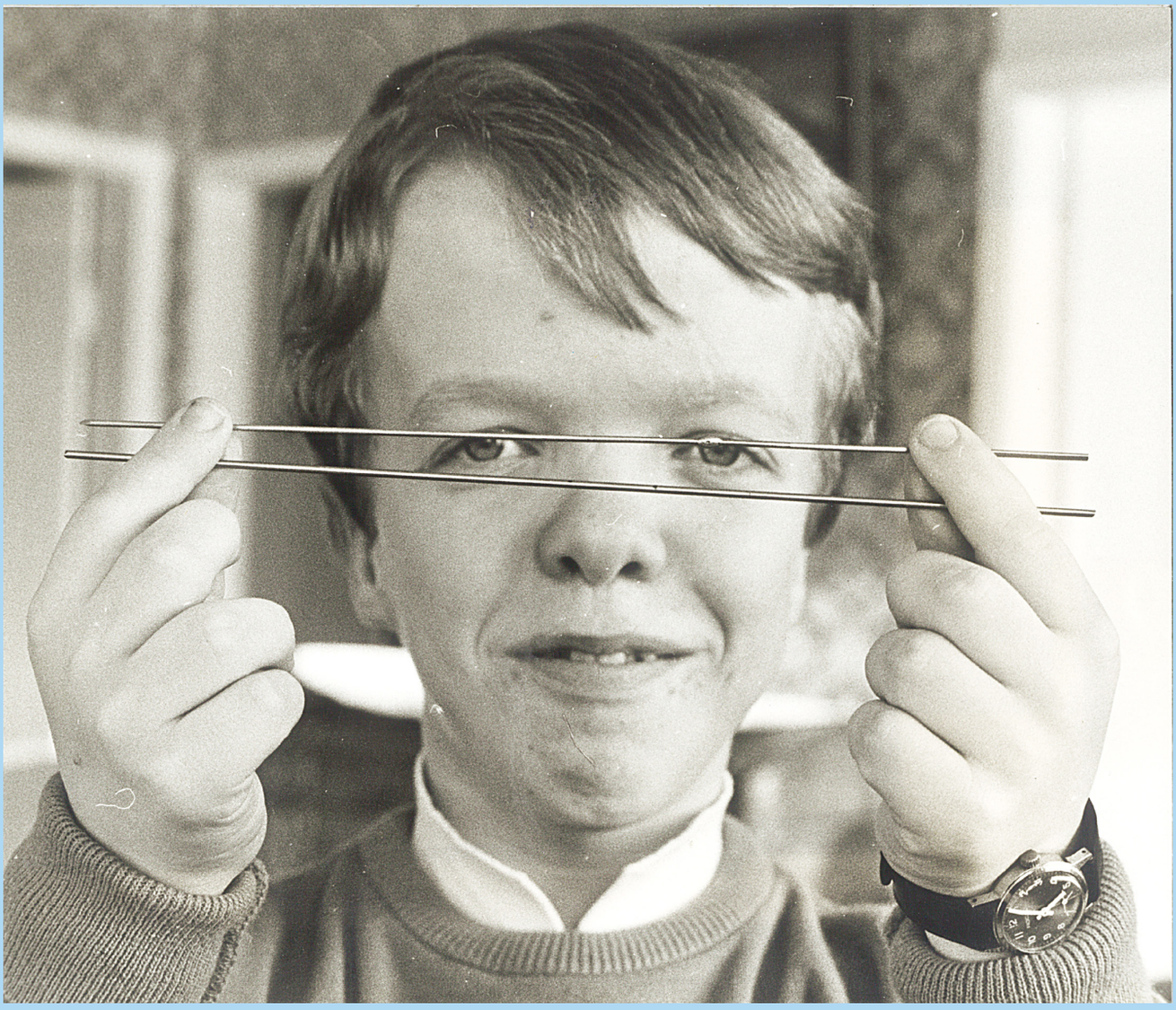
LÆKNABLAÐIÐ 9. tbl. 104. árg. • September 2018

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



laeknabladid.is

9/2018

104. árgangur: 381-428

2018; 104: 381-428

Xarelto®
rivaroxaban

BAYER

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

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



Vörn gegn heilablóðfalli með einni töflu á dag[2]

* gáttatif án lokusjúkdóms.

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

Sérlyfjatexti á bls. 425

LÍS.MKT.01.2018.0156 Janúar 2018

XARD0112 – Bilbo

Maður með mönnum

Í voninni býr sú sannfæring mannsins að draumar geti ræst og að hindranir séu yfirstíganlegar. Saga læknisfræðinnar geymir ófá dæmi um einstaklinga sem eru drifnir áfram af innri sannfæringu og ögra hinu viðtekna og hafa breytt hinu ómögulega í hið mögulega. Voninni fylgir þráin en líka þrjóskan og siðareglur og innbyggð íhaldssemi læknisfræðinnar gegna því vandasama en mikilvæga hlutverki að styðja við þrautseigju en hemja fífldirfsku.

Árið 1951 uppgötvaði rússneski bæklunarlæknirinn Gavriil Ilizarov (1921-1992) að hægt væri að lengja bein. Hann þróaði aðferð og tæki (Ilizarov Apparatus) til að framkvæma lengingar. Þær fara þannig fram að fyrst er leggbeinið þríbrotið. Þá er tækið – sem bæði er spelka sem styður beinið og þvinga sem togar það í sundur – fest við útliminn með stálpinnum sem eru boraðir í gegnum beinin. Ilizarov starfaði í Kurgan í Austur-Síberíu og næstum tveir áratugir liðu þar til starfsbræður hans í Moskvu viðurkenndu aðferðina. Hróður Ilizarov náði vestur fyrir járntjaldið árið 1980 og ströndum Íslands ári síðar. Þar kveikti umfjöllun í norsku vikublaði þá von hjá Helga Óskarssyni að hann, 13 ára og 114 sm á hæð, gæti breytt örlögum sínum. Helga dreymdi um að verða stærri og þrátt fyrir hindranir og áhættu sem íhaldssamari læknar bentu á, rættist sá draumur.

Með tveimur aðgerðum, á leggjum og lærleggjum, bættust heilir 40 sm við hæð Helga. Að auki voru upphandleggirnir lengdir. Lengingin sjálf tók um þrjá mánuði og hver millimetri sem daglega bættist við hæð Helga er varðaður ólýsanlegum sársauka. Vopn Helga voru viljastyrkurinn og stuðningur foreldranna sem komu sér líka vel í áralangri eftirmeðferð sem fór fram bæði ytra og hér heima.

Tæknin er notuð við flókin beinbrot og til að rétta afmynduð bein.

Forsíðumyndin er úr einkasafni Helga, tekin 1983 og birt með hans leyfi. Þar leikur hann sér, kankvís á svip, að lengingarpinnum. Ljósmyndari óþekktur.



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.

Fjögur félög eru undirstaða LÍ

Þann 15. ágúst rann út frestur til að skrá félagsaðild með atkvæðisrétti í LÍ, en á þeim grunni er ákvarðaður fulltrúafjöldi aðildarfélaganna fjögurra á aðalfundi LÍ í haust. Sú breyting hefur orðið á lögum félagsins að svæðafélögin og sérgreinafélögin tvö (félög skurð- og bráðalækna) sem áður fóru með fulltrúavald sinna félagsmanna gera það ekki lengur. Aðildarfélögin fjögur sem nú eiga fulltrúa á aðalfundinum 2018 eftir skipulags- og lagabreytingar LÍ eru **Félag almennra lækna** (FAL), **Félag íslenskra heimilislækna**, (FÍH), **Læknafélag Reykjavíkur** (LR) og **Félag sjúkrahúslækna** (FSL) sem stofnað var fyrr á þessu ári.

Niðurstaðan varð sú að skráðir félagar í FAL eru 340 og hafa þeir 17 fulltrúa á aðalfundi LÍ. FÍH félagsmenn eru 198 og hafa þeir 10 fulltrúa. LR er stærst aðildarfélaga með 463 félagsmenn og 21 fulltrúa á aðalfundinum. Í FSL eru 374 og 17 fulltrúar. Fjöldi félagsmanna sem skiptist á milli þessara félaga er í dag 1296 og hefur LÍ aldrei verið fjölmennara og fulltrúafjöldi á aðalfundi reiknast nú 65 sem er svipað og verið hefur. Hluti þessara félagsmanna, eða 158, skiptu atkvæði sínu á milli tveggja félaga og teljast félagsmenn í tveimur félögum. Ekkert er því til fyrirstöðu að eiga félagsaðild í fleiri aðildarfélögum, en aðeins tvö félög geta skipt með sér atkvæði félagsmanns til ákvörðunar fulltrúafjölda. Dágóður hópur félagsmanna, sem áður hafði ekki falið neinu af núverandi aðildarfélögunum atkvæði sitt, lét ekki vilja sinn í ljósi að þessu sinni og teljast þeir ekki með þegar fjöldi fulltrúa aðildarfélaga á aðalfundi LÍ 2018 er ákvarðaður. Þeir geta hins vegar hvenær sem er tilkynnt skrifstofu LÍ hvaða aðildarfélagi þeir kjósa að fela atkvæði sitt. Til þess að sú breyting öðlist gildi fyrir aðalfund LÍ árið 2019 þarf tilkynning að berast LÍ eigi síðar en 15. desember 2018.

FAL	340 læknar	17 fulltrúar á aðalfundi
FÍH	198 læknar	10 fulltrúar á aðalfundi
LR	463 læknar	21 fulltrúi á aðalfundi
FSL	374 læknar	17 fulltrúar á aðalfundi

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

9. tölublað • 104. árgangur • 2018

LEIÐARAR



387

Nýliðun lækna

Reynir Arngrímsson

Nýliðun þarf að eiga sér stað á öllum sviðum læknisþjónustunnar. Á sama tíma og landsmönnum hefur fjölgað um 30.000, eða frá 2010, hefur fastráðnum heilsugæslulæknum fækkað hjá öllum heilbrigðisstofnunum nema einni.



389

Ráðstefna LÍ og WMA - lífsiðfræðin í brennidepli á Íslandi

Svanur Sigurbjörnsson

Lífsiðfræðin skoðar viðfangsefni sín jafnan eftir þremur megin grunngildum: frelsi, mannvirðingu og réttlæti. Þótt Ísland sé afskekkt og fræðimenn fáir, höfum við okkar rödd og staðsetningu sem er óhlutdræg, mitt á milli heimsálfa.

FRÆÐIGREINAR

391

Hörður Már Kolbeinsson, Birta Dögg Ingudóttir Andrésdóttir, Pétur H. Hannesson, Elsa Björk Valsdóttir, Páll Helgi Möller

Garnaflækja á bugaristli á Landspítala 2000-2013

Garnaflækja á bugaristli er þegar bugaristill snýst um öxul sinn í garnahengjunni með tilheyrandi fráflæðishindrun úr ristli og í sumum tilfellum blóðþurrð og ristilrofi. Tíðni garnaflækju á bugaristli er lág á Vesturlöndum þar sem hún er einungis 3-5% af öllum garnastíflum en hún er meðal algengustu orsaka garnastíflu í Afríku og Suður- Ameríku. Áhættuþættir eru hár aldur, karlkyn og hægðatregða en einnig geð- og taugasjúkdómar og aðrir langvinnir sjúkdómar.

395

Davíð Þór Bragason, María Soffía Gottfreðsdóttir, Birgir Jóhannsson, Magnús Gottfreðsson

Tvö sjúkratilfelli: Ormur í auga og endurteknar bólgur á útlimum

Hér er lýst fyrstu tveimur tilfellum af lóasýki (*Loa loa*), eða afrískum augnormi, sem fundist hafa á Íslandi. Með vaxandi fjölda innflytjenda og innlendra og erlendra ferðamanna frá fjarlægum slóðum er viðbúið að framandi sýkingar taki að reka á fjörur íslenskra lækna. Lóasníkillinn Loa loa er þráðormur sem berst í menn með biti dádýraflugu (*Chrysops spp.*) og er landlægur víða í Vestur- og Mið-Afríku. Talið er að 10 milljónir manna séu sýktar, en 30 milljónir eru útsettar fyrir sníklinum og vangreining algeng. Á vissum svæðum Afríku er algengi sýkingarinnar meðal íbúa meira en 40%. Ferðamenn geta sýkst en hættan er fremur lítil þar sem sýkingarhættan er tengd því hversu lengi fólk er útsett.

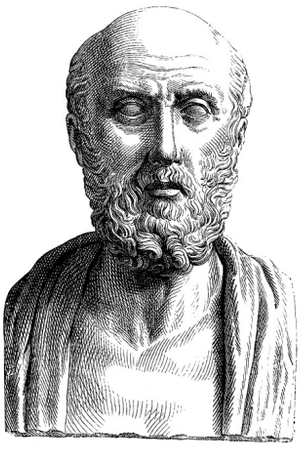
LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 100 ÁRA

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

400

Vilhjálmur Árnason

Frá bræðralagi til fagmennsku. Siðferðileg viðmið íslenskra lækna í hundrað ár



Læknar hafa frá öndverðu haft siðferðileg viðmið í starfi sínu. Elsta og dæmið er eiðurinn kenndur við gríska læknirinn Hippókrates (460-370 f. Kr.). Segja má að siðferðilegur kjarni eiðsins sé fólginn í þessu ákvæði: „Ég heiti því að beita læknisaðgerðum til líknar sjúkum, eftir því sem ég hef vit á og getu til, en aldrei í því skyni að valda miska eða tjóni.“ Velferð sjúklingsins er í fyrirrúmi og vísað er til kröfunnar: Umfram allt valdið ekki miska, *primum non nocere*, sem meginsiðareglu læknislistarinnar.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

406

Vegleg siðfræðiráðstefna í Hörpu

WMA heldur ársfund sinn í Reykjavík í október

- Jón Snædal er forseti ráðstefnunnar

Hávar Sigurjónsson

World Medical Association var stofnað árið 1947 og er Læknafélag Íslands eitt af 27 stofnfélögum. Alþjóðalæknafélagið beinir nú augum sérstaklega að siðfræði læknisfræðinnar. Gert er ráð fyrir 400 þátttakendum og fer fundurinn og siðfræðiráðstefnan fram í Hörpu.





410

Norræn ráðstefna fagfólks um átröskun 12.-14. september

Átröskun er alvarlegur langvinnur sjúkdómur

- talað við Guðlaugu Þorsteinsdóttur geðlækni

Hávar Sigurjónsson

Anorexíu var fyrst lýst af breska lækninum William Gull og sjúkdómsheitið *Anorexia Nevrosa* kom fyrst fram á síðustu öld. „Þetta er skilgreint sem sérstök geðröskun með greiningar og skilmerki. Oft skarast átröskun við kvíða og þráhyggjur, einhverfu og ADHD og áföll af ýmsu tagi.

412

Alltaf að læra eitthvað nýtt

- segir Sigurður Guðmundsson sem stendur á tímamótum

Hávar Sigurjónsson

„Ef ég ætti að nefna einn akkilesarhæl á heilbrigðiskerfinu okkar er það hvernig við sinnum veikum öldruðum.“





426

50 ár frá útskrift

Ársæll Jónsson

422

Upphaf nútíma-nýrnalækninga á Íslandi

Páll Ásmundsson

Um þessar mundir er fagnað 50 ára afmæli blóðskilunarmeðferðar á Íslandi en hún hófst 1968 og var bylting í nýrnalækningum.



EMBÆTTI LANDLÆKNIS 25. PISTILL

418

Akstur undir áhrifum slævandi lyfja

Andrés Magnússon, Jón Pétur Einarsson, Ólafur B. Einarsson

Talið er að áfengi og lyf komi við sögu í 24% allra dauðsfalla í umferðarslysum í Noregi og hafa Norðmenn birt reglur um magn lyfja sem má greinast í blóði ökumanna.

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



405

Aðgát skal höfð í nærveru sálar

Guðrún Ása Björnsdóttir

Í könnun töldu 11% starfsmanna Landspítala sig hafa orðið fyrir ofbeldi og ógnandi hegðun, og 24% töldu að ekki væri til áætlun um viðbrögð við einelti og kynferðislegri áreitni.

409

Sameiginleg yfirlýsing læknasamtaka í Evrópu:

Áhersla á lykilhlutverk lækna í sjúkdómsgreiningu, meðferð og þverfaglegri umönnun sjúklinga

416

Úr Læknablaðinu 1947:

Alþjóðalæknafélagið – World Medical Association

Páll Sigurðsson

Frásögn fulltrúa LÍ þegar WMA var stofnað

420

Siðfræðiráðstefna LÍ og WMA, í Hörpu – dagskrá



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

Vizarsin töflur og munndreifitöflur

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.

Nýliðun lækna

Læknisþjónusta er grunnstoð heilbrigðiskerfisins og stendur styrkum faglegum stoðum hérlendis. Í nýlegri sameiginlegri yfirlýsingu evrópskra læknasamtaka, sem birt er á öðrum stað í blaðinu (bls. 409), er lögð áhersla á lykilhlutverk lækna í sjúkdómsgreiningum, meðferð og þverfaglegri umönnun sjúklinga.

Stjórnvöld hafa kallað eftir samfélagsumræðu um skipulag heilbrigðiskerfisins en óljóst er hvert stefnir af þeirra hálfu. Læknar hafa lýst sig reiðubúna í slíkt samtal.

Læknafélag Íslands (LÍ) leggur áherslu á þrískiptingu sérhæfðrar heilbrigðisþjónustu lækna í heilsugæslu og forvarnir, sérgreinaþjónustu lækna utan sjúkrahúsa og á göngu- og dagdeildum og svo sjúkrahúsþjónustu. Uppbygging, þróun og fjárveitingar til þessara þjónustuþátta eiga að haldast í hendur. Skipulag kerfisins verður að veita sveigjanleika til framfara í læknisfræði og aðgengi sjúklinga ásamt hagkvæmni og nýliðun.

Stefna LÍ hefur verið að styðja við fjölbreytileika í rekstri sérhæfðrar heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa, hvort sem það er hjá sérgreinalæknum á stofu eða í heilsugæslu, og telur mikilvægt að samkomulag um slíka þjónustu sé skýrt og samningar virtir. Á grundvelli þessara samninga hefur mikilvægum þáttum í opinberu heilbrigðisþjónustunni verið sinnt fram til þessa.

Almenningur er hlynntur einkarekinni sérhæfðri læknisþjónustu utan sjúkrahúsa sem er samningsbundinn hluti af opinberri þjónustu. Þetta má sjá í niðurstöðum skoðanakönnunar Rúnars Vilhjálmssonar fyrir BSRB frá 2015, þar sem minnihluti, eða 40% aðspurðra, taldi að slíka þjónustu ætti eingöngu að veita af hinu opinbera en 60% voru hlynnt blönduðu kerfi eða eingöngu einkareknu. Hvort núverandi stjórnvöld ætla að ganga gegn meirihlutavilja þjóðarinnar og draga úr þjónustu við sjúklinga eða koma á tvöföldu heilbrigðiskerfi með því að semja ekki við lækna á eftir að koma í ljós.

Eitt af lykilatriðum í jákvæðri framfaraþróun í þessum geira er að tryggja nýliðun lækna og aðstreymi nýrrar þekkingar og reynslu. Það er því váleg staða þegar þeim þætti er ógnað til lengri eða skemmri tíma. Starfandi læknar á Íslandi eru í dag 1296 og erlendis starfa 815 íslenskir læknar sem vonandi fá tækifæri til að starfa hérlendis í framtíðinni á þeim vettvangi sem þeir kjósa sjálfir og þörf er fyrir.

Nýliðun þarf að eiga sér stað á öllum sviðum læknisþjónustunnar. Á sama tíma og landsmönnum hefur fjölgað um 30.000 frá árinu 2010, hefur fastráðnum heilsugæslulæknum fækkað hjá öllum heilbrigðisstofnununum nema einni. Meðal annars hefur stöðugildum sem setin eru af sérfræðingum í heimilislækningum hjá hinu opinbera fækkað um 13%, mest á landsbyggðinni, eða frá 5% til 47%. Hjá heilsugæslustöðvum í einkarekstri sem hið opinbera hefur náð að gera þjónustusamning við er staðan önnur en þar starfa nú 29 sérfræðingar í heimilislækningum.

Á sjúkrahúsum hefur verið bent á að starfsaðstæður eru óviðunandi og álag á sjúkrahúslæknum á Landspítala er fram úr hófi á mörgum deildum, til dæmis bráðamóttökunni. Bráðalæknar hafa talað fyrir daufum eyrum allt frá nærstjórnendum upp í ráðuneyti. Þar eru þeir ekki einir á báti. Stöðuheimildum þarf að fjölga og nýliðun þarf að örva á sjúkrahúsum landsins. Þjónustuliðum verður ekki bætt þar við án slíkra aðgerða.

LÍ leggur áherslu á að aðgengi að faglegri þekkingu lækna sé ætíð tryggt og til staðar í landinu, þar með talið með samfelldri nýliðun lækna. Að fram fari mat á mannaflaþörf lækna á öllum sviðum sérgreinalækninga, þar með talið heimilislækna og á meðal almennra lækna. Tryggja þarf að sérhæfð læknaþjónusta sé áfram veitt utan sjúkrahúsa með samningum um opinbera þjónustu sérgreinalækna á eigin læknastofum og heilsugæslustöðvum. Endurskoða þarf kjör landsbyggðarlækna með stjórnvaldsátaki. Styrkja þarf þjónustu sérfræðilækna og bæta vinnuaðstæður á Landspítala og öðrum sjúkrahúsum með auknum framlögum í fjárlögum ríkisins. Að verkefni hvers þjónustuaðila séu vel skilgreind og endurskoðuð með þarfir skjólstæðinga í fyrirrúmi. Að áhersla verði lögð á gæðastarf og leiðandi hlutverk lækna.

Heimildir

1. Sameiginleg yfirlýsing læknasamtaka í Evrópu. Um lykilhlutverk lækna í sjúkdómsgreiningu, meðferð og þverfaglegri umönnun sjúklinga. Læknablaðið 2018; 104: 422.
2. Heimilislæknar á Íslandi og ráðningar heilsugæslulækna á landsbyggðinni. 538. mál, fyrirspurn til heilbrigðisráðherra á 148. löggjafarþingi 2017-2018. althingi.is/altext/148/s/1379.html - ágúst 2018.



Reynir Arngrímsson

erfðalæknir,
formaður Læknafélags Íslands

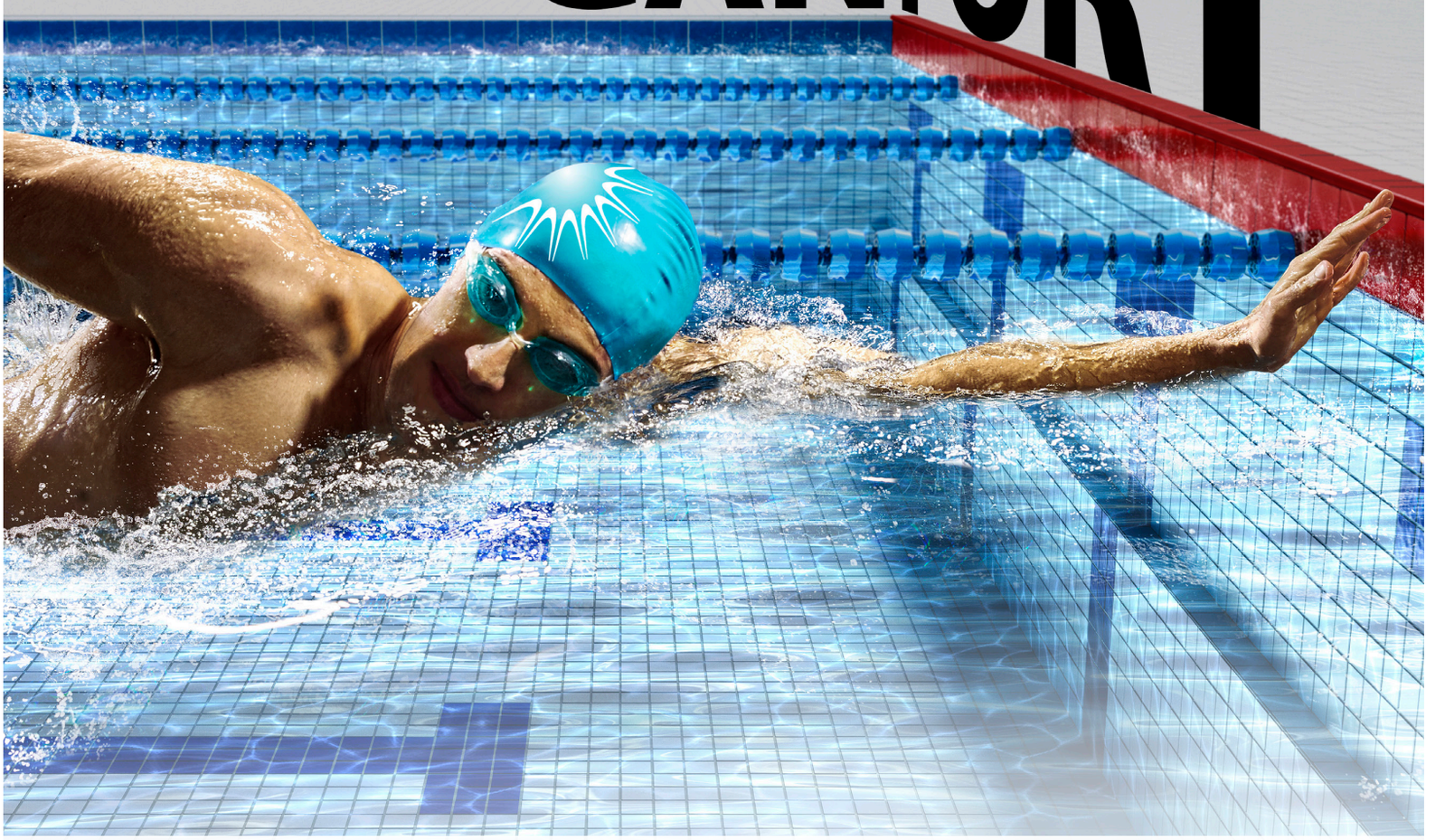
reynir@lis.is

Continuous recruitment of doctors

Reynir Arngrímsson MD,
President of the Icelandic Medical Association
Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi, Iceland

doi.org/10.17992/lbl.2018.09.194

PRÓFAÐU GANFORT



Þegar meðferðarmarkmið næst ekki með einlyfjameðferð[1]

Hver einasti mmHg skiptir máli[2]

GANfort®

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

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

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

Actavis 710132

UMBOÐSAÐILI Á ÍSLANDI: Actavis

Allergan

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

Ráðstefna LÍ og WMA - lífsiðfræðin í brennidepli á Íslandi

Dagana 2.-4. október næstkomandi verður í fyrsta sinn haldin á Íslandi alþjóðleg ráðstefna um lífsiðfræði á vegum alþjóðasamtaka lækna (World Medical Association, WMA). Læknafélag Íslands er gestgjafi ráðstefnunnar sem haldin verður í Hörpu. Jón Snædal læknir á heiðurinn af því að landa þessum stóra viðburði hérlendis og eiga frumkvæði að því að WMA gefi lífsiðfræðinni aukið vægi í ráðstefnuhaldi samtakanna, sjá viðtal við hann á bls. 406.

Þó að Ísland sé sumpart afskekkt og samfélag fræðimanna lítið höfum við okkar rödd og staðsetningu sem virkar miðlandi fyrir óhlutdrægni og er mitt á milli heimsálfa.

Þegar Íslensk erfðagreining tók til starfa fyrir rúmum tveimur áratugum hófst áköf umræða á alþjóðlegum vettvangi um lífsýni, eignarhald og meðhöndlun erfðaupplýsinga, upplýst samþykki fyrir rannsóknum og fleira því tengt. Ísland fékk þar ákveðið hlutverk í miðju þessarar umræðu og athygli fræðimanna beindist í fyrsta sinn hingað þar sem mikilvægir hlutir í þróun lífsiðfræðinnar áttu sér stað. Fyrstu viðmið WMA í þessum efnum voru gefin út árið 2002 og eftir mikla gerjun gaf WMA út endurskoðaðar siðareglur (Taípei-yfirlýsingin 2016) um meðhöndlun lífsýna og erfðaupplýsinga í lífsýnabönkum og gagnaverum.

Orð eru jafnan til alls fyrst og þannig er það með siðvitið. Það hefst í hugum okkar og þroskast í orðræðunni sem á sér stað, bæði fræðimanna á milli um og úti í þjóðfélaginu þar sem hugarleikfimi úr hægindastólum er mátuð við reynsluheiminn. Viðmið í siðferði og nálganir fólks í beitingu þess hafa breyst gríðarlega undanfarnar fjórar aldir og upp úr miðri 19. öld hafa breytingarnar orðið æ hraðari. Saga nútímalæknisfræði er álíka gömul þessum breytingum því að það þurfti aukið frelsi í heimspekilegri hugsun til þess að raunvísindi fengju að líta dagsins ljós. Sannleikurinn um hluti í heiminum, þar á meðal starfsemi líkamans, varð að fá að koma fram á sjálfstæðan máta – óháð valdhöfum, óskhyggju og hindurvitnum. Vísindi krefjast dyggða og siðferðilegs samræmis í fari rannsakandans eigi þekkingarleitin að bera árangur. Maðurinn sem þekkingarvera og siðferðisvera eru því nátengdar. Að sama skapi þarf hinn hagnýti miðlari þekkingarinnar, læknirinn, að vera siðferðilega þroskaður til þess að ráðleggja viturlega veiku fólki í ýmsu ástandi og við ólíkar aðstæður, svo að vel fari. Vilhjálmur Árnason heimspekingur segir frá þróun siðareglna íslenskra lækna í þessu blaði, bls. 400-3.

Tvíhyggja um líkama og sál, raunvísindi og hugvísindi, konur og karla, erfðarétt og fleira féllu hver á fætur annarri þó að enn eimi eftir af aðskilnaði heimspeki og raunvísinda. Ein lífseigasta tvíhyggjan er að siðfræði geti ekki talist til vísinda því að hún byggi einungis á hugmyndum manna en ekki skoðanlegum fyrirbærum í náttúrunni. Siðferði hafi ekki þá fótfestu í raunveruleikanum sem til dæmis efnaferli í líkamanum hafi. Hugmyndir séu huglægar og þekking raunvísinda hlutlæg. Ég er þessu ósammála. Þekking um hlutheiminn er einnig huglæg á þann máta að hún er huglæg mynd okkar af þeim raunveruleika sem við reynum að skilja. Siðræni heimurinn er huglæg mynd okkar af því sem við teljum breyta lífi okkar á siðferðilegan máta. Siðferði er hugtak okkar um ákveðin markmið og við skiptumst á hljóðbylgjum eða sjónrænum upplýsingum til þess að útkljá þau mál. Hljóðbylgja verður að taugaboði sem eftir vinnslu verður að ákvörðun og athöfn. Það stýra ótal margar breytur því hvað viljastýrð athöfn gengur út á en hið sama á við um ótal efnaferli og starfsemi líffæra – það er skeikulleiki í bæði líf-raunvísindum og líf-hugvísindum. Viljinn er ekki ólífrænn, heldur ein ótrúlegasta birtingarmynd lífrænna ferla. Bæði lífsiðfræðin og læknisfræðin eiga það sama markmið að vernda líf – gott líf og heilsuríkt. Á þessu er enginn eðlismunur, bara mismunandi flækjustig.

Lífsiðfræðin skoðar viðfangsefni sín jafnan eftir þremur megin grunngildum: frelsi, mannvirðingu og réttlæti. Í frelsinu er lögð áhersla á sjálfsákvörðunarrétt sjúklings en álitamál skapast um hann ef hæfið er skert. Í mannvirðingunni togast á gríðaréttur sjúklings og verkskylda læknis eða gæðaréttur sjúklings og taumhaldsskylda læknis. Réttlætið býður okkur að veita öllum sömu þjónustu og jafnræði óháð stöðu. Svo kemur til *lífpólitíkin* eins og þegar læknar í hundraðatali studdu frumvarp um bann við umskurði sveinbarna. Í ljósi glæpsamlegrar hegðunar lækna víða um heim í meðferð aldraðra, fölsun rannsóknargagna, misnotkun tilraunameðferða, heilsuskrums og fleira hefur persónugerð og siðferðisþrek lækna farið undir smásjána. Víða er efnt til skoðunar á gæðum siðferðis og eflingar mannkostamenntunar í læknanámi. Viðfangsefnin eru mörg. Ég hvet lækna til að nýta sér vel þann hvalreka sem þessi alþjóðaráðstefna er fyrir okkur og hittast í Hörpu 2.-4. október: *medicalethicsiceland.is*



Svanur Sigurbjörnsson

lyflæknir og eiturefnafræðingur, formaður siðfræðiráðs LÍ, aðjúnkt í siðfræði við læknadeild HÍ

svanurmd@gmail.com

WMA Congress in Iceland – Bioethics in Focus

Svanur Sigurbjörnsson, MD, BS/BA medicine/philosophy,
Internist/toxicologist
Chair of the Ethical Committee of Iceland Medical Association
Adjunct in medical ethics, Department of Medicine, University of Iceland

doi.org/10.17992/lbl.2018.09.195

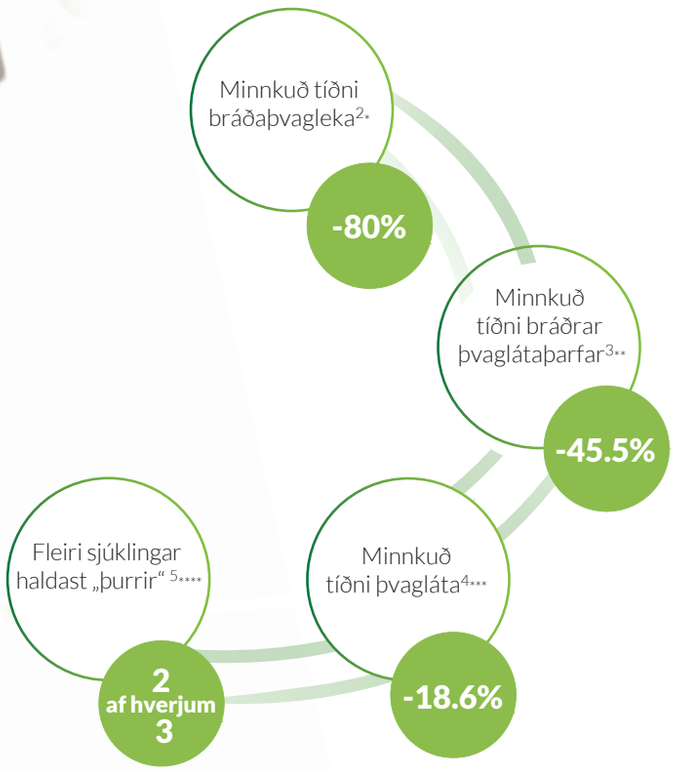
STAÐFESTUR ÁRANGUR[1]

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

Garnaflækja á bugaristli á Landspítala 2000-2013

Hörður Már Kolbeinsson[1]
Birta Dögg Ingudóttir Andrésdóttir[1]
Pétur H. Hannesson[2,3]
Elsa Björk Valsdóttir[1,3]
Páll Helgi Möller[1,3]

Höfundarnir eru öll læknar.

[1]Skurðlækningadeild Landspítala, [2]röntgendeild Landspítala, [3]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Hörður Már Kolbeinsson, *hordurma@gmail.com*

ÁGRIP

Inngangur
Garnaflækja á bugaristli er sjaldgæf orsök garnastíflu í flestum vestrænum löndum. Kjörmeðferð er ristilspeglun og síðar skurðaðgerð. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna meðferð og horfur garnaflækju á bugaristli á Landspítala.

Efniviður og aðferðir
Framkvæmd var afturskyggn rannsókn á einstaklingum sem greindust með garnaflækju á bugaristli á Landspítala á árunum 2000-2013. Farið var yfir sjúkraskrár og skráð kyn, aldur, legutími, meðferð, fylgikvillar meðferðar, vefjagreining og tíðni endurkomu.

Niðurstöður
Heildarfjöldi sjúklinga var 49; 29 karlar og 20 konur (1,5:1). Meðalaldur var 74 ár (bil: 25-93). Einn sjúklingur fór beint í bráða aðgerð vegna gruns um lífhimnubólgu, aðrir (n=48) voru meðhöndlaðir með ristilspeglun (n=45), skuggaefnisinnhellingu um endaþarm og endaþarmsröri (n=2) eða einungis endaþarmsröri (n=1). Þrír enduðu í bráðaaðgerð sökum misheppnaðrar ristilspeglunar en 8 sjúklingar fóru í skipulagða aðgerð í legunni. Þrjátíu og sex útskrifuðust eftir íhaldssama meðferð með ristilspeglun (n=35), innhellingu (n=1) eða endaþarmsröri (n=1). Tveir sjúklingar lögðust inn síðar til valaðgerðar á ristli. Tuttugu og tveir (61%) fengu endurkomu sjúkdóms. Miðgildi tíma að endurkomu var 101 dagur (bil: 1-803). Líkur á að fá ekki endurkomu eftir þrjá mánuði, 6 mánuði og 24 mánuði voru 66%, 55% og 22%. Heildardánartíðni (innan 30 daga) var 10,2%. Dánartíðni eftir bráðaaðgerðir var 25% (1/4) en 16,6% eftir skipulagðar aðgerðir (3/18).

Ályktanir
Meirihluti sjúklinga sem ekki fer í aðgerð í fyrstu innlögn fær endurkomu sjúkdóms. Heildardánartíðni vegna garnaflækju á bugaristli á Landspítala er lág en dánartíðni eftir skurðaðgerðir er há.

doi.org/10.17992/lbl.2018.09.196

Inngangur

Garnaflækja á bugaristli (*sigmoid volvulus*) er þegar bugaristill snýst um öxul sinn í garnahengjunni (*mesentery*) með tilheyrandi fráflæðishindrun úr ristli og í sumum tilfellum blóðþurrð og rofi á ristli. Tíðni garnaflækju á bugaristli er lág á Vesturlöndum þar sem hún er einungis 3-5% af öllum garnastíflum (*bowel obstruction*) á meðan hún er meðal algengustu orsaka garnastíflu í Afríku og Suður-Ameríku.[1]

Meðferð garnaflækju í bugaristli byggir á því að létta á snúningi ristilsins og koma í veg fyrir frekari köst. Fyrsta meðferð ræðst af ástandi sjúklings við komu á spítala. Ef einkenni á borð við ferska blæðingu um endaþarm eða lífhimnubólga eru til staðar verður að hafa í huga blóðþurrð í ristli og/eða rof á ristli sem er ábending fyrir bráðaskurðaðgerð með brottnámi á þeim hluta ristils, ýmist með samtengingu eða endastóma (*Hartmann procedure*). Ef ekki er til staðar ábending fyrir bráðaaðgerð er mælt með að lofttæma þaninn ristilinn og vinda ofan af snúningnum í ristilspeglun sem fyrstu meðferð eða mögulega með skuggaefnisinnhellingu með endaþarmsröri þó sú meðferð sé á undanhaldi.[2,6] Þekkt er að endurkoma sjúkdóms geti átt sér stað í allt að 84% tilvika eftir ristilspeglun og telja því flestir að líta þurfi á ristilspeglun þar sem létt er á snúningi ristils sem bráðabirgðameðferð fyrir endanlega meðferð með skurðaðgerð ef sjúklingur er á annað borð fær í aðgerð.[1,5,7,8] Sumir höfundar hafa lagt til að endanleg meðferð með skurðaðgerð eigi að fara fram sem flýti-valaðgerð (*semi-elective*) innan tveggja til fimm sólarhringa frá ristilspeglun ef aðstæður leyfa.[5,9] Það skapar rými til að meðhöndla meðfylgjandi sjúkdóma og undirbúa sjúkling frekar fyrir skurðaðgerð. Sú aðgerð sem reynst hefur best er brottnám á bugaristli með samtengingu þó að margar mismunandi leiðir hafi verið reyndar með misjöfnum árangri.[2,4,6] Meðal þekktra áhættuþátta fyrir verri útkomu eftir aðgerð eru lífhimnubólga og drep í ristli.[5,10]

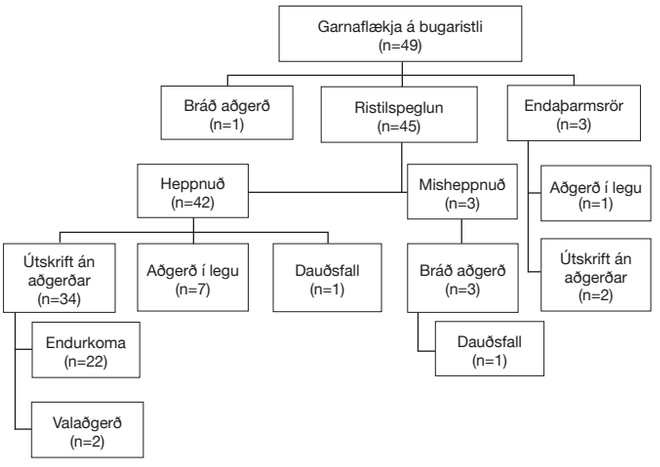
Ekki hafa verið gerðar neinar samantektir á meðferð og horfum sjúklinga með garnaflækju á bugaristli á Landspítala áður. Markmið þessarar rannsóknar var því að kanna afdrif sjúklinga með garnaflækju á bugaristli á Landspítala yfir 13 ára tímabil.

Efniviður og aðferðir

Gerð var afturskyggn rannsókn þar sem leitað var eftir ICD-10 greininganúmerinu K 56.2 (garnaflækja). Farið var yfir læknabréf, ristilspeglanir og bráðasjúkraskrár og sjúklingar fundnir sem greindust með garnaflækju á bugaristli á Landspítala á tímabilinu 2000-2013. Greiningin var staðfest með myndgreiningu,

Tafla I. *Sjúkdómsbyrði rannsóknarþýðisins.*

	n	%
Taugasjúkdómur	22	45
Langvinn hægðatregða	16	33
Gáttatif	10	20
Háþrýstingur	9	18
Heilablóðfall	7	14
Hjartabilun	5	10
Geðsjúkdómur	4	8
Blóðþurrðarsjúkdómur í hjarta	4	8
Sykursýki	4	8
Lungnasjúkdómur	1	2



Mynd 1. *Flæðirit yfir meðferð sjúklinga í fyrstu innlögn.*

ristilspeglun og aðgerðarlýsingu. Í vafatilfellum voru röntgenmyndir og aðgerðarlýsingar yfirfarnar af sama röntgenlækni og skurðlækni. Skráðar voru upplýsingar um kyn, aldur, legutíma, meðferðarform, dánartíðni, ASA-skor (American Society of Anasthesiologists), vefjagreiningasvar og endurkomur. Dánartíðni var skilgreind sem dauði innan 30 daga frá meðferð.

Ristilspeglun var skilgreind sem heppnuð ef það tókst að komast fram hjá snúningi ristilsins og létta á þrýstingi handan hans auk þess sem einkenni urðu betri og/eða góður árangur var staðfestur á myndgreiningarrannsókn.

Snemmkomin endurkoma garnflækju á bugaristli var skilgreind sem endurkoma sjúkdómsins í sömu sjúkrahúslegu.

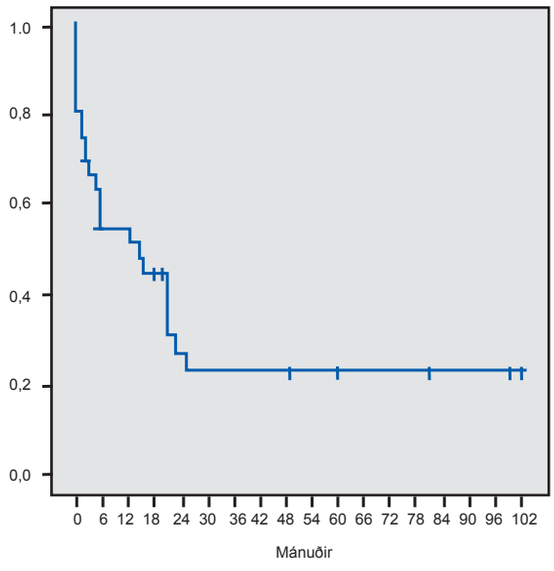
Öll gögn voru skráð í Excel 2013 gagnagrunn og notast var við SPSS-tölfræðiforritið við gerð Kaplan Meier-kúrfu. Rannsóknin fékk leyfi Persónuverndar og siðanefndar Landspítala.

Niðurstöður

Á árunum 2000-2013 fengu 233 sjúklingar á Landspítala greininguna garnaflækja, K56.2. Þar af voru 58 sjúklingar með garnaflækju á bugaristli. Voru þar af 9 útilokaðir frá rannsókninni, ýmist vegna óljósrar greiningar (n=7), aldurs undir 18 ára (n=1) en einn sjúklingur var erlendur ferðamaður sem ekki var hægt að fylgja eftir. Að lokum voru 49 sjúklingar teknir inn í rannsóknina, þar af 29 karlar og 20 konur (1,5:1) og var meðalaldur þeirra 74 ár (bil: 25-93). Sjúkdómsbyrði rannsóknarþýðis var töluverð, 22 (45%) sjúklingar höfðu taugasjúkdóm, meðal annars Alzheimer eða Parkinson-sjúkdóm og 16 (33%) sjúklingar höfðu þjáðst af langvinnri hægðatregðu. Sjúkdómar á borð við blóðþurrð í hjarta, gáttatif, háþrýsting og heilablóðfall voru einnig algengir (tafla I). Algengustu einkenni sem sjúklingar höfðu við komu voru kviðverkir (84%), þensla á kvið (63%) og hægðastopp (63%) en færri höfðu ógleði eða uppköst (14%). Myndgreining var í flestum tilfellum röntgenyfirlitsmynd af kviði (89%) en tölvusneiðmynd af kviði var beitt í 19 tilfellum (39%). Í 11 tilfellum var einungis framkvæmd tölvusneiðmynd af kviði. Skuggaefnisinnhelling í endaþarm var framkvæmd í 5 tilfellum í greiningarskyni og í fjórum af þeim var skilið eftir endaþarmsrör til meðferðar.

Af 49 sjúklingum rannsóknarinnar var einn tekinn til bráðrar aðgerðar vegna gruns um lífhimnubólgu. Hjá öðrum sjúklingum var meðferð fyrst reynd með ristilspeglun (n=45), skuggaefnisinnhellingu um endaþarm og endaþarmsröri (n=2) eða einungis endaþarmsröri í einu tilfelli (mynd 1). Í þremur tilfellum tókst ekki að vinda ofan af snúningi og lofttæma ristilinn í speglun og í þeim tilvikum voru sjúklingar teknir í bráðaaðgerð. Af þeim sem fóru í bráðaaðgerð lést einn skömmu eftir aðgerð sökum aldurs og slæmrar hjartabilunar. Þá fengu þrír (6,6%) sjúklingar snemmkomna endurkomu og þurftu aðra speglun daginn eftir. Átta aðrir sjúklingar fóru í flýti-valaðgerð í sömu legu eftir heppnaða ristilspeglun (n=7) eða skuggaefnisinnhellingu með endaþarmsröri (n=1). ASA-skor var skráð hjá 8 af 12 sjúklingum sem fóru í aðgerð í fyrstu legu og var miðgildið 3 (bil: 2-4). Það voru 37 sjúklingar sem fóru ekki í aðgerð í legunni og voru flestir þeirra (n=36) útskrifaðir heim. Einn sjúklingur lést í legunni eftir tvær heppnaðar speglanir en sökum aldurs og sjúkdómsbyrði var valið að hefja líknandi meðferð eftir seinni speglunina sem leiddi í ljós sterkan grun um drep í ristli. Skurðaðgerðir voru ýmist brottnám á bugaristli með (n=6) eða án (n=6) samtengingar.

Af þeim 36 sem útskrifuðust án þess að gangast undir skurðaðgerð í fyrstu legu voru 22 (61%) sem fengu aftur garnaflækju á bugaristli á tímabilinu. Miðgildi tíma að annarri innlögn (n=22) var 101 dagur (bil:1-803). Átta sjúklingar voru teknir til flýti-valaðgerðar í annarri legu og létust þrír sjúklingar (37,5%) í þeirri legu, allir í kjölfar aðgerðar. Upplýsingar um ASA-skor var til staðar fyrir 6 af þeim 8 sjúklingum sem fóru í aðgerð í seinni legu og var miðgildi þess 3 (bil: 2-3). Dánarorsakir eftir aðgerð voru ásvelgingarlungnabólga skömmu eftir útskrift (n=1), kviðarholssýking í kjölfar leka frá samtengingu (n=1) og aldur og fjölkvillar (n=1). Í seinni legu voru aðgerðir oftast brottnám á bugaristli með samtengingu (n=7) en einn gekkst undir Hartmanns-aðgerð. Tveir sjúklingar komu inn í valaðgerð, brottnám á bugaristli með samtengingu, sem gekk vel. Af þeim 36 sem ekki fóru í aðgerð vegna garnaflækju á bugaristli í fyrstu legu voru 66%, 55% og 22% sjúk-



Mynd 2. *Sjúkdómsfrí lifun.*

linga lausir við endurkomu sjúkdómsins eftir þrjá, 6 og 24 mánuði (mynd 2).

Heildardánartíðni sökum garnaflækju í bugaristli var 10,2% (5/49) með 4% dánartíðni í fyrstu legu en 13,6% við endurkomu sjúkdóms. Heildardánartíðni eftir skurðaðgerð var 18,2% (4/22) og skiptist hún í 25% (1/4) eftir bráðar skurðaðgerðir og 18,8% (3/16) eftir flýti-valaðgerðir. Enginn lést eftir valaðgerð.

Umræða

Aldur og kynjahlutfall í okkar rannsókn er sambærilegt því sem hefur verið lýst í erlendum rannsóknum.[3,10] Greining fór í flestum tilfellum fram með röntgenyfirlitsmynd af kviði en sjaldnar með tölvusneiðmynd. Er það í samræmi við það sem samtök bandarískra ristil- og endaþarmsskurðlækna (The American Society of Colon and Rectal Surgeons) mæla með en þau telja þó að hafa þurfi lágan þröskuld fyrir tölvusneiðmyndatöku af kviði ef greining er ekki ljós eftir röntgenmynd eða viðbótarmyndir með skuggaefnisinnhellingu.[2] Einhverjir höfundar mæla með tölvusneiðmyndatöku af kviði sem fyrstu rannsókn sökum yfirburða greiningarhæfni samanborið við hefðbundna röntgenrannsókn og til þess að eiga meiri möguleika á að útiloka æxli á mótum ristils og endaþarms sem veldur fráflæðishindrun.[5]

Bráðar aðgerðir vegna gruns um lífhimnubólgu eða merki um rof á görn í myndrannsóknum eru misalgengar í erlendum samantektum, með tíðni á bilinu 5-25%.[2] Í okkar samantekt gekkst einn sjúklingur (2%) undir brátt brottnám á ristli vegna gruns um lífhimnubólgu. Eins og áður hefur komið fram er mælt með fyrstu meðferð með ristilspeglun ef ekki er talin þörf á bráðri skurðaðgerð en auk þess að meðhöndla vandamálið tímabundið er ávinningur af því að meta útlit ristilslímhúðar og sjá þannig fyrir þörfina á valaðgerð innan nokkurra daga.[11] Í þremur tilfellum (6,6%) tókst ekki að koma speglunartæki í gegnum snúninginn og lofttæma ristilinn. Þekkt er 5-22% tíðni misheppnaðra speglana og getur árangur hér því talist góður.[2] Í okkar rannsókn fengu þrír sjúklingar (6,6%) snemmkomna endurkomu garnaflækju eftir ristilspeglun, sem er heldur meira en lýst hefur verið í erlendum rannsóknum (3-5%).[3] Dánartíðni eftir íhaldssama meðferð hefur verið lýst á bilinu 9-36%, sem er heldur hærra en í okkar samantekt þar sem einn sjúklingur af 37 (2,7%) sem ekki fóru í aðgerð lést í fyrstu legu.[5]

Tafla II. *Samanburður á heildardánartíðni eftir skurðaðgerðir við erlendar rannsóknir.*[4,6,7,14,15]

Rannsókn	%
Kolbeinsson og félagar 2018	18,2
Johansson og félagar 2017	7,5
Atamanalp og félagar 2013	13,1
Ören og félagar 2007	15,8
Labkin og félagar 2009	6,6
Bruzzi og félagar 2015	0

Mismunandi skurðaðgerðir hafa verið reyndar til að meðhöndla garnaflækju í bugaristli. Hingað til hefur engin þeirra sýnt sama árangur og brottnám á bugaristli, ýmist með samtengingu eða ristilstóma og er það sú aðgerð sem gerð var í öllum tilfellum á Landspítala.[2,6] Einhverjir höfundar hafa lagt til að rétt sé að íhuga ristilstóma á bugaristli í ristilspeglun (*percutaneous endoscopic colostomy*) þegar sjúklingar eru ekki taldir hæfir í skurðaðgerð en sú aðferð er enn til skoðunar hjá þessum sjúklingahópi og árangur virðist góður.[12–14] Dánartíðni eftir valkvæðar skurðaðgerðir var 18,1% (3/18) og enn hærri eftir bráðar aðgerðir, eða 25% (1/4), en þetta verða að teljast háar tölur í erlendum samanburði þar sem dánartíðni eftir skurðaðgerðir hefur verið lýst á bilinu 0-12% í kjölfar heppnaðrar ristilspeglunar og allt að 20% ef um bráðaðgerð er að ræða.[2,4]

Ljóst er að þeir sjúklingar sem ekki fara í aðgerð eru í töluverðri hættu á að fá endurkomu sjúkdóms og eru uppi vísbendingar um að líkur á endurkomu aukist eftir því sem frá líður.[7,8,15] Okkar niðurstöður sýna heildarendurkomutíðni 61% (22/36) og er það svipað erlendum tölum sem yfirleitt eru í kringum 60% en ná hæst upp í 84%.[7,8,15,16] Mynd 2 sýnir líkur á sjúkdómsfrírri lifun í mánuðum en þar kemur fram að líkur á þriggja, 6 og 24 mánaða lifun án endurkomu var 66%, 55% og 22%. Þetta eru ekki ósvipaðar tölur og í grein frá 2014 þar sem fram kemur að 63%, 47% og 24% líkur voru á að sleppa við endurkomu sjúkdóms þremur, 6 og 24 mánuðum eftir fyrstu útskrift án aðgerðar.[8]

Garnaflækja á bugaristli er hættulegur sjúkdómur en dánartíðni sökum sjúkdómsins hefur verið lýst milli 8-28% í erlendum samantektum.[11] Heildardánartíðni á Landspítala reyndist vera 10,2%, í fyrstu innlögn 4% en 13,6% hjá þeim sem þurftu endurtekna innlögn. Í einu tilfelli var ekki reynd skurðaðgerð sökum aldurs og sjúkdómsbyrði og er það ekki óvanalegt þegar þessi sjúklingahópur er annars vegar. Þær alþjóðlegu leiðbeiningar sem til eru leggja áherslu á að hvert tilfelli sé metið fyrir sig.[2] Að sama skapi er mikilvægt að hafa í huga að endurkoma sjúkdómsins ber með sér mikla hættu á dauða og fylgikvillum og ef kostur er þá eigi að framkvæma hálf-brátt brottnám á bugaristli með samtengingu.[2,8,11] Tiltölulega hátt dánarhlutfall eftir skurðaðgerðir í okkar samantekt er erfitt að útskýra öðruvísi en að sjúklingar rannsóknarinnar eru oft aldraðir og með sjúkdóma sem auka áhættu við aðgerð. Tafla II sýnir samanburð á heildardánartíðni eftir skurðaðgerð vegna garnaflækju á bugaristli við nokkrar erlendar rannsóknir. Mikill munur er á dánartíðni eftir bráðar

skurðaðgerðir milli rannsókna en því hefur verið lýst á bilinu 10-100% þó að oftar en ekki sé tíðnin í kringum 10%.[1,4,9,15] Hjá okkur var 16,6% dánartíðni eftir skipulagðar aðgerðir, sem er hærra en yfirleitt er lýst erlendis og teljum við það styrkja þá skýringu að aldur og almennt ástand þessara sjúklinga spili hér stórt hlutverk. Þetta dánarhlutfall virðist töluvert hærra en við aðgerðir á ristli og endaþarmi í flestum öðrum sjúklingaþýðum, til dæmis vegna krabbameins en í nýlegri íslenskri samantekt var 30 daga dánartíðni eftir aðgerð undir 1%.[17]

Helsti annmarki þessarar rannsóknar er að hún er afturskyggn og reiðir sig því á nákvæma skráningu upplýsinga í sjúkraskrárkerfi, sem getur verið ábótavant.

Með þessari samantekt var leitast við að varpa ljósi á afdrif sjúklinga með garnaflækju á bugaristli á Landspítala. Ljóst er að garnaflækja á bugaristli er hættulegur sjúkdómur sem hefur sterka tilhneigingu til endurkomu. Sjúklingar eru oft á tíðum aldraðir og þjást af sjúkdómum sem gera ákvarðanatöku um meðferð erfiða. Endurkomutíðni hér er há eins og þekkt er. Heildardánartíðni á Landspítala vegna garnaflækju á bugaristli er lág í erlendum samanburði en virðist aukast við endurteknar innlagnir og er há eftir skurðaðgerðir.

Heimildir

1. Raveenthiran V, Madiba TE, Atamanalp SS, De U. Volvulus of the sigmoid colon. Colorectal Dis 2010; 12: e1-17.
2. Vogel JD, Feingold DL, Stewart DB, Turner JS, Boutros M, Chun J, et al. Clinical practice guidelines for colon volvulus and acute colonic pseudo-obstruction. Dis Colon Rectum 2016; 59: 589-600.
3. Atamanalp SS. Sigmoid volvulus: Diagnosis in 938 patients over 45.5 years. Tech Coloproctol 2013; 17: 419-24.
4. Atamanalp SS. Treatment of sigmoid volvulus: a single-center experience of 952 patients over 46.5 years. Tech Coloproctol 2013; 17: 561-9.
5. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. J Visc Surg 2016; 153: 183-92.
6. Ören D, Atamanalp SS, Aydinli B, Yildirgan MI, Başoğlu M, Polat KY, et al. An algorithm for the management of sigmoid colon volvulus and the safety of primary resection: Experience with 827 cases. Dis Colon Rectum 2007; 50: 489-97.
7. Johansson N, Rosemar A, Angenete E. Risk of recurrence of sigmoid volvulus: a single-center cohort study. Colorectal Dis 2018; 20: 529-35.
8. Ifversen AKW, Kjaer DW. More patients should undergo surgery after sigmoid volvulus. World J Gastroenterol 2014; 20: 18384-9.
9. Tsai M-S, Lin M-T, Chang K-J, Wang S-M, Lee P-H. Optimal interval from decompression to semi-elective operation in sigmoid volvulus. Hepatogastroenterology 2006; 53: 354-6.
10. Halabi WJ, Jafari MD, Kang CY, Nguyen VQ, Carmichael JC, Mills S, et al. Colonic volvulus in the United States: trends, outcomes, and predictors of mortality. Ann Surg 2014; 259: 293-301.
11. Atamanalp SS, Atamanalp RS. The role of sigmoidoscopy in the diagnosis and treatment of sigmoid volvulus. Pakistan J Med Sci 2016; 32: 244-8.
12. Tun G, Bullas D, Bannaga A, Said EM. Percutaneous endoscopic colostomy: A useful technique when surgery is not an option. Ann Gastroenterol 2016; 29: 477-80.
13. Frank L, Moran A, Beaton C. Use of percutaneous endoscopic colostomy (PEC) to treat sigmoid volvulus: a systematic review. Endosc Int Open 2016; 4: E737-E741.
14. Bruzzi M, Lefèvre JH, Desaint B, Nion-Larmurier I, Bennis M, Chafai N, et al. Management of acute sigmoid volvulus: Short- and long-term results. Color Dis 2015; 17: 922-8.
15. Labkin JO, Thekiso TB, Waldron R, Barby K, Eustace PW. Recurrent sigmoid volvulus - Early resection may obviate later emergency surgery and reduce morbidity and mortality. Ann R Coll Surg Engl 2009; 91: 205-9.
16. Yassaie O, Thompson-Fawcett M, Rossaak J. Management of sigmoid volvulus: Is early surgery justifiable? ANZ J Surg 2013; 83: 74-8.
17. Kolbeinsson HM, Valsdóttir EB, Möller PH. Árangur brottnáms á endaþarmi vegna krabbameins eða forstiga þess á Landspítala 2008-2012. Læknablaðið 2017; 103: 531-5.

Barst til blaðsins 13. mars 2018, samþykkt til birtingar 29. júní 2018.

ENGLISH SUMMARY

Sigmoid volvulus at the University Hospital of Iceland 2000-2013

Hörður Már Kolbeinsson[1]
Birta Dögg Ingudóttir Andrésdóttir[1]
Pétur H. Hannesson[2,23]
Elsa Björk Valsdóttir[1,3]
Páll Helgi Möller[1,3]

Backround
Sigmoid volvulus is an uncommon cause of bowel obstruction in most western societies. Treatment options include colonoscopy in uncomplicated disease with elective surgery later on. The aim of this study was to assess what treatment sigmoid volvulus patients receive along with long-term outcomes at Landspitali University Hospital.

Methods
The study was retrospective. Patients diagnosed with sigmoid volvulus at Landspitali University Hospital from 2000-2013 were included. Information regarding age, sex, and duration of hospital stay, treatment, short and long-term outcomes were gathered.

Results
Forty-nine patients were included in the study, of which 29 men and 20 women. Mean age was 74 (25-93). One patient underwent acute surgery on first arrival due to signs of peritonitis. Others (n=48) were treated conservatively in the first attempt with colonoscopy (n=45), barium enema (n=2) and rectal tube (n=1). Three other patients underwent acute surgery due to failed colonoscopy, 8 patients had planned surgery during the index admission. Thirty-six patients were discharged after conservative treatment with colonoscopy (n=35), barium enema (n=1) or rectal tube (n=1). Two patients came in for elective surgery later on. Twenty-two patients (61%) had recurrence. Median time to recurrence was 101 days (1-803). Disease-free probability in 3, 6 and 24 months was 66%, 55% and 22% respectively. Total disease related mortality was 10.2%. Mortality (30 days) after acute surgery was 25% (1/4) and 16,6% (3/18) after planned surgery.

Conclusions
Sigmoid volvulus has high recurrence rate if not treated operatively. Total mortality due to sigmoid volvulus at Landspitali is low but surgery related mortality high.

[1]Surgical unit, [2]X-ray department, [3]faculty of medicine, University of Iceland.

Key words: *sigmoid volvulus, bowel obstruction, surgery, colonoscopy.*

Correspondence: *Hörður Már Kolbeinsson, hordurma@gmail.com*

Tvö sjúkratilfelli: Ormur í auga og endurteknar bólgur á útlimum

Davíð Þór Bragason[1]
María Soffía Gottfreðsdóttir[1]
Birgir Jóhannsson[2]
Magnús Gottfreðsson[2,3]

Höfundarnir eru öll læknar.

Augndeild[1], smitsjúkdómadeild Landspítala[2], læknadeild Háskóla Íslands.[3]

Fyrirspurnum svarar Magnús Gottfreðsson, *magnusgo@landspitali.is*

ÁGRIP

Lýst er tveimur tilfellum af lóasýki hjá konum búsettum hér á landi, 35 ára konu sem fæddist í Afríku og 31 árs konu sem hafði ferðast um Afríku. Þær leituðu til læknis vegna óþæginda frá auga. Við skoðun sást í báðum tilfellum ormur, um 3 cm á lengd og 0,5 mm á breidd, sem hreyfðist undir slímhúð augans. Báðar konurnar höfðu einnig einkenni frá útlimum: endurteknar lotubundnar bólgur og kláða, og vöðvaverki. Greiningin var í báðum tilfellum lóasýki með Calabar-bólgum á útlimum og meðferð með albendazóli og díetýlcarbamazíni leiddi til lækningar. Aukinnar árvekni er þörf gagnvart sýkingum sem hafa verið sjaldgæfar í okkar heimshluta hingað til.

doi.org/10.17992/lbl.2018.09.197

Tilfelli 1

35 ára gömul kona frá Afríku leitaði til augnlæknis vegna óþæginda í auga. Hún hafði búið hér á landi í 6 ár, en hafði heimsótt fæðingarland sitt hálfu ári áður og dvalist þar í tvo mánuði. Að morgni komudags tók hún eftir því að eitthvað virtist hreyfast í hægra auganu. Um var að ræða fyrirbæri sem hreyfðist eftir yfirborði augans og sást með berum augum. Augnlæknirinn staðfesti kvörtun konunnar og sendi hana á augndeild, þar sem strax var leitað ráða hjá smitsjúkdómalækni.

Undanfarin 5 til 6 ár hafði konan fundið fyrir þrota, útbrotum og kláða á útlimum, oft nálægt hnjám og úlnliðum. Þessi einkenni voru lotubundin, stóðu oftast yfir í fáeina daga en gengu síðan smám saman til baka. Konan hafði um árabil leitað til fjölmargra lækna vegna þessa án þess að skýring fengist, en hafði meðal annars verið sett á barkstera og andhistamín með takmörkuðum árangri.

Konan var heilsuhraust að öðru leyti, en hún starfaði sem skólaliði og átti eitt heilbrigt barn.

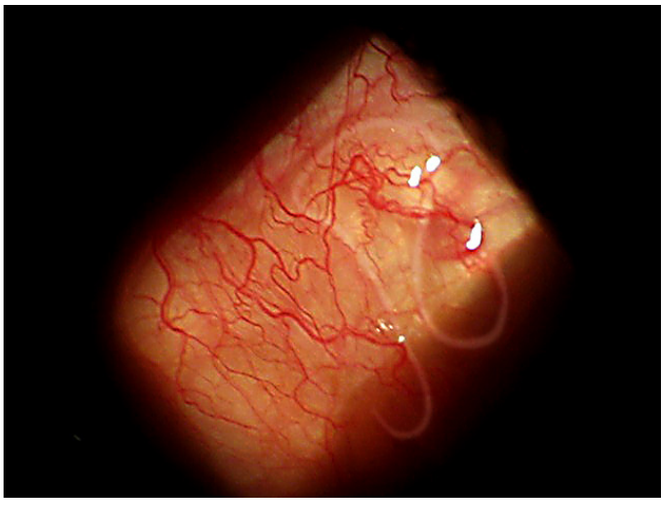
Við skoðun varð ljóst að um lifandi orm var að ræða og náðist mynduppteka af honum á síma (myndband og mynd 1). Stærð ormsins var áætluð um 3 cm á lengd og 0,5 mm í þvermál út frá myndupptökunni. Augnskoðun var að öðru leyti eðlileg fyrir utan vægan roða í augnslímhúð. Konan var án tafar tekin inn á skurðstofu þar sem átti að fjarlægja orminn úr auganu, en þó náðist hann ekki þrátt fyrir að slímhúðin væri opnuð og vandlega leitað. Því var þess í stað tekið vefjasýni frá slímhúðinni og sent í vefjarannsókn, ásamt því að teknar voru blóðprufur sem sýndu væga aukningu á rauðkyrningum (eosinophilia; 0,6 x 10^9/L) og IgE mótefnum, 188 einingar/mL (<148 einingar/mL). Blóð sem tekið var í tvígang og litað með Giemsa-litun eftir þéttingu sýndi engin sníkjudýr. Þess var gætt að blóðtaka færi fram um hádegisbil til að hámarka líkur á að forlirfur (*microfilariae*) greindust, væru þær til staðar. Engin sníkjudýr greindust heldur í þvagi með sömu aðferð. Niðurstöður mótefnamælinga fyrir *Filarioidea* (yfirætt þráðorma) sem framkvæmdar voru á Statens Serum Institut í Kaupmannahöfn reyndust jákvæðar, en ónæmisglóbúlín G4 (IgG4) mæling, sértæk fyrir Loa loa, var neikvæð.

Tilfelli 2

31 árs gömul íslensk kona, sem ári fyrr hafði ferðast um Afríku í fjóra mánuði, var send á augndeild vegna gruns um orm undir slímhúð hægra auga. Í Afríku hafði hún sýkst af hornhimnubólgu af völdum svepps (*Aspergillus flavus*) í vinstra auga og einnig af malaríu og hafði fengið viðeigandi meðferð við því. Auk þess hafði hún af og til haft vöðvaverki í læri og framhandlegg. Við skoðun sást ormurinn á mynd 2 spriklandi undir slímhúð augans. Að öðru leyti var augnskoðun án athugasemda. Í ljósi reynslunnar af tilfelli 1, þar sem ormurinn náðist ekki vegna þess hve fljótur hann var að koma sér undan, var op klippt án tafar í slímhúðina og náðist ormurinn lifandi. Hann var sendur á sýkla- og veirufræðideild þar sem hann var greindur sem fullorðinn Loa loa ormur. Blóðrannsókn sýndi hækkun á rauðkyrningum (2,7 x 10^9/L) og sermispróf fyrir *Trichinella spiralis* (purkormi) var jákvætt. Sermispróf fyrir *Schistosoma* (blóðögðuveiki) og *Toxocara* (spóluormi) voru neikvæð, en sermispróf fyrir þráðorminum *Strongyloides stercoralis* var á mörkum. Í endurteknum blóð-, hægða- og þvagsýnum fundust ekki forlirfur þráðorma.

Meðferð og afdrif

Að rannsókn og aðgerð lokinni voru sjúklingarnir meðhöndlaðir með sýkladrepandi og bólgueyðandi augndropum (dexametasón,



Mynd 1. *Loa loa ormur undir slímhúð auga 35 ára konu. Mynd skerpt. Lengd orms um 3 cm.*



Mynd 2. *Loa loa ormur sem fjarlægður var úr auga 31 árs konu.*

oxýtetrasýklín og pólímyxín í tilfelli 1 og levófloxasín í tilfelli 2) og varð hvorug aftur vör við orm í auganu. Klínískt var talið ljóst að um lóasýkingu (*Loa loa*) væri að ræða og fékkst það staðfest í tilfelli 2 með tegundargreiningu á orminum á sýkladeild. Var meðferð ráðgerð í samræmi við það, en lyfin þurfti að sérpanta erlendis frá. Í tilfelli 1 var meðhöndlað með albendazóli 200 mg tvisvar á dag í þrjár vikur og síðan með díetýlkarbamazíni (DEC) í vaxandi skömmtum, 1-10 mg/kg/dag í þrjár vikur. Í tilfelli 2 var meðhöndlað með albendazóli einu sér í sama skammti í þrjár vikur, en það lyf er einnig virkt gegn *Trichinella* þráðormi, sem grunur var um að væri einnig til staðar, samanber sermispróf.

Í tilfelli 1 gerðu einkenni ekki vart við sig eftir að meðferð lauk. Við eftirlit tveimur vikum eftir upphaf meðferðar sagði konan að sér hefði sjaldan liðið betur, því að húðútbrot, bólgur og kláði á útlimum voru horfin.

Í tilfelli 2 hafði konan verið einkennalaus í 7 mánuði eftir lok meðferðar, þegar hún hafði aftur samband vegna gruns um lifandi orm undir húð á handlegg. Þá var enn til staðar hækkun á rauðkyrningum í blóði og fékk konan þá aftur meðferð með albendazóli 200 mg tvisvar á dag í þrjár vikur. Skömmu síðar flutti hún af landi brott þar sem hún greindist rúmu ári síðar með sýkingu af völdum þráðormsins *Strongyloides stercoralis*. Eftir meðferð með ivermectin gengu einkenni, sem og hækkun á rauðkyrningum í blóði og IgE, til baka.

Umræða

Hér er lýst fyrstu tveimur tilfellum af lóasýki, eða afrískum augnormi, sem okkur er kunnugt um á Íslandi. Með vaxandi fjölda innflytjenda og innlendra og erlendra ferðamanna frá fjarlægum slóðum er viðbúið að framandi sýkingar taki að reka á fjörur íslenskra lækna. Lóasníkillinn *Loa loa* er þráðormur sem berst í menn með biti dádýraflugu (*Chrysops spp.*, mynd 3) og er landlægur víða í Vestur- og Mið-Afríku. Talið er að 10 milljónir manna séu sýktar, en 30 milljónir eru útsettar fyrir sníklinum og vangreining algeng.[1,2] Á vissum svæðum Afríku er algengi sýkingarinnar meðal íbúa meira en 40%.[2] Ferðamenn geta sýkst, en hættan er fremur lítil þar sem að sýkingarhættan er tengd því hversu lengi fólk er útsett.[3]

L. loa smitast þegar dádýraflugur bíta fólk til blóðs, en við það berast lirfur þráðorma á þriðja þroskastigi (*third stage filarial larvae*) í bitsárið. Þessar lirfur þroskast síðan í fullorðna orma á þremur mánuðum. Fullvaxta ormar geta valdið sýkingareinkennum; þeir halda gjarnan til í undirhúð en geta ferðast um allan líkamann, þar með talið til augna. Eftir 6-12 mánuði taka hinir fullorðnu ormar að fjölga sér og geta losað mörg þúsund forlirfur (*microfilariae*) í blóðrásina og við þessar aðstæður er stundum unnt að greina sýkinguna í blóðstroki, sem er mikilvæg greiningaraðferð. Forlirfur halda mest til í lungum, en fara reglulega út í blóðrásina, mest um hádegisbil. Því er mikilvægt að blóðtaka fari fram á þeim tíma ef greina á forlirfur í blóðstroki. Forlirfur eru síðan teknar upp af flugum er þær bíta sýkta einstaklinga, en þar dveljast forlirfur í 10-12 daga uns þær mynda þriðja stigs þráðormalirfur; þannig er hringrás sýkingarinnar viðhaldið. Fullorðnir ormar í mönnum geta náð 20 ára aldri.[4] Algengt er að fullvaxta kvenormur sé 5-7 cm á lengd og 0,3-0,5 mm á breidd, en karlormar eru að jafnaði helmingi minni. Dæmigerðan fullorðinn orm má sjá á mynd 2. Flestir hinna sýktu eru einkennalausir, en aðaleinkenni lóasýkingar eru tvenns konar og voru sjúklingarnir sem hér er lýst með þau bæði, annars vegar lotubundnar bólgur í undirhúð sem nefnast Calabar-bólgur (nefndar eftir borg í Nígeríu), hins vegar ormar sem hreyfast eftir yfirborði augans og valda hugarvíli, óþægindum og bólgusvörun.

Þegar einstaklingar sem ekki hafa áður myndað mótefni smitast á ferðalagi um svæði þar sem sýkingin er landlæg, geta þeir fengið ofnæmiseinkenni, svo sem ofsakláða (*urticaria*), Calabar-bólgur og jafnvel astma.[5,6] Þessi einkenni geta varað árum saman eftir að svæðið hefur verið yfirgefið, enda geta fullorðnir ormar verið langlífir eins og áður er getið. Calabar-bólgur stafa af ofsabjúg (*angioedema*) sem talinn er stafa af ofnæmisviðbrögðum sem ormurinn kallar fram á ferðalagi sínu um líkamann. Þær geta komið fram hvar sem er, en algengast er að þær komi fram á útlimum eða andliti, oft í kjölfar fyrirboða sem er ýmist kláði eða verkur á svæðinu. Bólgurnar eru oftast roðalausar, þær geta þrýst á nálægar taugar og liði og standa gjarnan yfir í tvo til fjóra daga, stundum lengur. Ormarnir eru stundum kyrrir um hríð, en geta síðan hreyfst allhratt, meira en 1 cm á mínútu, eins og sjá má í myndbandi 1. Augneinkenni ganga til baka án fylgikvilla í



Mynd 3. *Dádýrafluga (Chrysops spp.), smitberi lóasýki. Mynd af Wikipedia.*

langflestum tilvikum og afar sjaldgæft er að ormurinn leiti inn í augnknöttinn.[7]

Aðrir sjaldgæfari fylgikvillar lóasýkingar eru meðal annars heilabólga, hjartavöðvakvilli og nýrnasjúkdómur með blóð- og prótínmigu. Flestir eru með hækkaða rauðkyrninga í blóði (*eosinophilia*) en einnig er algengt að hækkun mælist á heildarmótefnum og IgE. Greiningin er þó fyrst og fremst klínísk og byggir á að sjá og greina orminn, enda þótt fleiri atriði, svo sem nákvæm sögutaka, skoðun á blóðstroki þar sem stundum sjást forlirfur, og almennar blóðrannsóknir gegni einnig mikilvægu hlutverki.

Vert er að hafa í huga að fleiri þráðormar geta valdið augnsýkingum, svo sem *Onchocerca volvulus* sem veldur árblindu (*river blindness*; *onchocerciasis*), *Wuchereria bancrofti* og *Mansonella perstans*, en útlit þessara sníkla og líffræðileg hegðun er mismunandi.

Mikilvægt er að rugla ekki saman augneinkennum árblindu og lóasýki, þar sem árblinda er ein helsta orsök blindu af völdum smitsjúkdóms í heiminum, en lóasýki veldur ekki sjónskerðingu. Enn fremur er mikilvægt að greina samsýkingu (*co-infection*) af lóasýki og árblindu, þar sem það skiptir miklu máli við val á meðferð. Blóðvatnspróf geta komið að góðum notum, einkum meðal ferðamanna og þeirra sem eru brottfluttir af svæðum þar sem sýkingin er landlæg. Notagildið er hins vegar takmarkað meðal íbúa þar sem sýkingin er landlæg enda eru margir með mótefni og þau eru lengi greinanleg eftir lækningu. Nýrri aðferðir sem mæla IgG4 mótefni eru taldar vera sértækari (98%), en næmi aðferðarinnar er aðeins 56%[8] eins og sást í okkar sjúklingi sem var með neikvæða niðurstöðu þrátt fyrir að ormurinn væri sjáanlegur.

Unnið er að þróun fleiri greiningarprófa, meðal annars sjálfvirks sníklateljara (*LoaScope*) sem byggir á smásjárskoðun blóðs og tengist við snjallsíma til að greina sjúklinga hvar sem er utan heilbrigðisstofnana.[9] Helsta notagildi sníklateljarans felst þó ekki í greiningu á lóasýki sem slíkri, heldur í að greina þá sem hafa mikið magn *L. loa* forlirfa í blóði, en þeir einstaklingar eru í hættu á að fá alvarlegar aukaverkanir ivermectin meðferðar þegar stórir hópar fólks eru meðhöndlaðir á svæðum þar sem árblinda (*onchocerciasis*) eða fílaveiki (*lymphatic filariasis, elephantiasis*) er landlæg (*mass drug administration*).

Kjörmeðferð við lóasýkingu er DEC, sem hefur góða virkni gegn þráðorminum á mismunandi þroskastigum, forlirfum sem fullorðnum ormum. Ef sníklafjöldi í blóði er hár geta aukaverkanir komið fram af meðferðinni og er því mælt með blóðstroki ásamt sníklatalningu áður en meðferð hefst. Ef sníklafjöldinn er mikill eða óþekktur, er mælt með að gefa fyrst meðferð með albendazóli í þrjár vikur eins og gert var í tilfelli 1.[10] Sá annmarki er þó á meðferðinni að albendazól hefur minni virkni en DEC, það drepur aðeins fullorðna orma, en hefur minni aukaverkanir.[1] Hugsanlegt er að endurkoma einkenna í tilfelli 2 skýrist af því að albendazól hefur takmarkaða virkni gegn forlirfur (*microfilariae*) *L. loa*. Oftast er ekki fýsilegt að fjarlægja orminn vegna þess hversu hreyfanlegur hann er, en með því móti fæst þó nákvæm greining.

Forvarnir gegn lóasníklinum beinast fyrst og fremst að því að forðast flugnabit. Ekkert bóluefni er til, en talið er að mikil notkun á ivermektíni til að útrýma árblindu hafi átt sinn þátt í að draga úr útbreiðslu sýkingarinnar.[1] Einnig má íhuga lyfjagjöf með DEC, 300 mg vikulega, ef til dæmis er um að ræða Vesturlandabúa sem starfa tímabundið á svæðum þar sem sýkingin er útbreidd.

Lóasýking er ekki talin til vanræktra hitabeltissjúkdóma af Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni,[11] en nýlegar rannsóknir benda þó til að sýkingunni fylgi aukin dánartíðni[12] og lagt hefur verið til að sjúkdómurinn verði talinn til þessara sjúkdóma.[1] Með auknum ferðalögum má gera ráð fyrir að sýkingar af ýmsum toga sem fæstir íslenskir læknar þekkja nema af afspurn muni í vaxandi mæli koma til þeirra kasta.[13] Vert er að hafa slíka sjúkdóma í huga hjá sjúklingum með ódæmigerð og þrálát einkenni eins og í fyrra tilfelli okkar.

Heimildir

1. Metzger WG, Mordmuller B. Loa loa–does it deserve to be neglected? Lancet Infect Dis 2014; 14: 353-7.
2. Zouré HG, Wanji S, Noma M, Amazigo UV, Diggle PJ, Tekle AH, et al. The geographic distribution of Loa loa in Africa: results of large-scale implementation of the Rapid Assessment Procedure for Loiasis (RAPLOA). PLoS Negl Trop Dis 2011; 5: e1210.
3. Rakita RM, White AC Jr, Kielhofner MA. Loa loa infection as a cause of migratory angioedema: report of three cases from the Texas Medical Center. Clin Infect Dis 1993; 17: 691-4.
4. Richardson ET, Luo R, Fink DL, Nutman TB, Geisse JK, Barry M. Transient Facial Swellings in a Patient With a Remote African Travel History. J Travel Med. 2012; 19: 183-5.
5. Klion AD, Massougbodji A, Sadeler BC, Ottesen EA, Nutman TB. Loiasis in endemic and nonendemic populations: immunologically mediated differences in clinical presentation. J Infect Dis. 1991; 163: 1318.
6. Gobbi F, Postiglione C, Angheben A, Marocco S, Monteiro G, Buonfrate D, et al. Imported loiasis in Italy: an analysis of 100 cases. Travel Med Infect Dis 2014; 12: 713-7.
7. Beaver PC. Intraocular filariasis: a brief review. Am J Trop Med Hyg 1989; 40: 40-5.
8. Klion AD, Vijaykumar A, Oei T, Martin B, Nutman TB. Serum immunoglobulin G4 antibodies to the recombinant antigen, Ll-SXP-1, are highly specific for Loa loa infection. J Infect Dis 2003; 187: 128-33.
9. Kamgno J, Pion SD, Chesnais CB, Bakalar MH, D'Ambrosio MV, Mackenzie CD, et al. A Test-and-Not-Treat Strategy for Onchocerciasis in Loa loa-Endemic Areas. N Engl J Med. 2017; 377: 2044-52.
10. Klion AD, Massougbodji A, Horton J, Ekoué S, Lanmasso T, Ahouissou, NL et al. Albendazole in human loiasis: results of a double-blind, placebo-controlled trial. J Infect Dis. 1993; 168: 202-6.
11. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. who.int/neglected_diseases/diseases/en/ - mars 2018.
12. Chesnais CB, Takougang I, Paguélé M, Pion SD, Boussinesq M. Excess mortality associated with loiasis: a retrospective population-based cohort study. Lancet Infect Dis. 2017; 17: 108-16.
13. Rögnvaldsson KG, Guðmundsson S, Gottfreðsson M. Malaría á Íslandi, sjaldgæf en stöðug ógn við ferðalanga. Læknablaðið 2016; 102: 271-6.

Barst til blaðsins 25. mars 2018, samþykkt til birtingar 6. júní 2018.

ENGLISH SUMMARY

Case report: Two patients with eye worm and recurrent swelling of the extremities

Davíð Þór Bragason[1]
María Soffía Gottfreðsdóttir[1]
Birgir Jóhannsson[2]
Magnús Gottfreðsson[2,3]

We report two cases of Loa loa (eye worm) infection in Iceland; the former in a 35-year-old woman born in Africa but living in Iceland for several years; the latter in a 31-year-old woman who had traveled in Africa. Both women sought medical attention due to discomfort in one eye. On examination a worm was noted in both cases, moving under the conjunctiva, 3 cm in length and 0.5 mm in diameter. Both patients also had symptoms from the extremities; episodic swelling and itching in the former case, and muscle pain in the latter. Both patients were diagnosed with loiasis with Calabar swellings of the extremities and were successfully treated with albendazole and diethylcarbamazine. Increased awareness is needed for infections which previously have been rare in the Nordics.

[1]Department of ophthalmology, [2]Department of infectious diseases, Landspitali University Hospital, [3]Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland.

Key words: *loiasis, Loa loa, eye worm, Calabar swellings, microfilariasis.*

Correspondence: *Magnús Gottfreðsson, magnusgo@landspitali.is*



Rósa Richter sálfræðingur og listmeðferðarfræðingur

Hafa gaman, leika þér og sleppa tökunum. Það þarf ekki að vera leiðinlegt að vinna í sjálfum sér, og langt í frá. Á námskeiðinu verður sungið, dansað, leirað, málað, hlegið og sköpunarkraftinum gefinn laus taumur. Listin kallar fram allan tilfinningaskalann og endurvekur barnið og skapandann sem býr innra með okkur. Einnig er innifalið: ljúffengur og hollur matur, gisting í tvær nætur, aðgangur að baðhúsi og sundlaugum.
Verð pr. einstakling er 59.000 kr.

Aukið frelsi – aukin hamingja

Helgarnámskeið 2.–4. nóvember 2018 með Rósu Richter sálfræðingi og listmeðferðarfræðingi.

Námskeiðið hentar þér: ef þú hefur endurtekið reynt að breyta óæskilegri hegðun eða mynstri en hefur svo dottið í sama farið aftur og aftur. Með hjálp listarinnar og EMDR meðferð munum við hefja mikilvæga úrvinnslu á því sem liggur á bak við vandann og byggja upp nýja von og framtíðarsýn. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) er viðurkennd sem hraðvirkasta leið til að vinna úr erfiðum atburðum eða upplifunum sem hafa sett mark sitt á líf okkar. Þú munt læra einfalda en mjög virka aðferð sem þú getur notað eftir námskeiðið til að fást við erfiðar tilfinningar. Rósa mun einnig kenna grunn í hugleiðslu og núvitund.

Nánari upplýsingar og skráning á heilsustofnun.is eða í síma 483 0300.

Námskeið 2. – 4. nóv.

Heilsustofnun Náttúrulækningafélags Íslands
– berum ábyrgð á eigin heilsu

Heimilislæknaþingið 2018 í Borgarnesi 5.-6. október

Heimilislæknaþing Félags íslenskra heimilislækna verður haldið á Hótel B-59 í Borgarnesi 5. og 6. október 2018.
Eins og á fyrri þingum verða kynntar rannsóknir, rannsóknaráætlanir og þróunarverkefni í erindum og veggspjöldum. Útdráttum (sjá leiðbeiningar) skal skila til Emils L. Sigurðssonar á emilsig@hi.is og er skilafrestur til 10. september næstkomandi.

Ágripin verða birt í sérstöku riti þingsins.

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

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

Fyrir hönd undirbúningsnefndar,
Emil L. Sigurðsson

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

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Frá bræðralagi til fagmennsku

Siðferðileg viðmið íslenskra lækna í hundrað ár



Vilhjálmur Árnason

prófessor í heimspeki Háskóla Íslands

vilhjarn@hi.is

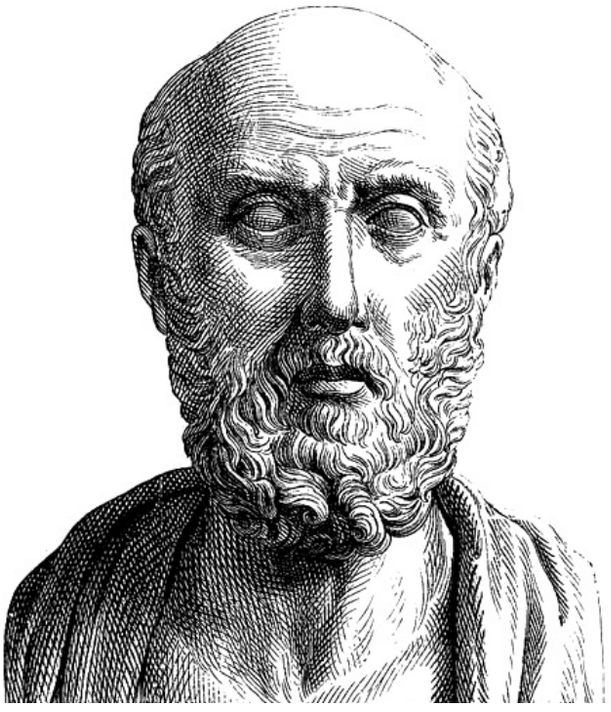
Læknar hafa frá öndverðu haft siðferðileg viðmið í starfi sínu. Elsta og þekktasta dæmið er eiðurinn sem kenndur er við gríska lækninn Hippókrates (460-370 f. Kr.). Segja má að hinn siðferðilegi kjarni eiðsins sé fólginn í þessu ákvæði: „Ég heiti því að beita læknisaðgerðum til líknar sjúkum, eftir því sem ég hef vit á og getu til, en aldrei í því skyni að valda miska eða tjóni.“[1] Hér er velferð sjúklingsins í fyrirrúmi og enn er vísað til kröfunnar *primum non nocere*, umfram allt valdið ekki miska, sem meginsiðareglu læknislistarinnar. Samkvæmt nútímalegri greiningu á siðareglum eru slík ákvæði um að gæta hagsmuni sjúklinga hluti af *frumskyldum* lækna.[2,3] Aðrir meginflokkar siðareglna eru félagslegar skyldur við almenning og samfélag, hæfniskyldur að viðhalda þekkingu og færni og skyldur gagnvart starfssystkinum (stundum nefndar bróðurlegar skyldur).

Fyrstu siðareglur íslenskra lækna

Undir lok 19. aldar stofnuðu íslenskir læknar með sér Íslenzkt læknafélag. Samin voru lög fyrir félagið og „reglur um bróðurlega samvinnu milli lækna (Codex ethicus)“.[4] Íslenzka læknafélagið starfaði þó aldrei og voru fyrstu siðareglur íslenskra lækna samþykktar á fundi Læknafélags Reykjavíkur 13. nóvember 1916.[4] Siðareglurnar voru í góðu samræmi við markmið félagsins sem var „að efla samlyndi og bróðerni, samvinnu og persónulega viðkynningu milli íslenskra lækna, að annast öll sameiginleg áhugamál læknastéttarinnar, halda uppi heiðri hennar í öllu og vernda íslenzka læknareynslu frá gleymsku“.[4] Reglurnar, sem eru 11, fjalla nær eingöngu um samskipti milli lækna innbyrðis og er markmið þeirra orðað í fyrsta ákvæðinu: „Það er tilgangur með reglum þessum, að efla gott samkomulag og bróðurlega samvinnu meðal lækna.“[5] Ákvæðin um sjúklinga varða einkum samskipti lækna sem að umönnun sjúklinga koma, svo sem þegar sjúklingur eða aðstandendur hans óska þess að annar læknir sé kallaður til en sá „sem hefir haft sjúkl. undir hendi“.[5]

Ljóst er að þessar fyrstu siðareglur eru sáttmáli um atriði sem valdið geta deilum milli íslenskra lækna, enda segir Guðmundur Hannesson að það sé öðru fremur samkeppni „sem knúð hefur lækna erlendis til þess að hafa fastan félagsskap og reglur um fram komu alla innbyrðis“.[4] Samkvæmt þessu liggja markmið stéttarfélags siðareglunum til grundvallar, en ekki sú hugsun að setja þurfi í orð þær skyldur og þá ábyrgð sem í læknisstarfi felast. Þetta verður þó ekki skýrt með því að slíkar reglur hafi þá ekki enn litið dagsins ljós. Til dæmis eru siðferðilegar skyldur lækna inntakið í siðareglum American Medical Association (AMA) sem innleiddar voru í árdaga þess félags nær 70 árum fyrr, 1847.[6] Fyrsti kafli þeirra reglna fjallar um skyldur lækna gagnvart sjúklingum og skyldur sjúklinga gagnvart læknum. Fyrstu siðareglur AMA leggja því frumskyldur læknisstarfsins til grundvallar enda byggðu þær að miklu leyti á siðferðilegum viðmiðum læknislistar sem Thomas Percival (1740-1804) læknir og heimspekingur birti árið 1803.[7] Athyglisvert er að áhrifa þessa gæti ekki í fyrstu siðareglum íslenskra lækna þar sem hagsmunir stéttarinnar og bræðralagið innan hennar eru lögð siðferði stéttarinnar til grundvallar.





ΗΙΠΠΟΚΡΑΤΕΣ

Gríski læknirinn Hippókrates sem fæddist á eynni Kos árið 460 fyrir Krist.

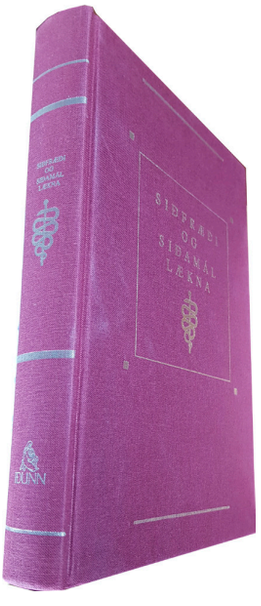
Engar umtalsverðar breytingar urðu á þessari meginhugsun siðareglna lækna á næstu áratugum. Codex Ethicus var nær óbreyttur eftir fyrstu endurskoðun árið 1924 og þótt endurskoðunin væri mun ítarlegri 1944 þá er bræðralagshugsunin enn ríkjandi. Þó er athyglisvert að strax í 1. grein segir að læknir skuli snúa sér til stjórnar LÍ ef hann sjái ástæðu til aðfinnslu vegna lækningastarfs stéttarbróður sem er „líklegt til að vinna mein“.[8] Þarna trompar skaðleysisregla Hippókratesar stéttarsamlyndið. Einnig má merkja vísi að auknum rétti sjúklings í 6. grein siðareglnanna þar sem fram kemur að sjúklingur geti sjálfur ákveðið að annar læknir en sá „er áður stundaði hann“ taki við umönnun hans.[8] Rétt er að geta þess að þegar Codex Ethicus birtist í sérprenti 1955 fylgdu í viðauka Alþjóðasiðareglur lækna, sem samþykktar voru á ársþingi Alheimssamtaka lækna (WMA) 1949, og Genfarheit lækna, sem samþykkt var á ársþingi WMA 1948.[9] Í báðum þessum plöggum kemur frumskylda lækna gagnvart sjúklingum skýrt fram: „Ég heiti því að láta mér um alla hluti fram hugað um heilsu sjúklinga minna“, segir í Genfarheitinu, og í Alþjóðasiðareglunum eru skyldur læknis við sjúkling settar framar skyldum læknis hvers við annan.[10] Hér eru því fram komin á íslensku viðmið sem fela í sér hinn siðferðilega kjarna læknislistarinnar þótt enn sæi þeirra ekki stað í siðareglum Læknafélagsins.



Örn Bjarnason beitti sér mikið í siðamálum lækna á starfsferli sínum.

Siðvæðing siðareglnanna

Á aðalfundi Læknafélags Íslands árið 1964 benti Óskar Þórðarson á „nauðsyn þess að endurskoða Codex og samræma hann breyttum aðstæðum“.[9] Á aðalfundi Læknafélagsins þremur árum síðar, 1967, voru samþykktar nýjar reglur sem voru mjög breyttar frá fyrri gerð. Siðareglunum fjölgaði úr 10 í 28 og í stuttum formála að greinunum segir: „Samkvæmt lögum Læknafélags Íslands eru Alþjóðasiðareglur lækna lagðar til grundvallar þeim Codex Ethicus, sem félagið setur meðlimum sínum.“[8] Einnig er vitnað í Genfarheit lækna. En markmiðsgreinar Codex bera enn merki bræðralagshugmyndarinnar. Formálinn hefst á þessum orðum: „Codex Ethicus er læknum til leiðbeiningar hvernig þeim beri að gæta »heiðurs og göfugra erfða« stéttarinnar …“ og fyrsti liður af þremur sem undirstrika að meginhugsun siðareglanna er að með þeim viðurkenni læknastéttin að hún sé bræðralag.



En siðareglurnar frá 1967 sýna þó ótvírætt að bræðralagshugsjónin er í fjörbrotum og skýr viðmið um frum-





Þessar myndir voru teknar í vor þegar Læknafélag Íslands bauð kandídötum til móttöku þar sem hefðbundinn dagskrárliður er undirritun læknaeiðsins. Myndir Hávar Sigurjónsson.

skyldur lækna gagnvart sjúklingum og samfélagi eru að ryðja sér til rúms. Í formála er athyglisverður kafli sem fangar vel þessi nýju viðmið. „Með þessum Codex viðurkennir læknastéttin … að hún gegnir ábyrgðarhlutverki og getur því aðeins vænzt vegs og trausts af samfélaginu, að hún geri sér allt far um að vera vaxin þeim siðferðilega vanda, sem þekking, tækni og félagslegt hlutverk leggja henni á herðar.“[8] Nærtækt er að tengja þessar breyttu áherslur bæði við nýja tækni sem hafði mikil áhrif á læknislistina og við samfélagshræringar sem einkenndust af stóraukinni vitund fólks um rétt sinn. Þótt áhrif þessa eigi eftir að sjást mun skýrar í næstu gerð siðareglna 1978 má rekja réttnefnda siðvæðingu Codex Ethicus íslenskra lækna til endurskoðunarinnar 1967.

Þetta sést best af því að flestar nýju greinar siðareglnanna fjalla um skyldur lækna gagnvart sjúklingum, svo sem að þeir ræki starf sitt án þess að fara í manngreinarálit (1. gr.), sýni sjúklingum umhyggju og nærgætni (8. gr.) og virði þagnarskyldu gagnvart þeim (10. gr.). Frumskyldur við sjúklinga eru hér í fyrsta sinn orðaðar í siðareglum íslenskra lækna. Einnig eru þarna nýstárleg ákvæði um hæfniskyldur og fagmennsku, svo sem að fullnægja staðalkröfum starfsgreinarinnar (2. gr.) og grundvalla starf sitt á fræðilegum undirstöðum (3. gr.). Bróðurlega skyldan er nú orðuð þannig að ótvírætt er að hún lýtur siðferðilegri frumskuldbindingu starfsins: „Lækni ber að sýna starfsbræðrum sínum og heilbrigðisyfirvöldum samstarfsvilja um allt, sem miðar að eflingu almennrar heilbrigði“ (6. gr.). Ákvæði sem varða hagsmuni læknastéttarinnar og samskipti lækna innbyrðis hafa jafnframt færst aftar í Codex. Þeirra á meðal eru mikilvægt ákvæði um að lækni sé „ósæmandi að vekja á sér ótilhlýðilega athygli eða gefa í skyn yfirburði sína með því að hampa eða láta hampa menntun sinni þekkingu og hæfni, afrekum eða vinsældum …“ (19. gr.). Læknar vöruðu við slíkum „gyllingum“ í fyrstu siðareglunum frá 1916 og ætla má að vægi þessa ákvæðis hafi aukist í fjölmiðlaumhverfi samtímans.

Ný viðmið um samband lækna og sjúklinga

Í Codex Ethicus sem samþykktur var á aðalfundi Læknafélagsins 1978 er bræðralagshugmyndin horfin úr inngangi. Þar er nú brýnt fyrir læknum að hlutverk þeirra sé „verndun heilbrigðis og barátta gegn sjúkdómum“, auk þess sem inngangsorðin frá 1967 um að traust til lækna hvíli á því að þeir uppfylli „þær siðferðilegu kröfur, sem þekking, tækni og félagslegt hlutverk leggja þeim á herðar á hverjum tíma“ halda sér.[8] Það er nýmæli að siðareglunum er skipt í þrjá meginkafla, almenn ákvæði, ákvæði um samband læknis og sjúklings og ákvæði um samskipti lækna. Í fjórða kafla eru síðan sérstök ákvæði um Gerðardóm Codex Ethicus. Inntak siðareglnanna hefur ekki tekið miklum breytingum frá 1967 en þó lítur hér í fyrsta sinn dagsins ljós athyglisvert ákvæði (5. gr.) sem verið hefur í brennidepli siðfræðilegrar umræðu um samskipti læknis og sjúklings allt frá sjöunda áratugnum: „Það er meginregla, að læknir skýri sjúklingi frá sjúkdómi hans, ástandi og horfum. … Læknir skal, eftir því sem tök eru á, útskýra fyrir sjúklingi eðli og tilgang rannsókna og aðgerða, sem hann gerir eða ráðleggur sjúklingnum. Þess skal ávallt gætt og ef með þarf, skal sjúklingi gert það ljóst, að læknir ráðleggur, en skipar ekki.“[8]

Þetta ákvæði endurspeglar þá nýstárlegu hugsun, sem gengur þvert á hefðbundið siðferði læknislistarinnar, að upplýsingagjöf læknis eigi að miða að því að gera sjúklingi kleift að taka upplýsta ákvörðun. Frá sjónarhóli læknis sem er öðru fremur umhugað um velferð og heilsu sjúklingsins kann þessi hugsun að virka annarleg. Hin áhrifamikla hugmynd um sjálfræði sjúklingsins er raunar skýrt dæmi um kröfu sem á rætur í samfélagsbreytingum fremur en læknislistinni sjálfri. Nærtækast er að nefna þá sjálfræðisbylgju sem gekk yfir Vesturlönd á 7. áratugnum sem einkenndist af þeirri kröfu að hver og einn einstaklingur ætti „að taka sjálfur allar eða flestar mikilvægustu ákvarðanir í lífi sínu“.[11,12] Í þessu andrúmslofti gekk siðfræði lífs og heilsu í endurnýjun lífdaga undir því kjörorði að virðing fyrir sjúklingum fæli ekki bara í sér umhyggju fyrir velferð þeirra heldur jafnframt fyrir sjálfsákvörðunarrétti. Hippókratesarhefðin sem hafði verið ríkjandi um aldir ól hins vegar á föðurlegri umhyggju fyrir sjúklingum og ráðlagði læknum að segja sjúklingum sem minnst um ástand sitt.[13,14] Þessi hefð byggði á óskoruðu ákvörðunarvaldi lækna sem nú var dregið í efa, meðal annars með þeim rökum að oft væru lífsviðhorf sjúklinga ekki síður mikilvæg en læknisfræðileg þekking þegar valkostir um meðferð væru metnir.





Önnur meginástæða þess að breyttar hugmyndir um virðingu fyrir sjúklingnum fengu hljómgrunn voru breytingar á læknisstarfi samfara tækninýjungum, svo sem við endurlífgun, sem höfðu mikil áhrif á það sem hægt var að gera. Þetta vakti erfiðar siðferðilegar spurningar, ekki síst varðandi ákvarðanir við upphaf og lok lífs þar sem gildismat sjúklinga ætti að vega þungt. Þetta endurspeglast til dæmis í leiðbeiningum um meðferð við lok lífs sem unnar voru af Siðaráði landlæknis 1996 en áttu rætur bæði í alþjóðlegum viðmiðum og hugmyndum íslenskra lækna.[15,16,17] Á þessum tíma (1997) voru líka sett ný lög um réttindi sjúklinga þar sem rík áhersla er lögð á rétt sjúklinga til upplýsinga um heilsufar og meðferð.

Góðir læknishættir í breyttu samfélagi

Þau ákvæði sem sett voru fram í Codex Ethicus 1967 og útfærð nánar 1978 mynda enn hryggjarstykkið í siðferðilegum viðmiðum íslenskra lækna. Þó er ástæða til að vekja athygli á orðalagsbreytingu í inngangi að siðareglunum frá 1992. Þar sem áður var brýnt fyrir læknum að uppfylla þær siðferðilegu kröfur „sem þekking, tækni og félagslegt hlutverk leggja þeim á herðar á hverjum tíma“ er nú talað um „að uppfylla þær siðferðilegu kröfur sem læknisstarfinu fylgja“. Þetta orðalag, sem felur í sér þá mikilvægu hugsun að siðferðilegar kröfur séu fólgnar í læknisstarfinu sjálfu en komi ekki bara utanfrá, hefur haldist síðan.[18] Þetta kallast á við ákvæði um að læknir skuli „standa vörð um sjálfstæði læknastéttarinnar“ sem kom fyrst inn 1992 og er í 1. grein Codex Ethicus frá 2013.

Í ljósi hugmyndarinnar um þær siðferðilegu kröfur sem læknisstarfinu fylgja fær ákvæði um „að gæta heiðurs læknastéttarinnar“ (1. grein Codex Ethicus 2013) aðra merkingu en í samhengi við bræðralagshugsunina sem var ríkjandi í fyrstu siðareglum Læknafélagsins. Nú liggur beinast við að túlka þessa hugmynd út frá því að siðferðileg viðmið læknisstarfsins veiti faglegt viðnám þeim öflum samtímans sem geta grafið undan góðum læknisháttum.

Þetta er ein ástæða þess að í núverandi siðareglum er sérstakur bálkur „Um auglýsingar lækna, vefsíður og fjölmiðla“. Ákvæðin þar varða margvíslegar freistingar í nútímasamfélagi að vekja athygli á eigin ágæti, lækningaaðferðum eða lyfjum með ótilhlýðilegum hætti. Slíkt skrum samrýmist ekki siðferðilegum viðmiðum læknisstarfsins og veikir sjálfstæði þess gagnvart kröfum af ætt verslunar og viðskipta sem herja æ sterkar á öll svið mannlífsins. Við slíkar aðstæður eykst hætta á hagsmunaárekstrum sem er einmitt varað við í ákvæðum um góða læknishætti í núgildandi Codex (5. gr.). Það er því sjálfsagður hluti af gæðastarfi og fagmennsku að læknar leiði „hugann reglulega að því hvernig kröfur um góða starfshætti og læknisþjónustu eru uppfylltar“[19] í samfélagi sem tekur örum breytingum.

Ég þakka Svövu Sigurðardóttur, doktorsnema í hagnýtri siðfræði við Háskóla Íslands, fyrir ítarlega heimildavinnu í tengslum við þessa grein.

Heimildir

1. Sigurðsson SB. „Hvernig hljómar eiðurinn sem læknar sverja?“ Vísindavefurinn, visindavefur.is/svar.php?id=5731 - júní 2018. Textinn, sem birtist upphaflega í bókinni *Undur veraldar* (1945), er í íslenskri þýðingu Kristínar Ólafsdóttur.
2. Árnason V. Siðfræði lífs og dauða. Erfiðar ákvarðanir í heilbrigðisþjónustu, 2. útg. Siðfræðistofnun og Háskólaútgáfan, Reykjavík 2003: 70.
3. Kristinsson S. Siðareglur. Greining á siðareglum ásamt skráðum siðareglum starfsgreina á Íslandi. Rannsóknarstofnun í siðfræði, Reykjavík 1991: 47-8.
4. Hannesson G. Íslenzkt læknafélag. Læknablaðið 1915; 1: 3.
5. Hannesson G. Codex Ethicus. Læknablaðið 1916; 2: 166.
6. Code of Ethics of the American Medical Association. Philadelphia 1848.
7. AMA. History of the Code. ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/ethics/ama-code-ethics-history.pdf - ágúst 2018.
8. Bjarnason Ö. Handbók um siðamál lækna. Læknablaðið 1987; 7.
9. Jensson Ó, Ólafsson M, Jóhannesson Þ, Brekkan Á, Guðmundsson SÞ. Codex Ethicus. Læknablaðið 1968; 54: 17-8.
10. Genfarheit lækna og Alþjóðasiðareglur lækna. (Íslensk þýðing Vilmundar Jónssonar). Læknablaðið 1980; 66: 179-80.
11. Frímannsson GH. Sjálfræðishugtakið. Erindi siðfræðinnar, ritstj. Róbert H. Haraldsson. Rannsóknarstofnun í siðfræði, Reykjavík 1993: 154.
12. Kuhse H, Singer P. What is bioethics? A historical introduction. A Companion to Bioethics. London, Blackwell Publishers 2001: 3-11.
13. Katz J. The Silent World of Doctor and Patient. The Free Press 1984.
14. Bok S. Lying: Moral Choice in Public and Private Life. Vintage Books 1979.
15. landlaeknir.is/servlet/file/store93/item1676/2817.pdf – ágúst 2018.
16. Jónsson PV. Að takmarka meðferð við lok lífs“, Læknablaðið 1989; 75: 179-82.
17. Appleton yfirlýsingin: Leiðbeiningar um það hvenær láta megi hjá líða að veita læknisfræðilega meðferð. Hringborðsumræður Læknablaðsins V. Læknablaðið 1989; 75: 303-12.
18. lis.is/is/sidfraedi/codex-ethicus/codex – ágúst 2018.
19. Góðir starfshættir lækna, 2. útg., grein 22b. Embætti landlæknis, Reykjavík 2017.

FORVARNIR

Forvarnir gegn kulnun í starfi

Námskeið fyrir lækna.

Fimmtudagana 13. og 20. september frá kl. 17-18:30.

Fyrirlesari er Ólafur Þór Ævarsson, geðlæknir

Staðsetning: Forvarnir og Streituskólinn, Lágmúla 5, 4. hæð.

Skráning á skraning@stress.is

Verð kr. 19.000

FLOREALIS



Vnr 53 78 73

Sefitude

60 dragerade tabletter / drasjerte tabletter — húðaðar töflur / coated tablets

extrakt av rot från vänderot
valerianarot ekstrakt
garðabrúðurótarútdráttur
valerian root dry extract

Växtbaserat läkemedel för användning vid lindrig oro och sömnrubbningar

Plantebasert legemiddel for lindring av mild uro og søvnforstyrrelser

Jurtalyf til að draga úr vægum kvíða og svefntruflunum

Herbal medicinal product for the relief of mild nervous tension and sleep disorders

Sefitude — ný meðferð við kvíða og svefntruflunum

Sefitude er viðurkennt jurtalyf unnið úr rót garðabrúðu. Styttir tímann til að sofna og bætir gæði svefns.

Klínískar rannsóknir sýna sambærilega virkni garðabrúðurótar og lágskammta oxazepam en garðabrúðurót þolist mun betur.*

*Ziegler G. et al. (2002). Eur. J. Med. Res. 7(11), 480-6.

Notkun Við vægum kvíða: fullorðnir, 1 tafla á dag allt að 3 á dag. 12-18 ára: 1 tafla á dag allt að 2 á dag.

Við svefntruflunum: fullorðnir og eldri en 12 ára: 1 tafla ½-1 klukkustund fyrir svefn. Ekki ráðlagt börnum yngri en 12 ára, þunguðum konum eða konum með börn á brjósti. Leitið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun. Leitið læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir.

Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.

Fæst án lyfseðils í næsta apóteki

Sjá meira á florealis.is

Aðgát skal höfð í nærveru sálar



Guðrún Ása Björnsdóttir

formaður Félags almennra lækna, FAL

gudrunasa@gmail.com

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

Læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk kynnist ýmsu í starfi sínu. Þau eiga í samskiptum við marga, samstarfsfélaga, skjólstæðinga, aðstandendur og stjórnendur. Skjólstæðingar og aðstandendur leita oft til heilbrigðisstarfsfólks á viðkvæmustu stundum lífs síns og samstarfsfélagar ganga saman í gegnum súrt og sætt við misjafnar aðstæður. Rauði þráðurinn í þessu öllu saman eru samskipti.

Örkönnun var gerð á meðal starfsfólks Landspítala árið 2017 um reynslu og upplifun á óæskilegri hegðun sjúklinga, aðstandenda, samstarfsfélaga eða stjórnenda. Um helmingur þátttakenda í úrtakinu svöruðu, eða 450 af 1000. Spurt var meðal annars um niðurlægjandi framkomu, hótanir eða ofbeldi, en 36% þátttakenda töldu sig hafa orðið fyrir slíku. Mátti haka við fleiri en einn geranda, en flestir nefndu sjúklinga (20%), síðan samstarfsmenn (13%), aðstandendur (8%) og loks stjórnendur (6%). Einnig var spurt um kynbundna áreitni, kynferðislega áreitni og einelti. Var einelti mest af hálfu samstarfsmanna (6%) en kynbundin áreitni og kynferðisleg áreitni mest af hálfu sjúklinga (7% og 5%).

Í skoðanakönnun á vegum Gallup, sem bar nafnið *Stofnun ársins 2018*, var spurt út í einelti, ofbeldi og áreitni á 200 stofnunum. Úrtakið var rúmlega 19.000 manns og svarhlutfallið 54%. Þar var kannað hversu hátt hlutfall starfsmanna hefði orðið fyrir ógnandi hegðun, hótunum eða ofbeldi. Á Landspítala töldu 11% sig hafa orðið fyrir slíku miðað við 6% þegar litið var á niðurstöður allra stofnana sameiginlega. Það sem verra var, var að 24% af starfsmönnum töldu að ekki væri til áætlun um viðbrögð við einelti og kynferðislegri áreitni en hlutfallið var 14% yfir allar stofnanirnar.

Þetta eru sláandi niðurstöður sem sýna að ofbeldi í garð lækna og heilbrigðisstarfsfólks er algengara en margur hyggur og tekur á sig ýmsar myndir.

Gamalt máltæki segir: Sjaldan veldur einn þá tveir deila. Erfið samskipti geta og munu koma upp í heilbrigðiskerfinu. Hvað varðar sjúklinga er mikið af þeirri hegðun fyrirsjáanleg sem partur af sjúkdómsástandi. Hjá heilbrigðisstarfsfólki sem lendir í erfiðleikum á fagleg kunnátta, vel uppbyggt kerfi og stuðningur frá vinnustað að virka sem öryggisnet. Skjólstæðingar og aðstandendur hafa ekki sambærilegt öryggisnet svo net heilbrigðisstofnunarinnar þarf að ná yfir þá líka.

Það er vitað mál að einn helsti áhrifaþátturinn á upplifun skjólstæðinga heilbrigðiskerfisins tengist samskiptum. Ef samskiptin eru góð skiptir stundum minna máli hve hratt rétt sjúkdómsgreining fæst eða hvernig ytri aðbúnaður er og svo framvegis. Góð samskipti skapa traust sem getur haft þær jákvæðu afleiðingar að meðferðarheldni eykst, komum til læknis fækkar, sjúkdómsbyrði minnkar og lifun eykst. Ódýrt og einfalt.

Ef göt eru á öryggisnetinu getur margt farið úrskeiðis.

Kerfi þar sem stjórnun og stefnu er ábótavant er ekki líklegt til árangurs. Það kerfi elur á ríg, fordómum og virðingarleysi þar sem hver og einn berst í sínu horni. Jafnvægi brenglast. Hagsmunir einstaklingsins fara að vega þyngra en hagsmunir heildarinnar. Tvístefna verður að einstefnu. Skapast við það jarðvegur fyrir óánægju, togstreitu og kulnun. En í slíkum jarðvegi þrífst því miður líka misrétti og ofbeldi í víðasta skilningi.

Ábyrgð kerfisins er því mikil og vinnuumhverfið skiptir höfuðmáli. Heilbrigðisstarfsfólk sem getur ekki haft áhrif á vinnuumhverfi sitt og upplifir stanslaust óþarfa áreiti og skipulagsleysi er ekki vel í stakk búið að takast á við erfið samskipti. Aðstandendur sem þurfa að horfa upp á úrræðaleysi, sumarlokanir, flutninga, biðlista og óvissu um ástvini sína eru heldur ekki vel í stakk búnir að takast á við erfið samskipti.

Nýlega kom upp mál í fjölmiðlum þar sem ósáttur aðstandandi nafngreindi lækni sem hann var óánægður með. Þetta er ekki í fyrsta skipti sem slíkt gerist og með samspili samfélagsmiðla og óábyrgrar fréttamennsku verður þetta ekki í það síðasta. Hvernig hefði verið tekið á þessari frétt hefði einstaklingur úr lögreglunni eða slökkviliðinu verið nafngreindur? Mál sem þessi og skoðanakannanir eins og þær sem nefndar voru hér að ofan ættu að fá stjórnendur til að staldra við og hyggja að úrbótum.

Fjársvelti heilbrigðiskerfisins verður ekki leyst á einu bretti en heilbrigðiskerfið þarf að gera mikið betur í því að styrkja öryggisnetið. Hlúa að mannauðnum. Þjóðfélagið má ekki við auknu brottfalli heilbrigðisstarfsfólks og nýliðun er nú þegar ekki nægileg. Vandinn er margþættur en heilbrigðisstofnanir þurfa að vera vinnustaðir þar sem ríkir traust og samskipti eru vönduð. Við stefnumótun þarf að hafa bæði þarfir skjólstæðinga og starfsmanna að leiðarljósi.

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

WMA heldur ársfund sinn í Reykjavík í október

Vegleg siðfræðiráðstefna LÍ og WMA í Hörpu

– Jón Snædal er forseti ráðstefnunnar

Hávar Sigurjónsson

„Læknafélag Íslands var eitt 27 stofnfélaga WMA, World Medical Association, árið 1947 og sagt er frá þeim viðburði í skemmtilegri grein í *Læknablaðinu* í desember það sama ár," segir Jón Snædal sem var forseti samtakanna fyrir áratug og þekkir starfsemi þeirra til hlítar. Samtökin munu halda ársfund sinn hér í Reykjavík dagana 2.- 4. október en auk hefðbundinna ársfundarstarfa verður augum sérstaklega beint að siðfræði læknisfræðinnar. Er gert ráð fyrir allt að 400 þátttakendum og fara fundurinn og siðfræðimálþingið fram í Hörpu.

„Þetta er í fyrsta skipti í sögu WMA sem ársfundurinn er haldinn hér á landi þannig að það er tími til kominn," segir Jón.

Líknarmeðferð og líknardráp

„Á aðalfundinum er yfirleitt tekinn frá einn dagur til umfjöllunar um afmarkað efni á sviði læknavísinda en við brydduðum upp á nýjung núna þannig að í stað eins dags fundar efnum við til ráðstefnu í tvo og hálfan dag um siðfræði læknisfræðinnar. Fyrirkomulagið er þannig að ráðstefnan hefst daginn fyrir aðalfundinn, heldur síðan áfram daginn eftir þegar fastanefndir WMA eru að störfum og henni lýkur svo þriðja daginn sem er hinn hefðbundni dagur fyrir vísindaumfjöllunina. Við ákváðum strax í upphafi að fjalla um siðfræðileg efni og því var mjög vel tekið enda er þetta eitt af því sem samtökin fjalla mest um. Umræðan verður breiðari en annars hefði verið og get ég nefnt að töluverðum tíma verður varið í umfjöllun um lífslokameðferð og þá ekki síst svokallaða virka lífslokameðferð þar sem veitt er annaðhvort bein eða óbein aðstoð. Samtökin hafa staðið fyrir fundum í öllum heimsálfum um þetta efni undanfarna 18 mánuði og málþingið hér verður nokkurs konar endapunktur þar sem greint verður frá því hvað þeir fundir hafa leitt í ljós."

Aðspurður segir Jón að bein dánaraðstoð sé þegar læknir beinlínis deyðir sjúkling. „Af 112 aðildarfélögum WMA er þetta leyft í þremur þeirra og svæðisbundið í fáeinum öðrum löndum. Óbein dánaraðstoð er þegar læknir útvegar efni sem viðkomandi notar sjálfur og er það sjálfsvíg með aðstoð læknis. Þetta verður töluvert til umræðu en það er vert að leggja áherslu á að einnig verður fjallað ítarlega um klíníska líknarmeðferð en þar stöndum við nokkuð framarlega hér á Íslandi."

Mörg siðfræðileg álitamál um erfðafræði

„Annað efni sem verður nokkuð áberandi er erfðafræði en nú er unnið að endurskoðun álits WMA á því sviði og vinnuhópur samtakanna verður að störfum á lokuðum fundi og kynnir svo niðurstöður sínar á opnum fundi á ráðstefnunni."

Jón segir álitaefni um siðfræði erfðafræðinnar innan læknisfræði vera æði mörg og fjölga eftir því sem greininni fleygir fram. „Við fjöllum um að hve miklu leyti á að upplýsa fólk um erfðafræðilegar niðurstöður sem kannski fást í tengslum við aðrar og óskyldar rannsóknir og ekki var spurt um. Annað efni sem hefur verið mikið í umræðunni hér er hvort rétt sé að finna fólk og hafa samband við það ef það er með tiltekin gen eins og til dæmis BRCA-gen. Þá verður fjallað um hversu langt eigi að ganga með þeirri tækni sem nú er að ryðja sér til rúms innan erfðalæknisfræði þar sem beinlínis er hægt að gera erfðafræðilegar breytingar á fólki í læknisfræðilegum tilgangi. Norræna siðfræðinefndin verður með tvöfalt málþing þar sem fjallað verður um fósturerfðafræði og einnig verður sérstakt málþing um erfðafræði undir stjórn Reynis Arngrímssonar formanns Læknafélags Íslands í samvinnu við Evrópsk samtök, European Society of Human Genetics, Public and Professional Policy Committee."

Þá verður fjallað um almennari siðfræði lækna sem byggir á Genfar-heiti lækna og var endurnýjað fyrir liðlega ári og LÍ hefur látið þýða og birt í *Læknablaðinu*. „Hugsanlega verður þetta nýr texti í bókinni góðu



Á stórri ráðstefnu Læknafélags Íslands og WMA, Alþjóðafélags lækna, í Hörpu 2.-4.október verður fjallað um ýmis siðfræðileg álitamál innan læknisfræðinnar að sögn Jóns G. Snædal öldrunarlæknis og fyrrverandi forseta WMA.

sem nýútskrifaðir læknar undirrita þegar þeir fá læknaskírteini sín. Sá eiður sem íslenskir læknar hafa skrifað undir frá 1932 er bókin var fyrst lögð fram er stytt útgáfa af Hippókratesareiðnum. Genfar-heitið byggir á Hippókratesareiðnum og hefur tekið nokkrum breytingum og síðasta breytingin var gerð með mjög víðtæku alþjóðlegu samráði læknafélaga um allan heim. Það er því sameiginleg niðurstaða og kannski eðlilegt að við nýtum okkur það.“

Jón segir að vissulega séu mörg álitamál innan siðfræðinnar sem ekki gefst tími eða tækifæri til að ræða á þessu málþingi. „Hvað varðar fóstureyðingar hafa Norðurlöndin sameiginlega stefnu sem tekin var fyrir 40 árum og hefur smátt og smátt verið að dreifast um heiminn. Á Írlandi var nýverið samþykkt sambærileg fóstureyðingalöggjöf og þar með var síðasta vígið í Evrópu fallið ef svo má segja, fyrir utan Vatíkanið. Fulltrúi Vatíkansins í WMA leggur reyndar ávallt orð í belg þegar þetta málefni ber á góma og þrátt fyrir eindregna afstöðu gegn fóstureyðingum er málflutningur hans ávallt málefnalegur. Í Suður-Ameríku hefur frjálslyndari löggjöf verið að ryðja sér til rúms.“

Áhyggjur hafa aukist vegna aukinna smittilfella mislinga og annarra smitsjúkdóma sem bólusett er fyrir en sumir forráðamenn neita að láta bólusetja börn sín. Jón segir að ekki verði fjallað um þetta enda séu læknafélög og samtök lækna um heim allan algjörlega sammála um nauðsyn og mikilvægi bólusetninga gegn hættulegum smitsjúkdómum. „Þó eru einstaka læknar sem hafa náð einhverri athygli með því að andmæla þessu og samtök leikmanna og einstaklingar hafa náð eyrum fólks með málflutningi sínum gegn bólusetningum. Innan læknaheimsins er þetta ekki umræðuefni enda ekki álitamál.“

Árekstur siðfræði og lögfræði

Samskipti læknis og sjúklings hafa breyst verulega á umliðnum árum og snerta þar ýmsa fleti, bæði siðfræðilega og lögfræðilega. „Þetta efni verður tekið fyrir undir yfirskriftinni Góðir starfshættir lækna og Runólfur Pálsson forseti Evrópusamtaka lyflækna verður okkar fulltrúi í þeirri umræðu. Þá verður einnig fjallað um siðfræði rannsókna á mönnum sem byggir á Helsinki-yfirlýsingu WMA. Þar verður fjallað um hversu langt eigi að ganga í

rannsóknum á mönnum og hversu mikilvægt sé að upplýsa þátttakendur um eðli rannsóknar. Þar komum við hjá LÍ nokkuð við sögu þegar samin var yfirlýsing WMA um notkun á gögnum um fólk. Þetta var svokölluð Taipei-yfirlýsing en vinna við hana var undir okkar stjórn. Umfjöllun ráðstefnunnar um rannsóknir á mönnum verður væntanlega upphaf endurskoðunar WMA á Helsinki-yfirlýsingunni sem upphaflega var gerð 1964 og hefur verið endurskoðuð á 5-10 ára fresti síðan. Síðast var hún endurskoðuð 2013 en endurskoðunarferlið tekur mörg ár og nú þegar eru komnar upp hugmyndir að breytingum. Það er skemmtilegt að nefna að lokahönd endurskoðunarinnar 2013 var lögð hér á vinnufundi fastanefndar WMA í húsakynnum LÍ og nú er væntanlega að hefjast endurskoðun hennar með umræðum á þinginu í haust."

Að sögn Jóns er mikið til umræðu í Evrópu hvernig læknar skuli sinna óskráðum innflytjendum. „Þetta voru áður kallaðir ólöglegir innflytjendur en núna eru þeir sagðir óskráðir. Þetta er fólk sem dvelur í viðkomandi landi án vitundar yfirvalda. Um hundruðir þúsunda manna er að ræða í Evrópu og umræðan hefur verið hávær meðal annars í Svíþjóð og Þýskalandi. Á ráðstefnunni verður málþing um hvernig læknar eigi að þjónusta þetta fólk sem er algjörlega utan heilbrigðiskerfisins. Læknir hefur lagalegan rétt til að vísa slíkum einstaklingi frá en siðfræðilega ber honum skylda til að sinna hverjum þeim sem til hans leitar. Þetta er eitt dæmi um árekstur milli þess lagalega og siðfræðilega og kemur oft á tíðum upp en leysist þó oftast með tímanum. Klemman sem læknirinn stendur frammi fyrir getur falist í því að vinnustaðurinn, stofnunin þar sem hann vinnur, setur ákveðnar reglur en það er ekki víst að þær séu samhljóða siðfræðinni sem lækninum ber að starfa eftir."

Enn eitt umræðuefnið sem Jón nefnir að verði sífellt áleitnara er notkun gervigreindar í læknisfræðilegum tilgangi. „Bandaríska læknafélagið tók að sér að undirbúa málþing um þetta efni og hefur boðið tveimur virtum rannsakendum á þessu sviði að halda erindi á málþinginu. Þetta verður eflaust mjög áhugavert enda hefur tækni á þessu sviði fleygt mjög hratt fram á síðustu árum."

Margir þekktir fyrirlesarar

Af fyrirlesurum sem boðið hefur verið til siðfræðiþingsins nefnir Jón Ilonu Finchley barónessu frá Englandi. „Hún hefur verið mjög virk í umræðu um lífslokameðferð og líknardráp og hún stýrði þeirri umræðu í breska þinginu sem lyktaði með því að líknardráp eru ekki leyfð í Bretlandi. Hún er mjög sterkur andmælandi líknardráps. Ruth Maclean kemur frá Bandaríkjunum og hefur rannsakað siðfræði erfðafræðinnar og Bartha Knoppers frá Kanada hefur rannsakað siðfræði erfðarannsókna. Kári Stefánsson forstjóri Íslenskrar erfðagreiningar verður einnig frummælandi. Kirsty Boyd líknlæknir kemur frá Skotlandi og Otmar Kloiber framkvæmdastjóri WMA mun fjalla sérstaklega um sögu samtakanna og hvað þau standa í rauninni fyrir. Ég nefni þessa fyrirlesara þar sem þau eru með staka fyrirlestra en síðan eru fjölmargir fyrirlesarar og frummælendur sem koma fram á málþingum innan ráðstefnunnar og best er fyrir þátttakendur að kynna sér í dagskrá."

Umfang aðalfundarins og ráðstefnunnar er verulegt en fulltrúar WMA eru um 200 talsins og síðan er gert ráð fyrir jafnmiklum fjölda sem sækir ráðstefnuna. „Þetta verða því líklega á fimmta hundrað manns sem sækja bæði ársfundinn og ráðstefnuna og sannarlega ánægjulegt að Læknafélag Íslands skuli bera hitann og þungann af svo stórri samkomu. Við njótum síðan krafta aðalskrifstofu WMA en við höfum átt mjög gott og náið samstarf við starfsfólk hennar undanfarna mánuði," segir Jón Snædal að lokum.



DAGSKRÁ ÞINGSINS ER Á BLS. 420

Sameiginleg yfirlýsing læknasamtaka í Evrópu:

Áhersla á lykilhlutverk lækna í sjúkdómsgreiningu, meðferð og þverfaglegri umönnun sjúklinga

Hágæðaheilbrigðisþjónusta er veitt af flóknum teymum heilbrigðisstarfsmanna sem hvert um sig leggur fram sinn sérstaka skerf til að sinna megi hverjum sjúklingi eins og best verður á kosið. Kjarni þessa starfs er samband læknis og sjúklings. Nákvæm sjúkdómsgreining og samskipti við einstaka sjúklinga sem afleiðing af henni skipta meginmáli við umsinnu þeirra. Læknanám leggur lækni til þekkingu og færni í verkum og samskiptum sem nauðsynleg eru til að fyrirbyggja, greina og meðhöndla sjúkdóma. Þau verklegu störf og skref sem stíga þarf til þess að nálgast nákvæma greiningu og meðferð má leggja í öruggar hendur annarra heilbrigðisstétta innan þess ramma sem settur er hverri stétt. Það er hins vegar einungis læknismenntun sem veitir þá yfirsýn sem til þarf þegar hafa á yfirumsjón með samþættingu starfa hinna ýmsu heilbrigðisstétta.

Undirrituð samtök evrópskra lækna leggja af tveimur ástæðum áherslu á lykilhlutverk lækna við að stýra þverfaglegri meðferð:

Viðurkennt er að best fari á því að sjúkdómsgreining og meðferð fari fram í þvegfaglegu umönnunarteymi sem leitt er og samræmt af lækni. Umönnun sem veitt er án þess að til hafi komið sjúkdómsgreining og stofnað hafi verið til viðeigandi meðferðar af hálfu læknis er ógnun við gæði og öryggi heilbrigðisþjónustu.

Í öllum Evrópulöndum eru læknar uppstaðan í læknisþjónustu þrátt fyrir að heilbrigðisstofnanir, atvinnurekendur og stuðningsþjónusta beri einnig ábyrgð á því að nægu fjármagni sé veitt til þjónustunnar og rétt skilyrði sköpuð. Án læknis sem uppistöðu í þverfaglegri þjónustu verður óljóst hver ber ábyrgð á sjúkdómsgreiningu og meðferð.

Við treystum því að ríki Evrópusambandsins og evrópskra stofnana haldi áfram að tryggja að skipulag heilbrigðisþjónustu byggi áfram á því klíníska fyrirkomulagi sem þróað hefur verið út frá lykilhlutverki lækna.

Eftirtalin læknasamtök í Evrópu standa að yfirlýsingunni:
European Association of Senior Hospital Doctors (AEMH), European Council of Medical Orders (CEOM), Standing Committee of European Doctors (CPME), European Working Group of Practitioners and Specialists in Free Practice (EANA), European Junior Doctors Permanent Working Group (EJD), European Medical Students' Association (EMSA), European Federation of Salaried Doctors (FEMS), European Union of General Practitioners/ Family Physicians (UEMO), og European Union of Medical Specialists (UEMS),

CPME COMITÉ PERMANENT DES MÉDECINS EUROPÉENS STANDING COMMITTEE OF EUROPEAN DOCTORS

Fastanefnd lækna hjá Evrópusambandinu, Comité Permanent des Médecins Européens (CPME)

Læknafélag Íslands varð aðili að fastanefnd lækna í hjá Evrópusambandinu í Brussel (Comité Permanent des Médecins Européens, CPME) um miðjan 10. áratug síðustu aldar. CPME eru Evrópusamtök læknafélaga og stéttarfélög lækna í aðildarríkjum Evrópusambandsins eiga aðild að því. Stofnun CPME má rekja til ársins 1959 um það leyti sem Rómarsáttmálinn, stofnsáttmáli Evrópusambandsins, var gerður. Skrifstofa CPME hefur verið í Brussel frá 1992. CPME er helsti þrýstihópur lækna gagnvart framkvæmdastjórninni í Brussel. Samtökin móta sér pólitíska stefnu í málefnum lækna í Evrópu svo sem um lagaumhverfi og vinnumarkaðsmál. CPME hefur áhrif á stefnumótun í heilbrigðismálum innan ESB en slíkar ákvarðanir teygja anga sína til Íslands vegna EES-samningsins. Katrín Fjeldsted heimilislæknir hefur verið ötull fulltrúi LÍ í samtökunum frá 1999. Hún var innri endurskoðandi samtakanna árin 2005-2006, einn af fjórum varaformönnum 2006-2009, gjaldkeri 2010-2012 og loks formaður samtakanna 2013-2015. Katrín er fyrsta konan sem gegnt hefur embætti forseta fastanefndarinnar.

Evrópusamtök sérgreinalækna, Union Européenne des Médicins Spécialistes (UEMS)

Læknafélög frá 40 þjóðum eiga aðild að samtökunum. Læknafélag Íslands ákvað árið 2017 að sækjast á ný eftir aðild að UEMS, en þá hafði verið hlé á þátttöku LÍ frá 2008.

Friðbjörn Sigurðsson er tilnefndur af LÍ í fulltrúaráð UEMS. Innan UEMS eru 43 sérgreinafélög lækna, sem beita sér fyrir hagsmunum sérgreinanna, og 15 samstarfsnefndir þar sem fleiri en ein sérgrein vinna saman að málum. Sum íslensk sérgreinafélög eru virk innan sérgreinafélaganna og má þar nefna að Anna Björg Jónsdóttir er ritari öldrunarlækningaeiningar UEMS og Runólfur Pálsson er varaforseti lyflækningaeiningar UEMS. Meginverkefni samtakanna er að efla símenntun lækna, sérfræðinám lækna og gæði heilbrigðisþjónustu.

Norræn ráðstefna um átröskun 12.-14. september

Átröskun er alvarlegur langvinnur sjúkdómur

– talað við Guðlaugu Þorsteinsdóttur geðlækni

Hávar Sigurjónsson

Norræna átröskunarfélagið (NEDS; Nordic Eating Disorder Society), samtök fagfólks á Norðurlöndunum um átraskanir, heldur þing í Hörpu dagana 12.-14. september. Þetta er í tólfta sinn sem samtökin halda þing, haldið annað hvert ár frá 1994, og nú í fyrsta sinn hér á landi.

„Við vorum formlega tekin inn í Norrænu samtökin fyrir tveimur árum en höfum verið áheyrnarfulltrúar á fundum og tekið þátt í ráðstefnum í nokkuð mörg ár," segir Guðlaug Þorsteinsdóttir geðlæknir sem starfað hefur í átröskunarteymi Landspítala frá því það var sett á laggirnar 2006.

„Þingið stendur í þrjá daga og er með hefðbundnu sniði, þar sem fagfólk kemur saman og kynnir rannsóknir sínar, ásamt fyrirlestrahaldi, vinnustofum og málstofum. Aðalfyrirlesarar eru frá Norðurlöndunum en einnig frá Bandaríkjunum og Kanada. Segja má að megintilgangur félagsins sé að skapa tengsl og samvinnu á milli fagfólks á Norðurlöndum. Hefðbundin þjónusta við átröskunum er þverfagleg, læknar, sálfræðingar, hjúkrunarfræðingar, fjölskylduráðgjafar og næringarráðgjafar jafnvel fleiri starfa saman í sérhæfðum teymum. Þema þingsins er átraskanir versus heilbrigður lífsstíll, og minnir á hvernig öfgar í heilbrigðum lífsstíl geta leitt til átraskana."

Átkastaröskun

Hinar hefðbundnu átraskanir *anorexia nervosa* (lystarstol) og *bulimia nervosa* (lotugræðgi) verða til umfjöllunar, en einnig hin svokallaða „átkastaröskun" (*binge eating disorder*) sem var nýlega bætt inn í DSM 5 sjúkdómaflokkunarkerfið, og mun einnig verða í ICD 11. Það eru einstaklingar sem eru í miklu rugli með mataræðið, svelta sig, en taka síðan taka stór átköst án losunarhegðunar. „Þessu fylgir oft offita og meltingarvandamál en Norðmenn hafa náð góðum árangri í meðferð við þessu og munu segja frá því. Hingað til hefur hugrænni atferlismeðferð aðallega verið beitt til að hjálpa fólki með átkastaröskun en hún dugar ekki til að ná fram þyngdartapi og meira þarf til. Norski íþróttaprófessorinn Jorunn Sundgot Borgen sem heimsótti okkur í fyrra á Læknadögum, ætlar að segja frá meðferð sem hennar teymi hefur þróað og byggir á hreyfingu og breyttu mataræði. Almennt er aukin áhersla á að nota hreyfingu í meðferð átraskana, af hvaða toga sem þær eru."

Kanadíski tauga- og heilaskurðlæknirinn Andres Lozano verður með fyrirlestur á þinginu. „Hann er heimsþekktur fyrir rannsóknir sínar á DBS (*Deep Brain Stimulation*), djúpkjarnaörvun í heila sem aðallega hefur verið notuð í meðferð Parkinsonsjúklinga og við hreyfisjúkdóma en hefur verið að ryðja sér til rúms í geðlækningum, til dæmis við alvarlegum kvíðaröskunum og þunglyndi.

Hann ætlar að segja frá árangri aðgerða sem hann hefur gert á einstaklingum með alvarlega ólæknandi anorexíu.

Þá verður Rene Klinkby Stöving, danskur innkirtlalæknir og prófessor í átröskunum með erindi um líkamlega sjúkdóma sem geta fylgt bæði anorexiu og bulmiu. En langvinnar átraskanir geta haft gríðarleg líkamleg heilsufarsvandamál í för með sér sem þarf meðferðar. Tölfræðin segir að um 20% af þeim sem veikjast af átröskunum megi búast við að vera ennþá veikir eftir 5 ár frá greiningu og það er stærsta áskorunin í dag hvernig við getum mætt þessum hópi."

Fleiri ungir karlmenn með átröskun

„Anorexia nervosa er ekki ný af nálinni, og finna má heimildir frá miðöldum um konur sem hafa dáið úr sjálfssvelti. Í læknisfræði kom var anorexíu fyrst lýst 1689 af Richard Morton enskum lækni og síðan er rifist um hvort Sir William Gull eða Lasegue urðu fyrri til að lýsa anorexíu í læknisfræðinni um 1870. Átraskanir hafa sérstöðu innan geðraskana og hafa sín greiningarskilmerki, en samsláttur við aðrar geðraskanir er mjög algengur, eins og til dæmis persónuleikaraskanir, ADHD, kvíðaraskanir, einhverfu og fíknisjúkdóma. Kjarninn í átröskun er einstakur að því leyti að hann snýst að svo miklu leyti um neikvæða líkamsupplifun einstaklingsins, og þráhyggju um útlit og þyngd. Þessu fylgir síðan yfirgengilega sterk þörf til að hafa stjórn á mataræði, hræðsla við óhollustu og megrunarárátta. Þessi ofuráhersla á neikvæða líkamsímynd er sértæk fyrir átraskanir. Þá má líta á átraskanir sem eins konar regnhlífarhugtak yfir fjölmargar birtingarmyndir þar sem sjúklegt mataræði og ýmsar ranghugmyndir varðandi líkamann og næringu eru miðpunktur. Orsakir átraskana eru misjafnar en eins og með aðra sjúkdóma er um að ræða samspil erfða og umhverfis og birtingarform sjúkdómsins mjög einstaklingsbundið.

Anorexía hefur alltaf verið til þó að sjúkdómurinn hafi fengið aukna athygli og vægi á síðustu áratugum að sögn Guðlaugar. „Það er þó alveg ljóst að þó átraskanir hafi fylgt manninum öldum saman hefur tíðni aukist mikið á undanförnum áratugum með sífellt meiri áherslu á mat og útlit. Þó hefur alvarlegasta birtingarmyndin, anorexia nervosa, ekki aukist svo mjög en bulimia og átkastaröskun verður æ fyrirferðarmeiri. Anorexía hefur ákveðna sérstöðu og er heilasjúkdómur fyrst og fremst. Hann sker sig úr öðrum átröskunum að því leyti að einstaklingurinn getur bókstaflega svelt sig til bana vegna ranghugmynda um mataræði og líkamsþyngd."

Faraldsfræðin segir að 9 af hverjum 10 einstaklingum með átraskanir séu konur, en allir geta veikst, óháð kyni, kynhneigð, kynvitund, kynþætti, aldri og félagsstöðu. „Það er lýst aukningu meðal ungra karlmanna en þeir eru ekki að skila sér í meðferð. Ástæður geta verið fordómar



„Átröskun er ekki bara „eitthvað félagslegt“ heldur alvarlegur langvinnur sjúkdómur samsettur úr geðrænum og líkamlegum þáttum,“ segir Guðlaug Þorsteinsdóttir geðlæknir.

og skömm en það er alveg ljóst að strákar eru ekki síður útsettir fyrir útlitsdýrkun nútímans og kröfum um að vera grannir og stæltir. Við höfum fengið marga karlmenn til meðferðar en þó alltof fáa og ég held að þeir séu í felum með þetta þar sem þetta er álitinn stelpusjúkdómur fyrst og fremst.“

Vantar sólarhringsúrræði og áfangaheimili

Átröskunarteymi Landspítala var sett á laggirnar árið 2006 og Guðlaug hefur verið læknir teymisins frá upphafi. „Teymið var sett á stofn eftir þrýsting frá samtökum sjúklinga og aðstandenda og Jón Kristjánsson þáverandi heilbrigðisráðherra veitti sérstaka fjárveitingu til verkefnisins. Frá 2009 höfum við verið á Hvítabandinu við Skólavörðustíg og rekum göngudeild og dagdeild. Húsnæðið er of lítið og lítið svigrúm til að þróa meðferðina, fyrir utan skort á viðhaldi hússins eins og víða á Landspítala. Það sem mest vantar er sérhæft sólarhringsúrræði fyrir veikustu einstaklinga. Þeir þurfa nú að leggjast inn á almenna bráðageðdeild, sem getur ekki boðið upp á gott meðferðarumhverfi eða prógram meðan á innlögn stendur. Við höfum reynslu af að senda sjúklinga til Norðurlanda í innlagnarmeðferð og draumurinn er að geta boðið upp á svipuð úrræði hér á Íslandi. Það er í raun með ólíkindum að við getum ekki boðið okkar veikustu sjúklingum sérhæfða endurhæfingu eða dvöl á áfangaheimili. Við erum eina landið í Skandinavíu sem ekki getur boðið þessa þjónustu. Síðan eru þeir sem búa „úti á landi“ og koma til okkar og nauðsynlega þurfa athvarf meðan á meðferð stendur.

Líkamlegar afleiðingar af átröskunum eru margvíslegar og alvarlegar. Sjúklingar leita mikið til almennra lækna vegna maga og ristilvandamála, hjartsláttartruflana, svima og slappleika, ófrjósemi, hárloss og fleira. Það sem er alvarlegast er beinþynning sem fylgir langvinnri vannæringu og er lúmsk. Við höfum séð ungar stúlkur um tvítugt með beinþéttni á við níræðar konur. Geðrænu þættirnir eru kvíði, þunglyndi, þreyta, orkuleysi og stundum vonleysi um bata. Það er þó ljóst að öllum getur batnað, þó bataleiðin sé mislöng og flókin eins og við segjum, þýðir ekki að gefast upp. Við skoðuðum hjá okkur að meðallengd veikinda var 8 ár áður en fólk kom til okkar. Veikindi byrja oft á unglingsárum og geta haft verulega neikvæð áhrif á skólagöngu, félagsþroska og fjölskyldulíf.“

Íþróttir, orkudrykkir og fæðubótarefni

Afreksíþróttafólki er hættara við átröskunum þar sem kröfur um þyngd til að ná árangri eru miklar. Guðlaug segir að Norðmenn hafi náð góðum árangri í að fást við þetta. „Þeir hafa sett saman flott prógramm með fræðslu um forvarnir til þjálfara og hvernig á að grípa inn í ef vandamál koma upp. Þetta kom í kjölfar þess að nokkrir af íþróttamönnum þeirra í fremstu röð létust vegna átröskunar. Við sjáum þetta hjá okkar íþróttafólki og það er nánast sama hvaða íþróttagrein um ræðir, ballett, fimleikar, fótbolti, lyftingar. Petra Lind Sigurðardóttir sálfræðingur í HR gerði meistararitgerð um líkamsímynd og átraskanir hjá íslensku íþróttafólki og sýndi að 25% kvenna höfðu neikvæða líkamsímynd og átröskunareinkenni og 14%. Ekki hefur verið skoðað algengi í fitness, en ljóst að þar er fólk í mikilli áhættu á að fá átröskun.“

Guðlaug segir orkudrykki og fæðubótarefni aldrei koma í stað matar og bendir á að alþjóðaólympíunefndin hafi gefið út það álit að börn og unglingar sem stundi íþróttir eigi aldrei að nota fæðubótarefni. „Þau eiga eingöngu að borða góðan og heilnæman mat. Orkudrykkir og fæðubótarefni eru of einhæf orkuinntaka og geta haft slæm áhrif á þroska barna og unglinga. Fyrir fullorðna einstaklinga er mikilvægt að átta sig á því að orkudrykkir og fæðubótarefni geta aldrei komið í staðinn fyrir mat. Það er ekki hægt að lifa á slíku.“

Guðlaug segir að lokum að hún vildi gjarnan sjá fleiri úrræði fyrir átröskunarsjúklinga og aukna meðvitund meðal heilbrigðisstarfsfólks um að þetta geti verið undirliggjandi. Það er í sjálfu sér ekki flókið að greina átraskanir og mikilvægt að benda fólki á að leita sér aðstoðar. Fyrir þá sem eru yngri en 18 ára er meðferðarteymi á BUGL en fullorðnir geta leitað aðstoðar til átröskunarteymis geðdeildar Landspítala. Sjúklingar geta líka leitað aðstoðar úti í bæ, hjá sálfræðingum og geðlæknum, en flóknari vandi ætti að koma til spítalans. „Við viljum hafa aðgengið sem einfaldast og fæstar girðingar. Fólk getur sent okkur tölvupóst á atroskun@landspitali.is eða fengið tilvísun frá fagfólki. Fjöldi einstaklinga sem hingað koma er breytilegur, um 80-100 árlega. Á hverjum tíma eru á milli 50-60 einstaklingar í meðferð hjá okkur. Brottfall úr meðferð er svipað og annars staðar, eða um 40-50% ,en margir koma aftur þegar þeir hafa hugsað málið og við tökum vel á móti öllum sem til okkar leita.“

Alltaf að læra eitthvað nýtt

- segir Sigurður Guðmundsson sem stendur á tímamótum

Hávar Sigurjónsson

Eflaust er Sigurður Guðmundsson sá læknir sem hefur haft hvað flesta fingur á púlsi íslenska heilbrigðiskerfisins undanfarna þrjá áratugi. Hann stendur senn á sjötugu og skal þá hætta störfum samkvæmt opinberum reglum þó starfsþrekið og eldmóðurinn séu síst minni en áður.

Eftir að Sigurður lauk sérfræðinámi í lyflækningum og smitsjúkdómum frá háskólasjúkrahúsinu í Madison Wisconsin árið 1985 réðist hann á Borgarspítala og síðar Landspítala. Hann var prófessor í lyflæknisfræði við Háskóla Íslands frá 1989 og gegndi báðum stöðum þar til hann tók við embætti landlæknis árið 1998. Hann var fyrsti forseti heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands þar sem sameinaðar voru undir einn hatt læknadeild, hjúkrunarfræðideild, lyfjafræðideild, sálfræðideild og matvæla- og næringarfræðideild. Fimm árum síðar sneri hann aftur á Landspítala sem sérfræðilæknir á smitsjúkdómadeild A7.

Að komast á aldur

Sigurður segir undarlegt að vera í fullri vinnu og með fullt vinnuþrek „ . . . og svo þegar ákveðin dagsetning rennur upp er maður bara sendur heim. Ég vil þó taka fram að mér hefur verið gefinn kostur á að starfa í hlutastarfi áfram við spítalann, en það breytir ekki viðhorfi mínu til lagaklásúlunnar sem kveður á um starfslok við 70 ára aldur. Það er reyndar svolítið merkilegt að samtök aldraðra hafi ekki neinn áhuga á þessu, að fólk geti haldið áfram að starfa eftir hinn lögboðna eftirlaunaaldur; baráttan gengur út á réttindin til að fá að hætta og fá réttmæt eftirlaun. Það er skiljanlegt sjónarmið en fyrir þau okkar sem telja sig enn hafa eitthvað fram að færa og aðrir eru sammála því að við getum það, er þetta sóun á reynslu og þekkingu sem við tökum þá bara heim með okkur. Þarna eru mikil verðmæti sem ætti að vera hægt að nýta með ýmsum hætti, því þótt sannarlega sé læknisstarfið þannig að færni manns til ákveðinna verka minnki með aldrinum, getur maður gefið ýmislegt af sér.

Það er svo útfærsluatriði hvernig hæfni hvers einstaklings er metin en það er nokkur tvískinningur fólginn í því að læknir má alls ekki vinna fram yfir sjötugt hjá ríkinu, þar sem hann er þó umkringdur samstarfsfólki sem hefur gætur á honum, en læknum leyfist að vera einyrkjar á stofu út í bæ fram til 76 ára aldurs og geta svo sótt um framlengingu starfsleyfis til eins árs í senn þangað til einhverjum finnst komið nóg.“

Margir horfa til eftirlaunaáranna með eftirvæntingu því þá geta þeir farið að snúa sér að áhugamálunum óskiptir.

„Það er alveg rétt og mjög nauðsynlegt að geta um frjálst höfuð strokið og leikið sér, en þegar maður hefur samsamast starfinu að miklu leyti og sjálfsmynd manns liggur þar og síðan er því skyndilega kippt undan manni, getur lendingin verið dálítið harkaleg. Þetta ætti að vera tilefni fyrir samninganefnd Læknafélags Íslands að hafa með í farteskinu þegar hún sest næst við samningaborðið.“

Sigurður þarf þó ekki að kvíða aðgerðaleysi því stjórnendur Landspítala hafa boðið honum að vera í hlutastarfi áfram á lyflækningadeildinni þar sem hann hefur starfað og kemur sú ákvörðun reyndar í kjölfarið á því að nær 200 læknar og læknanemar á spítalanum skrifuðu undir áskorun þess efnis til stjórnenda spítalans.

„Ég er mjög hrærður og jafnframt glaður yfir þessu og það er ánægjulegt að fá að starfa áfram þó í minna mæli sé en áður. Lendingin verður óneitanlega mýkri,“ segir hann léttur í bragði.

Sjálfsmyndin liggur í starfinu

Hann segir lækna í ákveðnum skilningi upptekna af sjálfum sér og þó það geti vissulega birst í stórlæti sé það skiljanlegt því starfið sé þess eðlis. „Við eigum það til að telja okkur „God´s gift to medicine“ en reyndar eru nú fáir ef nokkrir sem rísa undir því. Læknisfræðin er þannig að þó maður sé búinn að vera í bransanum áratugum saman er maður alltaf að læra eitthvað nýtt. Það er svo gaman að tala við læknanemana um hvað þetta sé heillandi og gefandi við læknisstarfið. En við megum samt ekki gleyma auðmýktinni frammi fyrir læknisfræðinni og hversu miklu stærri hún er en nokkurt okkar. Það



„Í stað þess að liggja í pólitískum skotgröfum eigum við að taka höndum saman um að sníða vankantana af annars ágætu kerfi," segir Sigurður Guðmundsson smitsjúkdómalæknir sem nú stendur á sjötugu eftir farsælan starfsferil.

er kannski mikilvægast af öllu. En nú er ég farinn að tala eins og prestur í mærðarstól. Blessaður komdu með aðra spurningu!"

Heldurðu að þín kynslóð byggi kannski sjálfsmynd sína meira á starfinu heldur en unga fólkið í dag?

„Það getur vel verið og er þá af hinu góða ef yngra fólkið skynjar betur en við að lífið á sér fleiri hliðar en starfið. Góður maður sagði að lífið sjálft væri starf og því má ekki gleyma. Þó veit ég að yngra fólkið er engu minna hugfangið af læknisfræðinni og starfinu en við eldra fólkið vorum og erum. Þetta er einfaldlega þannig og við leggjum svo mikið í það; námið er langt og strangt, við erum allt að 20 árum að fullnuma okkur í sérgrein og allt er þetta gert vegna starfsins og af einlægum áhuga. Þetta hlýtur því að vera stór partur af sjálfsmyndinni hjá okkur öllum. Ungum sem eldri. Ég er ekki einu sinni viss um að mér finnist sá læknir öfundsverður sem getur skilið vinnuna eftir þegar vakt lýkur og hugsað um allt aðra hluti þar til næsta vakt hefst. Maður tekur starfið með sér heim, bæði meðvitað og ómeðvitað, brýtur heilann um hvað sé nú að þessum sjúklingi og hvers vegna get ég ekki leyst þetta. Svo kemur þetta til manns allt í einu, kannski um miðja nótt!

Ég var alltaf ákveðinn í snúa aftur sem smitsjúkdómalæknir þó hlutirnir hafi æxlast þannig að ég sinnti embættis- og stjórnunarstörfum í þessi 15 ár. Sá tími var ómetanleg reynsla, og ég er mjög þakklátur fyrir að hafa fengið tækifæri til að gegna þessum störfum. Reyndar tók ég mér ársleyfi 2006-2007 ásamt eiginkonu minni, Sigríði Snæbjörnsdóttur, og við fórum á vegum Þróunarsamvinnustofnunar Íslands til Malaví í Austur-Afríku þar sem við störfuðum á lítilli heilsugæslustöð við mjög frumstæð skilyrði. Það var góð reynsla en jafnframt dálítið erfið."

Um íslenska heilbrigðiskerfið

„Ég ætla að leyfa mér að vera bjartsýnn á framtíðina og segja að það sem við erum að gera í heilbrigðisþjónustunni er flest til fyrirmyndar og eftirbreytni. Það er engin tilviljun að alþjóðlegar úttektir eru mjög jákvæðar. Þó er margt sem við getum gert betur og annað sem er beinlínis hunsað og kemur ekki nægilega skýrt fram í þessum flottu úttektum sem ég nefndi. Við höfum talað okkur blá og græn í andlitinu í 20 ár yfir skorti á nýju húsnæði yfir Landspítala og við tökumst á um rekstrarform í heilbrigðisþjónustunni og sitjum uppi með það að fólk fer til útlanda að láta gera á sér aðgerðir fyrir þrisvar sinnum meira en það myndi kosta að gera þær hér. Þetta gerum við á grundvelli pólitískra grunnskoðanna stjórnmálamanna en ekki á grundvelli þess hvað er best fyrir sjúklinganna. Það er hægt að hafa ólíkar skoðanir á einkarekstri versus opinberum rekstri en staðreynd málsins er engu að síður sú að allt er þetta greitt af opinberu fé. Ég er gamall sósíalisti og enn er taug í mér til þess en það breytir því þó ekki að ég er löngu búinn að sjá að ýmislegt í heilbrigðisþjónustunni er betur komið í höndum annarra en ríkisins. Átökin um þetta hafa kristallast í deilum um Klínikina og hvað svo sem má segja um það er alveg ljóst að þar er tekist á um hagsmuni annarra en



Sjaldan fellur eplið . . . Bryndís Sigurðardóttir Guðmundssonar læknir á smitsjúkdómadeild Landspítala flytur erindi á málþingi um alnæmi á þingi smitsjúkdómalækna í ágúst síðastliðinn.

sjúklinganna. Og í því liggur vandinn. Gleymum því ekki að einkarekstur í heilbrigðisþjónustu gengur ljósum logum hér á landi í dag. Það eru tugir stofa, fyrirtækja og stofnana sem fá rekstrarfé sitt frá ríkinu en starfa á einkareknum grunni. Það vantar hins vegar nægilega mikla samræmingu og samvinnu á milli þessara tveggja kerfa, þau vinna ekki vel saman, þó það hafi skánað á síðustu árum, en það er grundvallaratriði að upplýsingaflæðið sé óheft þarna á milli. Umræðan og deilurnar hafa teflt þessum kerfum gegn hvort öðru og þarna vantar sáttasemjarann til að fá kerfin til að vinna saman. Það er fráleitt að láta sér detta í hug að opinbera kerfið geti annað öllum verkefnum sem þarf að sinna. Það hljómar hins vegar mjög vel þegar stjórnmálamaður og ráðherra segir að kerfið eigi að geta það. Okkur sem störfum í kerfinu er fullljóst það er ekki hægt. Við höfum reynt það og það gengur einfaldlega ekki. Einkastofur eru með 500.000 komur á ári og það er útilokað fyrir Landspítala og Heilsugæsluna að taka við þessum fjölda án þess að verulegar grundvallarbreytingar komi til í mannafla, launum, tækjabúnaði, húsnæði og annarri aðstöðu. Það getur vel verið að stundaðar séu oflækningar einhvers staðar og þá eflaust vanlækningar annars staðar, Landspítali er engin undantekning frá því og einfaldast að benda á bráðamóttökuna. Þriðji hver sjúklingur sem þangað leitar á ekkert erindi á bráðamóttöku heldur ætti að fara á Heilsugæsluna. Til þess þarf að efla hana en það er ekki gert og þetta rekst fyrir vikið hvað á annars horn. Ég skal fúslega viðurkenna að læknar geta verið erfiðir í samningum og verja hagsmuni sína. Kannski mætti vera meiri sáttatónn í þeim ekki síður en hinum.“

Illa búið að öldruðu og veiku fólki

Sigurður segir aðbúnað aldraðra vera sér hugleikinn og kannski sé það vegna þess að hann er sjálfur að verða opinberlega aldraður.

„Ef ég ætti að nefna einn akkilesarhæl í heilbrigðiskerfinu okkar er það hvernig við sinnum veikum öldruðum. Það er eitthvað verulega mikið að þegar 100 veikir aldraðir einstaklingar liggja á hverjum tíma á deildum Landspítala, en væru mun betur komnir annars staðar þar sem unnt er að veita þeim betri og meira viðeigandi þjónustu.

Það er eins og það komi okkur alltaf jafnmikið á óvart þegar einhver eldist. Það er þó búið að standa til mjög lengi en þegar það gerist er kerfið ekki tilbúið að taka við. Það er skortur á hjúkrunarrýmum og hjúkrunarheimilum sem skapar þennan vanda á Landspítala. Þetta leystist reyndar tímabundið með lögum 2006 um vistunarmat sem nú heitir færni- og heilsumat en vegna þess að ekki var staðið nægilega vel að aukningu hjúkrunarrýma erum við á sama stað núna og við vorum fyrir 2006. Mér finnst þetta vera að bæta gráu ofan á svart. Maður finnur sárt til með þessu fólki sem liggur á lyflækningadeild Landspítala sem er einsog járnbrautarstöð, þegar næði og hvíld með góðri umönnun er það sem þarf. Þessu verðum við að breyta og það strax. Það þarf að leggja aukna fjármuni í þennan málaflokk og ekki síst að huga að launakjörum en mig grunar að svokallaður hjúkrunarfræðingaskortur sé vegna launanna fyrst og fremst. Af hverju vilja svo margir hjúkrunarfræðingar frekar gefa fólki kaffi í 35.000 feta hæð en sinna sjúklingum á jörðu niðri? Af því að það munar 150.000 kalli á mánuði! Það er svo margt sem við getum verið stolt af í heilbrigðisþjónustunni og við eigum að vera óhrædd við að horfast í augu við gallana og í stað þess að liggja í pólitískum skotgröfum eigum við að taka höndum saman um að sníða vankantana af annars ágætu kerfi.“

Fjölónæmar bakteríur og bólusetningar

„Alexander Fleming, sá ágæti maður sem fann upp pensilínið, sagði árið 1928 að það yrði að nota þetta lyf af ábyrgð, annars færi illa. Hann hafði rétt fyrir sér því nú 90 árum síðar stöndum við frammi fyrir því sem sumir vilja kalla stærstu ógn við heilsufar mannkyns á 21. öld. Við höfum notað sýklalyf af ábyrgðarleysi og slíku hömluleysi að nú eru komnar fram bakteríur sem engin þekkt sýklalyf vinna á. Þetta á bæði við um ofnotkun sýklalyfja í mannalækningum en einnig og ekki síður vegna yfirgengilegrar notkunar þeirra í landbúnaði. Við höfum reyndar sloppið við það hér á Íslandi en með nýjum reglum um innflutning á kjöti frá öðrum löndum er meiri hætta á að fjölónæmar bakteríur komi til okkar. Þar ráða gróðasjónarmið ferðinni en ekki almannaheill. Við eigum að beita öllum ráðum til að draga úr hættunni á þessu.

Fram að þessu hefur tekist að finna upp sýklalyfjaflokka sem við getum notað en það er ekki víst að okkur takist það lengi til viðbótar. Þetta eru framtíðaráhyggjur en raunverulegar.

Ef við lítum til heimsins í heild er einkum tvennt sem hefur þau áhrif að sjúkdómar smitast hraðar en áður. Það er alþjóðavæðingin með mestu flutningum fólks um heimsbyggðina sem hingað til hafa þekkst og svo er það borgarvæðingin þar sem milljónir manna búa í nánu samneyti. Hvernig sjúkdómar smitast ræður því að miklu leyti hversu alvarlegur faraldurinn verður. Það er varla hægt að hugsa það til enda ef til dæmis ebóluveiran hefði smitast með innöndun en ekki snertingu. Hvað varðar smitsjúkdómana líður varla svo ár að nýir sýklar sem geta gert fólki skráveifu komi ekki fram. Þó er rétt að hafa í huga að heimsbyggðin er óðum að renna saman í eina heild hvað sjúkdóma varðar og af 10 algengustu dánarorsökum fólks eru 6 þeirra sameiginlegar öllum heimsálfum. Lífsstílssjúkdómar vega þyngra í dag en smitsjúkdómar í löndum sunnan Sahara í Afríku.

En jafnalvarlegir og smitsjúkdómarnir eru er að vissu leyti auðveldara að fást við þá en lífsstílssjúkdómana. Við kunnum það að minnsta kosti betur. Við getum búið til bóluefni gegn smitsjúkdómunum og sprautað því í fólk en það getum við ekki þegar offita, hjartasjúkdómar og sykursýki 2 eru annars vegar. Þá þarf að koma til hugarfarsbreyting einstaklingsins, með gerbreyttum lífsstíl, mataræði og hreyfingu og það getur reynst flóknara og erfiðara en að finna mótefni við veiru jafn mótsagnakennt og það hljómar.“

Afrísk heilbrigðisþjónusta

Sigurður segir að dvöl þeirra hjóna í Malaví í Austur-Afríku hafi gerbreytt mati þeirra á hvað felist í raunverulegum lífsgæðum. „Það eru stórkostleg gæði að búa við heilbrigðisþjónustu þar sem öll lyf eru fáanleg og börn deyja ekki úr algengustu sýkingum og smitsjúkdómum. Á heilsugæslustöðinni þar sem við störfuðum dó að meðaltali eitt barn á dag á rigningartímanum vegna þess að það komst of seint undir læknishendur eða lyfin voru ekki til. Ég man sérstaklega eftir 13 ára stúlku sem dó úr heilahimnubólgu vegna þess að ekki var til sýklalyf. Þetta var erfið reynsla en lærdómsrík og kenndi manni að meta þau gæði sem við búum við hér. Í rauninni var þetta svo djúpstæð reynsla að ég hugsa gjarnan um lífshlaup mitt sem tvo þætti, annan fyrir og hinn eftir árið í Malaví.

Annað mál sem vert er að minna á í þessu samhengi er vaxandi andstaða gegn bólusetningum. Hafi ég einhvern tíma séð með eigin augum hve mikilvægar bólusetningar eru, þá var það í Malaví. Það voru ákveðin forréttindi að taka þátt í því að efla bólusetningar í þessu örfátæka landi og sjá hvílíkan árangur þær hafa borið, reyndar um alla Afríku sunnan Sahara. Þar nálgumst við nú þann árangur í að stemma stigu við illvígum barnasjúkdómum sem við höfum náð hér í ríkum og velmegandi löndum fyrir löngu. Því er það með ólíkindum að sumt fólk, að vísu í minnihluta, en víða hávært, skuli hvetja foreldra til að hafna bólusetningum barna sinna. Lítið fer fyrir þessum sjónarmiðum hérlendis sem betur fer, en þeim gæti vaxið fiskur um hrygg hér eins og annars staðar. Mér finnst þessi sjónarmið lýsa vanvirðu og jafnvel fyrirlitingu í garð þeirra sem eru í mestri hættu á að fá þessa sjúkdóma, og gleymum ekki því að á heimsvísu er þar fyrst og fremst um fátækt fólk að ræða.“

Örverur mannslíkamans heillandi rannsóknarefni

Sigurður var forseti alþjóðlegs þings smitsjúkdómalækna sem fram fór í Hörpu dagana 19.-22. ágúst og þar komu saman sérfræðingar og kynntu niðurstöður rannsókna sinna. Sigurður segir að sérstaklega heillandi hafi sér þótt umfjöllun um svokölluð microbiom (örverumengi) þar sem örveruflóra mannslíkamans bæði innan í og utan á er viðfangsefnið.

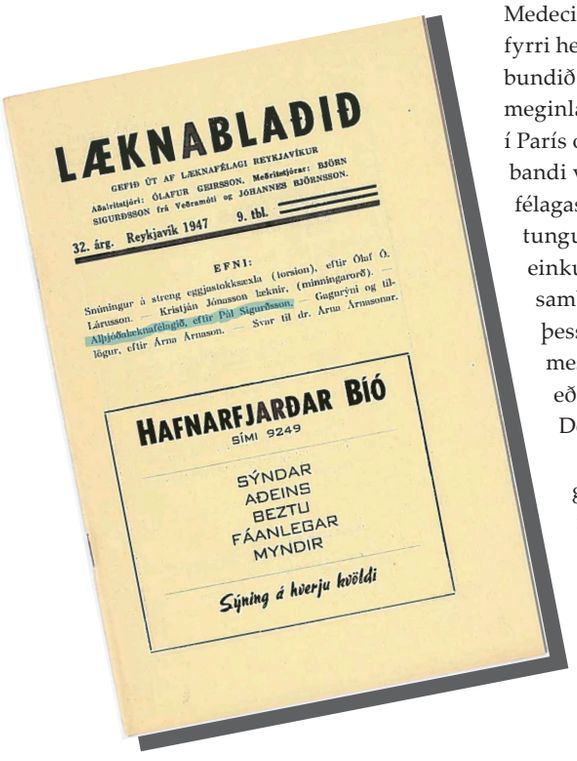
„Það er vitað að örverur mannslíkamans eru 10 sinnum fleiri en allar frumur hans og því má segja að maður sér bara 10% maður sjálfur. Allt hitt eru aðrar lífverur. Þetta samsafn örvera hefur gríðarlega mörg og merkileg hlutverk í líkamanum og hefur verið að þróast í þúsundir ára. Það sem er heillandi við þetta er þýðingin sem þetta hefur um tilurð sjúkdóma og við erum rétt að byrja að átta okkur á þessu. Ég hugsa að eftir því sem þekkingu okkar á þessu fleygir fram á næstu árum og áratugum muni þetta hafa meiri áhrif á hvernig lækningar þróast heldur en genarannsóknir. Ég ætla ekki að tala genarannsóknir niður, enda gríðarlega merkar niðurstöður sem hafa komið úr þeim ranni, en ennþá hefur okkur ekki tekist að finna lækningar við mörgum þeim sjúkdómum sem við vitum nú að orsakast af erfðum. Hvað sem því líður þá eiga rannsóknir á örverumengi mannslíkamans eftir að setja gríðarlega mikinn svip á læknisfræðina á komandi árum og áratugum.“

Með þeim orðum sláum við botninn í þetta samtal við Sigurð Guðmundsson sem er enn jafn gagntekinn af læknisfræði og þegar hann leit fyrst bakteríur augum í smásjá sem læknastúdent. Megi læknanemar og samstarfsmenn njóta eldmóðs hans lengi enn.

Grein eftir Pál Sigurðsson úr *Læknablaðinu* frá árinu 1947

Alþjóðalæknafélagið – World Medical Association

Fram að heimsstyrjöldinni fyrri kvað heldur lítið að alþjóðasamvinnu á sviði heilbrigðis- og félagsmála. Helzt var þá um að ræða samþykktir og milliríkjasamninga um sóttvarnir. Stundum með tilliti til ákveðinna sótta eða miðaðir við takmarkað landssvæði í heiminum. Eftir að styrjöldinni lauk var eins og augu manna opnuðust fyrir mikilvægi slíkrar samvinnu. Í sambandi við Þjóðabandalagið gamla var, eins og kunnugt er, sett á stofn Heilbrigðisstofnun Þjóðabandalagsins (Health Organisation of the League of Nations), sem gerði ómetanlega mikið gagn meðan hennar naut við. Eftir síðari heimsstyrjöldina hefir þó fyrst komið skriður á þessi mál. Má segja, að hvert sambandið rísi upp á fætur öðru og hver ráðstefnan reki aðra. Helzta stofnunin, sem komið hefir verið á fót til þess að starfa að heilbrigðismálum, er eins og kunnugt er Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (World Health Organisation). Hefir dr. med. Helgi Tómasson flutt erindi nokkuð um hana í dagblöð. Það má segja, að til þessa hafi það verið miklum erfiðleikum bundið að gera sér grein fyrir og fylgjast með því, sem gerzt hefir á sviði heilbrigðismála og menningarmála í heiminum, þar sem ekki hefir verið völ neinnar hentugrar handbókar, erlendrar eða innlendrar, um þessi mál. Nú hefir Vilmundur Jónsson landlæknir unnið það þarfa verk, að draga saman í heildarriti það helzta, sem snertir þetta efni. Bók þessi er nýútkomin sem fylgirit með heilbrigðisskýrslunum 1944 og heitir „Alþjóðasamvinna um heilbrigðismál".


LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF LÆKNAFÉLAGI REYKJAVÍKUR

Ábyrgðarmaður: ÓLAFUR GEIRSSON. Meðritstjórar: BJÖRN SIGURÐSSON frá Veðramóti og JÓHANNES BJÖRNSSON.

32. árg. Reykjavík 1947 9. tbl.

EFNI:

Smáningur á streng eggjastokksæxla (torsion), eftir Ólaf Ó. Lárusson. — Kristján Jónasson læknir, (minningarorð). — Alþjóðalæknafélagið, eftir Pál Sigurðsson. — Gagurýni og tilögur, eftir Árna Árnason. — Svar til dr. Árna Árnasonar.

HAFNARFJARÐAR BÍÓ
SÍMI 9249
SÝNDAR
AÐEINS
BEZTU
FÁANLEGAR
MYNDIR
Sýning á hverju kvöldi

Mér er ekki kunnugt um, að nein alþjóðleg læknasamtök, sem nokkuð hefir að kveða, hafi starfað fyrr en stofnað var Alþjóðasamband lækna (L'association Professionnelle Internationale des Medecine). Komst það á fót skömmu eftir fyrri heimsstyrjöldina. Var það einkum bundið við Evrópu, en þó sérstaklega við meginlandið. Það hafði höfuðbækistöðvar í París og aðalskrifstofa þess var í sambandi við skrifstofur Franska Læknafélagasambandsins. Eina viðurkennda tungumálið var Franska. Starfsemin var einkum innifalin í bréfaviðskiptum við sambandsfélögin og fundahöldin. Auk þess gaf það út tímarit. Aðalritari þess mestallan tímann, sem það starfaði eða frá 1925-1939, var Dr. Fernand Decourt.

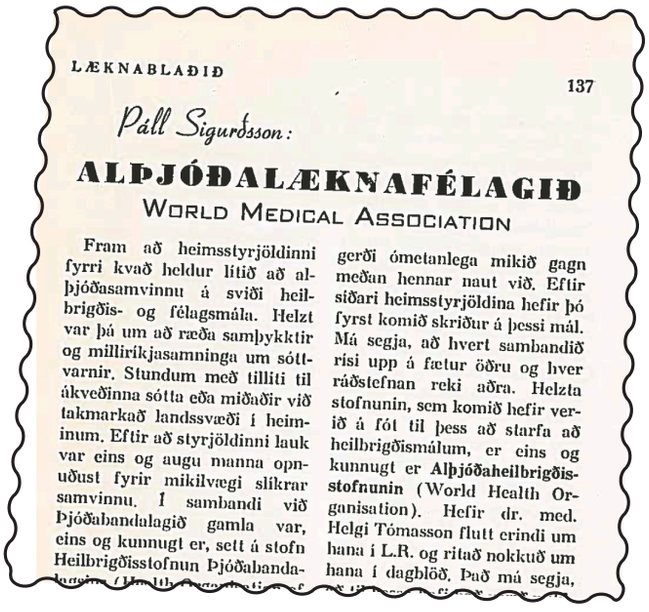
Á meðan síðari heimsstyrjöldin geisaði lá starfsemi þessa félags niðri, en í lok hennar var ýmsum málsmetandi læknum orðið það ljóst, að alþjóðafélagsskapur lækna gæti gert ómetanlegt gagn á sviði heilbrigðis- og félagsmála. Fyrir atbeina Brezka Læknafélagsins (British Medical Association) komu nokkrir læknar saman á fund í London í júní 1945, þar á meðal voru nokkrir erlendir læknar, sem þá voru staddir í Bretlandi. Eftir þennan fund hóf Brezka Læknafélagið (B.M.A.) og Alþjóðasamband lækna (A.P.I.M.) undirbúning að stofnun alþjóðalæknafélags. Var ákveðið að halda undirbúningsfund í London í sept. 1946. Læknafélögum 45 þjóða var boðið að senda fulltrúa á þennan fund, þar á meðal Læknafélagi Íslands, og varð það við þeim tilmælum. Fundinn sóttu 43 fulltrúar frá 38 löndum. Af hálfu Íslands mætti sem fulltrúi Karl Strand. Auk fulltrúanna mættu 32 áheyrendur.

Á fundi þessum var ákveðið að stofna alþjóðalæknafélag á miklu breiðari grundvelli en hið gamla hafði verið. Til þess að undirbúa félagsstofnunina voru ráðnir tveir bráðabirgðaritarar, þeir Charles Hill, ritari Brezka Læknafélagsins og P. Cibrie, ritari Franska Læknafélagasambandsins.

Auk þess var kosin 9 manna undirbúningsnefnd og hlutu þessir læknar kosningu:

F. Decourt (Frakkland),
P. Glorieux (Belgía),
D. Knutson (Svíþjóð),
O. Leuch (Sviss),
J.A. Pridham (Bretland),
T.C. Routley (Kanada),
L. Shawki (Egiptaland),
L. Tornel (Spánn),
A. Zahor (Tékkóslóvakía).

Skömmu eftir fundinn bættist Læknafélag Bandaríkja N.-Ameríku í hópinn og var þá talin ástæða til að bæta við 10. manni í undirbúningsnefndina frá því félagi. Fyrir valinu varð Louis H. Bauer.



LÆKNABLAÐIÐ 137

Páll Sigurðsson:

ALÞJÓÐALÆKNAFÉLAGIÐ

WORLD MEDICAL ASSOCIATION

Fram að heimsstyrjöldinni fyrri kvað heldur lítið að alþjóðasamvinnu á sviði heilbrigðis- og félagsmála. Helzt var þá um að ræða samþykktir og millirikjasamninga um sóttvarnir. Stundum með tilliti til ákveðinna sótta eða miðaðir við takmarkað landssvæði í heiminum. Eftir að styrjöldinni lauk var eins og augu manna opnuðust fyrir mikilvægi slíkrar samvinnu. Í sambandi við Þjóðabandalagið gamla var, eins og kunnugt er, sett á stofn Heilbrigðisstofnun Þjóðabanda-

gerði ómetanlega mikið gagn meðan hennar naut við. Eftir síðari heimsstyrjöldina hefir þó fyrst komið skriður á þessi mál. Má segja, að hvert sambandið rísi upp á fætur öðru og hver ráðstefnan reki aðra. Helzta stofnunin, sem komið hefir verið á fót til þess að starfa að heilbrigðismálum, er eins og kunnugt er **Alþjóðaheilbrigðisstofnunin** (World Health Organisation). Hefir dr. med. Helgi Tómasson flutt erindi um hana í L.R. og ritað nokkuð um hana í dagblöð. Það má segja,

Á undirbúningsfundinum í London var félaginu gefið nafnið Alþjóðalæknafélagið (World Medical Association) og ákveðið að halda stofnfund þess og fyrsta aðalfund í París í september 1947. Vegna eindreginna tilmæla forgöngumanna þessa félagsskapar tók Læknafélag Íslands þátt í honum og sendi fulltrúa á stofnþingið í París s.l. haust. Mættu sem fulltrúar af hálfu félagsins Þórður Þórðarson og ég. Áður hafði Læknafélag Íslands átt nokkur bréfaskipti við bráðabirgða ritarana, einkum ritara Brezka Læknafélagsins, og meðal annars svarað allnákvæmri fyrirspurn um læknaskipun og heilbrigðismál á Íslandi. Samsvarandi fyrirspurn hafði verið send læknafélögum 61 þjóðar.

Á þinginu í París mættu fulltrúar frá 44 þjóðalæknafélögum. Auk þess fjöldi áheyrenda, bæði frá læknafélögum og ýmsum stofnunum, meðal annars frá Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (World Health Organisation) og menningar- og fræðslustofnunum Sameinuðu þjóðanna (United Nations Educational, Scientif and Cultural Organisation). Þingið hófst miðvikudaginn 18. september og var lokið laugardaginn 20. september.

Þinginu var skipt í tvennt. Fyrri hlutanum, sem einkum fjallaði um skipulag félagsins, lög þess og reglugerð, var stjórnað af þeim Sir Hugh Lett og Dr. T.C. Routley. Í lok fyrri hluta þingsins var borin upp og samþykkt svolátandi ályktun:

„Hinn 18. september 1947, klukkan 3 og 40 mínútur eftir hádegi, var stofnað í Parísarborg Alþjóðalæknafélagið (The World Medical Association)."

Síðari hluta þingsins stjórnaði prófessor Eugéne Marquis, en hann hafði verið valinn forseti félagsins fyrir árin 1947 og 1948 á fundinum í London.

Aðeins þau læknafélög, sem kenna sig við eitthvert land eða þjóð, geta fengið upptöku í Alþjóðalæknafélagið. Hvert landsfélag, hversu fjölmennt eða fámennt sem það er, hefir rétt á tveimur atkvæðum.

Stefnuskrá Alþjóðafélagsins er í höfuðatriðum þessi:

a. Að tengja traustari böndum þjóðalæknasamtök og auka samstarf lækna með persónulegum kynnum og alls konar öðrum ráðum, sem til greina geta komið.
b. Að halda uppi heiðri læknastéttarinnar og vernda áhugamál hennar.
c. Að rannsaka og gefa skýrslur um læknisfræðileg verkefni, sem mæta stéttinni í hverju landi fyrir sig.
d. Að skipuleggja gagnkvæma fræðslu um áhugamál læknastéttarinnar.
e. Að koma á framfæri sjónarmiðum læknastéttarinnar við Alþjóðaheilbrigðisstofnunina (W.H.O.) U.N.E.S.C.O. og aðrar slíkar stofnanir og hafa samvinnu við þær.
f. Að hjálpa öllum þjóðum heims til þess að komast á svo hátt stig heilsufarslega, sem auðið er.
g. Að vinna að heimsfriði.

Upphaflega var ráðgert að aðaltungumálin, sem félagið notaði, yrðu tvö, Enska og Franska, en á stofnþinginu í París bættust Læknafélög Suður-Ameríku í hópinn. Var þá talið rétt, að bæta við Spænsku sem einu af aðaltungumálunum, enda gerðu þau það að skilyrði fyrir þátttöku sinni.

Ákveðið var að aðalskrifstofa félagsins yrði í Norður-Ameríku. Var það einkum gert með tilliti til þess að félagið ætlar sér að starfa í sambandi við Alþjóðaheilbrigðisstofnunina (W.H.O.) og U.N.E.S.C.O., en þessar stofnanir hafa skrifstofur sínar þar.

Ekki telst ástæða til, að þessu sinni, að greina nánar frá því, sem gerðist á þinginu í París eða skipulagi Alþjóðalæknafélagsins, þar sem gert er ráð fyrir, að lög þess og reglugerð verði fjölrituð ásamt fundargerðinni, eða að minnsta kosti útdráttur úr henni og síðan sent félögum Læknafélags Íslands.

Þess má geta, að Læknafélag Íslands hefir í Alþjóðalæknafélaginu sömu aðstöðu til þess að hafa áhrif á gang mála og læknafélagasamtök stórþjóðanna, svo sem Stóra-Bretlands og Bandaríkja Norður-Ameríku.

Yfirstjórn Alþjóðalæknafélagsins er í höndum sérstaks ráðs 10 lækna, sem kosnir eru á hverju aðalþingi. Að þessu sinni voru þessir valdir í ráðið:

T.C. Routley (Kanada), formaður,
D. Knutson (Svíþjóð), varamaður,
L.H. Bauer (Bandaríkin),
J.A. Bustamante (Kúba),
P. Cibrie (Frakkland),
A. Hartwich (Austurríki),
P.Z. King (Kína),
J.A. Pridham (Bretland),
S.C. Sen (Indland),
L.G. Tornel (Spánn).

Samþykkt var, að næsta aðalþing, 1948, skyldi haldið í Prag.

Akstur undir áhrifum slævandi lyfja

Andrés Magnússon læknir
Jón Pétur Einarsson lyfjafræðingur
Ólafur B. Einarsson sérfræðingur
olafur@landlaeknir.is

Embætti landlæknis
Directorate of Health

Akstur undir áhrifum lyfja getur skert hæfni ökumanna til að stjórna ökutækjum og haft í för með sér slysahættu. Talið er að áfengi og lyf komi við sögu í 24% allra dauðsfalla í umferðarslysum í Noregi og hafa Norðmenn birt reglur um magn lyfja sem má greinast í blóði ökumanna. Reglurnar eru settar til að auka öryggi í umferðinni og til að auka skilvirkni dómsmála er varða slík umferðarlagabrot.

Í Noregi eru refsimörk miðuð við 0,02% áfengisstyrks í blóð með stigvaxandi þyngingu refsingar eftir því sem meira magn greinist. Á Íslandi eru refsimörk áfengis 0,05% og fara sektir hækkandi með auknum áfengisstyrk. Ólíkt því sem gildir í Noregi vantar skýrar reglur á Íslandi um hversu mikið magn af lyfjum má greinast í blóði ökumanna. Lengi vel þurfti að fá sérfræðiálit í hverju dómsmáli í Noregi en þegar reglunum var breytt árið 2012 voru skilgreind mörk á styrk 20 mismunandi lyfja/eiturlyfja í blóði sem gerði úrvinnslu mála einfaldari. Mörkin fyrir hvert lyf voru heimfærð upp á, eða borin saman við mismunandi styrki af áfengi í blóði (0,02%, 0,05% og 0,12%). Listi yfir lyfin og reglurnar má finna hér: regjeringen.no/contentassets/61d8bf75d02e4b64ab0bfbea-244b78d9/sd_ruspavirket_kjoring_net.pdf

Í listanum eru tilgreind helstu róandi lyf eins og díazepam, oxazepam, nítrazepam, alprazolam; svefnlyf eins og zópíklón og zolpídem, ásamt morfíni og skyldum lyfjum eins og buprenorfín og metadón.

Notkun svefnlyfja var 55% meiri hér á landi miðað við Noreg og notkun róandi og kvíðastillandi lyfja var 78% meiri hér á landi árið 2017, sjá línurit 1[1,2] en mun fleiri nota lyfin hér á landi en til dæmis í Noregi, sjá töflu I. Fram kemur í nýjustu skýrslu frá Nomesco að sala ópíóíða var 50% meiri hér á landi miðað við Noreg árið 2016 og hefur notkun

Tafla I. *Fjöldi notenda á 1000 íbúa fyrir Parkódín, róandi- og svefnlyf í Noregi og Íslandi árin 2011 og 2017.*

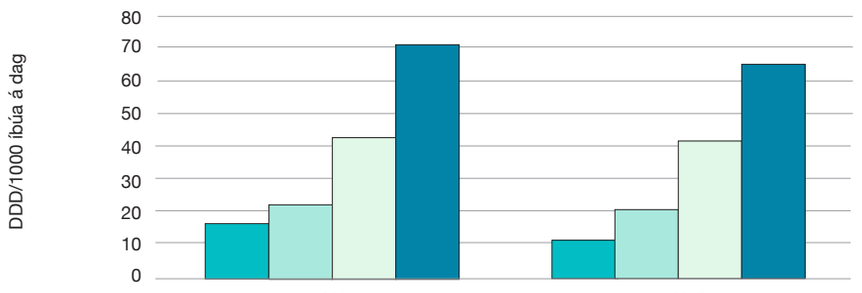
		2011	2017	Breyting (%)
Parkódín/Parkódín forte	Noregur	78,3	66,5	-17,8
	Ísland	153,5	173,5	11,5
Róandi- og kvíðastillandi	Noregur	55,3	47,9	-15,5
	Ísland	71,9	77,9	7,7
Svefnlyf	Noregur	83,0	82,6	-0,5
	Ísland	113,4	102,4	-10,7

Tafla II. *Leyfileg mörk sem læknir má ávísa á dag með tilliti til aksturs.*

Lyf	Algeng sérlyfjaheiti	Noregur	Danmörk
Oxazepam	Sobril	30 mg	30 mg
Díazepam	Stesolid	10 mg	Ekki leyft
Alprazolam	Tafil	Ekki leyft	Ekki leyft
Nítrazepam	Mogadon	10 mg	Ekki leyft
Zópíklón	Imovane	7,5 mg	7,5 mg
Zolpídem	Stilnoct	10 mg	10 mg
Dæmi um ópíöt			
Parkódín forte	Parkódín forte	Flóknari reglur	Ekki leyft

Ekki má taka tvö af þessum lyfjum samtímis. Enn strangari reglur fyrir atvinnubílstjóra. Undanþágur stundum veittar, til dæmis við langvarandi notkun.

Línurit 1. Ávísanir róandi lyfja (NO5B) og svefnlyfja (NO5C) á Íslandi og í Noregi



	2011	2017
Noregur - Róandi lyf	16,6	11,7
Ísland - Róandi lyf	22,8	20,8
Noregur - Svefnlyf	43,5	41,9
Ísland - Svefnlyf	72,4	65,0

verið að aukast hér á landi en hún hefur dregist saman á hinum Norðurlöndunum.[3]

Norsk yfirvöld skilgreindu ekki aðeins mörk í blóði heldur einnig hversu mikið af ávanabindandi lyfjum læknir megi ávísa án þess að sjúklingurinn verði sviptur ökuleyfi. Danir hafa gefið út svipuð viðmið.[4] Til eru viðmið fyrir ópíóíða, lyfjasamsetningar og fleira en hér er fyrst og fremst sýnt dæmi um leyfilegt magn ávísaðra benzódíazepína, svefnlyfja og Parkódín forte (tafla II).

Árið 2017 fengu 23.000 einstaklingar ávísað Parkódín forte og 7.000 manns alprazolam og hefðu því samkvæmt dönskum reglum ekki mátt aka þá daga sem þeir voru að taka þessi lyf. Auk þess fengu 20.000 einstaklingar ávísað zópíklón og 9.000 zolpídem, og samkvæmt Sérlyfjaskrá er varhugavert að aka bifreið nema 12 klukkustundir séu liðnar frá inntöku zópíklón, norskar reglur miða við 8 klukkustundir.[5]

Hér hafa ekki verið taldar með lyfjasamsetningar, ofnæmislyf eða aðrir ópíóíðar en ljóst er að á Íslandi skipta þeir þúsundum sem teldust einhvern hluta ársins ekki hæfir til þess að aka um götur í Noregi eða Danmörku.

Lyfjateymi embættisins hefur haft til skoðunar lyfjatengd andlát þar sem einstaklingar hafa látist við akstur bifreiða undir áhrifum lyfja. Full þörf er á að taka upp sambærilegar reglur hér á landi og í Noregi og Danmörku til að stuðla að auknu umferðaröryggi.

Heimildir

1. Lyfjagagnagrunnur embættis landlæknis
2. reseptregisteret.no
3. nowbase.org
4. stps.dk/da/udgivelser/2017/vejledning-om-helbredskrav--til-koerekort/~/media/9BE267FAC6AE4BE3ABB93FAA-6E7C2347.ashx
5. helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Ørerkortveilederen.pdf.



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER

APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS

Siðfræðiráðstefna LÍ og WMA

Dagskrá

Þriðjudagur 2. október

13:00 – 13:30 **Setningarathöfn**
Svandís Svavarsdóttir, heilbrigðisráðherra
Y. Yokokura, forseti WMA, Alþjóðalæknafélagsins
Reynir Arngrímsson, formaður Læknafélags Íslands
Jón Snædal, forseti siðfræðiþings LÍ og WMA

13:30 – 14:00 Fyrirlestur
Otmar Kloiber, formaður WMA
Saga WMA

14:00 – 14:30 Fyrirlestrar
Kári Stefánsson, forstjóri Íslenskrar erfðagreiningar
Genetic research, lessons from the Icelandic population

14:30 – 15:00 *Bartha Knoppers*, prófessor,
McGill-háskólanum, Montreal
Personalized medicine based on genetic information

15:00 – 15:30 Kaffi

15:30 – 17:00 **Opinn vinnufundur um yfirlýsingu WMA um erfðafræði og lækningar**
Stjórnandi: *Andreas Rudkøbing*, formaður Danska læknafélagsins

15:30 – 17:00 Málþing
Overview of Artificial/Augmented Intelligence in Medical Care

1. *Dr. David O. Barbe,* MD, MHA
   Overview - "Promise and Perils"
2. *Andrew L. Beam*, PhD
   Big Data, integrated health information systems
3. *Harlan M. Krumholz*, MD, SM
   Artificial and Augmented Intelligence
4. Spurt úr sal - stjórnandi: Dr. Barbe

Miðvikudagur 3. október

08:30 – 09:00 Fyrirlestur
Kirsty Boyd
Ethics of palliative medicine

09:00 – 10:30 **Þing félaga í WMA**
Stjórnandi: *Joseph Heyman*, formaður félaga WMA
Um líknarmeðferð
1. *Kirsty Boyd*, Edinborg
2. *Arna Einarsdóttir* læknir, Reykjavík
3. Auglýst síðar/TBA

10:30 – 11:00 Kaffi

11:00 – 12:30 **Hard choices in medicine**
Fyrirlesarar
1. *Miguel Jorge*, Brasilíska læknafélaginu
2. *Greg Koski*, Alþjóðafélagi lyflækna (IFAPP)
3. *Birgir Jakobsson*, heilbrigðisráðuneytinu og fyrrum landlæknir og forstjóri Karolinska sjúkrahússins í Stokkhólmi

11:00 – 12:30 **Future Challenges in Clinical Genetics**
Málþing í samvinnu við The European Society of Human Genetics, Public and Professional Policy Committee

1. **Introduction Who we represent: ESHG, PPPC**
   Francesca Forzona, forseti ESHG-PPPC, Guy´s and St Thomas spítalanum, London
2. **From single gene test to NGS, secondary and incidental findings, opportunistic screening**
   Angus Clarke, prófessor, læknadeild Cardiff-háskóla
3. **Newborn and population genetic screening**
   Heidi Howard, lífsiðfræðingur, Miðstöð rannsókna í siðfræði og lífsiðfræði, Uppsala-háskóla



4. **Data sharing, Biobanks. Direct to consumer: Adequacy, Quality and Implications**
Emmanuelle Rial-Sebbag, prófessor, lögfræðingur, Toulouse

5. **Overview of Iceland's experience after data release from deCode**
Vigdís Stefánsdóttir, erfðaráðgjafi, Landspítala

6. **Somatic and germline gene editing**
Heidi Howard, lífsiðfræðingur, Miðstöð rannsókna í siðfræði og lífsiðfræði, Uppsala-háskóla

7. **Pallborðsumræður**

11:00 – 12:30 **Kynningar**

12:30 – 13:30 Hádegisverður

13:00 – 14:55 **Málþing um fósturskoðanir***
Skipulagt af Nordic Bioethics Committee
1. **Kynning**

2. **Categories of NIPT: promises and challenges**
Angus Clarke, læknadeild háskólans í Cardiff

3. **Ethical controversies in NIPT**
Bjørn Hoffman, Norska tækniháskólanum og háskólanum í Osló

Stutt hlé

4. **How is NIPD practiced and regulated in the Nordic countries? A comparative overview**
Erik Iwarsson, Karólínska-háskólasjúkrahúsinu

5. **Ethical challenges in genetic counselling in relation to prenatal testing**
Hulda Hjartardóttir, Landspítala

6. **The ethics of NIPT from the point of view of Down syndrome families**
Karina Rhiger, Dönsku landssamtökunum um Downs-heilkennið

7. **NIPT: Fetal "screening" or "reproductive choice"?**
Ástríður Stefánsdóttir, Háskóla Íslands

Stutt hlé

8. **Benefits of NIPT now and in the future**
Christina Fagerberg, háskólanum í Óðinsvéum

9. **Pallborð – frummælendur**

13:00 – 14:55 **Heilsugæsla óskráðra innflytjenda**
Frummælendur:
1. *Alyna Smith*, Nefnd um alþjóðlega samvinnu um óskráða innflytjendur, (PICUM)
2. *Tomas Linden*, Sænska læknafélaginu
3. *Dr Ulrich Clever*, Þýska læknafélaginu

15:00 – 15:30 Kaffi

15:30 – 17:00 **Persónumiðuð læknisfræði**
Stjórnandi: Jón Snædal
Frummælendur:
Lincoln L. Ferreira: **Well being and burn**

Juan Mezzich: **Person centered medicine, general concepts**

Jim Appleyard: **Person centered medicine; the core of professionalism in medical education**

Ihsan Salloum: **The methods of Person centred medicine in research**

17:30 – 19:00 **Móttaka í ráðhúsi Reykjavíkur**

Fimmtudagur 4. október

08:30 – 10:00 Fyrirlestrar
Ruth Macklin, prófessor emeritus, New York
Ethics of research involving human subjects

Ilora Finlay, barónessa, Cardiff
Euthanasia and physician assisted suicide

10:00 – 10:30 Kaffi

10:30 – 12:00 **Ethics of research involving human subjects**
Fyrirlesarar:
1. **Helsinki-yfirlýsingin (DoH); saga og helstu þættir**
Jeff Blackmer, Kanadíska læknafélaginu

2. **Is the DoH up to date?**
John Williams, Kanada

3. **Research involving vulnerable populations**
Ames Dhai, Suður-Afríku

10:30 – 12:00 **Euthanasia and physician assisted suicide I, - reports from the WMA regional meetings on end of life issues**
Fyrirlesarar:
1. *Frank Montgomery*, Þýska læknafélaginu
2. *Osahon Enabulele*, Nígeríska læknafélaginu
3. *Tatsuo Kuroyanagi*, Japanska læknafélaginu
4. *Miguel Jorges*, Brasílíska læknafélaginu

12:00 – 13:30 Hádegisverður

13:30 – 15:00 **Góðir starfshættir lækna**
Fyrirlesarar:
1. *Ramin Parsa*, Þýska læknafélaginu
2. *Urban Wiesing*, prófessor, Tübingen
3. *Runólfur Pálsson*, prófessor, Reykjavík

13:30 – 15:00 **Euthanasia and physician assisted suicide II**
Fyrirlesarar:
1. *Antina de Jong*, Konunglega hollenska læknafélaginu
2. *Jeff Blackmer*, Kanadíska læknafélaginu
3. *Kati Myllimäki*, Finnska læknafélaginu

15:00 – 15:30 Kaffi

15:30 – 17:00 **Ethical consideration regarding health data**
Fyrirlesarar:
1. *Emmanuell Rial-Sebbag*
2. Prof. *Fu-Chang Tsai*, Tævan
3. *Andreas Rudkøbing*, Danska læknafélaginu
4. **Intellectual Properties relating to Biobanks**
Jonathan Wapner, Ísrael

15:30 – 17:00 **Ethics in Education in Medicines Development**
Málþing á vegum IFAPP
Fyrirlesarar:
1. *Gustavo Kesselring*, fyrrum formaður IFAPP, Kings College, London
2. *Sandor Kerpel Fronius*, Semmelweis-háskólanum
3. *Honorio Silva*, forseti, IFAPP, Rutgers-háskóla

17:00 – 17:30 **Lokaathöfn**

Upphaf nútíma-nýrnalækninga á Íslandi



Skilun á Loftsölum á áttunda áratug síðustu aldar.

Páll Ásmundsson
nýrnalæknir

pallas@simnet.is



Um þessar mundir er fagnað 50 ára afmæli blóðskilunarmeðferðar á Íslandi en hún hófst 15. ágúst 1968 og var bylting í nýrnalækningum. Langt fram á 20. öld leiddi nýrnabilun, bráð eða langvinn, langoftast til dauða. Oft var ekki ljóst hvað var á ferðinni. Er gerð var rannsókn hérlendis á fjölskyldu með Alports-heilkenni, sem leggst einkum á karla sem svo deyja ungir úr nýrnabilun, kom í ljós að þeir voru oft sagðir hafa dáið úr leti.

Er kom fram á 20. öld gerðu menn sér betur grein fyrir eðli nýrnabilunar, bráðrar sem langvinnrar. Var þá tekið að huga að ráðum til að fleyta mönnum yfir bráða en tímabundna nýrnabilun eða lengja líf þeirra sem dauðinn beið ella vegna lokastigs nýrnabilunar. Tvær heimsstyrjaldir og smærri stríð eins og Kóreustríðið, sem leiddu til nýrnabilunar hermanna, oft banvænar, ráku á eftir þróun slíkra aðferða.

Fljótlega beindust tilraunir manna að skilun (*dialysis*) og nýrnaígræðslum.

Hvað er skilun (dialysis)?

Í skilun komast tvær vökvalausnir í snertingu hvor sínum megin við hálfgegndræpa himnu en hún hleypir í gegnum sig sameindum upp að vissri stærð. Efni sem er í lausnunum og kemst í gegnum himnuna smýgur frá lausninni með hærri þéttni efnisins til hinnar uns jafnvægi er náð. Sé efnissnauða lausnin sífellt endurnýjuð gengur skilunin hraðar fyrir sig.

Sé skilun beitt til lækkunar úrgangsefna í nýrnabilun er um tvær aðferðir að ræða, blóðskilun og kviðskilun. Í blóðskilun er notuð skila sem í raun er tvö hólf aðskilin með hálfgegndræpri himnu. Um annað hólfið rennur blóð sjúklingsins en um hitt rennur skilvökvi sem tekur við úrgangsefnum sem skilast úr blóðinu um himnuna og berast burt með skilvökvanum. Efnum sem aðeins þarf að fjarlægja að takmörkuðu leyti, til dæmis salti, er bætt í skilvökvann fyrirfram til að minnka þéttnimismuninn.

Hin tegund skilunar er kviðskilun (*peritoneal dialysis*). Í henni er það lífhimnan er þekur kviðarholið og líffæri þess sem gegnir hlutverki hálfgegndræprar himnu en æðanet himnunnar þjónar sem blóðhólf skilunnar. Skilvökva er þá rennt inn í kviðarholið gegnum legg, látinn liggja þar um stund og taka við úrgangsefnum um lífhimnuna en síðan látinn renna út aftur.

Nýrnabilaðir glíma við vökvasöfnun þrátt fyrir takmörkun á vökvatekju. Í blóðskilun er þetta leyst með svokallaðri ‘ultrafiltration’ eða ‘örsíun’. Þá er myndaður undirþrýstingur í skilvökvahólfinu sem sýgur vatn eftir þörfum úr blóðhólfinu.

Í kviðskilun er vatni náð af sjúklingnum með því að bæta glúkósa í mismiklum mæli í skilvökvann. Hækkar hann osmótískan þrýsting í vökvanum sem dregur vatn inn í kviðarholið og bætist það við skilvökvann sem rennur aftur út.

Orðin skilun, blóðskilun og kviðskilun

Þegar Íslendingar hófu meðhöndlun með dialysis, það er hemodialysis eða peritoneal dialysis, leituðu menn fljótlega íslenskra orða yfir þessar aðferðir. Orðin ‚blóðsíun‘ eða ‚blóðskiljun‘ voru nokkuð notuð um sinn. Undirrituðum fannst orðin ekki lýsa nægilega þeim efnisflutningum undan þéttnihalla sem eiga sér stað og lagði til ‚blóðskilun‘ og ‚kviðskilun‘. Var þeim vel tekið og hafa fest sig í sessi.

Nýrnalækningar á Íslandi

Nýrnalækningar sem undirsérgrein lyflækninga voru lítt þekktar hérlendis til 1968 enda ráðin löngum fá við hinum alvarlegu og oft illvígu nýrnasjúkdómum. Ég stundaði nám í lyflækningum á Blegdamshospitalet í Kaupmannahöfn á sjöunda áratugnum og var einn þeirra sem Sigurður Samúelsson prófessor ræddi við til að manna sérgreinar í lyflækningum á Landspítala.[1] Það hann mig að leggja stund á nýrnalækningar. Leist mér allvel á. Meðan ég lauk skyldum mínum á ‘Blegdammen’ kannaði ég möguleika í Bandaríkjunum og réð mig loks sem ‘fellow’ á nýrnadeildina á Georgetown University Medical Center í Washington DC. Áður en ég hélt vestur var ég nokkra



Úr skilunarsal á 13B. Mynd PÁ.

daga á nýrnadeild Ríkisspítalans hjá prófessor Jørn Hess Thaysen. Til USA hélt ég með fjölskyldunni í janúar 1966. Á nýrnadeildinni á Georgetown réði ríkjum George Schreiner prófessor sem lagt hafði sitt á vogarskálarnar í Kóreustríðinu við þróun skilunarmeðferðar. Þarna var ég á styrk frá WHO og National Kidney Foundation. Vorið 1968 var ég ráðinn á nýrnadeild Georgetown-háskóla á DC General Hospital og var langt kominn að undirbúa hóprannsókn á sykursýkisnýrnameini er dró til tíðinda heima: Tveir sjúklingar voru að byrja í blóðskilun á Landspítalanum og ég var beðinn um að koma heim. Það var sumarið 1968 að 21 árs kona og 33 ára karl þurftu nær samtímis á skilunarmeðferð að halda vegna lokastigs nýrnabilunar. Fyrir tilstilli Árna Kristinssonar, sem þá var við nám í London, voru þau bæði tekin til skilunar á Hammersmith Hospital í London. Fljótlega vaknaði spurning um framhaldið. Vildi þá svo til að þeir hittust hér á þingi prófessor Sigurður og Nils Alwall blóðskilunarfrömuður frá Lundi. Varð úr að hingað yrði lánuð blóðskilunarvél frá fyrirtækinu Gambro í Lundi.

Gengu nú hlutirnir allhratt fyrir sig. Sjúklingarnir komu heim, vélin kom frá Svíþjóð og með henni Þór Halldórsson læknir sem þá var við nám í nýrnalækningum í Lundi. Einnig komu þaðan hjúkrunarfræðingur og tæknimaður. Hinn 15. ágúst 1968 var svo gerð blóðskilun á konunni. Gekk hún vel og telst dagurinn upphafsdagur blóðskilunar og þar með nútímanýrnalækninga á Íslandi.

Eftir heimkomuna var ég ráðinn deildarlæknir, og við Edda Steingrímsdóttir hjúkrunarfræðingur tókum við af Þór sem fór aftur til Lundar til að ljúka námi sínu. Því miður lágu stöður nýrnalækna hér þá ekki á lausu og sneri Þór sér að öldrunarlækningum þar sem hann vann merkt ævistarf. Oft naut ég hjálpfýsi hans er mig vantaði staðgengil.

Í júní 1969 hlaut ég sérfræðingsleyfi í lyflækningum með nýrnalækningar sem undirsérgrein. Að því er ég best veit varð ég fyrstur íslenskra lækna til þess. Bið varð á því að fleiri nýrnalæknar yrðu ráðnir að spítalanum og var það ekki fyrr en 18 árum seinna að Magnús Böðvarsson var ráðinn.

‚Gervinýrað' var staðsett á Loftsölum á 4. hæð í tengiálmu milli gamla og nýja spítalans. Fengum við þar eitt sæmilegt herbergi og annað lítið til undirbúnings og geymslu. Vélakostur var Gambro-vélin góða er okkur bauðst að kaupa. Vélin var vel á annan metra há, ferstrendur, málmklæddur stautur á litlum hjólum. Frá henni lágu slöngur er fluttu skilvökva að og frá henni. Skilvökvinn var blandaður í 300 lítra plasttanki fyrir hverja skilun og svo var tankurinn þveginn vandlega á eftir. Ef komið var inn í undirbúningsherbergið blasti því oft við neðri bakhluti hjúkrunarfræðings. Efri hlutinn var á kafi niðri í tankinum.

Skilan sjálf var engin smásmíði (mynd). Hún var svokölluð plötuskila þar sem skiptust á mörg lög af himnum og plastþynnum er spenntar voru saman í málmhylki með stálklömpum til að mynda tvö hólf aðskilin með hálfgegndræpri himnu: blóðhólf og skilvökvahólf. Þessi ósköp vógu rúm 7 kg og voru notuð einu sinni en síðan hent! Þegar skilan var komin á vélina var vélin orðin nokkuð völt og gat ég með naumindum forðað henni frá falli í jarðskjálfta.

Vélin dældi blóði og skilvökva um sínar brautir og á henni var einnig stimpildæla er kallaði fram undirþrýsting í skilvökvanum og var honum stýrt með stillanlegri nál er kallaði fram sérkennileg soghljóð er vélin gekk.

Skömmu eftir heimkomu mína var lagður inn óreglumaður í bráðri nýrnabilun. Þótti okkur henta að gera á honum kviðskilun. Hafði ég tekið með mér heim nokkra bráðakviðskilunarleggi. Gekk sú aðgerð að óskum og náði maðurinn sér að fullu og var mikið eftirlæti hjúkr-

unarliðsins. Ekki hef ég neinar frásagnir af slíkri skilun hér fyrr.

Í þessum húsakynnum var skilunarstarfsemin til ársins 1980. Skilunin varð æ fyrirferðarmeiri og var því lengi mætt með því að leggja æ stærri hluta Loftsala undir hana. Löngum var þröngt um ‚Gervinýrað' eins og þessi vísukorn benda til:

Þrengsli í Gervinýra

Þröngt er nú um þjó og önd,
þraut um gólf að stýra.
Allir liggja upp á rönd
inni á Gervinýra.

Við þokum okkur út á hlið,
erum hvergi bangin.
Til að skipta um skoðun við
skjótumst fram á ganginn.

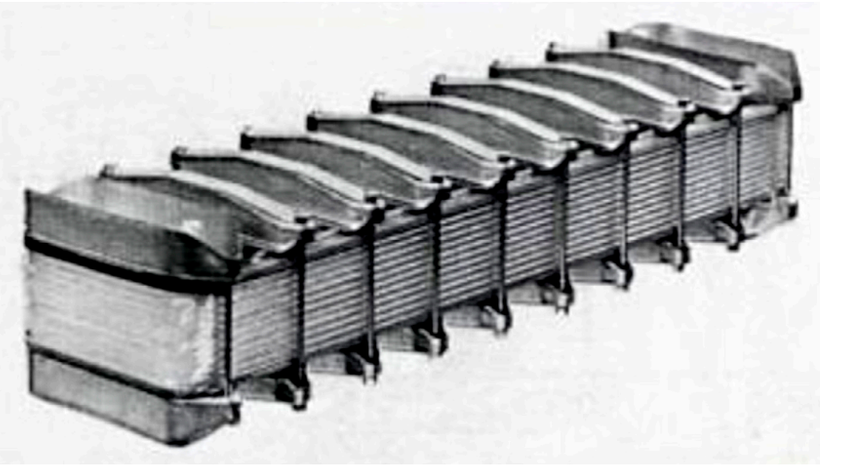
Árið 1972 fórum við þrír Íslendingar á ráðstefnu WHO um nýrnalækningar í Kaupmannahöfn. Þar munu Rússar hafa mætt í fyrsta sinn á slíka ráðstefnu. Einn þeirra sagði í ræðu að Rússar væru ekki jafnframarlega í skilunarmálum og Vesturlönd, til dæmis Ísland sem ræki þrjár skilunarmiðstöðvar á milljón íbúa!

Sjúklingum fjölgaði og gamla Gambro-vélin vék fyrir nýrri vélum. Árið 1980 fluttum við á gang 13B og batnaði þá aðstaðan verulega.

Árið 1985 var byrjað að bjóða sjúklingum er það þótti henta upp á kviðskilun og var um að ræða svokallaða ‚pokaskilun' (CAPD) sem sjúklingurinn annast sjálfur og gerir hann miklu frjálsari en blóðskilunin. Lætur hann sjálfur skilvökva renna inn í kviðarholið og út aftur nokkrum sinnum á dag. Á þessu tímabili komu fram ýmis lyf er stórbættu meðferð nýrnabilaðra. Má nefna 'erythropoietin' eða 'EPO' sem gerir sjúklingum kleift að framleiða blóðrauða og ‚virkt' D-vítamín er nýtist án verulegra umbreytinga í líkamanum.

Nýrnaígræðslur

Fyrsti Íslendingur sem grætt var í nýra var kona sú er fyrsta blóðskilunin var gerð á árið 1968. Aðgerðin var gerð í London árið 1970. Nýrað var úr bróður konunnar og starfar enn. Í desember 1971 var ég sendur



Stál Gambro-nýra frá 1968, 7 kg að kyngd.

í heimsókn til Danmerkur til að kynna mér starfsemi Scandiatransplants og leita hófanna um samvinnu um ígræðslumál.

Scandiatransplant var stofnað árið 1969 fyrir tilstilli heilbrigðisyfirvalda í Danmörku, Finnlandi, Noregi og Svíþjóð. Þetta var samvinna ígræðslusjúkrahúsa í þessum löndum um að annast dreifingu á nýrum úr nýlátnum til heppilegra líffæraþega. Fyrst heimsótti ég höfuðstöðvar Scandiatransplants í Árósum. Þar ríkti Flemming Kissmeyer-Nielsen. Hann átti stóran þátt í skilgreiningu vefjaflokka og þýðingu þeirra fyrir líffæraígræðslur. Í krafti þeirrar þekkingar var hann einn helsti forkólfur að stofnun Scandiatransplants. Næst hélt ég til Kaupmannahafnar og hitti Jørn Hess Thaysen á ný.

Báðir þessir menn tóku mér mjög vel. Niðurstaðan úr þessum heimsóknum var að Íslandi var boðin þátttaka í Scandiatransplant á þann hátt að íslensk stjórnvöld fengu áheyrnarfulltrúa í svokölluðu 'expertkomité' sem fundaði og ályktaði um málefni Scandiatransplants nokkrum sinnum á ári.

Heilbrigðisráðuneytið fól mér þetta hlutverk og sat ég í nefndinni allt þar til Landspítali varð ígræðslusjúkrahús með full réttindi í Scandiatransplant undir árslok 2003. Eftir heimsókn mína 1971 buðust Danir til að skrá alla íslenska sjúklinga er þörfnuðust nánýra á biðlista hjá sér. Þar með skuldbundu þeir sig til að framkvæma allar nýrnaígræðslur í Íslendinga, úr lifandi sem látnum gjöfum. Einkum var það Ríkisspítalinn sem annaðist þessar ígræðslur.

Hess Thaysen átti stóran þátt í þessum góðu málalyktum fyrir Ísland. Hann hlaut síðar Fálkaorðuna fyrir framlag sitt.

Fyrsta nýraígræðslan í Íslending á vegum Scandiatransplants fór fram árið 1973.

Ef kall kom um nýra fyrir sjúkling á biðlista varð að flytja hann hið bráðasta til Danmerkur til að forðast skemmdir í nýranu vegna ‚kalds blóðþurrðartíma' sem er tíminn frá brottnámi líffæris úr gjafanum þar til blóði þegans er hleypt á það eftir ígræðslu. Í byrjun gátum við nýtt okkur hjálpsemi varnarliðsins á Keflavíkurflugvelli sem flaug utan með líffæraþegann. Kom það gjarnan í minn hlut að aka þeganum á Völlinn og afhenda hann flugáhöfninni. Síðar var samið við Flugmálastjórn um að vél hennar flytti hinn verðandi þega. Með fjölgun áætlunarferða varð svo æ oftar hægt að nýta þær til slíkra flutninga.

Heiladauði og líffæragjöf

Á síðustu áratugum 20. aldar gerðu menn sér æ betur grein fyrir því að heiladauði, þegar öll starfsemi heila manns er óafturkallanlega hætt, jafngildir dauða þess manns. Æ fleiri þjóðir settu sér lög um heiladauða og um brottnám líffæra til ígræðslu. Hér á landi var einnig settur hópur til að semja frumvarp að slíkri löggjöf og lenti ég í þeim hópi. Tillögur okkar tóku allmjög mið af löggjöf annarra Norðurlanda. Frumvarpið var samþykkt árið 1991.

Þessi löggjöf hér og víðs vegar um heim jafngilti byltingu í ígræðslumálum. Áður

varð að styðjast við dauðaskilmerkin og bíða með brottnám ígræðslulíffæra, nær eingöngu nýrna, þar til hjartað var hætt að slá.

Með nýju lögunum var blóðflæði til ígræðslulíffæra haldið við þar til þau voru numin brott en þá var slökkt á öllum vélum.

Fyrir okkur Íslendinga þýðir þessi nýja löggjöf að við erum ekki eingöngu þiggjendur nálíffæra frá Scandiatransplant heldur erum einnig hluti gjafasvæðis þess sjúkrahúss sem sér um ígræðslur í Íslendinga.

Þegar lögin um heiladauða voru sett 1991 var eitt atriði sem þjóðir greindi helst á um: Þegar fjarlægja á líffæri þarf að liggja fyrir hugmynd um hvort hinn látni hefði verið gjöfinni samþykkur. Lægi ekki fyrir staðfestur vilji hins látna varðandi gjöf var hér samþykkt ætluð neitun. Kom þá í hlut nánustu ættingja að ákveða um gjöf. Þessi háttur var allvíða hafður á þeim tíma sem lögin voru sett og svo var hér. Síðar tóku menn að tala fyrir ætluðu samþykki hins látna og töldu það tryggja fleiri líffæragjafir enda þótt enn verði þá að bera líffæragjöfina undir nánustu ættingja. Lögunum var breytt hér í þessa veru fyrr á þessu ári.

Hillir undir betri aðstöðu

Þótt aðstaða nýrnadeildar hefði batnað verulega við flutninginn á 13B árið 1980 fór fljótlega að kreppa að okkur aftur. Þótt önnur starfsemi flytti af ganginum dugði það skammt. Þá höfðum við frá byrjun notað tært Gvendarbrunnavatn í skilvökva vegna tærleika þess og ‚mýktar'. Í ljós kom þó að enn mátti betur gera með sérstökum hreinsibúnaði og höfðum við alllengi farið fram á hann en verið sagt að hann yrði að bíða betra húsnæðis, en þá var að finna það!

Eftir marga fundi þar sem ‚Nýrað' var á fleygiferð milli staða, var loks sæst á að skásti staðurinn væri á efstu hæð eldhúss- og matsalsbyggingarinnar við Eiríksgötu.

Nú tóku við bollaleggingar um húsnæðisnýtingu og búnað. Vorum við Hildur Einarsdóttir deildarstjóri á kafi í þeirri vinnu ásamt Aðalsteini Pálssyni verkfræðingi. Fórum við meðal annars í kynnisferð til Kaupmannahafnar og Svíþjóðar, heimsóttum nýrnadeildir og fyrirtæki og komum heim með mikinn fróðleik sem nýttist við undirbúning nýju deildarinnar.

Árið 2003 varð stóratburður í sögu nýrnalækninga á Íslandi, fyrsta nýraígræðslan á Landspítala. Nýrað var úr lifandi gjafa, skurðlæknirinn var Jóhann Jónsson sem starfar á ígræðsluklíník í Bandaríkjunum. Jóhanni til aðstoðar var Eiríkur Jónsson þvagfæraskurðlæknir. Ígræðslan tókst með ágætum og hefur Jóhann síðan annast fjölda ígræðslna í landa sína.

Ég hætti störfum á hlaupársdag 2004 en bý nú að hlýjum minningum um góða vegferð með indælu fólki og óska nýrnadeildinni velfarnaðar um ókomna tíð.

Heimild

1. Kristinsson Á. Merkismanns minnst á afmælisári. Læknablaðið 2018; 104: 318-9.

Xarelto 15 mg/20 mg filmuhúðaðar töflur – Skyldutexti

▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skal Lyfjastofnun um **allar** aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. **Virkt efni:** Rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúplægum bláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Frábendingar:** •Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. •Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. •Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðingu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. •Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparinux), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynningarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. •Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur af flokki Child Pugh B og C. •Meðganga og brjóstagjöf. **Heimild:** Unnið í ágúst 2018 úr Samantekt á eiginleikum lyfs (júlí 2018). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst. Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. Markaðsleyfishafi:** Bayer AG. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Vinsamlegast hafið samband í síma 821 8046 ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum um lyfið. **Afgreiðslumáti og greiðsluþátttaka:** R, G. **Hámarkssmásöluverð þynnupakkninga (ágúst 2018):** 11.944 kr. (28 stk.), 17.152 kr. (42 stk. – 15 mg eingöngu), 36.255 kr. (98 stk.), 37.378 kr. (100 stk.).

BAY180801



Mynd tekin í júlí 2018. Hópurinn samankominn, frá vinstri: Sigurður Björnsson, Guðni Þorsteinsson, Davíð Gíslason, Gunnar Sigurðsson, Guðrún Agnarsdóttir, Atli Dagbjartsson, Snorri Þorgeirsson og Ársæll Jónsson. Mynd: Gyða Magnúsdóttir.

50 ár frá útskrift

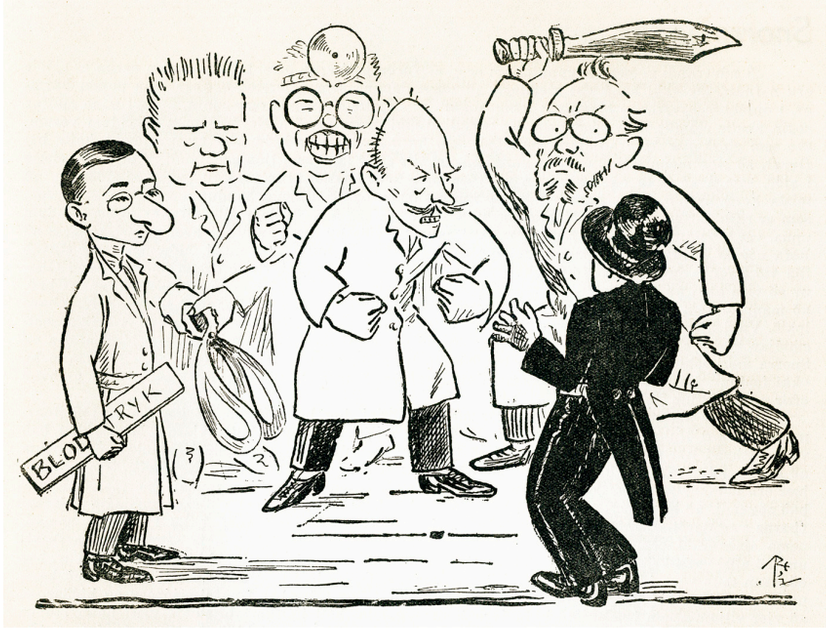
Ársæll Jónsson

Í tilefni af því að 50 ár eru liðin frá því að hópurinn á meðfylgjandi myndum útskrifaðist frá læknadeild Háskóla Íslands hittust þau á ný í sumarbústað í Úthlíð í Biskupstungum.

Eftir kandídatsár á Íslandi fóru þessir kandídatar allir til framhaldsnáms, ýmist til Svíþjóðar, Bretlands eða Bandaríkjanna. Þeir völdu sér barnalækningar, öldrunarlækningar, ónæmislækningar, endurhæfingarlækningar, efnaskiptalækningar, krabbameinslækningar, veirurannsóknir og lyfjarannsóknir. Flestir komu heim til starfa en tveir ílentust í Bandaríkjunum. Tveir eru enn starfandi á Íslandi og þurftu þeir nýlega að standast próf á vitræna getu til að endurnýja starfsleyfi sitt. Þeir stóðust báðir með prýði.



Mynd frá febrúar 1968 (Guðrún Agnarsdóttir).



Teikning Tryggva Magnússonar í Speglinum 1929

Þessi teikning var birt í júníblaðinu (blaðsíðu 299) en farið var rangt með nafn eins af læknunum. Tryggvi Ásmundsson er Læknablaðinu alltaf haukur í horni og benti góðfúslega á þessa villu sem er hér með leiðrétt.

Frá vinstri eru eftirtaldir læknar: Helgi Tómasson geðlæknir, Guðmundur Thoroddsen kvensjúkdómalæknir, Gunnlaugur Einarsson háls-, nef- og eyrnalæknir og formaður LR, Guðmundur Hannesson formaður Læknafélags Íslands og ritstjóri Læknablaðsins og Matthías Einarsson skurðlæknir. Jónas frá Hriflu er með pípuhatt og í kjólfötum og líst ekki á blikuna þegar læknarnir setja upp ygglibrún.

ACCUVEIN ÆÐASJÁIN
HJÁLPAR ÞÉR AÐ FINNA GÓÐAN STUNGUSTAÐ



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

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

FASTUS
Veit á vandaða lausn

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



Cayenne E-Hybrid - staðalbúnaður: Fjórhjóladrif, stillanleg fjöðrun, 8-gíra Tiptronic S sjálfskipting með skiptingu í stýri, leðurinnrétting, leiðsögukerfi með Íslandskorti, LED aðalljós, LED afturljós, 19" álfelgur með loftþrýstingsskynjurum, Sport Chrono pakki, fjarlægðarvari að framan og aftan, rafdrifin framsæti með 8 stillingum, hágæða 150w hljóðkerfi með 10 hátölurum, stafrænt mælaborð, 12" háskerpu stjórnborð með snertiskjá, skriðstillir (Cruise Control), sjálfvirk opnun/lokun á afturhlera, tvískipt sjálfvirk miðstöð með loftkælingu, Porsche stöðuleikakerfi (PSM), leðurklætt Sport aðgerðastýri, lyklalaus ræsing, Porsche ferðahleðslustöð, PCM (Porsche Communication Management), Connect Plus, samlit vindskeið á afturhlera, svartir listar á hliðargluggum, aðfellanlegir hliðarspeglar, sjálfvirk birtustilling í baksýnisspegli, litaðar hitaeinangraðar rúður. Sjá meiri staðalbúnað á benni.is.

Takmarkalaus snilld.

Þriðja kynslóðin af lúxusjeppanum Porsche Cayenne E-Hybrid(Plug in) er kraftmikill og umhverfisvænn, búinn fullkomnustu stjórntækjum og hefur meira innanrými en forveri hans.

Rafmagns Porsche.

Hestöfl: 462
Hámarkstog: 700Nm
Hröðun: 5.0 sek. 0-100 km.klst.

PORSCHE

Bílabúð Benna

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

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