LÆKNABLAÐIÐ • 6. tbl. 104. árg. • Júní 2018

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



2018; 104: 273-324

laeknabladid.is

6/2018

104. árgangur: 273-324







NJÓTTU TILVERUNNAR Á SIGLÓ

Láttu fara vel um þig og þína á Sigló Hótel.
Góður matur og drykkir, notalegt andrúmsloft, heitur pottur og gufa ásamt úrvali afþreyinga.

SIGLÓ HÓTEL

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

„Þau koma reykjandi úr barnaskólanum“

Læknar hafa lengi látið að sér kveða í opinberri umræðu um heilbrigðismál þjóðarinnar. Í krafti menntunar sinnar og reynslu og niðurstaðna klínískra rannsókna benda þeir á það sem betur má fara. Fyrir hundrað árum voru læknar að hlutast til um aðgengi að hreinu vatni og heilnæmum húsakynnum, að koma í veg fyrir vannæringu og áfengisneyslu og vinna að uppbyggingu heilsustofnana og sjúkrasamlaga. Stefið er kunnuglegt þótt ný vandamál kalli stöðugt á nýjar lausnir.

Þótt umræðan um rafrettur í dag minni töluvert á þá umræðu sem fram fór á síðustu öld um reykingar þá er varnarlínan önnur þegar verið er að innleiða nýjungar en að breyta inngrónum venjum. Reykingar voru töluvert almennar og hugtakið óbeinar reykingar óþekkt með öllu. Foreldrar reyktu áhyggjulausir á heimilunum og læknar við vinnu sína.

Merking sígarettupakka með varúðarmiðum hófst árið 1969 og ári síðar var talið fullsannað að reykingar orsökuðu lungnakrabbamein. Yfirlýsingin varð blaðamanni Vísis tilefni til að ræða vaxandi reykingar meðal barna og unglinga undir fyrirsögninni: „Þau koma reykjandi úr barnaskólanum“ segja skólamenn um nemendur sína. Greininni var ætlað að vekja fólk til vitundar um skaðsemi reykinga og kallað eftir viðhorfsbreytingu. Bent var á að



áróður lækna eða hvatning skólamanna nægði ekki til og stöðugt yngri börn ánetjuðust reykingum. Myndin sem fylgdi greininni var valin af kostgæfni og ætlað að undirstrika alvöru málsins. Tveir drengir, fjögurra og fimm ára, hafa komist yfir sígarettur. Þeir bera sig fagmannlega að og hafa haft vit á að fela sig fyrir augum fullorðna fólksins, í öruggu skjóli bak við stóran stein en of uppteknir til þess að koma auga á Jón Birgi Pétursson ljósmyndara.

Myndin er tekin í Lambastaðahverfi á Seltjarnarnesi um 1969 og er birt með leyfi Ljósmyndasafns Reykjavíkur.

Anna Þorbjörg Þorgrímsdóttir

Læknablaðið hefur fengið Önnu Þorbjörgu Þorgrímsdóttur 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.

Ása Bryndís Guðmundsdóttir, Bára Dís Benediktsdóttir, Elva Rut Sigurðardóttir og Ólafur Pálsson. Myndina tók ljósmyndari spítalans, Þorkell Þorkelsson.



Ungir vísindamenn Landspítala 2018

Á uppskeruhátíð Landspítala voru veittir Vísindasjóðsstyrkir uppá 73 milljónir króna til 90 verkefna. Þá fengu fjórir ungir vísindamenn styrk: Ása Bryndís Guðmundsdóttir lyfjafræðinemi, Bára Dís Benediktsdóttir læknir, Elva Rut Sigurðardóttir læknanemi og Ólafur Pálsson læknir.

Ása Bryndís Guðmundsdóttir er í doktorsnámi í ónæmisfræði við læknadeild HÍ og ber doktorsverkefni hennar heitið „Utanfrumufjölsykrur blágrænþörunga úr Bláa Lóninu draga úr tjáningu angafrumna á SYK og CLEC7a“.

Bára Dís Benediktsdóttir rannsakar erfðabreytileika sem veldur skyndidauða og er rannsóknin unnin í samstarfi Landspítala og Íslenskrar erfðagreiningar.

Elva Rut Sigurðardóttir rannsakar nýgengi fósturköfnunar á Íslandi og hvernig það hefur breyst á undanförnum árum.

Ólafur Pálsson hefur rannsakað alla sjúklinga á Íslandi með sóragigt sem eru að hefja meðferð með líftæknilyfjum.

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

6. tölublað • 104. árgangur • 2018

LEIÐARAR



279

Þóra Steingrímsdóttir

Skimun á meðgöngu og fósturgreining

Óralöng leið er frá bábiljum um að lögun kviðar á meðgöngu segi til um kyn barns til þess að nú er hægt að greina erfðamengi fósturs í einu litlu blóðsýni úr móður.



229

Óskar Þór Jóhannsson

Að vita eða ekki að vita, þarna er efinn . . .

Leggjum áherslu á rannsóknir til að fundið mein snemma og leiðir til að draga úr myndun þeirra. Þekkingu fylgir mikil ábyrgð og nú er kominn tími til að horfast í augu við þá ábyrgð.

FRÆÐIGREINAR

283

Sif Ormarsdóttir, Páll Helgi Möller, Alma Rut Óskarsdóttir, Pétur Hannesson, Arthur Löve, Haraldur Briem

Evrópufaraldur lifrarbólgu A á Íslandi árið 2017. Algengar breytingar í gallblöðru á myndgreiningu

Þessi samantekt nær til sjúklinga sem leituðu á Landspítala árið 2017 og voru greindir með bráða lifrarbólgu. Kannað var hvort önnur tilfelli með jákvæð mótefni hefðu greinst á rannsóknarstofu spítalans í veirufræði. Ekki hafði verið tilkynnt um önnur tilfelli utan Landspítala á árinu. Farið var yfir sjúkraskýrslur og kannaðar upplýsingar um heilsufar, áhættuhegðun, utanlandsferðir, neyslu áfengis, lyfja og náttúruefna.

289

Þórdís Jónsdóttir, Heiðdís Valdimarsdóttir, Laufey Tryggvadóttir, Sigrún Lund, Maríanna Þórðardóttir, Magnús Karl Magnússon, Unnur Valdimarsdóttir

Viðhorf íslenskra kvenna til erfðaráðgjafar og erfðaprófa á BRCA1 og BRCA2 stökkbreytingum

1129 konur (69%) svöruðu spurningalista um erfðaráðgjöf og próf. Meðalaldur var 47 ár og tæpur helmingur (47%) þekkti til BRCA stökkbreytinga. Óháð ættarsögu um krabbamein hafði meirihluti kvenna áhuga á að fara í erfðaráðgjöf (79%) og í erfðapróf (83%), sérstaklega yngri konur. Hins vegar höfðu einungis 4% kvennanna þegar farið í erfðaráðgjöf og 7% í erfðapróf. Konur með ættarsögu um krabbamein höfðu meiri vitneskju um BRCA stökkbreytingarnar og virtust síður hræðast afleiðingar þess að hafa slíka stökkbreytingu samanborið við konur með litla ættarsögu. Óháð ættarsögu hafði helmingur (49%) áhyggjur af því að niðurstöður erfðaprófa hefðu áhrif á sjúkratryggingar. Nær allar konurnar (97%) voru hlynntar eða mjög hlynntar því að erfðaupplýsingar sem liggja fyrir í vísindaskyni séu nýttar til að upplýsa arfbera stökkbreytinganna.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 100 ÁRA

298

Ólafur Þ. Harðarson

Stjórnmálaþátttaka íslenskra lækna

Alþingismannatal sýnir að frá stofnun Alþingis árið 1845 hafa tæplega 30 læknar setið á þingi sem aðalmenn, en fáeinir til viðbótar hafa tekið sæti sem varamenn. Margir læknar hafa líka setið í sveitarstjórnum, sumir um árabil. Þá hafa ýmsir læknar tekið þátt í stjórnmálum með greinaskrifum og félagsstarfi – og sumir verið áberandi og áhrifamiklir.



UMFJÖLLUN OG GREINAR



304

„Umræðan um sérfræðiþjónustuna hefur einkennst af vanþekkingu“ segir Þórarinn Guðnason nýkjörinn formaður LR

Hávar Sigurjónsson

Læknafélag Reykjavíkur stendur frammi fyrir miklum breytingum á innra skipulagi og hlutverki. Skipulagsbreytingar á LÍ sem samþykktar voru á síðasta aðalfundi kalla á þessa umbyltingu. *Læknablaðinu* lék hugur á að vita hvernig Þórarinn hjartalæknir og formaður LR hygðist nýtt hlutverk þess.

308

„Okkur ber skylda til að vara þetta fólk við“

Hávar Sigurjónsson

segir Kári Stefánsson um upplýsingavef ÍE um arfgengi BRCA2-stökkbreytingarinnar
„Það má segja að þó svo það verði ekki nema ein kona sem deyr fyrir aldur fram af því að hún leitaði ekki eftir þessum upplýsingum þá er það einni konu of mikið.“





317

Meðgöngutíma lifrarbólgu A fyrst lýst á Íslandi

Haraldur Briem

Ingólfur Gíslason læknir í Vopnafjarðarhéraði ritaði grein í Læknablaðið um *icterus epidemicus* sem gekk í héraðinu árið 1918.







320

Þrír nýir doktorar í læknisfræði frá HÍ

Læknablaðið tekur upp þá nýbreytni að kynna stuttlega þá lækna sem taka doktorspróf.

322

Styrkir veittir úr sjóði Sigríðar Lárusdóttur

323

Lokað útboð í rannsóknahús Landspítalans



310

Sérgrein í örri þróun

- segja þær Hildur Harðardóttir og Hulda Hjartardóttir um fæðingarlækningar, fósturgreiningar og áhættumeðgöngulækningar

Hávar Sigurjónsson

Samtök norrænna fæðingarlækna héldu fund í Reykjavík í byrjun maí.

EMBÆTTI LANDLÆKNIS 24. PISTILL

312

Er þörf á hugarfarsbreytingu?

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

Notkun nokkurra algengra lyfjaflokka er meiri á Íslandi en í nágrannalöndunum og í sumum tilfellum er munurinn verulegur.

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



303

Hjalti Már Þórisson

Af hverju svona metnaðarlaus?

313

Heiðursvísindamaður Landspítala 2018

Runólfur Pálsson prófessor í lyflæknisfræði

ÖLDUNGAR

318

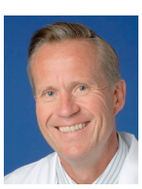
Merkismanns minnst á afmælisári

Árni Kristinsson

Á aldarafmæli LÍ er viðeigandi að rifja upp starf brautryðjandans Sigurðar Samúelssonar sem reisti sér óbrotgjarnan minnisvarða með stofnun Hjartaverndar.

LYFJASPURNINGIN





315

Andkólínvirk byrði vegna lyfja hjá öldruðum

Elín Jacobsen, Einar S. Björnsson

Sjúklingur var með lista yfir 13 lyf sem hann tók daglega.

324

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

Alvogen

Hospira
A Pfizer Company

Sérlyfjatexti á bls. 296

Skimun á meðgöngu og fósturgreining

Alla tíð hafa leikir og lærðir reynt að gera sér grein fyrir líðan barns í móðurkviði, eiginleikum þess, kyni, heilsu og horfum, án tillits til möguleika okkar til að hafa áhrif þar á. Í læknisfræði og heilsuvernd okkar tíma leggjum við okkur þó almennt fram um að skima eftir og greina aðeins ástand og sjúkdóma sem hægt er að meðhöndla, fyrirbyggja eða milda. Þetta á sannarlega við í mæðravernd, þar sem mjög víðtæk skimun er eitt helsta verkfærið.

Leiðin hefur verið löng frá bábiljum um að lögun legs og kviðar á meðgöngu segi til um kyn barnsins til þess að nú er hægt að greina erfðamengi fóstursins í einu litlu blóðsýni úr móðurinni. Hraðinn á þeirri leið hefur hins vegar verið eins og veldisvöxtur og engin ástæða er til að ætla að þar hægi nokkuð á. Fræðin eru orðin umfangsmikil og fósturgreining og meðgöngusjúkdómar (*fetal medicine*) hafa frá 2015 verið viðurkennd sem ein af 5 undirsérgreinum fæðinga- og kvensjúkdómalækninga hérlendis.

Skimun á meðgöngu felur í sér fjölmargt. Snemma í þungun er meðgöngulengd ákvörðuð með ómskoðun, en það er mikilvæg forsenda þess að hægt sé að fylgjast með fósturvexti og eykur öryggi síðar á meðgöngunni. Skimað er eftir gömlum og nýjum sýkingum, blóðleysi, rauðkornamótefnum, frávikum í fósturvexti, háþrýstingi og heilsuspillandi lifnaðarháttum auk áhættuþátta meðgöngueitrunar, sykursýki, skjaldkirtilssjúkdóma, segahneigðar og geðrænna vandamála. Í ómskoðun við 20 vikna meðgöngu er skimað eftir sköpulagsgöllum og óeðlilega staðsettri fylgju. Þá eru ótaldar viðbótarskimanir og eftirlit í fjölburameðgöngum. Allt ofangreint er að jafnaði boðið hverri barnshafandi konu en einnig mælt með að hún þiggi og er henni að kostnaðarlausu.

Auk þessa eru möguleikar á skimun og greiningu á litningafrávikum og þar hefur þróunin verið hvað hröðust undanfarið. Mælt er með að barnshafandi konum í mæðravernd séu boðnar upplýsingar um þessa skimunarmöguleika, en ekki beinlínis boðin skimunin sjálf í fyrstu og enn síður mælt með henni, sem er heldur ekki ókeypis.

Hérlendis er í dag skimað með samþættu líkindamati við 11-13 vikna meðgöngulengd eftir þremur litningaþrístæðum: 21, 18 og 13, sem birtast í heilkennum Downs, Edwards og Patau (í sömu röð). Gefnar eru tölulegar líkur á þessum þrístæðum út frá niðurstöðum ómskoðunar og lífefnavísum. Þessi skimun getur að auki vakið grun um og leitt til greiningar á öðrum frávikum, til dæmis þrílitnun (*triploidy*), Turner-heilkenni, ýmsum sköpulagsgöllum og vaxtarseinkun svo eitthvað sé nefnt. Vakni grunur eða séu líkur „auknar“ á litningafrávikum þarf ástungu til sýnatöku til fullrar greiningar. Slíkt inngrip hefur vissa hættu á fósturláti í för með sér.

Framfarir og þróun í erfðafræði hafa getið af sér nýja möguleika í þessu ferli þar sem NIPT (*non-invasive prenatal testing*) kemur til sögunnar. NIPT er greiningarpróf þar sem erfðaefni fósturs er einangrað úr blóði móður og hægt er að kortleggja litningagerð þess og þar með greina frávik. Ótvíræður er kostur þess að ekki þarf hættulegt inngrip til greiningar, en líta má á það sem ókost að við getum setið uppi með óþarflega miklar upplýsingar.

Notkun þessarar tækni er mislangt á veg komin í nágrannalöndum okkar og ekki komin í gagnið hér á landi. Löggjöf, faglegar vinnureglur og viðhorf til fósturgreiningar og meðferðar á meðgöngu eru mismunandi milli landa og var það meðal umræðuefna á norrænu þingi um fósturgreiningu og meðgöngusjúkdóma sem nýlega var haldið í Reykjavík og fjallað er um í þessu tölublaði.

Þingið var þverfaglegt þar sem fæðinga- og kvensjúkdómalæknar, erfðafræðingar, ljósmæður, siðfræðingar og erfðaráðgjafar tóku þátt auk leikmanna, ef leikmenn skyldi kalla; fólk sem hefur nýtt sér möguleika fósturskimunar og -greiningar og þurft að taka erfiðar ákvarðanir þar að lútandi. Einkum var málþing um siðfræði og reynslu foreldra áhugavert og vandað og bar vitni auðmjúkum áhuga þessara sérfræðinga á siðfræðilegum álitamálum og vanda í sérgrein sinni. Siðfræðiumræðan tekur aldrei enda og á ekki að gera það. Hún er okkur nauðsynlegur stuðningur í starfi.

Heimild

Klínískar leiðbeiningar um meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Embætti landlæknis 2008 (endurskoðun 2010).



Þóra Steingrímsdóttir

fæðinga- og kvensjúkdómalæknir við læknadeild Háskóla Íslands og kvennadeild Landspítala

thoraste@landspitali.is

Screening in Pregnancy and Fetal Medicine

Þóra Steingrímsdóttir MD, Professor of Obstetrics and Gynecology, University of Iceland

doi.org/10.17992/lbl.2018.06.186

Tresiba® – grunninsúlín – 42 klukkustunda verkun, gefið einu sinni á dag[1]



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

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





IS/TB/0716/0285 maí 2018

Heimildir

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

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

Heiti virkra efna
Einn áfylltur lyfjapenni inniheldur 300 eða 600 einingar af deglúdekinsúlíni í 3 ml lausn. 1 ml af lausninni inniheldur 100 eða 200 einingar af deglúdekinsúlíni (jafngildir 3,66 eða 7,32 mg af deglúdekinsúlíni).

Ábendingar
Meðferð við sykursýki hjá fullorðnum, unglingum og börnum frá 1 árs aldri.

Frábendingar
Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna

Markaðsleyfishafi
Novo Nordisk A/S
Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danmörk.

Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

novo nordisk®

TRESIBA®
deglúdekinsúlín

Að vita eða ekki að vita, þarna er efinn ...

Í þessu tölublaði *Læknablaðsins*[1] er birt grein þar sem fram kemur mikill áhugi kvenna sem tóku þátt í hópleit vegna brjóstakrabbameina haustið 2015 á því að fara í erfðaráðgjöf (79%) og í erfðarannsókn (83%) vegna mögulegra stökkbreytinga í *BRCA*-genum.

Umræða um erfðabreytingar á Íslandi hefur of lengi snúist um að finna gen eða arfbera, en of lítið um hvað gera eigi þegar niðurstaða liggur fyrir. *BRCA*-eftirlit felst meðal annars í skoðun og myndgreiningareftirliti. Núna bíða 170 konur eftir endurköllun úr hefðbundinni hópleit og hafa sumar þeirra beðið í nokkra mánuði. Aðeins eitt segulómtæki sinnir þeim sem þurfa segulómun til greiningar og eftirlits. Ekki er til staðar búnaður til að framkvæma segulómstýrðar ástungur sem þó er talin forsenda þess að segulómun brjósta sé gerð í þessu skyni. Sama tæki er notað við myndeftirlit arfbera og einnig er notað við nær allar segulómskoðanir sem þarf að gera við Landspítala við Hringbraut og því umsetið. Þetta hefur þegar leitt til annmarka á því að tryggja öllum þekktum arfberum reglubundið ráðlagt eftirlit. Ef þeim sem er ráðlagt eftirlit fá það ekki eða illa er hætt við að arfberi upplifi kvíða eða óvissu sem getur leitt til þess að hann óski eftir og fari í fyrirbyggjandi aðgerð sem hann ekki talið sig þurfa á þeim aldri eða tímapunkti í lífi sínu, enda mismunandi milli ætta hve mikil áhætta er og hvenær á æviskeiði hún er hæst. Tryggja verður að eftirliti og fyrirbyggjandi aðgerðum sé sinnt með ráðlögðum hætti og að arfberi fái ráðgjöf frá aðila sem hann getur treyst að sé með hagsmuni hans að leiðarljósi og upplifi traust og trúnað gagnvart því að ráðleggingar séu hvorki lagðar upp út frá takmarkaðri getu hins opinbera kerfis (t.d. innan Landspítala) eða hagsmunum aðila sem beinan hag hafa af ráðum sem þeir veita, til dæmis um hvaða fyrirbyggjandi aðgerð sé ráðlögð og hvenær.

Þetta er knýjandi mál í ljósi þess að Íslensk erfðagreining hefur nú opnað vefsíðu þar sem þeir sem tekið hafa þátt í rannsóknum fyrirtækisins geta fengið að vita hvort *BRCA2:c.771_775del5*-stökkbreyting hefur greinst í þeim rannsóknum. Þetta er fagnaðarefni því eins og kemur fram í samþykkisblöðum rannsókna Íslenskrar erfðagreiningar meðal annars á brjóstakrabbameini, var heitið að upplýsa ef niðurstöður kæmu í ljós er hefðu mikilvæg áhrif á heilsufar viðkomandi. Vandamálið er hins vegar að *BRCA2:c.771_775del5*-stökkbreytingin er ein margra stökkbreytinga í *BRCA*-genum sem fundist hafa í Íslendingum. Hún er vissulega sú algengasta en áhættan sem fylgir hinum er síst minni og því mikilvægt ef ætlunin er að bjarga lífum að upplýsa um hinar breytingarnar líka því í dag eru sennilega þekktar um 6 landlægar breytingar í *BRCA*-genum. Ef ákveðið hefur verið að mikilvægt sé að arfberar fái að vita að þeir séu það, hví ekki að upplýsa einnig um stökkbreytingar í öðrum meinvaldandi genum, hvort sem um er að ræða gen tengd brjóstakrabbameinum eða öðrum krabbameinum, eins og til dæmis í genum sem valda Lynch-heilkenni sem leiða meðal annars leiðir til ristilkrabbameins og eru líklega algengari á Íslandi en meðal margra annarra þjóða. Að beina athyglinni einungis að *BRCA2:c.771_775del5*, hvort sem það er á vefsíðu Embættis landlæknis eða annarra, er líka einföldun sem felur í sér þá áhættu að sá sem fær upplýsingar um að hann sé ekki *BRCA2:c.771_775del5*-arfberi muni ekki leita sér frekari upplýsinga, jafnvel þó að í texta vefsíðu sé ráðlagt að leita erfðaráðgjafar ef til staðar er fjölskyldusaga um krabbamein hjá leitanda.

Að greinast með krabbamein er hættulegt lífi. Það er ánægjulegt að nýlegar rannsóknir benda til að *BRCA*-arfberar sem greindust með brjóstakrabbamein hafi svipaðar eða betri horfur en jafnaldrar þeirra sem greindust en eru ekki arfberar, ef meðferð þeirra fól í sér krabbameinslyfjameðferð. Að vera arfberi þarf ekki lengur að vera eingöngu neikvætt ef viðkomandi greinist með krabbamein en best er að forða einstaklingi frá meini. Mikilvægt er að tryggja samstöðu vísindamanna, lækna og hins opinbera um stuðning við arfbera. Sjáum til þess að allir sem fá að vita að þeir beri meinvaldandi breytingu fái víðtæka erfðagreiningu, fái þær upplýsingar og þjónustu andlega og líkamlega sem þarf og viðkomandi vill þiggja. Sjá verður til þess að unnt sé að veita ráðlagt eftirlit, að arfberi fái hlutlausar upplýsingar um stöðu sína, til dæmis til að geta valið sér réttan tíma til að yfirgefa eftirlit og fara í fyrirbyggjandi aðgerðir. Leggjum áherslu á rannsóknir til að geta fundið mein snemma og leiðir til að draga úr myndun þeirra. Mikilli þekkingu fylgir mikil ábyrgð. Kominn er tími til að horfast í augu við þá ábyrgð. Á Íslandi ættum við að hafa alla burði til að sinna arfberum okkar vel og verða fyrirmynd að því hvernig slík umönnun á að vera.

Heimild

1. Jónsdóttir Þ, Valdimarsdóttir H, Tryggvadóttir L, Lund SH, Þórðardóttir M, Magnússo MK, Valdimarsdóttir U. Viðhorf íslenskra kvenna til erfðaráðgjafar og erfðaprófa á BRCA1 og BRCA2 stökkbreytingum. Læknablaðið 2018; 104: 289-96.



Óskar Þór Jóhannsson

krabbameinslæknir
á Landspítala
oskarjoh@landspitali.is

To know or not to know, that is the question – screening for BRCA

Óskar Þór Jóhannsson MD PhD, Counsulting Specialist and Clinical Professor of Medical Oncology
LSH

doi.org/10.17992/lbl.2018.06.187

IS/TB/0716/0285 maí 2018

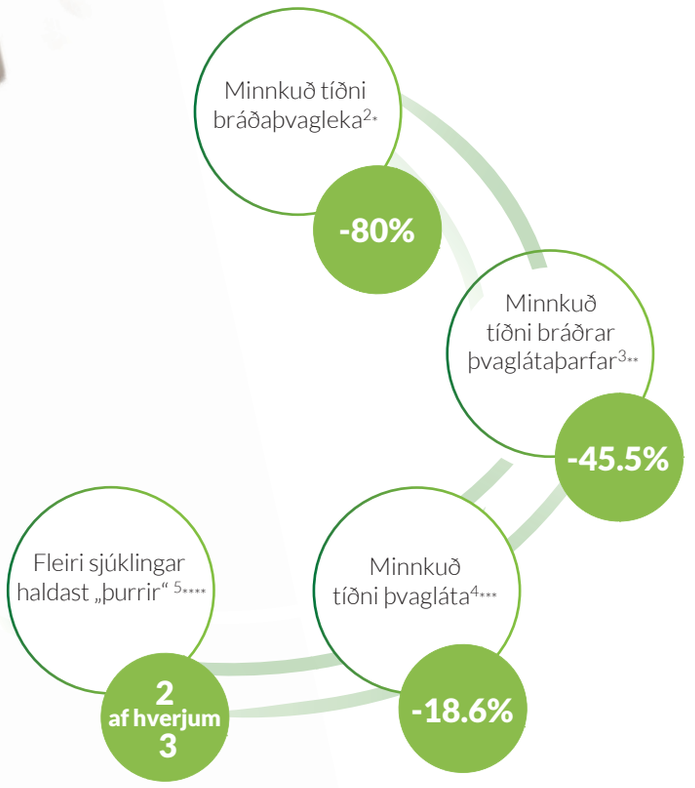
STAÐFESTUR ÁRANGUR[1]

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

Evrópufaraldur lifrarbólgu A á Íslandi árið 2017. Algengar breytingar í gallblöðru á myndgreiningu

Sif Ormarsdóttir[1] læknir
Páll Helgi Möller[1,2] læknir
Alma Rut Óskarsdóttir[2] læknanemi
Pétur Hannesson[1] læknir
Arthur Löve[1,2] læknir
Haraldur Briem[3] læknir

[1]Landspítali, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]Embætti landlæknis.

Fyrirspurnum svarar Sif Ormarsdóttir, *sifor@landspitali.is*

ÁGRIP

TILGANGUR
Lifrarbólga A er afar sjaldgæf á Íslandi og hefur greinst um eitt tilfelli á ári undanfarin 20 ár. Frá árinu 2016 hefur verið greint frá faraldri í Evrópu meðal karla sem hafa haft mök við karla. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða hugsanleg tengsl tilfella af lifrarbólgu A á Íslandi árið 2017 við þennan faraldur.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR
Farið var afturskyggnt yfir gögn allra sjúklinga sem greindust með lifrarbólgu A á Íslandi árið 2017.

NIÐURSTÖÐUR
Af 5 sjúklingum sem greindust árið 2017 voru fjórir karlar og ein kona. Þrjú tilfelli greindust á innan við viku sumarið 2017. Sjúklingarnir voru á aldrinum 25 til 39 ára. Hjá karlkyns sjúklingum var smitleið talin vera gegnum mök við karlmenn frá meginlandi Evrópu. Allir sjúklingarnir voru með klíníska mynd lifrarfrumuskaða og í þremur af tilfellunum voru merki um væga lifrarbilun. Sjúklingarnir voru allir jákvæðir fyrir lifrarbólgu A mótefnum. Aðrar orsakir lifrarbólgu voru útilokaðar með viðeigandi prófum. Myndgreiningar vöktu grun um gallblöðrubólgu hjá fjórum af 5 sjúklingum og fór einn þeirra síðar í gallblöðrutöku sem valaðgerð.

ÁLYKTUN
Faraldur lifrarbólgu A í Evrópu meðal karla sem áttu mök við karla náði til Íslands sumarið 2017. Mikilvægt er að áhættuhópar láti bólusetja sig gegn veirunni. Breytingar í gallblöðru á myndgreiningu, svo sem þykknun á gallblöðruvegg án steina, eru algengar við bráða lifrarbólgu A. Nauðsynlegt er að gera greinarmun á þessum breytingum og bráðri steinalausri gallblöðrubólgu sem getur haft alvarlega fylgikvilla í för með sér.

doi.org/10.17992/lbl.2018.06.188

Inngangur

Bráð lifrarbólga A er sýking sem orsakast af lifrarbólgu A veirunni (HAV) sem er af RNA-gerð (*picornaviridae*). Sjúkdómurinn smitast með saurmengun og er meðgöngutími um það bil fjórar vikur (15-50 dagar). Mest smithætta er rétt áður en sjúklingur fær einkenni um gulu en fljótlega eftir það hættir sjúklingur að smita. Greining byggir á mótefnamælingum gegn veirunni, það er hækkun á IgM og IgG mótefnum í blóði. Sýkingin læknast yfirleitt af sjálfu sér og flestir jafna sig alfarið á tveimur til þremur mánuðum. Dánartíðni er innan við 1% en í fullorðnum og þeim sem eru ónæmisbældir er hún hærri. Bráð gallblöðrubólga og brisbólga eru sjaldgæfir fylgikvillar HAV.[1,2]

Gulusótt (*icterus epidemicus*) gekk yfir í faröldrum á Íslandi á 20. öld og gekk sá síðasti árið 1952.[3] Mótefnamælingar leiddu í ljós að gulusóttin var af völdum HAV og var algengi mótefna yfir 60% hjá þeim sem fæddir voru um og eftir aldamótin 1900.[4] Algengi mótefna gegn HAV fór svo dvínandi þegar leið á öldina.[5,6] Á undanförnum 20 árum (1997-2016) greindist að meðaltali eitt tilfelli á ári hér á landi en í fæstum tilfellum var unnt að rekja uppruna smitsins. Heldur fleiri karlar greindust á tímabilinu (kynjahlutfall 1,8).[7,8]

Frá því 2016 hefur verið greint frá faraldri í Evrópu meðal karla sem hafa mök við karla.[9] Ekkert tilfelli af HAV greindist á Íslandi árið 2016 en árið 2017 greindust 5 einstaklingar með HAV. Sú spurning vaknaði því hvort þessi tilfelli gætu tengst ofangreindum faraldri í Evrópu.

Efniviður og aðferðir

Þessi samantekt nær til sjúklinga sem leituðu á Landspítala árið 2017 og voru greindir með bráða lifrarbólgu af völdum HAV. Kannað var hvort önnur tilfelli með jákvæð mótefni hefðu greinst á rannsóknarstofu spítalans í veirufræði. Ekki hafði verið tilkynnt um önnur tilfelli utan Landspítala á árinu. Farið var yfir sjúkraskýrslur og kannaðar upplýsingar um heilsufar, áhættuhegðun, utanlandsferðir, neyslu áfengis, lyfja og náttúruefna. Við uppvinnslu sjúklinganna höfðu að jafnaði verið gerðar eftirfarandi rannsóknir til útilokunar á öðrum lifrarsjúkdómum: Blóðvatnspróf fyrir lifrarbólguveirum B og C, cýtómegalóveiru (CMV) og Epstein Barr-veiru (EBV); sjálfsnæmispróf með tilliti til sjálfsnæmislifrarbólgu (kjarnamótefni, sléttvöðvamótefni og orkukornamótefni); myndgreiningar, þar með talið ómskoðun af lifur, brisi og gallvegum, tölvusneiðmynd af kvið og segulómun af lifur og gallvegum.

Hvarfefni og tæki til mælinga á lifrarbólguveirumótefnum og mótefnavökum voru fengin frá Roche, Þýskalandi. Aðferðirnar byggjast á „enzyme immunoassay".

Fengin voru tilskilin leyfi vísindasiðanefndar og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala.

Tafla I. *Lifrargildi*, INR**, albúmín og ferritín sjúklinga við komu á spítala. Viðmiðunargildi í sviga.*

Tilfelli	ALAT (<70 U/L)	ASAT (<45 U/L)	ALP (35-105 U/L)	bílirúbín (5-25 µmól/L)	INR (0,8-1,2)	Albúmín (36-48 g/L)	Ferritín (30-400 µg/L)
1	3081	2524	146	182	1,3	35	2463
2	4391	1957	143	213	1,4	34	6323
3	1521	474	189	129	----	----	----
4	3365	3157	193	93	1,3	30	830
5	2124	1367	192	43	1,1	----	1980

*ALAT: Alanín amínotransferasi, ASAT: Aspartat amínótransferasi, ALP: Alkalískur fosfatasi, **INR vegna lifrarbilunar

Niðurstöður

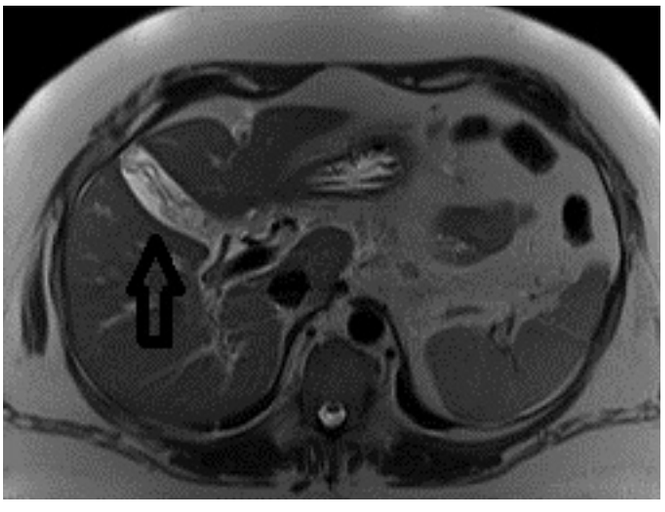
Af 5 tilfellum af bráðri lifrarbólgu A sem greindust á Íslandi árið 2017 voru fjórir karlar og ein kona. Þrjú tilfellanna greindust í júlí og ágústmánuði á innan við viku (tilfelli 1, 2 og 3). Aldur sjúklinga var á bilinu 25-39 ára.

Tilfelli 1

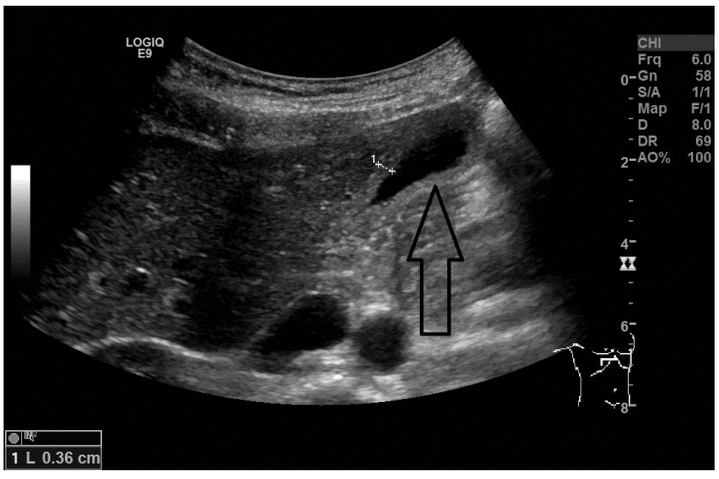
35 ára gamall heilsuhraustur samkynhneigður karlmaður var lagður inn með 6 daga sögu um verk í hægri efri fjórðungi kviðar, gulu og slappleika. Hann kvaðst ekki hafa tekið nein lyf en hafði drukkið óvenjumikið áfengi síðustu þrjá mánuði vegna streitu, tvo til þrjá bjóra daglega virka daga og meira um helgar. Hann hafði ekki ferðast erlendis nýlega og neitaði notkun sprautunála. Tveimur vikum fyrir komu sagðist hann hafa stundað kynlíf með karlmanni frá meginlandi Evrópu. Við komu var hann gulur með 37,8°C hita. Kviður var mjúkur en væg eymsli voru við djúpa þreifingu í efri hluta kviðar. Murphys-teikn var neikvætt. Blóðprufur sýndu hækkun á lifrarprófum, INR og ferritíni en lækkun á albúmíni (tafla I). Lípasi var lítillega hækkaður, eða 83 U/L (eðlilegt 30-60 U/L). Mótefnamælingar gegn veirusýkingum leiddu í ljós hækkun á mótefnum gegn HAV, bæði af IgM-gerð og heildarmótefnum. Einnig voru merki um fyrri sýkingar af völdum EBV og CMV. Mótefni gegn lifrarbólgu B og C og HIV 1 og 2 voru neikvæð. Ónæmisfræðileg mótefni voru öll neikvæð. Ómun af lifur, brisi og gallvegum við komu sýndi þykkveggja samandregna gallblöðru og víða gallganga, en enga steina. Í framhaldi af því var gerð segulómun af lifur og gallvegum sem sýndi þykkveggja gallblöðru sem ekki var þanin og bólguíferðir aðlægt gallblöðrubeð. Grunur var um lokustein í gallblöðruhálsi. Transamínasar og ferritín lækkuðu hratt eftir innlögn og voru nær eðlileg mánuði eftir að hann var lagður inn. Bílirúbín hækkaði fyrstu dagana og var hæst 337 µmól/L en lækkaði eftir það. Lípasi mældist eingöngu hækkaður við komu. Sjúklingur fékk meðferð með Augmentíni vegna gruns um gallblöðrubólgu og var gallblaðran síðar fjarlægð sem valaðgerð gegnum kviðsjá. Enginn steinn fannst en vefjarannsókn sýndi króníska bólgubreytingar.

Tilfelli 2

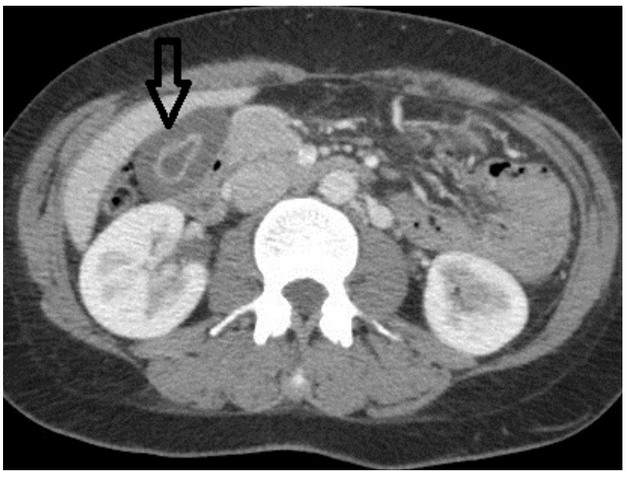
39 ára gamall hraustur samkynhneigður karlmaður var lagður inn með 12 daga sögu um hita og slappleika. Það var vikusaga um ógleði, uppköst og verkjaseiðing í hægri efri fjórðungi kviðar. Daginn fyrir komu tók hann eftir að augnhvítur voru gular. Að sögn hafði hann ekki tekið nein lyf og áfengisneysla var í hófi. Engin saga var um notkun annarra vímuefna. Hann var í föstu sambandi og sagðist ekki hafa stundað kynlíf utan sambandsins. Fjórum vikum áður en hann veiktist hafði hann verið í einni af stórborgum Evrópu í 10 daga. Við komu var hann áberandi gulur og með 37,1°C hita. Kviður var mjúkur en væg þreifieymsli voru um ofanverðan kviðinn, einkum hægra megin. Murphys-teikn var neikvætt. Blóðprufur sýndu hækkun á lifrarprófum og INR en lækkun á albúmíni (tafla I). Mótefnamælingar gegn veirusýkingum leiddu í ljós hækkun á mótefnum gegn HAV, bæði af IgM-gerð og heildarmótefnum. Einnig voru merki um fyrri sýkingar af völdum EBV og CMV. Mótefni gegn lifrarbólgu B og C og HIV 1 og 2 voru neikvæð. Ónæmisfræðileg mótefni voru öll neikvæð. Tölvusneiðmynd af kviðarholi við komu sýndi samandregna gallblöðru og bólgubreytingar sem bentu til gallblöðrubólgu. Var því gerð segulómun af lifur og gallvegum sem sýndi samfallna gallblöðru með vökva í gallblöðrubeð og var það talið geta samrýmst rofi á gallblöðru (mynd 1). Þar sem einkenni samrýmdust ekki gallblöðrubólgu með rofi var ekki talin ástæða til inngrips af hálfu skurðlækna. Sýklalyfjagjöf var hafin vegna bólgubreytinganna en var stöðvuð þegar niðurstöður veirurannsókna lágu fyrir. Bílirúbín hækkaði fyrstu dagana og var hæst 252 µmól/L en lækkaði eftir það. Transamínasar lækkuðu hratt eftir innlögn. Eiginmanni var ráðlagt að fá örvunarskammt af bóluefni en hann hafði verið bólusettur gegn HAV fyrir 20 árum.



Mynd 1. *Segulómun T2 viktuð mynd sýnir samfallna gallblöðru með miklum bjúg í gallblöðrubeðnum. Útlit vakti grun um rof á gallblöðru.*



Mynd 2. *Ómun sýnir þykkveggja en fremur litla gallblöðru.*



Mynd 3. *Tölvusneiðmynd sýnir litla gallblöðru með miklum bjúg í gallblöðruveggnum.*

Tilfelli 3

25 ára gamall heilsuhraustur samkynhneigður, franskur karlmaður sem kom til landsins með skemmtiferðaskipi var lagður inn vegna gulu. Einkenni hófust þremur dögum fyrir komu með uppköstum og daginn fyrir komu varð hann var við gulu í augnhvítum. Að sögn hafði hann haft samræði við karlmenn en alltaf notað verjur. Á undanförnum 6 mánuðum hafði hann ferðast til Ítalíu, Frakklands, Noregs, Grænlands og Íslands. Ekki var saga um misnotkun á áfengi eða öðrum vímuefnum. Hann notaði engin lyf að staðaldri. Við komu var hann gulur og með eymsli yfir hægra rifjabarði. Murphys-teikn var neikvætt. Blóðprufur sýndu hækkun á lifrarprófum (tafla I). Mótefnamælingar voru jákvæðar fyrir HAV með hækkun á mótefnum af IgM-gerð ásamt heildarmótefnum. Einnig voru merki um eldri sýkingar af völdum EBV og CMV. Mótefni gegn lifrarbólgu B og C voru neikvæð. Ómun af lifur, brisi og gallvegum sýndi litla þykkveggja gallblöðru (mynd 2). Engir steinar greindust í gallblöðru. Sjúklingur útskrifaðist við góða líðan á öðrum degi með eftirfylgni í sínu heimalandi.

Tilfelli 4

37 ára gömul kona með fyrri sögu um bólgur í grindarholi (*pelvic inflammatory disease*) var lögð inn með 9 daga sögu um kviðverki í hægri neðri fjórðungi, slappleika, hita, beinverki, ógleði og uppköst. Hún hafði tekið eftir gulu í augnhvítum daginn fyrir komu. Vegna verkja hafði hún tekið íbúfen og parasetamól í venjulegum skömmtum í tvo til þrjá daga. Hún hafði ekki notað fæðubótarefni og ekki ferðast utanlands nýlega. Um tveimur vikum fyrir komu kvaðst hún hafa borðað innflutt bláber. Ættarsaga var um járngeymdarkvilla (*haemochromatosis*). Við komu var hún hitalaus, með gulu í augnhvítum og þreifieymsli í hægri neðri fjórðungi kviðar. Blóðprufur sýndu hækkun á lifrarprófum og INR (tafla I). Ómun af lifur, brisi og gallvegum sýndi samfallna gallblöðru. Gallsteinar sáust ekki. Tölvusneiðmynd af kviðarholi næsta dag sýndi mjög þykkveggja gallblöðruvegg (10-11 mm) með bjúg og upphleðslu á skuggaefni í slímhúð gallblöðru (mynd 3). Það voru engar bólgubreytingar í fitu aðlægt gallblöðru. Frír vökvi sást í grindarholi. Mótefnapróf voru jákvæð fyrir HAV, bæði IgM-gerð og heildarmótefni. Einnig voru merki um fyrri sýkingar af völdum EBV og CMV. Sjálfsnæmismótefni voru neikvæð. Lifrarpróf fóru hækkandi fyrstu dagana eftir komu og INR fór hæst í 1,7. Eftir það fóru þau lækkandi og voru orðin eðlileg eftir um tvo mánuði.

Tilfelli 5

39 ára gamall heilsuhraustur, samkynhneigður karlmaður lagðist inn með 5 daga sögu um háan hita og hósta. Ógleði en ekki uppköst daginn fyrir komu. Hann hafði verið á meginlandi Evrópu í þrjár vikur og kom heim tæpum fjórum vikum áður en veikindi hófust. Að sögn hafði hann haft samræði við karlmenn en notað verjur. Ekki var saga um misnotkun á áfengi eða öðrum vímuefnum. Hann notaði engin lyf að staðaldri. Skoðun við komu var ómarkverð en væg eymsli voru í neðri vinstri fjórðungi kviðar. Blóðprufur sýndu hækkun á lifrarprófum (tafla I). Mótefnamælingar voru jákvæðar fyrir HAV með hækkun á mótefnum af IgM-gerð ásamt heildarmótefnum. Engin merki voru um virka sýkingu af völdum lifrarbólgu B en hins vegar voru merki um gamla sýkingu af völdum sjúkdómsins (mótefni gegn HBc mældust en mótefnavakinn HBsAg mældist ekki). Mótefni gegn lifrarbólgu C og HIV 1 og 2 voru neikvæð. Ómun af lifur, brisi og gallvegum var ómarkverð. Sjúklingur útskrifaðist samdægurs við góða líðan.

Miðgildi allra sjúklinga fyrir eftirfarandi lifrargildi við komu voru:

ALAT 3081 U/L (spönn: 1521-4391; eðlilegt 70 og 45 U/L fyrir karla og konur)
ALP 189 U/L (spönn: 143-193; eðlilegt 35-105 U/L)
bílirúbín 129 µmol/L (spönn: 93-213; eðlilegt 5-25 µmol/L)

Umræða

Fimm tilfelli af bráðri lifrarbólgu A (HAV) greindust á Íslandi árið 2017. Í öllum sjúklingum samræmdust hækkuð lifrarpróf í blóði bráðum lifrarskaða og í þremur af 5 sjúklingum var INR hækkað sem merki um lifrarbilun. Mótefnamælingar voru jákvæðar fyrir

HAV, bæði IgM og heildarmótefni. Sjúklingarnir voru rannsakaðir með venjubundnum hætti með tilliti til annarra mögulegra lifrarsjúkdóma og voru þær rannsóknir allar neikvæðar. Lifrarpróf gengu til baka hjá öllum sjúklingunum án sérstakrar meðferðar.

Þótt eingöngu sé um 5 tilfelli að ræða verður að skoða það í því samhengi að á árinu 2016 var ekki tilkynnt um neitt tilfelli af HAV á Íslandi og næstu 20 árin þar á undan greindist að meðaltali eitt tilfelli á ári. Því er hér greinilega um fjölgun að ræða. Einnig er athyglisvert að af 5 tilfellum voru fjórir karlar sem höfðu haft mök við karla (KMK) en árin 2006-2016 var kynjahlutfall jafnt (12 tilfelli).[8] Af 12 tilfellum sem greint var frá árin 2006-2016, höfðu 9 (75%) verið erlendis innan 7 vikna frá upphafi einkenna. Í tilfellunum sem lýst er í þessari grein áttu þrír karlmenn það sameiginlegt að þeir greindust í júlí og ágústmánuði, á tímabili sem var innan við vika. Allir karlkyns sjúklingarnir höfðu verið í Evrópu og/eða stundað kynlíf með einstaklingi af sama kyni frá Evrópu skömmu áður. Því er líklegt að tilfellin tengist faraldri meðal karla sem lýst hefur verið í Evrópu og hófst á miðju ári 2016. Ári síðar hafði Sóttvarnastofnun Evrópusambandsins verið tilkynnt um á annað þúsund tilfelli í mörgum ríkjum sambandsins og Evrópska efnahagssvæðisins.[9] Í einu tilfellinu sem lýst er í þessari grein var óvíst með smitleið en um var að ræða kvenkyns sjúkling.

Engin sérhæfð meðferð er til við HAV en fyrirbyggja má smit með bólusetningu. Sóttvarnalæknir hefur hvatt til þess á heimasíðu Embættis landlæknis að áhættuhópar, og þá sérstaklega karlar, láti bólusetja sig gegn HAV.[10] Niðurstöður þessarar samantektar styðja þær ráðleggingar enn frekar. Bóluefni gegn lifrarbólgu A eru mjög ónæmishvetjandi og veita vörn í nánast 100% tilvika eftir tvo skammta.[11] Hálfum mánuði eftir frumbólusetningu eru mótefni mælanleg í allt 90% tilvika og getur hún því gagnast sem vörn þeim sem orðið hafa fyrir smiti (*post-exposure prophylaxis*). Þótt maki eins sjúklings í þessari samantekt hafi verið bólusettur fyrir 20 árum, sem ætti að gefa ævilanga vernd, þótti vissara að gefa þessum einstaklingi örvunarskammt.

Athyglisvert er að í fjórum tilfellum af 5 voru merki um þykknaðan gallblöðruvegg sem er eitt skilmerkja bráðrar gallblöðrubólgu og í einu tilfellanna var grunur um rof á gallblöðru sem ekki var staðfest. Einn sjúklingur fór í gallblöðrutöku sem valaðgerð en þar vakti segulómun grun um stein. Enginn steinn fannst við gallblöðrutökuna en vefjarannsókn sýndi krónískar bólgubreytingar. Allir sjúklingar voru með einkenni sem gátu stutt gallblöðrubólgu, það er verk hægra megin í kvið og eymsli við þreifingu. Klínísk einkenni voru þó ekki í fullu samræmi við niðurstöður myndgreininga.

Bráð gallblöðrubólga án steina er sjaldgæft sértækt sjúkdómsástand og tengist oft alvarlegu undirliggjandi ástandi, svo sem alvarlegum áverkum, bruna eða skurðaðgerðum með langvarandi gjöf næringar í æð. Klínísk einkenni eins og verkir og eymsli undir hægra rifjabarði auk hita vekja grun um gallblöðrubólgu. Greiningin er yfirleitt gerð með ómskoðun sem sýnir stækkaða steinalausa og þykkveggja gallblöðru auk þess sem hægt er að fá fram eymsli við ómskoðunina. Gallvegir eru ekki víkkaðir en oft er vökvi aðlægt gallblöðrunni. Lýst hefur verið tilfellum af bráðri gallblöðrubólgu án steina við bráða lifrarbólgu A og við bráða lifrarbólgu B.[1,12-19] Ástæðan er ekki vel þekkt en getur verið bjúgur vegna bólgu í aðlægri lifur en einnig hefur einu tilfelli verið lýst þar sem sýnt var fram á veiruna í gallblöðruvegg, sem gæti bent til þess að veiran valdi gallblöðrubólgu gegnum íferð í sjálfa gallblöðruna.[1] Breytingar í samdrætti gallblöðru eru líklegar til að hafa áhrif á útlit og meingerð breytinganna en minnkað gallflæði getur leitt til aukinnar hættu á sýkingu í gallblöðru. Steinalaus gallblöðrubólga sem fylgikvilli við HAV gengur oftast til baka af sjálfu sér en getur leitt til dreps og rofs.[15] Framskyggnar rannsóknir þar sem sjúklingar með bráða lifrarbólgu hafa verið skoðaðir með ómun hafa sýnt fram á að breytingar í gallblöðruvegg eru algengar án þess að um steinalausa gallblöðrubólgu sé að ræða.[13,14] Niðurstöður okkar styðja þetta. Hugsanlegt er að lágur þröskuldur fyrir myndgreiningu og það að rannsóknir voru gerðar snemma í sjúkdómsferlinu hafi leitt til þess að hátt hlutfall tilfellanna var með breytingar í gallblöðru hér á landi. Afdrif sjúklinganna benda ekki til þess að breytingarnar hafi verið marktækar hvað varðar sjúkdóm í gallblöðru. Nauðsynlegt er að gera greinarmun á algengum breytingum í gallblöðru hjá sjúklingum með lifrarbólgu þar sem gallblaðran er eðlilega stór eða samfallin og steinalausri gallblöðrubólgu með þaninni gallblöðru sem er sjúkdómsástand sem getur haft afdrifaríkar afleiðingar. Útiloka þarf bráða lifrarbólgu af völdum veira með mótefnamælingum hjá sjúklingum sem eru með merki um bráða gallblöðrubólgu án steina. Í þeim tilvikum sem breytingar í gallblöðru tengjast bráðri lifrarbólgu er yfirleitt ekki um marktæka gallblöðrubólgu að ræða og ber að forðast óþarfa inngrip þar sem ástandið gengur langoftast til baka af sjálfu sér jafnhliða því sem bólga í lifur hjaðnar. Þó ber að hafa í huga skilmerki steinalausrar gallblöðrubólgu.

Bráðri brisbólgu hefur verið lýst við HAV sýkingu.[2,20] Af þeim 5 tilfellum sem hér er lýst var eingöngu einn sjúklingur með vægа hækkun á lípasa við komu og var gildið orðið eðlilegt við endurtekna mælingu. Enginn sjúklinganna var með breytingar í brisi á myndgreiningu.

Ályktun

Faraldur lifrarbólgu A í Evrópu meðal karla sem áttu mök við karla náði til Íslands sumarið 2017. Mikilvægt er að áhættuhópar láti bólusetja sig gegn veirunni. Breytingar í gallblöðru á myndgreiningu, svo sem þykknun á gallblöðruvegg án steina, eru algengar við bráða lifrarbólgu A. Nauðsynlegt er að gera greinarmun á þessum breytingum og bráðri steinalausri gallblöðrubólgu sem getur haft alvarlega fylgikvilla í för með sér.

Heimildir

1. Mourani S, Dobbs SM, Genta RM, Tandon AK, Yoffe B. Hepatitis A Virus-associated Cholecystitis. Ann Intern Med 1994; 120: 398-400.
2. Davis TV, Keeffe EB. Acute pancreatitis associated with acute hepatitis A. Am J Gastroenterol 1992; 87: 1648-50.
3. Heilbrigðisskýrslur. Landlæknisembættið 1900-1979.
4. Briem H, Weiland O, Fridriksson I, Berg R. Prevalence of antibody to hepatitis A in Iceland in relation to age, sex and number of notified cases of hepatitis. Am J Epidemiol 1982; 116: 451-5.
5. Briem H. Declining prevalence of hepatitis A virus infection in Iceland. Scand J Infect Dis 1991; 23: 135-8.
6. Högnadottir H, Löve A. Greining lifrarbólguveiru A. Læknablaðið 1993; 79: 223-6.
7. Farsóttaskýrslur sóttvarnalæknis-tilkynningarskyldir sjúkdómar 1997-2016. Embætti landlæknis. landlaeknir.is/smit-og-sottvarnir/smitsjukdomar/tilkynningarskyldir-sjukdomar/ - nóvember 2017.
8. Kristinsdóttir H, Löve A, Björnsson ES. Lifrarbólga A á Íslandi. Læknablaðið 2018; 104: 127-31.
9. Hepatitis A outbreak in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men. Rapid risk assessment. ECDC. Third update, 28 June 2017.
10. landlaeknir.is/um-embaettid/frettir/frett/item32603/Lifrarbolgu-A-faraldur-i-Evropu - nóvember 2017
11. Briem H, Safary A. Immunogenicity and Safety in Adults of Hepatitis A Virus Vaccine Administered as a Single Dose with a Booster 6 Months later. J Med Virol 1994; 44: 443-5.
12. Mohammed RA, Ghadban W, Mohammed O. Acute acalculus cholecystitis induced by hepatitis B virus infection. Case Reports Hepatol 2012: 132345.
13. Giorgio A, Francica G, Amorosos P, Fico P, de Stefano G, Pierri P, et al. Morphologic and motility changes of the gallbladder in response to acute liver injury. A prospective real-time sonographic study in 255 patients with acute viral hepatitis. J Ultrasound Med 1989; 8: 499-506.
14. Maudgal DP, Wansbrough-Jones MH, Joseph AE. Gallbladder abnormalities in acute infectious hepatitis. A prospective study. Dig Dis Sci 1984; 29: 257-60.
15. Cuk P, Iqbal M, Lykke J. Perforated acute acalculus cholecystitis caused by hepatitis A. Ugeskr Læger 2014; 176: V12130701.
16. Black MM, Mann NP. Gangrenous cholecystitis due to hepatitis A infection. J Trop Med Hyg 1992; 95: 73-4.
17. Ozaras R, Mert A, Yilmaz MH, Celik AD, Tabak F, Bilir M, et al. Acute viral cholecystitis due to hepatitis A virus infection. J Clin Gastroenterol 2003; 37: 79-81.
18. Souza LJ, Braga LC, Rocha Nde S, Tavares RR. Acute acalculus cholecystitis in a teenager with hepatitis A virus infection – a case report. Braz J Infect Dis 2009; 13: 74-6.
19. Kaya S, Eskazan AE, Ay N, Baysal B, Bahadir MV, Onur A, et al. Acute Acalculus Cholecystitis due to Viral Hepatitis A. Case Rep Infect Dis 2013: 407182.
20. Haffar S, Bazerbachi F, Prokop L, Watt KD, Murad MH, Chari ST. Frequency and prognosis of acute pancreatitis associated with fulminant or non-fulminant acute hepatitis A: A systematic review. Pancreatology 2017; 17: 166-75.

Barst til blaðsins 8. mars 2018, samþykkt til birtingar 16. maí 2018.

ENGLISH SUMMARY

European outbreak of Hepatitis A in Iceland in 2017. Common radiological changes of the gallbladder

Sif Ormarsdóttir[1]
Páll Helgi Möller[1,2]
Alma Rut Óskarsdóttir[2]
Pétur Hannesson[1]
Arthur Löve[1]
Haraldur Briem[3]

Aim
The incidence of hepatitis A (HAV) in Iceland is low with about one case per year in the last decades. Since 2016, there has been an ongoing outbreak of HAV in men who have sex with men (MSM). The aim of this study was to investigate whether cases diagnosed in Iceland during 2017 had any link to the HAV outbreak in Europe.

Methods
All cases of HAV in Iceland during 2017 were reviewed retrospectively.

Results
Four of five cases diagnosed during 2017 were MSM and one was a female. Three cases presented the same week in the summer 2017. The age of the patients was between 25 and 39 years. All the male patients had had sex with men from Europe and/or had travelled to Europe prior to admission. All cases had typical signs and symptoms of HAV infection and in all cases recent infection was confirmed by positive serology and exclusion of other causes of acute hepatitis. Four of five patients had radiological signs of changes in the gallbladder with thickening of the wall and oedema and one underwent later an elective cholecystectomy.

Conclusion
The outbreak of HAV in MSM Europe reached Iceland in the summer 2017, emphasizing the importance of vaccination in this risk group as recommended by the Icelandic Health Authorities. The review of these cases indicate that changes such as thickening of the gallbladder wall without gallstones in patients with HAV are common. It is important to discriminate patients with these changes associated with HAV from patients with acute acalculus cholecystitis.

[1]Landspitali, University Hospital of Iceland, [2]University of Iceland, Faculty of Medicine, [3]Directorate of Health.

Key words: Viral hepatitis A, European outbreak, men who have sex with men, acalculus cholecystitis.

Correspondence: Sif Ormarsdóttir, sifor@landspitali.is



Vizarsin töflur fást að auki í 4 stk., 8 stk. og 12 stk. pakkningum.

Vizarsin töflur og munndreifitöflur styttur sérlyfjatexti
Vizarsin töflur og munndreifitöflur innihalda virka efnið sildenafil. **Notkunarsvið:** Ristruflanir hjá fullorðnum karlmönnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Samhliða notkun efna sem gefa frá sér köfnunarefnisoxíð (s.s. amýlnítrít) og hvers konar nítrata, sem og efna sem örva gúanýlat cýklasa (s.s. riociguat). Karlmönnum sem ráðið er frá því að stunda kynlíf skal ekki gefa lyfið (t.d. sjúklingar með alvarlegan hjarta- og æðasjúkdóm). Sjúklingar sem tapað hafa sjón á öðru auga vegna framlægs sjóntaugarkvilla vegna blóðþurrðar án slagæðabólgu eiga ekki að nota lyfið. Sjúklingar með alvarlega skerta lifrarstarfsemi, lágþrýsting, sjúklingar sem nýlega hafa fengið heilablóðfall eða kransæðastíflu eða hafa þekktan arfgengan hrörnunarsjúkdóm í sjónhimnu mega ekki nota lyfið. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.** Markaðsleyfishafi er KRKA, d.d., Novo mesto. Umboðsaðili er LYFIS ehf. Sími: 534-3500, netfang: lyfis@lyfis.is. SmPC: Júlí 2017.

Viðhorf íslenskra kvenna til erfðaráðgjafar og erfðaprófa á BRCA1 og BRCA2 stökkbreytingum

Þórdís Jónsdóttir[1] sálfræðinemi
Heiðdís Valdimarsdóttir[2] sálfræðingur
Laufey Tryggvadóttir[3,4] faraldsfræðingur
Sigrún Helga Lund[1] tölfræðingur
Maríanna Þórðardóttir[1] lýðheilsufræðingur
Magnús Karl Magnússon[4] læknir
Unnur Valdimarsdóttir[1] faraldsfræðingur

[1]Miðstöð í lýðheilsuvísindum, læknadeild Háskóla Íslands, [2]sálfræðideild Háskólans í Reykjavík, [3]Krabbameinsfélagi Íslands, [4]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Þórdís Jónsdóttir, *thordisjons@gmail.com*

ÁGRIP

TILGANGUR
Markmið rannsóknarinnar var að kanna viðhorf íslenskra kvenna til erfðaupplýsinga, erfðaráðgjafar og erfðaprófs vegna stökkbreytinga í *BRCA*-genum sem auka verulega áhættuna á illvígum krabbameinum.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR
Konum sem komu í krabbameinsskoðun á Leitarstöð Krabbameinsfélagsins frá 12. október til 20. nóvember 2015 var boðin þátttaka. Þátttaka fólst í svörun á stuttum rafrænum spurningalista um bakgrunn, fjölskyldusögu um krabbamein ásamt þekkingu og áhuga á erfðaráðgjöf, erfðaprófi vegna *BRCA*-stökkbreytinga og hvort upplýsa ætti konur sem vitað er, til dæmis vegna vísindarannsókna, að eru arfberar. Notast var við lýsandi tölfræði og kíkvaðratpróf til að skoða viðhorf kvennanna til ofangreindra þátta.

NIÐURSTÖÐUR
1129 konur (69% svarhlutfall) svöruðu spurningalistanum. Meðalaldur var 47 ár (spönn: 21-76 ára) og tæplega helmingur (47%) þekkti til *BRCA*-stökkbreytinga. Óháð ættarsögu um krabbamein hafði meirihluti kvenna áhuga á að fara í erfðaráðgjöf (79%) og í erfðapróf (83%), sérstaklega yngri konur (ráðgjöf: p<0,0001, erfðapróf: p<0,0001). Hins vegar höfðu einungis 4% kvennanna þegar farið í erfðaráðgjöf og 7% í erfðapróf. Konur með ættarsögu um krabbamein höfðu meiri vitneskju um *BRCA*-stökkbreytingarnar (p<0,0001) og virtust síður hræðast afleiðingar þess að hafa slíka stökkbreytingu (p<0,0001) samanborið við konur með litla ættarsögu. Óháð ættarsögu hafði helmingur (49%) áhyggjur af því að niðurstöður erfðaprófa hefðu áhrif á sjúkratryggingar. Nær allar konurnar (97%) voru hlynntar eða mjög hlynntar því að erfðaupplýsingar sem liggja fyrir vegna vísindarannsókna séu nýttar til að upplýsa arfbera stökkbreytinganna.

ÁLYKTUN
Viðhorf íslenskra kvenna er jákvætt gagnvart erfðaráðgjöf og erfðaprófs vegna *BRCA*-stökkbreytinga en um helmingur virðist hafa áhyggjur af skertum rétti til sjúkratrygginga í kjölfar jákvæðrar niðurstöðu. Þrátt fyrir það er skýr vilji fyrir því að upplýsa skuli arfbera um stöðu sína í forvarnarskyni.

doi.org/10.17992/lbl.2018.06.189

Inngangur

Í dag eru liðin um 20 ár síðan genin tvö, *BRCA1* (*breast cancer gene one*) og *BRCA2* (*breast cancer gene two*) voru einangruð. Fjölþjóðlegar rannsóknir, meðal annars frá Íslandi, sýndu að stökkbreytingar í þessum genum auka líkur á brjóstakrabbameini til muna ásamt því að auka líkur á öðrum tegundum krabbameina og þannig stytta lífslíkur arfbera.[1-4] Á Íslandi er ein stökkbreyting í *BRCA2*-geni (NC_000013.10:g.32905145_32905149delTCAAA; þekkt sem 999del5) til staðar hjá 0,8% Íslendinga.[5-7] Þessa svokölluðu landnemastökkbreytingu má rekja til sameiginlegs forföður og er hún mun algengari en stökkbreytingar í *BRCA1*-geni hér á landi. *BRCA2*-stökkbreytingin finnst í um 7% kvenna sem greinast með brjóstakrabbamein á Íslandi[8] en stökkbreytingar í *BRCA1*-geni eru aftur á móti fátíðar og finnast í minna en 1% kvenna með brjóstakrabbamein á Íslandi.[9]

Íslensk erfðagreining ásamt öðrum vísindamönnum innan heilbrigðisþjónustunnar hefur í gegnum rannsóknir sínar aflað erfðaupplýsinga um stóran hluta þjóðarinnar[7] en mikið hefur verið deilt um hvort og þá hvernig megi nýta þessar upplýsingar til heilbrigðisþjónustu eða forvarna. Þar skarast viðhorf um rétt kvenna til að fá vitneskju um eigið heilsufar og að geta haft áhrif þar á, við rétt kvenna til þess að hafna slíkum upplýsingum. Þessi umræða hefur aðallega farið fram milli lækna, siðfræðinga og vísindamanna og lítið hefur verið gert í því að kanna viðhorf íslenskra kvenna.

Í rannsókn frá árinu 1998, sem tók til 534 kvenna sem komu í krabbameinsleit hjá Leitarstöð krabbameinsfélags Íslands, kom fram að 74% þeirra höfðu áhuga á að fara í erfðapróf og voru ungar konur líklegri til að vilja fara og einnig þær sem óttuðust brjóstakrabbamein.[10] Niðurstöður rannsóknarinnar gáfu til kynna að ásókn íslenskra kvenna í erfðapróf yrði mikil ef slík próf yrðu í boði fyrir almenning. Jafnvel þær konur sem ekki höfðu ættarsögu um brjóstakrabbamein vildu fara í prófið.[10] Síðan þá hefur mikil framþróun orðið í greiningartækni og erfðapróf jafnframt orðið ódýrari. Erfðaráðgjöf hefur verið starfrækt á Landspítalanum í um 10 ár og hafa um 600 einstaklingar fengið upplýsingar um að þeir beri *BRCA1*- eða *BRCA2*-stökkbreytingu eftir erfðapróf hjá þeim.[11] Reynsla af erfðaráðgjöf, bæði í nágrannalöndum okkar og Bandaríkjunum, hefur sýnt að málefnið er viðkvæmt. Upplýsingar af þessu tagi vekja eðlilega upp flóknar spurningar og er vönduð upplýsingagjöf og fræðsla því mjög mikilvæg, bæði fyrir erfðaprófið og eftir að niðurstöður berast.[12,13] Mikilvægt er að fara

Tafla I. *Bakgrunnsupplýsingar kvenna sem tóku þátt í viðhorfskönnun um nýtingu fyrirliggjandi erfðaupplýsinga um BRCA-stökkbreytingar, erfðaráðgjöf og erfðapróf.*

	N=1129
Aldur	% (n)
Meðaltal (spönn)	47,2 (21-76)
20-29 ára	11,9 (124)
30-39 ára	11,3 (118)
40-49 ára	32,6 (340)
50-59 ára	25,3 (264)
60+	18,9 (197)
Menntun	
Skyldunám	16,9 (188)
Starfsnám, iðnnám, annað	27,3 (304)
Háskólanám	55,9 (623)
Hjúskaparstaða	
Gift/í sambúð	80,3 (894)
Einhleyp/fráskilin/ekkja	19,7 (219)
Staða á vinnumarkaði	
Í fullu starfi/hlutastarfi	77,1 (858)
Atvinnulaus/öryrki	8,7 (97)
Á eftirlaunum	4,8 (53)
Námsmaður	5,6 (62)
Fæðingarorlof/heimavinnandi/annað	3,9 (43)
Fjöldi barna	
0	14,1 (156)
1-2	53,5 (487)
3-4	44,3 (404)
5+	2,2 (20)
Ættarsaga um krabbamein	
Ég sjálf/ættingi í fyrsta ættlið	49,6 (560)
Engin ættarsaga/fjarskyldur ættingi	50,4 (569)

vel yfir kosti og galla erfðaprófa í erfðaráðgjöf áður en hægt er að taka upplýsta ákvörðun um að fara í slíkt próf.[14,15] Það skiptir einnig miklu máli að fólk geti nálgast upplýsingarnar þegar því hentar og þegar það er tilbúið til þess að meðtaka og takast á við þær afleiðingar sem þær geta haft.[15] Í yfirlitsgrein um viðhorf og vitneskju minnihlutahópa í Bandaríkjunum og Bretlandi gagnvart erfðaprófum[16] kom í ljós að fólk var yfirleitt jákvætt gagnvart því að geta gripið inn í eigin heilsu eða látið aðra fjölskyldumeðlimi vita, en létu í ljós áhyggjur af erfiðum tilfinningalegum viðbrögðum sínum við niðurstöðum og hugsanlegri hættu á mismunun vegna líf- og sjúkdómatrygginga.

Undanfarið hefur mikið farið fyrir umræðu um þessi mál hér á landi, sem og annars staðar, og því mikilvægt að kanna hvort viðhorf íslenskra kvenna hafi breyst í þessum efnum frá árinu 1998.

Tafla II. *Vitneskja og áhugi á erfðaráðgjöf, erfðaprófi og nýtingu fyrirliggjandi erfðaupplýsinga. % (n)*

Hafðir þú heyrt eitthvað um BRCA stökkbreytingarnar?	
Þó nokkuð/mikið/mjög mikið	47 (518)
Hefur þú farið í erfðaráðgjöf?	
Já	4 (47)
Hefðir þú áhuga á að fara í erfðaráðgjöf?	
Örugglega/líklega	79 (834)
Hefur þú farið í erfðapróf?	
Já	7 (77)
Hefðir þú áhuga á að fara í erfðapróf?	
Örugglega/líklega	83 (842)
Ef erfðaupplýsingar væru til um þig eða fjölskyldu þína myndir þú vilja fá að vita niðurstöðurnar?	
Örugglega/líklega	97 (1053)

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur: Konum sem komu í skoðun á Leitarstöð Krabbameinsfélagsins frá 12. október til 20. nóvember árið 2015 var boðin þátttaka í rannsókninni. Alls komu 2809 konur í skoðun á þessu tímabili; 1626 konur veittu samþykki fyrir þátttöku með því að gefa upplýsingar um netföng sín og símanúmer. Erfitt er að áætla svarhlutfallið nákvæmlega þar sem hluti kvenna sem mættu í skoðun á þessu tímabili var ekki upplýstur um rannsóknina, það er fékk hvorki kynningu né sá auglýsingu um hana. Því var ákveðið að áætla svarhlutfall út frá þeim 1626 konum sem fengu kynningu á rannsókninni og létu af hendi upplýsingar um sig. Nokkur netföng (61) reyndust síðar óvirk þegar spurningalistinn var sendur út þann 7. desember 2015. Vikulegar áminningar voru sendar í þrjár vikur og síðan lokaáminning 13. janúar 2016. Um 1129 konur höfðu svarað spurningakönnuninni í lok febrúar 2016 þegar gagnaúrvinnsla hófst.

Efniviður/mælitæki: Staðlaður rafrænn spurningalisti sem byggði á fyrri rannsókn[10] var notaður til þess að kanna viðhorf þátttakenda til erfðaráðgjafar, erfðaprófa og fyrirliggjandi erfðaupplýsinga. Spurningalistinn var einfaldur viðhorfskönnunarlisti með stöðluðum bakgrunnsspurningum um fæðingarár, skólagöngu, hjúskaparstöðu, barneignir og stöðu á vinnumarkaði. Einnig var spurt um ættarsögu og viðhorf til erfðaráðgjafar, erfðaprófa og erfðaupplýsinga. Til að meta ættarsögu voru þátttakendur spurðir hvort þeir eða einhver í þeirra fjölskyldu hefðu fengið krabbamein. Spurt var sérstaklega um börn, systkini, foreldra, föður/móður- systur og bræður, afa og ömmur. Spurt var um krabbameinsgreiningu, aldur við greiningu og hvort fleiri en eitt krabbamein hefði verið til staðar. Ættarsaga var skilgreind sem krabbamein hjá svarandanum sjálfum eða í 1. ættlið. Lítil ættarsaga var hins vegar þegar einungis fjarskyldur ættingi svarandans hafði fengið krabbamein eða svarandinn gaf ekki til kynna neina ættarsögu um krabbamein.

Vitneskja um *BRCA*-stökkbreytingar var mæld með spurningunni: *Hafðir þú heyrt um stökkbreytingar í þessum genum áður en þú tókst þátt í þessari spurningakönnun?* Svarmöguleikar voru: ekk-

Tafla III. *Vitneskja, áhugi á erfðaráðgjöf, erfðaprófi og nýtingu fyrirliggjandi erfðaupplýsinga, eftir bakgrunnsbreytum.*

	Vitneskja Þó nokkur/ mikil/mjög mikil n (%)	P-gildi	Áhugi á erfðaráðgjöf Örugglega /líklega n (%)	P-gildi	Áhugi á erfðaprófi Örugglega/ líklega n (%)	P-gildi	Áhugi á nýtingu erfðaupplýsinga Mjög sammála / frekar sammála n (%)	P-gildi
Aldur								
20-29 ára	39 (31,7)	<0,0001	105 (87,5)	<0,0001	106 (93,0)	<0,0001	118 (99,2)	0,09
30-39 ára	57 (48,3)		97 (87,4)		97 (89,8)		115 (97,5)	
40-59 ára	175 (51,5)		279 (85,9)		275 (87,9)		329 (97,9)	
50-59 ára	110 (41,8)		188 (74,3)		191 (77,6)		244 (95,3)	
60 ára og eldri	99 (51)		114 (62,6)		117 (68,8)		179 (94,7)	
Menntun								
Skyldunám	56 (29,8)	<0,0001	188 (76,1)	0,61	144 (81,4)	0,82	173 (96,1)	0,23
Starfs/iðn/annað	116 (38,7)		304 (79,4)		224 (82,4)		288 (98,3)	
Háskólanám	345 (55,6)		623 (79,4)		474 (83,3)		591 (96,3)	
Hjúskaparstaða								
Gift/í sambandi	421 (47,4)	0,32	663 (78,4)	0,99	674 (83,1)	0,45	846 (96,6)	0,45
Einhleyp/skilin/ekkja	95 (43,6)		168 (80,4)		165 (80,9)		204 (97,6)	
Staða á vinnumarkaði								
Fullt/hlutastarf	397 (46,5)	0,26	651 (79,7)	<0,0001	657 (83,6)	0,02	812 (97,0)	0,94
Atvinnulaus/öryrki	38 (39,6)		81 (87,1)		76 (85,4)		93 (95,9)	
Eftirlaun	31 (58,5)		25 (52,1)		32 (65,3)		48 (96,0)	
Námsmaður	28 (45,2)		48 (80,0)		44 (83,0)		56 (96,6)	
Fæðingaorlof/heima/annað	22 (51,2)		27 (71,1)		32 (84,2)		41 (95,3)	
Börn								
Já	446 (47,2)	0,32	702 (78,2)	0,20	708 (81,8)	0,036	898 (96,6)	0,36
Nei	67 (42,9)		125 (82,8)		128 (88,9)		147 (98,0)	
Ættarsaga								
Ég sjálf/1.ættliður	292 (52,2)	<0,0001	396 (77,5)	0,31	404 (81,5)	0,3002	539 (96,6)	0,72
Engin/fjarskyldir	226 (41,0)		438 (80,1)		438 (83,9)		514 (97,0)	

ert, mjög lítið, lítið, þó nokkuð, mikið og mjög mikið. Spurt var um áhuga á erfðaráðgjöf: *Hefðir þú áhuga á að fara í erfðaráðgjöf?* Voru svarmöguleikar: örugglega, líklega, líklega ekki og örugglega ekki. Áhugi á erfðaprófi var kannaður með spurningunni: *Hefur þú áhuga á að fara í erfðapróf til þess að kanna hvort þú ert arfberi stökkbreytingar sem eykur verulega áhættu á brjóstakrabbameini og öðrum meinum?* Til að spyrja um áhuga á nýtingu erfðaupplýsinga var notuð spurningin: *Erfðarannsóknir í tengslum við vísindastarf eða heilbrigðisþjónustu geta haft upplýsingar um einstaklinga og fjölskyldur á Íslandi þar sem þessa stökkbreytingu í BRCA er að finna. Ef það ætti við um þig eða fjölskyldu þína, myndir þú vilja fá að vita niðurstöðurnar?* Svarmöguleikar voru: örugglega, líklega, líklega ekki og örugglega ekki. Einnig voru valdar spurningar úr spurningalista fyrri rannsóknar.[10] Þær má sjá í viðauka. Heiðdís Valdimarsdóttir setti saman spurningalistann. Í spurningalistanum voru einnig upplýsingar um erfðaráðgjöf, erfðapróf og möguleg fyrirbyggjandi úrræði.

Framkvæmd: Upplýsingablað um rannsóknina lá frammi í móttöku Leitarstöðvarinnar og gátu konur óskað eftir þátttöku með því að skrá netfang sitt og símanúmer á þátttökuseðil. Á þremur stöðum á Leitarstöðinni var komið fyrir kössum þar sem konurnar skiluðu þátttökuseðlum og voru kassarnir tæmdir vikulega og farið yfir heimtur í lok hverrar viku. Erfitt er að meta hvort allar konur sem komu í skoðun fengu blöð um þátttöku en heimtur voru oftast í kringum 250-300 netföng á viku á meðan um 450 konur mættu í skoðun. Vikuna 26-28. október féll svörun töluvert niður þegar misbrestur var á að starfsfólk í móttöku rétti blöð og kynnti rannsóknina fyrir þeim konum sem komu í skoðun. Örfáar konur (n=23) óskuðu eftir að taka þátt en höfðu ekki netfang og/eða símanúmer og gátu því ekki verið þátttakendur þar sem ákveðið var að nota einungis rafrænan spurningalista. Þegar netfangasöfnun var lokið var spurningalistinn sendur á 1626 netföng; 61 netfang reyndist ekki vera virkt. Ákveðið var að ganga ekki eftir óvirku netföngunum með símhringingum eða öðrum hætti.

Tölfræðileg úrvinnsla: Lýsandi tölfræði var notuð til að kanna bakgrunn rannsóknarhópsins með tilliti til aldurs, menntunar, hjúskaparstöðu, fjölskyldusögu um krabbamein, og þekkingar á *BRCA*-stökkbreytingum (tafla I). Þá var einnig kannaður áhugi kvenna á að fá erfðaráðgjöf, á því að undirgangast erfðapróf vegna ofangreindra stökkbreytinga og á að nýta fyrirliggjandi erfðaupplýsingar (tafla II). Skoðuð voru tengsl áhuga kvennanna á erfðaráðgjöf, erfðaprófi og nýtingu fyrirliggjandi erfðaupplýsinga, við lýðfræðilegan bakgrunn, ættarsögu um krabbamein og þekkingu á ofangreindum stökkbreytingum; notað var kí-kvaðrat próf til að

Tafla IV. *Viðhorfsspurningar um erfðapróf og arfberastöðu skipt eftir ættarsögu um krabbamein. % (n)*

		Saga um krabbamein*	Lítil saga**	P-gildi
Erfðarannsókn myndi hjálpa mér að vita hvort börnin mín væru í aukinni áhættu á að vera með stökkbreytingu á BRCA geni				
Mjög sammála/frekar sammála	91 (989)	91 (510)	90 (479)	0,62
Vitneskja myndi hjálpa mér að ákveða að fara oftar í eftirlit				
Mjög sammála/frekar sammála	93 (1011)	93 (520)	93 (491)	0,89
Ég hefði áhyggjur af því að niðurstöður yrðu ekki meðhöndlaðar sem trúnaðarmál				
Mjög sammála/frekar sammála	11 (115)	11 (64)	10 (51)	0,33
Ég hefði áhyggjur af því að niðurstöðurnar hefðu áhrif á tryggingar mínar				
Mjög sammála/frekar sammála	49 (524)	47 (259)	50 (265)	0,21
Ég hef áhyggjur af að erfðapróf gæti leitt til vandamála gagnvart vinnuveitanda				
Mjög sammála/frekar sammála	5 (56)	5 (29)	5 (27)	0,94
Ef ég færi í erfðapróf gæti það leitt til fjölskylduvandamála				
Mjög sammála/frekar sammála	4 (47)	5 (25)	4 (22)	0,79
Ef ég væri með stökkbreytinguna myndu aðrir líklega sjá mig í neikvæðara ljósi				
Mjög sammála/frekar sammála	3 (33)	3 (15)	3 (18)	0,48
Ef ég væri með stökkbreytinguna myndi ég verða hrædd				
Mjög sammála/frekar sammála	71 (767)	66 (365)	76% (402)	<0,0001
Jafnvel þótt ég hefði stökkbreytinguna, væri léttir að vita vissu sína				
Mjög sammála/frekar sammála	83 (907)	83 (467)	83 (440)	0,92

*Sjálf með krabbamein eða skyldmenni í 1. ættlið. **Enginn ættingi eða fjarskyldur ættingi með krabbamein.

kanna tengsl þessara breyta (tafla III). Tölfræðileg marktækni var upphaflega ákvörðuð miðað við 5% líkindi en vegna þess að gerð voru 33 tilgátupróf var marktektarkrafan hert samkvæmt Bonferroni-leiðréttingu, p<0,05/33, og því var miðað við p<0,0015. Tölfræðiforritið R, útgáfa 3.2.2 var notað við útreikninga.

Rannsóknin fékk leyfi vísindasiðanefndar (VSN: 15-123).

Niðurstöður

Lýðfræðilegum bakgrunni rannsóknarhóps (N=1129) er lýst í töflu I. Meðalaldur kvennanna var 47 ár (spönn: 21-76 ára). Meirihluti þeirra hafði lokið háskólanámi (55,9%), flestar voru giftar eða í sambandi (80,3%) og í hluta- eða fullu starfi (77,1%). Mikill meirihluti átti börn, eða 85,9%. Þegar ættarsaga um krabbamein var skoðuð voru það 49,6% sem höfðu ættarsögu en 50,4% sem höfðu litla eða enga ættarsögu.

Þegar staða vitneskju, áhugi á erfðaráðgjöf, erfðaprófi og nýtingu fyrirliggjandi erfðaupplýsinga voru skoðuð kom í ljós að tæplega helmingur kvennanna (47%) þekkti til *BRCA*-stökkbreytinga (tafla II). Meirihluti, eða 83% kvennanna, sagðist örugglega eða líklega hafa áhuga á að fara í erfðapróf og 79% örugglega eða líklega áhuga á að fara í erfðaráðgjöf. Hins vegar höfðu einungis 4% kvennanna þegar farið í erfðarágjöf og 7% í erfðapróf. Nær allar konurnar, eða 97%, voru mjög sammála eða frekar sammála því að nýta erfðaupplýsingar um *BRCA*-stökkbreytingu (sem orðið hefðu til vegna vísindastarfs eða heilbrigðisþjónustu), væru þær nú þegar til um þær eða fjölskyldu þeirra.

Þegar tengsl bakgrunnsbreyta við vitneskju um stökkbreytingarnar, viðhorf til erfðaráðgjafar, erfðaprófa og fyrirliggjandi erfðaupplýsinga voru könnuð (tafla III), kom í ljós að yngri konur höfðu meiri áhuga á að fara í erfðaráðgjöf (p<0,0001) og erfðapróf (p<0,0001) en þær eldri. Hins vegar fylgdi meiri vitneskja hærri aldri (p<0,0001) og konur með meiri menntun höfðu jafnframt meiri vitneskju um stökkbreytingarnar (p=0,0001). Staða á vinnumarkaði tengdist áhuga á að fara í erfðaráðgjöf (p<0,0001), það er ellilífeyrisþegar höfðu minni áhuga. Þær konur sem voru með sögu um krabbamein höfðu meiri vitneskju um stökkbreytingarnar (p<0,0001) en konur með litla eða enga sögu, en ekki var munur milli hópanna á áhuga á erfðaráðgjöf og á því að undirgangast erfðapróf. Öll ofangreind tengsl stóðust Bonferroni-leiðréttingu, það er marktektarmörk við 0,0015.

Þegar viðhorfsspurningar til erfðaprófa og afstöðu til þess að vera *BRCA*-arfberi eftir ættarsögu (sjá viðauka) voru skoðaðar (tafla IV) taldi mikill meirihluti að erfðapróf myndi hjálpa þeim að vita hvort börnin þeirra væru í aukinni áhættu á að vera arfberar (91%), sama átti við um ákvörðun um að fara oftar í eftirlit (93%). 11% höfðu áhyggjur af því að niðurstöður erfðaprófa yrðu ekki meðhöndlaðar sem trúnaðarmál, 5% höfðu áhyggjur af því að það að fara í erfðapróf gæti leitt til vandamála gagnvart vinnuveitanda, 4% töldu það geta leitt til fjölskylduvandamála og 3% kvennanna töldu að fólk myndi sjá sig í neikvæðara ljósi ef þær væru með stökkbreytingu. Um helmingur kvennanna, eða 49%, hafði áhyggjur af því að niðurstöður úr erfðaprófi hefðu áhrif á líf- og sjúkdómatryggingar. Mikill meirihluti taldi að það fylgdi því léttir að fá að vita vissu sína (83%) en 71% var þó sammála fullyrðingunni um að þær yrðu hræddar ef þær hefðu stökkbreytinguna. Síðastnefnda spurningin var einnig sú eina þar sem marktækur munur var á milli kvenna sem höfðu sögu um krabba-

mein og hinna með litla eða enga sögu; þær sem höfðu sögu um krabbamein töldu síður að þær yrðu hræddar (66%) en þær sem höfðu litla eða enga sögu (71%).

Umræða

Helstu niðurstöður þessarar viðhorfskönnunar sem tók til 1129 kvenna á höfuðborgarsvæðinu eru þær að nær allar konur sem tóku þátt í könnuninni (97%) myndu vilja nýta fyrirliggjandi erfðaupplýsingar með þeim hætti að fá upplýsingar um sig eða fjölskyldu sína ef niðurstöður benda til þess að þær séu arfberar *BRCA*-stökkbreytinga. Einnig voru viðhorf kvennanna gagnvart *BRCA*-erfðaprófi mjög jákvæð og yngri konur virðast vera enn áhugasamari en þær eldri um að fara í erfðaráðgjöf og erfðapróf eins og áður kom fram.[10] Aftur á móti virðast konur hafa takmarkaða vitneskju um þessar stökkbreytingar og helmingur þeirra hafði áhyggjur af því að niðurstöður erfðaprófa hefðu áhrif á sjúkratryggingar þeirra. Þessar niðurstöður sýna fram á mikilvægi þess að fræða íslenskar konur meira um *BRCA*-stökkbreytingar og benda jafnframt til að sterkur vilji almennings sé fyrir því að þær konur sem vitað er vegna vísindarannsókna að eru arfberar fái þessar upplýsingar. Skal þó tekið fram að ekki var kannað í þessari rannsókn á hvaða hátt þær töldu að best væri að koma þeim upplýsingum á framfæri.

Áhugi á því að fara í erfðapróf hefur aukist frá fyrri rannsókn; hér höfðu 83% kvennanna áhuga á því að fara í erfðapróf en í fyrri rannsókn höfðu 74% kvenna áhuga á að fara í erfðapróf. Miðað við umræðu um stökkbreytingar í *BRCA*-genum síðustu ár, bæði hér heima og í erlendum fjölmiðlum, má segja að það komi á óvart að 53% kvennanna þekktu ekki til *BRCA*-stökkbreytinga.

Vitneskja um genasamsetningu þjóða er mikilvæg til þess að hægt sé að þróa áhrifaríka skimunarleið sem leiði til einstaklingsmiðaðra erfðaprófa, en þar hefur Ísland einmitt sérstöðu. Landnemastökkbreytingar eins og þær sem eru til staðar hér á Íslandi einfalda málin og gera erfðapróf fyrir þessum þekktu breytingum hagkvæmari og ódýrari.[17] Þessar niðurstöður benda til þess að íslenskar konur vilji vera upplýstar um þessar stökkbreytingar og sýnt hefur verið fram á í rannsóknum að eftirlit með arfberum og fyrirbyggjandi aðgerðir eins og brottnám eggjastokka hafa borið árangur.[18,19] Eins hafa nýjar rannsóknir sýnt að fyrir konur sem eru nýgreindar með brjóstakrabbamein getur verið mikilvægt að vita hvort *BRCA*-stökkbreyting sé til staðar áður en meðferð er valin. Í rannsókn[20] á sjúklingum með brjóstakrabbamein kom í ljós að konur sem voru með estrógen-jákvætt krabbamein og voru með *BRCA2*-breytinguna höfðu verri horfur en arfberar með estrógen-neikvætt krabbamein. Vitneskja um stökkbreytinguna getur því skipt máli um hvaða lyf henta best til meðferðar. Til dæmis hefur komið í ljós að lyf eins og PARP-hamlar virka mun betur fyrir einstaklinga sem eru BRCA-arfberar og með krabbamein en aðra.[21] Þetta eru því mikilvægar upplýsingar varðandi einstaklingsmiðaða meðferð. Á Íslandi liggja því mögulega vannýtt tækifæri til að þróa lýðgrundaðar forvarnir gegn krabbameinum eða beita einstaklingsmiðaðri meðferð, þar sem *BRCA*-stökkbreytingarnar hafa veruleg áhrif.[22,23]

Þar sem þátttakendur voru skjólstæðingar Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins og því ef til vill líklegri til að vera meðvitaðar um heilsu sína og hugsa jafnvel meira en þeir sem ekki mæta þangað um áhrifavalda krabbameina, kemur þetta þekkingarleysi á óvart. Þetta bendir til þess að betur mætti standa að umfjöllun og kynningu á þessum stökkbreytingum og mögulegum fyrirbyggjandi aðgerðum.

Ættarsaga hafði ekki áhrif á áhuga kvenna á að fara í erfðaráðgjöf eða erfðapróf frekar en í fyrri rannsókn[10] og er það vísbending um það að jafnvel þær konur sem ekki eru með sterka ættarsögu hafi áhuga á erfðaupplýsingum. Möguleiki er að finna arfbera bæði með og án ættarsögu, til dæmis ef fáar konur eru í ættinni vegna smæðar hennar, eða ef sýnd krabbameina er lítil í viðkomandi ætt þó stökkbreyting sé til staðar. Merkjanlegur munur var hins vegar á vitneskju um stökkbreytingarnar milli kvenna sem höfðu sögu um krabbamein miðað við konur með litla eða enga sögu. Það verður að teljast eðlilegt þar sem umræða um stökkbreytingarnar hefur væntanlega frekar átt sér stað í þeim ættum á Íslandi þar sem margir hafa greinst með krabbamein.

Þegar viðhorfsspurningarnar voru skoðaðar kom í ljós að konur sem höfðu sögu um krabbamein voru ekki eins hræddar við vitneskjuna um að vera arfberar og þær sem höfðu litla eða enga sögu. Það gæti skýrst af því að konur með ættarsögu telji að það gæti orðið ákveðinn léttir að fá skýringu á fjölda krabbameina í sinni ætt og geta haft áhrif á sín eigin afdrif og ættingja sinna. Það er enn fremur áhugavert að sjá að íslenskar konur virðast ekki hafa miklar áhyggjur af mismunun þó arfberastaða þeirra væri ljós. Tæpur helmingur taldi þó að það gæti haft áhrif á sjúkratryggingar þeirra. Þetta atriði þarf því að skoðast betur af yfirvöldum og mögulega þyrfti að koma til sérstakrar löggjafar til þess að tryggja réttarstöðu arfbera, svipað GINA (Genetic information nondiscrimination act) sem samþykkt var 2008 í Bandaríkjunum til þess að banna mismunun byggða á erfðaupplýsingum með tilliti til sjúkratrygginga og atvinnu.[24]

Þessi rannsókn er fyrsta viðhorfskönnun í yfir 15 ár meðal íslenskra kvenna á þessum mikilvægu þáttum sem snerta heilsu þeirra og lífslíkur. Styrkleiki rannsóknarinnar liggur í fjölda þátttakenda og nokkuð háu svarhlutfalli ásamt stöðluðum mælitækjum úr fyrri rannsókn. Helstu takmarkanir eru að úrtakið samanstendur af konum sem mættu í skipulagða skimun fyrir krabbameinum í Reykjavík og endurspeglar því mögulega ekki allar konur á höfuðborgarsvæðinu, hvað þá á Íslandi. Því þarf að fara varlega í að alhæfa þessar niðurstöður yfir á allt þýði kvenna á Íslandi. Hins vegar er góð mæting á Leitarstöð Krabbameinsfélagsins, eða um 69% kvenna á höfuðborgarsvæðinu[25] og því ætti þessi hópur að endurspegla konur í Reykjavík og höfuðborgarsvæðinu að einhverju leyti. Samkvæmt upplýsingum Hagstofu er menntunarstig þátttakenda mjög áþekkt og annarra kvenna í Reykjavík[26] en aldurssamsetning rannsóknarhópsins er þó aðeins önnur en á höfuðborgarsvæðinu. Töluvert fleiri eru í eldri hópunum en þeim yngri, sem skýrist meðal annars af því að þátttakendur komu úr Leitarstöð Krabbameinsfélagsins þar sem brjóstamyndataka hefst til dæmis fyrst við 40 ára aldur.[27] Þar sem hlutfall ungra kvenna er lægra í rannsókninni má velta fyrir sér hvort áhuginn sé í raun enn meiri en kemur fram í þessari könnun, því niðurstöðurnar

benda til þess að þær sem yngri eru séu áhugasamari. Hins vegar eru þátttakendur að mæta í skimun fyrir krabbameinum sem getur bent til þess að þær séu áhugasamari um heilsu sína og mögulega jákvæðari gagnvart spurningum um þessi mál en konur sem ekki mæta í skimun.

Ljóst er að auknar erfðaupplýsingar verða í boði á næstu árum. Þann 14. maí síðastliðinn skilaði starfshópur á vegum heilbrigðisráðherra tillögum til ráðherra um nýtingu erfðaupplýsinga í einstaklingsmiðuðum forvörnum.[11] Samkvæmt niðurstöðum nefndarinnar var talið að núverandi lagaumhverfi leyfi ekki að haft sé samband við þátttakendur í vísindarannsóknum sem eru jafnframt arfberar, án upplýsts samþykkis. Nefndin lagði því til að fólk hafi um það sjálfræði hvort, hvenær og við hvaða aðstæður það fái upplýsingar um arfgerð sína. Slíkt væri hægt að gera í gegnum vefsíðu þar sem viðkomandi ætti kost á að kynna sér viðeigandi fræðsluefni áður en hann veitti samþykki sitt fyrir því að fá þessar upplýsingar. Nefndin lagði jafnframt áherslu á að öll miðlun erfðaupplýsinga um heilsufar fari fram innan heilbrigðisþjónustunnar og að veitt sé viðeigandi erfðaráðgjöf. Í kjölfarið opnaði Íslensk erfðagreining (ÍE) vefsvæðið *arfgerd.is* þar sem veittar eru upplýsingar um 999del5-stökkbreytinguna og einstaklingar geta óskað eftir upplýsingum um það hvort þeir beri stökkbreytinguna. Þegar þetta er ritað hafa um 18.000[28] slíkar beiðnir borist gegnum vefsvæðið á einni viku, sem er í samræmi við niðurstöður þessarar rannsóknar og bendir til mikils áhuga almennings á slíkum upplýsingum. Viðhorfskönnun um vilja íslenskra kvenna í þessum efnum er mikilvægt innlegg í umræðuna í þessum málaflokki. Eins og í áðurnefndri rannsókn[10] sýna niðurstöður þessarar rannsóknar að krafa kvenna um að fara í erfðaráðgjöf og erfðapróf er mjög skýr og eins vilji þeirra til að nýta þær erfðaupplýsingar sem til eru nú þegar í gegnum vísindastarf til að upplýsa arfbera. Það er hugsanlegt, en þarf að athuga, hvort nýting fyrirliggjandi erfðaupplýsinga gegnum vefsvæðið *arfgerd.is* sé með þeim hætti að vilji hvers og eins sé virtur. Eins ber að taka fram að þó vilji og áhugi íslenskra kvenna hafi verið kannaður hér er einnig mikilvægt að kanna áhuga og vilja íslenskra karla. Jafnframt má segja að það sé annað mál að segjast vilja fara í próf og nýta erfðaupplýsingar en það að gera sér grein fyrir hvað felst í raun í því að fá þá vitneskju um að þú sért arfberi og þurfa að takast á við það. Loks má færa rök fyrir því að það sé eitt að segjast vilja fara í erfðaráðgjöf og erfðapróf en annað síðan að láta verða af því; þó svo að mikill meirihluti kvennanna hafi látið í ljós áhuga á að fara í erfðarágjöf og erfðapróf hafa einungis 4-7% þátttakendanna þegar fengið slíka þjónustu þó svo að erfðaráðgjöf á Landspítala hafi nú verið starfrækt í um 10 ár.

Í megindráttum benda þessar niðurstöður afdráttarlaust til jákvæðrar afstöðu aðspurðra kvenna til erfðaráðgjafar, erfðaprófa og nýtingar fyrirliggjandi erfðaupplýsinga um *BRCA*-stökkbreytingarnar í þessum tilgangi. Niðurstöðurnar kalla á að stoðir fræðslu við almenning í þessum efnum verði styrktar til muna, sem og ráðgjafar- og sálfræðiþjónustu við þá einstaklinga sem í náinni framtíð munu þurfa að takast á við erfiðar spurningar um arfgenga sjúkdóma. Upplýsa þarf almenning betur um þessar stökkbreytingar og þá möguleika sem í boði eru fyrir arfbera í formi eftirlits og fyrirbyggjandi aðgerða sem sýnt hafa árangur og jafnvel bjargað mannslífum.

Heimildir

1. Schrag D, Kuntz KM, Garber JE, Weeks JC. Decision analysis – effects of prophylactic mastectomy and oophorectomy on life expectancy among women with BRCA1 or BRCA2 mutations. N Engl J Med 1997; 336: 1465-71.
2. Kurian AW, Munoz DF, Rust P, Schackmann EA, Smith M, Clarke, L, et al. Online tool to guide decisions for BRCA1/2 mutation carriers. J Clin Oncol 2012; 30: 497-506.
3. Sigal BM, Munoz DF, Kurian AW, Plevritis SK. A simulation model to predict the impact of prophylactic surgery and screening on the life expectancy of BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2012; 21: 1066-77.
4. Byrd LM, Shenton A, Maher ER, Woodward E, Belk R, Lim C, et al. Better life expectancy in women with BRCA2 compared with BRCA1 mutations is attributable to lower frequency and later onset of ovarian cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2008; 17: 1535-42.
5. Thorlacius S, Olafsdottir G, Tryggvadottir L, Neuhausen S, Jonasson JG, Tavtigian SV, et al. A single BRCA2 mutation in male and female breast cancer families from Iceland with varied cancer phenotypes. Nat Genet 1996; 13: 117-9.
6. Johannesdottir G, Gudmundsson J, Bergthorsson JT, Arason A, Agnarsson BA, Eiriksdottir G, et al. High prevalence of the 999del5 mutation in Icelandic breast and ovarian cancer patients. Cancer Res 1996; 56: 3663-5.
7. Gudbjartsson DF, Helgason H, Gudjonsson SA, Zink F, Oddson A, Gylfason A, et al. Large-scale whole-genome sequencing of the Icelandic population. Nat Genet 2015; 47: 435-44.
8. Thorlacius S, Sigurdsson S, Bjarnadottir H, Olafsdottir G, Jonasson JG, Tryggvadottir L, et al. Study of a single BRCA2 mutation with high carrier frequency in a small population. Am J Hum Genet 1997; 60: 1079-84.
9. Bergthorsson JT, Jonasdottir A, Johannesdottir G, Arason A, Egilsson V, Gayther S, et al. Identification of a novel splice-site mutation of the BRCA1 gene in two breast cancer families: screening reveals low frequency in Icelandic breast cancer patients. Hum Mutat 1998; Suppl 1: S195-7.
10. Árnadóttir G, Sigurðardóttir V, Jónsson FH, Valdimarsdóttir HB. Viðhorf íslenskra kvenna til erfðaprófa á brjóstakrabbameini. Læknablaðið 2000; 86: 771-7.
11. stjornarradid.is Nýting erfðaupplýsinga í einstaklingsmiðuðum forvörnum – maí 2018.
12. Hamilton JG, Lobel M, Moyer A. Emotional distress following genetic testing for hereditary breast and ovarian cancer: a meta-analytic review. Health Psychol 2009; 28: 5110-8.
13. Klitzman RL. Am I my genes? Confronting Fate and Family secrets in the age of genetic testing (1 ed. Vol. 1). Oxford University Press, Oxford 2012.
14. Kausmeyer DT, Lengerich EJ, Kluhsman BC, Morrone D, Harper GR, Baker MJ. A survey of patients' experiences with the cancer genetic counseling process: recommendations for cancer genetics programs. J Genet Couns 2006; 15: 409-31.
15. Lerman C, Biesecker B, Benkendorf JL. Controlled trial of pretest education approaches to enhance informed decision-making for BRCA1 gene testing. J Natl Cancer Inst 1997; 89: 148-57.
16. Hann KEJ, Freeman M, Fraser L, Waller J, Sanderson SC, Rahman B, et al. Awareness, knowledge, perceptions, and attitudes towards genetic testing for cancer risk among ethnic minority groups: a systematic review. BMC Public Health 2017; 17: 503.
17. Janavicius R. Founder BRCA1/2 mutations in the Europe: implications for hereditary breast-ovarian cancer prevention and control. EPMA J 2010; 1: 397-412.
18. Huzarski T, Byrski T, Gronwald J, Górski B, Domagala P, Cybulski C, et al. Ten-year survival in patients with BRCA1-negative and BRCA1-positive breast cancer. J Clin Oncol 2013; 31: 3191-6.
19. Metcalfe K, Lynch HT, Foulkes WE, Tung N, Kim-Sing C, Olopade OI, et al. Effect of oophorectomy on survival after breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. Jama Oncol 2015; 1: 306-13.
20. Jonasson JG, Stefansson OA, Johannsson OT, Sigurdsson H, Agnarsson BA, Olafsdottir GH, et al. Oestrogen receptor status, treatment and breast cancer prognosis in Icelandic BRCA2 mutation carriers. Br J Cancer 2016; 115: 776-83.
21. Bryant HE, Schultz N, Thomas HD, Parker KM, Fower D, Lopez E, et al. Specific killing of BRCA2-deficient tumours with inhibitors of poly (ADP-ribose) polymerase. Nature 2005; 434: 913-7.
22. Karakasis, K, Burnier JV, Bowering V, Oza AM, Lheureux S. Ovarian Cancer and BRCA1/2 Testing: Opportunities to Improve Clinical Care and Disease Prevention. Front Oncol 2016; 11: 119.
23. Veronesi A, Giacomi C, Magri MD, Lombardi D, Zanetti M, Scuderi C, et al. Familial breast cancer: characteristics and outcome of BRCA 1-2 positive and negative cases. BMC Cancer 2005; 5: 70.
24. ginahelp.org – maí 2018.
25. krabb.is/media/baeklingar/ARSSKYRSLA-2014-2015-Krabbameinsfelagid-vefur.pdf - maí 2015.
26. hagstofa.is/talnaefni/samfelag/menntun/menntunarstada/ - maí 2015.
27. hagstofa.is/talnaefni/ibuar/mannfjoldi/sveitarfelog-og-byggdakjarnar/ - maí 2015.
28. mbl.is/frettir/innlent/2018/05/16/taeplega_18_thusund_hafa_skrad_sig/ - maí 2018.

Barst til blaðsins 19. september 2017, samþykkt til birtingar 23. maí 2018.

Viðauki.

Vinsamlegast taktu afstöðu til eftirfarandi fullyrðinga eftir bestu getu:

Erfðarannsóknir í tengslum við vísindastarf eða heilbrigðisþjónustu geta haft upplýsingar um einstaklinga og fjölskyldur á Íslandi þar sem þessa stökkbreytingu í BRCA er að finna. Ef það ætti við um þig eða fjölskyldu þína, myndir þú vilja fá að vita niðurstöðurnar?

Mjög sammála	Frekar sammála	Í meðallagi	Frekar ósammála	Mjög ósammála
1	2	3	4	5

Erfðarannsókn myndi hjálpa mér að vita hvort börnin mín væru í aukinni áhættu að vera með stökkbreytingu.
Á ekki við ____ (á ekki börn á lífi)

Mjög sammála	Frekar sammála	Í meðallagi	Frekar ósammála	Mjög ósammála
1	2	3	4	5

Vitneskja um að ég hefði stökkbreytinguna myndi hjálpa mér að ákveða hvort ég færi oftar í krabbameinsskoðun/eftirlit?

Mjög sammála	Frekar sammála	Í meðallagi	Frekar ósammála	Mjög ósammála
1	2	3	4	5

Ég hefði áhyggjur af því að niðurstöður úr erfðaprófinu yrðu ekki meðhöndlaðar sem trúnaðarmál

Mjög sammála	Frekar sammála	Í meðallagi	Frekar ósammála	Mjög ósammála
1	2	3	4	5

Ég hefði áhyggjur af því að niðurstöður úr erfðaprófinu hefðu áhrif á líf- og sjúkdómatryggingar mínar

Mjög sammála	Frekar sammála	Í meðallagi	Frekar ósammála	Mjög ósammála
1	2	3	4	5

Ég hefði áhyggjur af því að ef ég færi í erfðapróf gæti það leitt til vandamála gagnvart vinnuveitanda mínum
Á ekki við ____

Mjög sammála	Frekar sammála	Í meðallagi	Frekar ósammála	Mjög ósammála
1	2	3	4	

Ef ég færi í erfðapróf gæti það leitt til fjölskylduvandamála

Mjög sammála	Frekar sammála	Í meðallagi	Frekar ósammála	Mjög ósammála
1	2	3	4	5

Ef ég væri með stökkbreytinguna myndu aðrir líklega sjá mig í neikvæðara ljósi

Mjög sammála	Frekar sammála	Í meðallagi	Frekar ósammála	Mjög ósammála
1	2	3	4	5

Ef ég væri með stökkbreytinguna myndi ég verða hrædd

Mjög sammála	Frekar sammála	Í meðallagi	Frekar ósammála	Mjög ósammála
1	2	3	4	5

Jafnvel þótt ég hefði stökkbreytinguna, væri léttir að vita vissu sína

Mjög sammála	Frekar sammála	Í meðallagi	Frekar ósammála	Mjög ósammála
1	2	3	4	5

ENGLISH SUMMARY

Views of Icelandic women towards genetic counseling - and testing of BRCA2 mutations

Þórdís Jónsdóttir[1]
Heiðdís Valdimarsdóttir[2]
Laufey Tryggvadóttir[3,4]
Sigrún Helga Lund[1]
Maríanna Þórðardóttir[1]
Magnús Karl Magnússon[4]
Unnur Valdimarsdóttir[1]

Introduction
The aim of this study was to explore the attitudes of Icelandic women towards existing genetic information, genetic counseling and genetic testing for BRCA mutations which dramatically increase risk for aggressive cancers.

Materials and methods
Women attending the cancer prevention clinic in Reykjavik, capital of Iceland, from October 12th until November 20th 2015 received an invitation to participate. Participation involved answering a short online questionnaire about background, family history of cancer as well as attitudes towards genetic counseling, BRCA testing and preventive use of such information. Descriptive statistics and chi-square tests were used to describe differences in attitudes towards those questions between subgroups of women.

Results
1129 women (69% response rate) answered the questionnaire. Mean age was 47 years (span 21-76 years). Around half (47%) had heard fairly much about the mutations. Independent of family history of cancer, the majority of women were positive towards receiving genetic counseling (79%) and to undergo genetic testing (83%) for BRCA mutation with younger women being more interested than older women. On the other hand, only 4% of the women had already received genetic counseling and 7% undergone genetic testing. Women with family history of cancer were more knowledgeable about BRCA mutations ($p<0.0001$) and were less afraid of the consequence of being a mutation carrier ($p<0.0001$) compared to those with little or no family history. Regardless of family history, half (49%) worried that results from genetic testing could influence their health insurance. Almost all, or 97% of the women, were positive or very positive toward using existing genetic information obtained through scientific work, to inform affected individuals of their mutation status.

Conclusion
Icelandic women are positive towards genetic counseling and testing for BRCA mutations although half of them worry that a positive result might affect their health insurance. Nevertheless, almost all women believe that existing genetic information should be used to inform carriers for preventive purposes.

[1]Center of Public Health sciences, Faculty of Medicine, University of Iceland, [2]Reykjavik University, [3]Icelandic Cancer Registry, Icelandic Cancer Society, Skógarhlíð 8, [4]Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavik.

Key words: Genetic counseling, genetic testing, BRCA2, BRCA1, genetic information.

Correspondence: Þórdís Jónsdóttir, thordisjons@gmail.com

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 útfjólubláir 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.**



Þegar meðferðarmarkmið næst ekki með einlyfjameðferð[1]

Hver einasti mmHg skiptir máli[2]

GANfort®

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

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

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

Actavis 710132

UMBOÐSAÐILI Á ÍSLANDI: Actavis

Allergan

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

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

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Stjórnmálaþátttaka íslenskra lækna



Ólafur Þ. Harðarson

stjórnmálafræðiprófessor við Háskóla Íslands

othh@hi.is

Íslenskir læknar hafa á stundum verið áberandi í íslensku stjórnmálalífi. Hér verður gerð grein fyrir setu lækna á Alþingi og í ráðherrastól. Þá verður fjallað um stjórnmálabombur sem læknar sendu Jónasi frá Hriflu. Loks verða tekin þrjú dæmi um lækna sem skiluðu merkilegu framlagi til íslenskra stjórnmála, ekki síst utan þings.

Tæplega 30 þingmenn og einn ráðherra 1845-2018

Lausleg athugun á Alþingismannatali gefur til kynna að frá stofnun Alþingis 1845 hafi tæplega 30 læknar setið á þingi sem aðalmenn, en fáeinir til viðbótar hafa tekið sæti sem varamenn.[1] Margir læknar hafa líka setið í sveitarstjórnum, sumir um árabil. Þá hafa ýmsir læknar tekið þátt í stjórnmálum með greinaskrifum og félagsstarfi – og sumir verið áberandi og áhrifamiklir.

Á 19. öld sátu innan við 10 læknar á þingi, ýmist konungkjörnir eða kjördæmakjörnir. Einn þessara lækna var Þórður Thoroddsen, sem reyndar sat fram yfir aldamót.

Fyrstu 8 áratugi 20. aldar (til 1978) voru tæplega 20 læknar kjörnir til þingsetu. Einn þeirra, Guðmundur Björnsson, var fyrst konungkjörinn en síðar landskjörinn. Meðal annarra í þessum hópi voru Alfreð Gíslason, Bjarni Snæbjörnsson, Guðmundur Hannesson, Jónas Kristjánsson, Katrín Thoroddsen og Vilmundur Jónsson. Síðustu 40 árin hafa einungis fjórir læknar verið kjörnir á þing í fyrsta sinn, þau Bragi Níelsson, Guðrún Agnarsdóttir, Katrín Fjeldsted og Ólafur Þór Gunnarsson, en Oddur Ólafsson sat á þingi 1971-79.

Flestir læknanna sátu stutt á þingi. Á 20. öld sátu einungis tveir meira en þrjú kjörtímabil, þeir Halldór Steinsen og Helgi Jónasson, sem varla teljast til stjórnmálaskörunga. Guðmundur Björnsson, Oddur Ólafsson, Magnús Pétursson og Vilmundur Jónsson sátu þrjú kjörtímabil. Aðrir sátu ýmist eitt eða tvö kjörtímabil, álíka margir í hvorum hópi.

Enginn þessara lækna gegndi formennsku í sínum flokki, en Guðrún Agnarsdóttir var forystukona og þingflokksformaður Samtaka um kvennalista. Hún er líka eini læknirinn sem hefur verið í kjöri til embættis forseta Íslands. Fæstir hinna voru meðal helstu forystumanna síns flokks, nema Vilmundur Jónsson.

Enginn þingmaður úr hópi lækna varð ráðherra. Eini læknirinn sem hefur gegnt ráðherraembætti er Jóhann Sæmundsson – sem var félagsmálaráðherra í utanþingsstjórninni 1942-44. Hann sagði reyndar af sér ráðherradómi 1943 vegna óánægju með afstöðu og aðgerðaleysi Alþingis gagnvart verðbólgunni.[2] Jóhann var ekki kjörinn þingmaður.

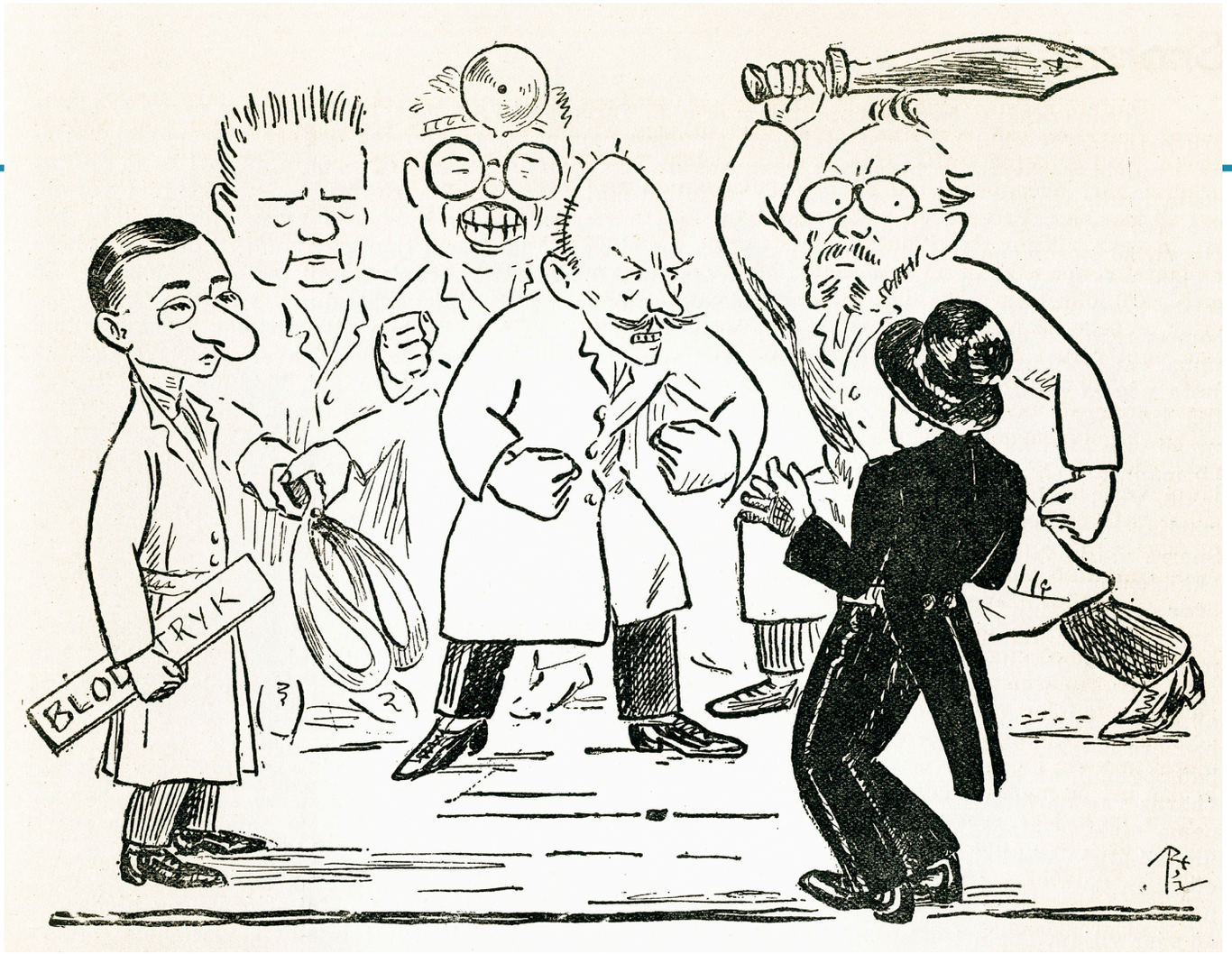
Eftir að hinir fjórir hefðbundnu flokkar í íslenska stjórnmálakerfinu komu til á árunum 1916-30 hafa flestir læknar setið á þingi fyrir Sjálfstæðisflokk, 6 talsins. Þrír hafa setið fyrir Sósíalistaflokk, Alþýðubandalag eða Vinstri græn, tveir fyrir Alþýðuflokk, einn fyrir Framsóknarflokk og einn fyrir Kvennalista.

Læknar varpa „stóru bombu“

Jónas Jónsson frá Hriflu varð dómsmálaráðherra 1927. Undir hann heyrðu heilbrigðismál. Fljótt kastaðist mjög í kekki milli Jónasar og lækna. Jónas hafði afskipti af ýmsum einstökum heilbrigðismálum og var sakaður um að stjórna að geðþótta og hefna sín á læknum sem honum væri illa við. En harðastar urðu deilurnar um það hvernig Jónas skipaði lækna í stöður.

Jónas var almennt herskár í embættaveitingum, skipaði gjarnan unga menn með „hreinar hugsanir“ í stöður en gekk fram hjá reyndari mönnum sem hann taldi part af spilltri elítu. 1928 skipaði Jónas tvo unga lækna í stöður í trássi við stjórn Læknafélags Íslands. Annar þeirra var Kristján Sveinsson, þá 29 ára, en honum höfðu borist undirskriftalistar úr Dalasýslu með áskorun um að sækja um héraðið. Reyndur héraðslæknir sótti líka, Kristmundur Guðjónsson, þá 38 ára, en hann var heilsuveill og andaðist fáeinum dögum eftir að Kristján var skipaður. Guðmundur Hannesson sagði í minningargrein um Kristmund í *Læknablaðinu*: „Þótti honum sem allt mundi breytast til batnaðar, ef hann fengi Dalahérað sem hann sótti um nýlega. Þessi von hefur brugðist honum rétt áður en hann dó, og það tel ég sennilegast að hafi verið sú raunverulega causa mortis [þ.e. dánarorsök] … En Dalirnir verða veittir eftir nýju reglunni, áskorendasmölun og því sem vænlegast þykir fyrir flokksfylgi stjórnarinnar.“[3]

1929 samþykkti aðalfundur Læknafélags Íslands að félagsmenn væru skyldugir til þess að senda allar umsóknir um stöður og embætti til sérstakrar nefndar félagsins. Félagsmönnum var



Snilldarteikning Tryggva Magnússonar á kápu 22. tölublaðs fjórða árgangs Spegilsins árið 1929 undir titlinum: Iatrophobia Jónasar. „Í læknablaðinu hefur Guðm. Hannesson getið sjúkdóms hjá Jónasi, sem hann nefnir „Iatrophobia". Meðan þetta var aðeins í læknablaðinu, gerði þetta ekkert til, því enginn les læknablaðið, ekki einu sinni læknarnir sjálfir. En nú hefur Morgunblaðið tekið þessa ritsmíð prófessorsins upp, og þar með komið henni út um allt land. Höfum vjer því ekki haft stundlegan frið síðan, því alstaðar að af landinu drífa að fyrirspurnir um það, hvað þetta fjandans orð þýddi, og voru menn órólegir mjög, sem von er, þar sem þetta snertir þjóðarinnar mesta mann. – Vjer snjerum oss því til sjerfræðings Spegilsins í þesskonar sjúkdómum og fengum hjá honum eftirtalda skýringu, sem vjer hjermeð flytjum lesendum vorum: „Iatrophobia þýðir læknishræðsla, og er nokkurskonar taugabilun, sem að mestu kemur aðeins fyrir hjá smábörnum, en tæpast hjá fullorðnum nema þeir hafi gengið með þessa bilun frá barnsaldri. Er bilunin þrálát og mjög vandfarið með sjúklinginn.""

Læknarnir sem skelfa Jónas: Helgi Tómasson geðlæknir, Guðmundur Thoroddsen kvensjúkdómalæknir, Níels Dungal forstöðumaður rannsóknarstofu Háskóla Íslands í meinafræði, Guðmundur Hannesson formaður Læknafélags Íslands og ritstjóri Læknablaðsins og Matthías Einarsson skurðlæknir frammi fyrir andstæðingi sínum, Hriflu-Jónasi dómsmálaráðherra.

jafnframt bannað að taka við setningu í embætti eða þiggja styrki til starfa nema með skriflegu samþykki nefndarinnar. Væri út af brugðið skyldi viðkomandi „rækur úr Læknafélagi Íslands".[3]

Um haustið losnaði Keflavíkurhérað, sem var eftirsótt. 18 læknar sendu umsóknir til nefndar LÍ. Nefndin ákvað að senda einungis eina þessara umsókna til veitingavaldsins, frá Jónasi Kristjánssyni sem þá var þingmaður Sjálfstæðisflokks og hafði átt í hatrömmum deilum við ráðherrann á þingi 1927 og „þá látið að því liggja að nafni hans frá Hriflu væri geðveikur".

Sigvaldi Kaldalóns, tónskáld og héraðslæknir í Flatey, var um þessar mundir sér til hvíldar og hressingar í Kaupmannahöfn og hafði ekki sótt um. En Jónas tilnefndi Sigvalda að honum forspurðum og staðfesti konungur skipunina. Hófst nú hatrömm og illvíg barátta um sál Sigvalda milli læknanefndarinnar og ráðherrans – og veitti ýmsum betur. En á endanum þáði Sigvaldi stöðuna – og var rekinn úr Læknafélagi Íslands.[3]

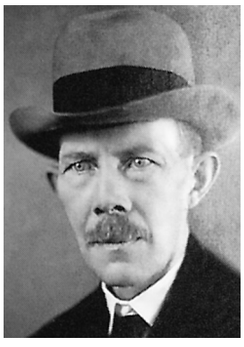
Jónas frá Hriflu efldi mjög fyrirgreiðslupólitík á Íslandi, en hún hafði reyndar orðið sterk strax með heimastjórninni 1904. Hann var rætinn í skrifum (eins og fleiri á þeirri tíð), oft yfirspenntur og hellti sér yfir menn af litlu tilefni. *Morgunblaðið* gat sér þess til árið 1929 að ráðherrann (sem drakk ekki vín) notaði eiturmeðöl. Kviksögur gengu um að Jónas væri geðveikur.[3]

Læknirinn Jónas Kristjánsson sagði í þingræðu 1930: „ … en ég ætla að segja þessi vitskerti maður. Jú, hann ofsækir í stað þess að vernda, hann ákærir í stað þess að rannsaka … Þannig hefir hann ofsótt bæði einstaklinga og heilar stéttir … Hann hefir í hótunum við menn um að reka þá frá embættum ef þeir gera þetta og hitt sem honum er ekki að skapi … Í greinum … gefur hann sjálfum sér svo greinilegt brjálsemisvottorð að slíkt tekur engu tali. Þar kemur fram hans sjúka sálarástand mjög greinilega, ofsóknarástríðan og hatrið."[3]

Guðjón Friðriksson telur að eftir áramótin 1930 hafi stjórn Læknafélagsins, helstu geðlæknar landsins og prófessorar í læknisfræði við HÍ komist að þeirri niðurstöðu að Jónas „væri geðveikur og það þyrfti að koma honum úr ráðherrastól hvað sem það kostaði".[3] Pólitískir andstæðingar Jónasar og sumir samherjar hans voru sama sinnis. 19. febrúar 1930 gekk Helgi Tómasson, yfirlæknir á Kleppi, á fund Jónasar á heimili hans og tjáði honum

þann grun sinn að ráðherrann væri geðveikur. Jónas brást við með því að rita fáeinum dögum síðar eina frægustu grein í stjórnmálasögu Íslendinga, *Stóru bombuna*. Þar lýsti hann heimsókn geðlæknisins – og lét engan eiga neitt hjá sér. Jónas sýndi pólitísk klókindi með því að skýra sjálfur frá málinu – með sínum hætti. Sennilega styrkti málið hann í embætti. Og Hriflu-Jónas rak svo Helga Tómasson frá Kleppi og var talinn hafa komið í veg fyrir að Helgi fengi stöðu í Danmörku.[3]

Guðmundur Hannesson



Guðmundur Hannesson, prófessor og landlæknir, sat á þingi fyrir Húnvetninga 1914-15. En alla ævi skipti hann sér af stjórnmálum og hafði mikil áhrif. Hann var gáfaður eldhugi sem hafði brennandi áhuga á framfaramálum á mörgum sviðum þjóðlífsins.[4] Guðmundur gat verið kappsamur og harðskeyttur í skrifum, eins og ummæli hans hér að framan sýna.

Árið 1906 varð Guðmundur einna fyrstur Íslendinga til þess að rökstyðja ítarlega að Íslendingar gætu og ættu að skilja alveg við Dani og stefna að sjálfstæði og fullveldi. Á þeim tíma töldu flestir það fásinnu að hin fámenna og fátæka þjóð gæti orðið sérstakt ríki. Guðmundur var þarna í hópi hinna róttækustu og studdi Landvarnarflokkinn, sem barðist harkalegast gegn Uppkastinu 1908. Uppkastið féll í kosningunum 1908, þó það hefði fært Íslendingum litlu minna sjálfstæði en sambandslagasamningurinn 1918. Það er afar athyglisvert að Guðmundur studdi Uppkastið. Hann taldi það að vísu ekkert fullnaðarmark í sjálfstæðismálinu, en hyggilegt væri að taka tilboði Dana og vinna að fullum skilnaði í skrefum.

Mest áhrif í stjórnmálum hafði Guðmundur kannski í húsnæðis- og skipulagsmálum, en hann var meðal helstu frumkvöðla Íslendinga á því sviði, skrifaði merk rit um húsagerðarlist og skipulag – og gerði meira að segja skipulagsuppdrætti. Guðmundur taldi að framfarir í húsagerð og skipulagi væru forsenda þess að heilbrigði þjóðarinnar gæti komist í skikkanlegt horf.



Guðmundur Hannesson bjó í húsinu á horni Ingólfsstrætis og Hverfisgötu sem hann hannaði og byggði sjálfur. Í kjallara hússins var lengi Röntgenstofa Gunnlaugs Claessen og í viðbyggingunni var læknastofa Hannesar sonar Guðmundar. Í öllu húsinu eru nú seldar veitingar og í viðbyggingunni er Michelin-stjörnustaðurinn Dill.

Guðmundur setti líka fram hugmyndir um stjórnskipan. Hann taldi að þingræðisstjórn væri sennilega „lélegasta og óviturlegasta stjórnskipulag, sem fundizt hefur“[4] – það ýtti undir flokksræði og að flokkar ynnu kosningar með lýðskrumi. Í staðinn lagði hann til að Íslendingar tækju upp goðaveldi: Goðar (eða þingmenn) yrðu kjörnir ævilangt. Kjósendur gætu sagt sig úr þingi hjá sínum goða og valið sér annan og atkvæðavægi hvers goða á þingi færi eftir tölu þeirra kjósenda sem styddu hann.

Sannarlega frumlegar og róttækar tillögur.

Katrín Thoroddsen

Katrín sat á þingi fyrir Sósíalistaflokkinn 1946-49. Hún var dóttir Theódóru og Skúla Thoroddsen, svo róttækni var henni í blóð borin. Katrín lét til sín taka á mörgum sviðum þjóðlífsins og hafði mikil áhrif.[5] Seta hennar á þingi skipti þar minna máli en margt annað.



Katrín árið 1956 að skoða tvíbura á fyrsta árinu.

Katrín sat á þingi þegar Keflavíkursamningurinn var gerður 1946 og Ísland gekk í NATO 1949. Hún var hvorutveggja afar andvíg, talaði með friði og á móti atómsprengju. Á þingi beitti hún sér auk þess fyrir málefnum kvenna og barna, meðal annars stofnun dagheimila.

En barátta Katrínar fyrir konur og börn stóð miklu lengur en þingseta hennar. Hún var brautryðjandi í fræðslu og umræðu um kynfrelsi kvenna, takmörkun barneigna og fræðslu um kynlíf. Fyrirlestur hennar, *Frjálsar ástir – erindi um takmarkanir barneigna*, vakti gríðarlega athygli og deilur árið 1931. Kristín Ástgeirsdóttir telur að barátta Katrínar og fræðsla um fóstureyðingar hafi skilað árangri þegar fyrstu lög um fóstureyðingar voru samþykkt á Alþingi 1935 og 1938.[5] Auk þessa má nefna að Katrín barðist mjög fyrir bættri menntun kvenna og gagnrýndi stjórnvöld harkalega á millistríðsárunum fyrir að hafna umsóknum ofsóttra þýskra gyðinga um landvist.

Á þriðja áratug 20. aldar var víða rætt um „nýju konuna“, frjálsu konuna, sem væri félagi karlmannsins og réði sér sjálf, gæti gengið „í stuttum kjólum og jafnvel buxum“. Halldór Kiljan Laxness skrifaði fræga grein um „nýju konuna“ 1925, „Drengjakollurinn og íslenska konan“. Katrín var holdgervingur „nýju konunnar“. Hún var menntuð, „sá fyrir sér sjálf og var alla tíð

ógift og barnlaus … Myndir sem til eru af henni eftir að hún varð fullorðin sýna hana stuttklippta og hún greiddi hárið frá enninu“. Systursonur Katrínar, Skúli Halldórsson tónskáld, segir að henni hafi fundist gott í staupinu, en ekki til vandræða. Hún hafi reykt þrjá pakka af tyrkneskum sígarettum á dag. „Þetta var lífsstíll nýju konunnar.“[5]

Vilmundur Jónsson



Vilmundur var þingmaður Ísfirðinga 1931-33 og Norður-Ísafjarðarsýslu 1933-34 og 1937-41. Hann samdi eða „endursamdi mestalla heilbrigðislöggjöf landsins og átti einnig frumkvæði að eða þátt í lagasmíð um ýmis önnur efni. Hann var afkastamikill fræðimaður og rithöfundur, ritaði einkum um íslenzka lækningasögu og heilbrigðismál, en einnig fjölda greina um baráttumál, sem á baugi voru, eða önnur þau efni, sem honum voru hugleikin“.[6]

Eftir framhaldsnám í útlöndum varð Vilmundur héraðslæknir á Ísafirði. Hann skrifaði frá Osló 1919: „Því þegar ég er kominn vestur, bý ég fyrst til nýja bæjarstjórn og síðan nýjan spítala“.[6] Þetta gekk eftir. Alþýðuflokkur fékk meirihluta í bæjarstjórn Ísafjarðar 1921 og var kallaður „rauði bærinn“ eins og Hafnarfjörður, þar sem kratar fengu meirihluta 1926. Á Ísafirði var Vilmundur í forystu fyrir lóðakaupum, stofnun elliheimilis, virkjunar, kúabús, útgerðar og sjúkrahúss sem tekið var í notkun 1926 og var þá stærsta sjúkrahús landsins utan Reykjavíkur með 50 sjúkrarúmum.[6]

Vilmundur varð einn helsti forystumaður Alþýðuflokksins. Hann var í vinstra armi flokksins og reyndi að sameina krata og kommúnista, en fór ekki í nýjan Sósíalistaflokk 1938 með Héðni Valdimarssyni þegar stuðningur við Moskvu varð skilyrði sameiningar. En 1940 flutti hann þrumuræðu á þingi og mælti gegn tillögu Hriflu-Jónasar og fleiri um skert lýðréttindi íslenskra kommúnista: „Þá geri ég engan veginn lítið úr þeirri hættu, sem lýðræðinu stendur af þeim, er beinlínis játast til ofbeldisflokkanna, staðráðnir í að kollvarpa lýðræðinu, og hirði ég aldrei, hve fagurt þeir mæla um að endurreisa það í fullkomnari mynd. Vísa ég um það bæði til Rússlands og Þýskalands. Í viðskiptum sínum við þessa flokka er lýðræðið vissulega statt í hættulegu öngþveiti og sjálfheldu. Annars vegar er að rétta þeim andvaralaust upp í hendurnar öll réttindi lýðræðisins og horfa á þá nota þau til að grafa undan því, og hins vegar sú bráða hætta, að lýðræðið verði gripið því hysteriska fáti geðæsingamanna, að það afnemi sjálft sig til þess að andstæðingunum gefist ekki tóm til að tortíma því. En þetta er að láta sér farast eins og manni, sem bjargar sér undan brennuvargi með því að brenna sjálfur upp býli sitt.“[7]

Vilmundur sagði af sér þingmennsku 1941 þegar þingið framlengdi kjörtímabil sitt út af stríðsástandinu (en það ástand kom reyndar ekki í veg fyrir tvennar kosningar 1942!). Sagt hefur verið að hann sé einn örfárra þingmanna Íslendinga sem sagt hafi af sér af prinsippástæðum. 1934 féll Vilmundur í Norður-Ísafjarðarsýslu en mun hafa ætlað það sitt síðasta kjörtímabil. Þegar hann bauð sig svo aftur fram 1937 – og náði kosningu – mun hann hafa sagt að hann vildi sjálfur ráða hvenær hann hætti!

Að endingu má nefna að Vilmundur var snillingur orðsins. Þórbergur Þórðarson og Halldór Kiljan Laxness voru vinir hans – og hann ráðlagði þeim margt um skriftir. Vilmundur er höfundur frasans „sósíalismi andskotans“ sem átti við þjóðnýtingu sem fól í sér að ríkið borgaði tap á atvinnurekstri í einkaeigu, en atvinnurekendur hirtu gróðann þegar vel gekk. Hann var líka mikilvirkur nýyrðasmiður. Greinin „Vörn fyrir veiru“ er betur skrifuð en flest annað á íslensku. „Trúin á lygina. Svar til prófessors Guðmundar Hannessonar“ fjallar um að læknar geti fæsta sjúkdóma læknað, en oft linað þjáningar. „Logið í stállunga. Ritað gegn auglýsingaskrumi lækna“ og „Stállungahernaðurinn. Ritað gegn hýenum lýðræðisins“ eru líka hvassar greinar.[7] Ritsafn Vilmundar, *Með hug og orði*, er öllum áhugamönnum um íslenskar lækningar, stjórnmál og menningu holl og skemmtileg lesning.

Heimildir

1. Alþingismannatal frá 1845 – www.althingi.is. Athugunin var lausleg, þannig að einhverju getur skeikað, en varla miklu.
2. „Merkir Íslendingar, Jóhann Sæmundsson“, Morgunblaðið 9. maí 2018: 27.
3. Friðriksson G. Dómsmálaráðherrann. Saga Jónasar Jónssonar frá Hriflu II. Iðunn, Reykjavík 1992.
4. Dungal N. „Guðmundur Hannesson prófessor“. Andvari 1958; 83: 3-36.
5. Ástgeirsdóttir K. „Katrín Thoroddsen“. Andvari 2007; 132: 11-68.
6. Tómasson B. „Vilmundur Jónsson“. Andvari 1984; 109: 3-59.
7. Jónsson V. Með hug og orði. Af blöðum Vilmundar Jónssonar landlæknis. II bindi. Iðunn, Reykjavík 1985.

Kleppsförin

Jónas vaknar af blíðum blundi,
brjálaður virtist ekki par;
í bælinu lengur ekki undi,
ók sjer og fór í brækurnar.
Í landhelgisbílinn brátt var náð
brunað svo upp í stjórnarráð.

Daníel, sem þar dyrnar passar,
dyrnar opnaði fljótt og vel.
Jónasar gerðust glyrnur hvassar
hann gaut þeim skáhalt á Daníel:
„Til setu boðið ei sýnist oss
sæk, Daníel, vort besta hross“.

„Inn að Kleppi er óravegur,
andskotastu því fljótt af stað;
ríddu eins hart og hrossið dregur,
– Helga rjettirðu þetta blað. –
– Flýttu þér nú og farðu vel“.
– Þá fruktaði' og spýtti Daníel.

Óþverra fyltist loftið ljótum,
– leðjurigning og malarjel. –
Veifandi' í bláinn báðum fótum
bykkjuna þandi Daníel.
Drótt öll á Kleppi dauðhrædd beið.
– Daníel inn í húsið reið.

Helgi greip blaðið báðum mundum,
blekugur varð um hendurnar,
undirskriftirnar eru stundum
ekki meir' en svo þornaðar.
Við doktora Jónas dundar vart
og Daníel getur riðið hart.

Doktorinn varð sem dreyri' í framan,
Dungal var þar og studdi hann.
Nú sá hann eftir öllu saman
að 'ann heimsótti ráðherrann.
Húsi og stöðu flæmdur frá.
– Hann flutti með eina lyfjaskrá. –

Daníel svarsins drjúgur bíður,
Daníel tók í húfuna,
Daníel út um dyrnar ríður,
Daníel sló í merina.
– Daníel tyggur drjúgum skro,
Daníel spýtir á við tvo.

Jónas vor húkti heima' á meðan
hugsandi stint um brjálæðið;
hefði' einhver normal sála sjeð hann
sú mundi hafa komist við.
– Hófa-sköll dundu dimm og löng,
Daníel kom og spýtti' og söng.

Daníel frjetta flutti sóninn,
frísaði merin lööursveitt.
Jónas tvíhenti telefóninn,
við Thorlacius hann mælti greitt:
„Þú tekur við Kleppi, Tolli minn,
Tíkarbrand skaltu gefa inn“.

Lyfja-fargansins fræga miðann
flutti Helgi úr brúkunum.
Nú fá menn trauðla að tala við hann
þó tíkall hafi í lúkunum.
– Hreldan og þjáðan huga ber,
og Hriflu-rjettlætið móti sjer.

Að þessu skaltu önd mín hyggja
yfirvöldunum geðjast þú,
á hnjánum báðum er best að liggja
og biðja um náð í sannri trú.
– Hver veit nær sorgar hefjast jel.
Hver veit nær söðlar Daníel.

Z

Ljóð úr *Speglinum* 1930; 5: 9/67 af því tilefni þegar Jónas rak Helga frá Kleppi.



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

Af hverju svona metnaðarlaus?



Þessa spurningu fékk ég nýlega frá kollega. Undanfari spurningarinnar var afstaða mín til þess hvort hefja ætti formlegt sérnám í myndgreiningu á Íslandi. Ég hafði lýst efasemdum um að það væri endilega heillavænlegt spor að stefna að slíku. Kolleganum fannst það döpur afstaða. Þó ég hafi enga formlega aðkomu að kennslu í myndgreiningu lengur hef ég í gegnum árin sinnt kennslu hjá HÍ og kennt deildarlæknum á Landspítala og get almennt sagt að ég hafi áhuga á kennslu. En mér finnst alls ekki sjálfgefið að til verði íslenskt sérnám í myndgreiningu.

Tilhögun við veitingu sérfræðileyfa á Íslandi er að breytast sem er vel. Það stenst auðvitað enga skoðun að læknar fái sérfræðileyfi frá Íslandi án þess að hafa nokkru sinni stigið fæti inn á íslenska heilbrigðisstofnun og jafnvel gegn vilja þeirra sem viðkomandi læknir var í sínu sérnámi hjá. Dæmi hafa verið um nákvæmlega þetta á síðastliðnum árum. En slíkum breytingum geta fylgt vankantar. Hætt er við því að þeir sem lendi á mörkum gamla og nýja fyrirkomulagsins verði mismunað eða skyldurnar sem gerðar eru til þeirra óljósar. Þess vegna er gríðarlega mikilvægt að slíkar breytingar séu settar fram tímanlega þannig að þeir sem málið snertir hafi ráðrúm til að bregðast við. Og auðvita þarf að horfa í kringum sig og athuga hvað aðrar þjóðir eru að gera þar sem viðbrögð þeirra geta að sjálfsögðu haft mikil áhrif á okkur hér á litla Íslandi.

Eins og ég skil málið er staðan sem blasir við þessi: samkvæmt tilmælum frá ESA munu íslensk heilbrigðisyfirvöld eingöngu veita lækni sérfræðiviðurkenningu ef viðkomandi hefur stundað nám sitt að fullu á Íslandi eða á vegum íslenskra stofnanna, það er að sérnámið hafi farið fram hér, nema viðkomandi læknir hafi þegar fengið sérfræðiviðurkenningu frá öðru landi. Þetta þýðir í framkvæmd að íslensk yfirvöld munu eingöngu veita sérfræðileyfi í geðlækningum og heimilislækningum þar sem það eru einu sérgreinarnar sem eru með fullt viðurkennt sérnám á Íslandi. Þetta er auðvitað talsverð breyting. Hingað til hefur það verið býsna algengt að stunda sérnám erlendis en sækja um sérfræðiviðurkenningu á Íslandi á grundvelli reglugerðar þar að lútandi. Viðbrögðin við þessari breytingu hjá mörgum virðast hallast að því að rétt sé að fjölga þeim greinum sem hægt er að nema að fullu hér á Íslandi. Og þar með erum við kominn að upphaflegu spurningunni. Af hverju er ég það metnaðarlaus að vilja ekki setja upp sérnám í myndgreiningu á Íslandi?

Svar mitt er einfalt. Vegna þess að við höfum ekki sjúklingafjöldan eða almenna burði til að gera það nægilega vel. Það dugir ekki að hafa örfáa aðila sem eru tilbúnir að vinna sjálfboðavinnu við að setja upp slíkt nám. Það þarf deild sem er fjármögnuð og mönnuð með það að leiðarljósi að þar sé hægt að kenna unglæknum fagið. Það er ekki sérverkefni kennslustjóra eða nokkura mentora. Það er verkefni allrar deildarinnar. Ef fjármögnunin og umgjörðin tekur ekki tillit til þessa verður útkoman ekki nægilega góð. Nú ætla ég ekkert að fullyrða um aðrar sérgreina sem vinna hörðum höndum að því að setja upp sérnám. Það verður hver að meta stöðuna fyrir sig. Ég veit að sú vinna er leidd áfram af eldhugum sem fórna miklu fyrir þetta verkefni og ég viðurkenni fúslega að ég dáist að mörgu leyti að frumkvöðlastarfinu.

Íslenskir læknar sækja sérnám sitt víða. Það er að mínu mati einn megin styrkur íslenska heilbrigðiskerfisins. Eftir sérnám erlendis koma sérfræðingar til Íslands og bera með sér nýjustu strauma utan úr heimi. Þeir hitta þar fyrir kollega með ólíkan bakgrunn en þeirra eigin og taka kannski líka eftir ólíkum vinnubrögðum en úr þessu verður til sambræðsla sem ég tel að gefi góða útkomu. Hætt er við því að þetta breytist ef flestir eða allir í ákveðnum greinum sækja nám sitt á sama stað, óháð því hversu vel það nám tekst til. Það er styrkur í fjölbreytileikanum. Svo má heldur ekki gleyma því hversu miklu slíkar breytingar gætu breytt fyrir stofnanir kerfisins. Unglæknar í sérnámi eru gríðarlega mikilvægur starfskraftur. En þar myndast líka ákveðinn átakapóll. Ef stofnanir landsins eru orðnar háðar vinnukrafti í sérnámi, verður þá nægilegt aðhald með gæðum? Verður það raunhæfur möguleiki að sérnámsstöður hverfi ef gæði námsins eru ekki nægilega góð? Verður óháður alvaldur eftirlitsaðili? Þetta eru atriðin sem að mínu mati gera það að verkum að íslenskt sérnám í myndgreingu sé ekki fýsilegur kostur. Mér finnst það ekki metnaðarleysi, heldur þvert á móti.



Hjalti Már Þórisson

röntgenlæknir

hjaltimt@landspitali.is

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

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Stjórn Læknafélags Íslands

Reynir Arngrímsson formaður
Magdalena Ásgeirsdóttir ritari
Björn Gunnarsson gjaldkeri
Guðrún Ása Björnsdóttir
Hjalti Már Þórisson
Jóhanna Ósk Jensdóttir
María Soffía Gottfreðsdóttir
Ólafur Ó. Guðmundsson

„Umræðan um sérfræði-þjónustuna hefur einkennst af vanþekkingu“

Hávar Sigurjónsson

segir Þórarinn Guðnason nýkjörinn formaður LR

Læknafélag Reykjavíkur stendur frammi fyrir miklum breytingum bæði á innra skipulagi og hlutverki sínu út á við. Breytingarnar stafa að miklu leyti af skipulagsbreytingum á Læknafélagi Íslands sem samþykktar voru á síðasta aðalfundi þess og hafa verið kynntar og ræddar rækilega. *Læknablaðinu* lék hugur á að vita hvernig Þórarinn Guðnason, sérfræðingur í hjartalækningum og nýkjörinn formaður LR, hygðist stýra félaginu í gegnum breytingarnar og móta nýtt hlutverk þess.

Ég vil fá að byrja á að þakka fráfarandi formanni Læknafélags Reykjavíkur, Örnu Guðmundsdóttur, fyrir hennar góða starf undanfarin fjögur ár, hún hefur leitt félagið gegnum miklar breytingar sem sér ekki fyrir endann á, en lætur nú af formennsku. Við sem tökum við keflinu tökum við góðu búi. Eins vil ég bjóða nýja stjórn LR velkomna til starfa, segir Þórarinn í upphafi og setur sig svo í stellingar fyrir spurningar blaðamanns.

Breytingarnar á LÍ í fyrra voru gerðar til að færa félagið til nútímans. Gamalt skipulag með svæðafélögum var barn síns tíma og sum þeirra með fáa félagsmenn. Það var rætt að vera ekki með aðildarfélög að LÍ heldur að allir væru með beina félagsaðild. Niðurstaðan varð að hafa fjögur álíka stór aðildarfélög, heimilislækna, almennra lækna, spítalalækna og sjálfstætt starfandi lækna. En það var líka hafist handa við lýðræðisbreytingar. Áður ríkti fulltrúalýðræði á aðalfundi LÍ en nú er formaður kosinn í beinni kosningu rafrænt.

Aðildarfélögin eru nú í óða önn að finna sér hlutverk og stað. Fyrir heimilislækna og almenna lækna breytist lítið en Félag sjúkrahúslækna er nýtt og þarf að byggja allt sitt upp frá grunni undir forystu nýrrar stjórnar. LR er andhverfan með meira en aldargamla sögu og allskyns skuldbindingar en þarf engu að síður að móta sér nýtt hlutverk og áherslur rétt eins og hin félögin. LÍ þarf svo að hafa hátt til lofts og vítt til veggja og vera vettvangurinn fyrir sameiginlegu málin. Í framtíðinni sé ég svo sérgreinafélögin koma meira inn í starf LÍ, einkum varðandi fagleg mál og fræðin.

Í ljósi þessara breytinga, hvernig sérðu hlutverk LR í framtíðinni?

Verkefnin eru fjölmörg og skemmtileg og með fullri virðingu fyrir sögunni mun ég horfa meira til framtíðar við úrlausn þeirra en í baksýnisspegilinn. Við í stjórn LR og stór hópur sérfræðilækna með okkur viljum koma að því að móta heilbrigðisstefnu landsins til framtíðar. Það brennur á þjóðinni að gera það núna. Of oft hefur sérþekking lækna ekki verið nýtt nægjanlega í slíkri stefnumótun, en LR ætlar að leggja sitt af mörkum í þessu. Við sjáum að það þarf að bæta fjármunum í sérfræðiþjónustuna, heilsugæsluna og spítalana, alla þessa þætti. En það þarf líka að nýta þetta fé vel. Í því samhengi er mikilvægt að minna á að þjónusta sérfræðilækna á stofu er mjög hagkvæmur og ódýr kostur.

Það er alþjóðleg þróun að aðgerðir og læknismeðferðir eru að flytjast á göngudeildir, dagdeildir eða á stofur úti í bæ. Tækniframfarir og þekking gera þetta kleift og þetta er alls ekki séríslensk þróun þó stundum mætti halda það af umræðunni hér heima. Við eigum að fagna þessum framförum sem fela í sér umtalsverðan sparnað og gera fleirum kleift að gangast undir nauðsynlegar aðgerðir. Einmitt það er besta leiðin fyrir okkur til að takast á við öldrun þjóðarinnar sem við stöndum frammi fyrir. Heilbrigðiskerfið þarf að gera fólk fríska bæði með forvörnum og læknandi aðgerðum svo það geti verið áfram heima og hugsað um sig sjálft. Skiptum um mjöðm eða hjartaloku áður en fólk koðnar niður á biðlista. Aukum svo aðstoðina við fólk heima, gætum að félagslegu og andlegu þáttunum hjá öldruðum og sinnum þeim vel heima. Við munum nefnilega ekki geta byggt burt öldrun þjóðarinnar með steinsteypu í nýjum hjúkrunarheimilum eingöngu.

Vegna þessarar þróunar gætu spítalar eins og við þekkjum þá í dag jafnvel orðið að mestu óþarfir í framtíðinni og flestu hægt að sinna á dagdeild, göngudeild eða á stofu. Við eigum að vinna með þeirri þróun og fagna henni en tryggja jafnframt aðhald, eftirlit og gæði í öllum þáttum heilbrigðiskerfisins. Þegar þetta gerist þurfa aðrir hlutar kerfisins að bregðast við. Til dæmis þarf menntun læknanema



„Þeim fimm hundruð þúsund heimsóknum sem sérfræðilæknar taka á móti á hverju ári verður ekki beint annað án mikils undirbúnings," segir Þórarinn Guðnason nýkjörinn formaður LR.

og sérnámslækna að taka mið af þessu og flytjast meira út á stofurnar og í heilsugæsluna.

Ég vil ekki gera eins mikinn greinarmun á sérfræðingum í heimilislækningum og öðrum sérfræðilæknum og oft er gert. Heimilislæknar eru einfaldlega sérfræðilæknar eins og við hin, sérhæfðir í breiddinni og heildrænni nálgun rétt eins og aðrar sérgreinar hafa sín svið. Svo ef við lítum aftur til skipulagsbreytinganna á læknafélögunum mætti spyrja hvort heimilislæknar í sjálfstæðum rekstri gætu ekki allt eins átt meiri samleið með LR læknum varðandi rekstur sinna stöðva þó faglegi og félagslegi hlutinn liggi nær Félagi heimilislækna og heimilislæknum sem vinna hjá ríkinu.

Fyrsta og fremsta hlutverk LR er að vera málsvari félagsmanna sinna og standa vörð um hagsmuni þeirra. Skipulagsbreytingarnar í LÍ einfalda verksvið og ábyrgð aðildarfélaganna og hlutverk LR er að mínu viti skýrt. Við erum bæði vettvangur þeirra sem starfa sjálfstætt á stofu eða í öðrum fyrirtækjum eða rekstri og einnig þeirra sem eru að hluta til á stofu til viðbótar við hlutastarf á spítala.

Heiti félagsins, Læknafélag Reykjavíkur, verður nokkuð misvísandi með breyttu hlutverki. Sérðu nafnbreytingu fyrir þér?

Nafn Læknafélags Reykjavíkur á sér að mínu viti alltof langa sögu til þess að það verði lagt til hliðar í einu vetfangi vegna skipulagsbreytinga. Engum dettur í hug að Eimskip sigli um á gufuskipum eða að í Verslunarmannafélagi Reykjavíkur sé eingöngu starfsfólk í verslunum. En ef til vill verður LR skammstöfunin notuð í vaxandi mæli í framtíðinni.

Þá kemur skýrt fram í lögum LR hvaða læknum er helst ætluð félagsaðild og kom fram hér áðan. Læknafélag Reykjavíkur var stofnað af 9 læknum þann 18. október 1909 til þess að semja við Sjúkrasamlag Reykjavíkur. Allt fram á þennan dag, eða í 109 ár, hafa samningar sjálfstætt starfandi sérfræðilækna verið gerðir í þess nafni á einn eða annan hátt. Það yrði því sjónarsviptir að nafni Læknafélags Reykjavíkur ef það hyrfi úr þessu aldagamla samhengi.

Er læknastéttin að skiptast í hagsmunahópa sem eiga minna sameiginlegt en meira?

Nei það held ég ekki, en breytingarnar í LÍ skýra ólík verksvið nýju aðildarfélaganna, sem er til bóta og skapar ný tækifæri til að vinna að hagsmunum innan félaganna. Þá er eðlilegt að uppi séu mismunandi sjónarmið og að tekist sé á um þau, sem er bara heilbrigt og hvetjandi. LÍ þarf svo að skapa rými fyrir öll þessi sjónarmið innan sinna vébanda, en jafnframt að vera það sameiningarafl sem þéttir raðirnar þegar það á við.

Hvaða kröfur muntu setja á oddinn fyrir hönd sjálfstætt starfandi lækna?

Í fyrsta lagi vil ég stórauka nýliðun í læknastéttinni. Hún er úrslitaatriði fyrir framþróun í heilbrigðiskerfinu. Sú fáheyrða aðgerð yfirvalda að stöðva nýliðun sérfræðilækna með lokun á rammasamningi Sjúkratrygginga Íslands undanfarin tvö ár og brjóta þannig saminginn er óþolandi og hættuleg. Læknisfræðin er þekkingariðnaður og þar er lífsnauðsynlegt að fá heim unga lækna með ferska þekkingu erlendis frá.

Í öðru lagi geri ég skýlausa kröfu á heilbrigðisyfirvöld að þau standi við gerða samninga og vandi stjórnsýsluna. Á því hefur verið mikill misbrestur undanfarin misseri. Það rýrir traust á ríkisvaldinu og stjórnsýslunni og er ekki til þess fallið að stuðla að framþróun.

Í þriðja lagi snýst vinnan auðvitað um kjör stofulækna og ekki síst núna þegar samningar við SÍ verða lausir um næstu áramót. Stofureksturinn hefur ekki farið varhluta af kostnaðarhækkunum á húsnæði, launum og aðföngum. Þá hafa kröfur aukist um skráningu, persónuvernd og upplýsingaöryggi svo rekstrarkostnaðurinn hefur hækkað. Það er langt í frá að þeirri útgjaldaaukningu sé sýndur skilningur í greiðslum ríkisins fyrir þjónustuna og við það verður auðvitað ekki unað til langframa.

Ég vil í fjórða lagi ítreka að LR vill gæta hagsmuna þess hóps lækna sem starfar bæði í sjálfstæðum rekstri og að hluta á spítala eða heilbrigðisstofnun. Þessi hópur á ekki einsamall að þurfa að vera með hagsmuni í tveimur félögum. Ég ætla að beita mér fyrir því að LR verði málsvari hlutavinnulækna, sem það vilja, í góðri samvinnu við hin aðildarfélögin og LÍ.

LR mun áfram berjast fyrir því að í heilbrigðiskerfinu okkar verði fjölbreytt rekstarform sem gefur nauðsynlegan sveigjanleika til að ná hagkvæmni og bæta þjónustu. Sveigjanleikinn mun einnig tryggja gott aðgengi, hagstætt verð og mikil gæði sem við ætlum að sýna fram á með almennri skráningu gæðavísa í starfseminni. Vinnan við þetta er hafin á vegum LR og þeirra 24 sérgreina sem eru á samningi við SÍ. LR skilgreinir almenna gæðavísa en sérgreinar og undirsérgreinar velja gæðavísa varðandi klíníska hlutann í hverri grein.

Ég tel að það sé mikilvægt að tryggja símenntun sérfræðilækna í sjálfstæðum rekstri enn frekar og skráningu hennar. LR vill sækja aukin réttindi á símenntun fyrir LR-félaga og jafna aðstöðumun í þessu gagnvart ríkisreknum stofnunum. Símenntun og skráning hennar verður hluti af þeim gæðavísum sem við vinnum nú að og verður í framtíðinni eðlilegur hluti af rekstri sjálfstætt starfandi lækna.

Þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðilækna er óumdeildur hluti hins opinbera heilbrigðiskerfis enda fjármagnað að 70-80% með fjárframlögum ríkisins. Við teljum jafnvel að kalla megi Sjúkratryggingar Íslands „Tíundu heilbrigðisstofnunina“, og hún er reyndar þá sú næststærsta hér á landi, með allan þann fjölda lækna sem veita þjónustu á hennar vegum. Við teljum líka að þessi þjónusta sérfræðilækna hafi bjargað íslensku heilbrigðiskerfi í kreppunni þegar SÍ og læknar þeirra höfðu sem betur fer tök á að taka við auknu álagi sem kom til með sparnaði á spítölum og heilsugæslu sem leiddi til samdráttar í þjónustunni þar.

Þeim 500.000 heimsóknum sem sérfræðilæknar taka á móti á hverju ári verður ekki beint annað án mikils undirbúnings. Ef slíkt stæði til þarf fyrst að byggja upp kerfi sem á að taka við. Það lýsir alvarlegum skorti á þekkingu á heilbrigðiskerfinu að telja að heilsugæslan og spítalarnir geti sinnt þessari þjónustu með einfaldri pólitískri ákvörðun eða einu pennastriki.

Ég ætla að tryggja sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum þann sess í umræðunni sem þeir eiga skilið og að störf þeirra verði metin að verðleikum. Við erum að veita afar vandaða þjónustu, gott aðgengi sjúklinga, lágt verð og mikil gæði. Þjónustan er mun ódýrari en á ríkisreknu heilsugæslunni og á sjúkrahúsunum. Þannig er fullt verð til ósjúkratryggðra (til dæmis ferðamanna) á stofu hjá lyflækni, 8600 kr., en koma til læknis á heilsugæslu kostar 9600 kr og til lyflæknis á göngudeild spítala 13.200 kr.

Í stofurekstrinum er alveg ljóst hvað hlutirnir kosta, reikninga verður að borga og tekjur að duga fyrir útgjöldum. Reksturinn þarf því að vera góður og allar tölulegar upplýsingar um kostnað liggja nákvæmlega fyrir, sem er nokkuð sem virðist erfiðara í ríkisrekstrinum. Með almennri gæðaskráningu verða stofulæknar þar að auki í fararbroddi með skráningu bæði árangurs og kostnaðar sem gerir okkur kleift að bera saman kostnað og gæði þjónustunnar. Þann samanburð hræðumst við ekki.

Umræðan um sérfræðiþjónustuna hefur einkennst af vanþekkingu, og á köflum verið ósanngjörn. Staðreyndin er sú að við erum mikilvægur og vinsæll hluti hinnar opinberu heilbrigðisþjónustu.

Sem dæmi um rangfærslur heyrist oft að það sé engin teymisvinna eða þverfagleg samvinna á stofum, þar sitji læknar einangraðir frá öðrum heilbrigðisstéttum. Það er einfaldlega rangt. Gott dæmi er starfsemi bæklunarlækna þar sem þeir, röntgenlæknar, geislafræðingar, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar, sjúkraþjálfar og fleiri vinna saman undir einu þaki. Svipaða samvinnu má sjá víðar. Hins vegar hafa samningar okkar vegna tregðu SÍ við að taka upp nýjungar ekki auðveldað svona samstarf en þar eru mikil og augljós tækifæri fólgin.

Það eru líka tækifæri í því að taka upp ný læknisverk, þjónustu við landsbyggðina, átaki í fjarlækningum og menntun heilbrigðisstétta á stofunum okkar.

Margir læknar eru í hlutastarfi á stofnun og að hluta á einkastofum. Finnst þér það fyrirkomulag eðlilegt?

Ef horft er á þetta út frá því sem er mikilvægast, frá sjónarhóli sjúklingsins, er þetta gott fyrirkomulag. Hann getur hitt sama sérfræðing fyrir, í og eftir aðgerð, samfella sem flestum sjúklingum þykir eftirsóknarverð. Þetta fyrirkomulag hefur líka mótast af þörfum spítalanna. Það hentar vel að hafa fleiri hausa til að manna vaktir en að ráða fleiri í fullt starf, enda ekki endilega þörf fyrir alla þá lækna á dagvinnutíma. Íslenska kerfið hefur vaxið svona fram vegna smæðar kerfisins, mannfæðar og fleiri þátta og ekki að ástæðulausu.

Í dag er hægt að gera meira af flóknum verkum utan spítalanna vegna tækniframfara og stofustarfsemin krefst meiri þekkingar og sérhæfingar. Þess vegna er eftirsóknarvert að hafa lækna á stofunum sem vinna líka á spítölunum, taka þar vaktir og halda sér í fullri þjálfun við að gera stórar og flóknar aðgerðir. Það tryggir að þekking og vinnulag berst á milli

spítalans og stofanna sem eykur gæðin á báðum stöðum.

Lykilatriði er að bæta samvinnu spítala og stofureksturs, skýra boðleiðir og nýta kosti beggja kerfa, sem eru bæði greidd af opinberu fé þó rekstrarformin séu ólík. Ef það fæst meiri heilbrigðisþjónusta fyrir hverja krónu með því móti, sé ég ekkert því til fyrirstöðu að menn vinni á báðum stöðum. Leikreglurnar eru líka skýrar og þurfa að vera það. Til dæmis eru áratugir síðan læknar sem eru einn dag í viku á stofu minnkuðu starfshlufall á spítalanum í 80%. Það er einfaldlega ekki hægt að vera á báðum stöðum í einu. Eftirlitið með gæðum er lykilatriði og ber að efla. Þar get ég ekki nógsamlega bent á mikilvægi öflugs landlæknisembættis.

Hvort ættu þessir læknar að velja hið nýja Félag sjúkrahúslækna eða LR?

Hlutavinnulæknar sem líka vinna á stofu ættu að mínu viti að velja LR. Sömuleiðis læknar sem eru á stofu eingöngu og læknar sem á ýmsan hátt vinna sjálfstætt eða hjá fyrirtækjum og öðrum en ríkisreknu heilbrigðisstofnunum. LR vill sinna af alúð ólíkum þörfum allra sem starfa utan hinna ríkisreknu stofnana og við bjóðum í raun alla velkomna sem telja hag sínum best borgið innan raða LR. Við viljum líka vera valkostur þeirra sem hafa ekki fundið sér stað innan skipulags LÍ og hafa yfirgefið læknafélögin.

Læknablaðið hefur um áratugaskeið verið gefið út sameiginlega af LR og LÍ. Sérðu fyrir þér breytingar á útgáfustjórn og jafnvel eignarhaldi blaðsins?

Ég tel eðlilegt að aðkoma aðildarfélaganna verði breikkuð og að þau hafi öll aðkomu að útgáfustjórn *Læknablaðsins.* Það er í sjálfu sér ekkert að því að blaðið sé í eigu LÍ en það væri heldur ekki óeðlilegt að öll aðildarfélögin ættu ákveðinn hlut í því. LR mun tala fyrir þróun í þá átt en aðkoma aðildarfélaganna að útgáfustjórninni er aðalatriðið.

Bent hefur verið á að hérlendis séu gerðar fleiri aðgerðir af ákveðnum tegundum á einkastofum en á Norðurlöndunum. Er greiðslukerfið hvetjandi að þessu leyti?

Á sama hátt og Mark Twain vissi það forðum að fréttir af andláti hans væru stórlega ýktar er ég sannfærður um að fréttir af oflækningum hérlendis eru það líka.

Mér fannst ómaklegt þegar landlæknir fór í fjölmiðla með dylgjur um oflækningar í fjórum tilteknum aðgerðum án þess að kanna betur hvað lægi þar að baki. Viðkomandi sérgreinar hafa svarað þessu en óneitanlega hefði mátt byrja á biðja þær um skýringar áður en farið var í fjölmiðla með sleggjudóma. Enda þótt Ísland geri meira af einni aðgerð en eitthvert annað land er það ekki sjálfkrafa slæmt heldur getur það verið dæmi um betri þjónustu en í samanburðarlandinu. Ég spyr líka hvort sumar aðgerðir séu mögulega gerðar sjaldnar hér á landi en annars staðar. Af hverju erum við ekki að tala um það? Það er nefnilega meiri hætta á að við gerumst sek um vanlækningar í fjársveltu heilbrigðiskerfi en hitt.

Það að tengja oflækningar við greiðslukerfi er líka einföldun, þó það sé sjálfsagt að skoða það sem einn þátt. Á Landspítala, sem hefur verið á föstum fjárlögum, eru mörg dæmi um að gert sé meira eða minna af ýmsum aðgerðum en annarsstaðar. Sem dæmi má nefna að við gerum fleiri brjósklosaðgerðir, gallaðgerðir og kransæðaþræðingar en samanburðarlönd. Engum dettur í hug að kenna rekstrarformi eða greiðslukerfi um það.

Eitthvað að lokum?

Stóra myndin er að við verjum minna en 8% af vergri landsframleiðslu í heilbrigðiskerfið en þjóðirnar í kringum okkur margar hverjar 10-11%. Í þessu ástandi eru vanlækningar meiri ógn en oflækningar. Það er meðal annars þess vegna sem við þurfum að auka fjárhagslega innspýtingu í heilbrigðiskerfið. Bestu leiðirnar til að hindra of- eða vanlækningar felast í vel menntuðum læknum, góðum klínískum leiðbeiningum, öflugri gæðaskráningu og notkun vísindalegrar aðferðar til að meta gagnsemi meðferðar. Í því felst að allir viti hvað er rétt að gera, geri það rétt og á réttum tíma. LR ætlar að vinna ötullega að því að styðja félagsmenn til að halda áfram að vinna á þann hátt og gera það sýnilegra, segir Þórarinn Guðnason formaður LR að lokum.

Eliquis® apixaban

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

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



„Það má segja að þó svo það verði ekki nema ein kona sem deyr fyrir aldur fram af því að hún leitaði ekki eftir þessum upplýsingum þá er það einni konu of mikið," segir Kári Stefánsson um áhrifamátt vefs Íslenskrar erfðagreiningar um BRCA2 krabbameinsgenið.

„Okkur ber skylda til að vara þetta fólk við"

■■■ **Hávar Sigurjónsson**

Ég óskaði eftir viðtali við Kára Stefánsson forstjóri Íslenskrar erfðagreiningar um ástæður þess að Íslensk erfðagreining opnaði á dögunum vefinn *arfgerd.is* þar sem einstaklingar geta leitað sér upplýsinga um hvort þeir beri hið stökkbreytta krabbameinsgen BRCA2. Erindið var auðsótt og upplýsingafulltrúi fyrirtækisins, Þóra Kristín Ásgeirsdóttir, tók á móti mér og fylgdi mér inn til forstjórans og settist síðan niður sem eins konar áheyrnarfulltrúi – eða vitni – að viðtalinu.

Kári situr við skrifborð sitt og lítur ekki upp úr fartölvunni en bendir bara á stóla framan við skrifborðið og segir þurrlega: „Fáðu þér sæti þarna."

Stólarnir eru þrír svo ég spyr hvort honum sé sama í hvern þeirra ég setjist. Hann virðir spurninguna ekki svars en lítur upp og segir „Hver ert þú?"

- Ég er blaðamaður *Læknablaðsins.* (Hér segir Kári skoðun sína á *Læknablaðinu* í nokkrum vel völdum orðum sem ástæðulaust er að hafa eftir.)

„Og hverra manna ertu og hvaðan ertu af landinu?"

- Ég er ættaður úr Skagafirði.

Nú lifnar yfir Kára því í ljós kemur að hrossarækt hans hófst með hryssu frá Miðsitju í Skagafirði. Í hönd fer svo stutt spjall um Skagafjörð, sterka stöðu Framsóknarmanna í héraðinu og Sauðárkrók sem síðasta vígi hins allsráðandi kaupfélagsstjóra.

En jafn fróðlegt og það væri að ræða hvort framsóknarmennska sé arfgeng þá er það ekki tilefni viðtalsins og ég set mig því í stellingar og varpa fram fyrstu spurningunni um hvernig hann sjái framhaldið fyrir sér nú þegar yfir 20.000 manns hafa skráð sig inn á vefinn. Hann segir mig spyrja eins sveitamann úr Skagafirði. Ég ákveð að taka þessu sem einhvers konar hrósi enda segir hann þetta næstum því hlýlega þó undirtextinn sé eflaust hið gagnstæða. Hann fléttar svo fingur og svarar af fullri alvöru því sem hann vill svara.

Fólki í lífsháska á að bjarga

„Það sem skiptir fyrst og fremst máli er hvernig við förum með getu okkar til þess að finna fólk sem er í lífshættu af völdum stökkbreytinga í erfðamengi þess. Það er ákveðin hefð í íslensku samfélagi fyrir því hvernig við bregðumst við þegar við komumst að því að einhver er í lífshættu en veit ekki af því. Við förum og reynum að vara manneskjuna við og bjarga henni úr lífshættunni. Það er meira að segja svo að skyldan til að gera slíkt er skráð í lög. Tuttugasta og fyrsta grein almennra hegningarlaga hljómar svona: (Hann les af tölvuskjánum) *„Láti maður farast fyrir að koma manni til hjálpar sem er staddur í lífsháska þótt hann gæti gert það án þess að stofna lífi eða heilsu sjálfs sín eða annarra í háska þá varðar það fangelsi allt að tveimur árum eða sektum ef málsbætur eru."* (Hann lítur upp.) Síðan verður allt í einu til hér á Íslandi aðferð til að finna mjög stóran hóp af fólki sem er í lífsháska útaf því að það fæðist með stökkbreytingu í erfðamengi sínu. En þá verður til sú hugsun í okkar samfélagi og víðar reyndar, að það eigi að fara öðruvísi með þennan lífsháska en annan lífsháska án þess að fyrir því séu nokkrar röksemdir. Að af því að lífsháskinn býr í erfðamenginu þá eigi bara að leyfa fólki að deyja drottni sínum fyrir aldur fram ónauðsynlega."

Rætt við Kára Stefánsson um upplýsingavef ÍE um arfgengi BRCA2-stökkbreytingarinnar

Hann staldrar við og hvessir á mig augun.

„Ég er búinn að berjast fyrir því í kringum 10 ár að við komumst yfir þessa vitleysu og förum að bjarga lífi fólks sem er í hættu útaf þessum stökkbreytingum. Það hefur gengið heldur illa þangað til fyrir tveimur árum að þáverandi heilbrigðisráðherra setti saman nefnd sem átti að ráðleggja samfélaginu hvernig ætti að nýta sér þennan möguleika. Ég sat í þeirri nefnd til að byrja með en einhvern veginn var hún tekin yfir af lögfræðingum sem komust að þeirri niðurstöðu að í stjórnarskrá Íslendinga væru ákvæði sem meinuðu okkur að vara þetta fólk við. Það mætti ekki vara þetta fólk við því í því fælist aðför að einkalífi þess. Rétturinn til að vita ekki af þessu væri svo mikilvægur að við ættum bara að láta þetta fólk deyja drottni sínum nema það hefði vit á því að koma og biðja um þessar upplýsingar. Í því liggur alveg ofboðslega hár þröskuldur. Hvernig átt þú að vita að það væri skynsamlegt af þér að leita inn á svona vef eins og þann sem við erum búin að opna. Ég held því fram að það sé alveg fáránlega, ótrúlega og ómælanlega heimskulegt að halda því fram að í stjórnarskrá okkar og lög hafi verið sett ákvæði til að koma í veg fyrir að við björgum fólki úr bráðum lífsháska.

Það sem gerir þetta dálítið pínlegt með þessa nefnd er að í henni sátu nokkrir læknar sem hafa ekki bara þessa lagalegu skyldu 21. greinar almennu hegningarlaganna heldur hafa þeir líka skyldu sem hvílir á herðum þeirra útaf Hippókratesareiðnum þar sem segir að þeim beri að bjarga lífi fólks án tillits til nokkurs annars. Nú sitjum við uppi með það að þeir hafi tekið þátt í því að komast að þeirri niðurstöðu að ekki megi gera þetta."

Óttast að margir leiti ekki upplýsinganna

„Ég sagði þessari nefnd á sínum tíma að ef að hún kæmist að þessari niðurstöðu að ekki mætti nálgast arfberana myndi Íslensk erfðagreining setja upp svona vef og daginn eftir að þau skiluðu af sér þessari skýrslu var þessi vefur kominn í loftið. Ég er skíthræddur um að við munum komast að því sama og aðrir sem hafa reynt svona, að hundraðshluti arfberanna sem komi til með að leita eftir upplýsingunum verði ansi lítill. Það má segja að þó svo það verði ekki nema ein kona sem deyr fyrir aldur fram af því að hún leitaði ekki eftir þessum upplýsingum er það einni konu of mikið. Jú, þetta kemur til með að bjarga einhverjum en ég er voða hræddur um að það verði ansi stór hundraðshluti sem leiti ekki upplýsinganna. Þetta eru stökkbreytingar sem valda sjúkdómum í tiltölulega ungu fólki og unga fólkið gengur um með þá villu í kollinum að vondir hlutir hendi bara annað fólk. Guði sé lof því ungt fólk á að lifa tiltölulega frjálsu og áhyggjulausu lífi. Meira hef ég ekki um þetta að segja, takk fyrir koma hingað og ætlarðu að fylgja manninum út." (Síðustu setningunni er beint til Þóru Kristínar sem situr álengdar.)

Ég stari á Kára og reyni að sjá hvort honum er alvara eða ekki. Er hann að grínast? Ég lít á Þóru Kristínu.

- „Kári láttu ekki svona," segir hún.

„Ég er bara að gera grín," segir hann og hlær að þessari gamansemi og verður svo alvarlegur aftur.

„Lykillinn í þessu er að það er sama hver lífshættan er, sama hvað það er sem eykur líkurnar á því að þú komir til með að deyja fyrir aldur fram. Okkur ber að höndla það á sama hátt. Eins mikilvæg og friðhelgin er um þitt einkalíf þá er hún einskis virði ef prísinn sem þú borgar fyrir hana er dauðadómur."

- Þið eruð þó ekki að vara fólk við með vefnum ykkar, heldur að gefa fólki tækifæri til að komast að þessum upplýsingum?

„Nei, við erum ekki að vara fólk við. Þetta er máttleysisleg aðferð en það besta sem við gátum gert á þessu augnabliki og við erum ekki að brjóta persónuverndarlög með þessu því þarna leitar fólk upplýsinganna af fúsum og frjálsum vilja. Við getum ekki gengið lengra þar sem gögnin sem hér eru innanhúss eru dulkóðuð. Við vitum ekki hvaða fólk þetta er. Og ástæða þess að ég segi að nefndin sem hefur tekið þá ákvörðun að ekki megi vara fólkið við er að brjóta 21. grein hegningarlaganna er í þeirri aðstöðu að vara samfélagið við en hefur ákveðið að gera það ekki." (Daginn sem þetta er skrifað birtir Kári opið bréf í *Fréttablaðinu* til ríkissaksóknara þar sem hann fer þess á leit að kannað verði hvort nefndin hafi brotið áðurnefnda grein hegningarlaganna).

- Fyrsta spurningin sneri að því hvort heilbrigðiskerfið óttist skriðu fólks, kvenna aðallega, sem vilja bót síns meins eftir að hafa fengið upplýsingar um stökkbreytinguna?

„Með því að vara fólkið við í tíma breytast áherslupunktar kerfisins. Í stað þess að sinna konum sem eru komnar með banvænt krabbamein verður álagið þar sem reynt er að koma í veg fyrir að þær fái það. Það þarf ekki að velta því lengi fyrir sér hvort er heilbrigðara og fallegra. Ég held þó að þetta sé ekki meðvituð tregða í kerfinu þó menn nefni þetta stundum, heldur er þetta einhvers konar doði gagnvart vanda sem er ekki beint fyrir augunum á manni og þá er hægt að stinga hausnum í sandinn og láta eins og vandinn sé ekki til."

- Og svo er rætt hvort sé betra að vita svona hluti eða ekki. Sumir segjast ekkert vilja vita.

Kári rís upp í sætinu og hækkar róminn.

„Það er hefð í okkar vestrænu menningu að líta svo á að það sé göfugt af manninum að reyna að læra eins mikið um sjálfan sig og hægt er. Og á það núna allt í einu að verða slæmt og vitlaust og óhollt og eigum við ekki að rísa undir því af því að þessar upplýsingar liggja í erfðamengi okkar. Það er enginn að segja að í gegnum þetta munir þú komast að raun um úr hverju þú deyir. Það eina sem þetta gerir er að gefa þér tækifæri til að takast á við ákveðna áhættu. Þegar lífshættan er svona mikil eins og í þessu tilfelli er óréttlætanlegt að gefa fólki ekki tækifæri til að takast á við hana. Hvað heldur þú að séu margar konur á Íslandi í dag með brjóstakrabbamein út af BRCA2 og eru að bíða eftir því að deyja, sem hefðu ekki viljað vita það fyrirfram þannig að það hefði verið hægt að koma í veg fyrir að þær fengju þetta banvæna mein? Ég hugsa að það sé ekki ein einasta kona."

Sérgrein í örri þróun

- segja þær Hildur Harðardóttir og Hulda Hjartardóttir um fósturgreiningar og áhættumeðgöngu-lækningar

Hávar Sigurjónsson

Samtök norrænna fæðingarlækna sem sinna fósturgreiningu og meðgöngu-sjúkdómum, Nordic Network of Fetal Medicine (NNFM) funduðu í Reykjavík í byrjun maí en þetta er í fjórða sinn sem hópurinn fundar.

Það voru þær Hildur Harðardóttir, fæðingarlæknir, dósent og fyrrverandi yfirlæknir á fæðingadeild Landspítala og Hulda Hjartardóttir, fæðingarlæknir og yfirlæknir fæðingadeildar sem meðal annarra sáu um undirbúning fundarins. Þær settust niður með blaðamanni að loknum fundinum og ræddu ýmislegt sem þar kom fram.

„Þetta var tveggja daga fundur og hefur vaxið talsvert að umfangi frá fyrsta fundinum sem haldinn var í Gautaborg 2015. Sá fundur var haldinn á Sahlgrenska-sjúkrahúsinu og tiltölulega fáir gestir en við Hulda höfum farið á alla fundina og þannig náð að fylgjast með frá upphafi," segir Hildur.

„Samtökin heita „Nordic Network of Fetal Medicine" og eru öll Norðurlöndin auk Eystrasaltslandanna þriggja innan samtakanna. Þetta hefur gefið okkur Huldu tækifæri til að kynnast kollegum okkar á Norðurlöndunum sem er sérstaklega mikilvægt því hvorug okkar er menntuð á Norðurlöndunum, ég í Bandaríkjunum og Hulda í Bretlandi, svo tengsl okkar voru mun minni en ella við starfssystkin okkar á Norðurlöndunum."

„Það kom okkur reyndar verulega á óvart að þegar þessi hópur byrjaði að hittast þá héldum við að allir þekktust nema við. En það kom í ljós að samskiptin milli Norðurlandanna voru lítil og þetta samráð hefur fært alla nær hvert öðru, ekki bara okkur. Við erum öll að fást við sams konar verkefni þó við hér á Íslandi séum með mjög fá alvarleg tilfelli og séum reglubundið að senda frá okkur þannig tilfelli því við teljum okkur ekki geta haldið uppi nauðsynlegri færni því við fáum tilfellin svo sjaldan. Við höfum sent sjúklinga til Skotlands og Leuven í Belgíu en núna þegar tengsl hafa myndast á milli Norðurlandanna höfum við í vaxandi mæli beint tilfellum þangað. Það er svo mikilvægt að mynda þessi persónulegu tengsl og kynnast, því oft er þetta spurning um að taka upp símann og hringja vegna bráðatilfellis. Þá skiptir máli að fólk viti deili á hvert öðru, bæði persónulega og faglega. Á Karolinska sjúkrahúsinu í Stokkhólmi er íslenskur starfsmaður sem sér um móttöku sjúklinga og lóðsar þá í gegnum spítalakerfið sem er mikill munur því fólk er undir miklu álagi þegar það er sent utan í svona sérhæfðar og alvarlegar meðferðir," segir Hulda.

Þetta eru helst aðgerðir eins og blóðgjöf til fósturs í móðurkviði vegna blóðflokkamisræmis og eins þarf stundum að setja kera í fóstur þar sem tappa þarf vökva úr brjóstholi þess. „Þá eru á hverju ári nokkur tilfelli tvíburaþungana þar sem þarf að skilja að blóðrásir fóstranna svo þau þroskist bæði eðlilega og eins er farið að gera aðgerðir á klofnum hrygg í móðurkviði. Við höfum sent þau tilfelli til Leuven og fengið mjög góða þjónustu þar en nú er spurning hvort Kaupmannahöfn eða Stokkhólmur taki við því hlutverki."

Viljum auka rannsóknasamstarfið

„Það hefur verið þróunin alls staðar í heiminum að þrengja hópinn sem tekur þátt í aðgerðum sjaldgæfra sjúkdóma. Við þurfum auðvitað að halda okkur í þjálfun hér og gerum það í sambandi við ómskoðanir og legástungur en fyrir flóknari meðferðir á fóstrum í móðurkviði er ekki mögulegt fyrir okkur að halda okkur í þjálfun. Innan Norðurlandanna er þetta að þróast þannig að æ færri sjúkrahús sinna alvarlegum tilvikum og æskilegt væri að hafa bara eitt sjúkrahús í hverju landi sem sinnir slíkum tilfellum. Það hefur jafnvel komið til tals að þrengja þetta enn meira því tilfellin eru fá og aldrei að vita nema þróunin verði í þá átt að sérfræðingarnir verði hreyfanlegri, komi til sjúklingsins í stað hins gagnstæða. Þannig er verið að ræða hvað sé heppilegasta fyrirkomulagið," segir Hulda.

„Það er undirhópur sem er sérhæfður í fósturgreiningu og meðferð og hefur verið að taka saman upplýsingar til sjúklinga og hvað sé best að gera í mismunandi aðstæðum. Það er kannski ekki komið alveg á það stig að verið sé að senda sjúklinga milli Norðurlandanna, nema þá héðan, en að samtalið eigi sér stað er mjög stórt skref í átt til aukinnar samvinnu," segir Hildur.

Aðspurðar um hvað Ísland hafi fram að færa í þetta samstarf segja þær að vissulega séum við þiggjendur að miklu leyti.

„En við komum þó með sjónarhorn annars staðar frá þar sem við erum ekki þjálfaðar á Norðurlöndunum en nánast allir læknar á Norðurlöndunum hafa stundað sitt læknanám og sérfræðinám í heimalandinu. Við þekkjum því betur til hvernig hlutirnir eru gerðir í Bretlandi og Bandaríkjunum og getum þannig stækkað alþjóðlegan bakgrunn hópsins. Það verður líklega aldrei þannig að við förum að gera flóknari aðgerðir hér heima en það er mikilvægt að kollegar okkar viti hvað við getum gert hér heima og hverju er hægt að varpa yfir til okkar. Eftirfylgni eftir aðgerðir af þessu tagi er mikilvæg til að tryggja að meðgangan gangi eins vel og hægt er í framhaldi inngripsins sem gert var. Það má líka segja að þegar kemur að rannsóknum höfum við talsvert til málanna að leggja sem heilt land og með þokkalega stórt háskólasjúkrahús," segir Hulda.

„Það er hugur í hópnum að efla rannsóknasamstarf sem myndi auka marktækni rannsóknanna til muna. Eitt rannsóknaefni er að skima fyrir því hvaða konur eru í hættu að fá snemmkomna meðgöngueitrun og gefa í kjölfarið viðeigandi meðferð, sem felst í 150 mg af hjartamagnýli að kvöldi. Snemmkomin meðgöngueitrun getur leitt til alvarlegra veikinda móður ásamt því að leiða til fyrirburafæðingar, sem getur haft alvarlegar afleiðingar fyrir barnið. Danir munu líklega hafa forgöngu um slíka rannsókn og við viljum gjarnan vera þátttakendur í henni. Meðgöngueitrun síðar á meðgöngu er einnig rannsóknarefni en þar er verið



Reynir Tómas Geirsson fyrrverandi yfirlæknir fæðingardeildar og María Hreinsdóttir ljósmóðir voru heiðruð fyrir framlag sitt til fæðingarlækninga á fundinum.

að skoða aðrar leiðir. Það er til mikils að vinna að rannsaka meðgöngueitrun og leita leiða til lausna.

Á Íslandi hefur í áratugi verið boðin skimun fyrir litningagöllum fósturs, frá um 1978 fyrir konur ≥35 ára en frá 2003 fyrir allar konur. Í dag er orðið mun einfaldara að skima fyrir litningagerð fósturs, nú er það hægt með einfaldri blóðprufu frá móður. Til greiningar hefur til þessa þurft að gera inngrip með ástungu í leg og ýmist tekið sýni frá fylgju eða legvatni, en slík inngrip fela í sér um 0,5-1% líkur á fósturláti. Einföld blóðprufa sem gefur nákvæmar vísbendingar um litningafrávik er því stórt stökk framávið því þessi aðferð leiðir til mikillar fækkunar inngripa og hefur ekki í för með sér hættu á fósturláti. Þarna er hægt að auka samstarf verulega þó hvert land hafi sín lög hvað þetta varðar og Noregur er reyndar með þrengri lagaramma sem takmarkar verulega hvað má rannsaka miðað við hin Norðurlöndin," segir Hildur.

Vinsæl sérgrein meðal kvenna

Þær segja að þótt nýburadauði sé með því lægsta sem þekkist í heiminum, um fjögur börn af hverjum 1000 fæddum, megi vissulega gera betur. „Þetta er tvíþætt," segir Hulda. „Annars vegar að rannsaka og finna lausnir á fyrirburafæðingum, sem eiga stóran þátt í dánartíðninni, en einnig að rannsaka orsakir þess að fullburða börn fæðast andvana eða deyja skömmu eftir fæðingu. Þetta eru mjög fá börn en í okkar litla samfélagi vegur hvert tilfelli mjög þungt."

„Það fæðast líka alltaf nokkur börn með meðfædda missmíð til dæmis hjartagalla, þindarslit eða aðra líkamlega galla en oft erum við búin að greina vandann í móðurkviði og erum búin að undirbúa fæðingu og nýburagjörgæsluna. Þá er mjög mikill viðbúnaður af hálfu gjörgæsludeildar nýbura og það getur skipt sköpum varðandi horfur barnsins eftir fæðingu. Þindarslit fósturs getur leitt til vanþroska í lungum en núna er hægt að gera aðgerð á fósturskeiði sem dregur úr þeim vanda. Það felst í aðgerð á fóstrinu í móðurkviði þar sem tappi er settur í barka sem leiðir til þess að lungun þenjast betur út. Það er mikil framför og er þetta ein af þessum sérhæfðu aðgerðum sem við erum að tala um. Áherslur sérgreinarinnar „fósturgreining og áhættumeðganga" eru fósturgreining sem fer fram fyrst og fremst með ómskoðun með það markmið að undirbúa sem best komu barnsins sem þarf á sérstakri aðstoð að halda. Nú eru að koma upp æ fleiri möguleikar á aðgerðum á fóstri í móðurkviði til að bæta enn frekar hag ófædda barnsins. Sérgreinin „fetal medicine" er sums staðar nefnd „maternal-fetal medicine" og er viðurkennd undirsérgrein fæðingarlækninga í mörgum löndum. Á Íslandi heitir sérgreinin „Fósturgreining og áhættumeðganga". Hér á fæðingardeild Landspítala er sérstök fósturgreiningardeild og við erum fjórir læknar sem þar starfa en sinnum jafnframt einnig öðrum störfum innan fæðinga- og meðgöngudeilda," segir Hildur.

Á Landspítala er í boði fyrri hluti sérnáms í fæðingarlækningum eða tvö ár og að sögn Huldu og Hildar hafa sérnámsstöðurnar verið fullskipaðar undanfarin ár. Í undirbúningi er að fá þriðja árið metið til sérnámsviðurkenningar. „Það hefur skapast sú hefð að sérnámslæknarnir okkar taka fyrstu tvö árin hér heima auk eins árs í skurðlækningum og síðan seinni tvö árin erlendis, oftast í Svíþjóð, og geta þá sótt um sérfræðiréttindi í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum. Margir taka svo eitthvað til viðbótar þó það leiði ekki endilega til réttinda í undirsérgrein en er engu að síður mikilvæg viðbót við sérnámið," segir Hildur.

Þær segja að fæðingarlækningar séu orðin kvennagrein að miklum meirihluta. Hvað veldur er samspil margra þátta að þeirra sögn. „Það hefur komið fram í rannsóknum að konur sæki frekar í sérgreinar innan læknisfræði þar sem vaktabyrði er lítil en það stenst ekki þegar kemur að fæðingarlækningum þar sem vaktabyrði er mjög þung og konurnar í meirihluta," segir Hulda.

„Fæðingarlækningar höfða eflaust meira til kvenna en við megum heldur ekki gleyma því að konur eru í meirihluta meðal útskrifaðra lækna og svo vitum við að ungu karlmönnunum finnst þeir ekki jafn velkomnir í þessa grein og ýmsar aðrar. Það er mjög leitt því við viljum gjarnan hafa meira jafnvægi milli kynjanna í greininni."

Þær segja það einnig hluta af vandanum að margar konur vilja síður eða alls ekki að karlmenn sjái um skoðun þeirra. „Það geta verið ýmsar ástæður fyrir því sem liggja að baki en ef konan vill þetta ekki verður að virða það þó við læknarnir getum haft aðrar skoðanir. Þetta er þó ekki meirihluti kvenna sem hefur þessa afstöðu en við verðum að virða slíkar óskir sé þess nokkur kostur," segir Hildur.

Margar og flóknar siðferðisspurningar

Siðferðilegar hliðar á fósturrannsóknum eru flóknar og í dag er hægt að afla ýmis konar upplýsinga um fóstrið. „Þetta er mjög flókið mál og verður í rauninni sífellt

flóknara eftir því sem tækninni fleygir fram. Hvað vil ég vita og vil ég vita eitt en ekki annað? Vil ég vita hvort barnið mitt er með klofinn hrygg en vil ég ekki vita hvort það er með litningagalla? Þegar galli greinist í byggingu fósturs er það hluti af uppvinnslunni að finna hvort frávik eru í litningum fóstursins auk þess að kanna hvort önnur missmíð er til staðar. Það er mjög mikilvægt að hafa siðfræðiumræðuna með en umræðan hefur því miður snúist alltof mikið um greiningu á þrístæðu 21. Miklu fleiri vandamál, bæði litninga og byggingargallar, koma fram við fósturskimanir. Nú er hægt að kortleggja erfðamengi fósturs með einfaldri blóðprufu frá móður við 12 vikna meðgöngu. Ég held að áherslur eigi eftir að breytast og fókusinn á eflaust eftir að færast frá þessu eina vandamáli á næstu árum," segir Hildur.

„Menn hafa ekki verið að setja eins mörg spurningamerki við önnur vandamál sem við finnum við ómskoðun. Þetta er í rauninni svolítið sérstakt þegar horft er á heildarmyndina en hvort tveggja er til að gefa fólki upplýsingar um ófædd barnið sem það á í vændum. Hér á landi og víðar hefur það þótt siðferðilega rétt að enda meðgönguna ef ljóst er að barnið muni eiga við alvarlega andlega eða líkamlega fötlun að stríða. Þetta þarf að vera enn meira í umræðunni í framtíðinni því það hefur átt sér stað algjör sprenging í erfðarannsóknum. Það er ekki langt síðan að menn áttuðu sig á því að hægt væri að finna erfðaefni fóstursins í blóði móðurinnar og enn styttra síðan að tæknin til að skoða það varð bæði hraðvirk og tiltölulega ódýr. Við erum nú þegar farin að nota þessa aðferð í hagnýtum tilgangi en frá því um síðustu áramót höfum við skimað fyrir blóðflokki fósturs hjá mæðrum sem eru rhesus-neikvæðar. Þetta leiðir til þess að þær mæður sem ganga með barn sem er rhesus-jákvætt og eru þar með í áhættumeðgöngu, þær fá sérhæfða meðferð en þær sem ganga með rhesus-neikvætt fóstur fá hefðbundna meðgönguvernd," segir Hulda.

Þær segja að lokum að siðfræðiumræðan þurfi alltaf að vera opin, hún geti ekki farið fram í þröngum hópi sérfræðinga heldur eigi erindi til samfélagsins í heild. „Suma þætti umræðunnar erum við sammála um en aðra ekki og þá þarf að ræða það."

Lokað útboð í rannsóknahús Landspítala



Nýr Landspítali ohf, í samstarfi við Ríkiskaup og Framkvæmdasýslu ríkisins, hefur afhent fjórum hönnunarteymum útboðsgögn vegna fullnaðarhönnunar nýs 15.000 fermetra rannsóknahúss.

Hönnunarteymin fjögur sem stóðust kröfur sem gerðar voru í forvalinu eru Grænaborg (Arkstudio ehf, Hnit verkfræðistofa, Landmótun, Raftákn, Yrki arkitektar), Mannvit og Arkís arkitektar, Corpus3 (Basalt arkitektar, Hornsteinar arkitektar, Lota ehf og VSÓ ráðgjöf) og Verkís og TBL.

Rannsóknahúsið er hluti af heildaruppbyggingu Nýs Landspítala við Hringbraut og er áætlað að það verði staðsett vestan megin við svokallaðan Læknagarð þar sem bílastæðin eru nú.

Aðrar byggingar eru meðferðarkjarninn, sem er stærsta byggingin í uppbyggingu Hringbrautarverkefnisins, nýtt sjúkrahótel, sem verður tekið í notkun á árinu og bílastæða-, tækni- og skrifstofuhús.

Starfseiningar í rannsóknahúsi verða meinafræði, rannsóknakjarni, klínísk lífefnafræði og blóðmeinafræði, frumuræktunarkjarni, frumumeðhöndlun, erfða- og sameindalæknisfræði, ónæmisfræði, rannsóknastofa í gigtsjúkdómum og sýkla- og veirufræði.

Einnig mun starfsemi Blóðbanka flytjast í nýtt rannsóknahús. Rannsóknahúsið tengist meðferðarkjarna og öðrum byggingum spítalans með sérstökum sjálfvirkum flutningskerfum, einnig með tengigöngum og tengibrúm. Á þaki rannsóknahússins verður einnig þyrlupallur (22 m í þvermál) sem tengist bráðamóttöku og fleiri deildum í meðferðarkjarna um tengibrú. Þyrlupallurinn þarf að geta tekið við þyrlum af ýmsum gerðum og er stærð hans ákvörðuð með tilliti til þyrlna sem eru lengri og þyngri en núverandi þyrlur Landhelgisgæslu Íslands, til að tryggja nýtingu til framtíðar.

Nýtt rannsóknahús mun skapa mikið hagræði hjá Landspítalanum vegna sameiningar allrar rannsóknastarfsemi spítalans á einn stað. Þá eru samlegðaráhrif við Háskóla Íslands mikil, en skólinn mun reisa nýtt hús heilbrigðisvísindasviðs sem verður tengt rannsóknahúsinu. Samkvæmt áætlunum mun nýtt rannsóknahús verða tekið í notkun á árinu 2024 í samræmi við fjármálaáætlun ríkisstjórnarinnar. Opnun tilboða verður hjá Ríkiskaupum þann 11. júní næstkomandi.

Heiðursvísindamaður Landspítala 2018

Runólfur Pálsson var útnefndur heiðursvísindamaður Landspítala 2018 á Vísindum á vordögum 24. apríl síðastliðinn. Runólfur er prófessor í lyflæknisfræði við læknadeild Háskóla Íslands. Hann er jafnframt yfirlæknir nýrnalækninga og umsjónarmaður líffæraígræðsluteymis Landspítala.

Runólfur hefur stundað umfangsmiklar rannsóknir á nýrnasjúkdómum sem að stærstum hluta hafa verið unnar í nánu samstarfi við Ólaf Skúla Indriðason nýrnalækni og Viðar Örn Eðvarðsson, sérfræðing í nýrnalækningum barna á Landspítala og dósent við læknadeild Háskóla Íslands. Meginviðfangsefnin hafa verið faraldsfræði og erfðafræði langvinns nýrnasjúkdóms og nýrnasteinasjúkdóms. Rannsóknir Runólfs og Ólafs Skúla á faraldsfræði langvinns nýrnasjúkdóms, í samvinnu við vísindamenn Hjartaverndar, hafa sýnt fram á svipað algengi og í öðrum vestrænum samfélögum þrátt fyrir að lokastigsnýrnabilun sé fátíðari hér en víðast annars staðar. Beinast rannsóknirnar nú að því að finna skýringu á þessu misræmi. Loks hefur samstarf við vísindamenn Íslenskrar erfðagreiningar leitt til uppgötvunar breytileika í erfðavísum sem tengjast aukinni áhættu á þróun langvinns nýrnasjúkdóms.



Þorkell Þorkelsson tók þessa mynd um daginn af Páli Matthíassyni og Runólfi Pálssyni þegar sá síðarnefndi var gerður að heiðursvísindamanni spítalans fyrir árið 2018.

Rannsóknir á nýrnasteinasjúkdómi hafa sýnt að vaxandi nýgengi, sem talið hefur verið að tengist vestrænum lífsstílsþáttum, skýrist að mestu af aukinni greiningu einkennalausra steina. Samvinnan við Íslenska erfðagreiningu hefur verið sérlega árangursrík því fundist hafa afar áhugaverðir erfðavísar sem hafa tengsl við nýrnasteinasjúkdóm.

„Ég lít á þessa útnefningu sem mikinn heiður og viðurkenningu á gildi þrotlausrar vinnu undanfarin 25 ár," segir Runólfur. „En þessi viðurkenning snertir ekki eingöngu mig persónulega heldur einnig mína nánustu samstarfsmenn, þá Ólaf Skúla og Viðar Örn. Saman mynduðum við rannsóknarhóp fyrir tæpum tveimur áratugum og höfum síðan unnið að rannsóknum á langvinnum nýrnasjúkdómi og nýrnasteinasjúkdómi. Teymisnálgun er yfirleitt nauðsynleg forsenda árangurs í vísindastarfi og það hefur sannarlega verið raunin í okkar tilviki. Við höfum starfað með fjölda vísindamanna hér heima og erlendis í gegnum árin og fer slíkt samstarf stöðugt vaxandi. Síðast en ekki síst er að geta þeirra mörgu nemenda sem starfað hafa undir okkar handleiðslu og eiga verulegan þátt í þeim árangri sem náðst hefur. Við vinnum að mörgum áhugaverðum verkefnum nú um stundir og því er þessi viðurkenning óneitanlega hvatning til frekari dáða á komandi árum."

Viðurkenning til þriðja árs nema

Það fyrirkomulag hefur verið viðhaft á undanförnum árum að 3. árs læknanemar sem ljúka BS-prófi kynna lokaverkefni sín með stuttum fyrirlestrum á rannsóknaráðstefnu. Að þessu sinni voru kynnt 46 verkefni af fjölbreytilegum toga. Þessir tveir nemar fengu viðurkenningu fyrir áhugaverð verkefni og góðan flutning, þau Hulda Hrund Björnsdóttir sem vann að verkefni sínu, "Type 2 diabetes and cancer" undir leiðsögn Soffíu Guðbjörnsdóttur og Araz Rawshani í Gautaborg í Svíþjóð, og Alexander Sigurðsson sem vann að verkefni sínu, "Háskammta krabbameinslyfjameðferð með eigin stofnfrumuígræðslu á Landspítala" undir leiðsögn Sigrúnar Eddu Reykdal og Önnu Margrétar Halldórsdóttur. Rannsóknaverkefni af þessum toga hafa ótvírætt menntungargildi, en í mörgum tilvikum skila þau einnig mikilvægum niðurstöðum sem geta bætt þjónustu við sjúklinga og endað sem grein í ritrýndu fræðiriti.



Hulda Hrund Björnsdóttir og Alexander Sigurðsson.

Er þörf á hugarfars-breytingu?

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

Embætti landlæknis
Directorate of Health

Notkun nokkurra algengra lyfjaflokka er meiri á Íslandi en í nágrannalöndunum og í sumum tilfellum er munurinn verulegur. Í einhverjum tilfellum á þessi munur sér langa sögu en í öðrum er um nýlega þróun að ræða. Hér eru geðlyf gerð að sérstöku umtalsefni enda eru í þeim flokki skýrustu dæmin um mikinn mun á milli landa og þar eru einnig þau lyf sem eru helst misnotuð vegna vímuvaldandi áhrifa. Hér skal þó tekið fram að geðlyf eru ekki þau einu þar sem Ísland sker sig úr meðal þjóða sem við viljum helst bera okkur saman við. Notkun geðlyfja er mun meiri á Íslandi en í nágrannalöndunum, meðal annars í eftirfarandi lyfjaflokkum: sterk verkjalyf (N02A), róandi og kvíðastillandi lyf (N05B), svefnlyf og róandi lyf (N05C), þunglyndislyf (N06A), flogaveikilyf (N03A) og örvandi lyf (N06B).[1,2]

Langflestir eru sammála um að þetta ástand sé óheppilegt og sé merki um að notkun viðkomandi lyfja sé ekki alltaf skynsamleg. Fyrst er að greina ástandið og síðan að finna skýringar. Ef niðurstaða þeirrar greiningar er að ástandið sé óeðlilegt er næst að finna vænlegar aðferðir til úrbóta og koma þeim í framkvæmd. Hér á eftir eru viðraðar ýmsar hugmyndir sem aðeins í sumum tilfellum eiga sér tryggan vísindalegan grunn en eru meira settar fram sem grundvöllur fyrir frekari umræður og rannsóknir.

Nokkrar hugsanlegar skýringar

Algengi viðkomandi sjúkdóms sé meira á Íslandi en annars staðar. Engar vísbendingar eru um að þeir sjúkdómar sem hér eru til umfjöllunar séu algengari hér á landi en í nágrannalöndunum.

Á Íslandi er brotakennt heilbrigðiskerfi sem lýsir sér meðal annars í því að sjúklingar fá ekki alltaf þá þjónustu sem þeir þurfa. Í slíku kerfi er tilhneiging að „leysa“ vandamálin á einfaldan og fljótlegan hátt með lyfjum í stað þess að takast á við vandann á annan hátt sem oftast er vænlegra til langtímaárangurs.

Ofgreiningar og sjúkdómavæðing er sennilega hluti vandans. Hér má benda á að ofvirkni með athyglisbresti (ADHD) er ein örfárra sjúkdómsgreininga sem fólk sækist eftir að fá.

Lyfjafyrirtækin hafa í sumum tilfellum haft uppi óvönduð vinnubrögð varðandi markaðssetningu og lyfjakynningar þar sem ný lyf hafa verið fegruð á ýmsan hátt án þess að innistæða væri fyrir því.

Það er læknirinn sem á að stjórna lyfjagjöfinni en ekki sjúklingurinn eða aðstandendur hans. Mörg dæmi eru um að einstaklingar sem misnota lyf eða selja þau blekki lækna varðandi sjúkdómsgreiningar, sjúkdómseinkenni, lyfjaval, skammta eða annað í annarlegum tilgangi.

Of mikið er um langtímaávísanir (fjölnota seðlar eða vélskömmtun) á ávanabindandi lyf sem sum eru einungis ætluð til skammtímanotkunar. Slíkar ávísanir eru í mörgum tilvikum endurnýjaðar meira eða minna sjálfvirkt án þess að fram fari nauðsynlegt endurmat á ástandi sjúklings.

Oft er ávísað óþarflega stórum pakkningum eða óþarflega miklu magni. Þetta er jafnvel gert þegar verið er að prófa sig áfram með lyfjaval og óvissa ríkir um árangur af viðkomandi lyfi. Þetta er líka gert við útskriftir eftir aðgerð á sjúkrastofnun þar sem stundum er ávísað sterku verkjalyfi eða svefnlyfi sem mundi endast í margar vikur eða mánuði þegar kannski má búast við þörf fyrir lyfið í nokkra daga. Það eykur á þennan vanda að í ýmsum tilvikum eru ekki á markaði litlar pakkningar en því er að mestu stjórnað af lyfjafyrirtækjunum.

Langflestir læknar nota lyfjagagnagrunn landlæknis reglulega og eins og búast mátti við hefur það dregið úr læknarápi. Þrátt fyrir þetta er enn of mikið um læknaráp og læknar eru ekki að nota lyfjagagnagrunninn eins mikið og æskilegt væri. Ef lyfjafræðingar í apótekum verða varir við að sami sjúklingur fái sömu lyf afgreidd frá fleiri en einum lækni á sama tíma ættu þeir að hafa samband við lækna og ræða við þá áður en lyfin eru afgreidd.

Of mikið er um það að aldraðir (>60 ára) fái skammta slævandi lyfja sem eru of stórir miðað við aldur. Slíkt getur valdið syfju og sljóleika, aukið hættu á byltum og beinbrotum og skert lífsgæði verulega. Það hægir mjög á brotthvarfi lyfja með aldri og dæmi eru um að hæfilegir skammtar minnki um helming frá 40 ára til 80 ára aldurs. Þetta á einkum við þegar aldraðir eru komnir á mörg lyf og/eða langtímanotkun lyfja sem ætluð eru til skamms tíma.

Niðurstaða

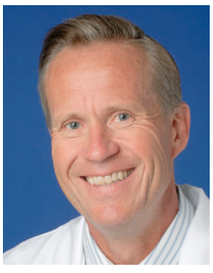
Með tilkomu lyfjagagnagrunns landlæknis er auðvelt að bera saman notkun lyfja á Íslandi og hinum Norðurlöndunum. Erfiðara er að finna haldbærar skýringar á mikilli notkun sumra lyfja hér á landi. Skýringin getur legið bæði hjá læknum sem ávísa og sjúklingum sem sækja í lyf en einnig í skipulagi heilbrigðiskerfisins. Til að vinna gegn þessu ástandi þarf hugarfarsbreytingu sem nær til lækna, sjúklinga og samfélagsins alls. Til að stuðla að slíkri hugarfarsbreytingu er lykilorðið fræðsla og jafnvel breyttar og skýrari reglur sem bæta meðferð.

Heimildir

1. Lyfjagagnagrunnur Embættis landlæknis.
2. NOMESCO (*nowbase.org/da/publications*)

Andkólínvirk byrði vegna lyfja hjá öldruðum





Elín I. Jacobsen
lyfjafræðingur, verkefnastjóri Miðstöðvar lyfjaupplýsinga Landspítala
elinjac@landspitali.is

Einar S. Björnsson
prófessor og yfirlæknir í lyflækningum við læknadeild Háskóla Íslands og lyflækningasvið Landspítala
einarsb@landspitali.is

81 árs gömul kona leitaði á bráðamóttöku vegna slappleika. Hún lýsti auknum óstöðugleika undanfarið og sagðist stundum vera með svima. Hún hafði dottið nokkrum sinnum á undanförnum mánuðum. Hún sagði engan aðdraganda að föllunum og taldi sig hrasa um hluti á heimili sínu. Hún þjáðist einnig af munnþurrki og þvagtregðu stöku sinnum. Að öðru leyti var hún með langvinna lungnateppu, blóðþurrðarsjúkdóm í hjarta og gáttatif. Við komu á bráðamóttöku hafði hún meðferðis lyfjalista frá lyfjaskömmtunarfyrirtæki en á hann voru skráð 13 lyf sem hún tók daglega. Þau voru: ómeprasól við bakflæði, dabígatran við gáttatifi, fúrósemíð, verapamíl og atorvastatín vegna hjartasjúkdóms, acetýlcýstein og tvö innöndunarlyf vegna langvinnrar lungnateppu, B12-vítamín vegna sögu um B12-skort og nokkur lyf við kvíða, þunglyndi og svefnleysi, en þau voru escitalopram, pregabalín, quetiapín og klórprótixen.

Læknar á bráðamóttöku óskuðu eftir hjálp við greiningu á hugsanlegu lyfjatengdu vandamáli.

Sjúklingur var á þremur slævandi lyfjum, quetiapín, pregabalín og klórprótixen. Sundl og svefnhöfgi eru mjög algengar aukaverkanir þessara lyfja, samkvæmt samantektum um eiginleika lyfs, og geta aukið byltuhættu hjá öldruðum. Auk þess hefur klórprótíxen umtalsverða andkólínvirkni. Ráðlagt var að endurmeta hvort ábendingar væru fyrir þessum lyfjum og hvort endurskoðun gæti bætt lífsgæði sjúklings.

Fjöldi lyfja hefur andkólínvirk áhrif vegna þess að þau hemja boðefnið acetýlkólín, bæði í miðlæga og útlæga taugakerfinu, og hafa því margvíslega virkni eftir verkunarstað. Til andkólínvirkra lyfja teljast mörg geð- og þunglyndislyf, meltingarfæralyf, lyf við Parkinsons-sjúkdómi, lyf við tíðum þvaglátum, flogaveiki og ofnæmi.[1]

Aukaverkanir andkólínvirkra lyfja eru vel þekktar og má nefna munnþurrk, sjóntruflanir, hægðatregðu, þvagteppu, byltuhættu og rugl (*delerium*) og eru aldraðir viðkvæmari fyrir þessum aukaverkunum. Fyrir því eru nokkrar ástæður, svo sem vegna minni framleiðslu acetýlkólíns og/eða fækkunar á acetýlkólínviðtökum með aldri. Önnur ástæða er aukið gegndræpi í blóðheilaþröskuldi og minnkuð virkni í p-glýkópróteinum sem veldur því að andkólínvirk lyf komast auðveldar inn í miðtaugakerfið og dvelja þar lengur. Mikilvæg ástæða er einnig hægara niðurbrot og útskilnaður lyfja í öldruðum.[2]

Ný rannsókn hefur tengt langtímanotkun andkólínvirkra lyfja hjá öldruðum við hættu á elliglöpum og þá sérstaklega þunglyndislyf, þvagfæralyf og lyf við Parkinsons-sjúkdómi með andkólínvirkni upp á þrjú stig.[1]

Til að meta andkólínvirkni lyfja hafa verið þróuð hjálpartæki, svonefnt andkólínvirkt áhættumat, til að meta áhættu þess að sjúklingur verði fyrir andkólínvirkum aukaverkunum. Fyrsti slíki listinn var þróaður af Rudolph og félögum 2008 og nefndist The Anticholinergic Burden Scale (ABS).[3] Lyfjum eru gefin eitt til þrjú stig, þar sem þrjú stig þýða talsverðar líkur á andkólínvirkni og eitt stig hverfandi líkur. Stigagjöfin er byggð á heimildum um klínískt mikilvægar aukaverkanir lyfjanna. Andkólínvirk byrði er svo samanlögð andkólínvirkni eins eða fleiri lyfja. Þrjú stig og meira eru talin auka verulega hættu á andkólínvirkum aukaverkunum hjá öldruðum sjúklingum. Þó er dregið í efa að samanlögð byrði lyfja með eitt stig sé klínískt mikilvæg.[1-3]

Samantekt

Samkvæmt andkólínvirku áhættumati (ABS) taldist þessi sjúklingur með andkólínvirka byrði upp á fjögur stig, þrjú stig vegna klórprótíxen og 1 stig vegna quetíapíns. Þessi andkólínvirka byrði eykur hættu á byltum og vitrænni skerðingu, auk annarra aukaverkana, svo sem þvagtregðu og munnþurrks eins og sjúklingur lýsti. Í þessu tilviki var ráðlagt að trappa út klórprótíxen. Vegna hættu á fráhvarfseinkennum, svo sem ógleði, aukinni svitamyndun, óróleika og kvíða, var úttröppun ráðlögð á nokkrum vikum. Helmingunartími lyfsins er lengri en 15 klukkustundir hjá öldruðum og því mætti hefja úttröppun með því taka lyfið annan hvern dag í tvær vikur og minnka skammt smám saman á tveggja vikna fresti, en staldra við ef fráhvarfseinkenni koma fram. Mikilvægt er að skoða lyf hjá öldruðum með tilliti til andkólínvirkra aukaverkana. Andkólínvirkt áhættumat getur verið hjálpartæki til að koma auga á sjúklinga í hættu og tilefni til að bæta lyfjameðferð með það í huga.

Heimildir

1. Richardson K, Fox C, Maidment I, Steel N, Loke YK, Arthur , et al. Anticholinergic drugs and risk of dementia: case-control study. BMJ 2018; 361: k1315.
2. Gray SL, Hanlon JT. Anticholinergic medication use and dementia: latest evidence and clinical implications. Ther Adv Drug Saf 2016; 7: 217-24.
3. Rudoph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. Arch Intern Med 2008; 168: 508-13.

Eru ristilspeglanir til skimunar oflækningar?

Sigurður Einarsson
Sif Ormarsdóttir
Stefán Haraldsson

Höfundar eru meltingarlæknar og í stjórn Félags sérfræðinga í meltingarsjúkdómum.

stjorn.fsm@gmail.com

Síðustu misseri hefur fráfarandi landlæknir, Birgir Jakobsson, margoft tjáð sig um ristilspeglanir og sagt að of margar ristilspeglanir séu gerðar á Íslandi og í engu samræmi við nágrannalöndin. Hann hefur kallað þetta oflækningar og gefið í skyn að meltingarlæknar geri ristilspeglanir eingöngu til að maka krókinn og græða á varnarlausum sjúklingum. Hann hefur nú horfið til annarra starfa og við tók Alma Möller. Í nýlegu viðtali við *Læknablaðið* virðist hún taka undir orð fyrirrennara síns í starfi og segir kerfið hér á landi aðgerðahvetjandi að vissu marki. Það stingi í augu að hér séu gerðar fleiri ristilspeglanir en í nágrannalöndunum.

Ætla má að stór hluti speglana á Íslandi sé vegna sjúklingastýrðrar skimunar og eftirlits með sepum sem finnast og fjarlægðir eru í skimunarspeglunum. Víða erlendis hefur verið skimað fyrir ristilkrabbameini í nær 20 ár og hafa margar greinar birst um árangur af skimun til að lækka dánartíðni af völdum ristilkrabbameins. Sumar þjóðir hafa skimað með því að leita að blóði í hægðum en aðrar með ristilspeglunum. Grein sem birtist í *British Medical Journal* 2015[1] sýnir að dánartíðni af völdum ristilkrabbameins í þeim Evrópulöndum sem skima fyrir ristilkrabbameini með ristilspeglunum hefur lækkað mest, svo sem í Þýskalandi, Austurríki og Sviss. Sama á við um Bandaríkin þar sem dánartíðnin hefur snarlækkað. Norðurlöndin standa sig ekki sérlega vel í þessum samanburði.

Mikil umræða hefur verið á sama tíma á Íslandi um að hefja opinbera skimun fyrir ristilkrabbameini en ekkert hefur gerst. Dánartíðni af völdum sjúkdómsins hefur nánast ekkert lækkað hérlendis.[2] Ísland er nú eitt fárra landa í Evrópu þar sem ekki er virk opinber skimun.

Á hverju ári greinast um 150-170 Íslendingar með ristilkrabbamein. Helmingur þeirra deyr af völdum sjúkdómsins. Ristilkrabbamein er önnur algengasta dánarorsök af völdum krabbameina á eftir lungnakrabbameini. Hegðun sjúkdómsins er vel þekkt. Flest ristilkrabbamein byrja sem separ í ristli sem geta svo orðið að krabbameini. Með því að fjarlægja sepa í ristilspeglun er hægt að fyrirbyggja sjúkdóminn.

Sem betur fer virðist íslenskur almenningur nokkuð vel upplýstur um gagnsemi skimunar. Margir leita því til meltingarlækna að eigin frumkvæði til þess að koma í ristilspeglanir til skimunar. Flestir íslenskir meltingarlæknar fylgja leiðbeiningum frá erlendum stofnunum, svo sem frá skimunarráði Bandaríkjanna (US Preventative Task Force).[3] Þar er ráðlagt að skima fyrir ristilkrabbameini með því að gera stutta eða langa ristilspeglun eða leita að blóði í hægðum hjá einkennalausum án áhættuþátta frá 50 ára aldri, oftast til 75 ára aldurs. Svipaðar leiðbeiningar koma frá þeim Evrópulöndum sem mestum árangri hafa náð í að lækka dánartíðni af völdum ristilkrabbameins.

Það er til skammar að Íslendingar hafi ekki enn hafið skipulagða skimun af hálfu heilbrigðisyfirvalda fyrir ristilkrabbameini. Það er með ólíkindum að bæði núverandi og fyrrverandi landlæknir gefi opinberlega út yfirlýsingar um að meltingarlæknar sem fylgja leiðbeiningum erlendra fagfélaga þeirra landa sem bestum árangri hafa náð í skimun séu að stunda oflækningar. Heggur sá er hlífa skyldi.

Orð hafa ábyrgð. Þegar landlæknir gefur yfirlýsingar um oflækningar getur það haft þær afleiðingar að þeir sem eru að hugsa um að leita til læknis hætti við. Jafnvel þeir sem eru með einkenni. Við biðjum því landlækna, fyrrverandi og núverandi, að stíga varlega til jarðar í þessari umræðu og kynna sér málið áður en yfirlýsingar eru gefnar.

Formleg skimun fyrir ristilkrabbameini hefði átt að hefjast á Íslandi fyrir löngu. Ristilkrabbamein er algengur sjúkdómur sem með sameiginlegu átaki væri nánast hægt að útrýma. Félag sérfræðinga í meltingarsjúkdómum ráðleggur að skima fyrir ristilkrabbameini með ristilspeglunum hjá einkennalausu fólki milli fimmtugs og 75 ára. Við skorum á heilbrigðisyfirvöld að skoða árangur annarra landa.

Heimildir

1. Ait Ouakrim D, Pizot C, Boniol M, Malvezzi M, Boniol M, Negri E, et al. Trends in colorectal cancer mortality in Europe: retrospective analysis of the WHO mortality database, BMJ 2015; 351: h4970.
2. Krabbameinsskrá Íslands.
3. uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/colorectal-cancer-screening - maí 2018.

Leiðrétting

Í maíhefti *Læknablaðsins* urðu þau leiðu mistök að nafn Árna Jóns Geirssonar, lyf- og gigtarlæknis, féll út í upptalningu á meðlimum ICEBIO-hópsins.[1] Netútgáfu greinarinnar hefur verið breytt með tilliti til þessa, laeknabladid.is/tolublod/2018/05/nr/6721

Í ICEBIO-hópnum eru allir gigtarlæknar á Íslandi sem meðhöndla gigtarsjúklinga með líftæknilyfjum og skrá sjúkdómsframvindu í ICEBIO, án tillits til vinnustaðar, en þeir eru: Arnór Víkingsson, Árni Jón Geirsson, Björn Guðbjörnsson, Björn Rúnar Lúðvíksson, Guðrún Björk Reynisdóttir, Gerður Gröndal, Gunnar Tómasson, Helgi Jónsson, Kristján Erlendsson, Kristján Steinsson, Ragnar Freyr Ingvarsson, Sigríður Þórdís Valtýsdóttir, Þorvarður Jón Löve og Þórunn Jónsdóttir.

[1]Björgúlfsson ÞM, Gröndal G, Blöndal Þ, Guðbjörnsson B. Skimun fyrir berklum meðal gigtarsjúklinga sem hófu meðferð með TNFα-hemlum á Íslandi 1999-2014. Læknablaðið 2018; 104: 231-5.

Meðgöngutíma lifrarbólgu A fyrst lýst á Íslandi

Haraldur Briem
fyrrverandi sóttvarnalæknir
hbriem@landlaeknir.is



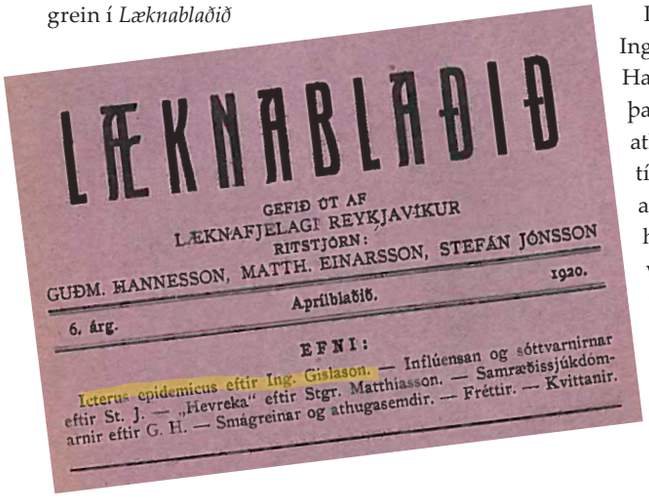
Á þessu ári hafa tvær greinar birst í *Læknablaðinu* um lifrarbólgu A á Íslandi. Önnur þeirra fjallar um fágæti sjúkdómsins hér á landi en veruleg dró úr nýgengi hans eftir miðja 20. öld.[1] Hin fjallar um óvænta fjölgun tilfella af lifrarbólgu A á árinu 2017.[2]

Hvaða sögulegar upplýsingar eru til um um sjúkdóminn á Íslandi sem gekk undir nöfnunum gula eða *icterus epidemicus*? Í upphafi 20. aldar vakti Guðmundur Hannesson athygli á undarlegum faraldri gulu sem farið var að bera á hér á landi, sérstaklega í Reykjavík, árið 1914.[3] „Þó mun veikin hafa gengið svo yfir þennan háskólabæ, að enginn leitaðist við að rannsaka hana að neinu ráði," sagði hann í nokkuð háðskum tón. Með öllu var óljóst hvað olli gulunni og lá Weils-sjúkdómur undir grun en hann olli þó svæsnari einkennum en gulufaraldurinn sem lýst var hér á landi og kom því vart til greina. Var þá um áður óþekkta veiki að ræða hér á landi? Í doktorsritgerð P.A. Schleisner sem kannaði heilsufar á Íslandi á fyrri hluta 19. aldar er getið um gulufaraldur sunnanlands árið 1837 og norðvestanlands árið 1838.[4]

Ingólfur Gíslason héraðslæknir í Vopnafjarðarhéraði ritaði svo merkilega grein í *Læknablaðið* um *icterus epidemicus* sem gekk í héraðinu árið 1918.[5] Hann gat tímasett hvenær faraldurinn barst með póstinum norðan úr Axarfjarðar- eða Þistilfjarðarhéraði. Nokkrum dögum síðar veiktist pósturinn af gulu og síðan veiktust systkini hans eitt af öðru með mánaðar millibili. Skemmsti meðgöngutíminn virtist honum vera 10 dagar en oftar að tveimur vikum. Ég hygg að þetta sé í fyrsta sinn sem meðgöngutíma lifrarbólgu A sé lýst af nokkurri nákvæmni í heiminum. Sýnir það hverju glöggir læknar í dreifðum byggðum geta áorkað við að greina meðgöngutíma sýkinga við aðstæður sem hér ríkja. Í grein sinni segir Ingólfur frá því að hann hafi skoðað sjúkling á sveitabæ sem var með hita og bringspalaverk en enga gulu. Hann grunaði gulu og brá á það ráð að skvetta þvagi frá honum yfir hreinan snjó. Kom þá gallitur á snjóinn. Sjúklingurinn varð gulur fáum dögum seinna.

Þessi saga Ingólfs kom sér eitt sinn vel fyrir mig. Ég var staddur í fyrirlestrarferð í sveit í Malasíu og hélt þar lærðan fyrirlestur um lifrarbólgu A. Á mig hlýddu malasískir landsbyggðarlæknar sem þótti ég merkikerti sem talaði helst um rannsóknaraðferðir og veirufræði sjúkdómsins á forsendum þróaðs vestræns ríkis. Reyndu þeir að koma mér í skilning um þær aðstæður sem þeir byggju við. Brá ég á það ráð að segja sögu Ingólfs um það hvernig hann greindi galllitarefni í þvagi í snjónum á Íslandi í byrjun síðustu aldar. Var þessu mjög fagnað af fundarmönnum (þótt enginn sé snjórinn í Malasíu) og ég varð óðara einn af þeim.

Rúmum áratug eftir að grein Ingólfs birtist ritaði Snorri Halldórsson grein í *Læknablaðið* þar sem hann gerði grein fyrir athugum sínum á meðgöngutíma sjúkdómsins í sínu héraði.[6] Taldist honum svo til að hann væri 31-33 dagar. Hann vakti athygli á því að engar upplýsingar væri að hafa um meðgöngutíma sjúkdómsins í erlendum ritum og nauðsynlegt væri að birta athuganir íslenskra lækna í víðlesnu erlendu læknatímariti. Það var aldrei gert.


LÆKNABLAÐIÐ
GEFIÐ ÚT AF LÆKNAFJELAGI REYKJAVÍKUR
RITSTJÓRN:
GUÐM. HANNESSON, MATTH. EINARSSON, STEFÁN JÓNSSON
6. árg. Apríblaðið. 1920.
EFNI:
Icterus epidemicus eftir Ing. Gislason. — Inflúensan og sóttvarnirnar eftir St. J. — „Hevreka" eftir Stgr. Matthiasson. — Samræðissjúkdómarnir eftir G. H. — Smágreinar og athugasemdir. — Fréttir. — Kvittanir.

Í þýsku læknisfræðitímariti frá seinni heimsstyrjöldinni var sagt frá tilraun sem gerð var á 10 sjálfboðaliðum. Var þeim gefinn til inntöku safi úr skeifugarnarsogi gulusjúklings. Meðgöngutími sjúkdómsins reyndist 2-4 vikur. Gengið var úr skugga um að ekki væri um Weils-sjúkdóm að ræða eða sjúkdóma af völdum annarra baktería.[7]

Nú er talið að meðgöngutími lifrarbólgu A geti verið frá 10 dögum til 50 daga en að meðaltali 28 dagar og að meðgöngutíminn ráðist af skammtastærð veirunnar sem veldur sýkingunni.[8]

Ástæða er til að benda á vissar hliðstæður lifrarbólgu A og lömunarveiki en báðir sjúkdómarnir stafa af veirusmiti af völdum saurmengunar. Báðir verða þeir áberandi hér á landi á fyrri hluta 20. aldar, annars vegar vegna gulu og hins vegar vegna lamana.[9] Það einkennir og báða þessa sjúkdóma að ungabörn sem sýkjast fá ekki einkenni og má því vel vera að þeir hafi verið landlægir á 19. öldinni án þess að eftir því væri tekið. Það er mótsagnakennt að einkennin koma fyrst fram þegar meðalaldur sýkingar hækkar vegna bætts hreinlætis að hluta til. Báðir þessir sjúkdómar hurfu að mestu úr íslensku samfélagi skömmu eftir miðja 20. öld. Ekki var bólusett gegn lifrarbólgu A en hins vegar var bólusett gegn lömunarveiki.

Heimildir

1. Kristinsdóttir H, Löve A, Björnsson ES. Lifrarbólga A á Íslandi. Læknablaðið 2018; 104: 127-31.
2. Ormarsdóttir S, Möller PH, Óskarsdóttir AR, Hannesson P, Löve A, Briem H. Evrópufaraldur lifrarbólgu A á Íslandi árið 2017. Algengar breytingar í gallblöðru á myndgreiningu. Læknablaðið 2018; 104: 283-7.
3. Hannesson G. Icterus epidemicus. Læknablaðið 1919; 5: 117-9.
4. Schleisner PA. Forsög til en nosographie af Island. Skrevet för den medicinske Doctorsgrad. 1849.
5. Gíslason I. Icterus epidemicus. Læknablaðið 1920; 5: 49-50.
6. Halldórsson S. Icterus epidemicus. Læknablaðið 1932; 18: 119-20.
7. Voegt H. Zur Aetiologie der Hepatitis epidemica. Münchener Medizinische Wochenschrift 1942; 89: 77-9.
8. Hollinger FB, Tichehurst J. Hepatitis A Virus. In: Fields Virology, Fields B, Knipe DM eds. Raven Press, New York 1990; 631-67.
9. Heilbrigðisskýrslur, Landlæknisembættið 1921-1925.

Merkismanns minnst á afmælisári

Árni Kristinsson

fyrrverandi prófessor og yfirlæknir
á hjartadeild Landspítala

kristinsson@simnet.is



Höfundur og prófessor Sigurður Samúelsson á Evrópuþingi hjartalækna í Aþenu 1968.

Í tengslum við hátíðarhöldin á aldarafmæli Læknafélagsins er viðeigandi að rifja upp starf brautryðjanda í lækningum á liðinni öld. Sigurður Samúelsson reisti sér óbrotgjarnan minnisvarða þegar hann ferðaðist vítt og breitt um landið og stofnaði mörg Hjartaverndarfélög sem tóku höndum saman sem Hjartaverndarsamtökin. Sagan segir að Sigurður hafi boðið helstu kaupsýslu- og stjórnmálamönnum landsins á Hótel Borg í kaffi og hafi ekki hleypt þeim út fyrr en safnast höfðu loforð fyrir 6 milljónum króna og auðvitað borguðu þeir fyrir kaffið sitt! Þetta fé dugði til að koma á fót Rannsóknastöð Hjartaverndar árið 1966, annarri af merkustu vísindastofnunum í læknisfræði á Íslandi.

Tilefni þessa greinarstúfs er að minnast annars stórvirkis af hendi Sigurðar Samúelssonar: Uppbyggingar lyflæknisfræðinnar á Landspítala.

Um þær mundir kúldraðist lyflækningadeildin á Landspítala á fyrstu hæðinni í gamla spítalanum. Læknaliðið var auk Sigurðar aðeins einn sérfræðingur, tveir aðstoðarlæknar og námskandídatar. Þá var að hefjast viðbygging Landspítalans í norðvestur þar sem nýjar deildir yrðu opnaðar. Þangað þyrfti að ráða sérmenntaða lækna.

Á sjöunda áratug síðustu aldar tíðkaðist í háskólum og tengdum sjúkrahúsum að ráða í stöður með leit og vali (á ensku *recruitment*) og auglýsa og ganga formlega frá ráðningu síðar þegar heppilegur einstaklingur var fundinn og hann búinn að samþykkja ráðahaginn. Sigurður fylgdist vel með þróun lyflæknisfræðinnar í sjúkrahúsum nálægra landa þar sem þörfum hinna ýmsu sérgreina var mætt. Nú tók hann til óspilltra málanna. Jón Þorsteinsson sérfræðingur í gigtlækningum var þá aðstoðarlæknir við lyflækningadeildina og tók síðar við stjórn gigt-

Öldungadeild
Læknafélags Íslands

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

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

Umsjón síðu
Páll Ásmundsson



Stofugangur á hjartadeild Landspítalans 1969: Á myndinni sjást frá vinstri Signý Gestsdóttir hjúkrunarfræðingur, Snorri Páll Snorrason yfirlæknir, höfundur, Unnur Sigtryggsdóttir hjúkrunardeildarstjóri og Kjartan Pálsson sérfræðingur.

lækningadeildar þegar nýbyggingin var tilbúin.

Sigurður birtist óvænt í London þar sem ég var í framhaldsnámi í lyflæknisfræði, fór með mig í konunglegu óperuna og lagði að mér að læra hjartasjúkdómafræði og þar með hjartaþræðingar og gangráðsígræðslur. Hann bauð prófessor John Goodwin yfirmanni mínum til Íslands til fyrirlestrahalds og fyrir vikið fékk ég líklega rausnarlegri viðveru inni á hjartarannsóknastofunni. Þegar ég spurði um stöðu heima var mér sagt að bíða rólegur. Svo birtist loks nokkrum mánuðum eftir að ég hóf störf auglýsing sem var þannig úr garði gerð að gárungarnir sögðu að einungis vantaði í starfslýsinguna kröfu um búsetu á Sólvallagötunni þar sem ég átti heima! Hjartadeild og þræðingarstofa voru svo formlega opnuð 13. júní 1969.

Sigurður stofnaði Hjartasjúkdómafélag íslenskra lækna 1968, var formaður þess um árabil og gerði það að meðlim í Heimssamtökum hjartalækna.

Páll Ásmundsson var í námi í lyflæknisfræði á Blegdam-spítalanum í Kaupmannahöfn þegar Sigurður heimsótti hann og bað hann um að koma sér til náms í nýrnalækningum. Páll hélt til Bandaríkjanna og hóf nám á nýrnadeild Georgetown-háskólaspítalans í Washington DC. Fór svo á sömu leið og áður greinir: Sigurður fylgdist með Páli og skipaði honum að koma heim síðla árs 1968 þar sem blóðskilunarvél væri til taks og skilunarmeðferð tveggja sjúklinga með lokastigs nýrnabilun um það bil að hefjast á Landspítala. Formleg ráðning beið betri tíma.

Þá segir frá Bjarna Þjóðleifssyni sem nam lyflækningar í Skotlandi og fluttist svo á Royal Free-spítalann í London, Mekku meltingarfæralækna þar í landi. Bjarni var að binda skóþvengi sína til að flytjast til starfa í Kalifórníu þegar síminn hringir. Sigurður hafði auðvitað fylgst með honum og hvetur nú Bjarna til að hætta við vesturförina og koma rakleiðis heim, sem hann gerði og stjórnaði nýrri meltingarfæradeild á Landspítala.

Taugasjúkdómadeild tók til starfa á Landspítala 1967 með eindregnum stuðningi Sigurðar.

Þetta átti sér stað meðan sjávarafli dróst alvarlega saman og gengi krónunnar hafði lækkað um þriðjung (1 Bandaríkjadollari hækkaði úr 61 í 88 krónur árið 1969), opinberum framkvæmdum frestað og nýráðningar harðbannaðar. Þá hefur þurft gríðarlegt harðfylgi til að breyta lítilli 40 sjúklinga almennri lyflækningadeild á skömmum tíma í 120 rúma sérhæfðar gigtar-, hjarta-, nýrna- og meltingarsjúkdómadeildir ásamt hjartarannsóknstofu, blóðskilunardeild og speglunum.

Rannsóknastofnun Hjartaverndar er glæsilegur vitnisburður um frumleika Sigurðar Samúelssonar og verður það um ókomin ár. Uppbygging lyflækningadeildarinnar á Landspítalanum á örfáum erfiðleikaárum er stóreflis afrek, sem er einboðið að minnast á afmælisári Læknafélagsins.

Ný stjórn LR

Læknafélag Reykjavíkur hélt aðalfund þann 3. maí og boðar framhaldsaðalfund í maílok.

Á fundinum var kjörin ný stjórn félagsins, hana skipa: **Þórarinn Guðnason**, formaður, **Guðmundur Örn Guðmundsson**, varaformaður, **Magnús Baldvinsson**, gjaldkeri, **Tryggvi Helgason**, ritari og **Anna Björnsdóttir**, meðstjórnandi.

Þrír nýir doktorar í læknisfræði frá HÍ



Ingibjörg Harðardóttir, Sigurður Páll Pálsson, Oddur Ingimarsson og Dan Siskind búin að koma verkefni dagsins í höfn. Mynd Kristinn Ingvarsson.

ODDUR INGIMARSSON varði doktorsritgerð sína við læknadeild Háskóla Íslands 10. apríl. Ritgerðin heitir: *Aukaverkanir geðrofslyfja – gögn og gildi til að varða bestu leiðir til notkunar clozapine í geðklofa sem svarar illa meðferð.*

Andmælendur voru Dan Siskind, dósent við University of Queensland, og Sigurður Páll Pálsson, yfirlæknir réttar- og öryggisgeðlækninga við geðsvið Landspítala.

Leiðbeinandi var Engilbert Sigurðsson, prófessor og í doktorsnefnd sátu Halldóra Jónsdóttir, Hreinn Stefánsson, Magnús Haraldsson og James H. MacCabe.

Ágrip af rannsókn

Um 20-30% geðklofasjúklinga svara ekki meðferð með geðrofslyfjum og eru sagðir með meðferðarþráan geðklofa. Eina meðferðin sem hefur sannað sig sem gagnreynd meðferð hjá þeim hópi er geðrofslyfið clozapín. Markmið rannsóknarinnar var að lýsa notkun clozapíns á Íslandi og aukaverkunum sem tengjast lyfinu: kyrningafæð, sykursýki 2 og blóðfituröskun. Síðast en ekki síst að þróa frekar gagnreynda og gildismiðaða meðferð og sameiginlega ákvarðanatöku í langtímameðferð meðferðarþrás geðklofa.

Gerð var textaleit í sjúkraskrám sjúklinga sem höfðu samþykkt þátttöku í rannsókn á erfðabreytileika og geðrofssjúkdómum að orðum sem tengjast clozapínnotkun og helstu aukaverkunum.

Doktorsefnið

Oddur Ingimarsson (1978) lauk embættisprófi í læknisfræði árið 2005 og MS prófi í viðskiptafræði við Háskóla Íslands þremur árum síðar. Hann lauk sérnámi í geðlækningum árið 2015 og starfar sem geðlæknir á Landspítala.

GUÐNÝ STELLA GUÐNADÓTTIR varði doktorsritgerð sína við læknadeild Háskóla Íslands 20. apríl. Ritgerðin heitir: *Þegar slembirannsóknum sleppir. Áhrif fjölveikinda, aldurs og kyns á meðferð kransæðasjúkdóma.*

Andmælendur voru Joakim Alfredsson, dósent við Háskólann í Linköping, og Pálmi V. Jónsson, prófessor við læknadeild Háskóla Íslands.

Umsjónarkennari var Karl Andersen prófessor og leiðbeinandi Þórarinn Guðnason hjartalæknir. Auk þeirra sátu í doktorsnefnd Inga Sigurrós Þráinsdóttir hjartalæknir, Bo Lagerqvist yfirlæknir við sjúkrahúsið í Uppsölum og Stefan K. James prófessor.

Ágrip af rannsókn

Konur, fjölveikir aldraðir og aðrir minnihlutahópar með kransæðasjúkdóma bera oft skarðan hlut frá borði við framkvæmd slembirannsókna. Á Íslandi var sjaldnar þrætt í gegnum úlnliðsslagæð en í Svíþjóð og fylgikvillar eftir kransæðavíkkanir voru algengari hér á landi árið 2007. Konur með brátt kransæðaheilkenni höfðu tvöfaldar líkur á fylgikvillum eftir kransæðavíkkanir miðað við karla. Konur með þrengingu í einni kransæð fóru síður í kransæðavíkkun en karlar. Í hópnum með þrengingar í þremur kransæðum og/eða í höfuðstofni, fóru konur oftar í kransæðavíkkun en var sjaldnar vísað í opna kransæðaaðgerð.

Doktorsefnið

Guðný Stella Guðnadóttir (1979) lauk kandídatsprófi í læknisfræði frá Háskóla Íslands árið 2005, sérnámi í lyflækningum 2014 og sérnámi í öldrunarlækningum árið 2016. Frá árinu 2011 hefur hún starfað við háskólasjúkrahúsið í Gautaborg í Svíþjóð.



Engilbert Sigurðsson, Pálmi V. Jónsson, Guðný Stella og Joakim Alfredsson. – Kristinn Ingvarsson tók myndina af hinum glænýja doktor með andmælendum og deildarforseta.



Agnar Bjarnason varðist fimlega andmælendum sínum. Myndina tók Gunnar Sverrisson.

AGNAR BJARNASON varði doktorsritgerð sína við læknadeild Háskóla Íslands 9. maí. Ritgerðin heitir: *Orsakavaldar, áhættuþættir og afdrif fullorðinna með lungnabólgu.*

Andmælendur voru David Murdoch, deildarforseti og prófessor við læknadeild Háskólans í Otago á Nýja Sjálandi og Gunnar Guðmundsson, prófessor og sérfræðingur í lyflækningum og lungnalækningum á Landspítala.

Umsjónarkennari og leiðbeinandi var Magnús Gottfreðsson prófessor og auk hans sátu í doktorsnefnd Karl G. Kristinsson prófessor, Arthúr Löve prófessor, Ólafur Baldursson og Lars Magnus Andersson.

Ágrip af rannsókn

Markmiðið var að skoða lungnabólgu sem leiðir til sjúkrahúsinnlagnar í Reykjavík, bæði almennt og í tengslum við heimsfaraldur inflúensu. Einnig að bera PCR-rannsóknir á munnkokssýnum saman við aðrar greiningaraðferðir og skoða gagnsemi hugtaksins sjúkrahústengd lungnabólga við íslenskar aðstæður. Öllum fullorðnum sem þurftu innlögn vegna lungnabólgu frá desember 2008 til nóvember 2009 var boðið að taka þátt og víðtæk leit gerð að meinvöldum. Hluta lungnabólguinnlagna í Reykjavík (37%) mátti flokka sem sjúkrahústengda lungnabólgu sem tengdist breyttu mynstri orsakavalda. Dánartíðni var hærri í þessum hópi, 10% miðað við 1% í samfélagslungnabólgu. Engar fjölónæmar bakteríur greindust og gátu því ekki skýrt þennan mun.

Doktorsefnið

Agnar Bjarnason (1978) lauk embættisprófi í læknisfræði frá Háskóla Íslands árið 2005 og var kandídat og sérnámslæknir á Landspítala til 2010. Eftir framhaldsnám á Sahlgrenska-háskólasjúkrahúsinu í Gautaborg lauk hann sérnámi í lyflækningum 2012 og smitsjúkdómalækningum 2014. Agnar starfar við smitsjúkdómadeild Landspítala.

Styrkir veittir úr sjóði Sigríðar Lárusdóttur

Þrír styrkir voru nýlega veittir til rannsókna á sviði bæklunarlækninga með áherslu á stoðkerfissjúkdóma úr sjóði Sigríðar Lárusdóttur við Háskóla Íslands. Styrkhafar eru Halldór Jónsson jr., prófessor og sérfræðingur í bæklunarskurðlækningum, Kristín Briem, prófessor við námsbraut í sjúkraþjálfun, og María Sigurðardóttir, sérfræðingur í svæfinga- og gjörgæslulækningum Landspítala.

Rannsókn Halldórs Jónssonar jr. prófessors felst í að koma á fót klínísku matskerfi fyrir sjúklinga sem eru að fara í heildarmjaðmaliðaskipti. Markmið rannsóknarinnar er að þróa verklagsreglur til að styðja ákvörðun um tegund mjaðmagerviliðar.

Rannsókn Kristínar Briem, prófessors við námsbraut í sjúkraþjálfun, er hluti af stærri rannsókn sem snýr að nýgengi og orsakaþáttum ákveðinna alvarlegra hnémeiðsla og skurðaðgerðum í tengslum við þau meiðsli. Markmið rannsóknarinnar er að meta áhrif meiðslanna, skurðaðgerða og líkamsbyggingar á þróun slitgigtar í burðarliðum (hnjám og mjöðmum).

Rannsókn Maríu Sigurðardóttur, sérfræðings í svæfinga- og gjörgæslulækningum á Landspítala, miðar að því að kanna áhrif langtíma-undirbúnings og uppvinnslu sjúklinga sem bíða eftir liðskiptum á hné eða mjöðm, á aðgerðarferilinn og tíðni fylgikvilla. Rannsóknin er samvinnuverkefni Landspítala og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Tilgangur Sjóðs Sigríðar Lárusdóttur við Háskóla Íslands er að efla rannsóknir á sviði bæklunarlækninga. Sérstök áhersla er lögð á rannsóknir á meðfæddum göllum í mjaðmarlið, svo sem ættgengi, tíðni og afleiðingum. Sjóðinn stofnaði Sigríður Lárusdóttir (f. 5. maí 1918) árið 2005 til minningar um þá sem hafa glímt við meðfædda sjúkdóma í mjöðm en Sigríður átti við þann sjúkdóm að stríða frá fæðingu.



Það var bjart yfir styrkveitendum og styrkþegum þegar veitt var úr sjóðnum. Þorvaldur Ingvarsson bæklunarlæknir, Engilbert Sigurðsson forseti læknadeildar, Halldór Jónsson jr, María Sigurðardóttir, Sigurbergur Kárason svæfingalæknir, Kristín Briem, Vigdís Pétursdóttir meinafræðingur og Jón Atli Benediktsson rektor Háskóla Íslands. Mynd: Kristinn Ingvarsson.



Ball í Iðnó

Læknafélagið stóð fyrir balli í Iðnó um miðjan maí. Hljómsveitin Sobril lék fyrir dansi og var almenn ánægja með þessa skemmtun. Reynir Arngrímsson formaður tók þessa meðfylgjandi mynd.

100 ÁRA
AFMÆLISDAGSKRÁ LÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS
2018

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

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





HEILDSTÆTT LYFJAÚÐAKERFI FYRIR

MISMUNANDI ÞARFIR

Lyfjaúðakerfið frá Aerogen er árangursrík meðferð á öndunarfærasjúkdómum meðal sjúklingahópa á öllum aldri. Aerogen kerfið er notað á bráðadeildum og gjörgæsludeildum í yfir 75 löndum um allan heim.



Aerogen® USB Controller



Aerogen® Solo



Aerogen® Ultra

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

ELIQUIS

Meðferð við gáttatifi



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

Sjá samantekt á eiginleikum lyfs

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

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

Sérlyfjatexti á bls. 307

Eliquis
Apixaban

Bristol-Myers Squibb
Pfizer