Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



laeknabladid.is

10/2018

104. árgangur: 429-480



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

„Svona var lífið leiðinlegt þá“



Um miðjan nóvember 1918 lágu þúsundir Reykvíkinga veikir í inflúensu. Samfélagið var allt úr skorðum, ekki nokkur sála á götunum, búðir lokaðar og skortur á matvöru og eldiviði. Blöð komu ekki út. Sorgin sem grúfði yfir höfuðstaðnum var blönduð hræðslu og reiði. Hræðslu því útbreiðsla veikinnar var hröð og dánartíðnin há, sérstaklega hjá ungu fólki, og reiði því heilbrigðisyfirvöld þóttu viðhafa ómarkviss viðbrögð við að stemma stigu við útbreiðslunni.

Orsakavaldur veikinnar var óljós og hefðbundnar meðferðir við hitasótt og lungnabólgu gagnslitlar. Því freistuðust læknar að reyna ýmsar tilraunakenndar meðferðir en með litlum árangri. Í Reykjavík störfuðu 10 læknar sem sinntu sjúkum dag sem nótt og voru undir ofurmannlegu álagi, bæði andlegu og líkamlegu. Allir veiktust nema Þórður Thoroddsen sem var þeirra elstur.

Mánudaginn 25. nóvember var veikin í rénun og lífið farið að taka á sig sína réttu mynd. Þann dag hætti sérstök hjúkrunarnefnd störfum og í *Morgunblaðinu* mátti sjá tilkynningu Daníels Bernhöft um opnun brauðsölubúðarinnar. Einnig er þar greint frá því að messað hefði verið í Dómkirkjunni eftir þriggja vikna hlé og að undanfarið hefðu að meðaltali 15 greftranir farið fram dag hvern. Enn var auglýst eftir hjúkrunarfólki og ný andlát tilkynnt og þennan dag dró heimasætan í Ingólfsstræti 23, hin 12 ára gamla Jórunn Dagmar, andann í síðasta sinn. Sorgin er áþreifanleg. Myndin hefur verið dýrmæt minning syrgjandi fjölskyldu enda líklega sú eina sem til er af snótinni. Eins og hefð var fyrir fór jarðarför fram í beinu framhaldi af húskveðjunni þann 7. desember. Nokkrum dögum fyrr fór fram önnur húskveðja við Nýlendugötu sem Eufemia Waage lýsti svo: „Þegar verið var að syngja við húskveðjuna niðri í kjallaranum, greip mig mesta hugarvíl og fór ég bara að hágráta. Svona var lífið leiðinlegt þá.“

Ólafur Oddsson tók myndina sem er birt með leyfi Ljósmyndasafns Íslands.

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.

Vilja vita hver veitti vonda ráðgjöf vegna samningabrota



Ljóst er að héraðsdómur í máli sérfræðilækna gegn Sjúkratryggingum Íslands hristi upp í kerfinu.

Dómur Héraðsdóms í máli Ölmu Gunnarsdóttur og Sjúkratrygginga Íslands er varnarsigur um atvinnuréttindi lækna og réttindi landsmanna til heilbrigðisþjónustu. Hann er kennslustund fyrir heilbrigðisráðuneytið og stofnanir þess. Þetta segir Reynir Arngrímsson, formaður Læknafélags Íslands. Læknasamfélaginu hafi verið misboðið.

Héraðsdómur Reykjavíkur felldi 19. september síðastliðinn úr gildi ákvörðun Sjúkratrygginga Íslands um að hafna umsókn Ölmu Gunnarsdóttur um aðild að rammasamningi sérfræðilækna við ríkið. Heilbrigðisráðherra hefur ákveðið að áfrýja ekki dómnum og hefur boðið ársframlengingu á samningnum sem annars rennur út um áramót. Hún boðar samráð við sérfræðilækna um kerfisbreytingar.

Reynir segir umhugsunarvert hvers vegna þrír heilbrigðisráðherrar hafi fengið svona slaka ráðgjöf og anað út í lögleysu. „Við hljótum að spyrja hver hafi ráðið þar för. Er þetta komið úr heilbrigðisráðuneytinu, fjármálaráðuneytinu eða frá öðrum ráðgefandi aðilum eins og til dæmis Embætti landlæknis? Því verður að svara,“ segir hann.

Alma var ein af 8 sérgreinalæknum sem ákváðu að höfða mál. Gísli Guðni Hall, hæstaréttarlögmaður og verjandi hópsins, segir að skoða þurfi aðstöðu hvers og eins sérfræðilæknis með tilliti til réttar á skaðabótum. Skaðinn kunni að vera mismikill.

„Aðstæður þessara lækna eru mismunandi, sumir búa ytra, aðrir hér heima. Svo héldu sumir áfram að starfa á spítölum erlendis en Alma til að mynda hafði ákveðið að flytja heim,“ segir hann og telur líklegt að allir geti sýnt fram á tjón.

GAG

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
Gunnhildur Arna
Gunnarsdóttir
gunnhildurarna@gmail.com

Auglýsingastjóri og ritari
Esther Ingólfsdóttir
esther@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
2000

Prentun, bókband og pökkun á Íslandi
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

10. tölublað • 104. árgangur • 2018

LEIÐARAR



435

Aldarafmæli spænsku veikinnar og viðbrögð við skæðum farsóttum á 21. öld

Magnús Gottfreðsson

Viðbrögð landsmanna við þessum vágesti eru lærdómsrík, – stofnun hjúkrunarnefndar, samstaða og samhjálp borgarbúa og frumkvæði að einangrun Norður- og Austurlands sem varð til þess að allstór hluti landsmanna slapp við veikina í þessari atlögu, en flestir urðu þó fyrir barðinu á henni síðar.



437

Sérnám í forgrunni

Reynir Tómas Geirsson

Nú verður ekki aftur snúið. Sérnám er komið til að vera á Íslandi, sem betur fer.

FRÆÐIGREINAR

439

Gísli Gunnar Jónsson, Jórunn Atladóttir

Peutz-Jeghers-heilkenni með garnasmokkun

Peutz-Jeghers-heilkenni er sjaldgæfur ríkjandi A-litninga erfðasjúkdómur sem lýsir sér í sepamyndun í meltingarvegi auk litabreytinga á húð og slímhúð. Sjúklingar með heilkennið eru í aukinni hættu á að fá krabbamein á lífsleiðinni auk annarra kvilla í tengslum við sepamyndun.

443

Þórður Thoroddsen

ÚR LÆKNABLAÐINU 1919

Inflúensan fyrr og nú



Aðalveikin barst hingað til Reykjavíkur, eins og kunnugt er, með ,,Botníu“ 20. október. Eftir nokkra daga fer hún að breiðast út. Eg sá fyrsta sjúklinginn 28. október. Um sama leyti barst og sóttin hingað með íslenskum botnvörpung, sem kom til Hafnarfjarðar frá Englandi. Skipstjórinn er búsettur hér (í Bergstaðastræti) og var hann lasinn er hann kom heim og maður með honum. Á hans heimili var ég sóttur 29. október.

Eftir þetta fer sóttin að breiðast óðfluga út um bæinn og eftir viku má fullyrða, að hún sé komin um allan bæ. Ástæðan til þess hve fljótt sóttin breiddist út, er að mínu áliti sú, að vanrækt var að taka þá sjálfsögðu varúðarreglu þegar í byrjun sóttarinnar, að loka öllum almennum samkomustöðum. Margir, sem eg spurði um það, hvar þeir mundu hafa smitast, svöruðu mér á þá leið, að þeir gætu ekki hafa fengið veikina annarsstaðar en í ,,Bio“. – Hæst stóð veikin dagana 10.-16. nóvember.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 100 ÁRA

454

Kristján Erlendsson

Af læknanámi

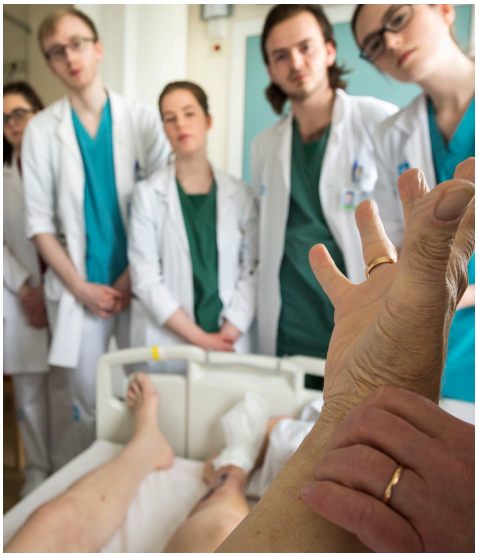
Spár alþjóðastofnana segja að árið 2030 muni vanta 18 milljónir heilbrigðisstarfsmanna í heiminum, og því er ljóst að leggja þarf aukna áherslu á menntun heilbrigðisstarfsmanna en ekki síður á að halda þeim í störfum sem þeir hafa verið menntaðir til.

458

Tómas Þór Ágústsson

Framhaldsmenntun lækna á Íslandi

Stór hluti vinnu við framhaldsmenntun lækna hefur átt sér stað í náinni samvinnu við sumar virtustu stofnanir heims á þessu sviði.



UMFJÖLLUN OG GREINAR

464



Fagmennska fyrirbyggi háar sektir

– segir Helga Þórisdóttir, forstjóri Persónuverndar

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Nú er búið að ákveða að ef misfarið er með persónuupplýsingar á vinnustað, þá hefur það afleiðingar í för með sér.“



466

Tugir karla komnir á forvarnarlyf gegn HIV

– viðtal við Bryndísi Sigurðardóttur smitsjúkdómalækni

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Viðhorf þeirra sem óttast óábyrga hegðun manna sem nota forvarnarlyf gegn HIV-smiti minna á margan hátt á hræðsluáróður gegn pillunni hér á landi á sjöunda áratugnum.“

468

Læknar vita ekki allt um lækningar

– segir Harvard-prófessorinn og verðlaunalæknirinn Ronald G. Tompkins

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



„Læknar eiga alltaf að vera á tánum. Alltaf að læra. Það á að vera keppikefli þeirra. Við verðum að vera auðmjúk, viðurkenna það sem við vitum ekki og vera fullkomlega opin fyrir því að læra meira. Það er skoðun mín. Við getum einfaldlega ekki varið aðra skoðun en þá.“

470

LYFJAMÁL

Tryggjum árangursríka beinverndarmeðferð

Björn Guðbjörnsson, Jón P. Einarsson, Andrés Magnússon, Ólafur B. Einarsson

Rannsóknir sýna að samfélagslegur ávinningur er af meðferð til varnar beinþynningarbrotum, sérstaklega meðal þeirra sem eru í aukinni áhættu á beinbrotum næstu 10 ár.

478

Einn sjúkraskrárgrunnur – lykillinn að verðmætum

Davíð Björn Þórisson

Farsælast fyrir alla er að byggja á þeirri dýrmætu auðlind sem samfelldur gagnagrunnur er og nýta sóknarfærin.

476

Fundur ritstjórna norrænu læknablaðanna

Védís Skarphéðinsdóttir

Ritstjórnirnar hafa með sér bandalag og hittast einu sinni á ári til að bera saman sín blöð og bækur. Í ár var finnska læknablaðið, Lääkärilehti, gestgjafinn.

ÖLDUNGAR



474

Ferð um Gullna söguhringinn í Dölum

Kristófer Þorleifsson

Vel heppnuð ferð og allir komu heilir heim.

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



463

Betri sjúkraflutninga

Jóhanna Ósk Jensdóttir

Gera þarf miklar breytingar á sjúkraflutningum í okkar dreifbýla landi.

LÖGFRÆÐI 29. PISTILL



472

Sjúkratryggðir eiga rétt á þjónustu sjálfstætt starfandi sérgreinalækna

Dögg Pálsdóttir

Það er ánægjuefni hversu þunga áherslu Héraðsdómur leggur á rétt og hagsmuni hinna sjúkratryggðu.

LYFJASPURNINGIN





477

Bráðaofnæmi við járni í æð – úrræði fyrir sjúklinga sem geta ekki tekið járn um munn?

Elín I. Jacobsen, Einar S. Björnsson

Afnæming er talinn öruggur möguleiki fyrir sjúklinga með blóðleysi vegna járnskorts.



Vizarsin 24 stk. pakkningar sildenafil á betra verði



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.

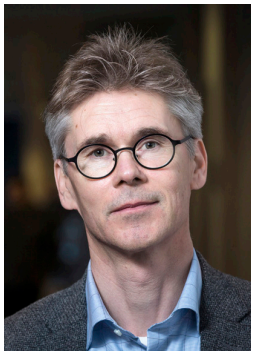
Aldarafmæli spænsku veikinnar og viðbrögð við skæðum farsóttum á 21. öld

Í þessum mánuði minnumst við þess að 100 ár eru liðin frá því að spænska veikin kom til Íslands, en önnur bylgja veikinnar barst til Reykjavíkur með farþegum Botníu þann 20. október 1918. Spænska veikin er einn stærsti hörmungaratburður í nútíma mannkynssögu. Talið er að 50-100 milljónir manna hafi týnt lífi í hinum þremur bylgjum veikinnar sem riðu yfir heimsbyggðina árin 1918-1919, – margfalt fleiri en létust vegna heimsstyrjaldarinnar fyrri. Ef tekið er tillit til mannfjöldaþróunar í heiminum jafngildir þetta 200-425 milljónum dauðsfalla nú. Dánartíðni var nokkuð breytileg eftir löndum, á bilinu 2-25%, og var langhæst þar sem ekkert ónæmi fyrir veirunni var til staðar.

Í tilefni þessa endurbirtir *Læknablaðið* hina frábæru grein Þórðar Thoroddsens læknis, sem birtist á síðum blaðsins í þremur hlutum fyrri hluta ársins 1919. Í fyrri hluta greinar sinnar gefur Þórður sögulegt yfirlit yfir inflúensufaraldra fyrri alda hérlendis og í seinni hlutanum fjallar hann sérstaklega um spænsku veikina í Reykjavík, en hann stóð sjálfur í hringiðu atburðanna og fylgdist með gangi veikinnar, sinnti 1232 sjúklingum og var svo heppinn að halda heilsu allan tímann. Þórður náði að halda ótrúlega nákvæma skrá um eðli faraldursins í borginni, einkenni skjólstæðinga sinna og afdrif þeirra, margt samhljóða því sem erlendir kollegar hans lýstu. Grein Þórðar er rituð af fádæma skarpskyggni og yfirsýn manns sem greinilega var eigi einhamur. Sérstaka athygli vekur að þeir sem veiktust í fyrstu bylgjunni sem barst til landsins sumarið 1918 sluppu við drepsóttina sem hélt innreið sína í október, en einnig að ungt fólk, 20-40 ára veiktist oft alvarlega með gríðarlega svæsinni lungnabólgu og öndunarbilun; dánartíðnin var hæst í þeim hópi, andstætt því sem almennt gildir um flestar sýkingar. Þá urðu barnshafandi konur illa úti, – nokkuð sem hefur komið ítrekað í ljós í seinni tíma inflúensufaröldrum. Í tvennum skilningi eru viðbrögð borgarbúa og landsmanna allra við þessum vágesti einnig eftirtektarverð og lærdómsrík, – stofnun hjúkrunarnefndarinnar, – samstaða og samhjálp borgarbúa og frumkvæði að einangrun Norður- og Austurlands. Sú ráðstöfun varð til þess að allstór hluti landsmanna slapp við veikina í þessari atlögu, en flestir urðu þó fyrir barðinu á henni síðar. Læknisfræði þessa tíma bauð ekki upp á sértæka meðferð enda var inflúensuveiran ennþá óþekkt árið 1918. Súrefnisgjöf og sýklalyf til að meðhöndla fylgisýkingar stóðu ekki til boða. Spænska veikin markaði djúp spor í minni aldamótakynslóðarinnar sem endurómaði nánast alla 20. öld og hafði margvísleg áhrif, varð meðal annars kveikjan að því að ný lög um sóttvarnaráðstafanir voru samþykkt árið 1923. Engu að síður má það teljast merkilegt hversu lítið aðrar afleiðingar veikinnar hafa verið rannsakaðar, til dæmis áhrif á þá sem misstu sína nánustu, en sögurnar um það lifa enn innan margra fjölskyldna.

Þegar litið er um öxl nú, árið 2018, er fátt á Íslandi sem minnir á stöðu landsins 1918. Landið er orðið eitt hið auðugasta í heimi, íbúafjöldinn hefur nær fjórfaldast á öldinni sem liðin er, efnahagsleg velmegun er almenn og íbúar landsins hafa fjölbreyttari bakgrunn en áður var, samgöngur við útlönd eru svo góðar að segja má að landið sé sítengt umheiminum. Sú vörn gegn smitsjúkdómum sem áður fólst í einangrun landsins er löngu fyrir bí. Íslendingar þurfa því að vera undir það búnir rétt eins og aðrir að hingað berist alvarlegir smitsjúkdómar sem geta breiðst hratt út. Dæmi um sjúkdóma sem geta hagað sér með þeim hætti eru Ebola, skæðar sýkingar af völdum Coronaveira og nýir stofnar inflúensu. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin WHO hefur sett þessa sjúkdóma í sérstakan forgang og nýlega bætt við „sjúkdómi X“ til að minna þá sem bera ábyrgð á undirbúningi og viðbragðsáætlunum á það að stærsta ógnin kunni enn að vera með öllu óþekkt, – sjúkdómsvá sem kemur okkur algerlega á óvart.

Reynslan af hinum tiltölulega væga inflúensufaraldri 2009 og síðari tíma farsóttum sýnir að við erum furðulega illa undir slíka vágesti búin í margvíslegu tilliti. Nægir þar að benda á að aðstaða til einangrunar og fjöldi rúma á gjörgæsludeildum hérlendis er ófullnægjandi eins og nýlega hefur verið bent á hér í blaðinu. Í venjulegu árferði er spítali allra landsmanna iðulega yfirfullur og því knúinn til að lýsa yfir viðbúnaðarstigi vegna minni háttar aukningar á álagi. Aðrir veikleikar hjá okkur lúta að takmörkuðu birgðahaldi margra helstu nauðsynja og má þar nefna bæði lífsnauðsynleg lyf og ýmsa einnota hluti sem notaðir eru í meðferð fjölveikra. Á þessu þarf að gera bragarbót. Árið 2018 hljótum við að geta gert betur.



Magnús Gottfreðsson

sérfræðingur í lyflækningum og smitsjúkdómum, yfirlæknir við Landspítala og prófessor við læknadeild Háskóla Íslands.

Ritstjóri Læknablaðsins.

magnusgo@landspitali.is

Spanish flu centennial and responses to pandemic threats in the 21st century

Magnus Gottfredsson, MD, PhD, FACP, professor, Landspitali University Hospital and Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland.

doi.org/10.17992/lbl.2018.10.198

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

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

Sérnám í forgrunni

Læknanám á Íslandi á sér langa sögu og hefur að minnsta kosti síðustu 50 árin þótt gott. Framhaldsnám hefur hins vegar lengst af verið takmarkað og óskipulagt. Læknar fóru því oftast fljótlega úr landi eftir kandídatsárið til að læra þá sérgrein sem þeir völdu. Fyrir vikið misstu heilbrigðisstofnanir landsins af mikilvægum starfskrafti þar til fullmenntaðir sérfræðilæknar komu til baka, ef það gerðist. Sérnámsárin, þegar atorka og vinnugleði eru í hámarki, féllu erlendum námsstofnunum í skaut. Rannsóknanám í Háskóla Íslands var líka óvanalegt fram undir síðustu aldamót. Þeir sem öfluðu sér æðri háskólagráðu gerðu það á erlendri grund að mestu leyti. Nefndir voru stofnaðar til að reyna að efla sérnám hér á landi og skýrslur voru gerðar. Málefninu þokaði löturhægt áfram. Ófullkomin lög og gamaldags reglugerð um sérnám lækna, ásamt því viðhorfi að innlendar stofnanir skorti burði til að bjóða sérnám og að enginn væri maður með mönnum nema hún eða hann hefði eytt árum erlendis, unnu gegn því að sérnámi væri komið á fót.

Síðastliðinn aldarfjórðung hafa loks orðið umbætur. Heimilislæknar voru í forystu og settu upp fullt sérnám með marklýsingu og gæðakröfum. Eftir setningu nýrrar reglugerðar um starfs- og sérnám lækna vorið 2015 hefur orðið veruleg breyting. Flestar, en þó ekki allar, megin sérgreinar læknisfræðinnar bjóða nú sérnám. Í þremur er boðið fullt nám, aðrar eru með upphafsnám í 2-3 ár. Lágmarkstími sérfræðináms er 5 ár í samræmi við evrópskar reglur. Eins og lýst er í grein Tómasar Þórs Ágústssonar í þessu blaði hafði nýja reglugerðin nr. 467/2015 mun fastari ákvæði en áður um að starfsnám (nýtt nafn á „kandídatsári“) og sérnám gæti aðeins farið fram í fastákveðnu skipulagi, þar sem nákvæm marklýsing um framvindu námsins er notuð og stöðugt námsmat fer fram. Námsstaði þarf að viðurkenna með formlegum hætti.

Til að annast eftirlit með þessu var sett á fót svokölluð mats- og hæfisnefnd sem þarf að viðurkenna marklýsingar og námsstaði. Formlega viðurkenningu má líta á sem ákveðinn gæðastaðal fyrir námsstaðinn. Til þessa hefur nám í heimilislækningum, geðlækningum, barna- og unglingageðlækningum, bæklunarlækningum, lyflækningum, meinafræði og réttarmeinafræði verið viðurkennt og skammt er í að við það bætist barnalækningar, bráðalækningar, fæðinga- og kvensjúkdómalækningar, samþætt kjarnanám í bráðalækningum („bráðakjarnaleiðin“), skurðlækningar, svæfinga- og gjörgæslulækningar og viðbótarnám í öldrunarlækningum. Þá er í nokkrum öðrum sérgreinum verið að skoða upphafsnám eða svokallað viðbótarnám ofan á annað sérnám, en undirsérgreinanám er ekki tímabært enn sem komið er. Allt þarf þetta að standast gæðakröfur sem eru sambærilegar við það sem gerist í nágrannlöndum austan og vestan hafs. Samvinna er um þetta milli Landspítalans, heilsugæslunnar og Sjúkrahússins á Akureyri. Sérnámsstöður lækna á nú ekki að auglýsa nema þær hafi hlotið viðurkenningu mats- og hæfisnefndar. Nefndin þarf líka að viðhafa eftirlit með því að námsstaðlar drabbist ekki niður. Nokkrar mikilvægar sérgreinar vantar þó enn til að framboð sérgreinanáms taki til flestra megin sérgreina, það er að segja um ríflega þriðjungs þeirra sérgreina sem Evrópusamtök sérfræðilækna hafa viðurkennt.

Ávinningur sérnáms á Íslandi, að hluta eða öllu leyti, er augljós. Gæðaaukning verður í heilsugæslu og spítalastarfi, sérlega góður starfskraftur á lægri launum en sérfræðilæknar bætist við og hættan á að missa lækna til frambúðar úr landi minnkar. Fjárfestingin úr háskólanáminu skilar sér betur. Að íslenskum sið gera stjórnvöld samt ekki ráð fyrir kostnaði af sinni hálfu og velta því yfir á heilbrigðisstofnanirnar. Utanumhald og eftirlit þarf, bæði kennslustjóra og aðstoðarfólk þeirra og mats- og hæfisnefndarstörfin eru umfangsmikil og munu vaxa. Að ætlast til þess að til langframa verði þetta tekið af núverandi fjárveitingum stofnana er ekki rétt. Hófleg fjárveiting mun skila sér til baka. Um leið þarf að skipuleggja tengsl við akademískt nám á meistara- og doktorsstigi fyrir unga sérnámslækna.

Þarf sérnám á Íslandi? Má ekki bara hafa þetta eins og það var? Svarið er að breyttar aðstæður heima og erlendis kalla á að tíminn sem unglæknar eyða á Íslandi eftir kandídatsár verði lengdur og nýttur sem best. Námstími hér þarf líka að vera viðurkenndur þegar komið er til útlanda. Til þess þarf samninga við stofnanir og heilbrigðisyfirvöld í helstu námslöndum íslenskra unglækna. Önnur lönd krefjast þess að nám hafi marklýsingu og að opinbert samþykktar- og eftirlitskerfi sé til staðar. Margir ungir læknar vilja forðast eða stytta dvöl á erlendri grund. Mönnun heilbrigðisstofnana með millistigslæknum í stöðluðu og góðu sérnámi eykur gæði heilbrigðisþjónustunnar.

Nú verður ekki aftur snúið. Sérnám er komið til að vera á Íslandi, sem betur fer.



Reynir Tómas Geirsson

fyrrv. prófessor og forstöðulæknir, formaður mats- og hæfisnefndar skv. reglugerð nr. 467/2015

reynirg@landspitali.is

Specialist education at the fore

Reynir Tómas Geirsson, MD, PhD, FRCOG, emeritus professor of obstetrics and gynecology, chairman of the Evaluation and Accreditation Committee for specialist education, Landspitali University Hospital, Reykjavik.

doi.org/10.17992/lbl.2018.10.199

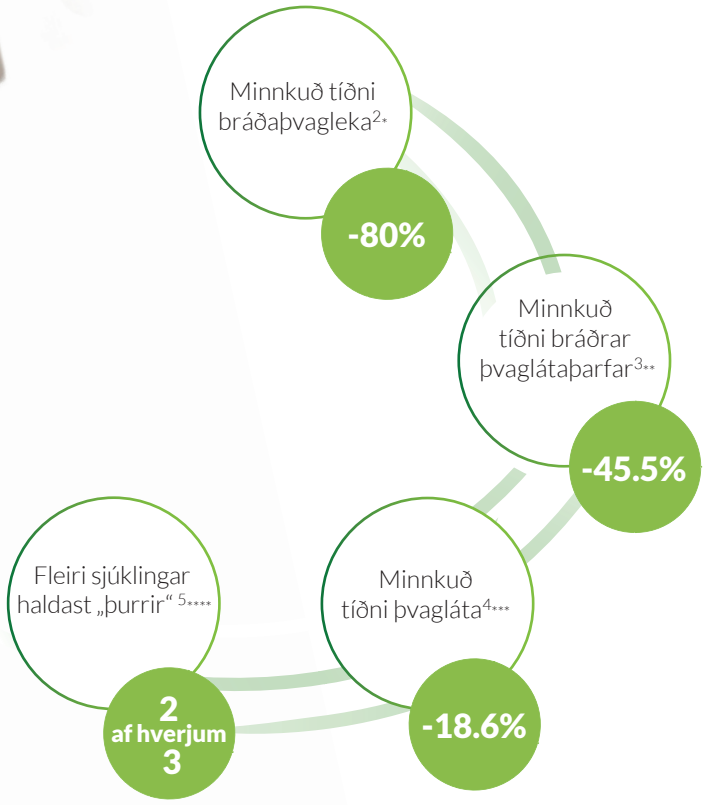
STAÐFESTUR ÁRANGUR[1]

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

Peutz-Jeghers-heilkenni með garnasmokkun

Gísli Gunnar Jónsson
Jórunn Atladóttir

Höfundar eru læknar á skurðlækningasviði Landspítala Hringbraut.

Fyrirspurnum svarar Gísli Gunnar Jónsson, *gisligun@landspitali.is*

Birt með leyfi sjúklingsins.

ÁGRIP

Hér er lýst tilfelli sjúklings með staðfest Peutz-Jeghers-heilkenni á grundvelli jákvæðrar vefjagreiningar samhliða litabreytingum á vörum. Þessi sjúklingur greindist ekki fyrr en hann fékk innsmokkun á mjógirni. Hægt hefði verið að greina hann fyrr á ævinni vegna fyrrgreindra litabreytinga og sögu um tíð kviðverkjaköst.

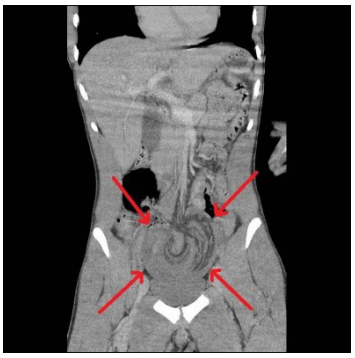
doi.org/10.17992/lbl.2018.10.200

Inngangur

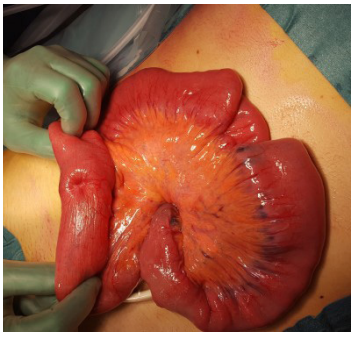
Peutz-Jeghers-heilkenni er sjaldgæfur ríkjandi A-litninga erfðasjúkdómur sem lýsir sér í sepamyndun í meltingarvegi auk litabreytinga á húð og slímhúð. Sjúklingar með heilkennið eru í aukinni hættu á að fá krabbamein á lífsleiðinni, auk annarra kvilla í tengslum við sepamyndun.[1,2]

Tilfelli

21 árs gamall hraustur karlmaður sem hafði nokkrum sinnum fengið væg kviðverkjaköst leitaði á bráðamóttöku vegna skyndilegra, slæmra, dreifðra kviðverkja, ógleði og uppkasta sem höfðu varað í tvær klukkustundir. Hann var illa haldinn af verkjum en kviðurinn var þó mjúkur og án þreifieymsla við fyrstu skoðun og garnahljóð voru eðlileg. Verkirnir versnuðu hratt, maðurinn var kaldsveittur og fölur en ítrekuð kviðskoðun var eðlileg. Hækkun á hvítum blóðkornunum var væg (13,5 þúsund) en C-reaktíft prótein var eðlilegt. Fengin var tölvusneiðmynd af kvið sem sýndi garnasmokkun á 25-30 cm bili neðarlega í kvið (mynd 1).



Mynd 1. *Tölvusneiðmynd af kvið (krúnusnið). Örvar benda á garnasmokkun.*



Mynd 2. *Tekin í aðgerð. Sýnir fyrirferð í smágirni eftir að búið var að leysa úr garnasmokkun.*

Gerð var kviðarholsaðgerð þar sem garnasmokkun sást á um það bil hálfum metra af smágirni. Leyst var úr garnasmokkuninni og fyrirferð í smágirninu þreifaðist og var vendipunktur garnasmokkunarinnar (mynd 2). Gert var hlutabrottnám á smágirni og fyrirferðin fjarlægð. Vefjagreining sýndi sepa með einkennandi útlit fyrir sepamyndun í Peutz-Jeghers-heilkenni og engin merki um æxlisvöxt í aðlægum eitlum. Þegar sjúklingur var skoðaður með tilliti til þessa sjúkdóms sáust vel litabreytingar á vörum sem fjölskylda sjúklingsins hafði tekið eftir hjá honum í æsku (mynd 3). Auk þess voru tvær litabreytingar til staðar í slímhúð munnhols en engar litabreytingar fundust á iljum eða lófum. Rannsókn hjá erfðaráðgjöf staðfesti að um Peutz-Jeghers-heilkenni væri að ræða, líklegast sporadísk erfðabreyting þar sem ættarsaga var engin. Gerð var segulómmynd af kviði til eftirlits sem sýndi ekki fram á æxlisvöxt. Fyrirhugað er krabbameinseftirlit með maga- og ristilspeglun á eins til tveggja ára fresti auk árlegrar skimunar með segulómun af eistum og á eins til tveggja ára fresti af brisi.



Mynd 3. *Sjá má blágráar og brúnar litabreytingar á neðri vör sjúklings.*

Umræða

Peutz-Jeghers-heilkenni var fyrst lýst árið 1921 af Jan L. Peutz- og svo að nýju árið 1944 af Harold J. Jeghers. Heilkennið er sjaldgæfur ríkjandi A-litninga erfðasjúkdómur með háa tíðni svipgerðar sem lýsir sér í sepamyndun í meltingarvegi auk litabreytinga á húð og slímhúð.[1-3] Fjölskyldusaga er til staðar í um 55% tilfella auk þess sem tíðni krabbameins í fyrstu gráðu ættingjum er hærri en í almennu þýði og er þess vegna mælt með að þessir einstaklingar gangist undir krabbameinseftirlit og nánir ættingjar þeirra fái erfðaráðgjöf með tilheyrandi genaprófun.[4-6]

Algengi Peutz-Jeghers-heilkennis er 1:8300 til 1:200.000[7] og er enginn munur milli kynja. Heilkennið er einkennalaust í 50% tilfella við greiningu. Algengustu fylgikvillar sjúkdómsins eru: garnasmokkun, blæðing frá sepum með fylgjandi blóðskorti og stífla í meltingarvegi vegna sepa. Meðalaldur fyrstu einkenna frá meltingarfærum er 13 ár. Allt að 69% einstaklinga með Peutz-Jeghers-heilkenni fá garnasmokkun á lífsleiðinni og þá oftast í dausgörn. Í um það bil 90% tilfella lýsa sjúklingar þá miklum kviðverk en í 40% tilfella eru þeir með einkenni smágirnisstíflu. Einnig geta þeir verið með blóð í hægðum, niðurgang og blóðskort.[3,8-11]

Sepamyndunin er í formi vaxtarvillusepa (*hamartomatous polyps*) og getur komið fram hvar sem er í meltingarveginum en er algengust í smágirni.[8,12] Separnir geta einnig myndast utan meltingarvegar, til dæmis í þvagblöðru, nýrnaskjóðum, lungum og nefkoki. Sjúklingar með Peutz-Jeghers-heilkenni eru í aukinni hættu að mynda krabbamein sökum sepamyndunar en 38-66% þeirra greinast með krabbamein í meltingarvegi á ævinni.[1]

Yfir 95% sjúklinga með Peutz-Jeghers-heilkenni eru með fyrrnefndar litabreytingar. Þær koma oftast fram á unga aldri og eru jafnvel til staðar við fæðingu. Þá eru þær helst á vörum, við munn og í munnslímhúð en einnig í lófa, undir iljum, við nef, endaþarm og kynfæri. Um er að ræða blá-gráa eða brúna fleti, 1-5 mm að stærð, sem koma fram snemma á æviskeiði og eru ekki taldir vera forstig krabbameins.[8,13] Sjúklingurinn í okkar tilfelli reyndist vera með litabreytingar í kringum munn, á vörum og einnig í munnslímhúð, en ekki á iljum eða lófum.

Sjúklingur skal uppfylla eitt af eftirfarandi skilgreiningaratriðum til að uppfylla klínísk greiningarskilmerki fyrir Peutz-Jeghers-heilkenni:[14,15]

1. Tveir eða fleiri separ sem samræmast Peutz-Jeghers-heilkenni á vefjagreiningu.
2. Fjölskyldusaga um Peutz-Jeghers-heilkenni auk sepa hjá sjúklingi sem samræmist heilkenninu á vefjagreiningu.
3. Fjölskyldusaga um Peutz-Jeghers-heilkenni með litabreytingum hjá sjúklingi sem samræmast heilkenninu.
4. Einkennandi litabreyting ásamt sepa sem samræmist Peutz-Jeghers-heilkenni á vefjagreiningu.

Sjúklingur í okkar tilfelli var með einkennandi litabreytingar ásamt sepa sem samræmdist Peutz-Jeghers-heilkenni á vefjagreiningu og uppfyllti því skilmerki Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) fyrir sjúkdóminn.

Einstaklingar sem greinast með heilkennið eiga að gangast undir krabbameinseftirlit sem felur í sér eftirfarandi:[6]

- Maga- og ristilspeglun auk speglunar, hylkisrannsóknar eða segulómunar á smágirni frá 8 ára aldri. Þessar rannsóknir skal framkvæma á þriggja ára fresti ef separ eru til staðar. Annars skal endurtaka rannsókn við 18 ára aldur.
- Klínísk brjóstaskoðun á 6 mánaða fresti frá 18 ára aldri auk brjóstamyndatöku árlega frá 25 ára aldri.
- Skoðun á kvenlíffærum með ómun, grindarbotnsskoðun með stroki og CA-125 mælingu í blóði árlega frá 18-20 ára aldri.
- Segulómskoðun, ómun í speglun eða segulómun af gall- og brisgangi á eins til tveggja ára fresti frá 30 ára aldri.
- Klínísk eistnaskoðun, auk ómunar ef klínísk skoðun er afbrigðileg, árlega frá fæðingu eða unglingsárum.

Niðurstaða

Niðurstaðan sem draga má af þessu tilfelli er að ávallt skal hafa Peutz-Jeghers-heilkenni í huga ef einstaklingur hefur fengið endurtekna kviðverki frá barnæsku með fyrrnefndum litabreytingum. Sér í lagi ef hann hefur fengið blæðingu um endaþarm eða reynist vera með blóðskort. Það væri hagur í því að ná þessum sjúklingum í viðeigandi eftirlit áður en þeir fá smágirnisstíflu eða garnasmokkun.

Heimildir

1. van Lier MG, Wagner A, Mathus-Vliegen EM, Kuipers EJ, Steyerberg EW, van Leerdam ME. High cancer risk in Peutz-Jeghers syndrome: a systematic review and surveillance recommendations. Am J Gastroenterol 2010; 105: 1258-64; author reply 65.
2. Georgescu EF, Stănescu L, Simionescu C, Georgescu I, Ionescu R, Florescu G. Peutz-Jeghers syndrome: case report and literature review. Rom J Morphol Embryol 2008; 49: 241-5.
3. Mozaffar M, Sobhiyeh MR, Hasani M, Fallah M. Peutz-Jeghers syndrome without mucocutaneous pigmentation: a case report. Gastroenterol Hepatol Bed Bench 2012; 5: 169-73.
4. Sökmen HM, Ince AT, Bölükbas C, Kilic G, Dalay R, Kurdas OO. A Peutz-Jeghers syndrome case with iron deficiency anemia and jejuno-jejunal invagination. Turk J Gastroenterol 2003; 14: 78-82.
5. Schulmann K, Pox C, Tannapfel A, Schmiegel W. The patient with multiple intestinal polyps. Best Pract Res Clini Gastroenterol 2007; 21: 409-26.
6. McGarrity TJ AC, Baker MJ. Peutz-Jeghers Syndrome. Seattle (WA): University of Washington, Seattle, 1993-2018.
7. Lindor NM, Greene MH. The concise handbook of family cancer syndromes. Mayo Familial Cancer Program. J Natl Cancer Inst 1998; 90: 1039-71.
8. Utsunomiya J, Gocho H, Miyanaga T, Hamaguchi E, Kashimure A. Peutz-Jeghers syndrome: its natural course and management. Johns Hopkins Med J 1975; 136: 71-82.
9. Hinds R, Philp C, Hyer W, Fell JM. Complications of childhood Peutz-Jeghers syndrome: implications for pediatric screening. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004; 39: 219-20.
10. van Lier MG, Mathus-Vliegen EM, Wagner A, van Leerdam ME, Kuipers EJ. High cumulative risk of intussusception in patients with Peutz-Jeghers syndrome: time to update surveillance guidelines?Am J Gastroenterol 2011; 106: 940-5.
11. Pétursdóttir K, Rósmundsson Þ, Hannesson PH, Möller PH. Garnasmokkun hjá börnum á Íslandi. Læknablaðið 2013; 99: 77-81.
12. Jeghers H, Mc KV, Katz KH. Generalized intestinal polyposis and melanin spots of the oral mucosa, lips and digits; a syndrome of diagnostic significance. N Engl J Med 1949; 241: 1031-6.
13. Gammon A, Jasperson K, Kohlmann W, Burt RW. Hamartomatous polyposis syndromes. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2009; 23: 219-31.
14. Aaltonen LA. Hereditary intestinal cancer. Semin Cancer Biol 2000; 10: 289-98.
15. Aretz S, Stienen D, Uhlhaas S, Loff S, Back W, Pagenstecher C, et al. High proportion of large genomic STK11 deletions in Peutz-Jeghers syndrome. Hum Mutat 2005; 26: 513-9.
16. Latchford AR, Neale K, Phillips RK, Clark SK. Juvenile polyposis syndrome: a study of genotype, phenotype, and long-term outcome. Dis Colon Rectum 2012; 55: 1038-43.
17. Syngal S, Brand RE, Church JM, Giardiello FM, Hampel HL, Burt RW, et al. ACG clinical guideline: Genetic testing and management of hereditary gastrointestinal cancer syndromes. Am J Gastroenterol 2015; 110: 223-62; quiz 63.

Barst til blaðsins 16. apríl 2018, samþykkt til birtingar 3. júlí 2018.

ENGLISH SUMMARY

Peutz-Jegher syndrome presenting with intussusception

Gísli Gunnar Jónsson[1]
Jórunn Atladóttir[1]

In this case report we describe a patient with a confirmed diagnosis of Peutz-Jegher syndrome. A diagnosis made from a positive tissue sample from the small bowels and characteristic hyperpigmentation on the patient's lips. This particular patient wasn't diagnosed till he got intussusception which required an operation. There's a possibility that the diagnosis could have been made earlier in the patient's life because of the hyperpigmented macules on his lips in addition to frequent abdominal pain.

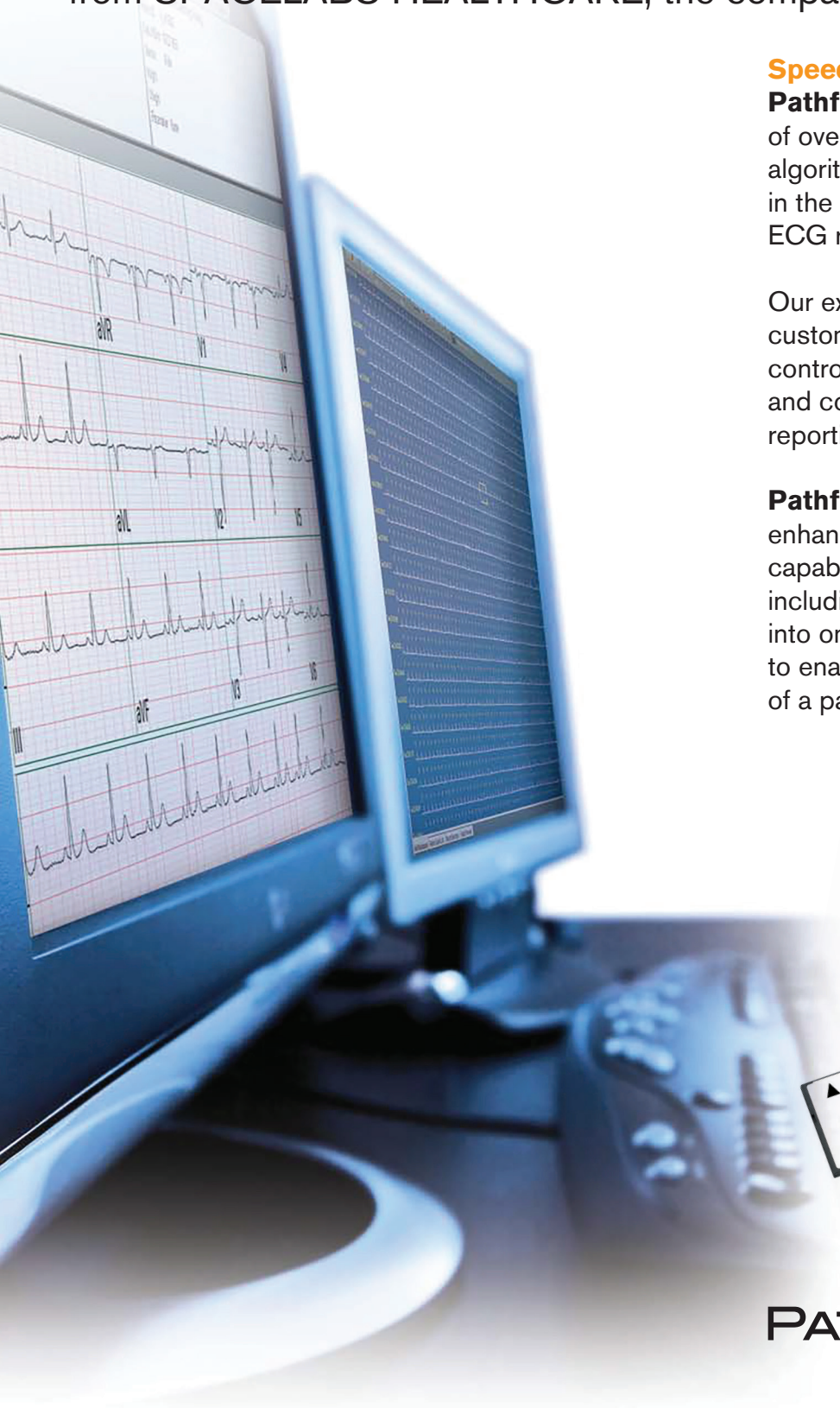
[1]*Surgical unit at Landspítali, University Hospital, Iceland.*

Key words: *intussusception, hyperpigmentation, Peutz-Jegher syndrome.*

Correspondence: *Gísli Gunnar Jónsson, gisligun@landspitali.is*

STATE OF THE ART
HOLTER ANALYSIS

from SPACELABS HEALTHCARE, the company that invented Holter



Speed. Accuracy. Exploration.

Pathfinder SL represents the evolution of over 40 years of technology, design, algorithm development and experience in the analysis of ambulatory ECG recordings.

Our experience has taught us that our customers need speed, accuracy and control, with a high degree of visibility and confidence in the analysis and reporting process.

Pathfinder SL converges and enhances the best features and capabilities of a range of products, including our legacy Holter systems, into one seamless analysis solution to enable the comprehensive exploration of a patients cardiac condition.



PATHFINDER SL

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

Þórður Thoroddsen (1856-1939) var sonur Jóns Thoroddsen sýslumanns og skálds í Haga á Barðaströnd. Hann var læknir í Reykjavík, prófdómari í Læknaskólann, þingmaður um skeið og gjaldkeri í Íslandsbanka.

Þórður skrifaði þessa grundvallarúttekt á inflúensum og spænsku veikinni sjálfri í *Læknablaðið* 1919 og var greinin birt í þremur hlutum. Að mestu eftir erindi fluttu í Læknafél. Rvíkur 12. jan. 1919.

Hún er nú birt að nýju 100 árum eftir að spænska veikin lagðist yfir land og þjóð haustið 1918 ásamt annarri óáran.

Greinin er í einu lagi og með myndum sem tengjast efninu. Stafsetningu hefur lítillega verið breytt og samræmd.

Inflúensan fyrrum og nú



Þórður Thoroddsen
læknir

Um landfarsóttir á Íslandi hefir lítið verið ritað. Það er alt óranns-akað mál að mestu.

Jón Þorsteinsson* landlæknir og PA Schleisner** hafa ritað yfirlit yfir landfarsóttir, sem gengið hafa á Íslandi frá elstu tímum, Jón Þorsteinsson fram að árinu 1834, en Schleisner fram að 1845. Hafa þeir stuðst við ýmsa íslenska annála, einkum Espólíns árbækur, annál Björns á Skarðsá, ritgerð Hannesar Finnssonar biskups „um mannfækkun af hallærum á Íslandi“, íslensk sagnablöð, og fleiri rit, svo og ársskýrslur lækna, það sem þær ná. Yfirlit þetta er góð undirstaða fyrir þá, er síðar kynnu að vilja rannsaka landfarsóttarsögu landsins, en er eðlilega mjög ónógt og ófullkomið, sérstaklega að því er fyrri aldir snertir.

Að því er inflúensu-sóttir snertir, er lítið á þessum ritum að græða. En það virðist engum efa undir orpið, að inflúensa hefir geisað hér á landi oft og tíðum á fyrri öldum, þó að sögur fari ekki af; því að það þykjast fræðimenn vita, að inflúensa er æfagömul sótt í heiminum. Víða í annálum er þess getið, að sóttir eða landfarsóttir, taksóttir eða þess konar, hafi gengið um landið, án þess nánar sé tilgreint hvers kyns þær sóttir hafi verið, og er ekkert efamál, að undir þeim nöfnum felast ýmsar sóttir, er vér nú vitum deili á, og þar á meðal inflúensa.


LÆKNABLAÐIÐ

Verzlunin Landstjarnan Reykjavík.

P. P. J. Gunnarsson.

LÆKNABLAÐIÐ

Inflúensan fyrrum og nú.

Schleisner segir í bók sinni, að telja megi víst, að inflúensa hafi fram að 1845 gengið sem almenn farsótt 6 sinnum yfir alt landið, svo að sögur fari af, og 7 sinnum yfir nokkra hluta þess. Segir hann, að sóttin hafi gengið hér á landi í fyrsta sinn árið 1706.

Jón Hjaltalín landlæknir hefir ritað um inflúensu-sóttir á Íslandi, sérstaklega um sótt þá, er gekk 1862, í *Edinb. medic. Journal* 1863. Telur hann, að inflúensa hafi fyrst gengið hér á landi árið 1627. En það er efasamt, hvort sótt sú, er þá gekk, hefir verið inflúensa. Í annálum stendur, að „landfarsótt“ hafi þá gengið á Norðurlandi og margir dáið. Sótt, sem aðeins heldur sér við part af landinu, getur naumast hafa verið inflúensa, enda telur Jón Þorsteinsson landlæknir í ritgerð sinni sótt þessa hafa verið „febris nevrosa maligna“.

Hirsch telur í hinni stóru handbók sinni um landfarsóttir enga sönnun færða fyrir því, að inflúensa hafi gengið á Íslandi fyr en árið 1730. Sótt, er þá gekk um landið, byrjaði á Suðurlandi og færðist norður og austur. Inflúensa gekk þá sem alheims-sótt um alla Norðurálfu, og því líklegt, að hún hafi borist hingað þetta umrædda ár.

En, eins og eg áður hefi tekið fram, eru öll líkindi til, að inflúensa hafi gengið miklu fyrr hér á landi, enda má af frásögnum ýmsra annála, bæði útlendra og innlendra, ráða, að svo hafi verið. Þannig má lesa í annálum um árið 1388: „Þá fór kynjasótt um landið og dóu margir“. Árið áður, 1387, gekk inflúensa um alla Norðurálfuna og sérstaklega er þess getið að hún hafi gengið í Hamborg og Lübeck*** það árið og er ekkert líklegra, en að sóttin hafi borist til Íslands frá þeim borgum, því að mikil mök höfðu Íslendingar við þá staði í þann tíð, svo sem kunnugt er. Það er og sannreynt, að sóttir, sem gengið hafa á meginlandi Norðurálfunnar á fyrri öldum, hafa ekki borist til Íslands fyr en árið eftir. Hinar strjálu samgöngur hafa verið þess valdandi.

Þá stendur í Espólíns árbókum við árið 1537 (III. 114): „Gekk kvefsótt mikil og dóu margir.“ Líklegt er, að það hafi verið inflúensa.

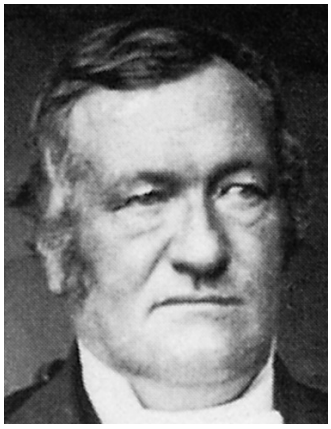
Loks er þess getið um árið 1580 í annálum að hér hafi gengið sótt um landið, sem kölluð var „engingar-sótt“ og dóu margir úr henni.

Schleisner segir, að inflúensa hafi þá víða gengið í útlöndum, en íslenska nafnið bendi á, að það geti ekki hafa verið sú veiki. Telur hann líklegra, að það hafi verið „Kriebel-krankheit“ (ergotismus). En að mínu áliti hefir það einmitt verið inflúensa. Þetta ár fór inflúensu-pandemi yfir alla Norðurálfu, Austurlönd og Suðurálfu.

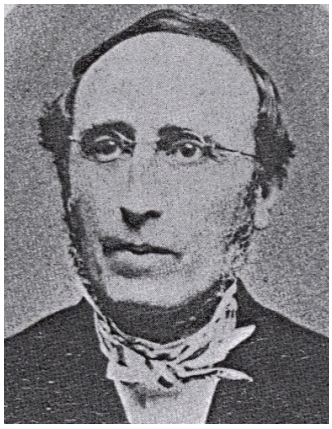
*Tractatus de morbis in Islandia frequentissimis. Paris 1840.
**Island undersögt fra et lægevidenskabeligt Synspunkt. Kbh. 1849.
***Handbuch d. historisch-geograph. Patologie. Stuttgart 1881.



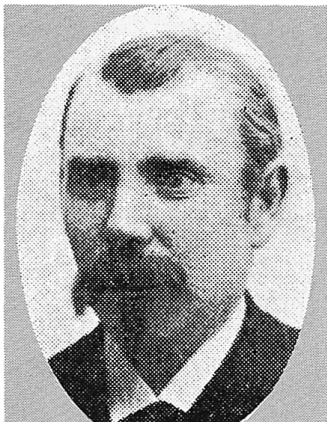
Jón Þorsteinsson (1794-1855) landlæknir á Seltjarnarnesi.



Jón Hjaltalín (1807-1882) landlæknir, forstöðumaður Læknaskólans.



Schleisner (1818-1900). Dvaldi hérlendis 1847-48 að rannsaka heilsufar landsmanna.



Árni Jónsson (1851-1897), héraðslæknir í Skagafirði og síðan á Vopnafirði frá 1892.

Er hennar fyrst getið á Sikiley og kölluð Lues epidemica, komst í júlí til Ítalíu, þaðan til Frakklands og Spánar. Í september var hún komin um alt Þýskaland, Holstein og Danmörk, og þaðan fluttist hún til Svíþjóðar og austur á bóginn til Rússlands. Er ekkert eðlilegra, en að hún hafi borist hingað til lands líka.

Sótt þessi var „en catarrhus eller Fluss, der faldt paa Brystet med Feber, som bragte mange i Graven."* - Hún var af almenningi í hertogadæmunum dönsku kölluð spanska veikin („Spanske Sip" eða „Tip"), og er sagt, að margir, jafnt ungir sem gamlir, hafi dáið úr henni. Á einum stað dóu t.d. 3000 manns úr henni, og var það 3. hluti allra íbúanna. Í Stokkhólmi og Uppsölum var sóttin svo mögnuð, að loka varð háskólunum.

Alt þetta virðist benda á, að inflúensa hafi gengið hér á landi snemma á öldum.

Á 19. öldinni fara að verða greinilegri fregnir um inflúensu-sóttirnar, einkum síðan læknar fóru að gefa skýrslur um heilsufarið í héruðunum. Galli er samt á, að allar skýrslur lækna eru glataðar fram að árinu 1835, og eftir þann tíma og alt til aldamóta vantar skýrslur úr fleiri eða færri héruðum, flest árin.

Fram að 1845 telur Schleisner, að inflúensa hafi gengið 9 sinnum á 19. öld, árin 1805, 16, 19, 21, 34, 42, 43 og 45. – Hjaltalín nefnir ekki inflúensu 1819, 21, 38, 42 og 45, en getur aftur um inflúensu 1825.

Í yfirliti yfir manndauða á Íslandi, sem Guðm. Hannesson prófessor hefir birt í aprílblaði *Læknablaðsins* 1917, og er að mestu tekið eftir ritgerð Páls Briems í *Lögfræðingi*, en aukið af Guðmundi prófessor, er inflúensu-sóttar oft getið á öldinni, að því er mér telst 26 sinnum.

Það er víst óhætt að fullyrða, að hér hefir ekki verið um reglulega inflúensu að ræða altaf; svona tíð hefir hún alls ekki verið. Oft og tíðum hefir verið blandað saman inflúensu og almennum kvefsóttum, sem oft ganga hér um alt land, eru næmar og líkjast að mörgu reglulegri inflúensu, en eru alt annars eðlis. Aðalmunurinn er sá, að inflúensa er útlend sótt, alt af innflutt, gangi hún hér sem landfarsótt; kvefsóttin innlend að eðli og uppruna. Inflúensan fer eins og logi yfir akur, séu engar hömlur lagðar fyrir hana er hún búin að ljúka sér af um alt landið eftir 1-2 mánuði. Oftast kemur hún á vorin eða fyrri part sumars, er bundin við samgöngur við útlönd og skiftir sér ekkert um veður né vind. Kvefsóttin er lengur á ferðinni um landið og fer oft ekki nema um nokkurn hluta þess; heldur sér helst við haust og vor og er miklu meir undirorpin veðrabrigðum. – Báðir eru illir gestir hjá hinni íslensku þjóð, inflúensan þó verri. –

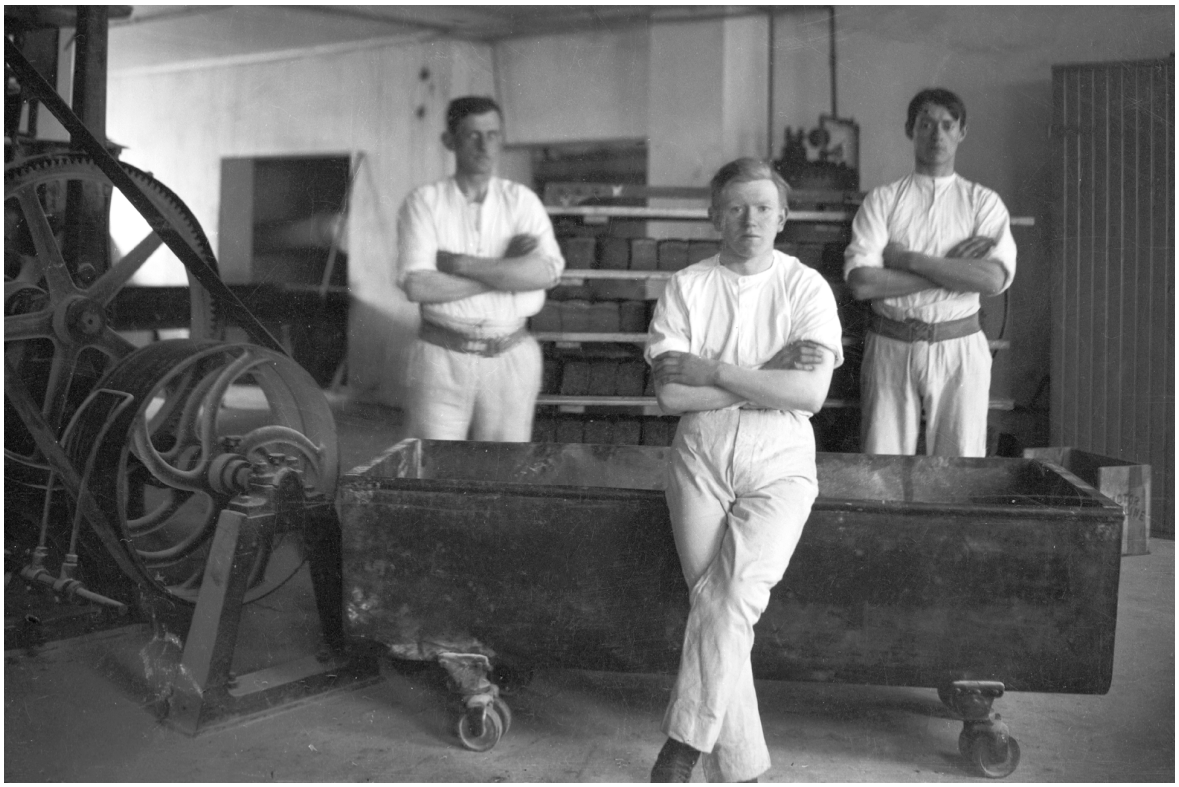
Að öllu athuguðu virðist mér ekki geta verið að ræða um inflúensu nema 12 sinnum á 19. öldinni: 1804, 1816, 1825, 1834, 1843, 1855, 1862, 1864, 1866, 1890, 1894, 1900.

Um inflúensusóttirnar framan af 19. öldinni, fram að 1844, hefir Schleisner getið í bók sinni. Sleppi eg því að minnast á þær, enda eru allar skýrslur lækna fyrir þau árin glataðar. Sóttirnar eftir þann tíma, frá 1855-1900, hefi eg kynt mér nokkuð og skal nú stuttlega skýra frá þeim.

*F.v. Mansa: Bidrag til Folkesygd. og Sundhedsplejens Historie i Danm. - Kbh. 1873.



Botnía var farþega- og flutningaskip sem lengi þjónaði Íslendingum. Myndina tók Magnús Ólafsson af skipinu fánum prýddu í Reykjavíkurhöfn í kringum árið 1910. Birt með leyfi Ljósmyndasafns Reykjavíkur.



Magnús Ólafsson tók myndina um 1918-1919 í rúgbrauðsgerðinni í Gasstöðinni við Hlemm. Þrír bakarar stilla sér upp: Þorgils Guðmundsson, Kristinn E. Magnússon og Kristján Hall. - Birt með leyfi Ljósmyndasafns Reykjavíkur.

Inflúensan 1855

Hún byrjaði á Norðurlandi, að öllum líkindum á Akureyri, í júnímánuði. Hefir borist þangað með skipum, enda var inflúensa þá alment útbreidd um alla Norðurálfu. Héraðslæknirinn á Akureyri, Eggert Jónsson, lagðist í sóttinni og dó, og eru því engar fregnir um, hvernig sóttin hefir hagað sér þar. – Í miðjum júlí er hún komin um alt Hérað austur, að því er Gísli Hjálmarsson segir, og um sama leyti vestur í Skagafjarðar- og Húnavatnssýslur. Seinni part júlímánaðar er hún komin til Reykjavíkur, eða 3 vikum eftir að hún kom í land á Eyjafirði, og um sama leyti austur um Árness- og Rangárvallasýslur. Á Vesturlandi kemur hún í byrjun ágústmánaðar. – Hún virðist vera um garð gengin alstaðar á landinu í ágústlok eða byrjun september, rúmum 2 mánuðum eftir að hún kom á land.

Sótt þessi virðist hafa verið væg og fátt dáið nema gamalt fólk og brjóstveikt. Hjaltalín telur, að ekki hafi dáið yfir 300 manns á öllu landinu af sóttinni, eða tæpt ½% allra landsbúa, og er það sennilegt.

Sóttin tók alla jafnt, unga sem gamla; þyngst lagðist hún á gamalt fólk, vægast á börn yngri en 16 ára. – Helstu einkenni voru: Hiti, höfuðverkur, hósti með særindum fyrir brjósti, þyngsli og tök hér og hvar um brjóstið, að aftan og framan, augnverkir, hlustarverkur. Hósti var oft ákafur og uppgangurinn rauðlitaður. Sumir fengu uppköst, aðrir magaverki og niðurgang. Sumir voru svefnlausir, aðrir láu í móki. Oft var útgangur úr eyrum. Máttleysi mikið á eftir og niðurgangur tíður. Sóttin lagðist misþungt á, sumir lasnir í 3 daga, sumir lágu 3 vikur eða lengur. Lengi á eftir voru margir óvinnufærir.

Inflúensan 1862

byrjaði í Reykjavík í maímánuði, og viku eftir að hennar varð vart, er hún komin um alla Reykjavík, nágrennið og suður með sjó. Berst svo með lokamönnum austur í sýslur, upp í Borgarfjörð og norður í land með svo miklum hraða, að segja má, að 14 dögum eftir að hún byrjaði er hún komin nálega um alt land.

Sótt þessi virðist hafa verið mjög illkynjuð og oft hafa fylgt henni lungnabólgur. Einkum voru það þó gamalt fólk og börn sem dóu. – Jón Finsen, héraðslæknir á Akureyri, safnaði skýrslum úr sínu héraði, Eyjafjarðar- og Þingeyjarsýslum, um dauðsföllin af sóttinni. Í Eyjafjarðarsýslu höfðu dáið 48 karlar og 70 konur, 118 manns alls, af 4479 íbúum. Verður það 2,6%. – Í Þingeyjarsýslu dóu 52 karlar og 71 kona, 123 manns alls, af 5462 íbúum. Verður það 2,4%. – Mestur var dauðinn á ungbörnum á 1 ári, í þessum sýslum. Það dóu 48 börn af 258, eða hér um bil 6. hvert barn ($186^0/_{00}$); þar næst á fólk yfir 60 ára, 95 af 986, eða hér um bil 10. hver (9,6%). – Léttust var veikin á aldrinum 5-40 ára.

Sóttin kom mjög misjafnt niður á héruðunum, var vægari í sumum en skæð í sumum. Í einu prestakalli Eyjafjarðarsýslu, Hvanneyrarprestakalli, dó t.a.m. 6,3% af öllum íbúum, í Saurbæjarprestakalli í sömu sýslu aftur á móti ekki nema $7^0/_{00}$.

Hjaltalín lýsir sótt þessari svo, að vanalega hafi hún byrjað með kuldatilfinningu í bakinu og á milli herðanna, svo hafi komið hiti, máttleysi og nokkur höfuðverkur. Allir kvörtuðu um sárindi í hálsi og þrengsli fyrir brjóstinu; mikið rensli hafi verið úr nefinu, miklir hnerrar, blóðnasir og harður og þurr hósti. Uppgangur var fyrst glær vökvi, síðar slímkendur. Andþrengsli urðu oft svo mikil að varirnar blánuðu. Andardrátturinn var tíður og stuttur. Alment einkenni hjá þeim, sem þyngst voru haldnir, var mikil „mental depression", sem oft varð að „apathiu", einkum hjá eldra

fólki. Sumir þjáðust af svefnleysi, sem mest stafaði af hóstanum og andþrengslunum. Sóttinni fylgdu oft ýmiskonar taugaverkir: lumbago, otalgia, odontalgia, neuralgia intercostalis, hemicranias og neuralgia facialis. Blóðsókn (hyperæmia) mikil var að öllum slímhimnum líkamans, lungnanna, magans og enda þvagfæranna í hinum þyngri tilfellum. – Dauðratalan í sumum sóknum á landinu hafi verið mjög há, 4-6%. Í Reykjavíkursókn hafi ekki dáið meira en 1% af íbúunum, en sóttin hafi gripið meira kvenmenn en karlmenn, hafi og meira dáið af kvenmönnunum. Börn 1-2 ára hafi verið verst farin, svo gamalt fólk, enda hafi miklu meira dáið af þeim en miðaldra mönnum.

Í júlímánuði virðist sóttin hafa verið um garð gengin alstaðar á landinu, og hafði þá geisað um í 2 mánuði. Gerði hún mikið tjón um alt land. Hver áhrif hún hefir haft, má sjá af því, að þetta ár dóu á öllu landinu 2874 manns. Meðaltalið af þeim sem dóu á mánuði, þá mánuði sem inflúensan ekki gekk, var 136. En í maí dóu 242. Þ.e. 106 fram yfir meðaltalið; í júní 1053, eða 917 fram yfir meðaltalið og í júlí 346, eða 210 fram yfir meðaltalið. Dáið hafa því alls á landinu þessa 3 mánuði, sem inflúensan gekk, 1233 fleiri menn en við mátti búast eftir meðaltali hinna mánaðanna, og eru þá ótaldir þeir, sem síðar hafa dáið af hinum og þessum afleiðingum sóttarinnar.

Inflúensan 1864

byrjaði í Reykjavík í lok júnímánaðar. Í sama mánuði er hún komin austur um allar sveitir og í byrjun júlímánaðar til Vestmannaeyja. Um miðjan júlí er hún komin norður í land, í Húnavatns-, Skagafjarðar- og Eyjafjarðarsýslur. Frá Húnavatnssýslu barst hún til Ísafjarðar nær samstundis og svo um alt Vesturland. – Um miðjan ágúst var hún alstaðar um garð gengin. – Lind, héraðslæknir í Stykkishólmi, dó úr þessari sótt.

Sótt þessi var væg, miklu vægari en sóttin 1862. Nálega allir kendu hennar, en gátu margir verið á fótum, flestir lágu í 2-14 daga. Einkennin voru hin vanalegu: kvef, höfuðverkur, hósti, fyrst þurr, seinna laus, matarólyst. Oft var hlustarverkur. Lungnabólga sjaldgæf; Jón Finsen sá 3 tilfelli hjá 121 sjúkling. Þorvaldur Jónsson á Ísafirði getur um 2 lungnabólgusjúklinga.

Fáir dóu úr sótt þessari. Af sjúklingum Finsens dóu 5, Skaptasens í Hnausum 2, en í Vestmannaeyjum hjá Magnúsi Stephensen dó enginn.

Hjaltalín vill ekki kalla þetta inflúensu, en segir það hafa verið „epidemisk katarrhalsk Bronchitis". Það hefir þó víst ekki verið, en væg inflúensa, enda gekk hún þá víða í útlöndum.

Inflúensan 1866

byrjaði 10. maí í Reykjavík, og barst þegar eftir nokkra daga út um alt land, líklegast með vermönnum. Þannig er hún komin vestur í Stykkishólm, og til Ísafjarðar, norður í Húnavatnssýslu, austur í sýslur og til Vestmannaeyja seinni part maímánaðar. Eftir rúman mánuð var hún um garð gengin á öllum þessum stöðum, þó að á eftirköstum hennar bryddi víða fram eftir sumrinu. Til Eyjafjarðar kom hún ekki fyrr en í miðjum júní og þar hélst hún við fram í ágúst.

Sóttin var mjög illkynjuð, að því er læknar segja. Margir dóu, einkum þó gamalt fólk. Börn sluppu nálega alveg. Hjaltalín segir, að margir hafi dáið í Reykjavík*, og víða á landinu hafi dáið 4-6%; sumstaðar þó ekki meira en 1-2%. – Hjörtur Jónsson í Stykkishólmi segir, að í sumum sóknum í sínu umdæmi hafi dáið alt að 3%. –

Einkenni sóttarinnar voru: Mikill hiti með höfuðþyngslum, stundum óráð í byrjun, kvef, hósti, oft ákafur, brjóstþyngsli; hóstinn fyrst þur, seinna laus með miklum uppgangi, graftrarkendum, stundum gulleitum og var hann oft blóði blandinn. Oft fylgdu uppköst, einkum í byrjun sóttar, stundum niðurgangur. Svefninn órólegur, mókandi. Lungnabólga var mjög tíð, að því er læknar segja, og af henni dóu þeir sem dóu. – Batinn var langvarandi, mikið máttleysi, og voru menn lengi að ná sér. Almennur eftirsjúkdómur var langvinnur niðurgangur. Mörgum sló niður aftur.

Sótt þessi hlýtur að hafa verið mjög skæð, ef dæma skal eftir fjölda dáinna þetta árið. Reiknað á sama hátt og gert er hér að framan, við árið 1862, hafa af þessari sótt dáið um 1290 á öllu landinu. Eru það 19 af hverju þúsundi landsbúa. Árið 1862 dóu þó ekki nema 18 af hverju þúsundi og var sú sótt þó talin nægilega ill.

Inflúensan 1890

barst til landsins á þrem stöðum. Færeyingar komu með hana til Austfjarða (Seyðisfjarðar), að því er virðist um mánaðamótin apríl og maí. Þaðan breiðist hún út um Austurland, sunnan Seyðisfjarðar, er t.a.m. komin á Norðfjörð og inn í Skriðdal 6. maí. – Í annan stað bera Færeyingar sóttina til Vopnafjarðar seinast í maí og verður fyrsti maður veikur þar 1. júní. – Í þriðja lagi kemur inflúensan með póstskipinu „Laura" til Vestmannaeyja 29. apríl og með sama skipi til Reykjavíkur. Frá Reykjavík berst hún svo um alt Suðurland, suður með sjó, austur í sýslur og upp í Borgarfjörð, og um miðjan júní með skipi vestur í Barðastrandarsýslu. Til Skaftafellssýslunnar barst hún frá Vestmannaeyjum. – Eyfirðingar fá sína inflúensu í afmælisgjöf. 20. júní var haldin hátíð á Oddeyri í minningu 1000 ára byggingu Eyjafjarðar, þangað komu eðlilega menn úr fjarlægum héruðum og einhverjir þeirra með inflúensu. Berst hún svo með gestunum út um allar sveitir nyrðra. Skip frá Eyjaf. bar hana til Ísafjarðar.

Einkennin voru hin vanalegu við inflúensu og fylgifiskarnir hinir sömu: hiti og höfuðverkur, hálsilta, barkakvef, lungnakvef og lungnabólga, mikill hósti, eyrnaverkur, með bólgu oft, uppköst, niðurgangur, magnleysi, sumir altaf sofandi eða í móki, aðrir með svefnleysi. Tök hingað og þangað í baki, brjósti, undir síðunum. Sérstaklega þjáðust menn af barkakvefinu, þó þeir að öðru leyti væru ekki þungt haldnir, vegna særindanna, sem fylgdu fyrir öllu brjósti. Óvanalega margir fengu rautt útþot um líkamann, stundum um hann allan, stundum aðeins á andlit, brjóst eða kvið. Það líktist stundum mislingaútþoti, stundum skarlatsroða, og oft fylgdi því kláði. Það hvarf eftir 2-3 daga og stundum sá maður smáhreistur á hörundi á eftir.

Sótt þessi var ekki mjög illkynjuð yfirleitt, en lagðist jafnt á unga sem gamla. Eins og venja er til um inflúensu, virðist hún og í þetta sinn hafa lagst mjög misjafnlega að. Á sumum heimilum lögðust allir mjög þungt haldnir. Á næstu bæjum kom hún varla

*Gamall maður í Rvík, sem vel man sótt þessa, hefir sagt mér að allur bærinn, um 1500 manns, hafi lagst á einni viku, og eftir hana láu 40 sem lík.



Kort af Reykjavík 1920, Egill Hallgrímsson teiknaði. Varðveitt á Borgarsögusafni/ Árbæjarsafni.

við fólk. – Sumir læknar tala um, að hún hafi lagst mjög þungt á ungbörn og gamalmenni, og sum börn enda sloppið alveg við veikina. Aftur segja aðrir, að helst hafi dáið ungbörn og gamalmenni. Mín reynsla var sú, að sóttin lagðist þyngst á gamalmenni. Af 417 sjúklingum, sem mín var vitjað til, höfðu 51 lungnabólgu; voru 15 af þeim yfir 50 ára og dóu 13 af þeim.

Allir læknar tala um, að þeir sem dáið hafi, hafi dáið af lungnabólgu. En ef litið er til dauðsfallanna á landinu þetta árið, er ljóst, að sóttin hefir verið ólíku vægari en sóttir þær, sem á undan höfðu gengið. – Í júní- og júlímánuðum, þegar inflúensan gekk, og vænta mátti dauðsfalla af henni, dóu 286 manns fleiri en sömu mánuðina árinu á undan, en það ár gekk engin sótt. Gera má því ráð fyrir, að hún hafi ekki orðið fleirum að bana. Eru það tæpir 5 af hverju þúsundi landsbúa. – Og þegar litið er á aldur dáinna þessa mánuði, árin 1889 og 1890, kemur það í ljós, að börn á 1. ári hafa árið 1890 dáið 42 fleiri en árið 1889 og eldra fólk en 40 ára 197 fleiri árið 1890, í júní og júlímánuðum. Þetta virðist benda á, að aðallega hafi það verið börn og gamalmenni, sem dáið hafa, meira þó af eldra fólkinu.

Á þungaðar konur lagðist sóttin mjög þungt. Zeuthen læknir getur um, að 2 konur hafi mist fangs í sínu héraði, 1 kona hafi fætt fyrir tímann og 3 þungaðar konur hafi dáið úr lungnabólgu. Í mínu héraði mistu 5 konur fangs og 2 þungaðar dóu úr lungnabólgu.

Inflúensan 1894

barst til Seyðisfjarðar með norska gufuskipinu „Waagen“ um 20. janúar. – Sóttin breiddist skjótt út um Seyðisfjarðarhérað, enda var engum vörnum beitt. Hélt svo suður á bóginn til Eskifjarðar skömmu síðar og um alla firði sunnan Seyðisfjarðar; þá vestur í Skaftafellssýslu í lok febrúar og um líkt leyti til Rangárvallasýslu; þar sýktist fyrsti maðurinn 1. mars. Barst svo um Árnessýslu og kom þaðan hingað til Reykjavíkur í byrjun marsmánaðar. Um miðjan mars komst hún suður með sjó inn í mitt umdæmi; byrjaði þar á ýmsum stöðum nálega sömu dagana; fluttist með mönnum úr Reykjavík. – Upp í Borgarfjörð komst sóttin síðast í mars. Í aprílmánuði flutti pósturinn hana norður í Snæfellsnessýslu og um sama leyti komst hún í Barðastrandar- og Ísafjarðarsýslur. Til Húnavatnssýslu fluttist hún fyrst í maí og litlu seinna í Skagafjarðar- og Eyjafjarðarsýslur. Eftir þetta langa ferðalag náði sóttin loks Norðurmúlasýslu í júnímánuði. – Til Vestmannaeyja fluttist hún með vermönnum í marsmánuði.

Að sóttin tók þessa leið frá Seyðisfirði, suður um land og hringinn í kring vestur um, var því að kenna, að Árni Jónsson, héraðslæknir á Vopnafirði, bandaði við henni. – Þegar hann frétti, að sóttin væri komin á Seyðisfjörð, bannaði hann allar samgöngur við Seyðisfjarðarhérað og fékk fulltingi hreppstjóra til þess að sjá um, að banninu væri hlýtt. Tókust þessar varnir svo vel, að sóttin komst ekki inn í Vopnafjarðarhérað sunnan að. Þegar hún svo seinna var komin vestan að inn í Þingeyjarsýslu, vildi Árni læknir enn beita vörnum, setja vörð við Jökulsá á Fjöllum, en amtmaðurinn fyrir norðan vildi ekki samþykkja ráðstafanir þar að lútandi og var sóttin því látin leika lausum hala. Þó komst hún ekki um alt Vopnafjarðarhérað. 2 bygðarlög fylgdu þeim ráðstöfunum, sem áður höfðu gerðar verið og sluppu alveg. Auk þess vörðust 2 heimili og var annað þeirra í miðri sveit. Í héraði Árna voru það um 120 manns, sem þannig vörðust veikinni. Fullyrðir hann, að engin alvarleg tilraun til verjast veikinni, hafi mishepnast.

Allir læknar eru sammála um, að sóttin hafi verið að mun verri en sóttin 1890. Þjáningar sjúklinganna voru meiri og lungnabólgur voru mjög tíðar sumstaðar á landinu. Annars var það með þessa sótt eins og aðrar inflúensu-sóttir, að hún lagðist mjög misjafnt á, var væg sumstaðar en skæð á öðrum stöðum. – Lungnabólgur voru ýmist bronchopneumoníur eða croupösar. Aðrir algengir fylgikvillar voru angina, otitis og sumir læknar tala um nefritis. Sjúklingarnir voru lengi að ná sér, og oft kom það fyrir, að mönnum sló niður aftur. Þeir, sem einhverntíma áður höfðu kent blóðspýtings, fengu hann nú aftur, og læknar þykjast hafa orðið varir við, að brjóstveiki (phitsis) hafi ágerst eftir sóttina.

Í öllum héruðum er getið um, að margir hafi dáið úr lungnabólgunni, enda var hún illkynjuð. Þannig er þess getið, að í Múlasýslu hafi 20 dáið af 29, sem lungnabólgu fengu.

Í mínu héraði var sóttin illkynjaðri en sú, sem gekk 1890. Þó dóu ekki fleiri. Af 817 sjúklingum, sem til mín leituðu, voru 95 með lungnabólgu (11,6%), en þar af dóu ekki fleiri en 12 (1,5%) af öllum inflúensu-sjúklingum, 12,6% af lungnabólgusjúklingum. Árið 1890 voru 51 með lungnabólgu af 417 sjúklingum (*12,2%*), en 15 dóu (3,6%) af inflúensusjúklingunum, 29,8% af lungnabólgusjúklingunum.

Landlæknir álítur, að sóttin hafi orðið fleiri þúsundum í landinu að bana. Það er þó án efa of mælt.

Eins og áður er sagt, gekk inflúensan um landið mánuðina janúar-júlí. Alls hafa samkvæmt dánarskýrslum, dáið þessa mánuði 1446 manns. Verður það 207 manns að meðaltali á mánuði. Hina mánuði ársins – en þá gekk engin sótt – hafa dáið 77 manns að meðaltali á mánuði. Ættu því ekki fleiri að hafa dáið af völdum inflúensunnar en 7 x 130 = 910 manns. Verður það 12 af hverju þúsundi landsbúa.

Inflúensan 1900

fluttist til Ísafjarðar með skipi, sem kom frá Noregi síðasta janúar. Læknir varð hennar fyrst var 9. febrúar, en þá var hún komin um alt héraðið. Skipið, sem flutti sóttina, hélt alla leið til Akureyrar, en sýkti engan þar.

Í febrúarmánuði komst sóttin til Eskifjarðar, og í marsmánuði með póstinum til Fáskrúðsfjarðar og Berufjarðar, svo og vestur á bóginn til Austur-Skaftafellssýslu. Þorgrímur Þórðarson reyndi að stemma stigu fyrir henni með samgöngubanni, en það mistókst. Umrenningur stalst á milli bæja og bar hana. Þetta samgöngubann tafði þó nokkuð fyrir sóttinni, svo að hún komst ekki í Vestursýslurnar fyr en í maí. Þaðan barst hún alla Rangárvallasýslu og til Vestmannaeyja.

Norður á bóginn fluttist sóttin frá Seyðisfirði í mars með strandferðaskipinu „Skálholt“, bæði til Vopnafjarðar, Húsavíkur, Akureyrar og yfirleitt til allra hafna, sem skipið kom á, seinast til Reykjavíkur. Þangað kom hún í maí. Guðmundur Björnsson héraðslæknir segist hafa orðið var við fyrsta tilfellið 14. maí. 26-28. maí stóð sóttin hæst í Reykjavík; síðasta tilfellið kom fyrir 15. júní. – „Um miðbik sóttarinnar lá fólk í hrönnum. Veður var indælt en þó sáust ekki fleiri á ferli um miðjan dag, en ella gerist oft á vorum um miðja nótt; bærinn var sem auðn“, segir hann í skýrslu sinni. Hann telur, að 90% af bæjarbúum hafi fengið sóttina.

Úr Reykjavík barst sóttin upp í Borgarfjörð, austur í Árnessýslu og suður með sjó. Í Keflavíkurhéraði kom fyrsta tilfellið fyrir 23. maí, í Garðinum. Var sóttin í umdæminu þann mánuð út og allan næsta.

Sótt þessi var yfir höfuð væg, og ekki mikið um lungnabólgur. Mín var leitað til 414 sjúklinga; voru 47 af þeim með lungnabólgu (38 bronchopnumóníur og 9 croupösar); dóu 12 af þeim. Guðm. Björnsson sá 509 sjúklinga, voru 52 með lungnabólgu og dóu 7. Alls telja læknar fram 4904 sjúklinga og segja 88 dána. Er það um 18 af þúsundi og má það ekki mikið kallast. Fleiri hafa auðvitað tekið sóttina, en lækna ekki til annara vitjað en þeirra, sem þyngst voru haldnir. – Sóttin virðist og lítil áhrif hafa haft á tölu dáinna þetta árið, lítið fleiri dáið en á sóttarlausum árum, og má því gera ráð fyrir, að ekki hafi dáið fleiri af hennar völdum en vanalega gerist í vægum inflúensu-sóttum, alt að 5 af þúsundi landsbúa eða 3-400 manns.

Þess má geta, að fleiri læknar á landinu en Þorgrímur Þórðarson reyndu að stemma stigu fyrir veikinni með samgöngubanni. Stefán Gíslason, læknir í Hróarstunguhéraði, reyndi að hepta hana eftir að hún var komin á 6 eða 8 bæi í héraðinu, og virtist það ætla að takast í fyrstu. En eftir ½ mánuð gaus hún upp aftur, hafði þá borist út með manni frá sýktu heimili, þar sem sóttinni hafði verið haldið leyndri. Gekk hún þá yfir mikinn hluta af því svæði, sem varið var. – ¼-$^1/_5$ héraðsins gat þó varist alveg.

Guðmundur Hannesson læknir á Akureyri, getur og um það í skýrslu sinni, að ýmsir bæir, bæði í Eyjafjarðar- og Þingeyjarsýslum, hafi reynt að verjast veikinni og tekist það fyllilega með samgönguvarúð. Var þó gestum sint á bæjum þessum, kaffi og annar drykkur færður gestum út á hlað, uppbúin rúm og matur hafður í útihúsum handa næturgestum, og þess aðeins gætt, að heimafólkið hefði engin mök við gesti og gangandi. – Telur Guðmundur læknir það liggja í augum uppi, að verjast megi inflúensu, sem hefir svo örstuttan eyðingartíma, en til þess þurfi „samvinnu allra lækna landsins og eina skipun, sem allir hlýða.“



Hjarta bæjarins hefur tekið stakkaskiptum gegnum aldirnar en það er þó alltaf á sama stað! Á myndinni eru Reykjavíkurapótek, Íslandsbanki, Stjórnarráðið, Lækjargata og Lækjartorg, og á Stjórnarráðstúninu standa Jón Sigurðsson forseti og Kristján 9. Danakonungur með nýju stjórnarskrána frá 1874 í framréttri hendi.



Líkfylgd í Reykjavík, myndina tók Sigfús Eymundsson 1882, - Kirkjustræti séð til austurs, Dómkirkjan og Alþingishúsið til hægri. Birt með leyfi Þjóðminjasafnsins.

Inflúensan 1918

eða „spanska veikin“ svonefnda barst hingað fyrst til Reykjavíkur í júlímánuði. Hinn 9. kom íslenskur botnvörpungur frá Englandi. Eg var beðinn að koma út í skipið, og kom það í ljós, að 9 manns voru sjúkir af reglulegri inflúensu. Fleiri höfðu haft veikina á leiðinni frá Englandi, en var nú batnað. Allir voru þessir menn lítið veikir, en voru með talsverðum hita sumir, einn hafði rúm 40 stig. – Eg gerði þegar landlækni aðvart – héraðslæknirinn var veikur – en hann sá sér ekki fært að gera neinar sóttvarnarráðstafanir. – Um sama leyti kom annar botnvörpungur frá Englandi. Höfðu skipverjar verið lasnir á leiðinni, en einn var enn sjúkur og var hann fluttur á land til heimilis síns (Grettisgötu 30).

Eftir þetta fór að brydda á inflúensu hér og hvar í bænum í júlí, ágúst og september, og veikin var mjög væg á flestum, og hægt fór hún, tók óvíða nema mann og mann á stangli, einn eða tvo á heimili. Þó var það hjá þrem fjölskyldum, sem ég var sóttur til, að hún tók alla.

Að þetta var sama veikin og seinna barst hingað í októbermánuði, ber það atvik ljósan vott að mínu áliti, að enginn af þeim, sem veiktust um þetta leyti, fengu veikina þegar hún síðar komst í algleyming. Eg hefi gert mér far um að grenslast eftir þessu. – Á einu heimili t.a.m. fengu allir veikina í þetta eina sinn nema 1 piltur. Í seinna skiftið veiktist enginn nema þessi eini piltur. – Á öðru heimili lagðist enginn nema ein stúlka í fyrra skiftið, og varð mjög veik. Í seinna skiftið allir nema hún. – Á 3. heimilinu veiktist húsbóndinn sjálfur og 1 stúlka í fyrra skiftið. Í seinna skiftið sluppu þau, en konan, 2 börn og gamalmenni veiktust. – Í einu húsi eru 2 fjölskyldur. Í fyrra skiftið veiktust allir hjá annari fjölskyldunni nema 1 drengur, hjónin og 5 börn. Í seinna skiftið veiktist enginn hjá þessari fjölskyldunni nema drengurinn, og allir hjá hinni fjölskyldunni og urðu sumir þungt haldnir.

Hvort veikin hafi borist víðar að landinu um þetta leyti, er mér ókunnugt um. Allar skýrslur um það efni vantar og yfirleitt um gang þessa faraldurs hér á landi. Get ég því ekki annað um veikina sagt, en það, sem mér bar fyrir sjónir.

Aðalveikin barst hingað til Reykjavíkur, eins og kunnugt er, með „Botníu“ 20. október. Eftir nokkra daga fer hún að breiðast út. Eg sá fyrsta sjúklinginn 28. október. Um sama leyti barst og sóttin hingað með íslenskum botnvörpung, sem kom til Hafnarfjarðar



Magnús Ólafsson tók þessa mynd í anddyri Gamlabíós.

frá Englandi. Skipstjórinn er búsettur hér (í Bergstaðastræti) og var hann lasinn er hann kom heim og maður með honum. Á hans heimili var ég sóttur 29. október.

Eftir þetta fer sóttin að breiðast óðfluga út um bæinn og eftir viku má fullyrða, að hún sé komin um allan bæ. Ástæðan til þess hve fljótt sóttin breiddist út, er að mínu áliti sú, að vanrækt var að taka þá sjálfsögðu varúðarreglu þegar í byrjun sóttarinnar, að loka öllum almennum samkomustöðum. Margir, sem eg spurði um það, hvar þeir mundu hafa smitast, svöruðu mér á þá leið, að þeir gætu ekki hafa fengið veikina annarsstaðar en í „Bio". – Hæst stóð veikin dagana 10.-16. nóvember.

Eftir það fer hún smárénandi og um lok mánaðarins má segja, að hún sé um garð gengin, enda þótt maður og maður á stangli veikist fyrstu dagana af desember. Síðasta sjúkling sá eg 6. desember. Það, sem á eftir kom, voru annaðhvort recidiv eða eftirköst veikinnar, sem ekki eru horfin þann dag í dag.

Það hefði nú verið skemtilegt og fróðlegt, að geta athugað sótt þessa nákvæmlega og rita hjá sér hvernig hún hagaði sér bæði alment og á hverjum einstökum. En það var engin leið. Sérstaklega meðan sóttin stóð sem hæst, var enginn tími til nákvæmra athugana eða nokkurar bókfærslu svo í lagi væri. Þegar maður er önnum kafinn frá því kl. 6-7 á morgnana og fram til 2-3 á nóttunni, dag eftir dag, í sjúkravitjunum og allir kalla úr öllum áttum, gefst enginn tími til slíks, engin leið að fylgja nema örfáum sjúklingum alla leið á sjúkdómsbrautinni. Ekki einu sinni tími til að bókfæra alla þá sjúklinga, sem maður er kallaður til.

Eg gerði mér þó far um að rita hjá mér svo marga sjúklinga sem hægt var. Sérstaklega voru það þeir sem þyngst voru haldnir. Eru þannig bókfærðir hjá mér 1232 sjúklingar, og eru það aðallega þeir, sem eg gat nokkurn veginn stundað, komið til oftar en einu sinni. En til margra þessara sjúklinga gat eg ekki komið oftar en einu sinni, og voru þó sumir í byrjun veikinnar, sumir aftur í enda hennar.

Af þessum 1232 sjúklingum eru bókfærðir hjá mér dagana

28. okt.	til	31. okt	13	sjúklingar
1. nóv.	til	5. nóv	146	-
6. -	-	10. -	329	-
11. -	-	15. -	368	-
16. -	-	20. -	195	-
21. -	-	25. -	127	-
26. -	-	30. -	46	-
1. des.	-	6. des.	8	-

Samtals 1232 sjúklingar

Virðist þetta yfirlit benda á, að sóttin hafi verið almennust í bænum dagana frá 6. nóv. til 16. nóv.

Af sjúklingunum voru 561 karlkyns og 671 kvenkyns. Bendir það á, að sóttin hafi lagst tiltölulega þyngra á konur en karla.

Aldur sjúklinganna var þessi:

			Karlar	Konur	Samtals
0	til	1 árs	15	8	23
1	–	10 ára	101	129	230
10	–	20 -	103	83	186
20	–	40 -	273	330	603
40	–	60 -	56	93	149
		Yfir 60	13	28	41
			561	**671**	**1232**

Þetta sýnir, að sóttin hefir lagst léttast á börn og gamalmenni, en þyngst á miðaldra fólk, og á þeim aldri þyngra á kvenfólkið en karlmennina.

Að því er dauðsföllin snertir, veit eg til að 77 af þessum 1232 sjúklingum hafa dáið. Verður það 63 af hverju þúsundi, í fyrsta áliti ótrúlega há tala, en við þetta er það athugandi, að eg hefi ekki bókfært nema þung sjúkdómstilfelli, öllum eða flestum léttum tilfellum er slept.

Aldur og kynferði hinna dánu var eins og hér segir:

		Karlar	Konur	Samtals
0 – 1	árs	3	2	5
1 – 10	ára	6	4	10
10 – 20	-	3	1	4
20 – 40	-	20	25	45
40 – 60	-	7	2	9
Yfir 60	-	2	2	4
		41	**36**	**77**

Kemur það hér fram, að flestir hafa dáið á besta aldrinum, 20-40 ára, enda var veikin þyngst á þeim aldri.

Að því er sjálfa veikina snertir, var hún mjög einkennileg og að mörgu leyti alt öðruvísi en þær inflúensu-sóttir, sem áður hafa gengið og eg hefi séð. Eg var alvanur við að sjá í fyrri sóttum barkakvef og hálsbólgur, lungnakvef og lungnabólgur, bæði bronco-pneumoníur og krúpösar, eyrnabólgur, taugaverki, uppköst og niðurgang, konur hafa misst fangs og sumir orðið hálf brjálaðir um tíma. En svo þungt lungnakvef, svo tíðar lungnabólgur sem í þessari sótt hefi eg aldrei séð. Og þessar blæðingar. Blóðið streymdi ekki aðeins úr nösum, stundum óstöðvandi, heldur og upp úr lungum, niður úr þörmum, upp úr maga og gegnum þvagrásina. Lungnabólgan kom þótt menn lægju kyrrir í rúmunum og gættu allrar varúðar. Og þótt lungnabólgan rénaði, fór hjartað að ólmast, hræðsla greip menn og kvíði, þyngsli komu og andarteppa, menn bólgnuðu í andliti, á höndum og fótum og köfnuðu að lokum. Og svo eftir alt saman urðu líkin helblá.

Þetta er það, sem gerði þessa inflúensa-sótt svo einkennilega og ægilegri en aðrar inflúensa-sóttir, sem eg hefi séð. Og að hér hafi verið um mikla septiska eitrun að ræða, samfara inflúensunni, tel eg efalaust. Blæðingarnar og hjartaveiklunin benda til þess.

Eins og kunnugt er, er inflúensan sjálf sem slík, sjaldnast banvænn sjúkdómur, nema hún þá hitti fyrir menn, sem eru að einhverju leyti sjúkir eða veiklaðir. – Í mörgum inflúenzu-sóttum hef-

ir það verið rannsakað og dauðratalan af hreinni inflúenzu reynst = 0. Þó hafa Danir rannsakað þetta einhverntíma og þóst finna, að af 502 dauðsföllum eftir inflúensu hafi 46 verið hreinni inflúensu að kenna (9%). En einkanlega eru það fylgikvillarnir, sem dauða valda, en þeir eru orsakaðir af þeim bakteríum, sem eru í för með inflúenzu-bakteríunni. Skæðasta bakterían í þeirri fylgd er vanalega pneumococcus og því eru lungnabólgur svo tíðar og valda flestum dauðsföllum. En þó er líka streptococcus skæð baktería, og mér virðist, að þessi mikla „hæmorrhagiska disposition" og hjartaveiklun í þessari sótt benda til, að streptococcus hafi víða fengið yfirhöndina og að í mörgum tilfellum hafi um hreina streptococca-eitrun verið að ræða.

Eins og áður er sagt, voru lungnabólgur mjög tíðar. Eg gerði mér far um að athuga hvern sjúkling því viðvíkjandi, og kom það í ljós, að af þessum 1232 sjúklingum höfðu 292 lungnabólgu að meira eða minna leyti. Er það tæpur fjórði hver sjúklingur (23,7%). Geta hafa verið fleiri, og enda líklegt, því að marga sá eg ekki nema einu sinni, og geta þeir hafa fengið bólgur eftir það. Langflest voru lungnabólgutilfellin þegar sóttin stóð sem hæst.

Þjóðverjar segja, að gömul reynsla sér fyrir því, að lungnabólgu fái í inflúensu-sóttum vanalega 5-10% af öllum þeim, er sýkjast. Í sóttinni 1890 var það í Þýskalandi 6-8%, og seinni sóttir hafa gefið 10%. – Sumir telja lungnabólgur enn tíðari, 20-25% og enda 50%. En þá er ætíð um smáar tölur að ræða og ekki taldir aðrir en þeir, sem læknis er vitjað til eða eru lagðir á sjúkrahús. Af þeim t.a.m., sem árið 1890 voru lagðir á Friedrichshain sjúkrahús í Berlín höfðu 22% lungnabólgu, á sjúkrahús í Köln 24%. Kemur það heim við þá sjúklingatölu, sem nefnd er hér að framan. En lungnabólgan mun þó hafa verið tíðari hér, eins og áður er bent á.

Aldur og kynferði lungnabólgusjúklinganna var svo sem hér segir:

		Karlar	Konur	Samtals
0 – 1	árs	5	3	8
1 – 10	ár	18	22	40
10 – 20	-	20	12	32
20 – 40	-	82	83	165
40 – 60	-	22	15	37
Yfir 60	-	4	6	10
		151	**141**	**292**

Af þessu yfirliti má sjá, að meira en helmingur af lungnabólgusjúklingunum (56,5%) er fólk á aldrinum 20-40 ára, og er það enda meira en búast mátti við eftir sjúklingafjöldanum á þeim aldri, sem var tæpur helmingur (48,9%) allra sjúklinganna.

Eins og áður er um getið, dóu 77 af þessum mínum sjúklingum og höfðu þeir allir haft einhvern snert af lungnabólgu þegar eg skoðaði þá. Ekki svo að skilja, að þessir allir 77 hafi dáið af lungnabólgunni, því að eg veit til að 40 af þeim dóu af hinni „septisku infektion", sem inflúensunni fylgdu, án þess að lungnabólgan út af fyrir sig væri banvæn. Auk þess voru 2 kvenmenn af þeim sem dóu með lungnatæring og dóu af henni, 1 með morbus cordis og 1 með febris typhoidea. Af sjálfri inflúensu-lunganbólgunni dóu því ekki fleiri en 33. - Aldur þeirra og kynferði var svo sem hér segir:

		Karlar	Konur	Samtals
0 – 1	árs	3	2	5
1 – 10	ára	6	4	10
10 – 20	-	"	"	"
20 – 40	-	10	3	13
40 – 60	-	3	"	3
Yfir 60	-	1	1	2
		23	**10**	**33**

Hrein inflúensa-lungnabólga hefir því orðið langtum fleiri karlmönnum en kvenmönnum að bana, og fleiri dáið af henni á barnsaldrinum en fullorðinsárunum. – Aftur á hinn bóginn hefir hin „septiska infektión'' orðið fleiri kvenmönnum að bana og aldrei komið fyrir á barnsaldrinum, eins og sjá má af eftirfarandi yfirliti:

		Karlar	Konur	Samtals
10 til 20	ára	3	1	4
20 – 40	-	10	17	27
40 – 60	-	4	3	7
Yfir 60	-	1	1	2
		18	**22**	**40**

Samkvæmt þýskum skýrslum deyja vanalega af inflúensa-lungnabólgu 16-17% af þeim, sem hana fá, og er sagt, að í sumum sóttum hafi enda dáið alt að 26%. – Af mínum sjúklingum, sem lungnabólgu fengu, hafa dáið, eins og áður er sagt *77* af *292*; það verður 26,3%. En séu þeir sjúklingar dregnir frá, sem dóu af öðrum orsökum en lungnabólgunni, verður dauðatalan ekki nema 11,3% af lungnabólgusjúklingunum, og er það ekki meira en það sem að jafnaði deyr úr vanalegri lungnabólgu.

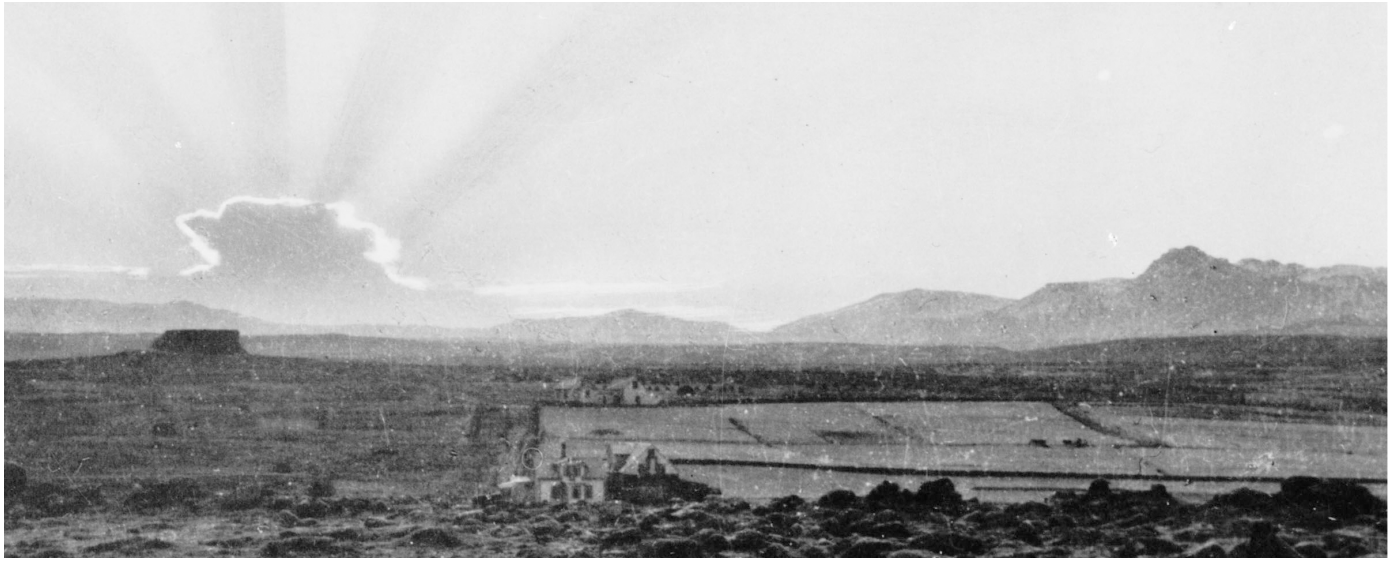
Að því er eðli lungnabólgunnar snertir, þá var hún í öllum tilfellum hrein inflúensa-lungnabólga. Kroupösa lungnabólgu varð eg ekki var við, enda hafði optochin, sem eg reyndi við nokkra í byrjun, engin áhrif á lungnabólguna. Pleuritar voru tíðir með lungnabólgunni og ígerðir í lungum hjá nokkrum. Flestir hóstuðu greftrinum upp eftir skemmri eða lengri tíma. 3 af mínum sjúklingum varð að skera, til þess að ná í gröftinn.

Um aðrar komplíkatíonir verð eg að vera stuttorður, enda voru þær hinar sömu og vant er að vera við inflúensasóttir, en voru sumar mjög illkynjaðar, sem bar vott um, að hér var um þunga sótt að ræða. Þannig kom slæm parotitis fyrir, beggja megin, hjá sjúklingum, sem allir dóu, og mun það sjaldgæft í þessari sótt.

Á þungaðar konur, þær sem voru á fyrri helmingi meðgöngutímans, lagðist sótt þessi mjög þungt. Þær, sem voru komnar undir fæðingu, urðu aftur á móti tiltölulega miklu minna veikar. – Af mínum sjúklingum voru 27 konur þungaðar, og voru:

á 2.- 3.	mánuði	5,	þar af dóu 3
- 4.- 5.	-	9,	- - - 6
- 6.- 7.	-	1,	- - - 1
- 8.- 9.	-	12	- - - 0

Dauðaorsökin var hjá öllum þessum konum „septisk infektion" samfara lungnabólgu. – Aðeins 1 kona, sem dó, fæddi fyrir tímann.



Gosmökkurinn frá eldstöðinni Kötlu séður frá Reykjavík í október 1918.

Margt fleira mætti án efa um þetta mál tala, en eg læt hér nú staðar numið. Aðeins vil eg minna á það, að þessi „spanska veiki“ hér í bæ, hefir ekki verið skæðari en inflúenzu-sóttir oft áður, þegar þær hafa gengið yfir þetta land. – Eptir skýrslum, sem birst hafa, hafa hér í bæ dáið um 260 manns meðan inflúensan geisaði. Gera má ráð fyrir, að 20-30, segjum 25 hefðu dáið hér í bæ, þennan tíma, þó að inflúensan hefði ekki komið. Það eru þá 235 dauðsföll sem inflúensunni eru að kenna, eða sama sem tæpir 16 af hverju þúsundi bæjarbúa.

Schleisner telur, að árið 1843 hafi inflúensan drepið 1956 manns á öllu landinu. Það verða 34 af hverju þúsundi þálifandi landsbúa. Sóttin 1862 drepur 18 af hverju þúsundi og 1866 19 af hverju þúsundi, eins og áður er sagt, og nú síðast 1894 12 af hverju þúsundi. – Finsen skýrir frá því, að í sóttinni 1862 hafi dáið 15 af hverju

Rithöfundar samhliða læknum

Sjón nýtti fræðigreinar Þórðar Thoroddsen í Mánasteini



Rithöfundurinn Sjón ræddi um bókina Mánasteinn – Drengurinn sem aldrei var til *á Læknadögum 2018.*



„Það sem mér fannst merkilegast við skrifin er hvað það hafði lítið verið fjallað um spænsku veikina í gegnum tíðina og áttaði mig á því að ég, eins og sjálfsagt aðrir, var með mjög óljósar hugmyndir um hvað hafði átt sér stað,“ segir rithöfundurinn Sjón sem studdist meðal annars við greinar Þórðar Thoroddsen við ritun bókarinnar *Mánasteinn – Drengurinn sem aldrei var til*. Hann hlaut Íslensku bókmenntaverðlaunin í flokki skáldverka fyrir hana árið 2013, hún hefur verið þýdd á fjölmörg tungumál og Þjóðleikhúsið keypti nýverið réttinn til að setja hana á svið.

„Það kom mér mjög á óvart hvað þetta voru hryllilegir dagar og augljóslega mikið *trauma* fyrir bæjarbúa. Allir misstu einhvern og sennilega hefur fólk meðvitað eða ómeðvitað sameinast um að tala ekki of mikið um spænsku veikina. Þá spilar líka inn í að hún kemur á sama tíma og þjóðin verður fullvalda. Ég held að það hafi einnig haft sín áhrif. Fólk þurfti að minnast þess að þjóðin væri orðin fullvalda án þessara hörmunga.“

Sjón segir að hann hafi sí og æ rekist á sömu heimildirnar við undirbúninginn. „Ég þurfti að grafa aðeins dýpra og fann þá greinarnar í *Læknablaðinu* frá árinu 1919.“ Úttekt Þórðar er eina heildstæða heimildin í einhver sjötíu til áttatíu ár. Sjón lýsir því hvernig upplýsingarnar nýttust um leið og hann varð að leyfa sögunni að flæða. Einnig hvernig hann passaði sig á að horfa ekki á tímann með þeirri þekkingu sem við höfum í dag, heldur jafnhliða sögupersónunum.

„Við höfðum tíu lækna að sinna 10.000 sjúklingum og eina apótekinu var lokað vegna veikinda,“ segir hann. „Þetta væri viðlíka og 100.000 manns legðust fárveikir á næstu 6 til 7 dögum.“

Sjón segir að hann kjósi að vinna með heimildir við ritstörfin og þá skipti hann máli að fara rétt með. Hann hafi áður unnið með læknisfræði sér við hlið.

„Ég er með þá kenningu að ljóðskáld starfi samhliða náttúru- og líffræðingum, en skáldsagnahöfundar samhliða læknum. Það er svo margt í læknavísindum sem skýrir hvernig menn takast á við þessi fáu ár sem þeir fá á þessari jörð.“



Myndin er af sjálfboðaliðum sem standa fyrir framan gamla Kennaraskólann við Laufásveg og eru til reiðu í Spænsku veikinni. Ljósmyndari óþekktur en myndin er varðveitt á Þjóðsafni og birt hér með leyfi safnsins.

þúsundi íbúa Akureyrar, líkt eins og hér nú, og það ár 63 af hverju þúsundi í Hvanneyrarprestakalli.

Ekki er þetta betra en nú. En það er blóðtaka fyrir hina íslensku þjóð, þetta. Það er ekki ofsagt, að inflúensu-sóttirnar á liðinni öld, hafa gert íslensku þjóðinni mestan skaða af öllum sóttum, sem gengið hafa yfir landið, bæði beinlínis og óbeinlínis, og staðið mest af öllum sóttum í vegi fyrir fólksfjölganinni.

Hjaltalín segir í skýrslu sinni til heilbrigðisráðsins 1866, að hann sé sannfærður um, að inflúensa-sóttirnar á 50 ára tímabilinu 1816-66 hafi drepið alt að 10 þús. manns á öllu landinu, og Jón Finsen telur þetta mjög nærri sanni í bók sinni um sjúkdóma á Íslandi. Ætla það sé þá ofsagt, að inflúensa-sóttirnar hafi orðið 15-20 þúsund manns að bana á allri 19. öldinni?

En þá ætti sú spurning að rísa upp hjá okkur læknunum, sem nú lifum, í byrjun 20. aldarinnar: Er ekki hægt að gera neitt til þess að varna því að inflúenza-sóttirnar útlendu geri Íslandi annað eins tjón eftirleiðis eins og þær gerðu á 19. öld?

Svarið hjá mér verður:

Það er auðvelt og það verður að gerast.

Saga íslensku inflúensa-sóttanna sýnir, að það er hægt að verjast sóttunum með samgöngubanni, „ef allir læknar og almenningur eru samtaka og allir hlýða einni skipun“, svo að eg endurtaki orð Guðm. próf. Hannessonar.

Það eru einkanlega alheimsóttirnar, sem eru skæðastar og þeim þarf að verjast. Þegar fréttist um faraldur af slíkum sóttum í útlöndum, verður að sóttkvía hvert skip, sem kemur frá útlöndum, vissan tíma, meðan sóttin er í útlöndum. Sótt með svo stuttum eyðingartíma ætti að vera hægt að verjast. Það kostar mikið, en mannslífin kosta líka mikið fyrir þetta land, auk alls hins beina og óbeina kostnaðar, sem af sóttum leiðir. – Og ófriðarárin hafa sýnt oss, að við þolum sitt af hverju. Skipin, sem við höfum sent til Ameríku eftir matvörum, hafa orðið að liggja í ameríkskum höfnum aðgerðalaus langan tíma, og ekki höfum við soltið í hel fyrir það og ber ekki á öðru, en að vér höfum getað borið kostnað, er af því leiðir. Og hvers vegna skyldum vér þá ekki geta þolað sóttkvíun skipa stuttar stundir, til þess að verjast drepsóttum eitt ár eða svo?

En skilyrðið er, að stjórn heilbrigðismálanna sé vakandi, og að almenningur láti sér skiljast, að hér er um velferðarmál þjóðarinnar að ræða.

Úr frásögn Þorkels Jóhannessonar: Minning um spánsku veikina.
Stutt viðtal við Geir R. Tómasson tannlækni. Læknablaðið 2011; 97: 260.

„Geir ólst upp með einstæðri móður sinni, Kristínu Hansdóttur (1878-1971). Haustið 1918 bjuggu þau Geir og móðir hans í Pósthússtræti 6 að hann minnir. Þegar kom fram í nóvember og spánska veikin var í hámarki, lagðist móðir hans í veikina og var þungt haldin. Þótt Geir væri ekki nema á þriðja ári, er honum í lifandi minni hve móður hans leið illa og að hún missti mestallt hárið í veikinni. Læknir þeirra mæðgina var Matthías Einarsson (1879-1948). Geir man að Matthías kæmi heim til þeirra og léti flytja hann á barnaheimili sem komið hafði verið upp í Miðbæjarbarnaskólanum. Farið var með hann í stofu á annarri hæð hússins og var hann settur þar í rúm. Voru þar fyrir í rúmum mörg börn á hans reki, en eldri börn voru höfð annars staðar. Geir segir að mikill grátur og angist hafi fyrst verið í stofunni, en smám saman róaðist hópurinn og börnin fóru að leika sér. Þeim var færður matur í stofuna. Hann segist ekki hafa veikst og telur að hið sama hafi gilt um hin börnin. Geir man eftir að séra Jóhann Þorkelsson (1851-1944), dómkirkjuprestur, kæmi í heimsókn í stofuna og Matthías Einarsson hefði litið til hans. Hann segist ætíð hafa litið upp til Matthíasar og viljað verða læknir með hann að fyrirmynd, þótt það ætti raunar fyrir honum að liggja að verða tannlæknir. Dvölinni í Miðbæjarbarnaskólanum lauk svo þegar móðir hans var orðin heil heilsu á ný.“


Minning um spánsku veikina

Læknablaðið kallaði eftir greinum um menntun lækna
í tilefni 100 ára afmælis Læknafélags Íslands.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Af læknanámi



Kristján Erlendsson

læknir
dósent – kennslustjóri
læknadeildar HÍ

krerlend@landspitali.is

Það er útbreidd skoðun að kennsla í greinum þar sem verklegur þáttur er stór, sé hann eitthvað sem gerist af sjálfu sér, það lærist sem fyrir lærlingunum sé haft. Því þurfi ekkert sérstakt skipulag eða stjórnun þar sem þannig háttar til. Þar sem kennsla er heldur ekki sérlega hátt skrifuð í Háskóla Íslands (lítill merit í sjálfu sér) og stjórnun enn síður, er eðlilegt að stjórnun og skipulagning læknanemakennslu „gefi ekki marga punkta“ í starfsmati. Það er því með ákveðinni auðmýkt sem ég skrifa þennan pistil.

Við Óttar Guðmundsson rituðum saman í *Læknablaði*ð (2014; 100: 152-6, 159-65) um læknanám í 100 ár, Óttar um þau fyrstu 70 af sinni alkunnu ritsnilld og sagnfræðiþekkingu, en ég reyndi síðan að gera grein fyrir þeim breytingum sem hafa orðið á síðustu 30 árum. Í pistlinum var gerð grein fyrir upptöku nýs inntökuprófs, vísindaverkefnum á 3. námsári, valtímabili á 6. ári, eflingu samskiptafræði, upptöku CCSE (Comprehensive Clinical Science Examination) frá National Board of Medical Examiners (NBME, Bandaríkjunum) auk smærri lagfæringa í námsskrá læknadeildar HÍ.

„andlega og líkamlega hraustir“

Í „Lestrar- og kennsluáætlun fyrir Læknadeild Háskóla Íslands“ frá 1913 má finna nokkrar almennar leiðbeiningar. Þar segir: „Stúdentar, sem hafa í hyggju að nema læknisfræði ættu að gera sér það ljóst að læknisstarf er þeim einum hent, sem eru *andlega og líkamlega hraustir.*“ Síðar eru ábendingar um hvernig vinna megi úr tímaskorti, sem þá þegar virðist hafa valdið nokkrum áhyggjum. „Úr tímaskortinum má nokkuð bæta hvað þetta snertir, ef aldrei *er annað lesið en ágætis bækur*“. Og að lokum er tekið fram að: „Nauðsynlegt er að taka sjer nokkrar frístundir á degi hverjum. Nokkrum hluta þeirra ætti að verja til íþrótta, og í leyfum er þeim tíma vel varið, sem gengur til þeirra.“

Frá 1987 hefur þetta breyst svolítið og síðan þá segir í Kennsluskrá: „Við útskrift skulu læknakandídatar búa yfir nýjustu þekkingu í læknisfræði (knowledge), hafa tileinkað sér fagmannlega afstöðu (attitude) til starfs síns og sjúklinga sinna og hafa öðlast færni til að hagnýta þekkingu sína til hagsbóta fyrir skjólstæðinga sína (skills). Þeir skulu geta tekist á við frekari þjálfun sem læknar og/eða vísindamenn með skipulagðri leiðbeiningu og eftirliti og hafa ekki glatað neinum möguleikum hvað varðar val á framhaldsnámi.”

International Association for Medical Education

Á síðustu 30 árum hafa samtök læknaskóla um allan heim verið að eflast og tengjast tryggari böndum. Þar er meira samstarf og meiri samnýting reynslu og þekkingar. Þessi þróun hefur aðallega gerst undir forystu AMEE (International Association for Medical Education). Þá hefur verið einnig mismikið líf í World Federation for Medical Education (WFME), sem hefur þó á síðustu árum farið vaxandi í góðu samstafi við AMEE. Þriðji stóri áhrifavaldurinn er bandaríska heilbrigðiskerfið, í nánu samstarfi við læknaháskólana, þar sem settir hafa verið fram staðlar sem gilda fyrir bandaríska læknaskóla sem þurfa úttekt frá LCME (Liaison Committee on Medical Education). Svo hafa verið settar fram sambærilegar kröfur um getu, kunnáttu og bakgrunn þeirra lækna sem koma til Bandaríkjanna í framhaldsnám og þar með óbeint til þeirra skóla og þeirra heilbrigðiskerfa sem þeir koma frá. ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) hefur annast framkvæmd þessa verkefnis.

Nú er stefnt að því að árið 2023 verði komið á alþjóðlegri viðurkenningu læknaskóla og eru það ofantaldir aðilar sem standa að því verkefni. Í yfirliti WFME segir að þetta verkefni gangi vel í Bandaríkjunum og Asíu en Evrópa sé mun skemmra á veg komin. Er þar kennt um tungumálaerfiðleikum auk þess sem



skólar Evrópu eru mjög mismunandi hvað varðar námsáherslur, einkum klíníska færni.

Læknadeild HÍ hefur fylgst vel með þessari þróun og verið í góðu sambandi við AMEE, WFME og ECFMG, og NMBE, til að standa sem best að vígi ef þessar fyrirætlanir verða að raunveruleika. Deildin hefur verið tekin út á vegum mennta- og menningarmálaráðuneytisins eins og aðrar deildir heilbrigðisvísindasviðs en næsta úttekt fer fram árið 2020. Þar er um að ræða sjálfsmat og utanaðkomandi mat og var það síðast leitt af Stefan Lindgren sem var forseti WFME. Sjálfsagt er að deildin standi þannig að undirbúningi fyrir þessa úttekt að sú vinna nýtist fyrir alþjóðlega viðurkenningu læknaskóla árið 2023. Slík viðurkenning er mikilvæg þannig að íslenskir læknar geti að loknu kandídatsári áfram valið að sækja til erlendra stofnana í framhaldsnám til viðbótar við þá þróun sem verið hefur hér á landi.

Breytingar síðustu 30 ár

Þær breytingar sem orðið hafa á læknakennslu og læknanámi á Íslandi síðastliðin 30 ár eru flestar unnar undir áhrifum frá AMEE. Ársfundir AMEE hafa verið sóttir reglulega og þaðan hafa komið nýjustu straumar, breytingar og áherslur. Lítil deild getur auðvitað ekki tekið upp allt sem þar kemur fram, enda hentar ekki allt alls staðar. Sums staðar hefur verið gengið lengra en aðrir hafa gert og nýtur þar deildin áhrifa frá Bandaríkjunum auk evrópskra og asískra áhrifa.

Af þeim breytingum sem læknadeild hefur gert á síðustu 30 árum langar mig til að nefna nokkur atriði. Með nýju inntökuprófi (2003) hafa einkunnir á BS-prófi og kandídatsprófi farið hækkandi. Hér gæti verið um að ræða „einkunnaverðbólgu“ sem gert hefur vart við sig í íslenskum skólum ef ekki væri fyrir samanburð við árangur á CCSE þar sem bætt frammistaða varð ljós á sama tíma (hækkun úr 73/75 í 82/75). Þessi breyting hefur verið rædd við NBME og metin marktæk. Þetta próf gæti gefið vísbendingu um hvernig deildin ætti að standa sig í formlegri erlendri úttekt læknaskóla (staðlað bandarískt próf í klínískum greinum sem allir 6. árs læknanemar gangast undir). Auk þess sem nemendur fá upplýsingar um stöðu sína í alþjóðlegum samanburði fær deildin líka mikilsverðar upplýsingar um stöðu einstakra námsgreina og deildarinnar í heild.



Ljósmyndir af kennslu læknanema við Háskóla Íslands. Myndir: Kristinn Ingvarsson.

Rannsóknarverkefni 3. árs hefur verið rekið frá háskólaárinu 1993/1994 með miklum ágætum af rannsóknarnámsnefnd. Þannig hafa um 750 nemendur kynnt rannsóknarverkefni sín og birt útdrætti í *Læknanemanum*. Þessi þáttur læknanámsins er sniðinn að forskrift Yale-læknaskólans en þar hefur þetta verið gert frá árinu 1839. (Þeir settu að vísu á stofn sérstakt vísindarit til að birta afrakstur þessa námshluta; *Yale Journal of Biology and Medicine* (1928) („... a place for medical students to publish their data".)

Samskipti og siðfræði

Á síðustu árum hafa verið byggð upp námskeið í mannlegum samskiptum, siðfræði og samskiptum læknis og sjúklings. Sá þáttur verður mikilvægari með hverju árinu með hröðum tækniframförum og þjóðfélagsbreytingum. Þar er fjallað um fagmennsku og mikil áhersla lögð á teymisvinnu.

Þá hefur deildin verið opin fyrir að prófa nýjungar í kennslu og námsmati og hafa prófessorar verið í fararbroddi hvað það varðar. Þannig hefur verið fest í sessi vandamiðuð nálgun (PBL) og stöðvapróf (OSKE) og vendikennsla og aðferðir gagnvirkrar kennslu er verið að prófa. Þá eru Landspítali og hjúkrunarfræðideildin að byggja upp Færnibúðir (*skills labs*) sem koma til með að breyta miklu um klíníska kennslu. Ný námskeið í móttökuvikum 1. árs; „Að verða/vera læknir" og vika um bráðaviðbrögð (Bjargráður) lofa góðu. Þar er til dæmis einn dagur helgaður öðrum heilbrigðisstéttum þar sem koma fulltrúar þeirra, segja frá námi sínu og starfi og samvinnu þeirra við lækna. Þá hafa samskipti við fulltrúa stúdenta farið vaxandi, þeir unnið sérstök verkefni og kannanir og hjálpað þannig til við að gera námið markvissara og viðráðanlegra.

Á þessum síðustu áratugum hefur læknadeild lagt ríka áherslu á að laga námið að breyttum þjóðfélagsaðstæðum og breyttum kröfum til heilbrigðisþjónustu. Kannanir benda til þess að almennt sé ánægja með fyrirkomulag námsins. Heilbrigðisstofnanir njóta bættrar menntunar læknanema og öflug menntun kandídata kemur heilbrigðisþjónustinni til góða. Það er hins vegar nauðsynlegt að halda þessu alltaf áfram og bæta í. Nú er verið að undirbúa fjórðu formlegu breytinguna á þessu tímabili. Þar verður lögð áhersla á eftirtalda þætti: Læknir framtíðarinnar, Personalized medicine (einstaklingssértæk læknisþjónusta), þverfaglegt samstarf, menntun og vísindi, menntun og vísindi sem undirstaða gæða og þróunar heilbrigðisþjónustu, MDPhD og Alþjóðlegur samanburður.

Mikil umræða er á alþjóðavettvangi um aukin tengsl milli grunngreina og klínískra greina og verður reynt að sinna þessu í næstu endurskoðun. Auk þess verður að skapa pláss fyrir tækninýjungar sem koma fram með ógnarhraða, en jafnframt að leggja áherslu á hið mannlega og mannlegu samskiptin, samskiptafræði og siðfræði. Öll þessi atriði voru tekin fyrir á nýjasta AME-þinginu þannig að ákveðið jafnvægi haldist og aukist milli tæknilegrar þróunar og áherslu á mannleg samskipti í læknanáminu.

Skortur á heilbrigðisstarfsfólki

Þegar horft er til spár alþjóðastofnana um það að árið 2030 muni vanta 18 milljónir heilbrigðisstarfsmanna á heimsvísu, er ljóst að leggja þarf aukna áherslu á menntun heilbrigðisstarfsmanna en ekki síður á að halda þeim í störfum sem til þeirra hafa verið menntaðir. Það er því áhyggjuefni að þegar eru komnar fram skýrslur um það að íslenska heilbrigðiskerfið sé alvarlega undirmannað (McKinsey-skýrslan 2016). Þegar umræða um kulnun læknanema og kennara þeirra er farin að vera alvöruumræða á þingum (AMEE 2018), verður að spyrja hvaða áhrif það muni hafa á menntun lækna, en líka hvort menntun lækna verði ekki að sinna þessum framtíðarspám. Með þeim breytingum á læknanáminu er stefnt að því að fjölga læknanemum úr 48 í 60 á næstu árum og er víða búið að meta möguleika heilbrigðiskerfisins til þess að mæta þessari fjölgun. Það eitt og sér er auðvitað ekki mikið. Það mun þó kalla á nokkuð breytta samsetningu náms, í



> *„Breytingar hafa aldrei orðið fyrir tilstilli þeirra sem alltaf segja: „Þetta er ekki hægt“*
>
> Bertrand Piccard, svissneskur geðlæknir sem flaug sólarknúinni flugvél kringum hnöttinn.

átt við það sem annars staðar er að gerast, þar sem kjarna námsins er þrýst saman og valgreinar koma í staðinn. Ekki eiga endilega allir að læra nákvæmlega það sama. Þetta þarf hins vegar að vinna í góðri samvinnu við þær heilbrigðisstofnanir sem sjá um klíníska menntun og þar höfum við setið eftir, til dæmis hvað varðar dag- og göngudeildarþjónustu sem mikil áhersla er lögð á í löndunum sem við berum okkur saman við, svo sem Bretland, Bandaríkin og Norðurlöndin. Þar þarf að koma til mikið og breytt skipulag og þar er vissulega svigrúm til að gera miklu betur. Mér er minnisstæð heimsókn mín á göngudeild bæklunarlækninga á Brigham and Womens í Boston fyrir nokkrum árum þar sem Harvard-prófessorinn í bæklunarlækningum hitti 60 sjúklinga á göngudeildinni sinni þann dag með einstakri teymisvinnu og þaulhugsuðu skipulagi. Hann hafði auk þess mikinn og tafarlausan aðgang að röntgendeild og skurðstofu og var hægt að gera þar hin ýmsustu inngrip.

Það er áhyggjuefni hvernig aukið álag á kennslustofnunum/heilbrigðisstofnunum mun bitna á kennslu og vísindum og virðist raunar þegar hafa gert. Finna verður leiðir til að koma í veg fyrir slíkt. Það verður að leggja ofuráherslu á það að mennta heilbrigðisstarfsfólk og eru læknar engin undantekning. Menntun og vísindi eru hornsteinar góðrar þjónustu við sjúklinga og er undirstaða þess að til sé jarðvegur fyrir það að gera betur, að geta tileinkað sér nýjungar og halda þannig uppi læknisþjónustu/heilbrigðisþjónustu sem stenst erlendan samanburð. Til þessa þarf allt nám og raunar allt starf, sem og viðhalds- og framhaldsmenntun, að byggja á traustu námi og viðurkenndum vísindaniðurstöðum.

Áfram kennsla og vísindi!

Kennsla og vísindi hafa ýst til hliðar á síðustu árum, til þess benda breytingar í tilvísunarfjölda í vísindagreinar norrænna háskólaspítala frá 2009 til 2016. Til þess benda líka lækkandi einkunnir læknanema á CCSE síðustu fjögur ár (enn samt vel yfir meðallagi!). Upplýsingar um breytingar á fjármagni til menntunar og vísinda á Landspítala, þar sem það er nú undir 1% af heildarkostnaði spítalans, benda í sömu átt. Á árunum 2006-2007 var talan 1,7% sem var þó vel undir þeim 3% sem stefnt hafði verið að í Vísindastefnu spítalans frá 2007 og vel undir þeim 6% sem þá var í Kaupmannahöfn, Osló og Stokkhólmi. Þessu og auknu þjónustuálagi fylgir hnignun í menntun og vísindum.

Hér þarf að snúa blaðinu við ef ekki á að bitna á þróun og gæðum heilbrigðisþjónustunnar. Fara þarf í átak þar sem bæði ráðuneytin taki þátt, byggðir menntunarvænir innviðir í heilbrigðiskerfinu og að menntun og vísindi verði aftur viðurkenndur þáttur í starfi heilbrigðisstofnana. Menntun og vísindi verði alvöru þáttur í endurskipulagningu heilbrigðiskerfisins, þar sem víðtæk samvinna verði höfð að leiðarljósi; sjúkrahús, heilsugæsla, sjálfstæðir rekstraraðilar og rannsóknastofnanir á heimsmælikvarða (ÍE, Hjartavernd) myndi þá heildarmynd sem Ísland á skilið og ætti að hafa alla burði til. Það þarf að breyta. Það þarf að stuðla að þróun.

Framhaldsmenntun lækna á Íslandi



Tómas Þór Ágústsson

Sérfræðilæknir
í almennum lyflækningum og
innkirtlalækningum og formaður
Framhaldsmenntunarráðs
lækninga á Landspítala

tomasa@landspitali.is

Undanfarin misseri hefur mikil og góð umræða skapast um framhaldsmenntun lækna. Umræðan hefur bæði tengst stöðu lækna í framhaldsnámi gagnvart nýlegum reglugerðarbreytingum og almennum forsendum, gildum og möguleikum framhaldsnáms hér. Óhætt er að segja að skoðanir og sjónarhorn eru misjöfn. Tilgangur þessarar greinar er að skýra stöðu, möguleika og samhæfða stefnu áframhaldandi uppbyggingar framhaldsmenntunar lækna á Íslandi.

Hægt hefur verið að læra læknisfræði á Íslandi allt frá því á seinni hluta 19. aldar[1] en framhalds- og undirsérgreinanám hefur að langmestu leyti átt sér stað erlendis. Flestir almennir læknar verja þó einhverjum árum við vinnu á Íslandi áður en haldið er utan. Þessi tími hefur að vissu leyti nýst til aðlögunar að íslensku heilbrigðiskerfi og undirbúningi og reynslu fyrir frekara sérnám. Þessi hópur lækna er og verður í vaxandi mæli einn mikilvægasti og verðmætasti starfskraftur heilbrigðiskerfisins.

Reglugerðarbreytingar og uppbygging

Framhaldsnám í lækningum á sér áhugaverða sögu og hefur verið í umræðunni áratugi.[2] Áhugavert er að skoða greinar um efnið frá seinni hluta síðustu aldar, þar sem vangaveltur fólks eru í raun þær sömu og liggja til grundvallar núverandi uppbyggingu.[3] Skipulagt framhaldsnám í almennum lyflækningum hófst á sameinuðum Landspítala fyrir nær tveimur áratugum.[4] Fullt framhaldsnám í heimilislækningum og geðlækningum hefur verið mögulegt um árabil og er áfram í styrkum vexti.[5,6] Án þessa bakgrunns hefði núverandi uppbygging aldrei verið möguleg.

Fram til 2015 gátu störf talist til sérfræðiréttinda, óháð því hvort um var að ræða skipulagt framhaldsnám eða ekki. Með tilkomu reglugerðar 467/2015[7] breyttist þetta. Nú er gerð skýr krafa um að ef tími skuli teljast til sérfræðiréttinda verði hann að falla undir skilgreint framhaldsnám, samkvæmt viðurkenndri marklýsingu og á kennslustofnun sam-



Mynd 1. *Dæmi um heildstætt og tæmandi matskerfi framhaldsnáms í lækningum.*
Til viðbótar við hefðbundna kennslu með fyrirlestrum og í tengslum við dagleg störf er lögð áhersla á að allir þættir viðkomandi marklýsingar séu metnir og að sem allra flest kennslutækifæri séu nýtt með þar til gerðum matsaðferðum. Megintilgangur matskerfisins er að veita sérnámslækni skilvirka og gagnlega endurgjöf. Matskerfið er þannig fyrst og fremst tæki til náms.

CbD: Case Based Discussion, Mini-Cex: Mini Clinical Exercise, DOPS: Direct Obesrvation of Procedural Skills, QIPAT: Quality Improvement Project Assessment Tool, MSF: Multi Source Feedback/360° mat, TO: Teaching Observation

Tafla 1a. *Staða og þróun samþykktrar framhaldsmenntunar eftir sérgreinum á Íslandi.*

Sérgrein	Fjöldi námslækna	Viðurkennd marklýsing	Matskerfi	Hand-leiðslukerfi	Mat á framgangi	Próf	Alþjóðlegir samstarfsaðilar	Alþjóðleg vottun
Almennar lyflækningar	41	Já	Já	Já	Já	MRCP (UK)	The Federation of the Royal Colleges of Physicians of the UK	Já
Barna- og unglingageðlækningar	2	Já	Já	Já	Já	Nei	Nei	Nei
Bæklunarskurðlækningar	6	Já	Í þróun	Já	Í þróun	Ortoped-examen notað óformlega	SOF (Svíþjóð)	Nei
Fæðinga- og kvensjúkdómalækningar	9	Já (smávægilegar breytingar)	Já	Já	Já	Nei	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK)	Já
Geðlækningar	7	Já	Í þróun	Já	Já	PRITE ásamt íslensku munnlegu prófi	Nei	Nei
Heimilislækningar	48	Já	Já	Já	Já	Inservice notað óformlega	Nei	Nei/í vinnslu
Meinafræði	3	Já	Já	Já	Já	Já – verklegt íslenskt próf	Royal College of Pathologists (UK)	Ráðgerð 2018
Réttarlæknisfræði	0	Já	Já	Já	Já	Nei	Nei	Nei

Tafla 1b. *Staða og þróun framhaldsmenntunar eftir sérgreinum á Íslandi þar sem beðið er samþykkis mats- og hæfisnefndar eða þess hefur ekki verið leitað.*

Sérgrein	Fjöldi námslækna	Viðurkennd marklýsing	Mats-kerfi	Handleiðslu-kerfi	Mat á framgangi	Próf	Alþjóðlegir samstarfsaðilar	Alþjóðleg vottun
Almennar skurðlækningar	14	Bíður viðkurkenningar	Já	Já	Já	MRCS (UK)	Royal College of Surgeons of the UK	Ráðgerð 2018
Barnalækningar	6	Bíður viðurkenningar	Í þróun	Í þróun	Í þróun	Í þróun	Nei	Nei
Bráðalækningar	12	Bíður viðurkenningar	Já	Já	Já	FRCEM (UK)	Royal College of Emergency Medicine (UK)	Ráðgerð 2018/2019
Röntgenlækningar	9	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
SKBL*	18	Bíður viðurkenningar	Já	Já	Já	Já (MRCP, FRCA, FRCEM)	ICACCST**	Já/Nei
Svæfingalækningar	5	Bíður viðurkenningar	Já	Já	Já	FRCA (UK)	Royal College of Anaesthetists (UK)	Nei

*SKBL: Samþætt kjarnanám í bráðagreinum lækninga; sameiginlegt grunnnám í bráðalyflækningum, bráðalækningum og svæfingalækningum.
**Intercollegiate Committee for ACCS Training.

Töflurnar sýna núverandi fjölda námslækna í hverri sérgrein eftir því hvort lokið hefur verið við samþykki mats- og hæfisnefndar. Allar greinar nema ein hafa lokið við drög að marklýsingu og sent til samþykktar. Með matskerfi er átt við fjölþætt mat allra þátta marklýsingar. Viðeigandi handleiðslukerfi tryggir námslækni nefndan sérnámshandleiðara allt námið ásamt klínískri handleiðslu í starfi. Allir handleiðarar skulu hafa hlotið viðeigandi þjálfun sem slíkir. Árlegt mat á framgangi byggir á skráðum upplýsingum úr báðum kerfum.
(Unnið úr Ársskýrslu framhaldsmenntunarráðs lækninga 2017-2018)

þykktri af mats- og hæfisnefnd sem starfar á forræði velferðarráðuneytisins.

Flestir eru vonandi sammála um að nýja reglugerðin var gífurleg framför. Hins vegar verður að viðurkennast að viss ákvæði hennar hefði mátt ígrunda getur. Hópur lækna lenti milli skips og bryggju og eru enn í nokkurri óvissu. Unnið er að lausn þessa vanda með endurskoðun regluverks og mun það skýrast á allra næstu misserum. Mikilvægt er að hvorki þessi hópur né læknar sem stunda hér framhaldsnám í framtíðinni séu í nokkrum vafa um gildi þess tíma sem hér er varið. Lítill grundvöllur er fyrir framhaldsnámi ef slík grundavallaratriði eru ekki öllum skýr.

Ég tel það skyldu og ábyrgð þeirra sem ráða til sín almenna lækna að tími þeirra nýtist eins vel og mögulegt er, og teljist til þeirra réttinda sem gefið er til kynna að verið sé að afla við ráðningu. Starfsréttindum og öflun þeirra fylgja ýmsar lagalegar og stjórnarskárbundnar kvaðir sem gagnlegt er að átta sig á og reynt hefur á í uppbyggingu þjálfunar annarra stétta.[8] Nú teljast störf ekki til sérfræðiviðurkenningar nema þau falli undir skipulagt

viðurkennt nám, hvorki hér á landi né annars staðar. Það er því umhugsunarefni að slíkar ráðningar fari enn fram, hvort sem það er í kjölfar kandídatsárs eða í framhaldi annars framhaldsnáms. Mikilvægt er að þeir almennu læknar sem í slíkum stöðum eru, hafi fullan skilning á mögulegu mikilvægi og afleiðingum.

Skipulag framhaldsmenntunar og staða sérgreinna

Eina raunhæfa og örugga leiðin til að tryggja að tími almennra lækna á Íslandi nýtist, er því að hann sé innan skipulagðs framhaldsnáms. Til að nám standist alþjóðlegar nútímakröfur verður það að byggja á viðurkenndri marklýsingu, hafa vel skilgreind og heilsteypt mats- og handleiðslukerfi (mynd 1), ásamt formföstum leiðum til mats á framgangi, byggðu á ofangreindum kerfum. Slíkt hefur nú þegar verið innleitt innan margra stærstu sérgreina lækninga á Íslandi með góðum árangri. Til þess höfum við greinilega fulla burði (töflur I og II). Almennum læknum er einungis óleikur gerður ef umhverfið hér fylgir ekki þessari alþjóðlegu þróun. Upplýsingar um framhaldsnám af bestu gæðum sem fylgja læknum héðan til frekara framhaldsnáms bera bæði þeim sjálfum og stofnunum okkar mikilvægan og góðan vitnisburð. Kröfur um vel skilgreind og skrásett hæfniviðmið verða sífellt almennari og samhæfðari, sama hvert í heiminum er haldið. Það væri ábyrgðarleysi gangvart ungum læknum að fylgja ekki þessari þróun.

Mikilvægi framhaldsmenntunar

Virkt framhaldsnám innan veggja kennslusjúkrahúss ætti að vera vísindastarfsemi frjór jarðvegur. Uppbygging framhaldsmenntunar með bættu skipulagi og innviðum, ásamt vaxandi áherslu á menntun og kennslu í daglegum störfum skapar tækifæri til að tvinna þessa grunnþætti læknisstarfsins saman á skipulagðari og skilvirkari hátt en áður. Unnið verður að því áfram að þróa skilgreinda og skipulagða möguleika á rannsóknartengdu framhaldsnámi á næstu misserum.

Þróun og innleiðing framhaldsmenntunar er langtímaverkefni og kemur að nýliðun sérfræðilækna á Íslandi á margvíslegan hátt. Við erum ekki einungis að framleiða sérfræðlækna framtíðarinnar, heldur einnig þróa það umhverfi og menningu sem fólk býst við og leggur metnað sinn í á Íslandi til framtíðar. Ég reikna með að sérfræðilæknar framtíðarinnar vilji snúa til baka á stofnanir þar sem þeir vita að fram fer nám og framhaldsnám af bestu alþjóðlegu gæðum, og hlakki til að taka þátt í þeirri vinnu. Við störfum í samhengi alþjóðlegrar samkeppni um hæfasta starfsfólkið, sem við verðum að standast til framtíðar. Heilbrigðisstofnanir á Íslandi verða að standast þessa samkeppni áfram.

Vissulega er sú reynsla og þekking sem sérfræðilæknar koma með heim frá mismunandi stöðum styrkur fyrir íslenskt heilbrigðiskerfi og læknastéttina. Hins vegar má ekki gleyma því að læknavísindin þróast sífellt hraðar, samsetning samfélagsins breytist og heimurinn minnkar. Þekking eða vinnulag sem við kynnumst í sérnámi er því miður oft orðið úrelt örfáum árum eftir að heim er komið. Virkt framhaldsnám þar sem stór hluti vinnunnar er unninn af læknum í metnaðarfullu námi samkvæmt uppfærðum alþjóðlega viðurkenndum marklýsingum og eru jafnvel að læra fyrir krefjandi alþjóðleg próf, gjörbreytir þessu umhverfi. Sérfræðilæknar fá þannig einnig vissa símenntun og þurfa að halda í við þekkingarþróunina. Hér þarf að nýta hvort tveggja, reynsluna að utan en einnig tryggja að ný þekking þróist stöðugt hér heima fyrir. Skipulagt metnaðarfullt framhaldsnám á Íslandi kemur alls ekki í veg fyrir að læknar komist í frekara sérnám í útlöndum, þvert á móti styrkir það þá í alþjóðlegri samkeppni.

Það hefur varla farið framhjá neinum að álag á heilbrigðiskerfið og þau verkefni sem við fáumst við hafa þróast og breyst, sem tengist bæði breytingum á aldurssamsetningu þjóðarinnar og þróun læknavísindanna. Þörfin fyrir hæft vinnuafl sem sinnt getur almennum en oft á sama tíma fjölþættum vandamálum hefur aukist og mun halda áfram að aukast. Hér er alls ekki um séríslenskt vandamál að ræða. Ein leið sem margar þjóðir hafa farið til að bregðast við þessum vanda er að auka áhersluna á breitt almennt grunnsérnám í stærstu heilbrigðisgreinum til að tryggja viðeigandi vinnuafl til framtíðar.[9] Rökstyðja mætti að í litlu samfélagi eins og Íslandi sé þetta jafnvel enn mikilvægara.

Ómögulegt er að veita fullnægjandi framhaldsnám ef heilbrigðisþjónustan þar sem námið fer fram er ekki örugg og af nægum gæðum. Þessir þættir eru samtvinnaðir og óaðskiljanlegir og endurspeglast vel í þeim alþjóðlegu stöðlum sem meðal annars hafa nú þegar verið notaðir til úttekta á framhaldsmenntunarprógrömmum á Íslandi.[10] Uppbygging og framkvæmd staðlaðs framhaldsnáms af bestu gæðum er því ein leið til að tryggja góða heilbrigðisþjónustu. Ég get með nokkru öryggi staðhæft að þetta er einmitt reynslan innan þeirra greina þar sem slíkt formfast framhaldsnám hefur verið innleitt á undanförnum árum. Vinnuumhverfi, áherslur, þekking og metnaður samstarfsfólksins breytist. Mikilvægi þessa má ekki vanmeta. Í mörgum greinum er einnig gerð formleg krafa um þátttöku sérnámslækna í gæða- og umbótastarfi, sem styrkir enn frekar þetta umhverfi.

Stefna

Stefna okkar er því að þróa og veita breitt grunnsérnám í stærstu sérgreinum sem sniðið er að íslensku umhverfi með það fyrir augum að við getum raunverulega sinnt mikilvægasta hlutverki okkar, að halda þjóðinni sem heilbrigðastri í nútíð og framtíð. Í dag þýðir þetta í flestum greinum tveggja til þriggja ára grunnnám áður en haldið er annað í undirsérgreinarnám.

Nú þegar er möguleiki á fullu sérnámi í geðlækningum og heimilislækningum á Íslandi. Við stefnum ekki að sérnámi í undirgreinum annarra stærri greina. Ég reikna með að allir séu sammála um að sérnám í til dæmis innkirtlalækningum eða brjóstholsskurðlækningum væri óráðlegt á Íslandi í dag. Það er hins vegar mjög mikilvægt að skilja þessa aðgreiningu stærri og smærri greina. Við höfum ágæta burði til að þróa fullt sérnám í almennum þáttum stærri greina, svo sem almennum lyflækningum og bráðalækningum. Slíkt gæti reyndar orðið nauðsynlegt til að uppfylla ofangreindar þarfir fyrir starfskraft. Gæði og kröfur slíks náms er stærsta áskorunin og verður slíkt best unnið í nánu samstarfi við erlenda aðila.



Unglæknirinn Karl Andersen í sigti Morgunblaðsins árið 1990 og umfjöllunarefnið of mikið vinnuálag aðstoðarlækna: „Það er erfitt að eiga marga „sjúrnala“ eftir undir morgun. Maður hugsar ekki skýrt eftir 20 tíma vöku.“



Hjúkrunarfræðingarnir Arndís Jónsdóttir og Kristín Aðalsteinsdóttir spjalla við Sigurð Guðmundsson lyflækni, og aðstoðarlæknirinn Karl Andersen er í símanum að greiða úr verkefnum dagsins. Myndirnar tók Sverrir Vilhelmsson fyrir Morgunblaðið.

„Blaðamaður fær sér sæti í afdrepi starfsfólks á slysadeild. Nokkuð sérstök aðstaða með sjónvarpi, kaffikrók og sérhannaðri viftu til að nema tóbaksþefinn á brott frá vitum þeirra sem reykja ekki. Þetta er hinn huggulegasti staður og nokkurs konar félagsmiðstöð starfsfólksins. Þar skiptast menn á skoðunum. Þarna eru samankomnir þrír læknar, þar af einn í kurteisisheimsókn. Blaðamaður kemur sér strax að efninu og spyr þá út í vinnu ungu læknanna, aðstoðarlæknanna. Það skal viðurkennast að spurningin var eilítið leiðandi, en gerði sitt gagn og kom af stað hröðum og hnitmiðuðum orðaskiptum: „Vinnuálagið hefur alltaf verið svona. Það er bara nýtt að menn kvarti," segir sá fyrsti. „Þeir vinna sem þrælar núna, en voru guðir í eina tíð," segir annar og er greinilega ósáttur við harða afstöðu félaga síns, sem minnist þess alls ekki að hafa verið í guðatölu. „Maður var eins og vinnudýr," bætir sá þriðji við, en fær ekki fulllokið máli sínu fyrir þeim sem fyrstur var til svars, sem segist aldrei hafa kynnst annarri eins vinnuþrælkun og í Svíþjóð á sínum tíma. „En maður fékk þó borgað fyrir," segir sá þriðji og stendur upp.“

Úr grein Kristjáns Þorvaldssonar sem bar heitið „Svefnvana sinna þeir sjúklingunum“ en yfirskriftin var „Langþreyttir sjúkrahúslæknar“. Morgunblaðið 25. febrúar 1990.

Samantekt

Á undanförnum árum hefur átt sér stað mikil og hröð þróun í uppbyggingu framhaldsnáms á Íslandi. Stór hluti þessarar vinnu hefur átt sér stað í náinni samvinnu við sumar virtustu stofnanir heims á þessu sviði (tafla I og II). Gæði þessa náms sem hér fer fram eru þannig síst minni er gerist í nágrannalöndum okkar. Mikilvægt er að þessi vinna fari ekki í súginn vegna metnaðareða skilningsleysis heldur haldi áfram að þróast á eðlilegan hátt. Unnið verður áfram að styrkingu innviða og auknum stuðningi við verkefnið. Gengið verður úr skugga um að allt framhaldsnám sem hér fer fram standist íslenskar og alþjóðlegar reglugerðir og lög. Mikilvægast er þó að allir hlutaðeigandi aðilar horfi raunverulega til framtíðar með það fyrir augum að tryggja að við getum áfram veitt viðeigandi heilbrigðisþjónustu af hæstu gæðum á Íslandi. Þar verður viðeigandi framhaldsnám algerlega nauðsynlegur hlekkur, og verður að skipa tryggan sess í stefnumótun stjórnvalda varðandi heilbrigðismál til framtíðar. Framhaldsmenntunarráð lækninga vinnur nú að þessu með áframhaldandi styrkingu og þróun innviða, þar með talið mats- og hæfisnefnd, í samvinnu við heilbrigðisyfirvöld.

Heimildir

1. Magnússon MK. Læknaskóli í 140 ár. Læknablaðið 2016; 102: 537.
2. Ólafsdóttir IS, Sævarsdóttir S, Pálsdóttir K, Petersen H, Baldursson Ó. Afstaða unglækna og læknanema til sérfræðináms á Íslandi. Læknablaðið 2005; 91: 511-4.
3. Þjóðleifsson B, Þorsteinsson SB, Benjamínsson E. Greinagerð um framhaldsnám í almennun lyflækningum á Íslandi. Læknablaði 1980; 66: 85–7.
4. Haraldsson Þ. Framhaldsnám í lyflækningum við Landspítala: Fyrstu deildarlæknarnir útskrifaðir. Læknablaðið 2004; 90: 856.
5. Sigurjónsson H. Vandað sérnám í heimilislækningum. Viðtal við Ölmu Eir Svavarsdóttur. Læknablaðið 2008; 94: 222-5.
6. Sigurjónsson H. Breytingar á sérfræðinámi í geðlækningum. Viðtal við Pál Matthíasson. Læknablaðið 2009; 95: 370-3.
7. Reglugerð um menntun, réttindi og skyldur lækna og skilyrði til að hljóta almennt lækningaleyfi og sérfræðileyfi. | Reglugerðir | Reglugerðasafn [Internet]. reglugerd.is/reglugerdir/allar/nr/467-2015 - ágúst 2018.
8. Líndal Þ. Um stjórnarskrárvernd atvinnuréttinda á grundvelli atvinnufrelsis- og eignarréttaákvæða íslensks og dansks réttar. VANTAR ÁRTAL:130.
9. shapeoftraining.co.uk/static/documents/content/Shape_of_training_FINAL_Report.pdf_53977887.pdf - ágúst 2018.
10. gmc-uk.org/-/media/documents/Promoting_excellence_standards_for_medical_education_and_training_0715.pdf_61939165.pdf - ágúst 2018.



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. Lesið 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

Eliquis® apixaban

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

Ábendingar: Eliquis 2,5 mg: Forvörn gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. **Eliquis 2,5 mg og 5 mg:** Forvörn gegn heilaslagi og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II). Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE), og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Lifrarsjúkdómar sem fylgir blóðstorkukvilli og blæðingarhætta sem hefur klíníska þýðingu. Vefjaskemmdir eða kvillar ef það er talið vera áhættuþáttur fyrir verulegri blæðingarhættu. Þar með talið nýlegur eða virkur sárasjúkdómur í meltingarvegi, illkynja æxli með mikilli blæðingarhættu, nýlegir áverkar á heila eða mænu, nýleg skurðaðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, slagæða- og bláæðatenging, æðagúlar eða meiriháttar óeðlilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðru segavarnarlyfi, t.d. ósundurgreint (unfractionated) heparín, létt (low molecular weight) heparín (enoxaparin, dalteparin, o.s.frv.), heparín afleiður (fondaparinux, o.s.frv.), segavarnarlyf til inntöku (warfarín, rivaroxaban, dabigatran, o.s.frv.), nema í þeim sérstöku tilvikum þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.
Markaðsleyfishafi: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG.
Pakkningastærðir og verð 1. september 2018: 2,5 mg 60 stk.: 11.722 kr., 2,5 mg 168 stk.: 32.187 kr., 5 mg 14 stk.: 4.111 kr., 5 mg 100 stk.: 19.253 kr., 5 mg 168 stk.: 32.187 kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: G.
Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) dags. 3. ágúst 2018.
Sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér fræðsluefni (RMP) fyrir lyfið og afhent sjúklingi tiltekið fræðsluefni ætlað sjúklingum (öryggisspjald fyrir sjúklinga) áður en notkun lyfsins hefst. Ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

Betri sjúkraflutninga

Nýlega kom út skýrsla, „Aukin aðkoma þyrlna að sjúkraflugi“, unnin af vinnuhópi skipuðum af velferðarráðuneytinu. Einhver umræða hefur verið um niðurstöðuna en hún hefur þó ekki farið hátt.

Niðurstaða nefndarinnar er að auka þurfi sjúkraflutninga með þyrlum. Meirihluti nefndarinnar, 5 aðilar, ráðleggja að sú leið sé valin að styrkja Landhelgisgæsluna frekar til þess að sinna því verkefni með auknum fjárframlögum, meðal annars til þess að bæta við áhöfnum á þær þyrlur sem þegar eru og verða í notkun. Það vekur athygli að þeir nefndarmenn sem sinna klínískri vinnu með skjólstæðingum telja aðra leið betri, þá leið að sérstakri sjúkraþyrlu verði komið á fót með stuttum útkallstíma og sérhæfðum mannskap, staðarvakt með lækni og bráðatækni eða hjúkrunarfræðing, og að slík þyrla yrði staðsett í samræmi við þörf á utanaðkomandi bráðaþjónustu og hraðari sjúkraflutningum.

Ég er sammála því að auka eigi sjúkraflutninga með þyrlu og ég er sammála því að það eigi að gera með sérstökum sjúkraþyrlum staðsettum á fyrirfram ákveðnum álagspunktum á landinu þannig að hægt sé að þjónusta sem stærstan hluta landsbyggðar og dreifbýlis á sem stystum tíma. Ég ber mikla virðingu fyrir Landhelgisgæslu Íslands en ég tel að hennar kröftum sé betur varið í það hlutverk sem hún sinnir nú þegar af miklum ágætum, leit og björgun, sjúkraflutningar falla ekki þar undir. Auk þess er bent á það að þyrlur Landhelgisgæslunnar eru ekki sérstaklega útbúnar til sjúkraflutninga né hefur áhöfn hennar að aðalstarfi umönnun veikra og slasaðra.

Í dag er sjúkraflutningum sinnt á sjúkrabílum, með sjúkraflugi og einstaka sinnum með aðstoð þyrlu Landhelgisgæslunnar. Fyrir þann hluta Íslendinga sem býr á stórhöfuðborgarsvæðinu skiptir þetta litlu máli, sjúkraflutningar í Reykjavík taka í flestum tilfellum minna en 10 mínútur og er sjúkrabíll þess vegna mjög viðeigandi flutningsmáti. Fyrir landsbyggðina er þetta stórmál, sjúkraflugvél er eðli málsins samkvæmt ófær um að lenda á nema örfáum stöðum á landinu og þyrla Landhelgisgæslunnar er eingöngu kölluð út í algjörri neyð. Sjúkraflutningar í sjúkrabíl á landsbyggðinni eru háðir því hvort á svæðinu búi fólk sem hefur reynslu af sjúkraflutningum og umönnun veikra og hvort það fólk hefur tök á að vera á endalausri bakvakt og fá lítið borgað fyrir það. Auk þessa hefur undanfarin ár verið mjög erfitt að manna læknastöður á landsbyggðinni, fastráðnir læknar fást nánast ekki og erfiðara er að manna stöður með verktöku. Það eru margar og mismunandi ástæður fyrir því að illa gengur að fá lækna til þess að starfa eina eða fáa saman á dreifbýlu svæði þar sem allar tegundir veikinda og slysa geta orðið að þeirra ábyrgð. Eflaust myndi það hafa mikil áhrif ef læknir í einmenningshéraði vissi að þegar mjög bráð veikindi ber að eða þegar erfiðar aðstæður, slys eða veikindi, koma upp sem hann er óvanur að meðhöndla geti hann kallað í þyrlu með stuttan útkallstíma og sérhæfða áhöfn sér til aðstoðar. Auk þess er mikið öryggi í því fyrir lítið byggðarlag sem er læknislaust að vita að þyrla getur brugðist hratt við og verið mætt með sérhæfðan mannskap á stuttum tíma þegar ástæða er til.

Það er falskt öryggi þegar læknirinn er staðsettur í margra kílómetra fjarlægð frá skjólstæðingum sínum og jafnvel fjallvegur á milli, það er falskt öryggi þegar læknirinn er einn ábyrgur fyrir hverju sem getur komið fyrir skjólstæðinga hans án aðstoðar bráðaþjónustu og þeirrar reynslu sem henni fylgir og það er falskt öryggi þegar sjúkrabíll þarf að keyra mörg hundruð kílómetra til þess að koma skjólstæðingi á viðeigandi sjúkrastofnun og mönnun sjúkrabílsins er jafnvel reynslulítil. Í framtíðinni verða færri læknar staðsettir á landsbyggðinni en fleiri læknar sem koma þangað tímabundið til þess að sinna sjúklingum. Bráðaþjónustu verður ekki sinnt með staðarvakt læknis á öllu landinu og því er þörfin gríðarleg fyrir þessa auknu bráðaþjónustu og sjúkraflutninga sem sjúkraþyrla getur boðið upp á.

Nú er kominn tími til þess að gera stórar breytingar á sjúkraflutningum í dreifbýlu landi og ég vona svo sannarlega að velferðarráðuneytið hafi kjark til þess að stíga skref inn í framtíðina í staðinn fyrir að reyna áfram að láta gamlar aðferðir duga með litlum breytingum. Alvöru breytingar munu hafa góð áhrif á afdrif sjúklinga og þjónustu við þá en ekki síður hafa góð áhrif á mönnun viðeigandi heilbrigðisþjónustu á landinu öllu.



Jóhanna Ósk Jensdóttir

sérfræðingur í heimilislækningum

jojensdottir@gmail.com

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

100 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

Fagmennska fyrirbyggi háar sektir

– segir Helga Þórisdóttir, forstjóri Persónuverndar

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Landlæknisembættið hefði mögulega greitt háa sekt fyrir að afhenda Advania upplýsingar um heilbrigði og sjúkdóma meginþorra íslensku þjóðarinnar hefði nýja persónuverndarlöggjöfin verið komin í gildi. Þetta segir forstjóri Persónuverndar, Helga Þórisdóttir, í viðtali við *Læknablaðið*. Sektir við brotum á persónuvernd geta nú hæst numið á þriðja milljarð króna. Helga segir að samvinna heilbrigðisstéttanna og Persónuverndar muni nú aukast og fagmennska eigi að koma í veg fyrir fall.

„Nú er búið að ákveða að ef misfarið er með persónuupplýsingar á vinnustað, þá hefur það afleiðingar í för með sér," segir Helga Þórisdóttir um nýja persónuverndarlöggjöf ESB sem tók gildi hér á landi 15. júlí síðastliðinn. Hún telur að niðurstaðan í máli sem varðaði flutning á gagnasöfnum Embættis landlæknis með heilbrigðisupplýsingum um meginþorra þjóðarinnar til Advania hefði getað orðið því dýrkeypt hefðu ný persónuverndarlög verið í gildi. Persónuvernd úrskurðaði um flutninginn nú í mars og gerði alvarlegar athugasemdir við hvernig staðið var að málum, þar sem ekki var fyrirfram gengið úr skugga um öryggi gagnanna hjá þriðja aðila.

„Það er mikilvægt að átta sig á því að sérhver heilbrigðisstofnun, og aðrir vinnustaðir sem vinna persónuupplýsingar um notendur, bera ábyrgð á vinnslunni. Það er því á ábyrgð forstjóra hverrar stofnunar að tryggja að vinnsla og meðferð persónuupplýsinga sé í samræmi við persónuverndarlög, að öryggi þeirra sé tryggt og að enginn óviðkomandi komist í þessar upplýsingar," segir Helga.

Snjallheimurinn drifkraftur breyttra laga

Hert lögin eiga uppruna sinn hjá Evrópusambandinu og taka mið af breyttum tímum – snjallheiminum sem við búum nú í. Netið og víðtækar tækniframfarir í kjölfar þeirra kölluðu á þessar breytingar á persónuverndarlöggjöfinni sem hafði verið í gildi frá aldamótum.

„Það er hægt að kortleggja allar okkar athafnir frá morgni til kvölds og við þurfum að vita hverjir gera það, hvenær og í hvaða tilgangi. Nú er óheimilt að fylgjast með gjörðum okkar nema við vitum af því," segir Helga og telur að Íslendingar stæðu ekki svo framarlega í persónuvernd væru þeir ekki í slagtogi við Evrópusambandið í gegnum EES-samninginn.

„Löggjöfin í Bandaríkjunum er allt önnur en hér, svo dæmi sé tekið. Þar ganga gagnagrunnar um hverjir hafa leitað til geðlæknis og hverjir séu með áfengissýki kaupum og sölum. Viðskiptasjónarmiðin trompa þar persónuverndarsjónarmiðin," segir Helga og telur að menningarmunur skýri ólíka meðferð persónuupplýsinga og ljóst að afleiðingar seinni heimsstyrjaldarinnar sitji enn í mörgum Evrópuþjóðum sem skilji því betur að söfnun þeirra geti verið skaðleg einstaklingum. „Það skiptir máli að vita og þekkja hvar persónuupplýsingarnar um okkur liggja."

Helga segir nýju lögin miklu víðtækari en margur gerir sér grein fyrir. „Ef hægt er að persónugreina manneskju beint eða óbeint með tilliti til nafns, kennitölu, staðsetningar eða af líkamlegu-, lífeðlisfræðilegu-, erfðafræðilegu-, andlegu-, efnalegu-, menningarlegu- eða félagsfræðilegu tilliti, þá er um persónupplýsingar að ræða. Það er allt undir," segir hún.

Heilbrigðisþjónustan í brennidepli

Heilbrigðisþjónustan er annar tveggja geira sem hefur fengið mesta athygli Persónuverndar undanfarið. Hinn er skólinn. Ástæðan er einföld. Upplýsingarnar sem fást á þessum tveimur sviðum geta skaðað einstaklinga mikið, fari þær á flakk.

Helga bendir á að læknavísindin hafi ekki farið varhluta af breyttum tímum. Fjarlækningar og nettengd tæki séu nú hluti af starfseminni, ný öpp og upplýsingagrunnar spretti upp og fara verði varlega með þau gögn sem safnist.

„Þó svo að persónuverndarlög eigi að vera óháð tækninni hafa breytingarnar á þeim sviðum verið svo miklar að það þarf að staldra við og rétta hlut einstaklinga. Sem dæmi má nefna að Internet allra hluta með öllum sínum nettengdu snjalltækjum, býr til óhemju magn upplýsinga, þ.e. gagnagnótt (*Big data*). Með aðstoð gervigreindar er síðan hægt að greina upplýsingarnar niður á einstaklinga. Úr verður gríðarlega umfangsmikil söfnun og miðlun upplýsinga um okkur á öllum stigum. Tæknin hefur hafið innreið sína í alla geira samfélagsins," segir hún.

„Áður voru þetta diktafónar og vélrituð skjöl á læknastofum en nú er hægt að samkeyra heilu gagnagrunnana og miðla miklu magni upplýsinga. Gagnagrunnarnir geta verið vistaðir í mörgum löndum með mismunandi löggjöf. Öryggi og varnir eru einnig mismunandi. Við skulum því horfast í augu við það að heilbrigðisgeirinn er kominn á kaf í tæknina. Við sjáum jafnvel nettengda tækni inni í fólki, samanber nettengd lækningatæki. Því skipta vönduð vinnubrögð svo miklu máli. Það skiptir máli hvaða upplýsingar verða til og hver hefur aðgang að þeim," segir Helga. Hún nefnir sem dæmi að auðvelt sé að forðast handvömm eins og að bjóða upp á netspjall án þess að velta því fyrir sér hvort samskiptin séu varin fyrir aðgangi óviðkomandi eða breyta ekki lykilorði á lækningatækjum þannig að framleiðandinn eða aðrir komist í upplýsingarnar.

„Ljóst er að ábyrgð á notkun tækni í heilbrigðisþjónustu verður aldrei lögð á notendur heilbrigðisþjónustunnar, heldur verður hún ætíð að vera á þeim sem ákveður hvaða búnaður skal nýttur."

Stóla á heilbrigðisstarfsmenn

„Persónuvernd innan heilbrigðisgeirans er það mikilvæg að alltaf hefur einn læknir setið í stjórn stofnunarinnar. Það er gert til



Helga Þórisdóttir forstjóri Persónuverndar bendir á að með nú sé óheimilt að fylgjast með gjörðum fólks nema að það viti af því. Nýju persónuverndarlögin séu mun viðtækari en margur geri ráð fyrir.

að tryggja þekkingu og skilning á málefninu," segir Helga sem sjálf stýrði um tíma Lyfjastofnun áður en hún tók við stjórnartaumum Persónuverndar.

Helga segir Persónuvernd búast við mikilli samvinnu læknastéttarinnar og stofnunarinnar enda sé í nýju lögunum kveðið á um að ef mat á áhrifum á persónuvernd gefi til kynna að vinnsla muni hafa mikla áhættu í för með sér, nema ábyrgðaraðili grípi til ráðstafana til að draga úr henni, skuli hann hafa samráð við Persónuvernd áður en vinnslan hefjist.

„Við höfum ákveðnar áhyggjur af því að þessi nýja krafa gæti orðið mikill flöskuháls á starfseminni hér en enn sem komið er hefur það ekki gerst." Hún telur að margir hafi undanfarið skólast vel í reglum um persónuvernd og þekki orðið til krafna laganna en útilokar þó ekki að enn hafi menn ekki náð að tileinka sér breytt vinnulag. Fagleg vinnubrögð séu hins vegar forsenda árangurs.

„Á sama tíma og tækni getur bjargað lífi fólks verður að vera tryggt að aðgengi að upplýsingum sé takmarkað og öryggis gætt, þannig að slíkar upplýsingar verði ekki aðgengilegar óviðkomandi. Ekki megi hlaupa upp til handa og fóta og nota hverja nýju lausnina á fætur annarri án fullnægjandi prófana," segir Helga. Spurð hvort þessi varfærni í nýju lögunum hægi á framþróun á læknasviðinu svarar hún að það þurfi einfaldlega að vinna heimavinnuna sína.

„Heimild þarf að vera í lögum fyrir hverri vinnslu persónuupplýsinga. Persónuverndarlögin eru öryggisventill fyrir heilbrigt umhverfi og góðan rekstur," leggur hún áherslu á, og bendir á að ný skylda um að halda skrá yfir vinnslustarfsemi hjálpi stjórnendum að hafa yfirlit yfir rekstur á hverjum vinnustað.

Helga segir að fram að gildistöku nýju laganna hafi ekki verið skylt að tilkynna öryggisbresti til Persónuverndar en nú þurfi að gera það innan 72 klukkustunda frá því að þeir komast upp. „Það eru strax farnar að koma til okkar ábendingar, eins og að hakkarar eru að reyna að brjótast inn í kerfi hér á landi auk þess sem þó nokkrir vinnustaðir eru að lenda í því að persónuupplýsingar berist öðrum en þeim sem þær eiga að fá," segir Helga. Hún nefnir þó að heilbrigðisgeirinn búi að því að strangur lagarammi hafi lengi gilt á því sviði.

„En reynslan í nágrannalöndum bendir hins vegar til þess að margt geti farið úrskeiðis þegar um vinnslu viðkvæmra heilsufarsupplýsinga er að ræða og því þarf ávallt að hafa öryggi í fyrirrúmi."

Stækkandi stofnun

Persónuvernd hefur verið í ólgusjó undanfarin ár. Sérfræðingum fækkaði um tíma vegna skorts á fjármagni og voru þeir á tímabili einungis þrír en 12 starfa þar nú. Hátt í sjö hundruð mál bíða úrlausnar nú þegar umsvifin aukast enn vegna lagabreytinganna. Og vegna þeirra hafa stærri einkafyrirtæki, sem nú þurfa til að mynda að hafa persónuverndarfulltrúa innan sinna raða, sóst eftir sérfræðingum stofnunarinnar. Hreyfing hefur einnig verið mikil á toppnum og sátu fjórir í forstjórastólnum á tveggja ára tímabili áður en Helga tók við fyrir þremur árum.

„Starfsmenn hér þurfa að vera um 25 til að sinna vaxandi þunga í persónuverndarmálum," segir Helga og sér fram á bætta tíma. Málaflokkurinn hafi ekki aðeins fengið aukið vægi með tilkomu laganna, heldur hafi stofnunin einnig flutt upp um tvær hæðir og í stærra pláss í húsnæði sínu við Rauðarárstíg. Hún er nú í fyrrum plássi Sjúkratrygginga sem fluttu og eru nú við rætur Grafarholts.

„Það er mikill stígandi í málum tengdum persónuvernd í Evrópu og í raun í heiminum öllum og málafjöldinn hefur næstum fjórfaldast hjá okkur frá upphafi. Álagið hefur verið gríðarlegt, það er eiginlega ekki hægt að nefna það. Fyrst núna í janúar kom fjárveiting sem máli skipti," segir hún. „Við erum mönnuð góðu fólki – en þurfum fleiri, þekkingarstigið innan stofunarinnar er hátt og við hlökkum til samvinnunnar við heilbrigðisstéttirnar og að takast á við þau álitamál sem upp koma."



Bryndís Sigurðardóttir ræðir við Læknablaðið um forvarnarlyf gegn HIV á skrifstofu sinni í turninum Landspítala í Fossvogi. Myndir/gag

Tugir karla komnir á forvarnarlyf gegn HIV

viðtal við Bryndísi Sigurðardóttur smitsjúkdómalækni

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Á sjöunda tug karlmanna hefur á fáum vikum farið í gegnum áhættumat á Landspítala og fengið forvarnarlyf gegn HIV í hendur. Bryndís Sigurðardóttir smitsjúkdómalæknir telur að þeir verði allt að 80 talsins innan skamms og jafnvægi verði náð. Yfirvöld hófu nú í sumar að greiða að fullu fyrir samheitalyf Truvada til að fyrirbyggja ný HIV-smit meðal karla sem stunda kynlíf sín á milli. Einungis örfáir hafa ekki uppfyllt skilyrði fyrir lyfjunum. Rétt tæplega 30 einstaklingar hafa bæst í hóp HIV-smitaðra það sem af er ári og þykir mikið. HIV-smitum fækkar á heimsvísu á sama tíma og þeim fjölgar hjá karlmönnum sem sofa hjá öðrum körlum. Bryndís segir að HIV sé þeim raunveruleg ógn.

„Eftirspurnin er nokkru meiri en við reiknuðum með," segir Bryndís. „Við gerðum ráð fyrir 30-50. Við ráðfærðum okkur við HIV-samtökin sem töldu líklegt að talan yrði um 70. Nú höfum við skimað 64 og símtölum, sem voru mörg helstu sumarleyfismánuðina, fækkar," segir Bryndís. Í ljós komi hverjir haldi áfram lyfjameðferðinni.

„Sumum hentar ekki að taka lyf á hverjum degi. Sumir fara í fast samband og þetta er ekki ætlað fyrir þá. Ekki einu sinni fyrir þann sem er með HIV-smituðum sem er á lyfjum og mælist með 0 í veirumagni."

Ríkið greiðir um 66.000 kr fyrir hvern mánaðarskammt af samheitalyfi Truvada sem inniheldur emtricitabine/tenofovir. Miðað við þær forsendur kostar þetta hátt í 800.000 krónum á ári fyrir hvern og einn, en mönnum er ekki ætlað að vera á lyfinu árum saman.

„Þetta er hagstæðara en að vera með einstakling, allt frá tvítugu, í um 200.000 króna lyfjameðferð á mánuði alla ævi vegna HIV. Mín tilfinning er sú að ef ég kem í veg fyrir eitt til tvö smit á ári sé tilgangi okkar náð. Ég er mjög hlynnt lyfi í forvarnarskyni gegn HIV," segir Bryndís sem væntir þess að lyfið verði ódýrara með fleiri útboðum. „Nú þegar hafa tveir ungir menn sem hugðust fara þessa leið greinst með HIV-smit. HIV er raunveruleg ógn við þennan hóp."

Spurð um andstöðu segist hún ekki hafa orðið vör við hana opinberlega hér á landi. En í aðdraganda þess að Bandaríkjamenn hófu fyrstir að nota þetta lyf



Bryndís segir til mikils að vinna að afstýra því að samkynhneigðir menn fái HIV. Tveir sem hugðust fá PrEP hafi þegar greinst jákvæðir. Mynd/gag

Sumir taka lyfið eftir þörfum

Bryndís Sigurðardóttir smitsjúkdómalæknir segir að þótt mælt sé með því hér á landi að menn taki PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis) daglega gegn HIV-smiti sé einnig hægt að nota það eftir þörfum, eða svokallað *PrEP ON-Demand*.

„Talað er um *„Event-based PrEP“*. Margir hitta mig á göngunum og spyrja um það. Margir í Evrópu og Bandaríkjunum nota lyfið þannig til að spara töflur. Það hentar þeim sem eru skipulagðir í kynlífi sínu eða djamma tímabundið og stunda svo ekki kynlíf í marga mánuði. Þá tekur sá tvær töflur innan sólarhrings fyrir óvarið kynlíf og svo eina töflu á dag í tvo daga eftir að hætt er að stunda kynlíf.“

Bryndís segir þessa notkun lyfsins samþykkta í Evrópu en ekki Bandaríkjunum.

í forvarnarskyni árið 2012 hafi heyrst að læknar óttuðust að menn hættu að nota smokka og það kynni að leiða til kynsjúkdómafaraldurs.

„Viðhorf þeirra sem óttast óábyrga hegðun manna sem nota forvarnarlyf gegn HIV-smiti minna á margan hátt á hræðsluáróður gegn pillunni hér á landi á sjöunda áratugnum,“ segir Bryndís. Ekki sé hægt að ætla að áhættuhegðun aukist vegna lyfjainntökunnar. „Við munum skima fyrir kynsjúkdómum og HIV á þriggja mánaða fresti og því má gera ráð fyrir að kynsjúkdómum fækki í þessum hópi. Þannig að ef þeir eru með kynsjúkdóm fá þeir meðferð. Ég get læknað sárasótt, lekanda og klamydíu en ég get ekki læknað HIV,“ leggur Bryndís áherslu á.

„Við breytum ekki kynlífshegðun svo auðveldlega og verðum því að haga málum í samræmi við það hvernig hún er,“ segir hún.

Áhættumatið fyrir lyfjatökuna víðtækt

Áhættumatið sem einstaklingarnir ganga í gegnum byggist á því að skoða hvort þeir séu í neyslu á örvandi efnum eða metamfetamíni þegar þeir stunda kynlíf, stundi endaþarmsmök án smokka með einstaklingum með eða í áhættuhópi HIV eða séu á æskilegum aldri til að taka lyfið í forvarnarskyni gegn HIV.

Tekin eru HIV-próf og skimað fyrir lifrarbólgu A, B og C og athugað hvort þeir séu bólusettir fyrir A og B. Skimað er fyrir klamydíu, lekanda og sárasótt með endaþarmsstrokum. Tekin eru PCR-sýni og kreatín mælt, sem eru nýrnagildi. Það er gert til að ganga úr skugga um að þeir hafi ekki undirliggjandi nýrnasjúkdóm því tenofovir-hluti lyfsins getur haft áhrif á það.

Bergþóra Karlsdóttir og Anna Tómasdóttir hjúkrunarfræðingar á HIV-deildinni sjá um áhættumat og skimanir. „Skilyrðin eru að vera HIV-neikvæður í upphafi vegna þess að þessi lyfjameðferð er ekki full meðhöndlun á HIV heldur hlutameðhöndlun,“ segir Bryndís Sigurðardóttir smitsjúkdómalæknir.

Læknar vita ekki allt um lækningar

– segir Harvard-prófessorinn og verðlaunalæknirinn Ronald G. Tompkins

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Stundum láta læknar eins og þeir viti allt um lækningar, en ég get aðeins sagt að eftir því sem við vitum meira um lækningar þeim mun auðmýkri verðum við. Við vitum að við höfum fjölda meðferða sem virka, en ég stæði mig vart ef ég héldi því fram að við vissum nákvæmlega hvað við erum að gera. Ég get fullvissað ykkur um að eftir 40 ár gerum við hlutina allt öðruvísi en nú," segir hinn farsæli Harvard-prófessor Ronald G. Tompkins, MD, ScD og deildarstjóri skurðlækninga á Massachusetts General Hospital.

Hann á að baki afar farsælan feril, stofnaði og stýrði til að mynda bæði Miðstöð skurðlækninga, vísinda og lífverkfræði (Center for Surgery, Science and Bioengineering) og Miðstöð verkfræði í lyflækningum (Center for Engineering in Medicine) á Mass General. Hann hefur meðal annars afrekað að finna leið til að lækka dánartíðni vegna brunasára. Rannsóknin sem hann leiddi uppskar ein stærstu verðlaun læknasamfélagsins í Bandaríkjunum. Hann hefur tryggt verkefnum sínum yfir 200 milljónir dala styrkveitingar. Tompkins á yfir 450 fræðigreinar að baki.

„Læknar eiga alltaf að vera á tánum. Alltaf að læra. Það á að vera keppikefli þeirra. Við verðum að vera auðmjúk, viðurkenna það sem við vitum ekki og vera fullkomlega opin fyrir því að læra meira. Það er skoðun mín. Við getum einfaldlega ekki varið aðra skoðun en þá," segir hann.

Í öflugu tengslaneti

Tompkins var meðal þeirra skurðlækna sem heimsóttu Ísland um miðjan september á árlegri ráðstefnu. Tómas Guðbjartsson hjartaskurðlæknir og Dagný Heiðdal voru gestgjafarnir. Allt frá upphafi hefur hópurinn verið þröngur. Fundirnir ná aftur til seinni heimstyrjaldarinnar. Þá samanstóð hann af breskum, skandinavískum og bandarískum skurðlæknum, segir Tompkins, en á síðustu 20 árum hafi skurðlæknar allsstaðar að orðið hluti af hópnum. Tompkins var á árum áður ritari hópsins.

„Ráðstefnur sem þessar eru afar mikilvægar fyrir lækningar. Tengsl og spjall um það sem er efst á baugi hverju sinni hjálpar okkur að ná árangri."

Miðlar af þekkingu sinni

Sjúkdómurinn ME/CFS (ME: myalgic encephalomyelitis, þreytuheilkenni eftir veirusýkingu, eða vöðvaverkja-, heila- og mænubólga, CFS: chronic fatigue syndrome, síþreyta) á hug hans allan en nýverið tóku Harvard og Stanford sig saman um að komast til botns í þessum óræða sjúkdómi. ME/CFS-rannsóknarmiðstöðin fékk í maí 1,8 milljónir dollara í styrktarfé til að kafa ofan í málið.

„ME/CFS er áhugaverður sjúkdómur. Mjög flókinn og líður fyrir þá staðreynd að hafa ekki lífmerki (*biomarker*). Hann hefur miklar afleiðingar og við honum er engin lækning," lýsir Tompkins.

„Margir læknar hafa efast um að þetta sé raunverulegur sjúkdómur eða að hann sé til, þar sem lífmerki skortir. Í augum efasemdalækna er því spurt hvort sjúkdómurinn sé eingöngu hugarástand," segir hann.

„Það hefur valdið mörgum hugarangri í áranna rás og því afar fáir sérfræðingar sem fást við þessa sjúklinga." Sjúkdómseinkennin eru meðal annars þróttleysi, þokukennd hugsun og taugaheilbrigðisröskun.

Fókus settur á að finna lausn

Tompkins segir að áhugi hans á sjúkdómnum hafi kviknað vegna sambands hans við prófessor í Stanford, Ron Davis, sem hann hefur unnið með í áratugi í gegnum Opnu lækningamiðstöðina (Open Medicine Foundation).

„Ég hef reynslu af bólgum og efnaskiptum eftir slys en Dr. Davis er drifinn áfram af þeirri bitru staðreynd að eini sonur hans, sem á þrítugsaldri, er þungt haldinn af sjúkdómnum. Ég hef því bæði ráðfært mig við hann persónulega og faglega. Ég hef tekið þátt í samræðum og fyrirlestrum þar sem farið er yfir þau gögn sem finnast um þessi tilvik. Mér er það ljóst að bólgur og efnaskipti spila stórt hlutverk," segir Tompkins. „Þau stuðla að þessum sjúkdómi sem hefur svo mörg einkenni."

Tompkins segir að þrátt fyrir að það séu yfir 10.000 deildir í læknaskóla Harvard hafi sérfræðingar skólans ekki fyrr tekið höndum saman um að skoða málið. „Þegar svona öflugar stofnanir með fjölda hæfra sérfræðinga ákveða að vinna saman, safna gögnum og einblína á að gera sitt, fæst niðurstaða sem skiptir máli."

Horfir fram á við ekki aftur

En hvers vegna núna? Tompkins segir að hann hafi aðeins nýlega heyrt af þessum tilvikum. Spurður hvort rétt sé að læknar hafi haft fordóma gegn þessum sjúklingum með óútskýrð veikindi svarar hann: „Ég horfi ekki til fortíðar. Ásökun hjálpar ekkert og er engum til framdráttar. Ég hef heyrt af því að hver bendi á annan, en ég



Ronald G. Tompkins var gestur á ráðstefnu í Hörpu um miðjan septembermánuð. Mynd/Sigurjón Ragnar

skil ekki tilganginn.“ Tilgangur hans sé að horfa fram á við.

„Okkar markmið er að skilja málið og skilgreina raunverulegan sjúkdóm út frá þeim einkennum sem fólk hefur. Þróa lífmerki, skilja og þróa meðferðarúrræði og sækja fram,“ segir Tompkins.

„Ég veit að það eru örugglega einhverjir sem telja sig vera með þennan sjúkdóm en eru það ekki. Ég get sagt að þeir sjúklingar sem ég þekki og hef talað við er fólk sem nánast allt var mjög virkt en er það ekki lengur og hefur misst þrek. Allt að fjórðungur er bundinn heimili sínu, jafnvel rúmi. Allt sem þetta fólk vill er að verða aftur virkt, eða ofvirkt, eins og það áður.“

Tompkins segir að einn vandinn sem við sé að glíma sé að einkenni sjúkdómsins líkist mörgum öðrum. „Einkennin koma fram hjá fólki sem hefur verið afar virkt, hefur æft mikið og aðeins sú staðreynd að það getur það ekki lengur hefur gríðarleg áhrif á hvern einstakling. Þessi áhrif eru vegna ME, en um leið mjög hefðbundin viðbrögð meðal manna,“ segir hann.

„Ef við lítum til hugmynda Platons hvetur hann fólk til að stunda líkamsrækt. Það eru fræði frá örófi alda, en menn þurfa einfaldlega að hreyfa sig í hófi. Þessir sjúklingar geta það ekki og verða vegna lífsstíls síns fyrir áhrifum ME. Það er ekki endilega lífmerki fyrir ME, heldur náttúruleg mannleg viðbrögð.“

Tompkins segir ný lyf í þróun. „Lyfin eru ekki ætluð ME en þau slá á einkennin. Þetta er ekki ósvipað því að fólk tekur mörg lyf við kvefi sem láta því líða bærilega á meðan líkaminn vinnur á vírusnum,“ segir hann.

Spurður hvað hann telji að rannsóknin taki langan tíma, segir hann það velta á umfanginu. „Þetta er mjög flókinn sjúkdómur. Þetta er ekki einföld genaröskun eða lífeðlisfræði. Ef svo væri, væri lausnin löngu fundin,“ segir hann.

„Ef við horfum ekki á sjúkdóminn á heildrænan máta, skiljum undirliggjandi lífeðlisfræði og hvað á sérstaklega við um ME munum við ekki komast til botns í þessum sjúkdómi. Þess vegna segi ég að þessi sjúkdómur sé afar flókinn.“

Skurðlækningar sport unga fólksins

Tompkins leggur um leið áherslu á að hann ætli að finna lausn. „Það er ekki minn stíll að lofa einhverju sem ég get ekki staðið við.“

Það er harla óvanalegt að skurðlæknir helgi sig rannsóknum á svona óræðum sjúkdómi, sjúkdómi sem ekki er hægt að skera burt. Sjálfur bendir hann á fjölbreyttan feril sinn í gegnum tíðina. Rannsóknarstarf hans sé í raun þroskasaga einstaklings.

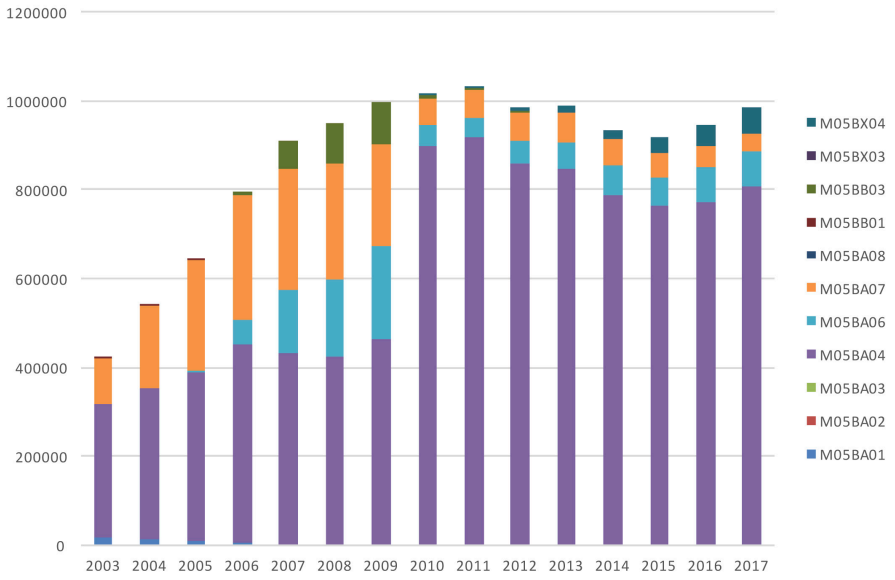
„Ég hef víðtæka reynslu og þetta tel ég til skilvirkni. Ég hef unnið á mörgum ólíkum sviðum og er fullkomlega viljugur að bjóða og nýta sérfræðiþekkingu mína á þessu sviði. Ég tel mig ekki hafa breyst mikið, er 66 ára gamall og hættur skurðlækningum, enda tel að þær séu sport unga fólksins,“ segir hann kankvís að lokum.

LYFJAMÁL

Tryggjum árangursríka beinverndarmeðferð

Björn Guðbjörnsson[1]
Jón P. Einarsson[2]
Andrés Magnússon[2]
Ólafur B. Einarsson[2]

[1]Rannsóknarstofu í gigtarsjúkdómum, Landspítala og læknadeild Háskóla Íslands,
[2]Embætti landlæknis.



Mynd 1. *Myndin sýnir fjölda daglegra skammta af bisfosfónötum (RDD) á Íslandi á tímabilinu 2003-2015.*

Fjöldi erlendra rannsókna sýnir að umtalsverður samfélagslegur ávinningur er af markvissri meðferð til varnar beinþynningarbrotum, sérstaklega meðal þeirra einstaklinga sem eru í aukinni áhættu á beinbrotum næstu 10 árin.[1,2] Þá liggja fyrir rannsóknir sem styrkja klíníska leit meðal 65 ára kvenna og 72 ára karla sem eru í aukinni brotaáhættu vegna beinþynningar.[2-4] Brotaáhætta tvöfaldast strax eftir fyrsta beinbrot hjá öldruðum og annað beinbrot verður oft innan eins árs.[5] Þess vegna hafa mörg lönd lagt áherslu á sérstaka þjónustu fyrir þá sem hafa brotnað vegna beinþynningar. Þessi þjónusta er kölluð Fracture Liaison Service (FLS) og hefur Landspítali tekið upp þetta verklag með sérstakri þjónustueiningu sem nefnd hefur verið Grípum brotin[6] og Sjúkrahúsið á Akureyri rekur einnig sérfræðiþjónustu við þennan sjúklingahóp.

Áætlað hefur verið að 1200-1400 einstaklingar brotni árlega hér á landi vegna beinþynningar en margir hljóta fleiri beinbrot í sömu byltunni og/eða fleiri brot á sama ári. Því má ætla að beinþynningarbrotin séu allt að 1800-2000 á ári hér á landi.[7] Beinbrot hafa í flestum tilfellum alvarlegar afleiðingar fyrir þann sem brotnar. Nýleg íslensk rannsókn sýndi að nærri þriðjungur þeirra sem mjaðmabrotna látast á innan við ári vegna fylgikvilla brotanna, en það er áttföld dánartíðni jafnaldra.[8]

Þrátt fyrir að flest lönd, þar með talið Ísland, hafi gefið út ítarlegar meðferðarleiðbeiningar,[9] og beinþéttnimælar á Vesturlöndum séu af fullkomnustu gerð (hérlendis eru þrír fullkomnir beinþéttnimælar: á Landspítala, Sjúkrahúsi Akureyrar og Hjartavernd) er einstaklingum með sögu um beinbrot af völdum beinþynningar samt ekki tryggð virk beinverndandi lyfjameðferð. Erlendar rannsóknir sýna að innan við þriðjungur kvenna með beinþynningarbrot fá formlegt áhættumat og boð um lyfjameðferð.[10] Auk þess er meðferðarheldni þeirra sem fá meðferð oft á tíðum ábótavant, en talið er að meðferðarheldni þurfi að vera yfir 80% til þess að fá ávinning af bisfosfónatmeðferð.[11] Sá samfélagslegi ávinningur sem ætti að vera af beinverndandi meðferð er þá fyrir bí.

Þess vegna er áhugavert að skoða hvernig beinverndandi lyf eru notuð hér á landi. Á mynd 1 má sjá fjölda daglegra





Mynd 2. *Myndin sýnir fjölda karla og kvenna á hverja 1000 íbúa á Íslandi, Svíþjóð, Noregi og Danmörku sem fá bisfosfónöt samkvæmt upplýsingum úr lyfjagagnagrunnum þessara landa á tímabilinu 2013 til 2017.*

skammta (Recommended Daily Dose; RDD) á ársgrundvelli helstu bisfosfónata sem hafa verið á markaði á Íslandi síðastliðna tvo áratugi. Eftir 2009 verður athyglisverð breyting, annars vegar flyst meginnotkunin yfir á alendrónat (bæði frumlyf og samheitalyf), en á sama tíma dregur úr ávísuðum skömmtum. Undirliggjandi orsakir þessa eru vafalaust fjölmargar. Þar mætti meðal annars nefna stjórnsýsluákvarðanir um greiðsluþátttöku Sjúkratrygginga, en einnig aukna umræðu um aukaverkanir þessa lyfjaflokks sem tengjast óeðlilegum beinbrotum í lærlegg og beindrepi í kjálka. Ef rýnt er í afgreidda RDD á hvern einstakling kemur fram að 47-62% þessara einstaklinga fá minna en 80% af ráðlagðri ársnotkun á hverju 12 mánaða tímabili. Þannig eru augljós merki þess að meðferðarheldni íslenskra sjúklinga sé ábótavant eins og einnig hefur verið lýst í nágrannalöndunum.

Hvernig er þessu farið á hinum Norðurlöndunum? Á mynd 2 sést fjöldi karla og kvenna á hverja 1000 íbúa á Íslandi og í Svíþjóð, Noregi og Danmörku sem fá bisfosfónöt samkvæmt upplýsingum úr lyfjagagnagrunnum þessara landa. Þar kemur fram að fjöldi íslenskra karla sem fær bisfosfónöt er tæplega 2/1000 árið 2003 og fer hæst í rúma 4/1000 karla á árunum 2010 til 2013 en fækkar eftir það. Norrænum körlum sem fá bisfosfónöt fjölgar hins vegar hægt og bítandi og er mesta fjölgunin í Danmörku þar sem 6/1000 fá meðferð árið 2016. Hvað íslensku konurnar varðar fá rúmlega 12/1000 bisfosfónöt 2003 og fjöldi þeirra nær hámarki eins og hjá körlunum á árunum 2010-2012 þegar um 20/1000 kvenna eru meðhöndlaðar með bisfosfónötum, en fer síðan fækkandi til ársins 2017. Sömu tilhneigingu er að sjá í Noregi og Svíþjóð en í Danmörku fjölgar konum á bisfosfónatmeðferð úr 12/1000 árið 2003 í rúmlega 28/1000 árið 2012 og fækkar ekki eftir það. Hvernig önnur beinverndandi lyf, eins og denosumab og teriparatid eru notuð væri einnig áhugavert að skoða nánar.

Ofannefndar tölur gefa sterklega til kynna að hægt sé að bæta beinverndandi meðferð hér á landi svo um munar, bæði með tilliti til fjölda einstaklinga sem fá bisfosfónöt vegna aukinnar áhættu á beinbrotum en einnig þarf að tryggja betri meðferðarheldni meðal þeirra sem hefja meðferð með bisfosfónötum. Frekari rannsókna er þó þörf áður en unnt er að gefa skýr tilmæli til lækna, en í millitíðinni geta læknar nýtt sér klínísk stuðningstæki á borð við FRAX[12] og BeinRáð[13,14] til að meta þörf á meðferð fyrir einstaklinga með sögu um beinbrot af völdum beinþynningar.

Heimildir

1. Hiligsmann M, Evers SM, Ben Sedrine W, Kanis JA, Ramaekers B, Silverman S, et al. A systematic review of cost-effectiveness analyses of drugs for postmenopausal osteoporosis. Pharmacoeconomics 2015;33:205-24.
2. Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Strom O, Borgstrom F, Oden A. National Osteoporosis Guideline Group. Case finding for the management of osteoporosis with FRAX-assessment and intervention thresholds for the UK. Osteoporos Int 2008; 19:1395-408.
3. Tosteson AN, Melton LJ, Dawson-Hughes B, Baim S, Khosla S, Lindsay RL, et a. National Osteoporosis Foundation Guide Committee. Cost-effective osteoporosis treatment thresholds: the United States perspective. Osteoporos Int 2008; 19: 437-47.
4. Lippuner K, Johansson H, Borgstrom F, Kanis JA, Rizzoli R. Cost-effective intervention thresholds against osteoporotic fractures based on FRAX (R) in Switzerland. Osteoporosis Int 2012; 23: 2579-89.
5. Kanis JA, Johnell O, De Laet C, Johansson H, Oden A, Delmas P, et al. A meta-analysis of previous fracture and subsequent fracture risk. Bone 2004; 35: 375-82.
6. beinvernd.is/gripum-brotin/ - september 2018.
7. Sigurðsson G, Siggeirsdóttir K, Jónsson BY, Mogensen B, Guðmundsson EF, Aspelund T, et al. Yfirlitsgrein. Úr gögnum Hjartaverndar: Nokkur atriði um faraldsfræði og áhættumat beinbrota á Íslandi. Læknablaðið 2017; 103: 423-8.
8. Magnusson KA, Gunnarsson B, Sigurðsson GH, Mogensen B, Ólafsson Y, Kárason S. Meðferð og afdrif sjúklinga með mjaðmabrot. Læknablaðið 2016; 102: 119-23.
9. iofbonehealth.org/europe-guidelines - september 2018.
10. Keshishian A, Boytsov N, Burge R, Krohn K, Lombard L, Zhang X, et al. Examining the treatment gap and risk of subsequent fractures among females with a fragility fracture in the US Medicare population. Osteoporos Int 2017; 28: 2485-94.
11. Caro JJ, Ishak KJ, Huybrechts KF, Raggio G, Naujoks C. The impact of compliance with osteoporosis therapy on fracture rates in actual practice. Osteoporos Int 2004;15:1003-8.
12. sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=56 - september 2018.
13. osteoporosis.expeda.is/OsteoAdvisor/Public - september 2018.
14. expeda.is/access-cdss/ - september 2018.

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

Sjúkratryggðir eiga rétt á þjónustu sjálfstætt starfandi sérgreinalækna



Dögg Pálsdóttir

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

Dogg@lis.is

Samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 skiptist heilbrigðisþjónusta í almenna heilbrigðisþjónustu og sérhæfða heilbrigðisþjónustu. Sérhæfð heilbrigðisþjónusta er meðal annars veitt á starfsstofum heilbrigðisstarfsmanna, sbr. 3. mgr. 7. gr. laganna. Starfsstofur sérfræðilækna falla hér undir.

Samkvæmt lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008 eru allir landsmenn sjúkratryggðir og eiga sem slíkir m.a. rétt á rannsóknum og meðferð hjá sérgreinalæknum sem samið hefur verið við, sbr. 19. gr. laganna. Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) sömdu síðast við sérgreinalækna með sérstökum rammasamningi í desember 2013. Gildistími rammasamningsins er 5 ár, frá 1. janúar 2014 til 31. desember 2018. Með rammasamningnum er sjúkratryggðum tryggður aðgangur að rannsóknum og meðferð hjá sérgreinalæknum með þeim hætti sem lög um sjúkratryggingar gera ráð fyrir. Þessi rammasamningur komst á eftir að sérfræðilæknar höfðu verið án samnings frá fyrri hluta árs 2011.

Rammasamningurinn og samstarfssamningur sem SÍ og Læknafélag Reykjavíkur (LR) gerðu samhliða honum er skýr um framkvæmd mála. Í samstarfssamningnum er til dæmis rakið hvernig fara á með umsóknir frá sérgreinalæknum sem óska eftir aðild að rammasamningnum meðan hann er í gildi. Þrátt fyrir þetta ákvað heilbrigðisráðherra einhliða með bréfi 10. desember 2015 að loka aðgangi nýrra sérfræðilækna að þessum samningi frá 1. janúar 2016. Í framhaldinu hafnaði SÍ umsóknum allra sérgreinalækna sem óskuðu eftir aðgangi að rammasamningnum eftir það tímamark.

Hinn 18. september síðastliðinn felldi Héraðsdómur Reykjavíkur úr gildi ákvörðun SÍ um slíka höfnun og dæmdi stofnunina til að greiða viðkomandi lækni málskostnað. Í dómnum er vísað til þess að með rammasamningnum hafi verið lagður grunnur að umfangsmikilli sérhæfðri heilbrigðisstarfsemi sjálfstætt starfandi sérgreinalækna til langs tíma, meðal annars í þágu almennings í landinu og þeirra sem starfa eða hyggjast starfa sem sérgreinalæknar. Rammasamningurinn feli SÍ meðal annars að fjalla faglega um umsóknir sérgreinalækna sem óski eftir aðild og ákveða hvort á þær skuli fallist. Aðildin að samningnum sé þannig háð matskenndu ákvörðunarferli. Hvorki rammasamningi né samstarfssamningi hafi verið sagt upp og séu þeir því báðir enn í gildi og leggi gagnkvæmar skyldur á samningsaðila. Við mat umsókna sé gert ráð fyrir faglegu efnislegu mati SÍ á umsækjanda, hvort hann teljist vera hæfur og hvort hann uppfylli önnur skilyrði til að starfa samkvæmt rammasamningnum og hvort fyrir hendi sé þörf innan heilbrigðiskerfisins fyrir sérgreinalæknisþjónustu umsækjanda. Aðild að samningnum sé því ætlað að vera matskennd stjórnvaldsákvörðun þar sem taka eigi tillit til margra faglegra þátta, bæði varðandi umsækjandann, starfsemi, rekstur og gæði heilbrigðiskerfisins í víðum skilningi auk fjárhagslegra þátta og þá skuli enn fremur hafa hagsmuni hinna sjúkratryggðu að leiðarljósi. Í dómnum er á það bent að heilbrigðisráðherra hafi með fyrirmælum sínum til SÍ þrengt verulega að faglegu mati stofnunarinnar á sérfræðilækna sem umsækjendur og þörf fyrir sérgreinalæknisþjónustu þeirra. Í því hafi falist brot á lögmætisreglu og meginreglu stjórnsýsluréttar um skyldubundið mat stjórnvalds. Ákvörðun SÍ um að synja viðkomandi sérgreinalækni aðgangi að rammasamningnum samkvæmt umsókn hafi því verið haldin verulegum annmörkum sem leiði til ógildingar ákvörðunarinnar.

Það sem er athyglisvert í þessu máli er sú staðreynd að heilbrigðisráðherra gaf undirstofnun sinni fyrirmæli um verklag sem dómstóll hefur metið ólögmætt þar sem það fór í bága við gildandi samning. Með fyrirmælum af þessu tagi setur heilbrigðisráðherra undirstofnun sína og stjórnendur hennar í óþolandi stöðu. Enda hafði forstjóri SÍ alllöngu áður en þessi dómur gekk tjáð sig í fjölmiðlum um þessi fyrirmæli og gagnrýnt harðlega að stofnunin mætti ekki fylgja verklagi samstarfssamningsins um umsóknir nýrra sérgreinalækna inn á samninginn. Í máli forstjórans kom skýrt fram að SÍ teldi fyrirmæli ráðherra ekki standast samninginn. Þessi skoðun forstjórans hefur nú verið staðfest í áður tilvitnuðum dómi.

Það er sérstakt ánægjuefni hversu þunga áherslu dómurinn leggur á rétt og hagsmuni hinna sjúkatryggðu. Það virðist oft gleymast í umræðunni um sjálfstæða starfsemi sérgreinalækna að sjúkratryggðir eiga samkvæmt lögum um sjúkratryggingar rétt á þjónustu og meðferð hjá sérgreinalæknum sem samið hefur verið við enda er þjónusta þeirra mikilvægur hlekkur sérhæfðu heilbrigðisþjónustunnar samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu.

Niðurstaða dómsins kemur ekki á óvart í ljósi skýrra ákvæða fyrrgreindra samninga um það verklag sem gilda á varðandi nýja sérgreinalækna inn á rammasamninginn. Enda liggur nú fyrir að heilbrigðisráðherra hefur ákveðið að una dómnum. Næsta verkefni SÍ er því að taka til efnislegrar afgreiðslu umsóknir þeirra sérgreinalækna sem fengið hafa synjun frá byrjun árs 2016. Sérstakt skoðunarefni verður hvort sjúkratryggðir, sem farið hafa til sérgreinalækna sem fengu synjun, eigi mögulega endurkröfu á SÍ vegna kostnaðar síns við þær heimsóknir.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Aðalfundur Læknafélags Íslands 2018 verður haldinn 8. og 9. nóvember í Hlíðasmára í Kópavogi

Vísinda- og þróunarstyrkir FÍH

Úthlutun 2018-2019

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna (FÍH) úthlutar **styrkjum til vísinda- og þróunarverkefna** á sviði heilsugæslu einu sinni á ári. Lögð er áhersla á það að styrkja rannsóknir í heimilislækningum, um heimilislækningar og á forsendum heimilislækninganna sjálfra.

Sjóðurinn veitir einnig **sérstaka starfsstyrki** til slíkrar vinnu. Umsóknir um úthlutun fyrir styrkárið 2018-2019 þurfa að berast sjóðnum **fyrir 25. október** næstkomandi. Umsóknir sem berast eftir þann tíma verða ekki teknar til greina.
Umsóknum ber að skila rafrænt til Margrétar Aðalsteinsdóttur (margret@lis.is), Læknafélagi Íslands, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi, ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum eða framgangsskýrslu ef um endurumsókn sama verkefnis er að ræða.

Umsóknareyðublað er að finna á innra neti heimasíðu Læknafélagsins, www.lis.is, á heimasvæði FÍH.

Starfsstyrkir geta verið allt frá einum til 12 mánaða í senn. Upphæð starfsstyrks miðast við fasta upphæð sem svarar til dagvinnulauna styrkþega og er þá tekið mið af menntun og starfsaldri, þó aldrei hærri en sem svarar dagvinnulaunum yfirlæknis í heilsugæslu. Sé styrkþegi starfandi á heilbrigðisstofnun innan heilsugæslunnar leggur stjórn Vísindasjóðsins til að styrkurinn verði greiddur beint til þeirrar stofnunar. Á móti komi að forsvarsmenn stofnunarinnar sjái til þess að styrkþegi haldi áfram starfi sínu, óbreyttum launum og réttindum, en fái jafnframt tíma til að sinna rannsóknarstörfum á dagvinnutíma. Sjóðurinn veitir að jafnaði starfsstyrki til verkefna sem krefjast minnst tveggja mánaða vinnu eða lengri tíma.

Við mat á umsóknum er lögð áhersla á að rannsóknarverkefnið sé á forsendum heilsugæslunnar. Sé um vísindaverkefni að ræða er einnig lögð áhersla á tengsl rannsakenda við heimilislæknisfræði Háskóla Íslands eða aðra akademíska háskólastofnun í heimilislækningum.

Nánari upplýsingar veitir Emil L. Sigurðsson (emilsig@hi.is)

Stjórn Vísindasjóðs FÍH



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER
APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS



Hlýtt á Gísla á Vatni segja frá. Svavar Gestsson leiðsögumaður lengst til hægri.

Ferð um Gullna sögu-hringinn í Dölum

Kristófer Þorleifsson

Haldið var af stað frá Hlíðasmára 8, kl 9 árdegis og stefnan sett vestur í Dali. Alls voru í förinni 32 í byrjun auk bílstjóra, en síðan bættust fimm við þegar komið var vestur í Miðdali, leiðsögumaðurinn Svavar Gestsson fyrrv. ráðherra og sendiherra og tveir kollegar frá Akureyri ásamt mökum. Ekið var upp í Borgarnes þar sem áð var í skamma stund, en síðan ekið upp Norðurárdal og Bröttubrekku niður í Miðdali. Á Erpsstöðum kom Svavar í bílinn og þeir norðanmenn og stefnan síðan sett inn Haukadal til Eiríksstaða. Á leiðinni fræddi leiðsögumaður okkur um það sem fyrir augun bar, um merka staði og atburði sem fram koma ýmist í Laxdælu eða Sturlungu. Ekið var fram hjá Sauðafelli en þar bjó Sturla Sighvatsson og þar handtók Daði Guðmundsson í Snóksdal Jón biskup Arason og syni hans og flutti til Skálholts þar sem þeir voru hálshöggnir 7. nóvember árið 1550. Á Kvennabrekku í Miðdölum fæddist Árni Magnússon handritasafnari og prófessor.

Ekið var síðan inn allan Haukadal inn að Stóra-Vatnshorni til að skoða og fræðast um tilgátubæinn Eiríksstaði, sem vígður var árið 2000. Þar fræddi Gísli bóndi á Vatni, klæddur að fornmannasið, hópinn um bæinn og vitnaði í Landnámu og sögu Eiríks rauða.

Frá Eiríksstöðum var haldið í Búðardal og snæddur þar hádegisverður í Dalakoti, dýrindis kjúklingasúpa. Ekið var um Búðardal og greindi Svavar frá væntanlegu Vínlandssetri sem ætlunin er að opna á næsta ári.

Síðan var ekið inn Laxárdal að Hjarðarholti þar sem Ólafur Pá, sonur Höskuldar Dalakollssonar og ambáttarinnar Melkorku, reisti sér bæ. Kirkja þar var vígð 1904, krosskirkja teiknuð af Rögnvaldi Ólafssyni arkitekt. Í kirkjunni fræddi sóknarpresturinn, sr. Anna Eiríksdóttir, okkur um sögu kirkjunnar og þá sérlega byggingarsögu hennar. Frá Hjarðarholti var síðan horft yfir dalinn og yfir til Höskuldsstaða þar sem Höskuldur Dalakollsson bjó. Í dag er aðeins einn prestur í Dalabyggð en sex kirkjur.

Eftir kirkjuskoðun var ekið að Laugum í Sælingsdal þar sem byggðasafnið var skoðað og svo var snæddur glæsilegur kvöldverður að Hótel Laugum. Undir borðhaldi tóku ýmsir til máls og kastað var fram vísum og fluttur ljóðabálkur sem fjallaði um fyrri ferðir öldunga. Gist var að Laugum og áfram haldið snemma næsta morgun eftir morgunverð og skoðun á Guðrúnarlaug þar sem Guðrún Ósvífursdóttir sat löngum á síðkvöldum milli þeirra Kjartans Ólafssonar og Bolla Þorleikssonar.

Síðan var ferðalaginu haldið áfram um Hvammssveit og út Fellsströndina. Horft var heim að Hvammi en þar bjó Auður djúpúðga og síðan Hvamm-Sturla Þórðarson og þar fæddist Snorri Sturluson.

Gengið var á Krosshólaborg, en þangað fór Auður djúpúðga til bænahalds. Á Krosshólaborg lét Auður reisa kross að sögn Landnámabókar, og til minningar um það var reistur steinkross á borginni árið 1965.



Við altarisbríkina í Skarðskirkju.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

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

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

Umsjón síðu
Páll Ásmundsson



Hópurinn fyrir framan skólahúsið í Ólafsdal.

Næst var ekið að Staðarfelli og gengið þar í kirkju. Þar sagði Svavar sögu staðarins og kirkjunnar með dyggri aðstoð Sveins bróður síns, sem í áratugi hefur verið staðarhaldari þar og bóndi. Á Staðarfelli var rekin húsmæðraskóli frá 1927 til 1976 og endurhæfingarstöð á vegum SÁÁ síðan, allt fram á þetta ár. Frá Staðarfelli var ekið að Vogi sem Bjarni Jónsson alþingismaður, skáld og rithöfundur er kenndur við. Þar var snædd súpa og brauð. Eftir máltíðina opnaði formaður bar í farangursrými rútunnar og bauð upp á rautt, hvítt og bjór. Runnu þær veitingar ljúflega niður, en allt var það í hófi og engan þurfti að flytja frá Vogi til baka á Staðarfell.

Frá Vogi var haldið áfram út Fellsströnd og staðnæmst við Klofning, sem skilur að Fellsströnd og Skarðsströnd. Hluti hópsins gekk upp á Klofning, en þaðan er útsýni gott yfir Breiðafjörð, Breiðafjarðareyjar og Snæfellsnes. Margir hólmar og eyjar út af Fellsströnd hýsa arnarhreiður.

Eftir Klofning var haldið áfram inn Skarðsströnd og heim að Skarði og kirkjan skoðuð undir leiðsögn húsfreyjunnar á Skarði. Ekkert býli eða jörð hefur jafnlengi verið í eigu sömu ættar á Íslandi, eða frá því um árið 1100. Landnámabók segir frá því að Geirmundur heljarskinn Hjörsson (Svarti víkingurinn) hafi búið á Geirmundarstöðum undir Skarði. Margt stórmenna hefur búið á Skarði. Þar bjó Björn Þorleifsson hirðstjóri (1408-1467), sem Englendingar drápu á Rifi á Snæfellsnesi. Ekkja hans, Ólöf ríka Loftsdóttir, lét hefna hans og lét drepa fjölda Englendinga, aðra lét hún taka til fanga og flutti heim að Skarði og notaði sem þræla. Í Skarðskirkju er margt fallegra og merkilegra gripa, meðal annars altarisbrík með alabastursmyndum frá 15. öld og herma munnmæli að Ólöf ríka hafi gefið kirkjunni bríkina.

Eftir kirkjuskoðun á Skarði var ekið niður að Skarðsstöð, þar sem í dag er smábátahöfn. Boðið var þar upp á úr farangursgeymslu bifreiðarinnar kaffi og heimabakaðar kleinur ásamt flatbrauði með hangikjöti. Einnig var ferðabarinn opnaður á ný. Áfram var síðan haldið inn Skarðsströndina og síðan inn í Gilsfjörð og stefnt á Ólafsdal. Þar stofnaði Torfi Bjarnason (1838-1915) fyrsta landbúnaðarskóla á Íslandi, sem starfræktur var á árunum 1880 til 1907. Bærinn fór síðan í eyði en bæjarhúsin voru nýtt um tíma sem skólasel fyrir Menntaskólann við Sund. Árið 2007 var Ólafsdalsfélagið stofnað, sem síðan hefur unnið að endurreisn staðarins með því að endurnýja og lagfæra allar byggingar. Formaður Ólafsdalsfélagsins, Rögnvaldur Guðmundsson, fræddi okkur um sögu staðarins og um framkvæmdir við endurreisnina. Síðan var gengið inn í skólahúsið í kaffi og vöfflur með rjóma.

Frá Ólafsdal var haldið til baka í Saurbæ og yfir í Hvolsdal. Horft var til Hvítadals þar sem skáldið Stefán frá Hvítadal bjó og einnig minnst tveggja annarra skálda, Jóhannesar úr Kötlum sem fæddur var á Goddastöðum í Laxárdal og Steins Steinars sem ólst upp í Saurbænum og naut þar farkennslu Jóhannesar. Ekið var um Svínadal yfir í Hvammssveit. Sunnarlega í dalnum er Hafragil þar sem menn Bolla og Ósvífurs gerðu Kjartani Ólafssyni fyrirsát og drápu. Við Lauga í Sælingsdal fór leiðsögumaðurinn Svavar Gestsson úr bílnum og var honum þökkuð frábær leiðsögn og fræðsla með dynjandi lófataki. Haldið var síðan heim á leið og stansað um stund við rjómabúið á Erpsstöðum þar sem norðanmenn yfirgáfu hópinn og ferðalangar gæddu sér á ís og keyptu osta.

Komið var í Kópavog rétt upp úr klukkan níu og þaðan fór hver til síns heima, glaður og reifur.



Hjarðarholtskirkja. Myndirnar tók Kristófer.



Myndin var tekin á fundi norrænu ritstjórnanna í Helsinki um daginn. Mynd/ Heli Mikkola.

Fundur ritstjórna norrænu læknablaðanna

Védís Skarphéðinsdóttir

Ritstjórnir norrænu læknablaðanna hafa með sér einskonar bandalag og hittast einu sinni á ári til að bera saman sín blöð og bækur. Í ár var finnska læknablaðið, *Lääkärilehti*, gestgjafinn.

Allir þátttakendur eru á einu máli um mikilvægi þess að hittast og ná að ræða við fólk í sömu sporum. Í þessu samhengi er Ísland auðvitað litla systirin einsog alltaf, og hin blöðin eru öll eldri en *Læknablaðið*, stærri, hafa mun meiri mannafla, prenta fleiri tölublöð á ári og í mun stærra upplagi.

Þó er ýmislegt sameiginlegt með blöðunum: Læknafélögin í hverju landi eru eigendur og útgefendur blaðanna, áskrifendur eru kröfuharðir læknar, aðrir lesendur eru á höttunum eftir öðru og sjúklingavænna efni, þau þurfa að vera á tánum í peningamálum, netið gefur þeim litlar sem engar tekjur og öll halda þau kúrsi með prentuðum blöðum. Auglýsingum fækkar heldur og Svíar hafa farið þá leið að halda stóra fagfundi með læknum til að ná vopnum sínum. Flest blöðin vinna meira úr því efni sem liggur fyrir og er burðarás allra blaðanna, það eru fræðigreinar. Það er efnið sem fjölmiðlar og almenningur sækist mest eftir, og úr þeim efniviði má ná fleiri vinklum og útbúa fleira sem hægt er nota. Þetta þýðir að það þarf að trúa meira á þetta ritrýnda efni, og þá þarf að leggja meiri áherslu á gæðin fremur en fjölda greinanna.

Nútíminn krefst meiri sýnileika og hann er í boði á vefsíðum, feisbúkk, twitter, instagram og eftir nýjum hraðbrautum til lesenda, en bæði norska og danska blaðið höfðu nýlega gert könnun sem leiddi í ljós að þá ánægjulegu staðreynd að 94% af þeirra læknum lesa sín læknablöð, og megnið af þeim les prentútgáfuna fyrst og fremst. Og það eru líka mun fleiri en bara læknar sem lesa blaðið, lesendur eru æ fleiri sögðu Danirnir. Rafræna útgáfan er notuð meira til uppflettinga og til að renna yfir fyrirsagnir.

Öll blöðin koma mikið við sögu í fjölmiðlaumhverfinu í sínu landi, til þeirra er mikið vitnað og þau hafa tiltrú og traust annarra, og norska læknablaðið var meira að segja útnefnt tímarit ársins í Noregi 2018. Í útgáfuheiminum hefur það sýnt sig að vaxandi áhugi er meðal almennings á fræðilegu efni, efni sem stutt er af rannsóknum og heimildum. Sama gildir um útvarp og sjónvarp þar sem efni af þessum toga er eftirsótt, og sem lítið dæmi má nefna að á RIFF, kvikmyndahátíðinni í Reykjavík sem haldin verður innan skamms, verða sýndar fleiri heimildarmyndir en nokkru sinni fyrr.

Eftir stendur að burðarásinn í öllum blöðunum er ritrýnt efni sem dofnar ekki og ástæða er til að vinna úr með tiltækum leiðum nútímans.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Dagskrá öldungadeildar haustið 2018

Fyrsti fundur haustsins verður **miðvikudaginn 3. október.** Þá mun félagi okkar og læknir Ólafur Jónsson flytja erindi sem hann nefnir „Uppreisnin á Bounty, vopnuðu skipi hans hátignar Georgs Bretakonungs, í Kyrrahafi árið 1789."

Næsti fundur verður **miðvikudaginn 7. nóvember.** Þá mun Þorvaldur Gylfason prófessor fjalla um „Skáldið og persónuna Einar Benediktsson".

Síðasti fundur fyrir áramót verður **miðvikudaginn 5. desember.** Þá mun Páll Einarsson jarðeðlisfræðingur og prófessor fjalla um „Eldgos í Öræfajökli".

Um fundi öldungadeildar

Allir læknar sem náð hafa sextugsaldri eru velkomnir í okkar hóp samkvæmt lögum öldungadeildar Læknafélags Íslands. Vonumst við til að sjá sem flesta á fundum okkar, bæði verðandi félaga og skráða félaga í deildinni. Fundirnir eru haldnir kl. 16.00 fyrsta miðvikudag hvers mánaðar að Hlíðasmára 8 í Kópavogi.

Hálftíma fyrir fund er boðið upp á kaffi og vínarbrauð meðan félagar og gestir ræða saman og rifja upp gömlu góðu dagana.

Kristófer Þorleifsson, formaður öldungadeildar

Bráðaofnæmi við járni í æð – úrræði fyrir sjúklinga sem geta ekki tekið járn um munn?





Elín I. Jacobsen

lyfjafræðingur, verkefnastjóri Miðstöðvar lyfjaupplýsinga Landspítala

elinjac@landspitali.is

Einar S. Björnsson

prófessor og yfirlæknir í lyflækningum við læknadeild Háskóla Íslands og lyflækningasvið Landspítala

einarsb@landspitali.is

41 árs gömul kona var með langvarandi járnskort, mögulega vegna magahjáveituaðgerðar. Strax að lokinni járngjöf í æð með járn(III)ísómaltósíð fékk hún heiftarleg ofnæmisviðbrögð með blóðþrýstingsfalli, öndunarörðugleikum og andþyngslum. Hún fékk lyfjagjöf með adrenalíni, hýdrókortísóni og ranitidíni og útskrifaðist við góða líðan en upplifði þetta að sjálfsögðu mjög óþægilega. Viðbrögðin voru flokkuð af ofnæmislækni sem bráðaofnæmi (*anaphylaxis*). Sjúklingur hafði áður þolað járn(III)-hýdroxíð-súkrósakomplex en vegna bráðaofnæmis nú og samkvæmt leiðbeiningum sérfræðinefndar Evrópsku lyfjastofnunarinnar (EMA-CHMP) er járngjöf í æð frábending hjá sjúklingum sem hafa fengið bráðaofnæmi, án tillits til þess hvaða járnsalt í æð olli viðbrögðunum.[1] Líklega vegna magahjáveituaðgerðar skilaði járngjöf um munn ekki árangri. Sex mánuðum síðar kom sjúklingur á bráðadeild með hjartsláttartruflanir. Hún kvartaði einnig undan vaxandi minnisleysi. Í ljós kom að járnskortsblóðleysi var versnandi og talið tengt tíðum aukaslögum. Sjúklingur var settur á metoprolol við aukaslögum og metið að þörf væri á úrlausn vegna járnskorts hið fyrsta. Sjúklingur mældist með hemoglóbín 99 g/L, járn 2 míkrómól/L, járnbindigetu 74 míkrómól/L og ferritín 3 míkróg/L.

Leitað var til Miðstöðvar lyfjaupplýsinga á Landspítala til að finna lausn á þessu mikilvæga klínískа vandamáli.

Ábending er fyrir járngjöf í æð við járnskortsblóðleysi þegar járn um munn þolist ekki eða skilar ekki árangri. Járngjöf í æð er talin örugg en í mjög sjaldgæfum tilvikum geta átt sér stað ofnæmisviðbrögð. Verkunarmáti ofnæmisviðbragða við járni er ekki að fullu þekktur og ýmsar tilgátur þar að lútandi, meðal annars að ofnæmið sé ekki ónæmistengt IgE-ofnæmi og mögulega svonefnt „complement activation-related pseudoallergy“ (CARPA), en hvaða þýðingu það hefur er ekki þekkt.[1,2] Ekki verður farið nánar út í það í þessum pistli. Þá er mikilvægt að skilja á milli raunverulegra ofnæmisviðbragða og innrennslistengdra viðbragða sem geta tengst of hröðu innrennsli í æð.[2]

Afnæming er talinn öruggur og áhrifaríkur meðferðarmöguleiki fyrir sjúklinga með blóðleysi vegna járnskorts sem hafa ofnæmi fyrir járni, hvort sem er í æð eða um munn. Nokkrar aðferðalýsingar hafa verið birtar um hvernig skuli standa að afnæmingu. Öruggara er talið að afnæma með járni í æð en um munn þar sem lyfjagjöf í æð gefur tilefni til sneggri viðbragða.

Chapman og félagar lýstu tveimur tilfellum þar sem sjúklingar fengu bráðaofnæmi eftir lyfjagjöf í æð með járnsúkrósu. Afnæming var reynd samkvæmt meðferðaráætlun og reyndist árangursrík.[3] Sama meðferðaráætlun hafði reynst árangursrík hjá Rodriguez-Jiménez og félögum sem höfðu framkvæmt afnæmingu og árangursríka járngjöf hjá sjúklingi sem hafði fengið ofnæmisviðbrögð við járni um munn.[4]

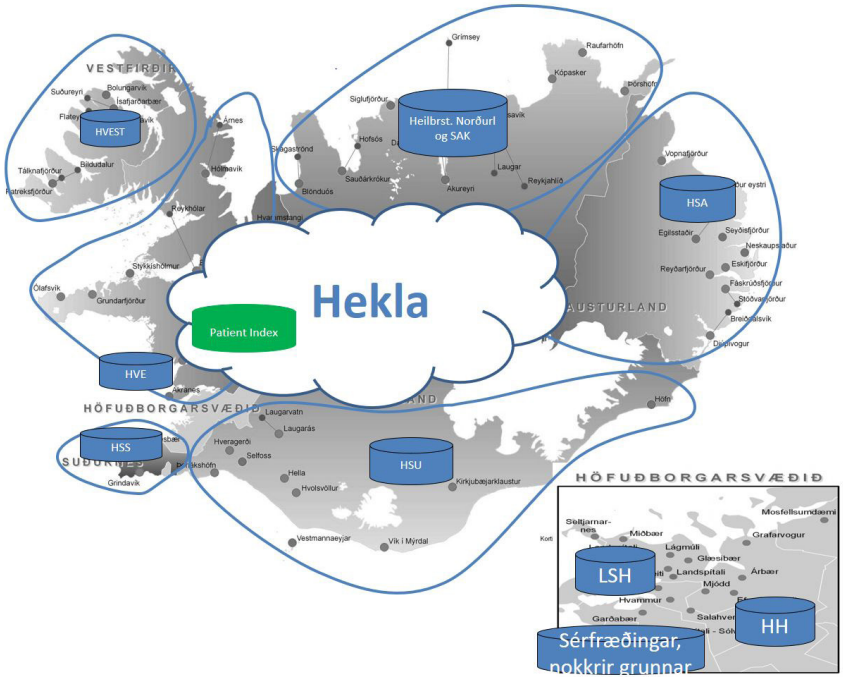
Sjúklingar lögðust inn á sjúkrahús 48 klukkustundum fyrir afnæmingu til undirbúningsmeðferðar með barksterum, prednisólón 50 mg á dag, andhistamínum, cetrizine 10 mg tvisvar á dag og leukotríenblokka, montelukast 10 mg tvisvar á dag. Afnæming var gerð á gjörgæsludeild og klukkustund fyrir inngrip fengu sjúklingarnir 80 mg af metýlprednisólon og andhistamín lyf í æð. Alls voru gefnir tíu skammtar af járnsúkrósu, í hækkandi skammti á 15 mínútna fresti. Byrjunarskammtur var 0,1 mg í æð af 1 mg/ml lausn og samtals náðist að gefa tæp 200 mg í afnæmingu. Sjúklingar fengu áfram cetrizine og montelukast á meðan á meðferð stóð og dagleg járngjöf hélt áfram eftir afnæmingu. Alls voru 200 mg á dag gefin í 7 daga þannig að 10%, eða 20 mg, voru gefin á 30 mínútum og fylgst með sjúklingi, en síðan 90%, eða 180 mg, gefin á fjögurra klukkustunda fresti. Einn sjúklingur fékk viðbrögð eftir þriðju járngjöf í afnæmingu, vanlíðan og roða á andliti og á hálsi. Eftir gjöf með 40 mg metýlprednisólon og andhistamínlyfi í æð gengu einkenni yfir á 30 mínútum og afnæming gat haldið áfram án vandkvæða. Sjúklingar voru upplýstir um að afnæming þyrfti að fara fram í hvert sinn sem þörf væri á járngjöf í æð.[3,4]

Samantekt

Alvarleg ofnæmiseinkenni við járngjöf í æð eru afar sjaldgæf. Afnæmingu og árangursríkri járngjöf í æð hefur verið lýst og því mælt með þessu meðferðarúrræði.

Heimildir

1. Rampton D, Folkersen J, Fishbane S, Hedenus M, Howaldt S, Locatelli F, et al. Hypersensitivity reactions to intravenous iron: guidance for risk minimization and management. Haematologica 2014; 99: 1671-4.
2. Szebeni J, Fishbane S, Hedenus M, Howaldt S, Locatelli F, Patni S, et al. Hypersensitivity to intravenous iron: classification, terminology, mechanisms and management. Br J Pharmacol 2015; 172: 5025-36.
3. Chapman E, Leal D, Alvarez L, Duarte M, Garcia E. Two case reports of desensitization in patients with hypersensitivity to iron. World Allergy Organ 2017; 10: 38.
4. Rodriguez-Jiménez B, Dominguez-Ortega J, Nunez-Acevedo B, Cava-Sumner B, Kindelan-Recarte C, Montojo-Guillén C. Rapid iron desensitization after generalized urticaria and facial angioedema. J Investig Allergol Clin Immunol 2014: 24: 69-71.



Samtenging rafrænna sjúkraskráa. Mynd frá Embætti landlæknis.

Einn sjúkraskrárgrunnur – lykillinn að verðmætum

Davíð B. Þórisson

sérfræðingur í bráðalækningum, klínískur ráðgjafi HUT og gæða- og sýkingavarna Landspítala

davidth@landspitali.is



Fyrir ekki löngu síðan var ég vaktlæknir í héraði og vísaði á Landspítala sjúklingi með ódæmigerðan brjóstverk þar sem ekki var hægt að útiloka alvarlegri sjúkdóm. Tilfellið var lærdómsríkt og því opnaði ég um kvöldið Heilsugátt, leit yfir Tímalínu sjúklings og skoðaði komunótuna, fyrstu lífsmörk, blóðrannsóknir og tölvusneiðmynd af lungum sem var tekin klukkustundum áður. Því næst hlustaði ég á diktat vakthafandi hjartalæknis þar sem farið var yfir tilfellið og lýst eðlilegum niðurstöðum og útskrift sjúklings aftur heim.

Daginn eftir hringdi ég í sjúklinginn þar sem hann sagði frá því að verkurinn væri genginn yfir og ég staðfesti að viðkomandi hefði móttekið útskriftarleiðbeiningar og lokaniðurstöðu. Tveimur vikum síðar barst heilsugæslunni svo læknabréf vegna komunnar.

Árið 2016 voru 123.678 blöð send rafrænt frá Landspítala, eða 339 sendingar daglega. Það tekur ritara um 6 mínútur að skrifa upp einnar mínútu dikteringu en mestur hluti þess er endursögn á upplýsingum sem eru þegar til og aðgengilegar í rauntíma eins og lýst var að ofan. Sambærileg handavinna á sér stað hjá móttakanda þegar bréfinu er fundinn viðtakandi. Þar er það lesið vandlega yfir vegna þess að í einstaka bréfum er að finna skilaboð um eftirfylgd sem heimilislækni eru ætlað hvort sem viðkomandi líkar betur eða verr. Læknabréf sem samskiptaform eru seinvirk, stefna skilaboða er í eina átt og staðfesting móttöku óviss og minnir þetta ferli um margt á skilvirkni bréfdúfna. Það er eðlilegt á tækniöld að spyrja sig hvort þetta form sé það besta sem völ er á.

Í 16. grein reglugerðar um gerð sjúkraskrár frá 2015 segir: „Gera skal samantekt við lok meðferðar sjúklings á heilbrigðisstofnun og starfsstofum sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna eins fljótt og auðið er og eigi síðar en endanlegar rannsóknarniðurstöður liggja fyrir. Samantektin skal vera aðgengileg í samtengdu rafrænu sjúkraskrárkerfi. Ef sjúkraskrárkerfi eru ekki samtengd skal senda samantekt með öruggum hætti [...]“

Í þessari síðustu setningu er að finna lykilatriðið því það er *samtenging sjúkraskrárkerfa* sem gerir mögulegt að nútímavæða þetta mikilvæga en flókna ferli. Íslenska heilbrigðiskerfið býr yfir einstakri sérstöðu sem fæst önnur lönd hafa eða munu nokkurn tíma hafa. Hér er nefnilega einn samtengdur sjúkraskrárgrunnur og má því líta á landið allt sem eina samfellda þjónustustöð þegar kemur að upplýsingamiðlun og samskiptum.

Jafnvel í tæknivæddustu löndum eru stærstu vandamáli sjúkraskráningar þau sem snúa að einangrun eða hólfun sjúkraskrárgrunna. Í Svíþjóð til dæmis eru 20-30 mismunandi grunnar þannig að einstaklingur frá Lundi sem veikist í Stokkhólmi er eins og bankahólf án lykils. Slíkar upplýsingaeyjur er flókið og kostnaðarsamt að tengja saman og víða hefur það reynst ómögulegt og hefur þá verið gripið til þess að senda PDF-skjöl milli stofnana með tilheyrandi töfum og brestum í þjónustu við sjúkling vegna lélegs aðgengis að mikilvægum upplýsingum. Ein helsta réttlæting fyrir fokdýrum sjúkraskrárkerfum eins og Epic hefur einmitt verið sú að ná utan um þetta gagnahallæri.

Á Íslandi er gagnvart notendum heilbrigðiskerfisins, með örfáum undantekningum, aðeins einn gagnagrunnur en Embætti landlæknis hefur ötullega séð um að tengja saman allar útstöðvar með Heklu. Landspítali veitir auk þess sjúkraskrárgögn gegnum Tímalínu og hafa allar heilbrigðisstofnanir, hvort sem er opinberar eða í einkageira, aðgang að þessari dýrmætu veitu. Fleiri einingar opnast utan Landspítala, svo sem skilaboðakerfi Heilsugáttar sem hefur einfaldað verulega samskipti innan stofnunarinnar og sífellt fleiri læknar utan Landspítala nota bæði fyrir einhliða skilaboð og líka samtöl um sjúklingatengd málefni og þykja bæði einföld og örugg.

Þar sem landið er í raun einn samfelldur grunnur skiptir uppruni gagna eða geymsla þeirra í útstöð ekki höfuðmáli eða hvort kerfið er af einni gerð eða annarri. Slíkar vangaveltur eru að mínu mati skref aftur á bak og til þess eins að rjúfa þá samfellu sem hefur tekist að skapa og munu einangra aftur útstöðvar heilbrigðiskerfisins. Farsælast fyrir alla aðila er að byggja ofan á þá dýrmætu auðlind sem samfelldur gagnagrunnur er og nýta sóknarfærin sem hafa skapast. Þannig er hægt að eyða flækjustigum og sóun, bæta þjónustu og auka öryggi sjúklinga.

BETB0021S 09.2018

SNEIDDU HJÁ ANDKÓLÍNVIRKRI BYRÐI[1]



BETMIGA™ (mirabegron)
er eina lyfið til inntöku við ofvirkri þvagblöðru sem ekki er andmúskarínlyf[1,2]

Heimildir: 1. Wagg A, Nitti VW, Kelleher C. Oral pharmacotherapy for overactive bladder in older patients: mirabegron as a potential alternative to antimuscarinics. Curr Med Res Opin 2016:32(4):621-638 **2.** Samantekt á eiginleikum Betmiga 09.2017

Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur.
Heiti virkra efna: mirabegron.
Ábendingar: Meðferð við einkennum, þ.e. bráðaþörf, aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðaþvagleka sem geta komið fyrir hjá fullorðnum sjúklingum með heilkenni ofvirkrar þvagblöðru.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu / virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Verulegur háþrýstingur sem ekki hefur náðst stjórn á og er skilgreindur sem slagbilsþrýstingur ≥180 mm Hg og/eða þanbilsþrýstingur ≥110 mm Hg.
Markaðsleyfishafi: Astellas Pharma Europe B.V. Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

astellas

Betmiga™
mirabegron

ELIQUIS

Meðferð við gáttatifi



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

Sjá samantekt á eiginleikum lyfs

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

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

Sérlyfjatexti á bls. 462

Eliquis
Apixaban

Bristol-Myers Squibb
Pfizer