að ákvæði laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000 haggi ekki þessum rétti almennings til upplýsinga. Sá sem tekur við upplýsingunum þarf þó að gæta að ákvæðum persónuverndarlaga þar sem vinnsla upplýsinga sem aflað er með þessum hætti er háð ákvæðum þeirra laga.

Samkvæmt bréfinu er litið svo á að á stjórnvöldum hvíli hvorki bein né ótvíræð skylda til að fræða starfsmenn um að óskað hafi verið eftir aðgangi að upplýsingum um launakjör þeirra. Í bréfinu er þó bent á að það teljist til góðra stjórnsýsluhátta og sé eðlileg framkvæmd að starfsmaður sé upplýstur um það að óskað hafi verið eftir þessum aðgangi. Starfsmenn eru heldur ekki taldir njóta andmælaréttar samkvæmt 13. gr. stjórnsýslulaga nr. 37/1993 þar sem sá réttur er bundinn við aðila máls. Aðili máls í slíku máli er sá sem óskar eftir upplýsingunum.

Á þennan rétt hefur reynt nokkrum sinnum hjá úrskurðarnefnd um upplýsingamál. Í úrskurði A-492/2013 frá 16. ágúst 2013[2] var kærð sú ákvörðun Byggðastofnunar að synja um afhendingu ráðningarsamninga við tilgreinda starfsmenn stofnunarinnar. Ekki var fallist á það með stofnuninni að réttur almennings til aðgangs að upplýsingum um föst launakjör opinberra starfsmanna ætti að víkja fyrir viðskipta- og samkeppnishagsmunum sem Byggðastofnun vísaði til. Þá gæti stjórnvald ekki lofað starfsmanni að ekki yrði veittur aðgangur að ráðningarsamningi viðkomandi. Niðurstaða nefndarinnar var því sú að Byggðastofnun skyldi veita aðgang að ráðningarsamningunum en afmá fyrst úr þeim aðild að stéttarfélagi og lífeyrissjóði.

Á sama reyndi í úrskurði 661/2016 frá 30. nóvember 2016[3] og 666/2016 frá 30. desember sama ár.[4] Í báðum málunum var kærð synjun Vestmannaeyjabæjar um aðgang að ráðningarsamningi tiltekins starfsmanns sveitarfélagsins. Í báðum tilvikum var það niðurstaða nefndarinnar að veita skyldi aðgang að ráðningarsamningi en afmá fyrst upplýsingar um aðild að stéttarfélagi, lífeyrissjóði og bankaupplýsingar.

Af framangreindu er ljóst að læknir sem undirbýr ráðningarsamtal eða launasamtal við yfirmann getur í aðdraganda þess kallað eftir afriti af ráðningarsamningum lækna á þeirri deild sem hann er að ráða sig til eða starfar á og þannig aflað upplýsinga um launakjör annarra lækna á einingunni. Ekki er annað hægt en að hvetja lækna til að nýta sér þessa heimild 7. gr. upplýsingalaga. Skrifstofa Læknafélags Íslands getur verið læknum til aðstoðar í þessu efni.

Heimildir

1. stjornarradid.is/media/fjarmalaraduneyti-media/media/Frettabref_forstodumanna/Upplysingar-um-fost-launakjor-starfsmanna-7.-gr.-upplysingalaga.pdf – apríl 2018.
2. unu.is/urskurdir/nr/7669 – apríl 2018.
3. unu.is/urskurdir/661-2016-urskurdur-fra-30-november-2016 – apríl 2018.
4. unu.is/urskurdir/666-2016-urskurdur-fra-30-desember-2016 – apríl 2018.

Margþættur ávinningur af alþjóðlegu samstarfi

– segir Runólfur Pálsson forseti Evrópusamtaka lyflækna

Hávar Sigurjónsson

Runólfur Pálsson lyf- og nýrnalæknir hefur um langt skeið verið í forystu fyrir íslenska lyflækna og gegnir nú embætti forseta Evrópusamtaka lyflækna. *Læknablaðið* ætlar á næstu mánuðum að kynna alþjóðlegt samstarf á vegum íslenskra læknasamtaka og fagfélaga í læknisfræði og hefst sú yfirferð með þessu viðtali.

„Það er ótvíræður ávinningur fólginn í alþjóðlegu samstarfi bæði fyrir fagfélög lækna og einnig fyrir Læknafélag Íslands," segir Runólfur Pálsson sem verið hefur forseti Evrópusamtaka lyflækna frá því í september 2016.

„Afskipti mín af alþjóðlegu samstarfi hófust eftir að ég varð formaður Félags íslenskra lyflækna 2001 og félagið gekk í Evrópusamtök lyflækna (European Federation of Internal Medicine, eða EFIM) 2003. Við fundum strax mikinn ávinning af þeirri aðild, ekki síst vegna mikillar áherslu á framhaldsmenntun í lyflækningum og á símenntun lækna. Reyndar eru félög lyflækna í Evrópu nokkuð breytileg að samsetningu þar sem ýmist getur verið um að ræða ein heildarsamtök allra lyflækna eða félög sem bundin eru við lyflækna sem ekki búa yfir annarri sérgrein. Fyrrnefnda fyrirkomulagið er algengt í Norður-Evrópu en hið síðarnefnda í Suður-Evrópu. Evrópusamtök lyflækna eru skipuð fagfélagi lyflækna í hverju landi og með því verða allir félagar í Félagi íslenskra lyflækna sjálfkrafa meðlimir í Evrópusamtökunum. Í flestum öðrum tilvikum eru alþjóðleg fagfélög lækna bundin einstaklingsaðild eingöngu og það eru alls ekki allir sem gerast félagar. Evrópusamtökin sem ég veiti forstöðu eru frábrugðin að þessu leyti. Síðan eru önnur samtök sérgreinalækna (European Union of Medical Specialists, eða UEMS) sem eiga aðsetur sitt í Brussel, þau eru nokkur, og þar eiga landssamtök lækna einsog Læknafélag Íslands beina aðild. Þetta er töluvert margbrotin flóra og fagfélögin eða einstaklingar innan þeirra eiga oft aðild að fleiri en einu með beinum eða óbeinum hætti," segir Runólfur.

„Það er einnig misjafnt hversu hlutlaus samtökin eru og fer það eftir því hvort þau njóta stuðnings stjórnvalda eða fyrirtækja. UEMS eru samtök sem halda sig algjörlega utan við slíkt og leggja þau megináherslu á að hafa áhrif á stefnu Evrópusambandsins en þau sem njóta stuðnings, sem yfirleitt er algjörlega gagnsær, leggja meiri áherslu á ráðstefnuhald og símenntun svo eitthvað sé nefnt. Eitt af hlutverkum UEMS er að meta gæði og símenntunargildi ráðstefna og málþinga, til dæmis Læknadaganna hér á Íslandi."

Ávinningur á báða bóga

„Evrópusamtök lyflækna eru dæmigerð fagsamtök og ég áttaði mig fljótt á því þegar ég fór að sækja fundi þeirra að við höfðum ýmislegt fram að færa. Styrkleiki okkar er hinn breiði bakgrunnur íslenskra lyflækna sem stafar af því hvað þeir sækja framhaldsmenntun sína víða um heim og geta því komið inn með sjónarmið sem vel er tekið. Við lifum á tímum mikilla breytinga á vettvangi heilbrigðisþjónustunnar og við getum alveg lagt þar til málanna eins og aðrir. Ávinningurinn fyrir okkur er sá sami og fyrir alla aðra sem stunda sérhæfðar greinar læknisfræði að þar er þróunin svo ör að það er algjört lykilatriði að fylgjast grannt með því sem er efst á baugi hverju sinni. Alþjóðlegt samstarf byggir að verulegu leyti á því að skiptast á skoðunum og deila reynslu með öðrum, auk þess að fást sameiginlega við krefjandi málefni. Þetta er sérlega mikilvægt fyrir okkur þar sem við eru fá, við erum með eina læknadeild, eitt háskólasjúkrahús og fáa vinnustaði. Að sama skapi eiga læknar að standa fyrir faglegri umræðu hér heima, um læknisfræði en einnig að hafa skoðanir á opinberum vettvangi um stefnu og þróun heilbrigðismála. Það höfum við læknar alls ekki gert í nægilega miklum mæli að mínu mati. Ástæðurnar geta verið margvíslegar, en sumum finnst að ekki sé hlustað á þá og ekki tekið nægilega mikið tillit til skoðana þeirra. Það skiptir reyndar ekki öllu máli því læknar eiga ekki endilega að ráða öllu en þeir eiga að vera óþreytandi að leggja til málanna því þeir búa sannarlega yfir mikilli þekkingu og reynslu."

Íslensk fagfélög leggja lítið til opinberrar umræðu

„Uppbygging félaga og samtaka íslenskra lækna er að nokkru leyti orsök þessa. Fagfélög lækna hafa verið frekar veik og þegar horft er til systurfélaga þeirra erlendis blasir allt önnur mynd við. Í nágrannalöndunum blanda fagfélög sér mun meira í opinbera umræðu en hér og eru mun meira áberandi og sjálfstæðari. Hér hefur þróunin hins vegar orðið sú að fag-



„Alþjóðlegt samstarf byggist að verulegu leyti á því að skiptast á skoðunum og deila reynslu með öðrum, auk þess að fást sameiginlega við krefjandi málefni. Þetta er enn mikilvægara fyrir okkur þar sem við erum svo fámenn, við erum með eina læknadeild, eitt háskóla-sjúkrahús og fáa vinnustaði," segir Runólfur Pálsson forseti Evrópusamtaka lyflækna.

félögin sjást varla né heyrast opinberlega og það er því fyrst og fremst Læknafélag Íslands sem fer með þetta hlutverk. Nýlega hefur orðið sú skipulagsbreyting að fjögur meginfélög standa að Læknafélagi Íslands og aðeins eitt þeirra er raunverulegt fag-félag, Félag íslenskra heimilislækna. Á hinn bóginn eru hér mörg sérgreinafélög sem í sumum tilfellum eru mjög fámenn og bolmagn þeirra því lítið eða ekkert. Ég held þess vegna að heppilegra sé að horfa til sameiginlegra þátta og sameinast undir stærri hatti frekar en aðgreina sig á grund-velli fjölmargra sérgreina. Þetta á ekki síst við um lyflækna sem skiptast í margar undirsérgreinar. Við höfum litið svo á að innan Félags íslenskra lyflækna séu allir læknar sem jafnframt tilheyra þessum smærri fagfélögum því að þannig getum við staðið sterkari út á við. Sérhæfing í læknisfræði er sannarlega mikilvæg en í hinu stærra samhengi heilbrigðismála er margt sem greinarnar eiga sameiginlegt. Ég held að við höfum svolítið misst sjónar á þessu með of mikill áherslu á sérhæf-ingu. Íslenskir lyflæknar hafa tilhneigingu til að líta frekar á sig sem hjartalækna, lungnalækna, meltingarlækna og svo framvegis, fremur en lyflækna. Þetta sundrar okkur frekar en sameinar.

Ég hef séð að í mörgum Evrópulönd-um koma sérgreinarnar saman undir hatti lyflækninga. Félag íslenskra lyflækna hefur gegnt mikilvægu hlutverki hvað þetta varðar með því að halda vísindaþing annað hvert ár undanfarna áratugi. En við þurfum líka að láta til okkar taka í samfé-lagsumræðu um heilbrigðismál."

Framhaldsmenntunin er mikilvæg

„Framhaldsmenntun lækna er einnig gríðarlega mikilvægt mál og þar gegna Evrópusamtök lækna í hinum ýmsu sér-greinum mikilvægu hlutverki þar sem nú er lögð mikil áhersla á að samræma menntun og færniviðmið í kennslu og þjálfun lækna í öllum löndum innan Evrópusambandsins. Þetta stafar að miklu leyti af því að læknar flytjast mun meira á milli landa en áður og kröfurnar hafa til skamms tíma verið misjafnar frá einu landi til annars um hvað skuli liggja að baki veitingu sérfræðileyfis í tilteknum sérgreinum. En samkvæmt tilskipun Evrópusambandsins ber að viðurkenna fagmenntun milli landa og gildir það einnig um lækna. Samræming sérfræði-menntunar í lyflækningum í Evrópu er því eitt af stærstu verkefnum Evrópu-samtaka lyflækna. Hér heima hefur verið unnið geysilega gott starf á undanförnum árum við að þróa framhaldsmenntun í nokkrum lykilsérgreinum og afla alþjóð-legrar vottunar. Þar hefur Royal College of Physicians í Bretlandi lagt okkur lið svo um munar. Nú stöndum við þannig að fyrri hluti framhaldsnáms í lyflækn-ingum stenst öll alþjóðleg viðmið og hið sama á við um nokkrar aðrar greinar. Það ætti því að vera unnt að tryggja að framhaldsnám hér verði að fullu metið þegar námslæknirinn heldur áfram námi í öðru landi innan Evrópu. Mikilvægt er að íslensk yfirvöld styðji við þessa viðleitni. Þetta gerist auðvitað ekki nema við séum í nánu samstarfi við aðrar þjóðir og njótum aðhalds og eftirlits þeirra. Það má heldur ekki gleyma því að námslæknar eru mikil-vægir starfskraftar og heilbrigðisþjónustan byggir að verulegu leyti á vinnu þeirra. Það er því mikilvægt að geta boðið upp á samkeppnishæft framhaldsnám til þess að einfaldlega að halda ungu læknunum hér heima. Eftir því sem námið er betra og nær yfir stærri hluta alls sérnámsins njótum við krafta þeirra lengur. Það er því full ástæða fyrir okkur til að sækja fram og bæta okkur á þessu sviði en það verður ekki gert án náins samstarfs við fagfélög og kennslustofnanir erlendis."

Fórn

Eiríkur Jónsson

læknir á Landspítala

erikjon@landspitali.is



Í dag hljóp ég rúntinn minn meðfram gömlu Reykjavíkurhöfn og út á Granda. Sný alltaf við á toppi þúfu Ólafar. Þúfan er upplögð hlaupaleið þaulhyggjumannsins. Á henni getur maður nefnilega hlaupið hring eftir hring og jafnframt komist á hærra plan. Á meðan ég hjassaðist áfram var ég að brjóta heilann um ákveðið málefni sem er umskurður sveinbarna af trúarástæðum. Hvers vegna tóku hirðingjar í Írak upp á þessari einkennilegu siðvenju á átta daga gömlum drengjum? Uppruni þessa siðar er þegar Abraham frá Úr gerði sáttmála við Guð um að Abraham og karlkyns niðjar hans sýndu trúfesti sína í verki. Þessi sami Abraham er einnig trúfaðir múslima og kristinna manna og því trúarleiðtogi fleiri en margan grunar. Páll postuli var þekktur ofsóknarmaður kristinna manna þar til hann fékk vitrun á leið sinni til Damaskus. Hann færði síðar rök fyrir því að andlegur umskurður væri fullnægjandi. Múslimar og gyðingar hafa hins vegar ekki hvikað frá líkamlegum umskurði.

Nú hefur verið lagt fram frumvarp á Alþingi Íslendinga. Þingmenn úr flestum flokkum hafa sameinast um að umskurður, af trúarástæðum, verði gerður ólöglegur á Íslandi. Slíkar aðgerðir eru þó nær aldrei framkvæmdar á Íslandi þó múslimar og gyðingar hafi stundað þessa iðju um nokkra hríð. Í umræðunni örlar á þeim misskilningi að umskurður karla og kvenna séu sambærileg fyrirbæri. Þar er þó eðlismunur á. Í síðara tilvikinu myndi það jafngilda því að limurinn væri skorinn af. Umskurður kvenna er óhæfa sem ber skilyrðislaust að fordæma og stöðva með öllum ráðum. Lagasetning sem hjálpar þar til er nauðsynleg hvarvetna á byggðu bóli.

Við setningu íþyngjandi laga þykir það ávísun á einhug landsmanna að slík lög gildi einungis um aðra en þá sjálfa. Að sama skapi myndu Íslendingar fljótt reka upp ramakvein ef útlendingar dirfðust að hlutast til um sérviskulegar lífsvenjur þeirra. Er með þessu frumvarpi verið að stíga skrefinu of langt í góðri meiningu? Á með slíkri lagasetningu að refsa þeim foreldrum, sem vilja iðka trú sína og hugsanlega fórna þeim sem síst skyldi, börnunum, á refilstigum laga og viðurlaga?

Umskurður sveinbarna er í sjálfu sér einföld aðgerð og langoftast án alvarlegra fylgikvilla í lengd eða bráð. Aðgerðin getur þó haft alvarlegar afleiðingar eins og sannast í leiðbeiningarriti gyðingdómsins, Talmút. Þar kemur fram að þriðja son þurfi ekki að umskera hafi tveimur eldri bræðra hans blætt út eftir slíkt inngrip. Þeir væru sem sagt með arfgengan blæðingasjúkdóm og þá einboðið að sá þriðji færi, umskorinn, sömu leið. Þetta er fyrsta dæmi um erfðaráðgjöf ef frá er talin jarðar-uppfyllingar-skipun Guðs til handa Adam og Evu í aldingarðinum. Hvað gyðingana varðar er umskurður sveinbarna kjarni þeirrar reglufestu sem einkennir umfangsmikið trúar- og samfélagslíf þeirra. Þeir hafa borið þennan mikla en þyngdarlausa farangur, á ferðum sínum eða flótta, öldum saman. Af eljusemi hafa þeir haldið arfi sínum lifandi þrátt fyrir mikið andstreymi á köflum. Allt frá babýlónísku herleiðingunni og eftir að fjandmenn þeirra brutu ítrekað niður musteri Salómóns konungs í Jerúsalem, ákvað hinn ráðvandi gyðingur að binda ekki andlegt trúss sitt við land né fasteignir.

Hvernig er þessi umskurðarsiður þá hugsaður? Væntanlega átti hann að vera táknrænn og snerta tilvistarlegan kjarna safnaðarins. Sáttmálinn átti trúlega að innibera einhverja fórn, því alkunna er að líf án fórnar er innihaldslaust líf. Abraham var í ofanálag beðinn af almættinu um það „lítilræði“ að fórna lífi frumburðar síns, Ísaks, til þess að sanna trúfesti sína. Hann var stoppaður af á síðustu stundu, því Guð almáttuga virtist ekki hafa órað fyrir því að Abraham væri bókstafstrúarmaður. Með þessum verknaði ræktaði Abraham fullkomlega skyldu sína við Guð, en sveik um leið son sinn gjörsamlega í tryggðum. Þessi skelfilega þverstæða hefur truflað margan angistarmanninn eins og til að mynda heimspekinginn Søren Kierkegaard. Sá var lengi með böggum hildar yfir þessum frumsvikum föður gagnvart syni sínum og ekki virðist enn bitið úr nálinni með þetta vandræðamál að Freud gengnum.

Sem þvagfæraskurðlæknir hef ég oft verið spurður um afstöðu mína til umskurðar af trúarástæðum og þessa frumvarps. Ég hef framkvæmt fjölda slíkra aðgerða en bara einu sinni af trúarástæðum hérlendis. Drengurinn fékk myndarlega blæðingu á eftir og ég iðraðist að hafa ljáð máls á þessu enda er fylgikvillaleysi frumkrafa allra óþarfa læknisfræðilegra inngripa. Ég tel téðan umskurð falla undir slík inngrip og er að því leyti honum mótfallinn. Hér þarf þó að mörgu hyggja og þörf víðari sýnar þó svo maður skynji góðan vilja að baki frumvarpinu. Getur það verið viturlegt að vanda um fyrir ævafornum trúar- og menningarsamfélögum með íslenskri lagasetningu af þessu tagi? Væri kannski farsælla að slíkar breytingar kæmu innan úr viðkomandi samfélögum heldur en utan frá?

Nú á dögum fer trúarlegur agi hratt þverrandi sem og agi foreldra yfir börnum sínum. Trúarbrögð í sínu tærasta formi eru agakerfi þar sem regluföst tilvist eykur líkurnar á því að afkvæmið komi standandi niður í lífinu og lífs af. Trúin er einnig til þess fallin að leysa ákveðna þætti mannlegrar tilvistar sem hafa ekki rökrænar lausnir eins og til dæmis djúpa sorg eða nagandi sektarkennd. - Trú hefur á þann hátt hugræna lausn á kvaðratrótinni af mínus einum. Þá eru tákn eða gamlar siðvenjur leið til þess að auðga líf mannsins, að tilheyra niði aldanna og gefa honum sýn annarrar víddar.

Í framfarasamfélögum víða um heim virðist allri leiðsögn snúið á hvolf og siðvenjum kastað fyrir róða. Það sem áður sneri upp snýr nú niður. Hjarðir allt eins leiddar af kálfum. Fullorðið fólk situr eins og barðir hundar undir yfirgangi og ósvífni afkvæma sinna og mælir hér einn iðrandi syndari. Í leiðsagnarleysi nútímans vex úr grasi fjöldi meðalskussa sem hafa heyrt það alla sína tíð að þeir séu Guðs útvaldir snillingar. Persónuleg þægindi í valfrjálsum og þjáningarlausum heimi er krafa ofar öllum kröfum. Í slíkum heimi fær hinn frómi gyðingur aldrei hljómgrunn með þá skoðun að reglufesta með tilheyrandi þjáningum sé ekki bara mikilvægur hluti lífsins heldur búi þar lífið sjálft! Er hægt að ræða af einhverri stillingu við fólk sem ekki þekkir slíkan hugarheim og útskýra að umskurður sveinbarna sé kjarni umfangsmikils agakerfis sem krefst þess að ungum sé það allra best að sverjast til samfélags með kostum og göllum og hlíta afdráttarlausri leiðsögn þeirra sem á undan ganga.

Ég hljóp framhjá Kaffivagninum og út á Granda. Við norðvesturhorn hans stóð kunningi minn og reykti. Hann er fyrrum fréttamaður og glöggur samfélagsrýnir. Á leið minni að Þúfunni hafði lostið niður í höfuð mér vitrun líkt og hjá Páli forðum. Vitrunin var í formi rökleiðslu sem var nokkurn veginn á þessa leið: Það er óvitlaust að blíðka almættið í hvikulum og óvissum heimi. Slík er veröld akuryrkjumanna, hirðingja og veiðimanna. Mannfórnir eru sennilega ævaforn siður til þess að sýna staðfastan ásetning og freista þess að lenda gæfumegin í lífinu. Það getur þó ekki verið sjálfbær gjörningur að fórna lífi sonar. Með slíkri flónsku kæmist erfðaefnið aldrei spönn frá rassi. Hér mundi í staðinn duga að fórna einhverjum táknrænum parti sonarins og sýna um leið staðfestu. Ekki er verra að slík fórn snerti mikilvægan líkamshluta og hver fer nær því en sproti og stafur erfðaefnisins. Umskurð tel ég því ígildi sonarfórnar Abrahams þótt í smáu sé.

Þessum kunningja mínum, við Kaffivagninn, trúði ég umsvifalaust fyrir vitrun minni og honum fannst ég þyrfti að skrifa um hana lærða ritgerð. Ég spurði hvort hann myndi styðja afstöðu mína og röksemdafærslu ef hún birtist sjónum almennings. Ég taldi fullvíst að afstaða mín gæti valdið miklu uppnámi í íslensku samfélagi. „Munt þú verja hana með lífi þínu?“ spurði ég. Hann hikaði við og sagðist fyrst ætla að klára sígarettuna og máltíðina áður en hann hugleiddi að gangast undir svo bindandi sáttmála.



Mynd úr langri golfsögu lækna, tekin sólarmegin í lífinu í Skotlandi. Á myndinni eru vanir menn, frá vinstri: RÞ, SH, FV, SJ, MJ, PS, ÓE, GB, BG, RS, KJ, ÓZÓ. Úr myndasafni Ólafs Z. Ólafssonar.

GOLF LÍ Í SUMAR

Félagsmenn Læknafélags Íslands sem spila golf ættu að gleðjast því golfmótaröðin 2018 verður enn veglegri en áður. Fjögur golfmót verða haldin á árinu, á fjórum frábærum golfvöllum.

Mótaröðin hefst í maí á Hvaleyrarholti í Hafnarfirði hjá Golfklúbbnum Keili, júnímótið verður í Mosfellsbæ hjá Golfklúbbi Mosfellsbæjar, í júlí verður mót á Kjalarnesi hjá Golfklúbbnum Brautarholti og lokamótið verður í Garðabænum hjá Golfklúbbi GKG.

Allir keppendur fá teiggjafir. Veglegir vinningar verða í boði fyrir efstu sætin. Nánari upplýsingar þegar opnað verður fyrir skráningu.

Dagskrá mótaraðarinnar

- 18. maí
  Hvaleyrarvöllur, Hafnarfirði
- 29. júní
  Hlíðavöllur, Mosfellsbæ
- 25. júlí
  Brautarholtsvöllur, Kjalarnesi
- 31. ágúst
  Leirdalsvöllur, Garðabæ

Góð heilsa lækna dýrmæt öllum

– Gerður Aagot Árnadóttir kynnir nýjar reglur Fjölskyldu- og styrktarsjóðs lækna

Hávar Sigurjónsson

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna, FOSL, stóð fyrir málþingi um heilsu lækna á dögunum. Málþingið var vel sótt enda skyldi engan undra að læknum væri ekki síður annt um eigin heilsu en annarra. Á fundinum var sagt frá því að FOSL væri að hefja greiðslu heilsueflingarstyrks til félagsmanna og var því vel tekið. Gerður Aagot Árnadóttir er í stjórn FOSL og varð góðfúslega við beiðni um að segja frá hvað hefði kveikt hugmyndina að heilsueflingarstyrknum.

„Málþingið var haldið að frumkvæði sjóðsins í framhaldi af því að á síðustu Læknadögum var haldið málþing um heilsu lækna og það var greinilega mikill áhugi fyrir að halda þessari umræðu áfram. Málþingið um daginn sýndi það einnig glöggt, svo vel sem það var sótt," segir Gerður.

„Umræða um heilsu lækna hefur verið mjög vaxandi á alþjóðlega vísu og það hefur skilað sér hingað með ýmsum hætti. Fyrir nokkrum árum skipaði stjórn Læknafélags Íslands nefnd sem skyldi gera tillögur um þetta mál og ég sit í nefndinni ásamt Haraldi Erlendssyni, Benedikt Sveinssyni og Kristni Tómassyni og er sú nefnd enn starfandi. Innan stjórnar FOSL hefur verið umræða um þetta og nefnd LÍ og stjórn FOSL hittust á dögunum og ræddu hvernig hægt væri að haga samvinnu þarna á milli og hvað FOSL gæti lagt af mörkum og komið meira að málum sem varða heilsu lækna. FOSL hefur um hríð veitt styrki til félagsmanna til að dvelja á Heilsustofnuninni í Hveragerði en þar hefur um nokkurt skeið verið boðið upp á sérstakt prógram fyrir lækna sem hafa verið með kulnunareinkenni, depurð eða kvíða.

Það er síðan nýjung í starfsemi FOSL að greiða félögum út heilsueflingarstyrk en mörg stéttarfélög hafa gert slíkt með einhverjum hætti. Þetta var ákveðið þar sem sjóðurinn hefur meira fjármagn til ráðstöfunar núna en hann þarf til að sinna þeim skyldum sem honum eru lagðar á herðar. Stjórninni fannst einboðið að nýta þá fjármuni til heilsueflingar félagsmanna. Þetta er gert með þeim hætti að hverjum og einum er greidd upphæð í hlutfalli við það sem hann hefur greitt í sjóðinn og síðan getur fólk ákveðið sjálft hvernig það ráðstafar peningunum. Það er rétt að benda á að aðild að FOSL er ekki bundin við félagsaðild að LÍ, heldur er greitt í sjóðinn sem hlutfall af launum ef fólk starfar hjá ríkinu og þeir sem eru sjálfstætt starfandi geta óskað eftir að greiða í sjóðinn og njóta þá sömu hlunninda. Þetta er ein leið til að styrkja fólk í viðleitni til heilsueflingar og draga úr álagi. Allir þurfa að finna sitt jafnvægi milli starfs og fjölskyldu, heilbrigðs lífsstíls, áhugamála og ræktunar félagslegra tengsla. Þetta eru allt forsendur góðrar heilsu og hefur sannarlega verið rætt fram og aftur bæði í hópi lækna og annars staðar í samfélaginu."

Eru einhver ákveðin heilsuvandamál sem læknar stríða við frekar en aðrir?



Gerður Aagot Árnadóttir, heimilislæknir.

„Í sjálfu sér ekki en þó má segja að álagið sem fylgir læknisstarfinu ýti undir streitueinkenni eins og kvíða og depurð og það hefur komið fram í rannsóknum að tíðni sjálfsvíga er hærri hjá ákveðnum hópi lækna en í hinu almenna þýði þó það hafi ekki verið rannsakað sérstaklega hér á landi. En almennt má segja að streitueinkenni séu það sem margir læknar glíma við. Þetta er það sem helst hefur verið lögð áhersla á og hvaða leiðir eru færar fyrir lækna til að ná heilsu sinni. Í hnotskurn má lýsa þessu þannig að læknar fái í mörgum tilfellum lélegri læknisþjónustu en sjúklingar þeirra. Það getur líka verið vandasamt að meðhöndla veika lækna þar sem kollegar eiga jafnvel erfitt með að líta á hver annan sem sjúklinga eingöngu. Það skiptir því miklu máli að allt sem snýr að heilsu lækna og læknisþjónustu fyrir þá sé mjög nákvæmlega skilgreint svo enginn vafi leiki á hvernig standa skuli að því.

Áfengisnotkun og neysla lyfja getur einnig orðið sumum að fótakefli og þá reynist læknum sérlega erfitt að leita sér aðstoðar. Þeir óttast umtal og glatað traust og því er mjög mikilvægt að bjóða þeim úrræði þar sem þeir upplifa sig örugga. Í Noregi hefur verið sett á laggirnar sérstök lækningamiðstöð fyrir lækna þar sem þeir geta leitað sér lækninga án þess að slíkt sé skráð í almenna sjúkraskrá og þeir njóta fullkomins trúnaðar. Þetta hefur gefið mjög góða raun. Heilsustofnunin í Hveragerði hefur bryddað upp á svipuðu kerfi þar sem læknar geta dvalið í aðskildu húsnæði en eru þó þátttakendur í dagskrá með öðrum. Hugsanlega mætti ganga lengra í þessum efnum. Það hefur einnig gefið góða raun að stofna stuðningshópa meðal lækna, þar sem hópurinn kemur saman reglulega og læknarnir geta rætt sín mál í fullkomnum trúnaði.

Allt er þetta til umræðu meðal lækna og heilsustyrkur FOSL er eitt lóð á þessar vogarskálar en á undanförnum árum hefur orðið róttæk viðhorfsbreyting til starfsins meðal yngri lækna en þeir vilja meira jafnvægi milli vinnu og fjölskyldulífs, reglur um vinnutíma hafa einnig breyst og yngra fólkið er ekki tilbúið til að vinna heilu og hálfu sólarhringana eins og tíðkaðist hér stundum áður. Staðreyndin er sú að veikur eða þreyttur læknir er hættulegur þar sem hann er líklegri til að gera mistök og um það er enginn ágreiningur. Við vitum þetta öll. Góð heilsa lækna er því einstaklega dýrmæt bæði þeim sjálfum og sjúklingunum.

Hluti af vanda lækna er að þeir eru að bauka við að lækna sjálfa sig eða ráðfæra sig óformlega við kunningja í læknastétt, svokallaðar gangalækningar, sem eru mjög óheppilegar og hvort tveggja hefur reynst afar illa," segir Gerður Aagot Árnadóttir heimilislæknir.



Mynd frá Ljósmyndasafni Reykjavíkur.

Tvær leiðréttingar

Við mynd Kristjáns A. Einarssonar á bls. 191 í síðasta blaði vantaði nafn læknisins sem er að sprauta starfsmann í álverinu í Straumsvík. Örn Bjarnason fyrrum ritstjóri *Læknablaðsins* hringdi og vakti athygli blaðsins á þessu. Læknirinn er Ólafur Jónsson (1924-1987) sem var trúnaðarlæknir Búnaðarbankans, Verslunarbankans, álversins og Félags íslenskra atvinnuflugmanna.


Nýjar reglur um lyfjaávísanir

Embætti landlæknis

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

Í síðasta pistil frá Embætti landlæknis í aprílblaðinu (bls. 208) vantaði eitt mikilvægt orð, það er feitletrað hér:

Með gildistöku síðar á árinu verður **óheimilt** að ávísa ávana- og fíknilyfjum til afgreiðslu hér á landi á pappírsformi.

Læknablaðið biðst velvirðingar á þessu.

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 höf og granda
býr haustið með kulda og byl.
Allt á sitt upphaf og enda.
Af hverju erum við til?

Auðólfur Gunnarsson læknir og höfundur þessa ljóðs sem birt var í aprílblaðinu fann á því smávaxna hnökra í einu erindinu. Þess vegna birtir blaðið ljóðið á ný.

Þarfir og þjónusta við sjúklinga á einhverfurófi

Ásdís Bergþórsdóttir

sálfræðingur

asb23@hi.is



Læknar fá oft til sín sjúklinga á einhverfurófi, bæði einstaklinga með greiningu og án hennar. Lítið hefur verið fjallað um hvernig heilbrigðisstarfsmenn geta komið til móts við þarfir þeirra. Þessari grein er ætlað að bæta úr þessum upplýsingaskorti.

Skynjunarvandi

Skynjunarvandi er algengur í einhverfurófsröskunum. Þannig getur sterk birta frá flúorljósum og kliður og hávaði á biðstofum reynst erfiður fyrir fólk á einhverfurófi. Viðkvæmni fyrir lykt er einnig vel þekkt og sterk sótthreinsunarlykt sem er algeng á heilbrigðisstofnunum getur valdið vanlíðan. Dæmi eru líka um að snertiskyn geti valdið erfiðleikum. Þannig getur snerting við hluti sem við teljum ekkert óeðlilega eins og tannlæknasmekk valdið mjög mikilli og sterkri vanlíðan eða skoðun með höndum eða snerting heilbrigðisstarfsmanna.[1,2]

Fólk á einhverfurófi upplifir oft að heilbrigðisstarfsmenn geri lítið úr skynjunarvanda þess og að ekki sé brugðist við kvörtunum þess.[1] Ef ekki er tekið tillit til skynjunarvanda getur sjúklingur fengið skynjunarofhleðslu (*sensory overload*) og brugðist við með miklum kvíða, ógnandi hegðun, aukinni áráttuhegðun eða annarri erfiðri hegðun. Það er því full ástæða til að taka það alvarlega ef einstaklingur segist eiga í skynjunarvanda. Það er mikilvægt að muna að sérfræðingurinn í skynjunarvanda sjúklingsins er sjúklingurinn sjálfur og því er mikilvægt að hlusta á hann, spyrja og taka mark á honum.[1,2]

Mögulegar lausnir á skynjunarvanda eru til dæmis að minnka ljós í herbergjum, leyfa fólki að bíða á afviknum stað fyrir utan biðstofuna og senda þá textaskilaboð þegar komið er að þeim.[1-2] Í innlögnum eru fámennar stofur eða rólegir stofufélagar æskilegir auk leiðbeininga um hvert sé hægt að leita til að fá að vera í friðsælu umhverfi.

Skynjunarvandi fólks á einhverfurófinu nær líka til skynjunar á eigin líkama og líðan.[3,4] Þannig eiga einstaklingar á einhverfurófi almennt erfitt með að lýsa líðan, bæði líkamlegri og andlegri. Sumir geta einnig skynjað sársauka á óvenjulegan hátt. Þannig lýsa sumir á einhverfurófi sársauka sem hita.[5] Spurningar eins og „Hvernig líður þér?“ eða „Hvernig sársauki er þetta? Stingandi?“ geta verið fólki á einhverfurófi mjög flóknar og sjúklingurinn getur brugðist við með því að þegja eða segjast ekkert vita.

Samskipti

Það er mikilvægt að muna að margir á einhverfurófinu þurfa langan tíma til að meðtaka og melta munnlegar upplýsingar. Fólk á einhverfurófi upplifir oft að læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk tali of hratt og veiti sér of lítinn tíma.[3] Heilbrigðisstarfsmenn þurfa að gefa sér góðan tíma og spyrja lokaðra, skýrra spurninga og ekki spyrja annarra spurninga fyrr en svar við fyrstu spurningunni er komið. Helstu upplýsingar um hvernig best sé að haga spurningum eru gefnar upp í töflu I.[6]

Algeng viðbrögð við of miklum munnlegum upplýsingum er þögn.[7] Þetta getur valdið misskilningi. Sé til dæmis samþykkis sjúklings óskað er slík þögn oft rangtúlkuð sem samþykki. Heilbrigðisstarfsmenn geta svo orðið undrandi einhverjum dögum síðar þegar einstaklingurinn er búinn að hugsa málið og er þá ósáttur við meðferð eða framkomu starfsmanna. Þannig er mikilvægt að gefa einstaklingum á einhverfurófinu tíma til melta allar upplýsingar og skilja að þeir þurfa lengri umhugsunartíma en aðrir.

Margir á einhverfurófinu viljar frekar skriflegar upplýsingar af því að þær eru varanlegar og óbreytanlegar og hægt er að gefa sér góðan tíma til að velta upplýsingunum fyrir sér. Fólk á einhverfurófinu leitar því oft að upplýsingum á netinu til að geta lesið sér til. Þetta getur valdið heilbrigðisstarfsmönnum vandkvæðum af því að það er mikið af vafasömum og jafnvel skaðlegum upplýsingum um heilbrigðismál á netinu. Sumir heilbrigðisstarfsmenn upplifa þessa leit sem vantraust. Það er hins vegar ekki vantraust heldur leið til að afla sér upplýsinga á skiljanlegan hátt. Góð lausn er að benda á öruggar síður sem eru með réttum upplýsingum og gefa fólki á einhverfurófinu bæklinga eða annað ritað efni til að kynna sér.[7]

Mikilvægt er að muna að einstaklingar á einhverfurófi eiga oft erfitt með að setja sig í spor annarra.[8] Það veldur því að þeir geta verið óvissir um hvaða atriðum á að deila með heilbrigðisstarfsmönnum og hverjum ekki. Þannig gæti einstaklingur á einhverfurófinu þulið upp öll einkenni frá meltingarfærum hjá húðsjúkdómalækni. Þetta kann að virðast sérkennileg hegðun en er heppilegri en þögn eða ágiskun um hvað læknir þarf að vita því hún tryggir að allar upplýsingar komi fram.

Fyrirsjáanleiki

Fyrirsjáanleiki er flestum á einhverfurófinu nauðsynlegur.[9] Það getur verið erfitt fyrir fólk á einhverfurófinu að skilja af hverju heilbrigðisstarfsmaður segir eitt einn daginn og annað hinn daginn. Þannig getur verið að heilbrigðisstarfsmaður telji barn vera á batavegi einn daginn og fer að tala um útskrift við foreldri. Næsta dag hrakar barninu og starfsmaðurinn fer þá að ræða alvarleg inngrip. Fyrir mörgum einhverfum foreldrum kemur þetta út eins og starfsmaðurinn hafi skipt um skoðun og jafnvel að hann viti ekki hvað hann er að gera. Gott er að láta fólk á einhverfurófinu vita hver meðferðaráætlunin sé núna en einnig að hún geti breyst og útskýra af hverju. Ef möguleiki er að búa til flæðirit yfir ferli er slíkt æskilegt þar sem myndræn framsetning er oftast skýrari fyrir fólki á einhverfurófi en munnleg. Fyrirsjáanleiki hjálpar til við að mynda trúnaðarsamband milli meðferðaraðila og fólks á einhverfurófinu.[7]

Fólk á einhverfurófi vill stundum ekki leggjast inn á spítala vegna þess að það þolir illa breytingar. Leiðir til að auðvelda innlögn eru til dæmis að leyfa fólk að sjá deildina áður en það leggst inn, úthluta þeim ákveðnum starfsmanni á hverri vakt sem það getur leitað til og fela starfsmanninum að athuga reglulega með viðkom-

Tafla I. *Almennar leiðbeiningar um viðtöl við fólk á einhverfurófi.*[6]
Talaðu rólega og skýrt og notaðu stuttar setningar.
Spurðu beinna og lokaðra spurninga – forðastu að gefa of mikið val eða of miklar upplýsingar í einu.
Bíddu eftir svörum við spurningum. Endurtaktu þig ekki og ekki umorða spurninguna.
Skortur á augnsambandi þarf ekki að þýða að sjúklingurinn sé ekki að hlusta á þig.
Notaðu eins bókstaflegt mál og hægt er – það getur verið erfitt fyrir fólk á einhverfurófinu að skilja brandara sem byggja á orðaleikjum, myndlíkingar eða háð.
Athugaðu að sjúklingurinn hafi skilið það sem þú sagðir, ekki bara spyrja hvort hann hafi skilið það sem þú sagðir – munnleg færni eða samþykki getur dulið skertan skilning.
Útskýrðu hvernig heimsókn, viðtal eða meðferð fer fram. Reyndu að útvega einstaklingnum skriflegar upplýsingar ef það er mögulegt.
Í lok viðtals skaltu taka saman hvað á að gera, helst á skriflegu formi. Ef um endurkomu er að ræða er almennt betra að bóka hana strax frekar en að biðja viðkomandi að muna að bóka hana síðar.

Tafla II. *Það sem úrskeiðis getur farið í samskiptum við einhverfar mæður, byggt á upplýsingum frá Geraldine Robertson.*[7]

Það sem þú upplifir sem heilbrigðisstarfsmaður	Gagnlegri sýn
Samskiptamáti hennar kemur í veg fyrir að gott meðferðarsamband myndist.	Hún á erfiðleikum með félagsleg tjáskipti.
Hún æpir og framkoma hennar er árásargjörn.	Hún á í vandræðum með að stjórna raddstyrk sínum og skilur ekki hvernig þú upplifir framkomu hennar og breytir því ekki framkomu sinni í samræmi við það.
Hún hefur ekki myndað eðlileg tilfinningatengsl við barn sitt á einhverfurófinu.	Hún er að bregðast eðlilega við þörfum einhverfs barns síns.
Hún virðist ekki hafa áhuga á því sem er að gerast.	Hún er „frosin“ af kvíða.
Hún er að skálda upp veikindi eða leggur ofuráherslu á veikindi.	Hún er að reyna að skilja hvað hrjáir barn hennar.
Hún er of stjórnsöm.	Hún þarf fyrirsjáanleika og þar sem hann er ekki til staðar reynir hún að koma honum á.
Hún vill ekki þiggja hjálp.	Hún skilur ekki ferlið sem er í gangi og á erfitt með að skilja hvar og hvernig þátttöku hennar er krafist.

andi. Það er mikilvægt í innlögnum eða í öðrum aðstæðum þar sem margir koma að málum að hafa það skýrt hver er með upplýsingagjöf, því það fylgir einhverfu að eiga í erfiðleikum með að leita eftir upplýsingum og hjálp. Sé óljóst hver fari með upplýsingagjöf eykur það ófyrirsjáanleika og kvíða. Einnig þarf að muna að einhverfir foreldrar sem eiga barn í innlögn þurfa þessar upplýsingar og þá gæti líka verið gagnlegt að gefa þeim yfirlit yfir vaktir þannig að þeir viti hver er á vakt hvenær og þá við hvern á vaktinni þeir eigi að ræða.[7]

Samskiptavandi

Stundum gerist það að samskipti heilbrigðisstarfsmanna og sjúklings eða aðstandanda á einhverfurófinu lenda í öngstræti. Ein ástæða fyrir slíku er hvað fólk á einhverfurófinu er lausnamiðað. Sumir vilja ekki ræða vandamál eða lýsa þeim heldur einfaldlega fá lausn á vandanum.[3] Þeir mæta því stundum til lækna og eru búnir að greina vanda sinn og skilja ekki af hverju læknirinn spyr þá spurninga og vill ræða málin. Það er ekki hægt að gefa sér að einstaklingar skilji þörf á mismunagreiningu eða öðrum ástæðum fyrir því að leysa ekki meint vandamál strax. Ef þetta kemur upp er einfaldast að útskýra af hverju þarf að spyrja spurninga og ræða málin.

Heilbrigðisstarfsmenn eiga oft samskipti við mæður á einhverfurófi en ein helsta ástæðan fyrir því að vandamál koma upp í samskiptum heilbrigðisstarfsmanna og mæðra á einhverfurófi er að konur sýna önnur einhverfueinkenni en karlar. Þær sýna mjög mikla yfirborðsfærni þannig að það er auðvelt að útskýra hegðun þeirra með öðru en einhverfueinkennum. Þannig er hegðun mæðra á einhverfurófinu oft túlkuð sem frekja og stjórnsemi, ímyndunarveiki, fjandsemi eða óeðlilegt kaldlyndi. Í töflu II er farið yfir helstu atriði sem geta valdið misskilningi og hvernig gagnlegri túlkun á hegðun móður er möguleg. Það er mjög mikilvægt ef eitthvað er að í samskiptum heilbrigðisstarfsmanns og móður á einhverfurófinu að heilbrigðisstarfsmaðurinn skoði vel hvort hann sé að rangtúlka hegðun móðurinnar. Það að koma á fyrirsjáanleika og jákvæðu viðhorfi til móður getur lagað erfiðar aðstæður.[7]

Hér hefur verið farið yfir nokkur atriði sem geta gagnast heilbrigðisstarfsmönnum í samskiptum við einstaklinga á einhverfurófinu. Nýleg sænsk rannsókn sýndi fram á að fólk á einhverfurófi deyr frekar fyrir aldur fram en aðrir.[10] Ekki er ljóst af hverju það er. Það er hins vegar ljóst að sökum hárrar ótímabærrar dánartíðni þarf fólk á einhverfurófi góða heilbrigðisaðstoð. Það er því mikilvægt að gera samskipti við fólk á einhverfurófi við heilbrigðisstarfsmenn eins ánægjuleg og auðveld og kostur er.

Heimildir

1. Tint A, Weiss JA. A qualitative study of the service experiences of women with autism spectrum disorder. Autism 2017: 1362361317702561.
2. Buckley C. Consulting with a patient with autism. InnovAiT: Education and inspiration for general practice. 2016.
3. Hill E, Berthoz S, Frith U. Brief report: cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. J Autism Dev Disord 2004; 34: 229-35.
4. Garfinkel SN, Tiley C, O'Keeffe S, Harrison NA, Seth AK, Critchley HD. Discrepancies between dimensions of interoception in autism: Implications for emotion and anxiety. Biol Psychol 2016; 114: 117-26.
5. Scottish Women with Autism - Swan. A guide for health professionals working with women with autism. autism-networkscotland.org.uk/files/2012/10/SWAN-HP-Flyer-FINAL.pdf - nóvember 2017.
6. Brook K. Supporting autistic parents. network.autism.org.uk/knowledge/insight-opinion/supporting-autistic-parents - október 2017.
7. Blakemore M, Robertson G. The Experience of Autistic Women and Motherhood. Asia Pacific Autism Conference - APAC 2017, 2017 Sept 7-9; Sydney, Ástralíu.
8. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind"? Cognition 1985; 21: 37-46.
9. Sinha P, Kjelgaard MM, Gandhi TK, Tsourides K, Cardinaux AL, Pantazis D, et al. Autism as a disorder of prediction. Proc Nat Acad Sci U S A 2014; 111: 15220-5.
10. Hirvikoski T, Mittendorfer-Rutz E, Boman M, Larsson H, Lichtenstein P, Bölte S. Premature mortality in autism spectrum disorder. Br J Psychiatr 2016; 208: 232-8.

Vinnuhólf - gleymum engu, öndum léttar!

Davíð B. Þórisson

sérfræðingur
í bráðalækningum, klínískur
ráðgjafi heilbrigðis- og
upplýsingatæknideild og
gæða- og sýkingavarna
Landspítala



david.thorisson@gmail.com

Vinnuhólf er nýjung í Heilsugátt sem mun hafa víðtæk áhrif í heilbrigðiskerfi Íslendinga með því að rafvæða og straumlínulaga flókna verkferla. Vinnuhólf verður brátt hluti af daglegu starfi flestra lækna og því rík ástæða til að kynna hugmyndafræðina að baki og eiginleika þess.

Vinnuhólf lokar öryggisleka

Læknar verja í dag dýrmætum vinnustundum sínum í að smella á músatakka þegar þeir fara yfir fjöldann allan af vinnulistum, til dæmis til að staðfesta rannsóknarniðurstöður, fara yfir skilaboð og afgreiða nótur. Vinnuhólf einfaldar verulega yfirferð allra vinnulista með því að sameina þá alla í einu hólfi (*one stop shop*) og bæta viðmótið. Með því kemst læknir hraðar yfir og hefur betri yfirsýn yfir öll verkefni dagsins. Þannig er Vinnuhólf alltaf tómt í lok vinnudags og notandi getur farið heim fullviss um að ekkert hafi gleymst.

Fyrir þann sem ekki fer yfir vinnulistana reglulega er tímasparnaðurinn ekki augljós en skýrist þegar skoðað er hversu mikil vinna fer í að halda utan um lausa enda með tossamiðum, óstaðfestum belgnótum og alls kyns plástrunum - eins og að troða tyggigúmmí í götóttan skipsskrokk. Gleymdar eða týndar niðurstöður geta hæglega kostað mikla aukavinnu og jafnvel valdið óbætanlegu tjóni fyrir sjúklinga. Atvikaskráningar undanfarinna ára hafa sýnt að þetta vandamál er raunverulegt og að því er virðist vaxandi í flestum stofnunum í dag. *Tímasparnaðurinn felst því í fyrirbyggjandi vinnu.*

Hér er um að ræða flókna og tímafreka vinnu þar sem atriði til yfirferðar geta hæglega orðið óþægilega mörg í lok dagsins. Því er mikil áhersla lögð á að gera notendaviðmót Vinnuhólfs sem best og forrituð sjálfvirkni nýtt til að notandi geti einblínt á það sem raunverulega þarf að bregðast við.

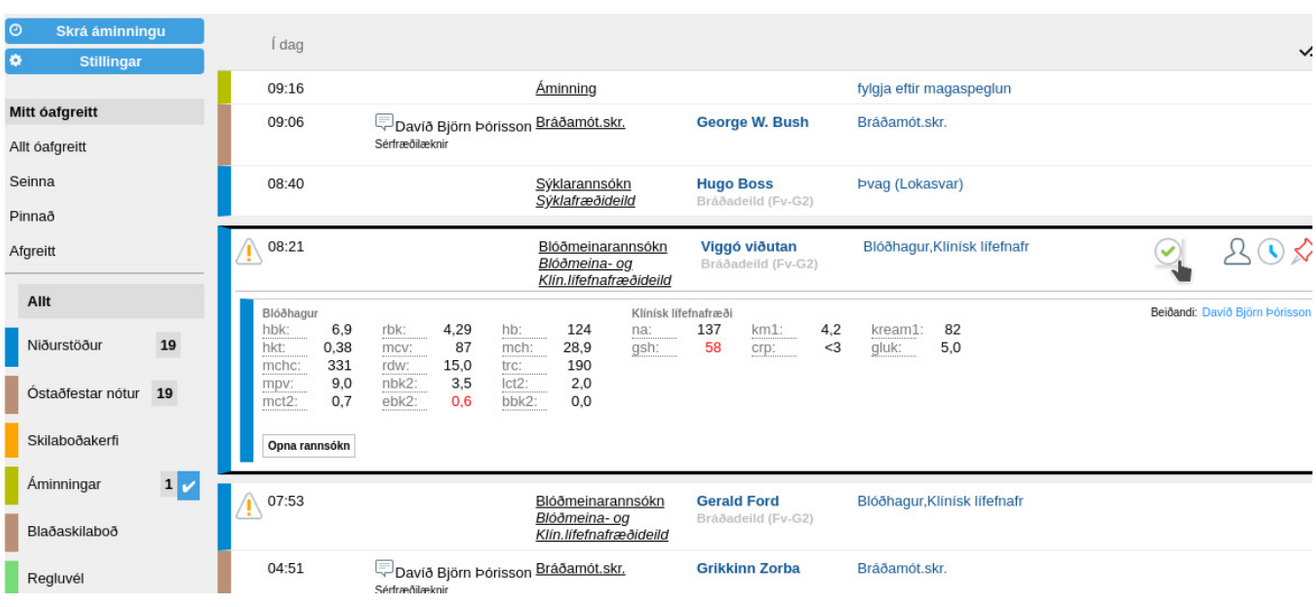
Starfsmaður sem fer samviskusamlega yfir sína vinnulista getur samt lent í því að missa af atriðum og niðurstöður dagað uppi. Veikindi, sumarfrí eða skipti milli starfsstöðva eru dæmi um aðstæður þar sem vinnulistar eru óyfirfarnir. Vinnuhólf áframsendir óklárað atriði innan ákveðins tímaramma á næsta viðtakanda í fyrirfram skilgreindri „keðju viðtakenda“ og er seinasti af mörgum öryggisventlum Vinnuhólfs sem tryggir móttöku.

Þetta er byltingarkennt að því leyti að hvað sem sent er á starfsmann (niðurstaða, skilaboð eða áríðandi tilkynning) *verður alltaf móttekið* og má því kallast „rafrænt pósthólf“. Þetta er mikil framför frá því sem er nú þar sem ekki er hægt að treysta á móttöku og því fer dýrmætur tími til spillis við það eitt að fylgja eftir erindum sem óvíst er hvort hafi náð athygli viðtakanda. Það má líkja þessu við muninn á því að senda skeyti með bréfdúfu eða DHL ábyrgðarsendingu.

Týndar rannsóknarniðurstöður munu heyra sögunni til og Vinnuhólf er því mikilvægur áfangi í að tryggja öryggi sjúklinga.

Einfaldar en öruggar samskiptaleiðir

Skilaboðakerfi Heilsugáttar hefur þegar reynst vel innan Landspítala og hefur, rétt eins og farsíminn á sínum tíma, opnað á einfaldari og þægilegri leiðir í sjúklingatengdum samskiptum. Með tengingu við Vinnuhólf geta notendur nú treyst á viðtöku skilaboða. Þannig verður notagildi þeirra enn meira og nýtist nú fyrir ábyrgðarsendingar, til dæmis tilvísanir eða beiðnir um að sinna sjúklingatengdum erindum. Sérstök eining Vinnuhólfs



Sýnishorn úr Vinnuhólfinu.

straumlínulagar móttöku beiðna og tilvísana til Landspítala og hefur stórbætt stöðu biðlista innan deildar.

Fyrir tilstuðlan Embættis landlæknis eru sjúkraskrárgrunnar landsins flestir samtengdir og frá rafrænu sjónarhorni má því líta á landið sem eina heilbrigðisstofnun. Þar mætti sannarlega nýta betur einstök og eftirsóknarverð sóknarfæri sem hafa skapast í stað þess að kýta um það hvaða sjúkraskrárkerfi á að nota.

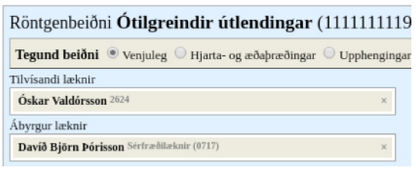
Þökk sé þessari samtengingu eru Skilaboðakerfi og Vinnuhólf bæði aðgengileg utan Landspítala (einnig innan Sögu) og geta þar með breytt miklu í samskiptum innan heilbrigðiskerfisins:

- Landspítali getur útskrifað sjúklinga fyrr þegar hægt er að tryggja skjóta eftirfylgd í heimastöð, til dæmis með því að virkja heimahjúkrun eða klínískt eftirlit.
- Landspítali getur sent sjálfvirkar tilkynningar á skráða lækna sjúklings (heimilislækni, stofulækni) um stærri atburði, svo sem aðgerðir, legur eða andlát.
- Með þægilegri yfirsýn yfir útsend erindi og öruggri viðtöku á svörum til baka verður auðveldara fyrir ytri stofnanir að nota þjónustu Landspítala.

Samfella í meðferðarþjónustu

Í núverandi kerfi eru símtöl og læknabréf einu möguleikar læknis til að hafa samskipti um sjúklinga, og hvort um sig eru tímafrek og óörugg leið þar sem engin trygging er fyrir eftirfylgd og tilfærsla ábyrgðar óskýr. Auk þess skortir rekjanleika og yfirsýn á þessum samskiptaformum. Þetta leiðir til verri þjónustu, sóunar (til dæmis læknaráps og endurtekningar á rannsóknarpöntunum) og í versta falli sjúklingaskaða.

Ein birtingarmynd vandans er það hvernig rannsóknir eru pantaðar og eftirfylgd sett í hendur þriðja aðila (til dæmis heimilislæknis) sem á að vakta niðurstöðu og taka yfir ábyrgð án þess að hafa vitneskju um vandamálið. Þetta er auðveldasta leiðin í dag og sú sem oftast er notuð. Það er bæði öruggara og þægilegra fyrir sjúkling að sá sem pantar rannsókn fylgi henni eftir sjálfur.



Með Vinnuhólfi er tryggt að engin niðurstaða geti týnst eða fyrnst og getur læknir því áhyggjulaust pantað rannsókn og verið viss um að svarið verður yfirfarið af honum sjálfum - eða öðrum ef hann er forfallaður. Vinnuhólf veitir allt sem þarf til að bæta *samfellu* í meðferðarþjónustu læknis og sjúklings. Ef niðurstaða reynist vera afbrigðileg og þarf að blanda inn þriðja aðila er auðvelt að senda skilaboð með erindi á viðkomandi sem þá tekur yfir ábyrgðina.

Þetta fyrirkomulag þar sem beiðandi fær alltaf niðurstöðu í eigið Vinnuhólf opnar á fjöldamörg sóknarfæri. Í dag eru margar rannsóknir pantaðar af starfsmanni en annar gerður ábyrgur. Kunnugleg dæmi eru almennur læknir (læknanemi) á stofugangi eða hjúkrunarfræðingur á göngudeild - sérfræðingurinn fær hér fjölda niðurstaða til að fara yfir og hefur takmarkaða vitneskju um sjúkling. Með öruggri viðtöku niðurstöðu í Vinnuhólfi er beiðandi og ábyrgur einn og sami aðilinn og því hægt að einfalda verulega tilheyrandi beiðnir og verklag.

Áframhaldandi þróun

Á hverju ári tapast dýrmætar vinnustundir lækna og ritara í það að útbúa læknabréf til að senda upplýsingar um komur sjúklinga milli stofnana. Þetta var nauðsynlegt hér áður fyrr en er nú óþarfi með samtengingu sjúkraskrárgrunna yfir allt landið.

Með tilkomu Tímalínu í Heilsugátt hefur hver stofnun á hverjum tíma fullan aðgang að sjúkraskrá sjúklings og þannig getur heimilislæknir fylgst með ferli sjúklings um leið og hann stígur inn fyrir dyr á spítalanum. Hægt er að sjá rannsóknarniðurstöður um leið og þær eru tilbúnar og hlusta á dikteringar og með skilaboðakerfinu gæti heimilis- eða stofulæknir sem þekkir sjúkling veitt ráð til meðferðarteymis á sjúkrahúsi og tekið óbeinan þátt í ferlinu og stuðlað að samfelldari þjónustu.

Langt læknabréf sem berst nokkrum vikum eftir útskrift og er afrit af ofangreindum gögnum er augljóslega ekki til mikils gagns, það hlýtur að vera gagnlegra fyrir viðtakandi lækni að fá skilaboð með vísun í stutta útskriftarnótu eða samantekt.

Þar sem Vinnuhólf tryggir örugga viðtöku væri hægt að óska eftir eftirfylgd í slíkum skilaboðum. Þetta er áreiðanlegra en læknabréf þar sem slík ósk er gjarnan falin í seinustu línum í langri samantektarskýrslu og heldur ekki tryggt að þau séu alltaf lesin yfir á hinum endanum.

Vinnuhólf og Regluvél innleiða gervigreind

Sjúkdómar verða sífellt flóknari og greiningar- og meðferðarferli þyngri eftir því sem sjúklingar lifa lengur. Gervigreind er vonarstjarna sem margir líta til og ljóst að hún opnar nýjar leiðir til að bæta þjónustu og koma í veg fyrir sóun.

Með ferli sem tryggir viðtöku á sjálfvirkum tilkynningum hefur opnast boðleið fyrir nýjung í Heilsugátt sem kallast „Regluvél“ og innleiðir rauntíma sjúklingavöktun. Regluvél fylgist með rannsóknarniðurstöðum, mælingum og skráningum (kóðunum) og bregst við fyrirfram skilgreindum aðstæðum og lætur vita með tilkynningu. Með þessu er mun fyrr hægt að bregðast við ófyrirséðum aðstæðum.

Gott dæmi væri miltislaus sjúklingur sem er skráður inn á bráðamóttöku með hita. Þetta er sjúklingur með miklar líkur á því að fara í sýkingarlost og dánartíðni veltur á því hversu fljótt sýklalyf eru gefin. Regluvél myndi finna þennan sjúkling strax og senda sjálfvirka tilkynningu í Vinnuhólf vaktlæknis og þar með stuðla að skjótri sýklalyfjagjöf. Þar sem þetta hefur verið gert erlendis hefur dánartíðni lækkað um allt að 40% og er bara eitt af fjölmörgum dæmum um notkunarsvið gervigreindar.

Árangur ræðst af innleiðingu og samvinnu

Það er eitt að þróa góða lausn og annað að koma henni í notkun. Hér þurfa augljóslega allir að vera sammála um notkun og innleiðing gerð með aðkomu allra viðeigandi aðila. Hér er fyrst og fremst verið að vekja athygli á ávinningi í öryggi sjúklinga, fækkun vinnustunda og þægindum fyrir heilbrigðisstarfsmenn. Hvort það tekst eða ekki er síðan í höndum þeirra er skipinu stýra.

Epi-penninn er fyrsta úrræðið við bráðaofnæmiskasti

Hávar Sigurjónsson

Hjalti Már Björnsson bráðalæknir og Unnur Steina Björnsdóttir ofnæmislæknir hafa undanfarið unnið í starfshópi að þýðingu og útgáfu á íslensku á alþjóðlegum klínískum leiðbeiningum við bráðaofnæmiskasti. Þau segja mikilvægt að allir læknar kynni sér leiðbeiningarnar þar sem bráðaofnæmiskast sé sjúkdómur sem flestir læknar þurfi einhvern tíma að fást við.

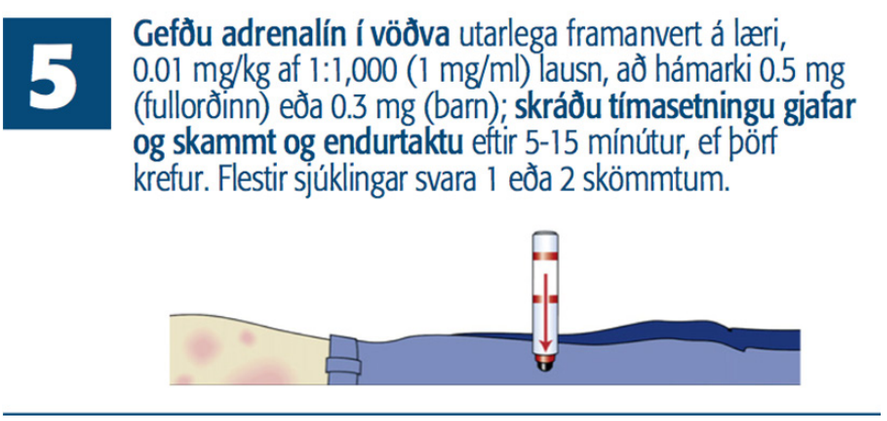
„Að baki þessum leiðbeiningum liggur sú staðreynd að nánast allir læknar lenda einhvern tíma í því að meðhöndla einstakling með bráð ofnæmiseinkenni. Hér hafa verið í notkun leiðbeiningar sem voru unnar í kringum síðustu aldamót en árið 2011 tók Alheimssamband ofnæmislækna (World Allergy Organization – WAO) sig saman og skrifaði leiðbeiningar sem voru síðan samþykktar af sennilega öllum landsfélögum í ofnæmisfræðum í heiminum. Við höfum nánast aldrei sé slíka breiðfylkingu landsfélaga sem hefur sett nafn sitt við sömu leiðbeiningarnar. Okkur hér á Íslandi í Félagi íslenskra ofnæmis- og ónæmislækna og Félagi bráðalækna þótti því nauðsynlegt að þýða þessar leiðbeiningar og kynna þær hér á landi, að fengnu leyfi WAO," segir Hjalti Már.

„Leiðbeiningarnar eru dálítið öðruvísi uppsettar en aðrar leiðbeiningar vegna þess að þær eru eiginlega tvískiptar. Annars vegar er fjallað um hvernig maður greinir bráðaofnæmiskast og hins vegar hvernig það er meðhöndlað. Þetta er dálítið snúinn sjúkdómur og það er auðvelt að þekkja dæmigerðu einkennin en til eru óvenjulegar birtingarmyndir sem geta samt verið hættulegar. Með þessum leiðbeiningum vonumst við til að betur gangi að finna þá sem eru með bráðaofnæmiskast en hins vegar líka að forða þeim frá meðferð sem eru með svipuð einkenni en af öðrum toga, til dæmis vegna þinu eða ofsabjúgs. Bráðaofnæmiskast þarf að uppfylla ákveðin skilmerki sem er lýst nánar í leiðbeiningunum en byggir yfirleitt á að einkenni séu frá að minnsta kosti tveimur líffærakerfum. Í þessum leiðbeiningum er lögð enn meiri áhersla en áður á að auka notkun adrenalíns við bráðaofnæmiskasti. Á adrenalín ávallt að vera fyrsta úrræði þegar brugðist er við bráðaofnæmiskasti. Það hefur tíðkast hér sem annars staðar að nota antihistamín og stera sem fyrstu meðferð en þessar leiðbeiningar leggja áherslu á notkun adrenalíns sem fyrstu meðferð.

Við höfum séð nýleg dæmi þar sem einstaklingar í bráðaofnæmiskasti koma í sjúkrabíl þar sem ekki er til adrenalínpenni eða bráðaliðarnir hafa ekki treyst sér til að nota pennann sem fyrstu meðferð við bráðaofnæmiskasti. „Einnig er minni áhersla lögð á að gefa andhistamín eða stera við bráðaofnæmiskasti, enda hefur ekki verið sýnt fram á að sú meðferð bæti horfur eða einkenni sjúklinga með bráð einkenni," segir Unnur Steina.

„Í leiðbeiningunum er einnig búið að endurskíra sjúkdóminn *anaphylaxis* á íslensku og hann heitir nú bráðaofnæmiskast í stað eldra heitisins bráðaofnæmislost. Að okkar mati er rangt að nota heitið bráðaofnæmislost sem samheiti yfir „anaphylaxis" þar sem lost er sérstakt ástand sem getur stafað af ýmsum ástæðum og einkennist af ónógu blóðflæði til að viðhalda líkamsstarfseminni. Til þess aðgreina þetta þá tölum við um bráðaofnæmiskast sem „anaphylaxis" en ef það veldur síðan losti er það orðið bráðaofnæmislost," segir Hjalti Már.

„Leiðbeiningarnar eru settar fram á mjög myndrænan hátt svo það á að vera auðvelt fyrir alla heilbrigðisstarfsmenn að kynna sér bæði hvernig greina á bráðaofnæmiskast og hvernig á að meðhöndla það. Leiðbeiningarnar verða settar á vef bæði Embættis landlæknis og Landspítala og við viljum hvetja allt heilbrigðisstarfsfólk til að kynna sér þessar leiðbeiningar og mælumst til þess að þær séu hengdar upp þar sem líklegt er að þetta geti komið fyrir. Einnig ættu allir heilbrigðisstarfsmenn sem geta þurft að sinna þessu bráðavandamáli að fara yfir einu sinni á ári hvernig bregðast skuli við. Við viljum líka auka útbreiðslu á þessari þekkingu með því að útbúa fyrirlestur um þetta efni sem heilbrigðisstarfólk getur hlaðið niður og notað til kynningar og fræðslu á sínum vinnustað," segir Unnur Steina.



Mynd úr klínísku leiðbeiningunum um bráðaofnæmi.

„Við höfum einnig útbúið skriflegar leiðbeiningar til sjúklinga sem er handhægt að prenta út og afhenda sjúklingi við útskrift og hann getur þá lesið þær í ró og næði heima og kynnt sér hvernig bráðaofnæmiseinkenni lýsa sér og hvað á þá að gera. Frumskilyrði þess að þessar leiðbeiningar nái tilgangi sínum er að notkun adrenalínpenna verði skilyrðislaust fyrsta meðferð og að sjúklingar sem fengið hafa bráðaofnæmiskast séu útskrifaðir með adrenalínpenna og kennt að nota þá rétt. Heilbrigðisstarfsmenn þurfa einnig að fá þjálfun í notkun þeirra og þeim uppálagt að nota frekar einum penna of mikið en einum of lítið og ekki tefja gjöf með penna ef einkennin eru komin af stað. Þar sem sjúklingur getur verið í slíku ástandi að hann er ófær um nota pennann sjálfur þurfa ættingjar að kunna notkun hans. Adrenalínpennar eiga einnig að vera til staðar í leikskólum og grunnskólum og starfsmenn þar eiga að þekkja notkun pennans," bætir Unnur Steina við.

„Það má einnig árétta að ef adrenalínpenninn er notaður rétt, með sprautun í lærvöðva, veldur hann ekki hættulegum aukaverkunum. Við mælum þó ekki með því að allir sem telja sig vera með ofnæmi af einhverju tagi gangi með adrenalínpenna á sér en allir sem greindir hafa verið með bráðaofnæmi og/eða fengið bráðaofnæmiskast eiga skilyrðislaust að hafa hann innan seilingar. Það er rétt að taka fram að ekki á að gefa adrenalín í æð við bráðaofnæmiskasti nema í algjörum undantekningartilfellum þar sem því geta fylgt lífshættulegar aukaverkanir. Það eru væntanlegir á markaðinn nýir pennar með lengri nál sem gera þá enn öruggari í notkun en áður og það er í rauninni lítið mál að nota adrenalínpennann þegar búið er að komast yfir óttann við að beita honum," segir Hjalti Már að lokum.

Bót og betrun

Lækningar í Skriðuklaustri á fyrri hluta sextándu aldar

Steinunn Kristjánsdóttir

Prófessor í fornleifafræði við Háskóla Íslands og Þjóðminjasafn Íslands.

sjk@hi.is

Ágrip

Rannsókn á beinagrindum, gripum og öðrum leifum sem grafnar voru upp á Skriðu í Fljótsdal á árunum 2002-2012 sýna að spítali var starfræktur í klaustri því sem þar var rekið frá 1493-1554. Hér verður sagt frá þeim sjúkdómum og kvillum sem hrjáði sjúklingana þar en einnig hvaða meðferðarúrræði og þjónusta stóð þeim til boða. Íslendingar glímdu augljóslega við sömu kvilla og aðrir Evrópubúar á tímum klaustursins og nutu samskonar lækninga. Notuð voru meðul eins og kvikasilfur en líka leitað í trúna. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að tvöfalt heilsuverndarkerfi hafi verið rekið í landinu á miðöldum, rétt eins og viðast hvar var gert meðal í Evrópu á sama tíma. Samkvæmt gildandi lögum þessa tíma, Jónsbók, áttu landsmenn að sinna þurfandi ættingjum sínum með hjálp hreppanna. Það hafa þeir vafalaust gert að því marki sem kostur var á en klaustrin tóku síðan augljóslega við þeim allra verst settu. Þetta er ekki ólíkt því sem tíðkast í samfélögum nútímans en leitað er eftir sérhæfðri aðstoð á spítölum, líknardeildum og heimilum fyrir aldraða þegar geta til að aðstoða skyldmenni heima fyrir þrýtur. Þegar klaustrunum var lokað við siðaskiptin var enginn spítali eða líknarstofnun rekin í landinu um langa hríð.



Mynd 2. *Líkneski af heilagri Barböru fannst við uppgröftinn. Það hefur gegnt mikilvægu hlutverki í spítalahaldinu í klaustrinu en hægt var að heita á hana til að lækka sótthita (mynd: Jónas Hallgrímsson). Hversu há? hvar varðveitt?*

Inngangur

Fornleifarannsóknir leiddu nýverið í ljós að sérhæfður spítali var rekinn í klaustrinu á Skriðu í Fljótsdal á fyrri hluta 16. aldar. Skriðuklaustur var stofnað seint á 15. öld af einkaaðilum í samstarfi við Skálholtsbiskup eftir langvarandi hörmungar í landinu vegna náttúruhamfara og farsótta. Því var síðan lokað vegna siðaskiptanna eftir aðeins 6 áratuga rekstur. Á rekstrartíma þess voru 8 önnur klaustur starfandi í landinu en klausturstofnanir urðu alls 14 frá því fyrsta klaustrið var stofnað að Bæ í Borgarfirði árið 1030 þar til það síðasta, Skriðuklaustur, var stofnað árið 1493. Klaustrin náðu mörg – ekki öll – að festa sig í sessi eftir töluverða erfiðleika fyrstu aldirnar eftir kristnitöku og urðu ásamt biskupsstólunum að umsvifamestu kirkjulegu stofnunum í landinu fram til siðaskipta. Þau höfðu það hlutverk að þjóna almenningi með margvíslegum hætti og tóku að sér þurfamenn, það er sjúka, fátæka, heimilislausa og örvasa gamalmenni. Ráku sum þeirra spítala, eins og gert var á Skriðuklaustri.[1] Enn fremur gat almenningur allur, hvort sem það voru karlar, konur eða börn, kosið að flytjast í klaustrin án þess að taka vígslu og starfa fyrir þau í þágu almættisins og samfélagsins alls. Voru þeir kallaðir leikmenn til aðgreiningar frá hinum vígðu.

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

Xarelto 15 mg/20 mg filmuhúðaðar töflur – Skyldutexti

▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skal Lyfjastofnun um **allar** aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. **Virkt efni:** Rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúpbláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Frábendingar:** •Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. •Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. •Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðingu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. •Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparinux), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynningarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. •Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur af flokki Child Pugh B og C. •Meðganga og brjóstagjöf. **Heimild:** Unnið í nóvember 2017 úr Samantekt á eiginleikum lyfs (nóvember 2017). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst. Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. Markaðsleyfishafi:** Bayer AG. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Vinsamlegast hafið samband í síma 8218046 ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum um lyfið. **Afgreiðslumáti og greiðsluþátttaka:** R, G. **Hámarkssmásöluverð þynnupakkninga (janúar 2018):** 11.783 kr. (28 stk.), 16.913 kr. (42 stk. – 15 mg eingöngu), 35.749 kr. (98 stk.), 36.856 kr. (100 stk.).
BAY171201

Kvöddu Heilbrigðisstofnun Suðurlands eftir 154 ára starf

Magnús Hlynur Heiðarsson

Í byrjun apríl 2018 voru 7 starfsmenn kvaddir sem létu af störfum sökum aldurs á Heilbrigðisstofnun Suðurlands (HSU) á árinu 2017. Samanlagður starfsaldur fólksins við stofnunina eru 154 ár, en innan hópsins eru einstaklingar sem hafa starfað hjá stofnuninni í 30-40 ár. Þau hafa því starfað hjá HSU nær allan sinn starfsferil sem er einstakt. „Við þökkum þeim öllum fyrir vel unnin störf, gott samstarf í gegnum árin og trúmennsku í þágu heilbrigðisþjónustu á Suðurlandi, auk þess að óska þeim farsældar og velfarnaðar í framtíðinni," segir Herdís Gunnarsdóttir, forstjóri HSU.

Þau sem létu af störfum eru:

- Ásta Skúladóttir, móttökuritari á heilsugæslunni í Laugarási, starfaði hjá HSU í 6 ár.
- Bóthildur Steinþórsdóttir, ljósmóðir Selfossi, starfaði hjá HSU í 18 ár.
- Helgi Hauksson, læknir á heilsugæslunni í Þorlákshöfn, starfaði hjá HSU í 38 ár.
- Ingunn Úlfars Sigurjónsdóttir, læknaritari á Selfossi, starfaði hjá HSU í 40 ár.
- Svanlaug Eiríksdóttir, starfsmaður í þvottahúsi Selfossi, starfaði hjá HSU í 9 ár.



Fimm af starfsmönnunum sem höfðu tök á því að mæta þegar þeim var haldið kveðjuhóf eftir farsælt og gott starf hjá Heilbrigðisstofnun Suðurlands. Frá vinstri: Ingunn Úlfars Sigurjónsdóttir, Helgi Hauksson, Þorbjörg Ársælsdóttir, Þorkell Guðbrandsson og Svanlaug Eiríksdóttir.

- Þorbjörg Ársælsdóttir, launafulltrúi á skrifstofu Selfossi, starfaði hjá HSU í 34 ár.
- Þorkell Guðbrandsson, læknir á lyflækningadeild Selfossi, starfaði hjá HSU í 9 ár.

Þá má geta þess að tveir starfsmenn sem störfuðu í Vestmannaeyjum hættu einnig á árinu 2017 sökum aldurs og verður þeim haldið sérstakt kveðjuhóf í Vestmannaeyjum fljótlega.

HSN Heilbrigðisstofnun Norðurlands

Heilbrigðisstofnun Norðurlands óskar eftir sérfræðilæknum og almennum læknum til starfa og afleysinga í lengri og styttri tíma. Til greina kemur að ráða lækna í verktöku sé þess óskað

Upplýsingar gefa

Örn Ragnarsson *orn.ragnarsson@hsn.is* s: 847 5681, framkvæmdastjóri lækninga
Þórhallur Harðarson *thorhallur.hardarson@hsn.is* s: 892-3091, mannauðsstjóri
Jón H. Björnsson *jon.helgi.bjornsson@hsn.is* s: 893-3778, forstjóri

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

100 ÁRA

AFMÆLISDAGSKRÁ LÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS

2018

Maí	Ball í Iðnó, 11. maí - læknahljómsveitin **Sobril** spilar Golfmótaröðin: Keilir/Hvaleyrarvöllur 18. maí Fjallganga/FÍFL
Júní	Fjölskylduskemmtun á Klambratúni 2. júní Golfmótaröðin: Hlíðavöllur í Mosfellsbæ 29. júní
Júlí	Golfmótaröðin: Brautarholt á Kjalarnesi 25. júlí
Ágúst	Ljósmyndasýning Golfmótaröðin: Leirdalsvöllur, GKG, 31. 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

ACCUVEIN ÆÐASJÁIN
HJÁLPAR ÞÉR AÐ FINNA GÓÐAN STUNGUSTAÐ



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

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

FASTUS
Veit á vandaða lausn

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



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

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

PFI-18-04-04 PP-CHM-DNK-0119 April 2018

Fylgstu með reynslu sjúklinga þinna, svo þú sjáir árangurinn

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

Nikótínlaus leið til að hætta að reykja [3]

CHAMPIX® VARENICLIN

Heimildir:
1. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet 2016; Vol 387:2507-2520. **2.** Jorenby DE, et al. JAMA 2006;296:56-63. **3.** CHAMPIX Samantekt á eiginleikum lyfs, 11. apríl 2018. **4.** West R, et al. Psychopharmacology 2008;197:371-377. **5.** Pisinger CH. Behandling af tobaksafhængighed – Anbefalingar til en styrket klinisk praksis. 2011 Sundhedsstyrelsen.

*16 meðalalvarlegar og alvarlegar taugageðrænar aukaverkanir, þ.m.t.: kvíði, þunglyndi, óeðlileg líðan, fjandsamleg hegðun (teljast mjög alvarlegar aukaverkanir), æsingur, árásargirni, ranghugmyndir, ofskynjanir, manndrápshugsanir, oflæti, ofsahræðsla, vænisýki, geðrof, sjálfsmorðshugsanir, sjálfsmorðshegðun og sjálfsvíg (teljast meðalalvarlegar eða alvarlegar aukaverkanir).

CHAMPIX (vareniclin) 0,5 mg og 1 mg filmuhúðaðar töflur
Ábendingar: CHAMPIX er notað hjá fullorðnum til að hætta reykingum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.** Markaðsleyfishafi: Pfizer Limited. Pakkningar og verð 1. apríl 2018: Upphafspakkning (0,5 mg 11 stk+1 mg 42 stk): 13.622 kr. 8 vikna framhaldspakkning (1 mg, 112 stk): 23.462 kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 0. Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) dags. 11. apríl 2018. Ef óskað er eftir frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.