Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



laeknabladid.is

11/2018

104. árgangur: 481-532

Xarelto®
rivaroxaban

BAYER

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

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



Vörn gegn heilablóðfalli með einni töflu á dag[2]

Sérlyfjatexti á bls. 526

* gáttatif án lokusjúkdóms.

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

XARD0112 – Bilbo

L.IS.MKT01.2018.0156 Janúar 2018

Læknavörður að störfum



Handritin eru fjársjóður okkar Íslendinga og fjöregg og geyma texta af ólíkum toga með fjölbreyttu og misáreiðanlegu innihaldi. Í hundruð ára hafa lærðir menn og leikir, innlendir sem erlendir, lesið handritin frá ýmsum sjónarhornum og á þann hátt tekist að kalla fram fjölbreytta mynd af mannlífi miðalda. Þannig hafa læknislistinni verið gerð ágæt skil og máluð upp mynd af stöðu lækninga á miðöldum.

Af mikilli talnalist var tímatal Íslandssögunnar ákvarðað og á grunni almennra orða Íslendingabókar var fundið út að stofnun Alþingis hafi átt sér stað árið 930.

Því var ærið tilefni til hátíðarhalda árið 1930. Þúsund ára afmæli Alþingis einungis 12 árum eftir að íslenskri þjóð hlotnaðist fullveldi eftir áratugalanga baráttu. Alþingishátíðin stóð í þrjá heila daga. Mikið var um dýrðir og miklu til kostað enda markmiðið að styrkja ímynd hins unga þjóðríkis meðal erlendra þjóða. Milli 30 og 40 þúsund manns tóku þátt í veglegri dagskrá og þjóðlegri. Gleðin var mikil og nokkrir hátíðargestir lýstu síðar með hafleygu orðavali þeim hughrifum sem hátíðarhöldin og íslensk júlínóttin á Þingvöllum hafði haft.

Sérstök Þingvallalögregla hélt uppi lögum og reglu og eins og vera ber var læknir á vakt. Lítið reyndi þó á þá þjónustu og í *Morgunblaðinu* birtist stutt ekki-frétt: „Spítalatjald og læknavörður hefir verið allan tímann á Þingvöllum. En slys hafa þar engin orðið, síðan Jón Ólafsson trjesmiður fótbrotnaði á miðvikudagskvöld. Nokkrir hafa vitanlega veikst, af öllum þeim mannfjölda, sem þarna hefir verið, en lítt hefir gætt afleiðinga af kulda eða illum aðbúnaði.“

Myndin, sem er tekin af óþekktum ljósmyndara, veitir okkur einstæða sýn inn í spítalatjaldið. Þarna þekkjast þeir læknar, Dr. Halldór Hansen og Ólafur Helgason. Á milli þeirra er Þórunn S. Jensdóttir hjúkrunarkona sem heldur hughreystandi í hönd sjúklingsins meðan Ólafur læknavörður vefur um hana bindi.

Myndin 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.

Skóflustunga að lykilbyggingu nýs spítala

„Uppbygging heilbrigðisþjónustunnar er eitt af forgangsmálum ríkisstjórnarinnar,“ sagði Svandís Svavarsdóttir heilbrigðisráðherra þegar skóflustunga var tekin að lykilbyggingu nýja spítalans við Hringbraut laugardaginn 13. október. Hvorki meira né minna en 18 tóku skóflustungu að þessum nýja meðferðarkjarna, ráðherrar ásamt fulltrúum félaga, hagsmunasamtaka og stofnana. Fjölmargir fylgdust með, þar á meðal fyrrum heilbrigðisráðherrar.

„Nýtt sjúkrahús mun gerbylta allri aðstöðu fyrir heilbrigðisþjónustuna í heild sinni, ekki síst fyrir sjúklinga, starfsmenn og aðstandendur,“ sagði heilbrigðisráðherrann jafnframt í ræðu sinni.

Meðferðarkjarninn verður á 6 hæðum auk tveggja hæða kjallara, eða tæpir 70.000 brúttófermetrar. Íslenskir aðalverktakar sjá um uppbygginguna og er áætlað að kjarninn verði tekinn í notkun árið 2024.



Ráðherra, fulltrúi Íslenskra aðalverktaka og vottar við undirritun samningsins.

Páll Matthíasson, forstjóri Landspítala, sagði við þetta tækifæri að uppbyggingin væri stærstu tímamót í sögu Landspítala eða allt „frá því að Landspítali reis fyrst hér við Hringbraut fyrir tilstilli íslenskra kvenna“.

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
2050

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

11. tölublað • 104. árgangur • 2018

LEIÐARAR



487

Fjölmiðlar og heilbrigðiskerfið

Magnús Haraldsson

Æskilegt væri að ritstjórar helstu fjölmiðla landsins ræddu við forsvarsmenn heilbrigðiskerfisins um hvernig best sé að fjalla með ábyrgum hætti um heilbrigðismál og koma í veg fyrir að lýsingar settar fram í geðshræringu séu gerðar að fréttaefni.



489

Nóbelsverðlaunin í læknisfræði 2018 – bylting í meðferð krabbameina

Örvar Gunnarsson

Horfur sjúklinga fara nú almennt batnandi og ég get ekki ímyndað neitt fag læknisfræðinnar sem er jafn skemmtilegt og með eins hraðri framþróun og krabbameinslækningar.

FRÆÐIGREINAR

491

Einar Logi Snorrason, Bergrós Kristín Jóhannesdóttir, Thor Aspelund, Vilmundur Guðnason, Karl Andersen

Langtímahorfur sjúklinga með bráða kransæðastíflu

Hjarta- og æðasjúkdómar eru algengasta dánarorsök í heiminum í dag. Árið 2015 dóu yfir 7,4 milljónir manna af völdum blóðþurrðarhjartasjúkdóma, eða um 13% allra dauðsfalla. Í Evrópu eru blóðþurrðarhjartasjúkdómar orsakavaldur 21% dauðsfalla meðal kvenna og 20% dauðsfalla meðal karla. Á Íslandi hefur nýgengi þessara sjúkdóma lækkað verulega á síðustu árum eða um 66,5% og samhliða því hefur dánartíðni af völdum þeirra lækkað um 86% á tímabilinu 1981-2015.

Horfur þeirra sem fá kransæðastíflu fer sömuleiðis batnandi og skýrist það að miklu leyti af bættri lyfjameðferð og tækniframförum. Um miðja síðustu öld dó þriðji hver sjúklingur með bráða kransæðastíflu áður en hann náði að útskrifast heim af sjúkrahúsi en nú er dánartíðni STEMI sjúklinga um 6-7% 30 dögum eftir innlögn.

499

Bryndís Ester Ólafsdóttir, Halla Fróðadóttir, Rebekka Guðrún Rúnarsdóttir, Elsa Björk Valsdóttir

Risafituæxli á kvið - sjúkratilfelli

Fituæxli eru algeng góðkynja mjúkvefjaæxli, oftast lítil, hægvaxandi og einkennalaus. Hér er lýst tilfelli 52 ára konu í mikilli yfirþyngd sem leitaði læknis vegna stækkandi æxlis ofan við lífbein sem var á stærð við fótbolta. Æxlið hafði farið vaxandi síðustu 8 mánuði. Sjúklingurinn undirgekkst aðgerð þar sem æxlið var fjarlægt. Risafituæxli eru skilgreind sem fituæxli yfir 10 cm í þvermál eða sem vega meira en 1000 grömm.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 100 ÁRA

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

502

Óttar Guðmundsson

Lækningar í Íslendingasögum

Fyrir daga Hippókratesar var orsök allra sjúkdóma talin vera fyrir galdur eða áhrif góðra eða vondra afla. Fyrstu læknarnir voru venjulega galdramenn sem reyndu að reka sjúkdóma út með galdri. Talið er að frummerking orðsins læknir sé einmitt særingamaður.



UMFJÖLLUN OG GREINAR

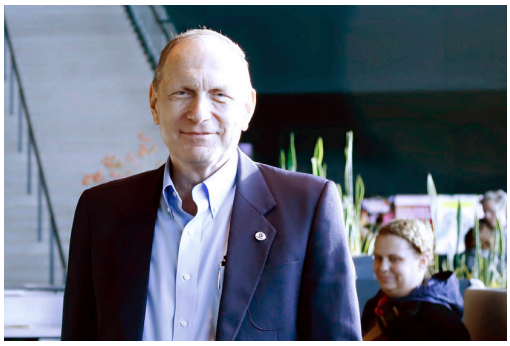
508

Sjálfstæði er lykill að góðri heilsu lækna

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Fimm formenn Læknafélags Íslands settust niður og ræddu fortíð og framtíð læknastéttarinnar. Þau eru sammála um að sjálfstæður rekstur forði læknum frekar frá því að kulna í starfi.





512

„Kulnun er heimsfaraldur í nútímasamfélögum“

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Þetta segir Leonid Eidelman, nýr forseti Alþjóðalæknafélagsins. Hann tók við keflinu í Hörpu á aðalfundi félagsins sem haldinn var í fyrsta sinn hér á landi

514

Líf og dauði á læknaráðstefnu í Hörpu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Svandís Svavarsdóttir heilbrigðisráðherra setti siðfræðiþing LÍ og WMA



515

Kallar eftir stefnumótun fyrir almenna líknarmeðferð

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Arna Einarsdóttir segir lækna oft óttast erfið samtöl en öllum líði betur þegar meðferðarmarkmið hafi verið rædd

516

Stíf persónuvernd hindri framþróun læknavísinda

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Kári Stefánsson hvatti til gagnanotkunar og sagði vernd gagna í hróplegu ósamræmi við íslensk gildi

517

„Við deyjum öll“

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

518

Óskráðir innflytjendur í skjóli innan heilbrigðiskerfisins





519

Líknardráp um fjölgar í Hollandi

4,4% þeirra sem létust í Hollandi 2017 fengu aðstoð við að deyja



530

Málþing til heiðurs Sigurði Guðmundssyni

Védís Skarphéðinsdóttir

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



507

Konur í íslenskri læknastétt í 101 ár

Magdalena Ásgeirsdóttir

Árið 1993 urðu tímamót í sögu læknadeildar, þá brautskráðust 45 læknakandídatar, 18 karlar og 27 konur, og við útskrift var hópurinn búinn að eignast 30 börn. Þetta var í fyrsta sinn sem konur voru í meirihluta.

524

Athugasemd við ritstjórnargrein

Þórólfur Guðnason

525

Furðulega illa undir búin í margvíslegu tilliti

– svar við athugasemd sóttvarnalæknis

Magnús Gottfreðsson

528

Þrír nýir doktorar í læknisfræði frá HÍ

EMBÆTTI LANDLÆKNIS 26. PISTILL

523

Fíknivandi vegna ávanabindandi lyfja á Íslandi

Andrés Magnússon, Jón Pétur Einarsson, Ólafur B. Einarsson

Það er vandamál á Íslandi að þegar læknir reynir að takmarka ávísun á ávanabindandi lyf getur sjúklingur hæglega leitað til annarra lækna.

Alvogen



FÆST NÚ ÁN LYFSEÐILS
Í NÆSTA APÓTEKI

VALABLIS | TIL MEÐFERÐAR VIÐ FRUNSUM

- INNIHELDUR VALACÍKLÓVÍR
- ÓÞARFI AÐ KOMA VIÐ SÝKT SVÆÐI
- TVEIR SKAMMTAR Á 12 TÍMUM
- FYRSTA LYFIÐ TIL INNTÖKU FÁANLEGT Í LAUSASÖLU
- EKKI SJÁANLEG MEÐFERÐ Á VÖRUM

Valablis 500 mg filmuhúðaðar töflur. Ábendingar: Valablis er notað til að meðhöndla frunsur hjá heilbrigðum einstaklingum með eðlilega nýrnastarfsemi sem eru 18 ára og eldri og hafa áður verið greindir með áblástur (frunsur) af lækni og þurfa endurtekna meðferð vegna áblásturs. Lyfið virkar með því að drepa eða stöðva vöxt veira sem kallast herpes simplex. Dagsetning endurskoðunar textans: 8. febrúar 2017. **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til 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 | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN

alvogen.is

Fjölmiðlar og heilbrigðiskerfið

Málefni heilbrigðiskerfisins eru oft til umfjöllunar í fjölmiðlum enda er um að ræða stóran og mikilvægan málaflokk sem snertir líf allra landsmanna einhvern tímann á lífsleiðinni. Heilbrigðiskerfið er dýrasti og sennilega flóknasti hluti okkar samfélags og á fáum sviðum hafa orðið eins miklar framfarir og breytingar á undanförnum árum. Öll viljum við geta gengið að því vísu að þjónustan sé góð og að hún sé örugg og aðgengileg öllum sem á henni þurfa að halda. En að sjálfsögðu er ekkert fullkomið í þessum heimi. Því miður er fjölmiðlaumræða um heilbrigðismál oft á afar neikvæðum nótum og orð eins og úrræðaleysi, niðurskurður, mannekla og fjársvelti eru algeng.

Fréttir af sumarlokunum, kjaradeilum, biðlistum og miklu álagi á heilbrigðisstarfsfólk eru nánast daglega á síðum fjölmiðla. Þetta eru að sjálfsögðu afar erfið mál og raunverulegar áskoranir sem kerfið stendur frammi fyrir og mikilvægt er að fjalla um þau með gagnrýnum hætti í fjölmiðlum en það skiptir líka máli hvernig það er gert. Það er afar mikilvægt að umfjöllun fjölmiðla um þennan málaflokk sé yfirveguð, byggð á staðreyndum og að reynt sé að forðast gífuryrði og upphrópanir.

Það gerist reglulega að á síður fjölmiðla rata umfjallanir um erfið mál einstakra sjúklinga. Nú á tímum netmiðla geta einstaklingar með einföldum hætti deilt persónulegum reynslusögum sínum á netinu. Stundum er um að ræða lýsingar sjúklinga eða aðstandenda þeirra á samskiptum sínum við heilbrigðisstarfsfólk þar sem kvartað er yfir því að viðkomandi hafi ekki fengið viðhlítandi þjónustu eða verið neitað um þjónustu. Jafnframt eru oft dregnar þær ályktanir að slíkar lýsingar á högum einstaklinga lýsi kerfinu eða þjónustunni í heild.

Af og til gerist það líka að ákveðnir fjölmiðlar birta svona lýsingar á síðum sínum og skrifa með þeim frétt. Í slíkum fréttum koma aðeins fram lýsingar og sjónarmið þeirra sem telja að með einhverjum hætti hafi verið brotið á rétti þeirra. Öllum fréttamönnum á að vera vel kunnugt um að á heilbrigðisstarfsfólki hvílir afar ströng þagnarskylda og trúnaður sem gerir þeim ókleift að tjá sig um mál einstakra sjúklinga. Heilbrigðisstarfsmenn geta því ekki brugðist við ef þeir telja að hallað sé réttu máli eða að mikilvægar upplýsingar vanti í umfjöllunina. Ekki þarf að hafa mörg orð um það hversu viðkvæm og flókin mál sem þessi geta verið. Það er mikill ábyrgðarhluti að taka fyrir mál einstakra sjúklinga í fjölmiðlum.

Alltaf er hætta á því að dregnar séu rangar ályktanir af því sem á að hafa gerst og hætt er við því að fréttir sem þessar ýti undir ótta og tortryggni hjá fólki sem þarf að sækja þjónustu heilbrigðiskerfisins. Fréttaflutningur af þessu tagi er einnig líklegur til að valda heilbrigðisstarfsfólki miklu hugarangri og vanlíðan, sérstaklega ef það þarf að sitja undir óvæginni gagnrýni í fjölmiðlum og getur ekki komið fram og tjáð sig um sína hlið á málinu.

Það er að sjálfsögðu afar mikilvægt að sjúklingar og aðstandendur þeirra geti á skilvirkan og einfaldan hátt komið kvörtunum sínum á framfæri við þá sem stýra þjónustunni og bera ábyrgð á að gæði hennar séu tryggð. Síður fjölmiðla eru ekki rétti vettvangurinn til að ræða eða útkljá mál sem þessi enda slíkt ekki hægt þegar aðeins önnur hlið málsins er rædd. Alltaf er hætt við að umræðan verði mjög tilfinningahlaðin og einkennist af upphrópunum og gífuryrðum.

Æskilegt væri að ritstjórar og ábyrgðarmenn helstu fjölmiðla landsins settust niður með forsvarsmönnum heilbrigðiskerfisins og ræddu hreinskilnislega um hvernig best sé að fjalla með ábyrgum og yfirveguðum hætti um heilbrigðismál, þjónustunni til framdráttar, og hvernig koma megi í veg fyrir að lýsingar sem oft eru settar fram í mikilli reiði og geðshræringu séu gerðar að fréttaefni í fjölmiðlum.

Einnig er mikilvægt að heilbrigðisstarfsmenn sem eru aðilar að málum sem rata í fjölmiðla hafi vettvang innan kerfisins til þess að ræða málið og geti jafnframt fengið viðeigandi stuðning þegar þeir sitja undir alvarlegum ásökunum í fjölmiðlum.



Magnús Haraldsson

geðlæknir við Landspítala, dósent við læknadeild Háskóla Íslands og situr í ritstjórn *Læknablaðsins*

hmagnus@landspitali.is

Media and the health care system

Magnús Haraldsson MD, PhD, Psychiatrist, Psychosis Outpatient Clinic, Division of Mental Health, Landspítali, University Hospital, associate professor University of Iceland

doi.org/10.17992/lbl.2018.11.201



Fólínsýra í stærri pakkningu



Folsyra Evolan 5 mg
100 stk. pakkning
Fólínsýra á betra verði

Folsyra Evolan inniheldur fólínsýru, gerð af B-vítamíni sem er nauðsynleg fyrir eðlilega blóðmyndun. Folsyra Evolan 5 mg töflur fást í 100 stk. pakkningu og lyfið er með almenna greiðsluþátttöku sjúkratrygginga. **Notkunarsvið:** Risakímfrumublóðleysi ásamt skorti á fólínsýru. Áfengissýki og rauðalosblóðleysi ásamt miklu fólat umbroti. Ófullnægjandi inntaka fólats. Vanfrásog á fólati. Fyrirbyggjandi áður en þungun verður og á meðgöngu. Samhliða lyfjameðferð sem hamlar frásogi eða umbroti fólats. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) á vef Lyfjastofnunar – www.serlyfjaskra.is.** Markaðsleyfishafi er Biosyn Arzneimittel GmbH. Umboðsaðili er LYFIS ehf. Sími 534-3500, netfang: lyfis@lyfis.is. SmPC: Ágúst 2018.

Nóbelsverðlaunin í læknisfræði 2018

Bylting í meðferð krabbameina



Örvar Gunnarsson

krabbameinslæknir
á Landspítala

orvarg@landspitali.is

Eftir þrjú ár sem deildarlæknir á Íslandi og nærri því eitt ár í sérnámi í lyflæknisfræði í Bandaríkjunum var ég ekki ennþá búinn að ákveða endanlega hvaða undirsérgrein ég ætlaði í. Blóð- og krabbameinslækningar fundust mér alltaf vera erfiðasti hluti lyflækninga, með lyf sem enginn veit hvað heita og enn síður hvernig þau virka. Auk þess höfðu krabbameinslækningar orð á sér fyrir að vera mjög erfitt fag, horfur sjúklinga almennt ekki góðar og mikil hætta á að læknar sem sinntu því starfi brynnu út á skömmum tíma. Á endanum ákvað ég þó að fara í sérnám í því fagi. Ekki af því að það væri svo spennandi augljóslega, enda vissi ég ekkert um það, heldur fyrst og fremst vegna þess að það hafði gefið mér mest að sinna sjúklingum á þeim deildum á fyrri árum í námi og starfi. Ég get ekki sagt annað en að þetta hafi verið ein af betri ákvörðunum sem ég hef tekið, fyrir utan kannski að hætta að spila á trompet þegar ég var yngri, sem mér fannst alls ekkert skemmtilegt.

Ég hafði því ekki hugmynd um hvað ég var að fara út í faglega. Þegar ég byrjaði í sérnámi á University of Pennsylvania (UPenn) í blóð- og krabbameinslækningum 2012 sá ég að allt sem ég hafði áður haldið um horfur sjúklinga og hversu erfitt þetta væri, var að breytast verulega. Auk þess komst ég að því að það sem Helgi Valdimarsson, sem kenndi okkur ónæmisfræði, hafði sagt við okkar árgang og eflaust alla aðra líka um að lífið og læknisfræði væri allt bara ónæmisfræði var sennilega rétt hjá honum. Á þessum tíma var nýhafin tilraunameðferð[1] á UPenn með svokallaðri CAR-T meðferð sem gekk út á að endurraða T-frumuviðtakanum hjá sjúklingum með blóðkrabbamein sem reyndist gefa ótrúlega góðar niðurstöður. Um svipað leyti var byrjað að meðhöndla sjúklinga með dreift sortuæxli með ónæmishvetjandi lyfinu Ipilimumab sem byggist á því að koma í veg fyrir virkjun CTLA-4 (*Cytotoxic T-lymphocyte-associated Antigen 4*) hjá T-frumum sem hefði annars leitt til þess að T-fruman virkjaðist ekki og krabbameinið fengi að vaxa án þess að okkar eigin ónæmiskerfi fengi við neitt ráðið. Skyndilega hafði lifun þessara sjúklinga með sortuæxli nærri tvöfaldast.[2] Örfáum árum síðar var verið að prófa annars konar ónæmishvetjandi meðferð með svokölluðum PDL-1 (*Programmed Death Ligand 1*) hemlum sem trufluðu einnig möguleika krabbameina til að komast undan vökulum augum ónæmiskerfisins og vaxa óheft. Fyrst þessara lyfja var Pembrolizumab[3] og stuttu síðar Nivolumab[4] en síðan hafa fleiri bæst við. Samsett meðferð með CTLA-4 og PDL-1 hemlum hjá sjúklingum með dreift sortuæxli getur nú leitt til miðgildislifunar upp á 37,6 mánuði[5] sem er rúmlega sexföldun á einungis 8 árum.

Á þessum stutta tíma sem liðinn er síðan þessi lyf komu fram hefur notkunarmöguleikum þeirra fjölgað verulega og eiga þau nú heima við meðhöndlun mun fleiri tegunda krabbameina. Helsta áskorunin er að kortleggja hvenær og hvernig helst ætti að nota þessi lyf og munum við vonandi sjá áframhaldandi framfarir á sviði blóð- og krabbameinslækninga næstu árin þar sem jafnframt verður lögð áhersla á að finna lyf við öðrum hemlum á svörun ónæmiskerfisins sem geta vonandi bætt horfur enn frekar. Rétt er þó að nefna að þar sem svo skammur tími er liðinn síðan þessi lyf komu fram er enginn möguleiki að geta sér til um hvort raunveruleg lækning við krabbameini sé í sjónmáli en vonandi eru margar tegundir krabbameina að verða meira að langvinnum sjúkdómum en skammvinnum.

Nóbelsverðlaunin í læknisfræði í ár komu í hlut tveggja vísindamanna: James P. Allison er 70 ára ónæmisfræðingur sem byrjaði að rannsaka CTLA-4 viðtakann þegar hann var að vinna við Kaliforníuháskóla, Berkeley, á 9. áratug síðustu aldar. Hann fær verðlaunin fyrir uppgötvun sína á möguleikanum á að hindra virkni CTLA-4 viðtaka T-frumna. Hann vinnur nú við rannsóknir við stærsta krabbameinsspítala í heimi, MD Anderson í Houston.

Tasuku Honju er 76 ára læknir en einnig ónæmisfræðingur frá Kyoto í Japan sem hefur starfað við háskólann í Kyoto frá 1984 og gerir enn. Hann fær verðlaunin fyrir uppgötvun sína á PD1-próteininu á yfirborði T-frumna og hlutverki þess. Saman hafa Allison og Honjo sýnt hvernig virkjun T-frumna og þar með ónæmiskerfisins hefur leitt til nýrrar nálgunar og í raun byltingar í nýjum meðferðarmöguleikum við krabbameinum.

Vandamálin sem ég stóð frammi fyrir, fyrir tæplega 10 árum síðan þegar ég þurfti að velja mér sérnám, eru að breytast, horfur sjúklinga fara almennt batnandi og ég get ekki ímyndað mér neitt fag innan læknisfræðinnar sem er jafn skemmtilegt og með eins hraðri framþróun. Það eina sem hefur ekkert breyst er að nöfnin á lyfjunum virðast alltaf vera jafn erfið.

Heimildir

1. Porter DL, Levine BL, Kalos M, Bagg A, June CH. Chimeric antigen receptor-modified T cells in chronic lymphoid leukemia. N Engl J Med 2011; 365: 725-33.
2. Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF, Weber RW, Sosman JA, Haanen JB, et al. Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. N Engl J Med 2010; 363: 711-23.
3. Robert C, Ribas A, Wolchok JD, Hodi FS, Hamid O, Kefford R, et al. Anti-programmed-death-receptor-1 treatment with pembrolizumab in ipilimumab-refractory advanced melanoma: a randomised dose-comparison cohort of a phase 1 trial. Lancet 2014; 384: 1109-17.
4. Robert C, Schachter J, Long GV, Arance A, Grob JJ, Mortier L, et al. Pembrolizumab versus Ipilimumab in Advanced Melanoma. N Engl J Med 2015; 372; 2521-32.
5. Wolchok JD, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, Rutkowski P, Grob JJ, Cowey CL, et al. Overall Survival with Combined Nivolumab and Ipilimumab in Advanced Melanoma. N Engl J Med 2017; 377: 1345-56.

The Nobel prize in Medicine 2018 – A revolution in cancer management

Örvar Gunnarsson
Medical oncologist, Landspítali University Hospital, Iceland

doi.org/10.17992/lbl.2018.11.202



Fiasp®
Hraðari insúlínsvörun við máltíðir

Samanborið við NovoRapid®[1]

Kostir Fiasp fyrir fullorðna sjúklinga með sykursýki:

Fljótvirkara
Berst tvisvar sinnum hraðar í blóðrásina samanborið við NovoRapid[1,2†]

Sveigjanleiki
Möguleiki á sveigjanleika með tilliti til tímasetningar lyfjagjafar þegar þörf krefur[1,3‡§]

Staðfest verkun
Lækkar HbA1c og blóðsykur eftir máltíð án aukinnar tíðni blóðsykursfalla samanborið við NovoRapid[1,3]

Vel þekkt
Hraðvirkari formúla NovoRapid, þegar skipt er um meðferð má reikna með 1:1 einingu[1,4]

* Gefið undir húð rétt áður en máltíð hefst (0–2 mínútum fyrir).[1]
† Staðfest á sjúklingum með sykursýki af tegund 1 samanborið við NovoRapid.
‡ Fiasp má gefa 2 mínútum fyrir máltíð og allt að 20 mínútum eftir að máltíð hefst.
§ Samanborið við NovoRapid gefið við máltíð. Grundvallað á upplýsingum úr Onset® 1, rannsókn á fullorðnum sjúklingum með sykursýki af tegund 1.[3]

Heimildir: 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Fiasp, www.serlyfjaskra.is. **2.** Heise T, Pieber TR, Danne T, Erichsen L, Haahr H. A pooled analysis of clinical pharmacology trials investigating the pharmacokinetic and pharmacodynamic characteristics of fast-acting insulin aspart in adults with type 1 diabetes. *Clin Pharmaco.* doi:10.1007/s40262-017-0514-8. **3.** Russell-Jones D, Bode BW, De Block C, *et al.* Fast-acting insulin aspart improves glycemic control in basal–bolus treatment for type 1 diabetes: results of a 26-week multicenter, active controlled, treat-to-target, randomized, parallel-group trial (onset 1). *Diabetes Care.* doi:10.2337/dc16-1771.t, randomized, parallel-group trial (onset 1). *Diabetes Care.* doi:10.2337/dc16-1771. **4.** Meah F, Juneja R. Insulin tactics in type 2 diabetes. *Med Clin N Am.* 2015;99:157-186.

Fiasp 100 einingar/ml stungulyf, lausn í rörlykju

Heiti virkra efna: Ein rörlykja inniheldur 300 einingar aspartinsúlín í 3 ml af lausn. 1 ml af lausn inniheldur 100 einingar aspartinsúlín (jafngildir 3,5 mg). **Ábendingar:** Meðferð við sykursýki hjá fullorðnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danmörk. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.**

Fiasp 100 einingar/ml stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna

Heiti virkra efna: Einn áfylltur lyfjapenni inniheldur 300 einingar aspartinsúlín í 3 ml lausn. 1 ml af lausn innihelduur 100 einingar aspartinsúlín (jafngildir 3,5 mg). **Ábendingar:** Meðferð við sykursýki hjá fullorðnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danmörk. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.**

Fiasp® og NovoRapid® eru skrásett vörumerki í eigu Novo Nordisk A/S IS/DK/FA/1217/0324 · 16. október 2018

novo nordisk®

vistor

Vistor hf. – umboðsaðili á Íslandi
Hörgatúni 2 · 210 Garðabæ
novo@vistor.is ❩ 535 7000

Fiasp
hraðvirkt aspartinsúlín

Langtímahorfur sjúklinga með bráða kransæðastíflu

Einar Logi Snorrason[1] læknir
Bergrós Kristín Jóhannesdóttir[2] læknir
Thor Aspelund[3] tölfræðingur
Vilmundur Guðnason[1,3] læknir
Karl Andersen[1,4] læknir

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, [3]Hjartavernd, [4]hjartadeild 14EG Landspítala.

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

ÁGRIP

Inngangur: Hratt lækkandi dánartíðni vegna kransæðasjúkdóma á Íslandi helst í hendur við samsvarandi lækkandi nýgengi kransæðastíflu á undanförnum þremur áratugum. Markmið þessarar rannsóknar var að bera saman langtímalifun einstaklinga með NSTEMI (Non-ST elevation myocardial infarction) og STEMI (ST elevation myocardial infarction) og kanna áhrif áhættuþátta á lifun.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin náði til allra sjúklinga sem greindust með bráða kransæðastíflu á Landspítala árið 2006. Upplýsingar um áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma og greiningar voru fengnar úr Sögukerfi spítalans. Sjúklingum var fylgt eftir fram til 1. janúar 2015. Endapunktur rannsóknarinnar var andlát af hvaða orsök sem er. Samsettur endapunktur var dauðsfall eða endurinnlögn vegna kransæðastíflu.
Niðurstöður: Á árinu 2006 greindust 447 einstaklingar með bráða kransæðastíflu á Landspítala, þar af voru 280 með NSTEMI (I21.4) og 167 með STEMI (I21 - I21.9). Nýgengi NSTEMI árið 2006 var 91,3 á hverja 100.000 íbúa. Nýgengi STEMI árið 2006 var 55,9 á hverja 100.000 íbúa. Meðalaldur NSTEMI-sjúklinga var 73,0 ár. Konur með NSTEMI voru að meðaltali 8,4 árum eldri en karlar með NSTEMI (konur 78,3 ár og karlar 69,9 ár). Meðalaldur STEMI-sjúklinga var 65,3 ár. Konur með STEMI voru að meðaltali 7,3 árum eldri en karlar með STEMI (konur 70,4 ár og karlar 63 ár). Fimm ára lifun NSTEMI-sjúklinga var 51%, 42% meðal kvenna og 57% meðal karla. Fimm ára lifun STEMI sjúklinga var 77%, 68% meðal kvenna og 80% meðal karla (logrank: p<0,01). Eftir aldursleiðréttingu var marktækt verri langtímalifun eftir NSTEMI samanborið við STEMI.
Ályktanir: Nýgengi NSTEMI var hærra en STEMI á Íslandi árið 2006. Konur höfðu verri langtímahorfur en karlar, sem skýrist af hærri meðalaldri þeirra. Langtímalifun NSTEMI-sjúklinga var verri en lifun STEMI sjúklinga þrátt fyrir aldursleiðréttingu.

doi.org/10.17992/lbl.2018.11.203

Inngangur

Hjarta- og æðasjúkdómar eru algengasta dánarorsök í heiminum í dag.[1,2] Árið 2015 dóu yfir 7,4 milljónir manna af völdum blóðþurrðarhjartasjúkdóma, eða um 13% allra dauðsfalla.[3] Í Evrópu eru blóðþurrðarhjartasjúkdómar orsakavaldur 21% dauðsfalla meðal kvenna og 20% dauðsfalla meðal karla.[4] Á Íslandi hefur nýgengi þessara sjúkdóma lækkað verulega á síðustu árum, eða um 66,5%, og samhliða því hefur dánartíðni af völdum þeirra lækkað um 86% á tímabilinu 1981-2015.[5]

Horfur þeirra sem fá kransæðastíflu fer sömuleiðis batnandi og skýrist það að miklu leyti af bættri lyfjameðferð og tækniframförum.[6] Um miðja síðustu öld dó þriðji hver sjúklingur með bráða kransæðastíflu áður en hann náði að útskrifast heim af sjúkrahúsi en nú er dánartíðni STEMI-sjúklinga um 6-7% 30 dögum eftir innlögn.[5]

Þrátt fyrir lækkandi nýgengi blóðþurrðarhjartasjúkdóma á Íslandi hefur hlutfall NSTEMI af öllum hjartaáföllum hækkað á undanförnum árum. Þetta má rekja til næmari greiningaraðferða og breytinga í áhættuþáttum.[7] Nýgengi NSTEMI er almennt hærra en STEMI þó tölur séu á reiki milli landa.[4,8-11] Litlar upplýsingar eru til um beinan samanburð á horfum STEMI- og NSTEMI-sjúklinga á heimsvísu. Þó virðast STEMI-sjúklingar almennt hafa verri skammtímahorfur en NSTEMI-sjúklingar en þessi munur finnst ekki í langtímaeftirfylgni, tafla I.[12]

Á Íslandi eru ekki til gögn um langtímahorfur sjúklinga með NSTEMI eða STEMI. Mikilvægt er að meta langtímahorfur þessara sjúklinga í ljósi nýrra greiningarskilmerkja og bættrar meðferðar á síðustu árum.[13,14] Markmið þessarar rannsóknar var annars vegar að bera saman langtímahorfur NSTEMI- og STEMI-sjúklinga og hins vegar að kanna áhrif áhættuþátta á lifun.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og náði til allra þeirra einstaklinga sem greindust með NSTEMI eða STEMI á Landspítala árið 2006. Hluti þessara sjúklinga fékk upphafsmeðferð á sjúkrahúsum og heilsugæslustöðvum á landsbyggðinni og voru síðar sendir á Landspítala til hjartaþræðingar, en um þetta eru ekki til nákvæmar upplýsingar. Sjúkdómsgreiningar samkvæmt ICD-kóða í tölvukerfi spítalans lágu til grundvallar flokkunar í STEMI (I21.0, I21.1 og I21.9) og NSTEMI (I21.4). Sjúkdómsgreiningar voru endurmetnar út frá fyrirfram ákveðnum skilmerkjum í hverju tilviki fyrir sig. Krafa var gerð um hækkun á trópóníni T (<0,01µg/l) og að minnsta kosti 1 mm hækkun á ST-bili í tveimur samliggjandi leiðslum hjartalínurits eða nýtilkomið vinstra greinrof til að flokk-

Tafla I. *Erlendar lifunarrannsóknir, %.*

	Land	NSTEMI 4 ára lifun	NSTEMI 5 ára lifun	STEMI 4 ára lifun	STEMI 5 ára lifun
PRAIS UK Registry[10]	Bretland	77,4			
Fabio Vagnarelli et al[11]	Ítalía		58		63,6
Vogel et al[27]	Austurríki	57,9			
Terkelsen et al[9]	Danmörk	50		70	
Þessi rannsókn	Ísland	55	51	78	77

ast sem STEMI. Sjúklingar með trópónínhækkun án ST-hækkunar á hjartariti voru flokkaðir sem NSTEMI þegar aðrar skýringar á trópónínhækkun höfðu verið útilokaðar.[13] Þeir sem bjuggu erlendis voru útilokaðir. Í þeim tilvikum sem sami sjúklingur var greindur með kransæðastíflu oftar en einu sinni árið 2006 réð sú greining sem kom fyrst hópaskiptingunni. Þeir sem létust á fyrstu 24 klukkustundunum eftir komu á Landspítala voru útilokaðir í rannsókninni þar sem skráning var ekki stöðluð á því hverjir þeirra flokkuðust sem dauðsföll utan sjúkrahúss.

Endapunktur rannsóknarinnar var andlát af hvaða orsök sem er. Sjúklingum var fylgt eftir fram til 1. janúar 2015 og upplýsingar um dánardag voru fengnar frá dánarmeinaskrá Hagstofu, síðar Embættis landlæknis. Samsettur endapunktur samanstóð af andláti af hvaða orsök sem er ásamt endurinnlögn vegna hjartadreps. Upplýsingar um endurinnlagnir vegna hjartadreps (ICD: I21.0, I21.1, I21.9, I21.4) voru fengnar úr sjúkraskrárkerfi Landspítala. Vegna hárrar dánartíðni NSTEMI- og STEMI-sjúklinga fyrsta mánuðinn eftir innlögn voru þeir sem létust fyrstu 28 dagana í báðum hópum teknir út fyrir aldursleiðréttingu. Þessi afklipping samsvarar því að eftirfylgni hefði náð til þeirra sem lifðu af hjartaáfallið. Alls voru 34 NSTEMI-sjúklingar og 19 STEMI-sjúklingar teknir út við samanburð vegna þessarra skilmerkja.

Áhættuþættirnir háþrýstingur, reykingasaga, fjölskyldusaga, blóðfituröskun og sykursýki voru skráðir til að meta áhrif þeirra á langtímalifun. Áhættuþættir voru skráðir samkvæmt skráningum í Sögukerfi Landspítala. Einstaklingar með háþrýsting voru þeir sem voru á blóðþrýstingslækkandi lyfjum við fyrstu innlögn, höfðu sögu um háan blóðþrýsting eða voru greindir með háþrýsting í legu. Reykingasögu var skipt upp í tvo flokka, annars vegar þeir einstaklingar sem reyktu við innlögn og hins vegar þeir sem höfðu aldrei reykt eða höfðu hætt að reykja meira en 30 dögum fyrir innlögn. Blóðfituröskun var skilgreind sem heildarkólesteról í blóði yfir 7,0 mmól/l eða einstaklingar á blóðfitulækkandi lyfjum. Sykursýki var skráð með sömu skilmerkjum og háþrýstingur.

Tölfræðileg úrvinnsla var unnin í RStudio (Version 0.98.1091). Nýgengisútreikningar byggðust á fjölda landsmanna 31. desember 2005. Lifunargreiningar voru framkvæmdar til að kanna langtímalifun einstaklinga og Kaplan-Meier gröf teiknuð fyrir bæði NSTEMI og STEMI. Munur milli lifunar NSTEMI og STEMI var metinn með log-rank prófi. Cox-aðhvarfsgreining var notuð til að leiðrétta fyrir aldri, kyni og áhættuþáttum. Einþátta- og fjölþátta aðhvarfsgreining voru bæði notuð til að meta áhrif hverrar breytu fyrir sig. T-próf voru notuð til að kanna mun á meðalaldri milli hópa. Kí-kvaðrat próf var notað til að bera saman flokkabreytur. P<0,05 var notað sem mælikvarði á tölfræðilega marktækan mun milli hópa.

Við upphaf rannsóknar lá fyrir leyfi frá vísindasiðanefnd (VSN-14-179) og yfirlækni hjartadeildar.

Tafla II. *Lýðfræðilegar upplýsingar rannsóknarþýðis, (%).*

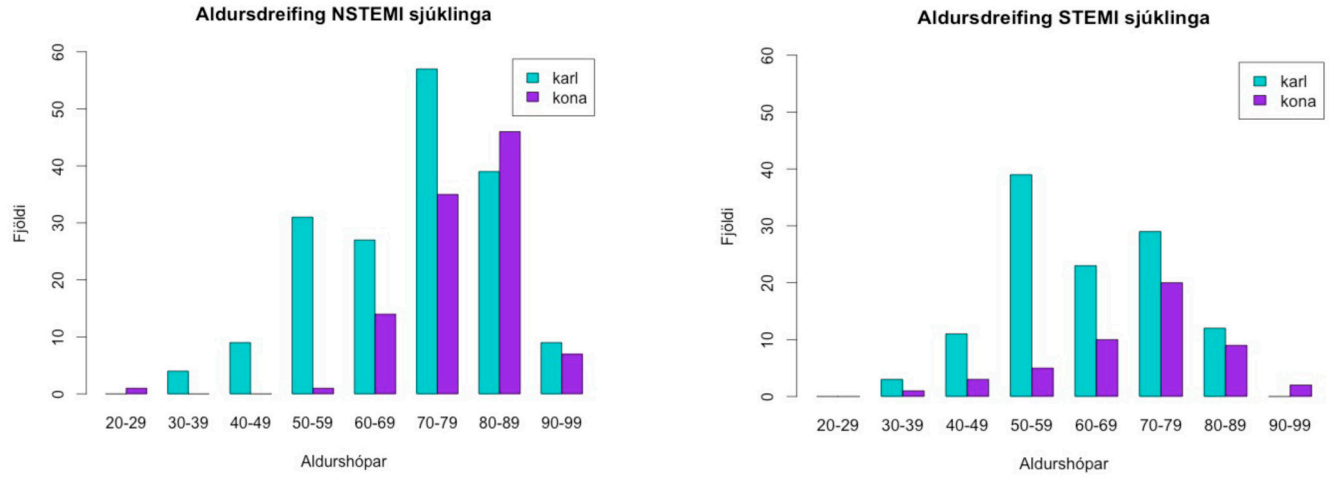
	NSTEMI n=280	STEMI n=167	p-gildi
Kyn			
Karlar	176 (62,9)	117 (70,1)	
Konur	104 (37,1)	50 (29,9)	n.s.
Meðalaldur (ár)			
Alls	73,0	65,3	<0,01
Karlar	69,9	63,1	<0,01
Konur	78,3	70,4	<0,01
Háþrýstingur			
Með háþrýsting	195 (69,6)	88 (52,7)	<0,01
Án	63 (22,5)	61 (36,5)	
Óþekkt	22 (7,9)	18 (10,8)	
Reykingasaga			
Reykir	64 (22,9)	68 (40,7)	<0,01
Aldrei reykt/hættir*	190 (67,9)	85 (50,9)	<0,01
Óþekkt	26 (9,3)	14 (8,4)	
Fjölskyldusaga			
Með sögu	112 (40)	73 (43,7)	1
Án sögu	82 (29,3)	55 (32,9)	
Óþekkt	86 (30,7)	39 (23,4)	
Blóðfituröskun			
Með röskun	122 (43,6)	48 (28,7)	<0,01
Án sögu	86 (30,7)	88 (52,7)	
Óþekkt	72 (25,7)	31 (18,7)	
Sykursýki			
Með	60 (21,4)	18 (10,8)	<0,01
Án	162 (57,9)	132 (79,0)	
Óþekkt	58 (20,7)	17 (10,2)	

n.s.: ekki tölfræðilega marktækur munur milli hópa.
*Þeir sem hættu að reykja ≥30 dögum fyrir innlögn töldust vera hættir að reykja.

Niðurstöður

Árið 2006 var 469 sjúklingum gefin sjúkdómsgreiningin bráð kransæðastífla á Landspítala. Í 288 tilvikum var greind NSTEMI og 181 sinni STEMI. Þar af voru 7 með NSTEMI og 9 með STEMI útilokaðir vegna búsetu erlendis. Sex einstaklingar greindust bæði með NSTEMI og STEMI árið 2006. Fyrsta greining var NSTEMI hjá 280 einstaklingum og STEMI hjá 167 einstaklingum. Í þessari rannsókn voru því 447 sjúklingar með bráða kransæðastíflu rannsakaðir. Við samanburð á lifun milli NSTEMI og STEMI voru 246 NSTEMI-sjúklingar sem lifðu af fyrstu 28 dagana og 148 STEMI-sjúklingar.

Af rannsóknarhópnum greindust 293 karlar og 154 konur með bráða kransæðastíflu. Lýðfræðilegar upplýsingar og fjöldi áhættuþátta rannsóknarþýðisins má sjá í töflu II. Þar sem skráning var afturskyggn er um að ræða nokkra vanskráningu áhættuþátta. Enginn marktækur munur reyndist á kynjahlutfalli NSTEMI- og STEMI-sjúklinga.



Mynd 1. *Gröfin sýna aldursdreifingu kynja þeirra sem fengu NSTEMI (vinstra megin) og STEMI (hægra megin). Einstaklingum var skipt í 8 aldurshópa sem sjást á x-ás myndanna.*

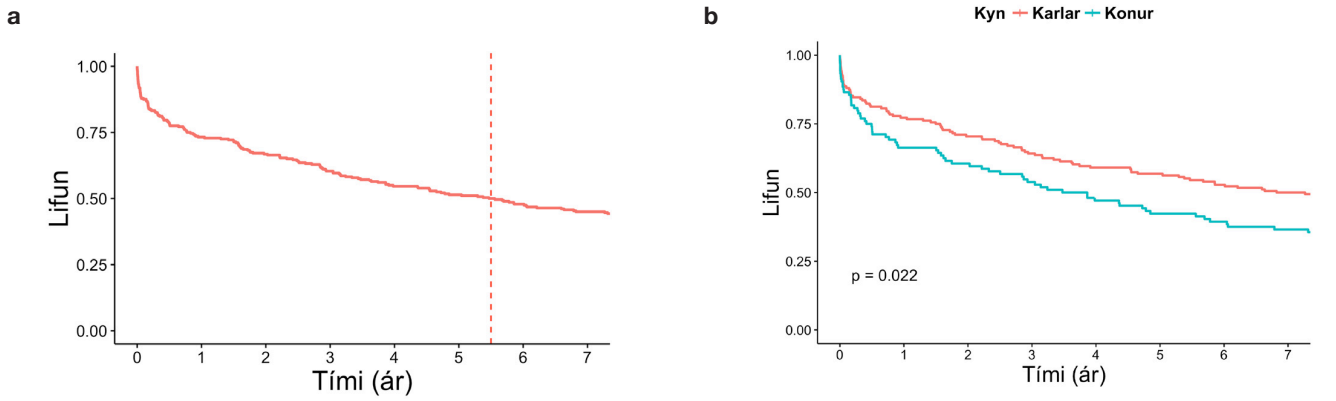
Tafla III. *Klínískir endapunktar, (%).*

	NSTEMI	STEMI	p-gildi
Fjöldi dauðsfalla	157 (56,1)	54 (32,3)	<0,01
Fjöldi einstaklinga með endurinnlögn vegna kransæðastíflu	55 (19,6)	19 (11,4)	<0,02
Samsettur endapunktur	180 (64,3)	67 (40,1)	<0,01

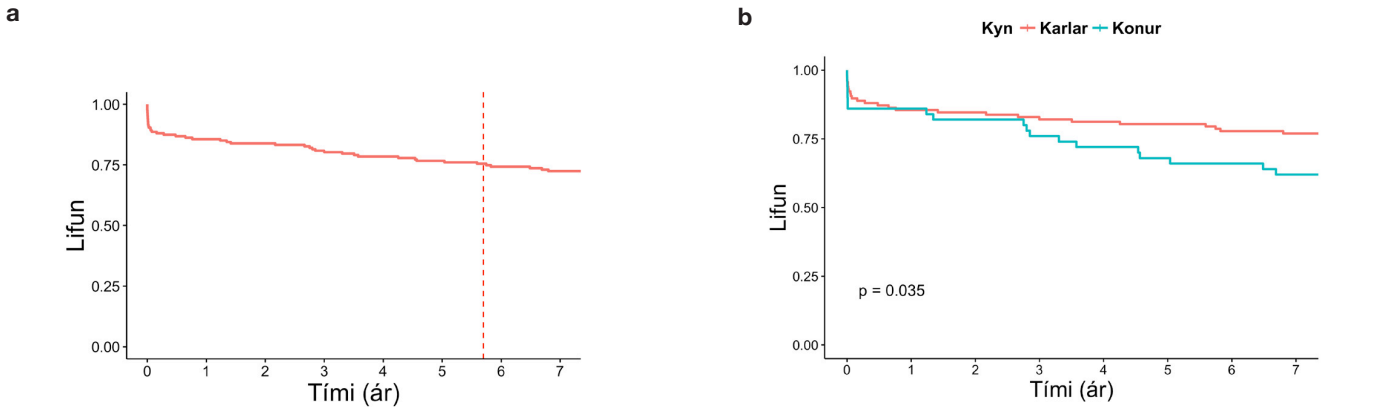
Nýgengi NSTEMI var 91,3 tilfelli/100.000 íbúa og nýgengi STEMI var 55,9 tilfelli/100.000 íbúa. Meðaleftirfylgni var 4,9 ár/tilfelli meðal NSTEMI-tilfella og 6,7 ár/tilfelli meðal STEMI-tilfella. Alls létust 157 NSTEMI- (56,1%) og 54 STEMI-sjúklingar (32,3%) á rannsóknartímabilinu. Tafla III sýnir klíníska endapunkta dauðsfalla og endurinnlagna vegna kransæðastíflu. Hver sjúklingur er flokkaður einu sinni. Alls voru 74 endurinnlagnir vegna hjartadreps, þar af voru 55 (19,6%) endurinnlagnir meðal NSTEMI-sjúklinga og 19 (11,4%) endurinnlagnir meðal STEMI-sjúklinga (p<0,02). Alls voru 180 (64,3%) NSTEMI-sjúklingar og 67 (40,1%) STEMI sjúklingar sem annaðhvort létust eða fengu aftur kransæðastíflu á tímabilinu.

Mynd 1 sýnir aldursdreifingu fyrir NSTEMI og STEMI. Meðalaldur NSTEMI-sjúklinga var 73,0 ár en 65,3 ár hjá STEMI-sjúklingum. Meðalaldur í NSTEMI-hópnum var 69,9 ár meðal karla og 78,3 ár meðal kvenna (p<0,01). Meðalaldur í STEMI-hópnum var 63,1 ár meðal karla og 70,4 ár meðal kvenna (p<0,01). Meðalaldur kvenna var hærri í báðum hópum.

Að 5 árum liðnum frá greiningu NSTEMI voru 51% á lífi, eða 144 manns. Brottfall NSTEMI-sjúklinga fyrstu 28 dagana eftir greiningu var 12,1%. Miðgildi lifunar NSTEMI var 5,5 ár, 7 ár hjá körlum og 3,7 ár hjá konum. Í töflu IV má sjá lifun NSTEMI-sjúklinga skipt eftir kyni. Á mynd 2a er sýnd langtímalifun NSTEMI-sjúklinga. Mynd 2b sýnir að konur höfðu hærri dánartíðni en karlar (logrank: p=0,022). Áhættuhlutfallið var 1,44 (öryggisbil = 1,05-1,98) sem samsvarar því að dánartíðni kvenna hafi verið 44% hærri en hjá körlum. Eftir leiðréttingu fyrir aldri var ekki marktækur munur á lifun milli kynja með NSTEMI þar sem konur voru að meðaltali 8,4 árum eldri en karlar (p=0,24).



Mynd 2. a. *Kaplan-Meier graf sem sýnir hlutfall einstaklinga á lífi á ákveðnum tímapunkti. Rauða punktalínan sýnir þann tímapunkt sem 50% NSTEMI-sjúklinga eru á lífi eftir 5,5 ár.* **b.** *Lifun NSTEMI-sjúklinga skipt upp eftir kyni þar sem konur höfðu hærri dánartíðni (Logrank: p<0,02).*



Mynd 3. a. *Kaplan-Meier graf sem sýnir hlutfall einstaklinga á lífi á ákveðnum tímapunkti. Rauða punktalínan sýnir þann tímapunkt sem 75% STEMI-sjúklinga eru á lífi eftir 5,7 ár.* **b.** *Lifun STEMI-sjúklinga skipt upp eftir kyni þar sem konur höfðu hærri dánartíðni (Logrank: p<0,04).*

Tafla IV. *Lifun NSTEMI-sjúklinga.*

Ár liðin	Heildarlifun	Lifun karla	Lifun kvenna
1 ár	0,73	0,77	0,66
2 ár	0,67	0,71	0,61
3 ár	0,60	0,64	0,54
4 ár	0,55	0,59	0,47
5 ár	0,51	0,57	0,42
6 ár	0,48	0,53	0,39
7 ár	0,45	0,50	0,37

Lifun er sýnd hér sem hlutfall þeirra sem eru á lífi á ákveðnum tímapunkti.

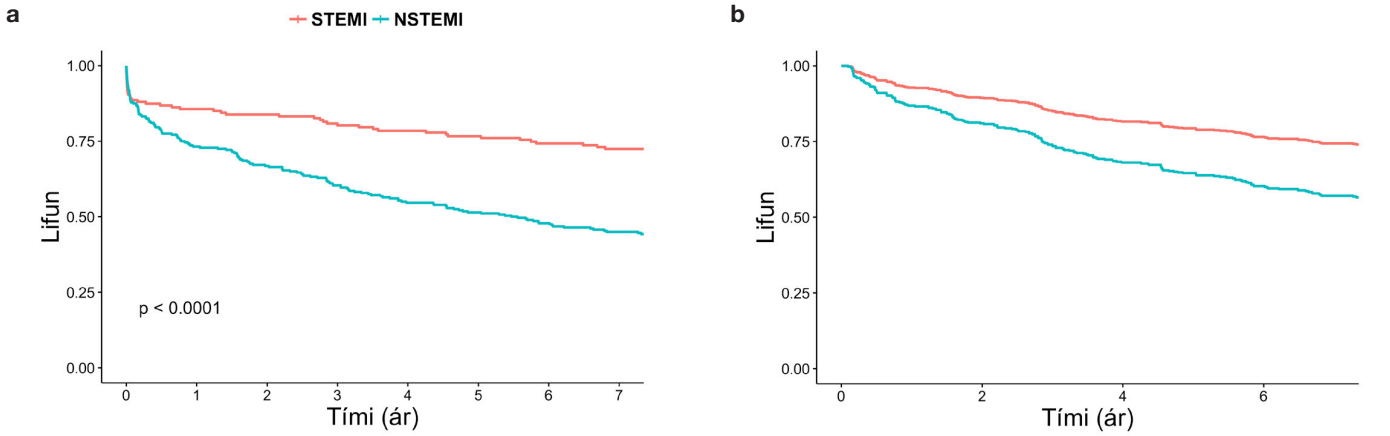
Tafla V. *Lifun STEMI-sjúklinga.*

Ár liðin	Heildarlifun	Lifun karla	Lifun kvenna
1 ár	0,86	0,86	0,86
2 ár	0,84	0,85	0,82
3 ár	0,80	0,82	0,76
4 ár	0,78	0,81	0,72
5 ár	0,77	0,80	0,68
6 ár	0,74	0,78	0,66
7 ár	0,73	0,77	0,62

Lifun er sýnd hér sem hlutfall þeirra sem eru á lífi á ákveðnum tímapunkti.

Fimm árum eftir greiningu voru 77% STEMI-sjúklinga á lífi, eða 128 manns. Brottfall STEMI-sjúklinga var hvað mest fyrstu 28 dagana eftir greiningu, eða 11,4%. Líkt og hjá NSTEMI sést að konur með STEMI hafa verri lifun en karlar (tafla V). Á mynd 3a er sýnd langtímalifun STEMI-sjúklinga. Mynd 3b sýnir að marktækur munur er á lifun karla og kvenna með STEMI á tímabilinu (logrank: p<0,04). Eftir að leiðrétt hefur verið fyrir aldri reynist ekki vera marktækur munur milli kynja (p=0,84).

Greinilegur munur er á lifun NSTEMI- og STEMI-sjúklinga eins og sýnt er á mynd 4. Fimm ára lifun NSTEMI sjúklinga var 51% (42% meðal kvenna og 57% meðal karla). Fimm ára lifun STEMI-sjúklinga var 77% (68% meðal kvenna og 80% meðal karla) (log rank: p<0,01). Mynd 4b sýnir að eftir aldursleiðréttingu er enn marktækur munur á lifun milli NSTEMI og STEMI (ÁH: 1,52 p=0,02). Einþáttagreining var gerð fyrir hættu á dauðsfalli hjá NSTEMI-sjúklingum með tilliti til aldurs (tafla VI). Öllum þátt-



Mynd 4. a. *Kaplan-Meier graf sem sýnir langtímalifun þýðisins skipt upp eftir gerð kransæðastíflu, þar er töluvert hærri dánartíðni meðal NSTEMI-sjúklinga (logrank: p<0,01).* **b.** *Áhrif aldursleiðréttingar á lifun þeirra sem lifðu af fyrstu 28 dagana. Aldur skýrir ekki mun á lifun NSTEMI og STEMI (Logrank: p=0,02).*

Tafla VI. *Aðhvarfsgreining NSTEMI-sjúklinga.*

	Einþáttagreining*			Fjölþáttagreining		
Áhrifaþættir	ÁH	ÖB	p-gildi	ÁH	ÖB	p-gildi
Aldur	1,09	(1,07-1,11)	<0,01	1,10	(1,08-1,12)	<0,01
Kyn	0,82	(0,60-1,13)	0,24	0,74	(0,52-1,06)	0,10
Reykingar	1,86	(1,14-3,04)	0,01	1,55	(0,98-2,47)	0,06**
Sykursýki	1,89	(1,29-2,76)	<0,01	1,42	(0,99-2,04)	<0,06**
Háþrýstingur	1,39	(0,89-2,18)	0,14	1,39	(0,93-2,07)	0,11
Fjölskyldusaga	0,87	(0,57-1,33)	0,52		***	
Blóðfituröskun	1,37	(0,92-2,05)	0,12	1,03	(0,73-1,45)	0,86

*Þættir neðan punktalínu voru aldursleiðréttir. **Gildin eru á mörkum þess að vera tölfræðilega marktæk. ***Fjölskyldusaga var ekki tekin með í fjölþáttagreiningu vegna skorts á upplýsingum. ÁH: Áhættuhlutfall (Hazard ratio), ÖB: Öryggisbil

Tafla VII. *Aðhvarfsgreining STEMI-sjúklinga.*

	Einþáttagreining*			Fjölþáttagreining		
Áhrifaþættir	ÁH	ÖB	p-gildi	ÁH	ÖB	p-gildi
Aldur	1,12	(1,09-1,15)	<0,01	1,12	(1,09-1,17)	<0,01
Kyn	0,94	(0,54-1,65)	0,84	0,99	(0,52-1,88)	0,98
Reykingar	1,46	(0,74-2,88)	0,27	1,18	(0,61-2,27)	0,63
Sykursýki	3,30	(1,55-7,02)	<0,01	2,36	(1,04-5,35)	0,04
Háþrýstingur	2,12	(1,02-4,43)	<0,05	1,32	(0,70-2,48)	0,39
Fjölskyldusaga	1,10	(0,49-2,50)	0,81		**	
Blóðfituröskun	1,46	(0,70-3,03)	0,31	0,87	(0,46-1,67)	0,68

*Þættir neðan punktalínu í einþáttagreiningu voru aldursleiðréttir. **Fjölskyldusaga var tekin ekki tekin með í fjölþáttagreiningu vegna skorts á upplýsingum.
ÁH: Áhættuhlutfall (Hazard ratio), ÖB: Öryggisbil

um neðan punktalínunnar var bætt einum og sér í líkanið sem gaf áhættuhlutföllin sem skráð eru. Sömu aðferð var beitt fyrir STEMI-sjúklinga (tafla VII). Áhætta á andláti á tímabilinu jókst um 9% fyrir hvert aldursár meðal NSTEMI-sjúklinga og 12% meðal STEMI-sjúklinga. Einstaklingar með sykursýki höfðu marktæka áhættuaukningu bæði meðal NSTEMI- og STEMI-sjúklinga og reykingar juku áhættu um 86% meðal NSTEMI-sjúklinga.

Tafla VI sýnir áhættuhlutföll dauðsfalla sem fengust úr fjölþáttagreiningu fyrir NSTEMI. Reykingar juku áhættu um 55% en það var á mörkum þess að vera tölfræðilega marktækt (p = 0,06). Sykursýki sýndi einnig áhættuaukningu um 42% (p<0,06). Fjölþáttalíkan fyrir STEMI má sjá í töflu VII. Sykursýki jók áhættu á andláti á tímabilinu um 136%. Aðrir áhættuþættir höfðu ekki marktæk tengsl við lifun.

Umræða

Á undanförnum árum hefur nýgengi kransæðasjúkdóma verið að lækka á Íslandi. Á sama tíma hefur greiningin orðið nákvæmari með hánæmum trópónín-T-mælingum þannig að smærri hjartavöðvadrep greinast oftar en áður. Þessi aukna nákvæmni í greiningu á sennilega þátt í því að hlutfall NSTEMI af öllum hjartaáföllum hefur verið að aukast á kostnað STEMI. Í rannsókn okkar var nýgengi NSTEMI (91,3/100.000 íbúa) hærra en STEMI (55,9/100.000 íbúa) á Íslandi árið 2006. Fáar rannsóknir hafa birt nýgengi í sviðuðu þýði þar sem flestar eru með fyrirfram valin inntökuskilyrði sem endurspeglar oft á tíðum ekki almennt þýði. Í Svíþjóð er nýgengi STEMI 66/100.000 íbúa á ári og er talið að það endurspegli raunverulegt nýgengi þar sem SWEDEHEART gæðaskráin nær til allra sjúkrahúsa sem meðhöndla bráða kransæðastíflu í Svíþjóð.[14] Svipaðar tölur hafa verið birtar í rannsóknum í Bandaríkjunum, Belgíu og Tékklandi.[15] Íslenskar tölur benda til þess að nýgengi blóðþurrðarsjúkdóma sé lágt miðað við önnur lönd.[8,16] Margvíslegar ástæður gætu legið að baki, til að mynda mismunur á tíðni áhættuþátta og aldursdreifingu þjóða.

Almennt orsakast STEMI af hjartavöðvadrepi sem nær í gegnum alla þykkt hjartavöðvans og veldur umfangsmeira hjartavöðvadrepi en NSTEMI. STEMI leiða þannig oftar til hjartabilunar sem hefur neikvæð áhrif á horfur. Þess vegna er rökrétt að ályktа að horfur STEMI-sjúklinga ættu almennt að vera verri en horfur NSTEMI-sjúklinga. Í rannsókn okkar kom í ljós að þessu var þveröfugt farið. Alls létust 157 NSTEMI- (56,1%) og 54 STEMI-sjúklingar (32,3%) á rannsóknartímabilinu.

Fimm ára lifun NSTEMI sjúklinga var 51% en fimm ára lifun STEMI sjúklinga var 77%.

Meðalaldur NSTEMI-sjúklinga var 7,7 árum hærri en meðalaldur STEMI-sjúklinga. Það reyndist vera marktækur munur á lifun milli NSTEMI og STEMI þrátt fyrir aldursleiðréttingu sem gefur til kynna að aldur útskýri ekki þann mun á lifun hópanna. Þetta er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem sýna að

svo virðist sem NSTEMI-sjúklingar hafi að meðaltali útbreiddari kransæðasjúkdóm en þeir sem fá STEMI.[17] Einnig er hærri tíðni endurkomu hjartadreps meðal NSTEMI-sjúklinga sem hefur neikvætt forspárgildi á lifun.[18]

Munur er á aldri og flestum áhættuþáttum milli NSTEMI- og STEMI-sjúklinga í þessari rannsókn, sem bendir til tveggja ólíkra hópa eða mismunandi birtingarmyndar kransæðasjúkdóms. Tafla 1 sýnir samanburð á erlendum rannsóknum í löndum Evrópu. Dönsk rannsókn tók til lifunar NSTEMI- og STEMI-sjúklinga sem greindir voru á árunum 1999-2001 sem sýndi fram á sambærilegar langtímahorfur og þessi rannsókn.[9]

Konur höfðu marktækt verri lifun en karlar, hvort sem þær greindust með NSTEMI eða STEMI. Konur voru 7-8 árum eldri að meðaltali í báðum hópum (tafla II). Eftir aldursleiðréttingu reyndist ekki vera munur á lifun kynjanna. Því má ætla að aldursmunurinn hafi að miklu leyti útskýrt þann mun í lífslíkum sem sást á milli kynjanna. Aldurdreifing kynja er sambærileg og sést erlendis þar sem meðalaldur kvenna er hærri meðal NSTEMI- og STEMI-sjúklinga.[19,20] Þekkt er að konur fá hjarta- og æðasjúkdóma að meðaltali 6-10 árum seinna á lífsleiðinni en karlar. Þessi mismunur eyðist hjá konum sem eru með sykursýki.[21] Eftir tíðahvörf kvenna eykst nýgengi hjarta- og æðasjúkdóma.[22] Euroheart-rannsóknin hefur sýnt að eldri sjúklingar eru líklegri til að fá NSTEMI fremur en STEMI, hafa töluvert hærri dánartíðni í spítalalegu og eru meðhöndlaðir með færri inngripum.[23]

Við leiðréttingu fyrir aldri kom í ljós að reykingar höfðu neikvætt forspárgildi lifunar meðal NSTEMI-sjúklinga. Meðal STEMI- sjúklinga reyndist ekki vera marktækur munur á lifun þeirra sem reyktu og þeirra sem reyktu ekki. Þetta er í samræmi við erlendar rannsóknir sem hafa sýnt fram á að reykingamenn hafa í sumum tilvikum jafngóðar eða betri horfur eftir hjartaáfall en þeir sem ekki reykja (*smoking paradox*).[24,25] Þeir sem reykja eru líklegri til að látast fyrr vegna ýmissa annarra sjúkdóma sem gæti haft áhrif á horfur reykingamanna í þessari rannsókn. Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á hærri tíðni sykursýki meðal NSTEMI-sjúklinga líkt og sást í þessari rannsókn.[9] Hærri tíðni sykursýki gæti mögulega átt þátt í verri lifun þar sem sykursýki eykur oxunarálag á æðar líkamans og hraðar ferli æðakölkunar.[26]

Í þessari rannsókn er lýst langtímahorfum sjúklinga með bráða kransæðastíflu á Íslandi árið 2006. Niðurstöður eru að mörgu leyti sambærilegar við það sem sést hefur í erlendum rannsóknum. Nýgengi NSTEMI hefur farið hækkandi á undanförnum árum og er hærra í rannsókn okkar en nýgengi STEMI. Konur eru marktækt eldri en karlar og sé leiðrétt fyrir aldri skýrast verri horfur þeirra af þessum aldursmun. Hins vegar skýrir aldursmunur ekki verri horfur NSTEMI-sjúklinga samanborið við þá sem hafa STEMI. Horfur sjúklinga með bráða kransæðastíflu hafa farið batnandi frá þeim tíma sem þessi rannsókn nær til, árinu 2006. Þar koma annars vegar til breytt staða helstu áhættuþátta kransæðasjúkdóms en líka markvissari notkun verndandi meðferðar og inngripa.[6] Ljóst er að sykursýki er nú sem fyrr einn sterkasti áhrifavaldur aukinnar áhættu hjá sjúklingum með kransæðasjúkdóm.

Þeirri spurningu er enn ósvarað hvað skýrir þann mismun á horfum NSTEMI- og STEMI-sjúklinga sem fram kemur í þessari rannsókn. Til þess að greina þá þætti sem liggja að baki þyrfti stærri rannsókn sem nær yfir meðferðarleiðir og fleiri þætti sem ekki eru greindir hér. Það verður viðfangsefni síðari tíma rannsókna. Hins vegar bendir margt til þess að birtingarmyndir og horfur bráðra kransæðaheilkenna séu margþættar og háðar breytilegum áhrifaþáttum í umhverfi og meðferð.

Túlka ber niðurstöður okkar með nokkurri varúð af eftirtöldum ástæðum: Rannsóknarþýðið er lítið og nær einungis til eins árs. Rannsóknin nær eingöngu til þeirra sjúklinga sem lögðust inn á Landspítala með bráða kransæðastíflu árið 2006 og tekur því ekki tillit til sjúklinga sem lágu inni á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri eða öðrum heilbrigðisstofnunum landsins. Á þeim tíma sem rannsóknin nær til, árinu 2006, voru ekki notaðar hánæmar trópónín-T-mælingar (hs-TnT) á Landspítala eins og síðar varð. Þess vegna er óljóst að hve miklu leyti aukið næmi þessara prófa hefur leitt til aukningar á greiningu NSTEMI á kostnað hvikullar hjartaangar. Dánarorsakir voru ekki skráðar og hlutfall bráðrar kransæðastíflu sem dánarorsakar er því óþekkt. Um afturskyggna áhorfsrannsókn er að ræða sem leiðir til þess að upplýsingar um áhættuþætti eru ófullkomnar. Hins vegar er eftirfylgni nákvæm hvað varðar dauðsföll og endurtekin hjartaáföll.

Heimildir

1. Ezzati M, Obermeyer Z, Tzoulaki I, Mayosi BM, Elliott P, Leon DA. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. Nat Rev Cardiol 2015;12: 508-30.
2. Laslett LJ, Alagona PJ, Clark BA 3rd, Drozda JPJ, Saldivar F, Wilson SR, et al. The worldwide environment of cardiovascular disease: prevalence, diagnosis, therapy, and policy issues: a report from the American College of Cardiology. J Am Coll Cardiol 2012; 60(25 Suppl): S1-49.
3. WHO | Cardiovascular diseases (CVDs). WHO - 2017.
4. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. Eur Heart J 2014; 35: 2950-9.
5. Andersen K, Aspelund T, Guðmundsson EF, Siggeirsdóttir K, Þórólfsdóttir RB, Sigurðsson G, et al. Yfirlitsgrein. Úr gögnum Hjartaverndar: Faraldsfræði kransæðasjúkdóma á Íslandi í hálfa öld Læknablaðið 2017; 103: 411-20.
6. Andersen K, Jóhannesdóttir BK, Kristjánsson JM, Gudnason T. Decreasing case fatality in myocardial infarction is explained by improved medical treatment. Acta Cardiol 2011; 66: 39-46.
7. Aspelund T, Gudnason V, Magnusdottir BT, Andersen K, Sigurdsson G, Thorsson B, et al. Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the icelandic population aged 25-74 between the years 1981 and 2006. PLoS One. 2010; 5: 1-8.
8. Yeh RW, Sidney S, Chandra M, Sorel M, Selby J V, Go AS. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. N Engl J Med 2010; 362: 2155-65.
9. Terkelsen CJ, Lassen JF, Norgaard BL, Gerdes JC, Jensen T, Gotzsche LB-H, et al. Mortality rates in patients with ST-elevation vs. non-ST-elevation acute myocardial infarction: observations from an unselected cohort. Eur Heart J 2005; 26: 18-26.
10. Taneja AK, Collinson J, Flather MD, Bakhai A, de Arenaza DP, Wang D, et al. Mortality following non-ST elevation acute coronary syndrome: 4 years follow-up of the PRAIS UK Registry (Prospective Registry of Acute Ischaemic Syndromes in the UK). Eur Heart J 2004; 25: 2013-8.
11. Vagnarelli F, Taglieri N, Ortolani P, Norscini G, Cinti L, Bacchi Reggiani ML, et al. Long-Term Outcomes and Causes of Death After Acute Coronary Syndrome in Patients in the Bologna, Italy, Area. Am J Cardiol 2018; 115: 171-7.
12. Pilgrim T, Vranckx P, Valgimigli M, Stefanini GG, Piccolo R, Rat J, et al .Risk and timing of recurrent ischemic events among patients with stable ischemic heart disease, non-ST-segment elevation acute coronary syndrome, and ST-segment elevation myocardialinfarction. Am Heart J 2016; 175: 56-65.
13. Roffi M, Patrono C, Collet J-P, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of th. Eur Heart J 2016; 37: 267-315.
14. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society. Eur Heart J 2018; 39: 119-77.
15. Widimsky P, Wijns W, Fajadet J, de Belder M, Knot J, Aaberge L, et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries. Eur Heart J 2010; 31: 943-57.
16. McManus DD, Gore J, Yarzebski J, Spencer F, Lessard D, Goldberg RJ. Recent trends in the incidence, treatment, and outcomes of patients with STEMI and NSTEMI. Am J Med 2011; 124: 40-7.
17. van Leeuwen MAH, Daemen J, van Mieghem NM, de Boer SPM, Boersma E, van Geuns RJ, et al. Comparison of long-term outcomes in STEMI and NSTE-ACS after coronary stent placement: an analysis in a real world BMS and DES population. Int J Cardiol 2018; 167: 2082-7.
18. Armstrong PW, Fu Y, Chang WC, Topol EJ, Granger CB, Betriu A, et al. Acute coronary syndromes in the GUSTO-IIb trial: prognostic insights and impact of recurrent ischemia. The GUSTO-IIb Investigators. Circulation 1998; 98: 1860-8.
19. Sulo G, Vollset SE, Nygard O, Igland J, Egeland GM, Ebbing M, et al. Trends in acute myocardial infarction event rates and risk of recurrences after an incident event in Norway 1994 to 2009 (from a Cardiovascular Disease in Norway Project). Am J Cardiol 2014; 113:-1777–81.
20. Wagner A, Arveiler D, Ruidavets JB, Bingham A, Montaye M, Ferrieres J, et al. Gender- and age-specific trends in coronary heart disease mortality in France from 2000 to 2007: results from the MONICA registers. Eur J Prev Cardiol 2014; 21: 117-22.
21. Huxley R, Barzi F, Woodward M. Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies. BMJ Br Med J 2006; 332: 73-8.
22. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA 1998; 280: 605-13.
23. Rosengren A, Wallentin L, Simoons M, Gitt AK, Behar S, Battler A, et al. Age, clinical presentation, and outcome of acute coronary syndromes in the Euroheart acute coronary syndrome survey. Eur Heart J 2006; 27: 789-95.
24. Gupta T, Kolte D, Khera S, Harikrishnan P, Mujib M, Aronow WS, et al. Smoker's Paradox in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention. J Am Heart Assoc 2016; 5.
25. Gennaro G, Brener SJ, Redfors B, Kirtane AJ, Généreux P, Maehara A, et al. Effect of Smoking on Infarct Size and Major Adverse Cardiac Events in Patients With Large Anterior ST-Elevation Myocardial Infarction (from the INFUSE-AMI Trial). Am J Cardiol 2016; 118: 1097-104.
26. Galkina E, Ley K. Immune and Inflammatory Mechanisms of Atherosclerosis. Annu Rev Immunol 2009; 27: 165-97.
27. Vogel B, Hahne S, Kozanli I, Kalla K, Jarai R, Freynhofer M, et al. Influence of updated guidelines on short- and long-term mortality in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome (NSTE-ACS). Int J Cardiol 2018; 159: 198-204.

Barst til blaðsins 5. maí 2018,
samþykkt til birtingar 21. október 2018.

ENGLISH SUMMARY

Long-term survival of patients with acute myocardial infarction in Iceland

Einar Logi Snorrason
Bergrós Kristín Jóhannesdóttir
Thor Aspelund
Vilmundur Gudnason
Karl Andersen

Introduction: Despite the decreasing incidence rate of acute coronary syndromes worldwide, the incidence of NSTEMI (Non-ST elevation myocardial infarction) has increased relative to STEMI (ST elevation myocardial infarction). The aim of this study was to compare long-term survival rates of NSTEMI and STEMI patients and to explore the effects of risk factors on survival.
Material and methods: All patients hospitaized for acute myocardial infarction at Landspitali University Hospital during the calendar year of 2006 were included in the study. Information about risk factors was obtained using electronic medical records. The primary endpoint was all cause mortality, the secondary endpoint was defined as death or myocardial infartion. Patients were followed up to January 1st 2015.

Results: Among 447 patients diagnosed with acute myocardial infarction in Iceland in 2006, 280 patients were diagnosed with NSTEMI (I21.4) and 167 with STEMI (I21, I21.9). NSTEMI and STEMI incidence rates per 100.000 inhabitants in Iceland were 91.3 and 55.9, respectively. The mean age of NSTEMI patients was 73.0 years, women were on average 8.4 years older than men. The mean age of STEMI patients was 65.3 years, women were on average 7.3 years older than men. The five-year survival rate for NSTEMI patients was 51%, 42% among women and 57% among men. The five-year survival rate for STEMI patients was 77%, 68% among women and 80% among men. Five year age-adjusted survival rates were higher for STEMI than NSTEMI (logrank: $p < 0.01$).
Conclusion: The incidence of NSTEMI was higher than that of STEMI in Iceland in 2006. The worse prognosis of women as compared to men was due to the higher mean age of women. Overall, long-term survival of NSTEMI patients was worse than that of STEMI patients even after adjustment for difference in age.

Key words: *acute myocardial infarction, prognosis, long term survival, ST elevation myocardial infarction, Non ST elevation myocardial infarction.*

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

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.

Risafituæxli á kvið - sjúkratilfelli

Bryndís Ester Ólafsdóttir[1] læknir
Halla Fróðadóttir[1] læknir
Rebekka Rúnarsdóttir[2] læknir
Elsa B. Valsdóttir[1,3] læknir

[1]Skurðsviði, [2]meinafræðideild Landspítala, [3]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Bryndís Ester Ólafsdóttir, *bryndeo@landspitali.is*

Birt með leyfi sjúklings.

ÁGRIP

Fituæxli eru algeng góðkynja mjúkvefjaæxli, oftast lítil, hægvaxandi og einkennalaus. Hér er lýst tilfelli 52 ára konu í mikilli yfirþyngd sem leitaði læknis vegna stækkandi æxlis ofan við lífbein sem var á stærð við fótbolta. Æxlið hafði farið vaxandi síðustu 8 mánuði. Uppvinnsla gaf vísbendingu að um fituæxli væri að ræða. Sjúklingurinn undirgekkst aðgerð þar sem æxlið var fjarlægt. Vefjagreiningin sýndi fituæxli án illkynja vaxtar. Fituæxli eru fjarlægð þegar stærð þeirra er farin að valda einkennum eða útiloka þarf illkynja mein. Risafituæxli eru skilgreind sem fituæxli yfir 10 cm í þvermál eða sem vega meira en 1000 grömm.

doi.org/10.17992/lbl.2018.11.204

Inngangur

Fituæxli (*lipoma*) eru algeng góðkynja mjúkvefjaæxli, mynduð af þroskuðum fitufrumum og afmörkuð með bandvefshimnu.[1-3] Fituæxli geta myndast hvar sem fitufrumur eru til staðar en eru þó oftast yfirborðslæg.[1] Fituæxli eru yfirleitt hægvaxandi, undir 2 cm í þvermál og vega nokkur grömm.[1,4] Í sumum tilfellum geta fituæxli orðið að svokölluðum „risafituæxlum“ (*giant lipoma*) sem eru skilgreind sem æxli yfir 10 sentímetrar í þvermál eða sem vega meira en 1000 grömm.[1,5,6] Töluverðum fjölda tilfella um risafituæxli hefur verið lýst erlendis, en þetta er það fyrsta sem lýst er hér á landi.

Tilfelli

Um var að ræða 52 ára konu í mikilli yfirþyngd (líkamsþyngdarstuðull 60 kg/m^2) sem leitaði læknis vegna stækkandi æxlis ofan við lífbein. Æxlið hafði farið vaxandi yfir tæplega þriggja mánaða tímabil og var orðið á stærð við hnefa. Henni var vísað á bráðamóttöku Landspítala til uppvinnslu. Ekki voru áberandi verkir til staðar eða önnur einkenni. Þar sem töluverður roði var yfir húðinni, þó ekki væru merki um ígerð (*abscess*), var hún sett á sýklalyf og ekki fyrirhugað frekara eftirlit.

Sex mánuðum síðar leitaði sjúklingurinn aftur á bráðamóttöku Landspítala vegna vaxandi mæði og var þá greind klínískt með lungnasegarek af lungnalæknum og sett á blóðþynningarmeðferð. Í þeirri heimsókn kom í ljós að æxlið fyrir ofan lífbein hafði enn vaxið og var orðið á stærð við fótbolta. Sérstaklega hraður vöxtur hafði verið síðastliðnar tvær vikur að sögn sjúklings. Fengið var álit kviðarholsskurðlækna og lýtalækna við uppvinnslu á æxlinu og settu þeir saman teymi sem sá um uppvinnslu og meðferð.

Við skoðun var æxlið á breiðum húðstilk ofan við lífbein og náði niður að ytri skapabörmum. Það var hreyfanlegt frá kviðveggnum, mjúkt viðkomu og hékk niður á milli læra. Mikill bjúgur var í húðinni sem var dökkleit og gróf. Það var fleiður undir fyrirferðinni sem vessaði frá en engin sýkingarmerki (mynd 1).



Mynd 1. *Fyrirferð sem hangir á breiðum húðstilk ofan við lífbein.*



Mynd 2. *Eftir aðgerð, U-laga skurður frá nárum niður að ytri skapabörmum.*

Sjúklingurinn hafði fundið fyrir vægum verkjum í æxlinu sjálfu en vegna vaxandi stærðar og legu æxlisins var aðalvandinn vaxandi hreyfiskerðing við allar almennar athafnir daglegs lífs og sérstaklega við göngu, sem ýtti undir enn frekari kyrrsetu.

Við uppvinnslu var hvorki mögulegt að fá tölvusneiðmynd né segulómskoðun af sjúklingi vegna ofþyngdar hennar. Því var fengin ómskoðun sem sýndi stórt þétt yfirborðslægt og fituríkt æxli framan til neðarlega á kvið sem var aðskilið frá kviðveggnum og virtist vera vel afmarkað. Flæðimæling (*doppler*) sýndi einungis minniháttar blóðflæði og því ekki sterkur grunur um æðamissmíð. Útlit benti fyrst og fremst til fituæxlis.

Eftir að sjúklingurinn hafði lokið blóðþynningarmeðferð vegna blóðsegareks í lungum var hún tekin til aðgerðar 9 mánuðum síðar. Undirbúningur fyrir aðgerð var mikill og unninn í samvinnu við hjarta- og lungnalækna. Einnig var fengið álit og meðferðarráðleggingar húðlækna til að ná húðinni yfir fyrirhuguðu aðgerðarsvæði sem bestri til að stuðla að góðum gróanda í skurðsári.

Fyrirhugað var að framkvæma aðgerðina í mænudeyfingu til að draga úr áhættu við svæfingu vegna ofþyngdar sjúklings, en það gekk ekki af þeirri sömu orsök og því var sjúklingurinn svæfður. Innleiðing svæfingar gekk vel.

Æxlið með yfirliggjandi húð var fjarlægt. Húðin var snyrt þannig að þetta varð nær U-laga skurður frá nárum og niður að ytri skapabörmum (mynd 2). Húðkantar voru teknir saman með stökum saumum á djúpið, húð lokað með heftum en með húðsaumum aðlægt ytri skapabörmum. Ekki var þörf fyrir sérhæfða



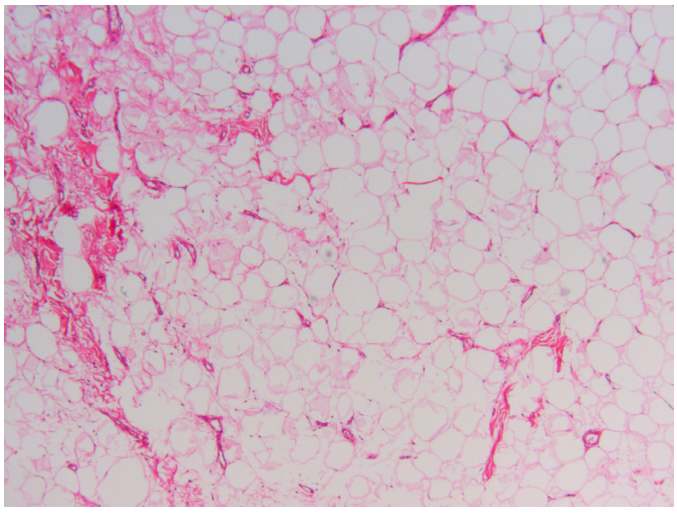
Mynd 3. *Þverskurður af vefjasýninu sem sýnir gulan fituvef með hvítum bandvefsstrengjum.*

enduruppbyggingu á skurðsvæðinu, né á ytri skapabörmum. Sjúklingurinn var inniliggjandi á lýtalækningadeild Landspítalans í þrjá daga eftir aðgerð. Bataferli gekk vel og var án fylgikvilla.

Æxlið sem var fjarlægt vó 4490 g og mældist 30 x 27 x 8,5cm. Við smásjárskoðun sást eðlilega þroskaður fituvefur án illkynja vaxtar (mynd 3 og 4).

Umræða

Fituæxli geta myndast hvar sem er í líkamanum þar sem fitufrumur eru til staðar. Rúmmál þeirra eykst með aukinni líkamsþyngd en minnkar ekki við þyngdartap.[1] Risafituæxli eru fremur sjald-



Mynd 4. *Smásjármynd sem sýnir eðlilega þroskaðan fituvef og bandvef (H&E, x40).*

gæf. Þeim hefur verið lýst á upphandleggjum, lærum og á búk.[5,7,10] Ástæður fyrir því að sum fituæxli verða að risafituæxlum eru ekki að fullu þekktar, en áverkar á húð eru taldir geta haft áhrif á vöxt og hrint af stað vexti.[7]

Fituæxli hafa í mörgum tilfellum engin sértæk einkenni og þarfnast sjaldan meðhöndlunar.[3] Risafituæxli geta aftur á móti vegna stærðar sinnar valdið ýmsum einkennum eins og bjúgsöfnun, taugaertingu, þrýstingseinkennum og skertri hreyfigetu.[3,5,7,10] Það er sambærilegt því sem lýst er í okkar tilfelli, mikill bjúgur í húð og skert hreyfigeta sem var aðalvandi sjúklingsins.

Greining risafituæxla er oft klínísk en þó eru notaðar mismunandi myndrannsóknir, til dæmis ómun, segulómun eða tölvusneiðmyndir í sumum tilfellum.[5] Sýnataka er ekki talin fullnægjandi til greiningar vegna stærðar æxlanna.[8]

Hraður vöxtur, stærð æxla og hár aldur sjúklinga eru áhættuþættir fyrir illkynja vexti.[6] Einnig hefur staðsetning æxlis áhrif því talið er að ef risafituæxli eru innan vöðva séu auknar líkur á illkynja vexti.[2] Meginástæða brottnáms á æxli sjúklings í þessu tilfelli var stærð þess og vegna mikillar hreyfiskerðingar sem það olli sjúklingnum. Útlit æxlisins við ómskoðun benti fyrst og fremst til fituæxlis. Í þessu tilfelli var æxlið aðskilið frá kviðveggnum.

Aðgerðin var fyrst og fremst framkvæmd til að draga úr einkennum. Velta má fyrir sér hvort hreyfiskerðingin sem risafituæxlið olli þessum sjúklingi hafi ýtt undir hættu á að fá segarek til lungna.

Mismunandi aðferðir við brottnám fituæxla hafa verið skoðaðar.[5] Sýnt hefur verið fram á að með því að nota fitusog í stað opinnar skurðaðgerðar er hægt að draga úr lýti sjúklings þar sem ör eru minni og dánartíðni lægri samanborið við opna skurðaðgerð.[2,5,9] Með fitusogi er endurkomutíðnin hærri þar sem ekki næst að fjarlægja risafituæxlið að fullu og bandvefshimnan skilin eftir. Í þeim tilfellum þar sem bandvefshimna risafituæxlanna er mjög þykk er fitusog því óhentugri kostur.[2,5] Í okkar tilfelli var ekki hægt að notast við aðrar myndgreiningarrannsóknir en ómskoðun og því ekki að fullu vitað hvernig útlit æxlisins var. Einnig var húðin yfir aðgerðarsvæðinu mjög gróf og möguleiki á staðbundinni sýkingu töluverður. Því kom ekki annað til greina en að framkvæma opna skurðaðgerð og fjarlægja samhliða yfirliggjandi húð.

Það er okkar niðurstaða að opin skurðaðgerð hafi verið réttur valkostur fyrir sjúklinginn til að draga úr einkennum og koma í veg fyrir áframhaldandi hreyfiskerðingu. Mikilvægt er að vanda uppvinnslu risafituæxla og bregðast við svo vöxtur þeirra verði ekki ótæpilegur og við missum ekki af illkynja vexti ef hann er til staðar.

Heimildir

1. de Werra C, di Filippo G, Tramontano R, Aloia S, di Micco R, Del Giudice R. Giant lipoma in the thigh A case report. Ann Ital Chir 2016; 87.
2. Silistreli OK, Durmus EU, Ulusal BG, Oztan Y, Gorgu M. What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases. Br J Plast Surg 2005; 58: 394-8.
3. Guler O, Mutlu S, Mahirogullari M. Giant lipoma of the back affecting quality of life. Ann Med Surg 2015; 4: 279-82.
4. Nakamura Y, Teramoto Y, Sato S, Yamada K, Nakamura Y, Fujisawa Y, et al. Axillary giant lipoma: a report of two cases and published work review. J Dermatol 2014; 41: 841-4.
5. Gungor M, Sir E, Aksoy A, Agirbas S. Giant lipoma extending into two thigh canals: A case report. Acta Orthop Traumatol Turc 2017; 51: 270-2.
6. Jain G, Tyagi I, Pant L, Nargotra N. Giant Anterior Neck Lipoma with Bleeding Pressure Ulcer in an Elderly Man: A Rare Entity. W J Plast Surg 2017; 6: 365-8.
7. Virk JS, Verkerk M, Patel H, Ghufoor K. Massive lipoma of the posterior neck. BMJ Case Rep 2016.
8. Abdulsalam T, Osuafor CN, Barrett M, Daly T. A giant lipoma. BMJ Case Rep 2015.
9. Rubenstein R, Roenigk HH Jr, Garden JM, Goldberg NS, Pinski JB. Liposuction for lipomas. J Dermatol Surg Oncol 1985; 11: 1070-4.
10. Enzinger F, Weiss. S. Soft tissue tumors 6th edition. Mosby, St. Louis 1983.

Barst til blaðsins 16. maí 2018, samþykkt til birtingar 7. ágúst 2018.

ENGLISH SUMMARY

Abdominal giant lipoma

Bryndís Ester Ólafsdóttir[1]
Halla Fróðadóttir[1]
Rebekka Rúnarsdóttir[2]
Elsa B. Valsdóttir[1,3]

Lipomas are slow-growing, benign soft tissue tumors that are typically asymptomatic. We describe the case of a 52 year old female, severely overweight who presented with an 8 month history of slowly progressive large lower abdominal mass. Clinical workup gave an indication of a subcutaneous lipoma. The patient underwent open surgery where the mass was removed. Pathology results revealed a lipoma without malignancy. Lipomas only require treatment when they are symptomatic or to rule out malignancy. Giant lipomas are defined as a lesion that are over 10 cm in length or weigh more than 1000 grams.

[1]*Surgical department, Landspítali University Hospital,* [2]*Pathology department, Landspítali University Hospital,*
[3]*Faculty of Medicine, Landspítali University Hospital.*

Key words*: lipoma, giant, large, abdominal.*

Correspondence*: Bryndís Ester Ólafsdóttir, bryndeo@landspitali.is*

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

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Lækningar í Íslendingasögum



Óttar Guðmundsson
geðlæknir, formaður
Félags áhugamanna um
sögu læknisfræðinnar

ottarg@landspitali.is

Forsaga

Læknisfræði Vesturlanda á miðöldum átti rætur að rekja til Grikklands og hins svokallaða Hippókratesar-skóla. Þaðan kemur fjórvessakenningin, sem var einhver lífseigasta tilgáta í lækningum fyrri alda. Samkvæmt henni réðist heilsa og óheilsa manna af jafnvæginu milli fjögurra líkamsvessa, blóðs, svarta gallsins, slíms og gula gallsins. Vessarnir áttu upptök sín í ákveðnum líffærum og tengdust svo aftur frumefnunum fjórum, eldi, vatni, jörð og lofti. Eiginleikar efnisins skiptu auk þess máli, rakt eða þurrt, heitt eða kalt. Þetta kenningakerfi var flókið en nýmælið var að sjúkdómar ættu sér líffræðilega skýringu en ekki yfirnáttúrulega.

Fyrir daga Hippókratesar var orsök allra sjúkdóma talin vera fyrir galdur eða áhrif góðra eða vondra afla. Fyrstu læknarnir voru venjulega galdramenn sem reyndu að reka sjúkdóma út með galdri. Talið er að frummerking orðsins læknir sé einmitt særingamaður.

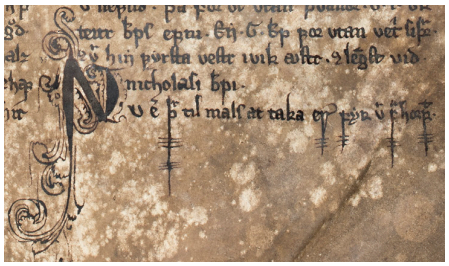
Læknar sem störfuðu eftir fjórvessakenningunni viðhöfðu önnur vinnubrögð. Þeir áttu margs konar ráð til að leiðrétta ójafnvægi vessanna: blóðtökur, niðurgangs- og uppsölulyf, sárameðferð til að losa líkamann við slím og fleira.

Hippókratesar-læknisfræðin vissi lítið um líffæra- eða líf-eðlisfræði. Krufningar á mönnum voru ekki stundaðar svo að einungis var stuðst við athuganir á dýrum. Með falli Rómaveldis og þeirri almennu hnignun siðmenningar sem fylgdi í kjölfarið fór vísindaleg læknisfræði halloka og vék á nýjan leik fyrir ýmiss konar hjátrú og göldrum.

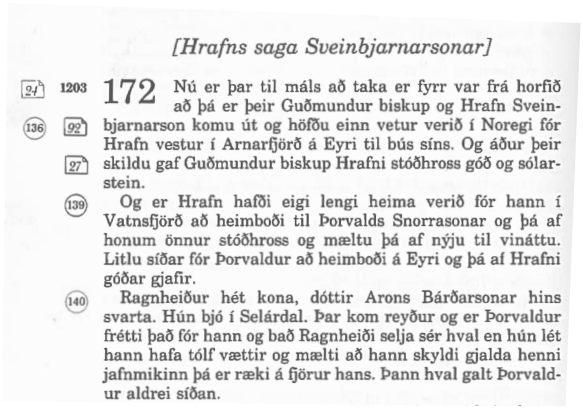
Með kristninni upphófst tími kraftaverkalækninga þar sem treyst var á guðlega forsjón. Gömul þekking varðveittist þó í Arabalöndunum þar sem grísk menning naut mikillar virðingar.

Með stofnun háskóla hófst læknisfræðin aftur til virðingar. Fyrir áhrif kirkjunnar var þó litið á læknisfræðina sem hugvísindi og skilið á milli handlækninga og bóklækninga. Þetta þýddi að almennar handlækningar og sárameðferð voru í höndum ómenntaðra sáralækna sem studdust við kunnáttu og reynslu kynslóðanna. Meðferð annarra veikinda átti helst að vera í höndum menntaðra lækna.

Íslendingasögur gera greinarmun á handlækningum og lyflækningum. Talað er um „sár“ þegar orsök veikindanna er augljós en „sótt“ þegar ekki er vitað um uppruna veikindanna. Venjulega var þó talið að „sótt“ ætti sér yfirnáttúrulega skýringu og örlögin lékju stórt hlutverk. Í sóttlækningum var aftur gripið til galdra eins og í árdaga en sáralækningar voru mun einfaldari



Úr Sturlungu, upphaf þess kafla sem kallaður er Hrafns saga Sveinbjarnarsonar, - úr skinnhandritinu AM 122 a fol, Króksfjarðarbók, sem er ritað á árunum 1350-1370. Birt með leyfi Stofnunar Árna Magnússonar í íslenskum fræðum. Ljósmynd: Jóhanna Ólafsdóttir.



[Hrafns saga Sveinbjarnarsonar]

172 Nú er þar til máls að taka er fyrr var frá horfið að þá er þeir Guðmundur biskup og Hrafn Sveinbjarnarson komu út og höfðu einn vetur verið í Noregi fór Hrafn vestur í Arnarfjörð á Eyri til bús síns. Og áður þeir skildu gaf Guðmundur biskup Hrafni stóðhross góð og sólarstein.

Og er Hrafn hafði eigi lengi heima verið fór hann í Vatnsfjörð að heimboði til Þorvalds Snorrasonar og þá af honum önnur stóðhross og mæltu þá af nýju til vináttu. Litlu síðar fór Þorvaldur að heimboði á Eyri og þá af Hrafni góðar gjafir.

Ragnheiður hét kona, dóttir Arons Bárðarsonar hins svarta. Hún bjó í Selárdal. Þar kom reyður og er Þorvaldur frétti það fór hann og bað Ragnheiði selja sér hval en hún lét hann hafa tólf vættir og mælti að hann skyldi gjalda henni jafnmikinn þá er ræki á fjörur hans. Þann hval galt Þorvaldur aldrei síðan.

Upphaf Hrafns sögu Sveinbjarnarsonar í útgáfu Svarts á hvítu, Reykjavík 1988.



Altaristafla úr Selársdalskirkju í Ketildölum við Arnarfjörð, á slóðum Hrafns Sveinbjarnarsonar. Taflan er gerð úr alabastri, sennilega frá Nottingham á Englandi og mun vera frá því um 1400. Þjóðminjasafnið varðveitir myndina og veitti góðfúslegt leyfi fyrir birtingu.

Áhrif kristninnar

Með kristnitökunni breytist afstaða manna til sjúkdóma og lækninga. Kristur er læknir eins og víða kemur fram í Nýja testamentinu og hans er getið sem læknis í sögunum. Sjúkdómar og lækningar verða hluti af átökum milli kristni og heiðni þar sem Kristur hefur venjulega betur. Gott dæmi um þetta er að finna í Egils þætti Síðu-Hallssonar. Knútur Danakóngur kaupir þjónustu finnsks galdrakarls til að hefna sín á Ólafi konungi helga. Ekkert verður af kaupunum. Finninn kastar þá hönskum á skip konungs og rýkur úr þeim duft. Ekki er að orðlengja það að sótt mikil kemur upp á skipinu og veikist Egill eins og aðrir. Hann er dauðvona þegar Ólafur konungur kemur og leggur hendur á brjóst honum og læknar hann. Þarna eigast við gömul galdratrú og hin nýja kristna trú sem sigrar í þessum átökum.

Víða í sögunum er getið um lækningar þar sem Kristur er með í för. Höfundar sagnanna vilja fullvissa alþýðu manna um að Kristur sé *summus medicus*, æðstur allra lækna, og trúin á hann hafi yfirburði gagnvart öllu öðru. Gott dæmi er að finna í Eyrbyggju þar sem fjallað er um lækningar Snorra goða. Í lok Fróðárundra lætur hann prest veita tíðir, vígja vatn og skrifta mönnum. Við þetta lýkur hinum eiginlegu veikindum. Snorri er einungis verkfæri hins raunverulega yfirlæknis, Krists.

og nútímalegri. Lítið fer fyrir áhrifum fjórvessakenningarinnar í lækningum Íslendingasagna en hún mótar lækningar Hrafns Sveinbjarnarsonar sem sagt er frá í Sturlungu.

Orsök sjúkdóma

Hvað uppruna sjúkdóma snerti trúðu menn á forlög eða sköp samanber gamla máltækið: *Enginn má sköpum renna*. Örlaganornirnar þrjár Urður, Verðandi og Skuld skópu og þekktu örlög hvers og eins. Maðurinn er vanmegna gagnvart örlögum sínum eins og kemur fram í Grettissögu þegar Ásdís á Bjargi kveður syni sína í hinsta sinn og segir: „Og má engi renna undan því sem honum er skapað."

Sumir sjúkdómar eiga sér yfirnáttúrulega skýringu. Gömlu goðin birtast í draumi og hóta veikindum eða dauða ef dreymandinn hlýðir ekki. Fróðárundrin eru augljóslega af völdum Þórs með öllum sínum fyrirboðum.

Galdur og rúnir

Víða í sögunum er sagt frá sjúkdómum eða böli sem stafaði af galdrafólki. Þetta fólk var fjölkunnugt og kunni rúnagaldur sem það beitti til að kalla bölvun yfir ákveðna menn. Þuríður í Grettissögu magnar galdur með rúnum yfir trjábol nokkurn sem hún sendi út í Drangey. Grettir hjó í trjádrumbinn en ekki tókst betur til en svo að öxin hljóp í læri hans og varð úr sár sem dró hann til bana. Egill Skallagrímsson læknaði unga stúlku sem var rúmföst í veikindum og óyndi. Hún hafði orðið fyrir rúnagaldri ungs ástfangins manns sem sendi henni manrúnir. Egill brenndi sendingu unga mannsins og risti aðrar sem læknuðu stúlkuna. Þarna má reyndar greina áhrif frá Hippókratesar-læknisfræðinni þar sem kennt var að með líku skyldi líkt út reka: beita galdri á galdur. Þegar rætt er um lækningagaldur má nefna hinn svokallaða lyfstein sem fylgdi mörgum afburðasverðum. Væri einhver særður svöðusári með viðkomandi sverði mátti nota lyfsteininn til að lækna sárið. Dæmi um þetta er að finna í Laxdælu. Sverðið



Mynd af glugga sem Steinþór Sigurðsson gerði fyrir Læknafélag Íslands og prýðir kapelluna á Hrafnseyri við Arnarfjörð. Fyrsti íslenski læknirinn, Hrafn Sveinbjarnarson sem Hrafnseyri er kennd við, mundar skurðarhnífinn.

Sköfnungur átti sér lyfstein sem Þorkell Eyjólfsson notaði til að lækna sár mikið sem hann veitti Grími útilegumanni.

Læknar í sögunum

Flestir sem lækningar stunda í sögunum starfa þó án tilstyrks kristinnar trúar. Þetta eru venjulega sára- eða bráðalæknar úr alþýðustétt. Þekkingu sína byggir þetta fólk á reynslu og samskiptum sínum við særða menn. Ekki er að sjá að menn hafi mikla þekkingu á jurtum eða lækningamætti þeirra eða annarri skólalæknisfræði. Þeir veita fyrstu hjálp og eru kallaðir læknar í sögunum. Þetta fólk er ekki menntaðir læknar samkvæmt skilningi skólalæknisfræðinnar enda var enga bókmenntun að fá.

Eftirtalin eru kölluð læknar í sögunum: Bersi (Fóstbræðrasaga), Þorvarður á Svalbarði (Ljósvetningasaga), Þorvarður á Síðreksstöðum (Vopnfirðingasaga) og Þorvaldur (Þórðar saga hreðu), Gríma (Fóstbræðrasaga), Álfgerður (Droplaugarsonasaga), Hildigunnur (Brennu-Njálssaga), Helga (Harðar saga og Hólmverja) og Ólöf (Þórðar saga hreðu). Þetta fólk stundar sáralækningar og mistekst sjaldnast. Undir því er komið hversu fljótt og hvort hetjan verður aftur vígfær eða lifir af meiðsl sín. Þessir læknar eru aldrei aðalhetjur sagnanna heldur eru sóttir á örlagastund til að sinna störfum sínum en hverfa síðan jafnharðan inn í skuggann á nýjan leik. Það er athyglisvert að sjaldnast er getið um föðurnöfn þessa fólks, sem er óvenjulegt. Ólöf læknir giftist Þórði hreðu í samnefndri sögu en hverfur algjörlega sjónum eftir það.

Í Egilssögu og Hávarðar sögu Ísfirðings er getið um konur sem stunda eiginlegar sállækningar eða samtalsmeðferð. Þeim tekst að tala söguhetjurnar uppúr alvarlegu þunglyndi. Bæði Egill og Hávarður taka sinnaskiptum fyrir tilstilli þessara samtala. Hávarður rís úr rekkju eftir langvarandi kararlegu og hefnir sonar síns. Egill rís upp og yrkir Sonatorrek. Þessar konur eru ekki kallaðar læknar þótt höfundur sagnanna geri þeim báðum og klókindum þeirra hátt undir höfði.

Útlit og laun

Læknar bera engin ytri einkenni starfa síns heldur eru klæddir að alþýðusið. Þeir líta á það sem skyldu sína að hjálpa nauðstöddum sem kannski minnir á starfsreglur lækna í Hippókratesar- eiðnum.

Laun fengu læknar ekki fyrir störf sín. Enginn lagabókstafur virðist til um laun lækna svo að sjúklingum var í sjálfsvald sett hvort hann vildi borga lækninum. Egill leysti Þorgerði dóttur sína út með gjöfum þegar hún reið heim til Hjarðarholts og Þormóður Kolbrúnarskáld gaf lækni sínum að Stiklastöðum gullhring. Læknirinn gat fremur búist við velvilja og vináttu en beinum greiðslum fyrir störf sín.

Greining og meðferð

Læknarnir beita fyrst og fremst skynfærum sínum til að greina umfang sáranna; kenna eða finna á hinum sára og horfa á skaðann. „Sjá vil ég sár þín," segir Þorvarður læknir í Vopnfirðinga-

sögu. Snorri goði þreifar eftir sárum og aðskotahlutum hjá hinum sáru eftir bardagann í Vigrafirði. Bragðskynið notuðu menn til að greina holsár. Snorri goði smakkar á blóðflekk í snjónum þar sem Bergþór Þorlaksson hafði legið í Vigrafirði. Hann segir að þetta sé holblóð og maðurinn sé feigur og það gekk eftir. Sennilega hefur Snorri fundið bragð af galli eða garnainnihaldi og metið sárið útfrá því. Sama gerir læknirinn að Stiklastöðum sem vill gefa mönnum laukgraut að eta. Hún gat síðan fundið lyktina úr sárinu hvort magi eða görn voru sköðuð. Í Fóstbræðrasögu er sagt að hátt hafi látið í holsárum manna eftir bardagann að Stiklastöðum „sem náttúra er til sáranna“. Hér er sennilega átt við blásturshljóð sem berast frá brjóstkassa eftir mikil sár.

Sárin eru svo skilgreind sérstaklega í sögunum og lögbókum. Alvarlegustu sárin eru kölluð heilund, holund og mergund. Þessi sár voru venjulega banvæn og þurfti ekki um þau að binda. Í lagatextunum ráðast bótakröfur eftirlifenda af umfangi sáranna.

Menn nota vatn til lækninga og „fægja“ sár manna. Í Þórðar sögu hreðu bjó Þorvarður læknir Indriða kerlaug og fægði sár hans og er sagt að hann hafi ekki haft banvænleg sár. Menn bundu síðan um sárin eins og Þormóður Kolbrúnarskáld gerði þegar hann risti sundur línbrók sína og notaði til að stöðva blóðrás. Mestu skipti í lækningum að koma í veg fyrir að mönnum blæddi út enda er þess oft getið í sögunum að hetjuna mæddi blóðrás. Menn kunnu að binda þannig um sár að blæðingin stöðvaðist.

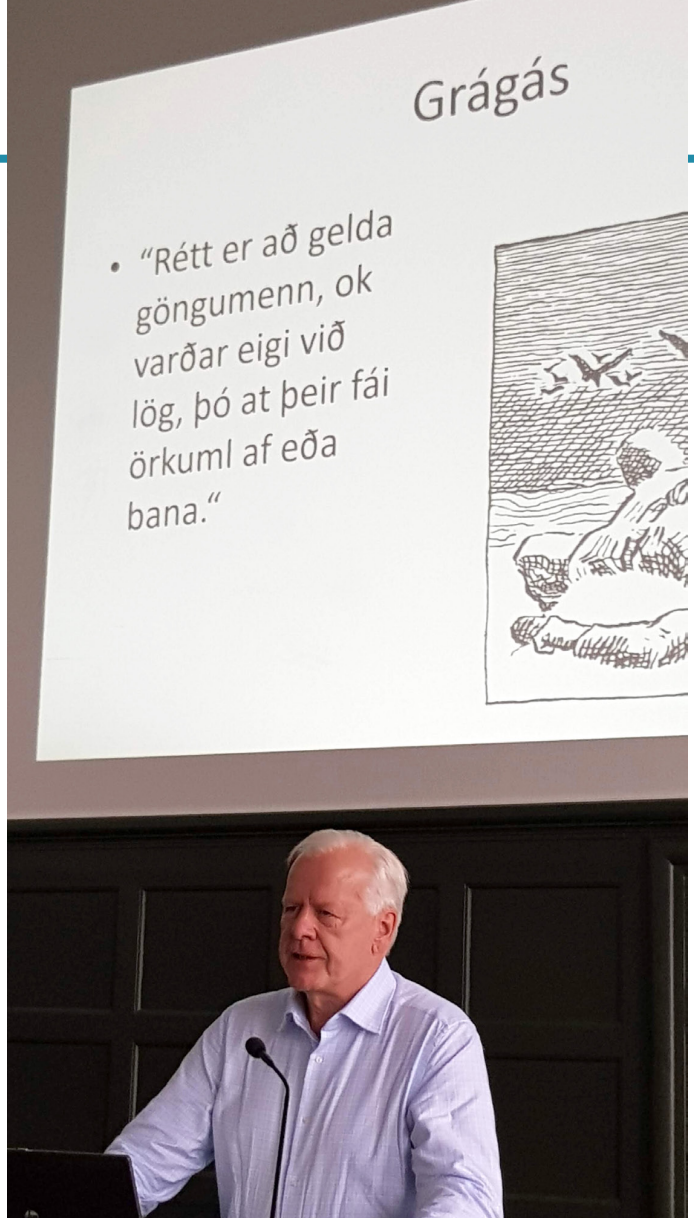
Alþýða manna hefur kunnað margs konar aðgerðir til að bæta heilsu sína eins og heit böð og að verma sig við eld. Grettir baðaði sig í lauginni að Reykjum eftir sundið úr Drangey enda var hann mjög þrekaður.

Verkfæri

Menn áttu ekki mörg verkfæri til lækninga. Í sögunum er getið um spennitöng og hnífa sem menn notuðu til að skera í sárin. Bæði í Eyrbyggjasögu og Fóstbræðrasögu er einmitt getið um lækna sem áttu og notuðu spennitöng við lækningar sínar. Lítið er fjallað um jurtir í sögunum. Þorgerður notar söl til að æsa upp þorstann hjá föður sínum svo að hann hætti við að svelta sig til bana. Læknirinn á Stiklastöðum notar lauk og önnur grös í greiningarskyni en ekki lækningaskyni. Í nokkrum sögum er getið um lækningamátt mjólkur, svo sem í Fóstbræðrasögu og Finnboga sögu ramma og fleiri sögum.

Helgir menn

Í biskupasögum er víða getið um jarteiknir eða kraftaverkalækningar þeirra Þorláks helga Þórhallssonar og Guðmundar góða Arasonar. Þar má finna margar lýsingar á ýmsum sjúkdómum eins og flogaveiki, augnsjúkdómum og kviðarholssjúkdómum. Lækningin er venjulega fólgin í áheiti á hinn helga biskup en er ekki lýst að öðru leyti. Þessar sögur sýna vel úrræðaleysi manna gagnvart öllum sjúkdómum sem ekki voru sýnilegir og áþreifanlegir.



Óttar Guðmundsson á málþingi um vananir í Þjóðmenningarhúsinu um daginn sem Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar stóð fyrir.

Hrafn Sveinbjarnarson

Frægasti læknir sögualdar er Hrafn Sveinbjarnarson sem getið er um í Sturlungu. Í frásögnum um Hrafn eru áhrif Hippókratesarlæknisfræðinnar mjög áberandi. Hann læknar hugarvíl konu með því að taka úr henni blóð eins og alsiða var í fjórvessakenningunni.

Lækningar í Íslendingasögum eru stundaðar af alþýðufólki sem studdist ekki við annan lærdóm en þjóðtrú og eigið hyggjuvit. Miklum sögum fer af mörgum þessara lækna en þeir eru sjaldnast aðalpersónur sagnanna. Undantekning frá þeirri reglu er Snorri goði í Eyrbyggjasögu. Þessir læknar eru fyrst og síðast sára- eða bráðalæknar og geta búið um sár, greint umfang þeirra og stillt blóðrás.

Þegar kom að öðrum sjúkdómum skorti menn þekkingu og leita frekar til trúarinnar og heita á helga menn. Þetta er sérlega áberandi í lækningum Snorra goða í Eyrbyggju. Hann meðhöndlar sár og meiðsli af öryggi en gagnvart farsóttinni í Fróðárundrum beitir hann yfirnáttúrulegum aðferðum kristninnar.

Helstu heimildir

Íslendingasögur.
Samúelsson S. Sjúkdómar og banamein íslenskra fornmanna. Háskólaútgáfan, Reykjavík 1998.

HEILBRIGÐISSTOFNUN
SUÐURLANDS

Yfirlæknir og sérfræðingur í heimilislækningum óskast á heilsugæsluna í Vestmannaeyjum

Helstu verkefni og ábyrgð yfirlæknis heilsugæslunnar

- Skipulag og stjórnun lækninga við heilsugæslu
- Almennar heilsugæslulækningar og heilsuvernd
- Fræðsla til skjólstæðinga og aðstandenda
- Vaktþjónusta
- Leiðandi hlutverk í mótun og framkvæmd teymisvinnu starfsfólks á heilsugæslu
- Þátttaka í gæðaverkefnum innan stofnunarinnar s.s. þátttaka í kennslu og starfsþjálfun kandídata og sérnámslækna í heimilislækningum auk fræðslu til samstarfsmanna

Helstu verkefni og ábyrgð sérfræðings í heimilislækningum

- Almennar heilsugæslulækningar og heilsuvernd
- Fræðsla til skjólstæðinga og aðstandenda
- Vaktþjónusta
- Þátttaka í teymisvinnu og gæða- og nýsköpunarverkefnum innan stofnunarinnar

Hæfniskröfur í bæði störf

- Sérfræðiréttindi í heimilislækningum
- Framúrskarandi hæfni í mannlegum samskiptum
- Hæfni í tjáningu í ræðu og riti
- Frumkvæði og sjálfstæð vinnubrögð
- Áreiðanleiki, jákvæðni og árangursmiðað viðhorf

Frekari upplýsingar um störfin
Um er að ræða tvö 100% störf, annars vegar yfirlæknis við heilsugæsluna í Vestmannaeyjum og hins vegar sérfræðings í heimilislækningum við sömu heilsugæslu.
Viðkomandi þarf að geta hafið störf frá 1. febrúar 2019 eða samkvæmt nánara samkomulagi.
Laun samkvæmt gildandi kjarasamningi sem fjármálaráðherra og Læknafélag Íslands hafa gert.

Umsóknum skal skilað rafrænt á vef HSU **www.hsu.is** undir flipanum „lausar stöður".
Umsóknum þurfa að fylgja staðfestar upplýsingar um menntun, starfsleyfi og fyrri störf.

Umsóknarfrestur í störfin er til og með 15.11.2018.

Nánari upplýsingar veitir:
Sigurjón Kristinsson, settur framkvæmdastjóri lækninga HSU,
sigurjon.kristinsson@hsu.is
Sími: **432-2000.**



Konur í íslenskri læknastétt í 101 ár

Læknafélag Íslands var stofnað 14. janúar 1918 og er því 100 ára. Háskóli Íslands var stofnaður 17. júní 1911 og fyrsta konan til að ljúka prófi frá læknadeild var Kristín Ólafsdóttir árið 1917, fyrir 101 ári. Fyrstu 50 ár læknadeildar útskrifuðust 427 læknar, 405 karlar og 22 konur. Ég hef oft velt fyrir mér hvernig starfsævi þessara brautryðjenda var og hvaða viðmót þær fengu bæði í leik og starfi.

Þegar ég lít um öxl eru þær konur í læknastétt sem komu að menntun minni í raun teljandi á fingrum annarrar handar. Sú sem stendur upp úr í minningunni er prófessor Margrét Guðnadóttir heitin. Hún kenndi af eldmóði og eftir situr óbilandi trú mín á bólusetningum til bættrar lýðheilsu.

Árið 1993 urðu tímamót í sögu læknadeildar, þá brautskráðust 45 læknakandídatar, 18 karlar og 27 konur, og við útskrift var hópurinn búinn að eignast 30 börn. Þetta var í fyrsta sinn sem konur voru í meirihluta. Þetta er útskriftarárgangurinn minn. Við létum ýmislegt yfir okkur ganga á námsárunum. Þegar við byrjuðum í klínísku námi inni á sjúkrahúsunum (þau voru þrjú í þá daga) voru í sumum verknámshópunum eingöngu konur og nær undantekningarlaust tóku karlkyns lærifeður á móti okkur með þessum orðum: „Hva bara stelpur?" og bættu svo við: „Nú eiga launin aldeilis eftir að hrynja." Þetta þóttu og þykja okkur enn kaldar kveðjur.

Hver er hlutur kvenna í læknastétt nú?

Af 80 yfirlæknum Landspítala 2. mars 2017 eru 20 konur, það er fjórðungur.

Við konur eigum ennþá undir högg að sækja eins og fram hefur komið í MeToo-byltingu íslenskra lækna, þar sem konur í læknastétt sendu frá sér yfirlýsingu vegna kynbundinnar mismununar, kynferðislegrar áreitni og ofbeldis. Jafnréttið er meira í orði en á borði og sorglega lítið hefur gerst svo að konur í læknastétt njóti sömu möguleika til starfs og karlar.

Þann 17. september 2018 úrskurðaði kærunefnd jafnréttismála í máli nr.6/2018 gegn Landspítala. (Þar sem búið er að úrskurða í málinu er það í raun orðið opinbert en þegar þetta er ritað er úrskurðurinn ekki enn kominn inn á www.stjornarradid.is).

Kærði (Landspítali) braut gegn 26. gr laga nr. 10/2008 um jafna stöðu kvenna og karla við ráðningu í stöðu sérfræðings í meltingarlækningum í febrúar 2018. Kröfu kærða um að kæranda verði gert að greiða honum málskostnað er hafnað, svo hljóma úrskurðarorðin.

Staðreyndir málsins í stuttu máli: kærandi (kona) hefur starfað í rúm 14 ár sem lyflæknir, tæp 12 ár sem meltingarlæknir og er með doktorsgráðu frá 2008. Karlinn sem fékk stöðuna hefur starfað sem lyflæknir í rúm fjögur ár en ekki starfað sem meltingarlæknir fyrir lok umsóknarfrests.

Landspítali taldi að kæran væri á röngum rökum reist og að hæfasti umsækjandinn hefði verið ráðinn og krafðist þess að sjónarmiðum kæranda væri hafnað og honum gert að greiða málskostnað.

Ég er búin að fylgjast með þessu máli frá upphafi og finnst mjög athyglisvert hvernig hægt var að komast að þessari niðurstöðu varðandi hæfi umsækjenda. Öllu verra og grafalvarlegt er að opinber stofnun skuli setja fram málskostnaðarkröfu sem er til þess eins fallin að draga kjark úr fólki sem er að láta reyna á rétt sinn hjá kærunefndum. Það má heldur ekki líta fram hjá því að með þessari túlkun Landspítala á hæfi konunnar og sjónarmiðum hennar er verið að vega að æru hennar, hennar langa reynsla og menntun er einskis metin.

Ef ég væri að reka fyrirtæki og starfsfólk mitt sverti orðspor míns fyrirtækis á þennan hátt, léti ég það ekki ámælislaust. Báðir þessir læknar, konan og karlinn, eru fórnarlömb slæmra vinnubragða.

Það setur að mér ugg ef áform sumra pólistíkra afla ná fram að ganga og svo að segja öll heilbrigðisþjónusta landsins fari undir sama hatt, það er ríkisbáknið. Landspítali og íslenska ríkið fara fremst í flokki að brjóta á rétti kvenna, samanber hér að ofan og nýlegan dóm Hæstaréttar þar sem íslenska ríkið var dæmt til að greiða ljósmæðrum vangoldin laun.

Frá aldamótum hefur fjöldi kvenna í læknadeild aukist og þær hafa verið í meirihluta allra útskriftarárganga frá árinu 2006 að undanskildu árinu 2017, þá 26 karlar og 24 konur.

Við konur í læknastétt ætlum ekki að bíða aðgerðarlausar í önnur 100 ár eftir því að við og menntun okkar verði metin að verðleikum.

Heimildir

- Læknar á Íslandi, I-III. Þjóðsaga, Reykjavík 2000.
- www.hi.is
- Árnadóttir ÓS. #MeToo-bylting íslenskra lækna. Ritstjórnargrein. Læknablaðið 2018; 104: 67.



Magdalena Ásgeirsdóttir

lungnalæknir á Reykjalundi

masgeirsdottir@mac.com

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

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Stjórn Læknafélags Íslands

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

Sjálfstæði er lykill að góðri heilsu lækna

Fimm formenn Læknafélags Íslands settust niður og ræddu fortíð og framtíð læknastéttarinnar. Þau eru sammála um að sjálfstæður rekstur forði læknum frekar frá því að kulna í starfi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Sjálfstæði íslenskra lækna og stjórn á tíma sínum og verkum er einn lykilþátta gegn kulnun í starfi. Þetta eru fimm formenn Læknafélagsins fyrr og nú sammála um. Þetta eru Reynir Arngrímsson, formaður Læknafélags Íslands, Þorbjörn Jónsson, Birna Jónsdóttir, Sigurbjörn Sveinsson og Guðmundur Björnsson og þau telja þá lækna sem stunda sjálfstæðan rekstur ólíklegri til að upplifa kulnun. Þau eru öll sammála því að nú liggi í loftinu að vega eigi að sérfræðiþjónustunni og skera niður.

„Að stjórna sjálfum sér er ventillinn sem íslenskir læknar hafa haft gegn kulnun. Menn fara á eigin stofur til að anda; til að stjórna sjálfum sér og koma ferskir á spítalana," segir Reynir. „Umræðan um breytingar á umhverfi sjálfstætt starfandi lækna skellir þeim í mikið óöryggi og erfitt að vita hver áhrifin verða. Tilhneiging á Norðurlöndunum og víða annars staðar er að kerfið eigi læknana, spítalinn eigi læknana. Þeir eigi að vera í 100% starfi og gera það sem þeim er sagt. Mörgum þykir erfitt að samsama sig því og finnast áhugavert."

Sigurbjörn, sem vermdi formannsstólinn á árunum 1999-2007, bætir við: „Þegar ég er á stofunni er ég frjáls maður. Læknafélagið hefur borið gæfu til þess að standa vörð um starfsumhverfi lækna þegar þessar hugmyndir um að allir vinni á spítalanum hafa farið á flug. Við þurftum líka að standa gegn því að læknar yrðu einangraðir inni á spítalanum á mínum formannstíma. Ýmislegt var markvisst gert til að grafa undan sjálfstæði þeirra."

Reynir segir að sjálfsákvörðunarréttur sé sterkasti þátturinn gegn kulnun. „Að hafa áhrif á starfsumhverfi sitt, skipulag vinnunnar og hvað þeir gera. Í Bandaríkjunum hafa læknar tapað þessu, sem sést á heilsu þeirra." Alþjóðalæknafélagið, sem fundaði hér á landi í októberbyrjun, hafi áhyggjur af kulnun. Þar hafi komið fram að niðurstaða bandarískrar rannsóknar hafi sýnt að 59% þarlendra lækna hefðu svarað því neitandi hvort þeir vildu að börn þeirra fetuðu í fótspor þeirra. „Á Alþjóðalæknaráðstefnunni var rætt sem hluti af kulnunar-umræðunni hvað álagið væri mikið, menn óánægðir með starfið og hvernig það hefur þróast til hins verra. Þetta svar gefur mynd af frústrasjón ákveðinnar stéttar."

Sigurbjörn spyr hvort þetta segi ekki meira um bandaríska heilbrigðiskerfið en önnur. Reynir svarar: „Jú, en þróunin er að verða eins í Evrópu."

Reynir segir þó að læknar eigi að hafa val. „Það má ekki skilja mig svo að enginn læknir eigi að gegna 100% stöðu á sjúkrahúsinu. Við sjáum að menn rótera. Eru stundum í 100% vinnu og stundum að blanda sérfræðiþjónustu við. Sveigjanleikinn þarf að vera til staðar," segir hann. „Þetta getur líka falist í því að læknar hafi umsaminn eða skilgreindan tíma til að sinna fræðastörfum í sinni sérgrein. Læknisstarfið er fjölþætt; lækningar, miðlun reynslu og kunnáttu og nýsköpun þekkingar."

„En afstaða lækna mun skýrast, því við erum að fara af stað með skoðanakönnun og þar verður spurt um afstöðuna til nýbyggingar sjúkrahúss."

Formenn funda

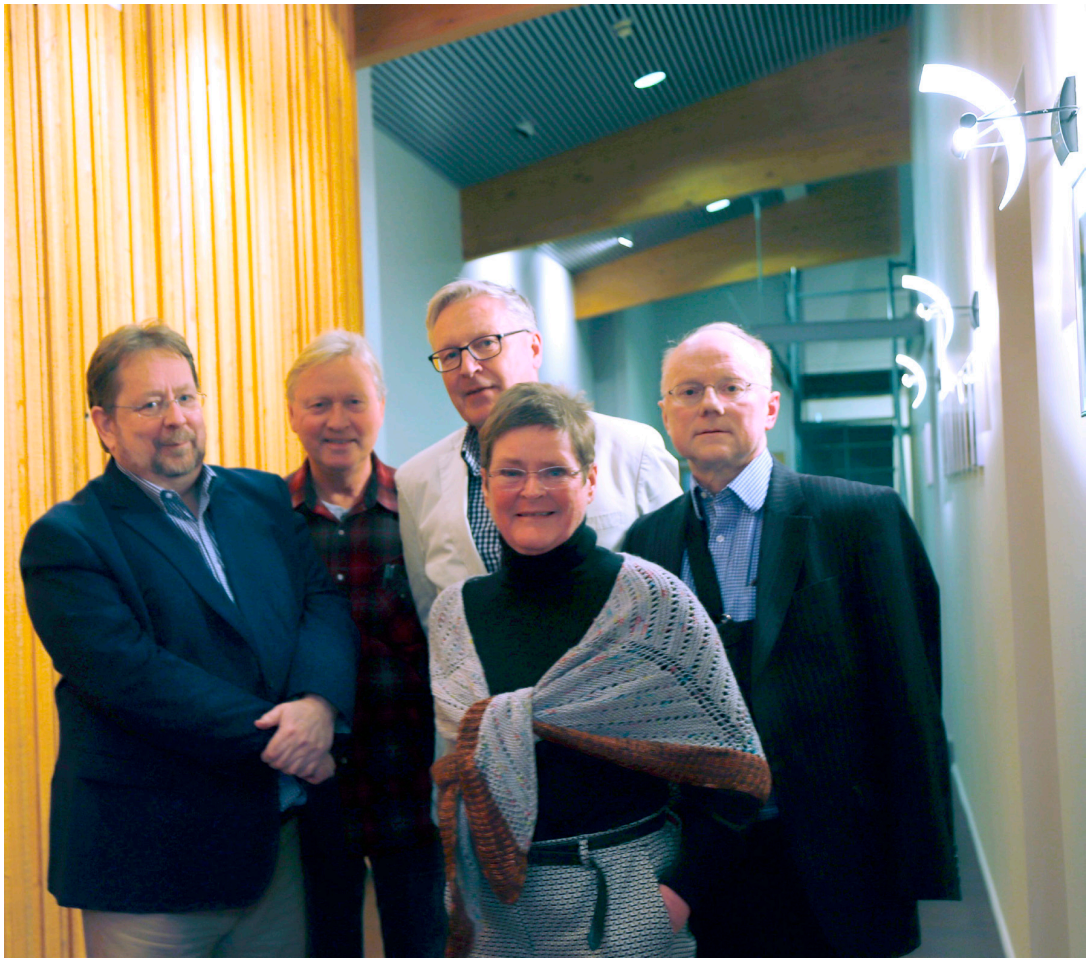
Við vindum okkur nú á byrjunarreit. Formennirnir fimm eru saman komin til að rifja upp markverða tíma á þessu aldarafmælisári félagsins. Nett skot, hressilegar athugasemdir og hlátur einkenndi þá einu og hálfu klukkustund sem þau fimm vörðu saman á köldu októbersíðdegi.

„Hvað er að sjá þig," voru fyrstu orð Birnu Jónsdóttur, formanns á árunum 2007-2011, þegar hún gekk inn í fundarherbergið og sá Þorbjörn Jónsson eftirmann sinn í stóli, í fatla við borðið að ræða kjaramál. „Ég er nú bara orðinn brothættur, gamall maður," sagði hann í gamansömum tóni. „Elsku vinur, láttu ekki svona," sagði Birna og valdi sæti við enda borðsins. Viðtalið er rétt hafið. „Ég er í það minnsta ekki síðust," segir hún fegin, en stuttu síðar gengur Sigurbjörn Sveinsson í hús og sest gegnt henni. „Ég verð hér við endann; er kvefaður og vil engan smita."

Kjaramál, skipulagsbreytingar, bæði innri og ytri barátta, einkenna árin sem þau sinntu formennsku. Öll tókust þau á við erfið mál. Öll eru þau sammála um að tíminn hafi verið gefandi. Öll segja þau þó að álagið hafi verið mun meira en þau reiknuðu með – nema Sigurbjörn, enda hafði hann setið lengi í stjórn áður en hann tók við stjórnartaumunum. Reynir er enn að hita stólinn en aðeins er ár frá því að hann settist í hann. Við höfum ákveðið að fara yfir allra stærstu mál formannstíðar hvers þeirra.

Erill í kringum gagnagrunninn

„Þessi tími var mjög spennandi," segir Guðmundur, sem er sérfræðingur í læknisfræðilegri ráðgjöf og mati á líkamstjóni. Hann settist í stjórn félagsins árið 1993



Fyrrum og núverandi formenn Læknafélagsins áttu góða stund saman og rifjuðu upp málefnin á þessu afmælisári. Reynir Arngrímsson, Sigurbjörn Sveinsson, Guðmundur Björnsson, Birna Jónsdóttir og Þorbjörn Jónsson. Mynd/gag

og var formaður á árunum 1997-1999. „Ég ætlaði nú að vera lengur en þessi formannstíð var svo erilsöm og áreitið mikið að ég ákvað að láta ekki fjölskylduna líða meira fyrir þátttöku mína í félagsstörfum. Ég hætti alfarið," segir hann og hlær. Þrjú erfið mál lituðu formannstíð Guðmundar: Erfið samningahrina þar sem læknar fengu í fyrsta sinn helgun, skrifstofunni var umbylt til nýrra tíma og gagnagrunnsmálið.

„Ég var með mjög góða stjórn sem var sammála um að það þyrfti að taka félagið í gegn. Það var orðið gamaldags. Skrifstofa með gamlar rútínur og ekki á netinu. Engir tölvupóstar sendir, sem við vorum þó farin að nota. Við gerðum því gangskör og fengum ráðgjafafyrirtæki í lið með okkur og tókum allan rekstur í gegn; sjóðina, *Læknablaðið*. Eins og með allar breytingar var andstaðan mikil. Fólk veit hvað það hefur en ekki hvað það fær."

Guðmundur segir gagnagrunnsmálið hafa verið snúið, pólitíkin mikil og læknar ekki samstíga í málinu. „Það var róið í allar áttir. Málið var rekið og blásið upp í fjölmiðlum. Við réðum því fjölmiðlaráðgjafa sem kom okkur á betri kúrs með hvernig við komum fram. Við reyndum að vera málefnalegir og í fyrsta skipti varð Læknafélagið sýnilegt í sjónvarpi," segir hann.

„Við ákváðum að leiða umræðuna en bíða ekki alltaf eftir að svara. Við tengdum okkur við Alþjóðalæknasamtökin, WMA, í fyrsta skipti og ráðfærðum okkur við þau. Við réðum breskan tölvusérfræðing sem kunni á gagnagrunnskerfið og vissi hvernig það virkaði, en það átti að vera dulkóðað," segir Guðmundur.

„Pólitíkin var mikil. Stjórnmálamenn höfðu ærinn áhuga. Mikil sundrung var milli lækna. Sumir unnu fyrir Íslenska erfðagreiningu og aðrir áttu rannsóknarhagsmuni. Hópurinn var sundurleitur en við lögðum línur sem sameinuðu félagið nokkuð sterkt," segir hann, en á sama tíma hafi skort á traust í samskiptum við yfirvöld.

„Þetta var mjög lærdómsríkur tími og ég kvaddi með bros á vör og ákvað að gefa ekki kost á mér aftur. Mér fannst ég hætta á góðum tímapunkti," segir Guðmundur.

Lofuðu sameiningu undir einu þaki

Sigurbjörn, sem setið hafði lengi í stjórn félagsins, tók svo við formannskeflinu þegar Guðmundur hætti og þegar deilan þroskaðist náðist á endanum sátt. „Menn áttuðu sig á því að það þurfti að gera hlutina öðruvísi."

Sigurbjörn segist lítið hafa hugsað út í tímann sem hann gegndi formennsku. „Í skuggsjá eru það átökin um siðfræðileg málefni, eins og hugmyndin um gagnagrunn á heilbrigðissviði og átökin við Íslenska erfðagreiningu sem tóku mestan tímann," segir Sigurbjörn. Læknafélagið hafi orðið málpípa þeirra sem hafi verið á móti hugmyndinni um gagnagrunn á heilbrigðissviði.

„Orkan fór í þetta fyrstu árin. Hitt sem stendur uppúr eru málefni Landspítala

og sameining sjúkrahúsanna. Um aldamótin féllst Læknafélagið á sameiningu Borgarspítala og Landspítala gegn því að spítalinn yrði undir einu þaki. Það var skýrt orðað í yfirlýsingu læknafélaganna," segir hann.

„Þessi sameining var ekki vel teiknuð upp af heilbrigðisstjórninni. Það varð til hírarkí á nýja sjúkrahúsinu, sem við töldum í andstöðu við lög. Tíminn okkar fór í að reyna að viðhalda stjórnendastöðum læknanna á þessu nýja sjúkrahúsi og stöðu þeirra sem yfirlækna. Þegar ég horfi til baka var stjórnartíð mín endalaus átök við yfirstjórn sjúkrahússins í þágu lækna. Við töldum rangt staðið að uppbyggingu stjórnar spítalans," segir Sigurbjörn. „Þetta var áratugur búrókratanna. Þeir voru að taka yfir sjúkrahúsþjónustuna."



Formenn Lí síðustu áratugi: Reynir frá 2017, Sigurbjörn 1999-2007, Þorbjörn 2011-2017, Guðmundur 1997-1999 og Birna 2007-2011.

Linuðu áhrif hrunsins á lækna

Birna Jónsdóttir, röntgenlæknir og formaður félagsins á árunum 2007 til 2011, segir hrunið fyrir áratug hafa yfirskyggt allt annað í störfum félagsins. „Á þessum árum fór allur kraftur í að standa vörð um hagsmuni lækna. Alls staðar kreppti að. Við vörðum öllum kröftum og baráttuþreki í þetta áfall þjóðarinnar. Ekkert annað mál komst í hálfkvisti við þetta."

Birna segir hrunið hafa haft mikil áhrif á lækna. „Mjög fljótlega varð ljóst að læknar fóru að draga lappirnar að flytja heim. Læknaskortur blasti við. Allt frá október 2008, já og alltaf, fór mikill tími í samskipti við ríkisvaldið," segir Birna. „Verja lækna fyrir niðurskurðarhnífnum, aðgerðum stjórnvalda og öllum þeim áhrifum sem hrunið hafði. Eitt af hlutverkum félagsins er að vinna í öllu því sem er til framdráttar heilsu landsmanna í víðasta skilningi og það er meðal annars gert með samskiptum okkar við Alþingi og ráðuneyti. Við vorum ekki aðeins að verja lækna heldur íslensku þjóðina. Það fór geysilega mikil vinna í þetta." Birna segist ánægð með framlagið en verkefnið hafi verið ærið, meðal annars rýrnuðu eignir félagsins mikið.

„Ég hafði verið formaður í slétt ár þegar hrunið verður. Ég hafði ekki, fyrr en ég fór að vinna sem formaður, gert mér grein fyrir hversu mikill tími fer í að gefa álit á lögum og reglum og framgangi heilbrigðisþjónustunnar. Það kristallaðist mjög vel þarna."

Spurð hvort hlustað sé á það sem félagið hafi að segja svarar Birna: „Það er hlustað á okkur og að einhverju leyti er tekið mark á okkur. Klárlega," segir Birna. Undir það tekur Þorbjörn og bætir við að Alþingi geri það frekar en ráðuneyti málaflokksins. „Maður áttar sig á leikreglunum og vinnuframlaginu þegar mætt er á völlinn," bætir Birna við.

Kjaramálin kjarni ára Þorbjörns

Þorbjörn Jónsson, sérfræðingur í ónæmisfræði, stýrði Læknafélaginu á árunum 2011-2017. Hann segir að stærstu málin í hans tíð hafi verið kjaramálin. „Þegar kjarasamningar renna út í ársbyrjun 2014 voru kjör sjúkrahúslækna orðin frekar bág. Það var virkileg þörf á að bæta úr því og það fer af stað þessi harðvítuga deila við ríkið sem endaði með því í október 2014 að læknar sem unnu fyrir hið opinbera fóru í verkfall," segir Þorbjörn.

„Við höfðum almenning með okkur, sem við áttum ekki von á í upphafi. Aðstæðurnar voru þannig að þessi stemning skapaðist og við fórum í allsherjarverkfall; þótt aðeins hluti lækna væri í verkfalli á hverjum tíma." Þorbjörn segir að verkfallsaðgerðir hafa verið settar upp á mjög ábyrgan hátt í þetta fyrsta sinn sem læknar fóru í allsherjarverkfall.

„Ég held að það sé óhætt að segja að læknar fengu umtalsverða kauphækkun sem virkilega munaði um. Þetta er það sem ég er stoltastur af á mínum ferli."

Spurður hverju hann þakki þennan árangur stendur ekki á svari. „Samstaða lækna. Ekki aðeins höfðum við ákveðinn velvilja hjá stærstum hluta almennings heldur sýndu allir hópar lækna, hvort sem þeir unnu fyrir ríkið eða sjálfstætt, samstöðu."

Þorbjörn nefnir einnig skipulagsbreytingar. „Aðildarfélög læknafélagsins eru nú fjögur en voru miklu fleiri. Núna er horft til þess hvaðan læknarnir þiggja laun; hvort þeir séu á vegum ríkisins, með eigin rekstur, séu heimilislæknar eða unglæknar. Þá færðum við formannskosninguna í nútímalegra form. Áður kusu 70 aðalfundarfulltrúar en núna hafa allir 1000 læknar félagsins kosningarétt. Ég vona að tíminn leiði í ljós að þetta hafi verið góð breyting."

Reynir og nútíminn

Reynir Arngrímsson sér ekki langt aftur litið í baksýnisspeglinn á formannstíð sinni. Hann hefur aðeins gegnt starfinu í tæpt ár, en eitt stærsta mál líðandi er vinnuaðstaða lækna. Nýr spítali er þar á meðal. „Þessi bygging við Hringbraut verður byggð. Það er alveg ljóst, en hún er ekkert í samræmi við það sem farið var af

stað með í upphafi," bendir hann á og Sigurbjörn skýtur að: „Já, það verður byrjað á þessum nýja spítala en óvíst hvort hann verður kláraður."

Reynir segir að nú þegar sé ljóst að starfsemin sem tilheyri spítalanum rúmist ekki innan hans. „Það eru að verða tvö ár síðan byrjað var að tala um að halda yrði öðru hvoru húsinu, Landakoti eða Fossvogsspítala." Birna nefnir að ljóst sé að hvorki sé gott fyrir læknisfræðina né sjúklinga að slíta starfsemina svona í sundur.

Eru það vonbrigði fyrir Læknafélagið hvernig þessi spítalamál hafa þróast? Formennirnir tala nú afar varfærnislega enda skiptast læknar í fylkingar með eða á móti núverandi áformum. „Þetta hefur gengið allt of hægt," segir Þorbjörn svo en bendir þó á að nýtt hús verði mikil framför.

Guðmundur segir skiljanlegt að fólk vilji betri aðstöðu. „Þessi spítalamál sundra læknum frekar en sameina og því ekki skemmtilegt umræðuefni hér." Sigurbjörn grípur boltann: „Af hverju má ekki segja sannleikann?"

Reynir segir að alltaf hafi verið skiptar skoðanir um spítalann sem hafi áhrif á félagið. „Þess vegna liggur engin afgerandi ályktun Læknafélagsins fyrir um annað en að segja að menn vilji sameina spítalana, en ekki hvar eða hvernig. En afstaða lækna mun skýrast, því við erum að fara af stað með skoðanakönnun og þar verður spurt um afstöðuna til nýbyggingar sjúkrahúss."

Sigurbjörn rammar umræðuna inn með því að benda á að að seta þessara fimm formanna spanni einmitt tímann sem hafi snúist um nýja spítalann. „Þegar Guðmundur tekur við sem formaður lýsir Ingibjörg Pálmadóttir, þá heilbrigðisráðherra, því yfir að það eigi að sameina spítalana og ráða einn forstjóra. Þá byrjar þessi tími, en ef maður lítur á þessar fyrirætlanir eins og þær liggja fyrir núna eru verulegar líkur á óförum um þessa framkvæmd. Prótótýpan af óförunum er sjúkrahótelið. Ævintýralega er staðið að hlutunum þar," segir hann og lýsir heimsókn sinni með sýni yfir gámasvæði Landspítala, þar sem göt og gámar mörkuðu leiðina á áfangastað. „Svona verður þetta líkast til næstu 15 árin." Þau taka undir og tala um að hér á landi sé framkvæmdatíminn almennt tvöfaldur á helmingi hærri kostnaði en ætlað hafi verið.

„Okkur vantar virkilega stjórnendur. Athyglisvert er að aðeins einn læknir sinnir framkvæmdastjórastöðu á klínísku sviðunum. Allir hinir eru hjúkrunarfræðingar."

„Þar er vanhæft fólk að fara eftir lélegu skipulagi," segir Sigurbjörn en þau hin vilja tala af meiri mildi um málið svo Sigurbjörn bætir við. „Ég vil hafa þessa skoðun sem fyrrum formaður á þessu afmælisári." Guðmundur bætir við: „Auðvitað megum við hafa skiptar skoðanir. Málið er þess eðlis."

Úr fortíð í framtíð

Spurð hvort þau væru til í að vera nýútskrifaðir læknar á þeim tíma sem nú er uppi svara þau öll játandi. Og þau sjá mikla framþróun í störfum sínum. Birna bendir á að við röntgenlækningar nýtist gagnasöfn í sífellt meira mæli til greininga.

„Það breytir starfi lækna, en starfið hefur alltaf verið að breytast svo það er ekkert nýtt. Ég lít svo á að hlutverk mitt sé að setja kröfur á tölvubúnaðinn fyrir hönd sjúklinganna. Ég ber ábyrgð á því að búnaðurinn uppfylli kröfurnar. Ég er verndari sjúklingsins og það er mikilvægt hlutverk okkar lækna," segir hún.

Guðmundur tekur við. „Ég er endurhæfingalæknir og menn eru að koma með gervilimi sem lúta stýringu heilans. Það er stórkostleg framför."

Reynir nefnir einnig hvernig erfðaráðgjöf sé að breytast í erfðameðferð. „Svo eru krufningar að verða myndgreiningafag. Það sýnir hvað þróunin er byltingarkennd."

En oft verða áhyggjurnar fögnuði framtíðarinnar yfirsterkari, sérstaklega við rekstur fagfélags. Reynir segir umhugsunarvert hversu fáir læknar sækist eftir stjórnunarstöðum. Styrkja þurfi lækna til að gera það.

„Okkur vantar virkilega stjórnendur. Athyglisvert er að aðeins einn læknir sinnir framkvæmdastjórastöðu á klínísku sviðunum á Landspítala. Allir hinir eru hjúkrunarfræðingar. Skurðlækningasviði er stjórnað af hjúkrunarfræðingi, aðgerðasviði – sem eru svæfingar og blóðbanki – einnig. Hjúkrunarfræðingar stýra kvenna- og barnasviði. Einnig geðsviðinu. Lyflækningasvæðinu einu er stýrt af lækni," segir Reynir.

Spurð hvað skýri þessa tregðu lækna til stjórnendastarfa svara þau: „Við erum þjálfuð í því að sinna sjúklingum og viljum mörg vinna okkar sérhæfðu verk sem við höfum eytt gífurlegum tíma í að ná." Guðmundur bætir við: „Fólki finnst mikil fórn að stíga út úr þessu læknahlutverki. Og um leið og þú stígur út og ferð að gera annað er fljótt að fenna yfir reynslu og kunnáttu. Þetta vita allir."

Reynir segir að þótt læknishlutverkið sé svo stór hluti af sjálfsmynd læknis sé stjórnendareynsla þess virði. „Ef læknar átta sig á að hægt er að hafa miklu meiri áhrif í stjórnunarstarfi gæti þetta breyst."

Formenn í framtíðinni

Þau svara því misjafnlega hvort þau væru til í að verma formannsstólinn aftur.„Ég hefði ekki viljað missa af því að vera formaður Læknafélagsins. Reynslan er feikilega góð," segir Guðmundur án frekari útskýringa og Þorbjörn tekur undir.

„Þú kynnist fólki sem þú myndir annars aldrei kynnast. Bæði málefnum og fólki. En þetta er erfitt starf og ágætt að hætta þegar maður hættir," segir Þorbjörn. „Ég tel að menn eigi ekki að vera lengi í svona starfi, því við erum ekki öll eins og fjölbreytni því góð."

Sigurbjörn segir að hann færi aftur fram sem formaður. „Já, ef ég sæi ekki fram á það að ég yrði önnur 8 ár." Öll hlæja. „Þú varst óvenju þaulsætinn," segir Guðmundur við Sigurbjörn í léttum tóni. „Já, en þegar ég hætti fór ég í annað sem var helvíti á við þetta. Það var í stjórn lífeyrissjóðs," segir hann og hlær. „Já, þá fékkstu líka kreppuna í andlitið," segir Birna og hlær. Hún væri aftur til: „Já, ég myndi bjóða mig aftur fram með reynsluna."

Reynir klykkir út: „En ætli þessi spurning eigi ekki raunverulega best við mig?"

„Kulnun er heimsfaraldur í nútímasamfélögum“

Þetta segir Leonid Eidelman, nýr forseti Alþjóðalæknafélagsins. Hann tók við keflinu í Hörpu á aðalfundi félagsins sem haldinn var í fyrsta sinn hér á landi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Nýr forseti Alþjóðalæknafélagsins, Leonid Eidelman, vonast til þess að þjóðum innan vébanda þess fjölgi á næstu misserum. Hann vill sjá araba og múslíma verða meira áberandi innan félagsins. Eidelman er þriðji Ísraelinn sem stýrir félaginu og tók við stjórnartaumunum á aðalfundi þess sem haldinn var í Hörpu. Skortur á læknum og kulnum ráða ríkjum þetta ár hans í embætti.

„Gullfallegt land. Ég var hér á ferðalagi fyrir tveimur árum og naut þess virkilega vel,“ segir Leonid Eidelman sem leiðir Alþjóðalæknafélagið, World Medical Association, WMA, næsta árið. „Ég hef lítið annað séð en Hörpu í þessari ferð en í þeirri síðustu fórum við fjölskyldan víða um og fengum góða leiðsögn alvöru víkings. Hann var umhverfissinnaður og fékk mig til að dást að landi og þjóð. Ég dáist að því hvernig svona fámenn þjóð getur haldið uppi nútímasamfélagi – með öllu sem því fylgir og náð árangri.“

Eidelman settist niður með *Læknablaðinu* milli fundarseta í Hörpu. Úti rigndi en sólin skein þó í gegnum regnið þegar við tylltum okkur niður úr augsýn annarra ráðstefnugesta á Smurstöðinni á fyrstu hæð glæsilega tónleikahússins. Eidelman segir einnig magnað að finna kraftinn í Læknafélagi Íslands.

„Það heldur úti fagtímariti á íslenskri tungu. Þótt við höfum haft læknatímarit á hebresku í rúm 90 ár er stöðug pressa, og var á mér, að gefa ekki út tímarit sem næði ekki til stærri hóps. Við höfum jú ekki milljónir lækna í Ísrael og afar erfitt að halda fast í þjóðleg gildi og þýðingu hugtaka gegn efnahagslegum þrýstingi. En hér á Íslandi ætti verkið að vera enn erfiðara, enda íslenskir læknar rétt um 1000. Það er ekki annað hægt en að dást að þessari elju.“ Samkvæmt Wikipedia eru um 35.000 læknar í Ísrael.

Til Ísraels á níunda áratugnum

Eidelman flutti á fertugsaldri til landsins helga. „Þegar ég flutti frá Eistlandi árið 1987 átti ég ekki von á því að svo miklar breytingar væru þar í vændum. Það var stutt í sögulega tíma þegar ég flutti en ég sá þá ekki fyrir,“ segir hann. „Þegar ég fór var ég svo viss um að Sovétríkin í öllu sínu veldi yrðu eilíf. Ég var ekki mikill spámaður,“ segir hann og hlær.

Fyrirkomulagið hjá Alþjóðalæknafélaginu er að menn gegna fyrst ársstöðu sem viðtakandi forseti (*President-Elect*) og verja svo ári sem fráfarandi forseti (*Immediate Past President*) eftir að forsetaárinu er lokið. Því er um þriggja ára setu að ræða sem leiðtogi innan félagsins. Eidelman segir að 140 félög séu innan vébanda Alþjóðalæknafélagsins.

„Margir læknar fara snemma á eftirlaun. Reyndustu læknarnir hætta störfum því þeir hafa ekki kraft til að halda áfram; hafa misst þrautseigjuna. Kulnun er heimsfaraldur í nútímasamfélögum.“

„Það eru um 10 milljónir lækna um allan heim í félaginu. Við erum talsmenn þessara lækna og viljum að þeir viti að við stöndum með þeim sem starfa í samræmi við gott siðgæði. Við höfum ákveðið að gefa fleiri þjóðum tækifæri til þess að ganga til liðs við félagið. Ég vona að araba- og múslímaþjóðir – lönd við Miðjarðarhafið og Mið-Austurlönd – sem standa utan félagsins, gangi í það,“ segir hann.

Eidelman er lærður svæfinga- og bráðalæknir og kenndi meðal annars á árum áður í læknisfræði við hebreska háskólann Hadassah Medical School í Jerúsalem. Hann var yfirmaður svæfingadeildarinnar í Rabin Medical Center-Beilinson Campus í Petah Tikva þar í landi þegar hann var kosinn í fyrra og hefur verið formaður ísraelska læknafélagsins.

Kulnun ógni læknum

Eidelman vill meðal annars sem forseti fara ofan í kjölinn á framtíðarhlutverki lækna í samfélaginu. „Mun það breytast og þá hvernig? Ég trúi því að með því að kafa ofan í þetta mál getum við komið í veg fyrir neikvæða þróun, sérstaklega ef við vinnum að því að forða læknum frá kulnun,“ segir hann.

„Margar rannsóknir sýna að allt að helmingur lækna upplifir skerta starfsorku og við vitum að læknar sem þjást af kulnum veita ekki jafn góða læknisþjónustu. Við ættum því að reyna að gefa þeim áþreifanlegar leiðbeiningar um hvernig þeir forðast hana; og að skaðast á líkama og sál,“ segir hann.



Eidelman stýrir nú starfi félagsins gegn kulnun lækna sem hann segir brýnt að koma í veg fyrir vegna læknaskorts í heiminum. Blóðugt sé að missa reyndustu læknana úr stéttinni.

„Margir læknar fara snemma á eftirlaun. Reyndustu læknarnir hætta störfum því þeir hafa ekki kraft til að halda áfram; hafa misst þrautseigjuna. Kulnun er heimsfaraldur í nútímasamfélögum," segir Eidelman og nefnir einnig mikilvægi þess að allt fólk, hvar sem er í heiminum, fái læknisþjónustu.

„En til þess að það sé hægt verðum við að hafa fleiri lækna. Við sjáum skort á læknum í þróuðum löndum. Það vantar lækna í Bandaríkjunum, Bretlandi, jafnvel í Þýskalandi þar sem það þekktist ekki áður. Skorturinn hjá þessum stóru, þróuðu ríkjum dregur lækna frá verr stöddum svæðum, sem eykur vandann þar. Víða í Afríkuríkjunum er læknaskortur."

Eidelman segir að verði komið í veg fyrir skerta starfsorku lækna geti þeir unnið fleiri stundir og þjónað almenningi betur. „Kulnun ýtir undir skort á læknum. Ég vil því líta til framtíðar á þessu ári mínu í embætti og sjá fyrir bæði bestu og verstu mögulegu sviðsmyndina, til þess að geta komið í veg fyrir að fari á versta veg. Til þess að geta brugðist við þessum vanda verðum við að skilja hvert stefnir og hvað getur gerst."

Þriðji ísraelski formaðurinn

Hann svarar því neitandi hvort ekki sé harla óvanalegt að ísraelskur læknir gegni stöðu forseta Alþjóðalæknafélagsins. „Ég er sá þriðji til þess," segir hann. „Ekki svo óvanalegt, en þó ekki algengt." Spurður hvort viðkvæmt samband Ísraels og Palestínu hafi flækst fyrir honum í kjöri segir hann lækna ekki leysa vanda landanna. Það geri stjórnmálamenn.

„Flest fólk styður frið. Spurningin er hvernig við náum friði. Enginn vill hörmungar og sjá fólk drepið. Enginn vill búa við eldflaugaárásir og sprengjur. Níu milljónir búa í Ísrael og 20% ísraelskra ríkisborgara eru arabar. Hlutverk okkar er að sinna þeim sjúklingum sem koma á spítalana. Ekki aðeins þeim aröbum sem eru með ísraelskt vegabréf heldur öllum. Við gerum engan greinarmun á fólki eftir því hvaðan það kemur. Þúsundir íbúa Gaza njóta heilbrigðisþjónustu í Ísrael dag hvern. Jafnvel nú þegar stríð geisar í Sýrlandi höfum við fengið þúsundir þaðan á ísraelsk sjúkrahús. Ísraelskt heilbrigðiskerfi er opið öllum sem það sækja og við sinnum hverjum sjúklingi óháð uppruna," leggur Eidelman áherslu á.

Stóð gegn pyntingum

Hann segir frá því þegar palestínskir fangar fóru í hungurverkfall og hæstiréttur Ísraels heimilaði árið 2016 að næring yrði þvinguð ofan í þá. Rökin voru þau að inngripið væri réttlætanlegt til að halda þeim á lífi. Hann hafi mótmælt því í hæstarétti fyrir hönd ísraelska læknafélagsins. Þau hafi talið aðferðina til pyntinga og hvatt ísraelska lækna til að taka ekki þátt í slíku.

„Enginn dó og enginn var píndur til þess að borða," segir Eidelman og áréttar þar með að læknar verði að standa fastir á siðferðisvitund sinni. „Við búum við þennan raunveruleika alla daga. Við megum aldrei gefa afslátt af gildum okkar og siðferðisvitund. Læknar eru skyldugir til þess hvar í heimi sem þeir búa."

Hann segir að þótt aðstæður séu mjög flóknar standi ísraelskir læknar styrkum fótum. „Við vitum um dæmi þar sem sjálfsmorðsárásarmaður fékk hágæða læknaþjónustu hjá okkur. Jafnvel þótt læknarnir hafi misst börn sín í hryðjuverkaárásum gerðu þeir að sárum hryðjuverkamannsins eftir sinni bestu þekkingu."

Fjöldi innlendra lækna hélt fyrirlestra eða stýrði pallborðsumræðum á alþjóðlegri ráðstefnu um læknisfræðilega siðfræði sem haldin var dagana 2.-4. október síðastliðinn. Læknafélagið stóð fyrir ráðstefnunni samhliða aðalfundi Alþjóðalæknafélagsins, WMA, í Hörpu.



Svandís Svavarsdóttir heilbrigðisráðherra talaði á ráðstefnu Alþjóðalæknafélagsins. Mynd/gag

Líf og dauði á læknaráðstefnu í Hörpu

Alþjóðafélag lækna fundaði í fyrsta sinn á Íslandi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Svið læknisfræðinnar er stórt og flókið. Það vekur áleitnar spurningar um líf og dauða og það fjallar um margvíslega hugsun og viðkvæm málefni í samfélaginu okkar," sagði Svandís Svavarsdóttir heilbrigðisráðherra við setningu ráðstefnu Alþjóðalæknafélagsins sem haldin var dagana 2.-4. október síðastliðinn í Hörpu. Ráðstefnan var haldin samhliða aðalfundi Alþjóðafélagsins.

Norðurljósasalurinn var þétt setinn þegar ráðstefnan um læknisfræðilega siðfræði var sett. Samtökin hafa árlega hist á ráðstefnu allt frá 1946 og var hún nú í fyrsta sinn á Íslandi, á 100 ára afmæli Læknafélags Íslands. Félagið er meðal stofnenda samtakanna og var Jón Snædal, yfirlæknir öldrunarlækna á Landspítalanum, forseti ráðstefnunnar. Fyrir rúmum áratug gegndi hann stöðu forseta Alþjóðafélagsins.

Jón er ánægður með ráðstefnuna og segir í fyrsta sinn sem svo stór ráðstefna er samhliða aðalfundinum. „Algjör frumraun," segir hann. „Alltaf hefur verið einn dagur undir vísindahluta en við jukum það í tveggja og hálfs dags ráðstefnu, þar sem oftast nær voru tvær samhliða málstofur og að hluta til þrjár," lýsir hann. Upprðunin hafi kallað á að læknafélög tækju með sér fleiri fulltrúa en þá sem sátu aðalfundinn.

„Þannig fengu fleiri tækifæri til að sjá hvað alþjóðafélagið er að fást við og tala um og samtökin sjálf fengu hugmyndir frá öðrum en þeim sem venjulega koma. Ein málstofa var til að mynda opinn vinnufundur hjá nefnd sem fjallar um erfðalækningar og erfðafræði, þar sem margir komu og létu í ljós skoðanir sínar sem nefndin vinnur áfram með. Svo sýnist mér að á mörgum málstofum hafi komið fram sjónarmið sem hafi áhrif á vinnu samtakanna," segir Jón.

Hann var sérstaklega ánægður með staðsetninguna. „Það er ekkert slor að geta boðið upp á Hörpu og sýna að við höfum á að skipa mönnum og konum sem hafa margt frambærilegt fram að færa."

Reynir Arngrímsson formaður Læknafélagsins setti ráðstefnuna. „Þáttur íslenskra vísindamanna vakti mikla athygli. Það er hlustað á fulltrúa Læknafélags Íslands inni í alþjóðafélögunum rétt eins og innan fastanefndar lækna hjá Evrópusambandinu. Það kom berlega í ljós á þessari ráðstefnu."

Svandís sagði ráðstefnur sem þessa gefa okkur tækifæri til að læra hvert af öðru; „Við náum að tengjast og dýpka skilning okkar á siðferðilegum málum sem svo vonandi mun verða hluti af framþróun fræðanna, sem við erum öll þakklát fyrir."

Næsti fundur WMA verður í haldinn í Tíblísi í október á næsta ári.

Kallar eftir stefnumótun fyrir almenna líknarmeðferð

Arna Einarsdóttir segir lækna oft óttast erfið samtöl en öllum líði betur þegar meðferðarmarkmið hafi verið rædd



Arna Dögg Einarsdóttir læknir á líknardeild í pontu á siðfræðiþinginu.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Við Íslendingar höfum enga stefnumótun um líknarmeðferð," segir Arna Einarsdóttir læknir sem hélt erindi á öðrum degi siðfræðiráðstefnunnar samhliða aðalfundi Alþjóðalæknafélagsins. Umræðuefnið var siðfræði líknarmeðferðar og mikilvægi samtalsins um meðferðarmarkmið. Auk Örnu töluðu Kirsty Boyd, Joseph Heyman, Cecil Wilson og Chukwuma C. Oraegbunan.

„Það starf sem hefur verið unnið er í raun grasrótarstarf og miðað við það erum við komin ótrúlega langt. Okkur finnst hins vegar vanta stefnumótun frá yfirvöldum; þjóðaráætlun sem er nauðsynlegt," segir Arna í samtali við *Læknablaðið*. Gera þyrfti greinarmun á sérhæfðri líknarmeðferð, sem veitt er fyrir allra erfiðustu tilfellin, og svo almennri líknarmeðferð sem eigi að vera á færi allra heilbrigðisstarfsmanna.

„Allir læknar ættu að hafa vald á almennri líknarmeðferð og erlendis er þróunin í þessa átt, að færa hana út í heilsugæsluna og tryggja einnig þannig að einstaklingar sem glíma við lífsógnandi sjúkdóma fái þjónustuna þar sem þeir búa."

Arna segir að áður hafi líknarmeðferð eingöngu verið hugsuð sem lífslokameðferð. „En nú horfum við til þess að veita líknarmeðferð um leið og fólk greinist með alvarlega, lífsógnandi sjúkdóma og veitum þá meðferð samhliða öðrum, lífslengjandi meðferðum eins og til að mynda krabbameinslyfjameðferð. Við fylgjum þessum sjúklingum til lengri tíma, því eins og við vitum lifa sjúklingar orðið lengur með sjúkdóma sína og einkenni þeirra," segir hún.

„Krabbameinssjúklingar hafa hingað til verið stærsti hópurinn, en staðreyndin er sú að mun fleiri þurfa á slíkri meðferð að halda. Til að mynda þeir sem glíma við langvinna hjartasjúkdóma og lungnasjúkdóma. Það er því augljóst að sérfræðingar í líknarmeðferð munu ekki geta sinnt öllum þessum sjúklingum," segir Arna.

Spurð hvort hún sjái fram á slíka þjóðaráætlun, svarar hún játandi. „Það þarf eingöngu að setjast niður og vinna hana."

Arna segir okkur Íslendinga standa frekar framarlega þegar komi að sérhæfðri líknarmeðferð. „Við þurfum hins vegar að breiða út mikilvægi þess að tala við sjúklinga um meðferðarmarkmið. Við eigum mjög langt í land þar. Þjálfa þarf heilbrigðisstarfsfólk til að ræða þetta og við þurfum auk þess að sjá samfélagsvitundarvakningu. Við þurfum að þora að tala um veikindi og dauða," segir hún.

„Samtalið verður alltaf erfitt, það fer ekki frá okkur, en það er margrannsakað að það bætir lífsgæði, sjúklingnum og fjölskyldunni líður betur. Auk þess sem það kemur í veg fyrir óþarfa inngrip og sjúkrahúsinnlagnir. Ég tel samtalið því vera siðferðilega skyldu okkar lækna."

Stíf persónuvernd hindri framþróun læknavísinda

Kári Stefánsson hvatti til gagnanotkunar og sagði vernd gagna í hróplegu ósamræmi við íslensk gildi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Við ættum öll að greiða heilbrigðiskerfinu fyrir þjónustuna með gögnum," sagði Kári Stefánsson, forstjóri Íslenskrar erfðagreiningar á siðfræðiráðstefnu Alþjóðalæknafélagsins. Kári talaði á fyrsta degi.

„Að skilja eðli sjúkdóma er grundvallaratriði til að koma böndum á þá, koma í veg fyrir þá eða lækna." Hann benti á að með gagnagnótt í dag væri auðveldara að skoða sjúkdóma í kjölinn og sjá endurtekningarnar. Lykillinn að árangri og uppgötvunum væri aðgangur að þessum gögnum.

„Nú er oft spurt hvaða gögn eigi að nýta fyrir lífeðlisfræðilegar rannsóknir. Þróunin síðustu ár hefur verið að skerða í auknum mæli aðgang að þeim," sagði hann í erindi sínu.

„Í því fellst mótsögn, sem ég berst við. Þegar við förum á sjúkrahús vegna sjúkdóma sem við berjumst við eru líkurnar á lausn byggðar á þekkingunni sem skapaðist vegna sjúklinganna sem leyfðu að gögn um þá yrðu nýtt til uppgötvana. Þannig skapaðist þekkingin," sagði Kári.

„En nú er andinn sá að okkur finnst sjálfsagt að nýta þessa þekkingu um leið og við neitum því að upplýsingar um okkur séu nýttar til frekari uppgötvana – svo heilbrigðisþjónustan þróist áfram. Viðhorfinu er best lýst sem rándýrshegðun og er algjörlega óásættanlegt," sagði hann.

„Heilbrigðisþjónusta á að vera aðgengileg öllum, óháð fjárhag hvers og eins, en við ættum öll að greiða fyrir hana með því að leyfa að gögnin sem skapast við þjónustuna verði nýtt til frekari framþróunar," lagði Kári áherslu á.

Lög hindri góða þjónustu

Kári sagði að þar sem hann stæði fyrir framan fólk sem sumt teldi sig hafa þekkingu á því hvenær rétt væri að nýta gögn ætlaði hann að gefa salnum dæmi um stöðuna sem læknar stæðu frammi fyrir hér á Íslandi. Stökkbreytingin BRCA2 sem valdi brjóstakrabbameini sé þekkt. Búast megi við að arfberar séu 2.400-2.500 hér á landi. Konur sem beri þessa stökkbreytingu lifi að jafnaði 12 árum skemur en aðrar.

„Með gögnum sem DeCode hefur safnað væri mögulegt að finna alla þessa arfbera og vara þá við. Þá væri hægt að bregðast við ástandinu," sagði hann. „En margir lagafróðir menn hafa komist að þeirri niðurstöðu að við getum ekki sigtað þá út, því það brjóti gegn stjórnarskránni. Hins vegar er mjög úr takti við hefðir samfélagsins að vara þessa einstaklinga ekki við þessari miklu ógn við líf þeirra."

Innri og ytri hætta

Kári bar þetta saman við almannavarnir og hvernig fólk er með eða án samþykkis flutt á brott þegar hætta stafar af náttúruhamförum. Hann benti einnig á að þótt ungu fólki stafaði hætta af geninu leitaði margt þess ekki eftir þekkingunni. Það teldi sig enn ódauðlegt og hefði ekki áhyggjur.

„Ég tel BRCA2 mikla ógnun við lífið og finnst persónulega að við læknar gerum mistök með því að hjálpa þessum einstaklingum ekki, vara þá ekki við; að gefa þeim ekki tækifæri til að bregðast við. Tilfinning mín er sú að ekki ein einasta kona með þetta gen, sem bíður eftir dauðanum, hefði ekki viljað vita þetta fyrir fram til að fást við vandann."



Forstjóri Íslenskrar erfðagreiningar flutti fyrirlestur á öðrum degi ráðstefnunnar. Hann bar saman ólíkt gildismat vegna náttúruhamfara og þess að láta fólk lifa við sjúkdómshættu. Mynd/gag

Alþingismenn vilja úrbætur

Lagt hefur verið fram frumvarp á Alþingi sem tryggir að fólk fái að vita ef tilviljanakennd greining verður á alvarlegum sjúkdómi sem það ber. „Þetta snýst um svarið við spurningunni: hvað gerirðu ef þú veist að manneskja er í lífshættu?" sagði Oddný G. Harðardóttir þingmaður Samfylkingarinnar og einn flutningsmanna frumvarpsins við mbl.is þann 17. október.

Nái frumvarpið fram að ganga verður Embætti landlæknis tilkynnt ef erfðabreytileiki sem yfirgnæfandi líkur eru á að leiði til alvarlegs sjúkdóms, sem hægt er að bregðast við, finnst við framkvæmd vísindarannsóknar á mönnum eða við framkvæmd gagnarannsóknar. Þá sé á forræði Embættisins að upplýsa einstaklinginn og veita honum ráðgjöf um möguleg meðferðarúrræði. „Mér líst mjög vel á þetta," sagði Kári Stefánsson við mbl.is um þetta nýja frumvarp.



Þétt var setið í salnum og heitar umræður sköpuðust þegar umræðan um líknardráp fór fram. Í pallborði þau Ilora Finlay, Kati Myllimäki, Jeff Blackmer og Antina de Jong. Mynd/gag

„Við deyjum öll“

Umræðan um líknardráp hleypti lífi í ráðstefnuna á þriðja degi hennar

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Sumir tala um réttinn til að deyja. Hver hefur ekki þennan rétt? Við deyjum öll. Það sem fólk er að biðja um er rétturinn til að vera tekinn af lífi,“ sagði Ilora Finlay, velskur læknir og prófessor í líknandi meðferð í læknaháskóla í Cardiff. Hún situr í lávarðadeild breska þingsins.

Umræða um líknardráp litaði þriðja og síðasta dag ráðstefnunnar. Svanur Sigurbjörnsson, formaður siðfræðiráðs Læknafélagsins, stýrði umræðum. Margir tóku til máls og ljóst að engin skýr merki eru um hvar draga eigi línuna. „Hvert og eitt okkar kom hingað inn með ákveðnar skoðanir á líknardrápi og hvert og eitt okkar fer út án breyttrar skoðunar,“ sagði Jeff Blackmer, formaður siðfræðinefndar kanadíska læknafélagsins. „Það verða alltaf félagar innan samtaka sem eru á móti en við höfum lagt okkur fram um að kynna afstöðu þeirra sem standa með líknardrápi.“

Kanadabúar deildu um samstöðuna

Blackmer hafði áður farið í gegnum hvernig 91% atkvæða innan kanadísku læknasamtakanna hefðu fallið með aðstoð við að deyja. Hiti var í nokkrum kanadískum læknum undir kynningu Blackmer og því haldið fram að litið væri framhjá þeim læknum sem væru andstæðir líknardrápi – hitinn var svo mikill að einn ráðstefnugesta stóð upp og bað þá um að heyja baráttu sína heima fyrir.

Jeff Blackmer hafði lýst því hvernig læknasamtökin hefðu ekki lagt í að mæla skoðun kanadískra lækna á líknardrápi fyrirfram heldur haldið lokaða fundi þar sem rætt hafi verið um málið utan sviðsljóssins. Fólk hafi fagnað tækifærinu til að fá að ræða málin opinskátt.

Ilora Finlay stóð gegn líknardrápi. Hún sagði í erindi sínu fyrr um daginn að helsta áhyggjuefni Alþjóðalæknasamtakanna, WMA, ætti ekki að vera líknardráp heldur líknandi meðferð. Réttur fólks ætti að vera að fá rétt lyf til að lina þjáningar sínar.

„Þegar við ræðum um að hætta meðferð er það eftir að hafa metið kosti og galla þess. Oft er þetta mjög einstaklingsbundið og ef við hættum hefur það áhrif á löngun til að deyja,“ sagði hún.

„Löggjafarvaldið í heiminum horfir nú til þess hvað læknar gera. Við verðum að horfa til afleiðinganna og þess að lönd sem bjóða litla sem enga líknandi meðferð, gætu litið svo á að vestræn lönd hafi gefist upp á líknandi meðferð og að líknardráp sé lausnin.“

Líknardráp líklegra án líknandi meðferð

Oft kom upp í umræðunni hver sé ástæða þess að fólk biðji um líknardráp og fór Finlay yfir helstu þætti: Að missa sjálfsstjórn. Minni geta til að taka þátt í ánægjulegum athöfnum og viðburðum og í þriðja lagi; skortur á reisn. Þá að missa stjórn á líkamlegri virkni sinni eða að vera byrði á fjölskyldu sinni.

„Engin er eyland. Við lifum og hrærumst í samfélagi við aðra og ákvarðanir okkar hafa áhrif á annað fólk,“ sagði hún. Hafa verði í huga hvernig fólk deyi og verði að minningu þeirra sem lifa. Þá sagði hún að læknar gætu ekki séð dauðann fyrir. „Innan daga eða klukkustunda er nákvæmnin nokkur en mánaðadómar geta teygst í ár.“

Fleiri stóðu gegn líknardrápi. Miguel Jorge, frá brasilíska læknafélaginu, hafði áhyggjur af því að félagsleg staða og erfiðar efnahagsaðstæður gætu leitt til meiri pressu á að fólk kysi líknardráp. „Það er óhugsandi að læknir sem áður reyndi að bjarga taki líf einstaklings.“

Þau tvö voru sammála um að líknarmeðferð tæki pressuna af líknardrápi. „Löggjafarvaldið í heiminum horfir nú til þess hvað læknar gera. Við verðum að horfa til afleiðinganna og þess að lönd sem bjóða litla sem enga líknandi meðferð gætu litið svo á að vestræn lönd hafi gefist upp á líknandi meðferð og að líknardráp sé lausnin. Ég er að tala um stjórnmálamenn og hagfræðinga, ég er ekki að tala um lækna, en vandinn er hvernig skilaboð frá læknum eru túlkuð,“ sagði Finlay.



Jóhanna Jónsdóttir hjúkrunarfræðingur hugar að flóttamönnum í leiðangri sendifulltrúa Rauða kross Íslands á Miðjarðarhafi í nóvember 2016. Mynd/Rauði krossinn

Óskráðir innflytjendur í skjóli innan heilbrigðiskerfisins

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Það á ekki að vera hlutverk heilbrigðisstarfsmanna að tilkynna óskráða innflytjendur, segir sérfræðingur í málefnum þeirra.

Gerðu vinnustaðinn þinn að öruggu svæði fyrir óskráða innflytjendur, hvatti Alyna Smith til. Hún er ráðgjafi hjá PICUM sem eru frjáls félagasamtök sem vinna að því að auka virðingu fyrir mannréttindum óskráðra innflytjenda í Evrópu.

Umræða um heilbrigðisþjónustu fyrir óskráða innflytjendur fór fram í Kaldalóni undir stjórn Andrésar Magnússonar læknis á öðrum degi ráðstefnunnar og voru þrjú í pallborði. Auk Alynu, Tomas Linden frá sænska læknafélaginu og Ulrich Clever frá því þýska.

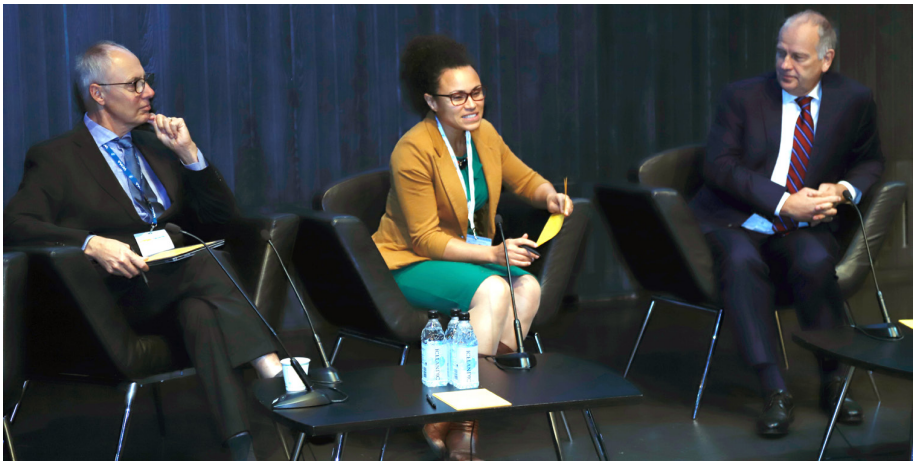
Tomas Linden sagði að aldrei ætti að velja lakari meðferð fyrir þá sem standa verr í samfélaginu. „Við eigum alltaf að velja bestu mögulegu lausnina fyrir einstaklinginn, óháð lagalegri stöðu hans."

Clever benti á að Jórdanía, Líbanon og ríki í kringum Venesúela væru í meiri vandræðum vegna innflytjenda en Þýskaland eða önnur Evrópuríki. „En Þýskaland hefur tekið við flestum vegna Sýrlandsstríðsins." Það hafi verið afar krefjandi að taka á móti einni milljón flóttamanna á einu bretti árið 2015. Aldrei höfðu fleiri sótt til landsins, ekki einu sinni vegna stríðsins í Júgóslavíu. Reglur voru aðlagaðar svo flóttamenn sem þurftu heilbrigðisþjónustu gætu sótt sér aðstoð.

Alyna greindi frá því hvernig ýmis evrópsk stjórnvöld hefðu á síðustu árum reynt að fá heilbrigðisyfirvöld til þess að tilkynna ef óskráðir innflytjendur nýttu þjónustuna. Skýrasta dæmið hefði verið í Bretlandi. Fjölmargir læknar hefðu mótmælt þessu hlutverki.

„Þú hefur rödd og það sem þú gerir skiptir máli," sagði Alyna og benti á að ekki þyrfti að standa úti á götu til þess að mótmæla slíku athæfi. Fjöldi leiða væri innan hverrar heilbrigðisstofnunar til að berjast gegn slíku hlutverki. Hún gaf heilræði, meðal annars:

- Verndaðu heilbrigðisgeirann fyrir því að vera handbendi yfirvalda gegn innflytjendum.
- Settu þig í samband við samtök sem þekkja hvernig komið er í veg fyrir að óskráðir innflytjendur njóti heilbrigðisþjónustu og finndu út úr því hvað þú getur gert í því.
- Bentu yfirvöldum á skuldbindingar sínar á sviði mannréttinda og lýðheilsu, sem og læknisfræðilegrar siðfræði og samfélagsleg gildi.
- Veittu örugga þjónustu með því að vernda friðhelgi einkalífsins og persónuupplýsingar viðkomandi.



Alyna Smith með Tomas Linden frá sænska læknafélaginu á vinstri hönd og Ulrich Clever frá því þýska á hægri. Mynd/gag

Líknardrápum fjölgar í Hollandi

4,4% þeirra sem létust í Hollandi 2017 fengu aðstoð við að deyja

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Hin hollenska Jong fór yfir stöðu mála í Hollandi þar sem læknar njóta friðhelgi vilji þeir aðstoða fólk við að deyja.

4,4% þeirra 150.000 sem létust árið 2017 í Hollandi fengu aðstoð við að deyja eða 6585 einstaklingar. Þeim fjölgaði um rétt tæp 20% á tveggja ára tímabili, milli 2015 og 2017.

„Tilfellunum hefur fjölgað í gegnum árin en nú teljum við að jafnvægi sé að nást," sagði Antina de Jong, sem talaði fyrir Konunglegu hollensku læknasamtökin á þriðja degi ráðstefnu Læknafélags Íslands og Alþjóðalæknafélagsins.

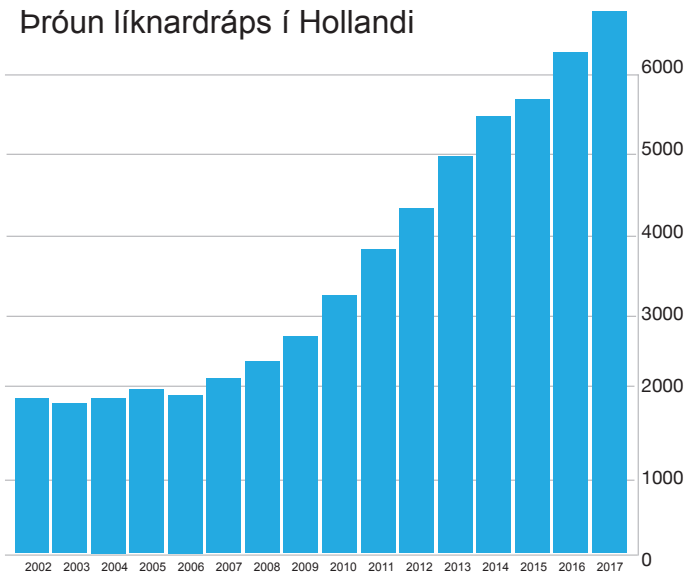
„Læknar í Hollandi mega aðstoða við andlát, en reglurnar eru strangar. Sjúklingar eiga ekki rétt á líknardrápi og lækni ber aldrei skylda til að aðstoða við líknardráp. Hann má hins vegar aðstoða ef hann er sannfærður um að sjúklingur uppfyllir skilyrði reglna og telur ekki aðra lausn draga úr eða lina þjáningar sjúklingsins," upplýsti Jong. „Enn er þó glæpsamlegt að aðstoða einstakling við að deyja hér í Hollandi en læknar hafa friðhelgi gegn refsingum fari þeir eftir þeim reglum sem settar hafa verið."

Grundvallarreglurnar eru: Frjáls og vel íhuguð beiðni sjúklings, óbærilegar þjáningar án möguleika á bættri líðan. Sjúklingar séu upplýstir um stöðu sína og líkur á bata og að sannarlega sé engin önnur skynsamleg lausn í boði. Þá þarf samráð við annan lækni og framkvæma þarf líknardráp með aðgát.

Af þessum ríflega 6000 andlátum í fyrra voru 12 skoðuð nánar af yfirvöldum. „Tólf tilvik þóttu rannsóknarverð en fimm þeirra eru nú í nánari skoðun opinbers saksóknara," segir Jong. „Þetta eru mál þar sem ekki var farið eftir grundvallarreglunum."

Sjá má á opinberum tölum á vefsíðu *Protection of Conscience Project* að allt til ársins 2007 fengu undir 2000 aðstoð en frá árinu 2006 hefur talan meira en þrefaldast.

Jong segir hollenskan almenning upplýstan um líknardráp en að sjálfsögðu séu skiptar skoðanir á því hvort þau séu æskileg. „Sumir styðja málið á meðan aðrir standa gegn því," sagði hún. „En það er alltaf svo að líknardráp er síðasta hálmstráið, ráð sem gripið er til eftir viðeigandi meðferð og ef líknarmeðferð virkar ekki, hjálpar ekki sjúklingnum og hann kvelst."



Heimild: Alliance Vita, en síðasta árið, heimild Jong.



Mikil sendisveit frá japanska læknafélaginu fylgdi formanni sínum, Yokokura, yfir hálfan hnöttinn til Íslands.

Hvatningar og fordæmingar á aðalfundi Alþjóða-læknafélagsins

69. aðalfundur WMA haldinn í Reykjavík

Alþjóðalæknafélagið fordæmdi glæpaverðingu lækna á 69. aðalfundi sínum sem haldinn var í fyrsta sinn hér á landi. Tilefnið er framkoma yfirvalda við lækna í Níkaragva, sem sinna þeim sem hafa mætt harðræði í mótmælaaðgerðum gegn stjórnvöldum. Læknar hafa misst vinnu sína eða verið vændir um glæpi fyrir að hjálpa mótmælendum.



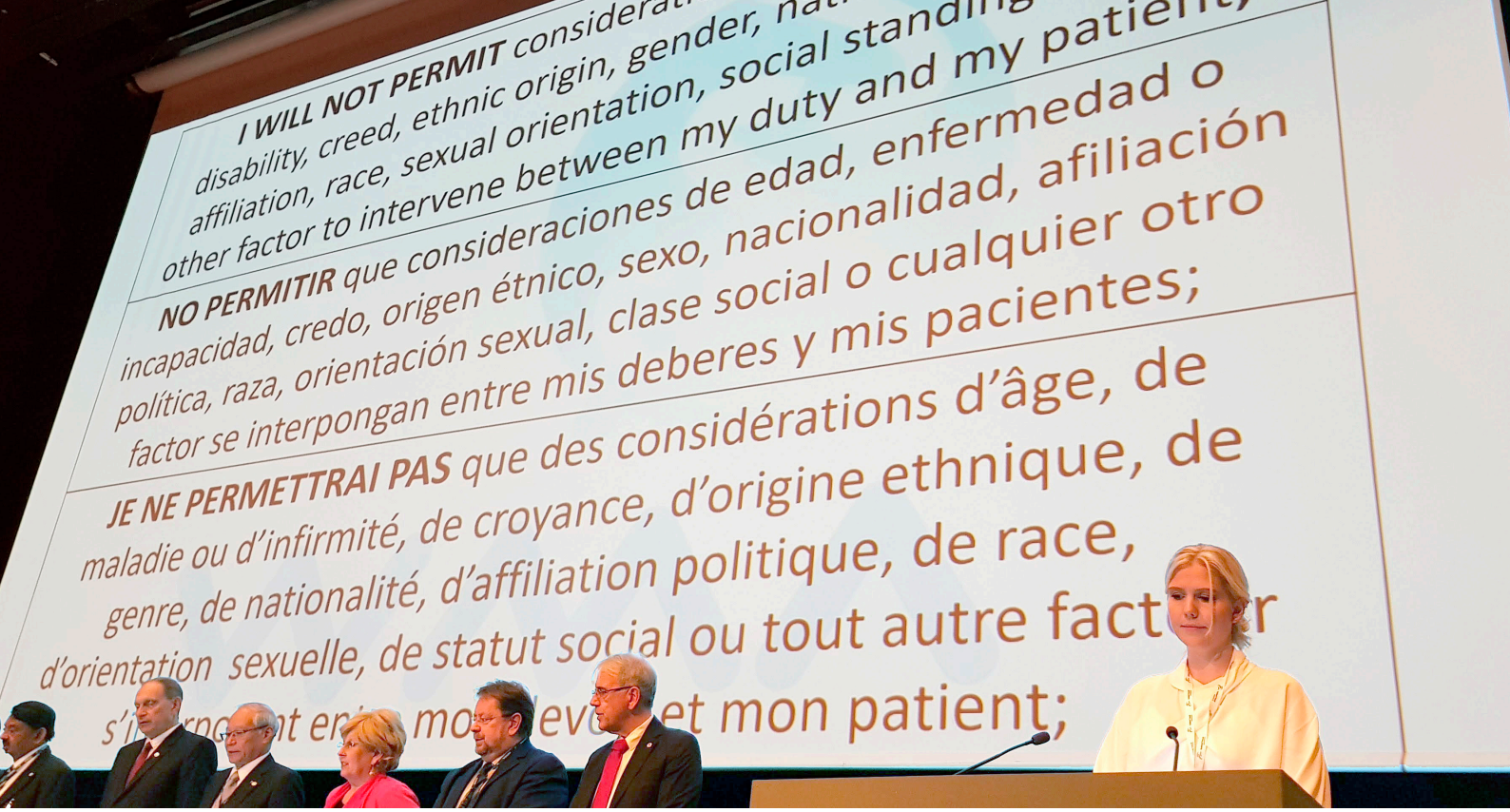
Yokokura var formaður WMA síðasta ár. Hann lét af störfum á fundinum og flutti ársskýrslu sína.

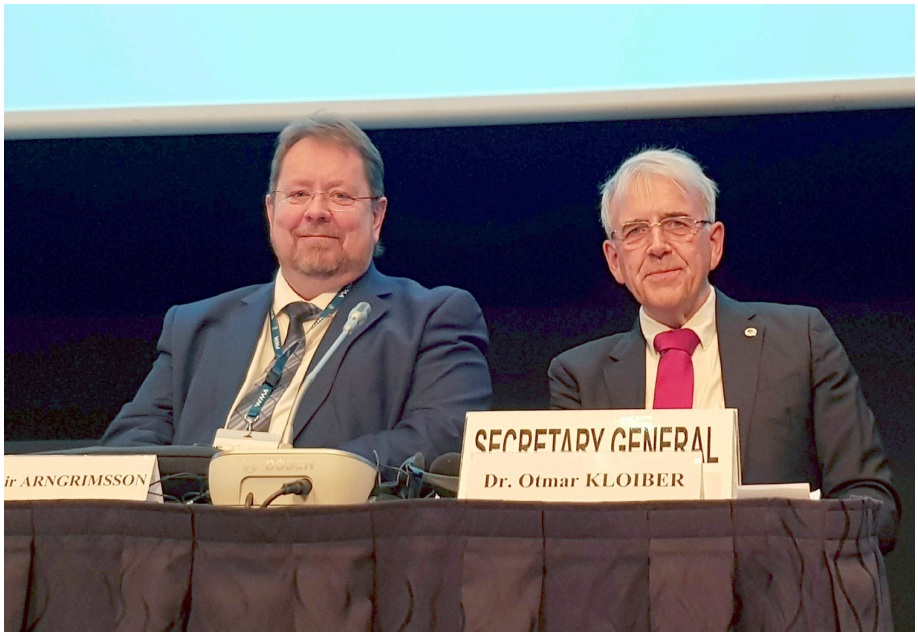


Sólveig Jóhannsdóttir framkvæmdastjóri Læknafélags Íslands og Jón Snædal forseti siðfræðiþings LÍ og WMA voru ánægð með þingið, staðinn og veðrið sem sýndi sitt haustúrval með roki og rigningu en líka 5000 stjörnu norðurljósasýningu!



Guðni Th. Jóhannesson forseti Íslands ávarpaði samkomu WMA og spurði: How do you like Iceland?





Reynir Arngrímsson formaður afmælisbarnsins, Læknafélags Íslands, og Otmar Kloiber, framkvæmdastjóri afmælisgestanna, Alþjóðalæknafélagsins, WMA.



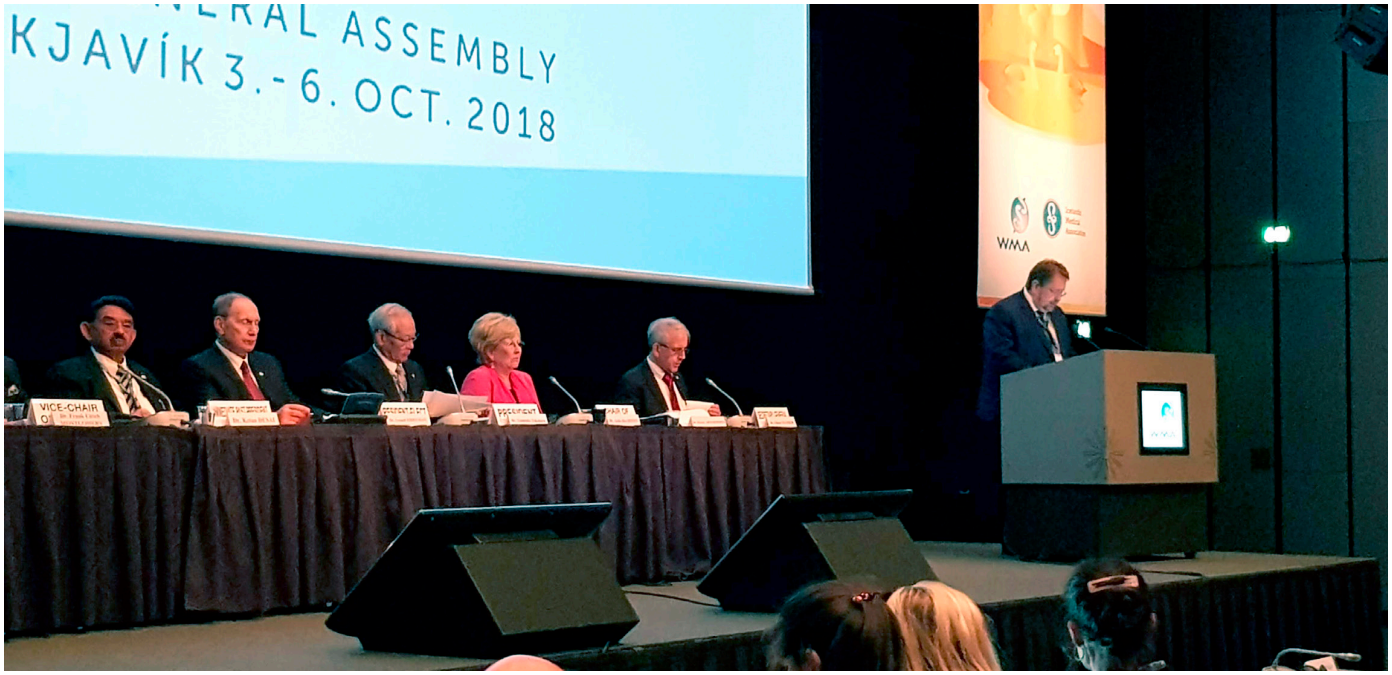
Fulltrúar læknafélaga í 58 löndum áttu fulltrúa á fundinum, og meira að segja Vatíkanið sendi sinn mann á vettvang.

Það var áhrifamikið þegar Guðrún Ása Björnsdóttir formaður Félags almennra lækna las Genfar-heiti WMA á íslensku og fundargestir risu úr sætum og fóru með heitin á ensku, spænsku eða frönsku.

„Alþjóðalæknafélagið, WMA, leggur áherslu á að hlutverk lækna er að taka virkan þátt í að styðja og stuðla að réttindum allra til læknishjálpar sem byggist eingöngu á klínískum þörfum. Þeirra er að mótmæla löggjöf og venjum sem eru í bága við þennan grundvallarrétt," segir í tilkynningu félagsins eftir fundinn, sem gekk vel á allan hátt og umgjörðin til fyrirmyndar.

„Við fordæmum algjörlega þetta niðurrif almenna heilbrigðiskerfisins í Níkaragva og sundrunar siðareglna og mannréttinda í landinu," er haft eftir Leonid Eidelman, nýjum forseta félagsins.

Jafnrétti og innflytjendamál voru til umfjöllunar þeirra 194 fundarmanna frá 58 löndum sem sátu fundinn dagana 3.-6. október. Þessi málefni urðu að Reykjavíkur-yfirlýsingunum. Margir fundargesta munu þó eflaust helst minnast hans fyrir útgöngu kanadíska læknafélagsins úr alþjóðafélaginu eftir að hafa sakaði nýja forsetann um að eigna sér hluta af ræðu forvera í innsetningarræðu sinni síðasta daginn. Dr. Frank Montgomery, varaforseti félagsins, sagðist sjá á eftir þeim úr félaginu og vonast til að sjá þá aftur í fyllingu tímans.



Reynir ávarpar fund Alþjóðalæknafélagsins, og í pallborði eru fráfarandi og verðandi forseti.

„Dr Eidelman bað bæði ráðið og þingið afsökunar sem samþykktu beiðnina," sagði varaforsetinn.

Reykjavíkur-yfirlýsingin um jafnrétti innan læknastéttarinnar var sett fram vegna fjölgunar kvenna í stéttinni, og bent á að víða væru konur yfir 50% læknanema. Þar segir að starfsumhverfið og námið verði að breytast til að styðja alla einstaklinga sem vilji vera læknar og veitt ráð svo það megi gerast. Konur verði að hafa jöfn tækifæri á við karla innan geirans.

Í Reykjavíkur-yfirlýsingunni um innflytjendur er lýst yfir áhyggjum af að lönd sem taki á móti flóttafólki séu að þrengja löggjöf sína. Staða og hlutverk lækna er áréttuð, rétt eins og í ákallinu til yfirvalda Níkaragva.

„Alltaf þarf að forgangsraða heilsu manna umfram aðra hagsmuni," leggur forsetinn þar áherslu á.



Nýr formaður sver embættiseiðinn, Ísraelinn Leonid Eidelman.



Starfsmenn LÍ héldu þinginu gangandi og leystu hvers manns vanda: Margrét Aðalsteinsdóttir, Dögg Pálsdóttir og Sólveig Jóhannsdóttir.

Fíknivandi vegna ávanabindandi lyfja á Íslandi

Andrés Magnússon fíknigeðlæknir, **Jón Pétur Einarsson** lyfjafræðingur, **Ólafur B. Einarsson** sérfræðingur

Í þingsályktun um lyfjastefnu til ársins 2022 er meðal annars stefnt að því að minnka notkun ávanabindandi lyfja á Íslandi. Einnig hefur starfshópur á vegum velferðarráðuneytis skilað tillögum um hvernig minnka megi ávísun ávanabindandi lyfja.[1] Ástæðan fyrir þessum aðgerðum er mikil notkun þessara lyfja hér á landi. Svíar koma næst á eftir Íslendingum í notkun tauga- og geðlyfja meðal Norðurlandaþjóða en árið 2017 fengu 27,7% Svía ávísað lyfjunum en 37,8% Íslendinga.[2,3]

Hluti tauga- og geðlyfja eru ávanabindandi en árið 2017 fengu 92.000 einstaklingar[2] ávísað ávanabindandi lyfjum[4] á Íslandi. Af þessum einstaklingum fengu 1736 ávísað sem nemur þreföldum dagsskammti (DDD), eða meira á hverjum degi af einu eða fleirum ávanabindandi lyfjum. Flestir (83.755 einstaklingar) fengu hins vegar innan við einn skilgreindan skammt á dag að meðaltali allt árið, sjá töflu I (*án methýlfenídats).

Embætti landlæknis gaf nýlega út leiðbeiningar um góðar ávísanavenjur lækna sem nálgast má á heimasíðu embættisins. Þar er meðal annars fjallað um að ákveðnar samsetningar ávanabindandi lyfja beri að forðast.[5] Í töflu II kemur fram að margir eru að fá nokkrum ávanabindandi lyfjum ávísað en 5804 fengu ávísað fjórum eða fleiri mismunandi ávanabindandi lyfjum árið 2017.

Þol getur myndast mjög hratt fyrir róandi lyfjum og sterkum verkjalyfjum. Sennilega finna tugir þúsunda Íslendinga fyrir vægum fráhvörfum frá ávanabindandi lyfjum á hverju ári og samkvæmt ofannefndum tölum skipta þeir þúsundum sem hafa þróað með sér þol og myndu upplifa veruleg fráhvörf ef ávísun lyfjanna yrði hætt. Einhverjir þessara hafa myndað fíkn í lyfin. Af ofannefndum tölum og af bréfaskiptum Embættis landlæknis við lækna má ráða að fjölmargir læknar á Íslandi virðast stunda viðhaldsmeðferð á fíknisjúkdómi upp á sitt eindæmi. Þessir læknar virðast líta svo á að heillavænlegast sé fyrir sjúklinginn, með tilliti til öryggis, líðanar, lifnaðarhátta (til dæmis vændis) og afbrota, að þeir ávísi fíknilyfjunum fast á þessa einstaklinga. Í nýlegri skýrslu frá velferðarráðuneytinu er skýrt tekið fram að „Viðhaldsmeðferð er aðeins framkvæmd á vegum læknis meðferðarstofnunar eða heilbrigðisstofnunar sem býður upp á slíka þjónustu.“[1] Þetta ákvæði er skiljanlegt í ljósi eftirfarandi: Það er mjög örlagarík ákvörðun að skilgreina ákveðinn einstakling þannig að hann muni aldrei hætta neyslu ávanabindandi lyfja og að setja hann fast á ávanabindandi lyf það sem eftir er ævinnar, sú ákvörðun verður varla tekin af einyrkja. Flestar rannsóknir á viðhaldsmeðferð miðast við þá sem eru að nota heróín í æð og ekki liggur alltaf ljóst fyrir hvernig heimfæra skuli þá þekkingu upp á Ísland. Einyrki á stofu eða heilsugæslu á Íslandi getur ekki gefið lyfin eins þétt og þarf í viðhaldsmeðferð heldur fær sjúklingurinn lyf til langs tíma í einu. Þess vegna ratar hluti þeirra ávanabindandi lyfja sem læknir ávísar „til viðhaldsmeðferðar“ til annarra aðila sem eykur fíknivandann í landinu, þar með talin dauðsföll. Ekki er heldur unnt fyrir heimilislækna eða stofulækna að fylgjast reglulega með því hvort önnur efni finnist í þvagi.

Til þess að þróa með sér lyfjafíkn þarf einstaklingurinn bæði að hafa fólgna í sér tilhneiginguna til lyfjafíknar og að rekast á lyfin. Það liggur í hlutarins eðli að margir sem gætu hafa orðið háðir ávanabindandi lyfjum verða það ekki ef minna er af ávanabindandi lyfjum í umhverfi þeirra og minna um að læknar ávísi þannig lyfjum á þá.

Það er vandamál á Íslandi að þegar einn læknir reynir að takmarka ávísun á ávanabindandi lyf getur sjúklingur hæglega leitað til annarra lækna.

Það skal áréttað að hjá meirihluta lækna á Íslandi eru þessi mál í góðu lagi.

Tafla I. *Fjöldi einstaklinga á ári á mismunandi skömmtum ávanabindandi lyfja.*

	Skammtar (DDD) á dag											
Skammtar	**0 til 1**	**1 til 2**	**2 til 3**	**3 til 4**	**4 til 5**	**5 til 6**	**6 til 7**	**7 til 8**	**8 til 9**	**9 til 10**	**10 eða meira**	
Ár	Fjöldi Einstaklinga											samtals
2009	69892	7984	1987	774	373	222	126	92	56	27	108	81641
2013	72924	8567	2183	787	432	216	133	75	59	27	58	85461
2017	80074	8511	2258	831	418	203	129	57	33	26	39	92579

Tafla II. *Fjöldi einstaklinga sem leysir út mismunandi mörg ávanabindandi lyf.*

	Fjöldi lyfja						
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6 eða fleiri**	**10 eða fleiri**
Ár	Fjöldi einstaklinga						
2009	56.859	18.218	6869	2756	1105	895	33
2013	60.357	19.298	7456	2822	1178	787	23
2017	66.616	22.203	8749	3448	1438	918	22

Heimildir

1. stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3d1a8517-5f-66-11e8-942c-005056bc530c
2. Lyfjagagnagrunnur landlæknis
3. socialstyrelsen.se/statistik
4. landlaeknir.is/servlet/file/store93/item35570/Listi%20yfir%20ávanabindandi%20lyf.pdf
5. landlaeknir.is/um-embaettid/greinar/grein/item31883/Leidbeiningar-um-goda-starfshaetti-laekna-vid-avisun-lyfja

Athugasemdir við ritstjórnargrein

Magnúsar Gottfreðssonar í 10. tbl. 104 árg. Læknablaðsins 2018: „Aldarafmæli spænsku veikinnar og viðbrögð við skæðum farsóttum á 21. öld“

Í ritstjórnargrein Magnúsar Gottfreðssonar í 10. tbl. 104. árgangs *Læknablaðsins* 2018 um spænsku veikina hér á landi er skilmerkilega sagt frá því hversu alvarlegur faraldurinn var hér á landi á árinu 1918. Í lok greinarinnar lætur Magnús hins vegar að því liggja að viðbúnaður í dag hér á landi gegn slíkum ógnum sé lítill sem enginn og að það megi helst rekja til þess að aðbúnaður/viðbúnaður á Landspítala sé slæmur.

Rétt er að upplýsa lesendur *Læknablaðsins* um að mikil vinna hefur verið innt af hendi á undanförnum árum af sóttvarnalækni og almannavarnadeild ríkislögreglustjóra í samvinnu við ýmsa aðila í þjóðfélaginu við gerð viðbragðsáætlunar gegn heimsfaraldri inflúensu. Slíkri áætlun er ætlað að auka viðbragðsþol samfélagsins sem mest þegar næsti faraldur skellur á. Fjölmargir aðilar hafa komið að áætluninni og var síðasta útgáfa gefin út á árinu 2016.

Mikilvægt er að hafa í huga að viðbrögð við alvarlegum farsóttum í framtíðinni er ekki bara hægt að dæma út frá aðbúnaði á Landspítala heldur einnig þeim viðbrögðum sem áætluð eru á öðrum heilbrigðisstofnunum og í samfélaginu öllu. Landspítali mun vissulega gegna mikilvægu hlutverki þegar næsti heimsfaraldur inflúensu ríður yfir og mikilvægt að styrkja og bæta allan aðbúnað þar sem mest en aðbúnaður og samfélagsleg viðbrögð eru ekki síður mikilvæg. Í þessu tilliti er einnig rétt að árétta að hér á landi eru til birgðir af nauðsynlegum lyfjum og vökva til þriggja til fjögurra mánaða, veirulyf fyrir 40.000 manns, miklar birgðir af hlífðarbúnaði og bóluefni hefur verið tryggt fyrir að minnsta kosti 150.000 manns.

Það er því ekki hægt að taka undir með Magnúsi að hér sé takmarkað birgðahald af lífsnauðsynlegum lyfjum og að Íslendingar séu illa búnir undir heimsfaraldur inflúensu.

Þórólfur Guðnason
sóttvarnalæknir



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

Furðulega illa undir búin í margvíslegu tilliti – svar við athugasemd sóttvarnalæknis

Þórólfur Guðnason sóttvarnalæknir skrifar sérstaka athugasemd við leiðarann „Aldarafmæli spænsku veikinnar og viðbrögð við skæðum farsóttum á 21. öld“ sem birtist í októberhefti *Læknablaðsins*.[1] Það er ánægjulegt að þessi stuttu skrif mín hafi vakið athygli sóttvarnalæknis. Það er þó nauðsynlegt í málefnalegum skoðanaskiptum að rétt sé eftir manni haft. Í athugasemdum sínum hér í blaðinu og á heimasíðu Embættisins leggur hann undirrituðum fyrst orð í munn en beinir síðan athugasemdum sínum (og „leiðréttingum“ eins og það er orðað á heimasíðu Embættisins) að eigin orðum: Hann segir að ég „láti að því liggja að viðbúnaður í dag hér á landi sé lítill sem enginn“. Þetta er rangt. Ég skrifaði hins vegar að við séum *„furðulega illa undir slíka vágesti búin í margvíslegu tilliti“*. Þetta eru ekki fullyrðingar sem leggja má að jöfnu.

Í framhaldi af þessu telur sóttvarnalæknir upp nokkur mikilvæg atriði úr viðbragðsáætlun gegn heimsfaraldri inflúensu sem endurskoðuð var 2016. Mér er ljúft að segja það hér að ég hef gott eitt að segja um viðbragðsáætlunina og geri hvergi lítið úr henni. Leiðarinn fjallar þó ekki aðeins um inflúensu heldur einnig skæða smitsjúkdóma, til dæmis Ebola eins og ljóslega má sjá af yfirskrift hans og efni. Fullnægjandi aðstaða til að taka á móti slíkum sjúklingum á Landspítala er einfaldlega ekki til staðar, enda þótt starfsfólk hafi reynt að gera eins gott úr stöðunni og kostur er í síðasta stóra faraldri.[2]

Í annan stað ýja ég að þeirri spurningu hversu vel Landspítali, þar sem langflestum af veikustu sjúklingum landsins er sinnt í dag, sé fær um að takast á við viðbótarálag þegar spítalinn er á viðbúnaðarstigi langtímum saman, jafnvel í venjulegu árferði þegar engin óvenjuleg veikindi eru á sveimi í þjóðfélaginu.

Í þriðja lagi liggur það í eðli skæðra sýkinga að oft þurfa sjúklingar á einangrun og gjörgæslumeðferð að halda. Ísland er meðal þeirra landa í Evrópu sem hafa hlutfallslega fæst gjörgæslurúm.[3] Ætti þessu ekki að vera öfugt farið í fámennu eyríki (með einna hæstu þjóðartekjur á mann í heimi) sem ekki getur leitað yfir landamærin með aðstoð og sjúkraflutninga þegar þörfin er brýnust? Reynslan á Íslandi af síðasta heimsfaraldri inflúensu 2009 sýnir að af þeim sem lögðust inn á sjúkrahús þurfti hátt hlutfall meðferð á gjörgæslu.[4] Þrátt fyrir þetta hefur rúmum á gjörgæsludeildum hérlendis fækkað frá þeim tíma og þar skortir mannskap eins og víðar.[3]

Í leiðara mínum voru lyf einnig nefnd til sögunnar: *„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.“* Hér er undirritaður að vísa til þess að reynslan af Ebolafaraldrinum sem hófst árið 2014 sýnir að veruleg töf (hálft ár) getur skapast á að fá ýmiss konar búnað þegar margar þjóðir eru samtímis um hituna.[2] Það er ekki alltaf augljóst eða fyrirsjáanlegt hvaða búnað þarf næst.

Hvað lyfin varðar eru fylgisýkingar af völdum baktería algengar í sjúklingum með inflúensu. Læknar hafa oft mátt búa við það undanfarin ár að hafa ekki aðgang að mjög mikilvægum sýklalyfjum handa skjólstæðingum sínum, jafnvel vikum og mánuðum saman. Sem dæmi má nefna kloxacillín, trimetoprím-sulfametoxazól og nítrófúrantoín, - allt algeng og mikilvæg lyf. Sá skortur er viðbragðsáætlun gegn heimsfaraldri óviðkomandi eftir því sem ég best veit, en jafnraunverulegur fyrir sjúklinga engu að síður og því gerður að umtalsefni.

Vonandi verður þetta aldarafmæli hörmunganna frá 1918 okkur hvatning til að bæta þá umgjörð sem bæta þarf.

Magnús Gottfreðsson
ritstjóri Læknablaðsins

Heimildir

1. Gottfreðsson M. Aldarafmæli spænsku veikinnar og viðbrögð við skæðum farsóttum á 21. öld. Læknablaðið 2018; 104: 435.
2. Guðlaugsson Ó, Elfarsdóttir Á, Helgadóttir H, Guðmundsson. Landspítalinn og ebóla, lærdómur og framtíðin. Læknablaðið 2016; 102: 306-9.
3. Kárason S. Tólf gjörgæslurúm á Landspítala - dugar það til? Læknablaðið 2018; 104: 333.
4. Sigurðsson GH, Möller AD, Kristinsson B, Guðlaugsson Ó, Kárason S, Sigurðsson SE, et al. Gjörgæslusjúklingar með inflúensu A (H1N1) á Íslandi 2009. Læknablaðið 2010; 96: 83-90.

Félag íslenskra lyflækna

Lyflæknaþing 2018

XXIII þing Félags íslenskra lyflækna verður haldið í Hörpu
30. nóvember -1. desember næstkomandi.

Dagskrá þingsins, sem er fjölbreytt að vanda,
er að finna á fésbókarsíðu Félags íslenskra lyflækna
og á vef Athyglisráðstefna (athygliradstefnur.is)



Xarelto 15 mg/20 mg filmuhúðaðar töflur – Skyldutexti

▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skal Lyfjastofnun um **allar** aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. **Virkt efni:** Rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilaslag eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúplægum bláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Frábendingar:** •Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. •Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. •Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðingu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. •Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparinux), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynningarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. •Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur af flokki Child Pugh B og C. •Meðganga og brjóstagjöf. **Heimild:** Unnið í október 2018 úr Samantekt á eiginleikum lyfs (ágúst 2018). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst. Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. Markaðsleyfishafi:** Bayer AG. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Vinsamlegast hafið samband í síma 821 8046 ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum um lyfið. **Afgreiðslumáti og greiðsluþátttaka:** R, G. **Hámarkssmásöluverð þynnupakkninga (október 2018):** 12.082 kr. (28 stk.), 17.357 kr. (42 stk. – 15 mg eingöngu), 36.686 kr. (98 stk.), 37.824 kr. (100 stk.).

BAY181001

HEILBRIGÐISSTOFNUN VESTURLANDS

Staða læknis við Heilbrigðisstofnun Vesturlands í Borgarnesi

Á Heilsugæslustöðinni í Borgarnesi fer fram fjölbreytt starfsemi en auk almennrar heilsugæsluþjónustu eins og móttöku, ungbarnaverndar, skólaheilsugæslu og mæðraverndar er þar teymisvinna í kring um vaktþjónustu að deginum, sykursýkismóttöku og lífsstílsmóttöku. Upptökusvæði stöðvarinnar er víðfeðmt og nær yfir 5500 ferkílómetra svæði. Þar eru u.þ.b 4000 íbúar auk tveggja háskóla með nemendagörðum og ríflega 2000 sumarbústaða.

Helstu verkefni og ábyrgð
Lögð er áhersla á faglegan metnað, jákvæðni og sveigjanleika. Lipurð og áreiðanleiki í samskiptum eru skilyrði.

Hæfnikröfur
Íslenskt lækningaleyfi er skilyrði og sérfræðiviðurkenning í heimilislækningum er æskileg. Góðrar íslenskukunnáttu er krafist.

Áskilinn er réttur til að hafna umsóknum frá einstaklingum sem ekki teljast uppfylla framangreind skilyrði.

Frekari upplýsingar um starfið
Laun samkvæmt gildandi kjarasamningi sem fjármála- og efnahagsráðherra og Læknafélag Íslands hafa gert.

Starfshlutfall er 100% en hægt að semja um annað, sem og vaktbyrði.

Umsókn skal fylgja ítarleg náms- og starfsferilsskrá. Jafnframt skal leggja fram staðfestar upplýsingar um læknismenntun, læknisstörf og vísinda- og rannsóknarstörf ásamt staðfestu afriti af opinberu starfsleyfi. Mat á hæfni umsækjenda byggist á innsendum gögnum og viðtölum við umsækjendur. Gögn sem ekki er hægt að senda rafrænt skulu berast til yfirlæknis heilsugæslustöðvarinnar í Borgarnesi. Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin.

Borgarnes er góður staður til að búa á, stutt í mikla náttúrufegurð, mannlíf gott og starfsandi á stöðinni góður. Húsnæði í boði á staðnum.

Umsóknarfrestur er til og með 15.11.2018

Nánari upplýsingar veita
Linda Kristjánsdóttir - *linda.kristjansdottir@hve.is* - 432-1430
Þórir Bergmundsson - *thorir.bergmundsson@hve.is* - 432-1000



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER
APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS

Þrír nýir doktorar í læknisfræði frá HÍ



Frá doktorsvörn Eiríks Briem, frá vinstri: Þórarinn Guðjónsson, James B. Lorens, Eiríkur, Zophonías Oddur Jónsson og Engilbert Sigurðsson. Mynd/Árni Sæberg.

EIRÍKUR BRIEM varði doktorsritgerð sína í líf- og læknavísindum við læknadeild Háskóla Íslands 3. júlí. Ritgerðin heitir: *Hlutverk microRNA í formgerð brjóstkirtils og bandvefsumbreytingu þekjuvefjar.*

Andmælendur voru James B. Lorens, prófessor við háskólann í Bergen, og Zophonías Oddur Jónsson, prófessor í sameindaerfðafræði við líf- og umhverfisvísindadeild Háskóla Íslands.

Umsjónarkennari og leiðbeinandi var Þórarinn Guðjónsson, prófessor við læknadeild Háskóla Íslands og meðleiðbeinandi var Magnús Karl Magnússon, prófessor við sömu deild. Auk þeirra sátu í doktorsnefnd Erna Magnúsdóttir, dósent við læknadeild Háskóla Íslands, Hans Tómas Björnsson, yfirlæknir á Landspítala og Þórunn Rafnar, yfirmaður krabbameinsrannsókna hjá Íslenskri erfðagreiningu.

Ágrip af rannsókn

Brjóstakrabbamein á upptök í þekjufrumum í endum greinóttra kirtilganga. Í æxlisvexti nýta krabbameinsfrumur sér ferli sem kallast bandvefsumbreyting þekjuvefjar (EMT) til að skríða í gegnum bandvef í átt að sogæðum og eða háræðum sem þær nýta sér til meinvarpamyndunar til annarra líffæra. Aukinn skilningur á ferlum sem stýra greinóttri formgerð og EMT er mikilvægur þar sem sú vitneskja getur varpað ljósi á fyrstu skref í myndun brjóstakrabbameina. Í verkefninu var notast við brjóstastofnfrumulínuna D492 sem myndar kirtilganga og kirtilber í þrívíðri frumurækt. Þegar D492 er ræktuð í þrívíðri samrækt með æðaþelsfrumum eykst geta hennar til greinóttrar formmyndunar og EMT. D492M frumulínan er komin frá D492 í gegnum EMT. Í doktorsverkefninu var genatjáningarmynstur D492 og D492M í myndun greinóttrar formgerðar og EMT rannsakað.

Doktorsefnið

Eiríkur Briem (1979) lauk B.Sc.-prófi í líffræði frá Háskóla Íslands 2002 og MS-prófi í líf- og matvælatækni frá Háskólanum í Lundi 2005. Hann var rannsóknarstofustjóri hjá Johns Hopkins University og vann að uppbyggingu rannsóknarstofu í raðgreiningar- og örflögutækni. Eiríkur er deildarstjóri erfða- og sameindalæknisfræðideildar á Landspítala.

AMARANTA Ú. ARMESTO JIMENEZ varði doktorsritgerð sína í líf- og læknavísindum við læknadeild Háskóla Íslands 17. ágúst. Ritgerðin heitir: *Hlutverk erfðabreytileika í stjórnsvæði MUC5B gensins og áhrif hans á lungnatrefjun.*

Andmælendur voru Gisli Jenkins, prófessor við University of Nottingham, Englandi, og Guðmundur Hrafn Guðmundsson, prófessor við Háskóla Íslands.

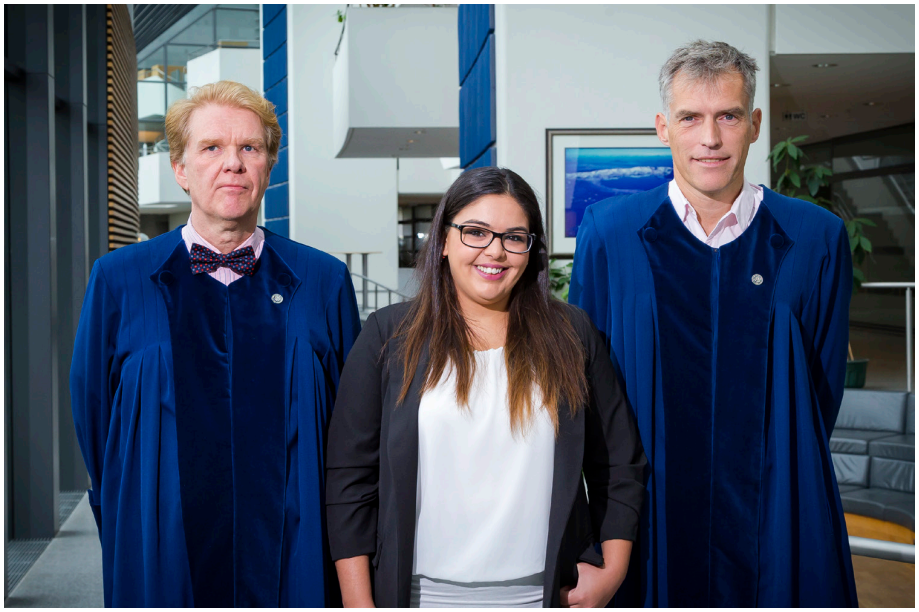
Umsjónarkennari og leiðbeinandi var Magnús Karl Magnússon, prófessor við læknadeild Háskóla Íslands. Auk hans sátu í doktorsnefnd Eiríkur Steingrímsson prófessor, Gunnar Guðmundsson prófessor, Erna Magnúsdóttir dósent og Þórarinn Guðjónsson prófessor, öll við læknadeild.

Ágrip af rannsókn

Lungnatrefjun af óþekktum uppruna er alvarlegur og ólæknandi sjúkdómur. Lifun eftir greiningu er um 3-5 ár og eina læknandi meðferðin er lungnaígræðsla, sem ekki allir þola. Nýverið hafa komið fram lyf á borð við pirferidone og nintedanib sem hafa náð að hægja á framgangi sjúkdómsins með því að hamla boðferla sem leiða til trefjunar. Þó er það þannig að IPF greinist oftast seint í sjúkdómsferlinu þannig að líkur á læknandi meðferð eru minni. Því er afar mikilvægt að uppgötva nýja áhættuþætti sjúkdómsins sem hægt er að nota til greiningar fyrr í ferlinu. Nýleg erfðamengis-tengslagreining á IPF sjúklingum samanborið við heilbrigða einstaklinga leiddi í ljós að einbasabreytileiki (G-T) (rs35705950) í stýrisvæði MUC5B-gensins var til staðar í 45% IPF-sjúklinga samanborið við 11% heilbrigðra. Þessi breytileiki er í dag stærsti þekkti áhættuþáttur fyrir IPF. G-T breytingin hefur einnig verið tengd við snemmkomna trefjun í lungum, sem bendir til tengsla stökkbreytinga í MUC5B og lungnatrefjunar. Fram til þessa hefur ekki verið ljóst hvernig þessi einbasabreytileiki hefur þessi áhrif. Í þessu verkefni eru sameindalíffræðilegar afleiðingar stökkbreytingarinnar á tjáningarstjórn MUC5B í þekjufrumum lungna útskýrðar, en meðal annars er notast við CRISPR-Cas9 erfðabreytingaraðferðina.

Doktorsefnið

Amaranta Úrsula Armesto Jiménez (1989) lauk BSc-gráðu í líftækni 2012 frá Pablo de Olavidade University (UPO) í Sevilla og lauk meistaragráðu í þýðingarrannsóknum í lífeindafræði við háskólann í Cordoba 2013. Amaranta vann að doktorsverkefni sínu við Lífvísindasetur.



Guðmundur Hrafn Guðmundsson, doktorinn nýi: Amaranta Ú. Armesto Jiminez og Gisli Jenkins. Myndir Kristinn Ingvarsson.



Valtýr Stefánsson Thors, nýdoktorinn Marita Debess Magnussen og Anders Koch.

MARITA DEBESS MAGNUSSEN varði doktorsritgerð sína í líf- og læknavísindum við læknadeild Háskóla Íslands 21. september. Ritgerðin heitir: *Sýklalyfjaónæmi hjá Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes og Escherichia coli í Færeyjum, tengsl við sýklalyfjanotkun og samanburður við Ísland og Danmörku.*

Andmælendur voru Anders Koch, sérfræðilæknir í smitsjúkdómum og faraldsfræði við Statens Serum Institut, Kaupmannahöfn og Valtýr Stefánsson Thors, sérfræðilæknir í smitsjúkdómum barna, Barnaspítala Hringsins.

Umsjónarkennari og leiðbeinandi var Karl G. Kristinsson, prófessor. Auk þeirra sátu í doktorsnefnd Helga Erlendsdóttir lífeindafræðingur, Pál Magni Weihe, yfirlæknir, Shahin Gaini, yfirlæknir og Þórólfur Guðnason, sóttvarnalæknir.

Ágrip af rannsókn

Landfræðileg einangrun Færeyja gerir eyjaklasann að ákjósanlegum stað fyrir rannsóknir á beratíðni baktería, klónasamsetningu þeirra og bólusetningarannsóknir. Engu að síður hafa slíkar rannsóknir ekki verið fyrir hendi og takmarkaður aðgangur að nauðsynlegum gögnum hefur hamlað slíkum rannsóknum. Þau nýju gögn og greiningar sem birtast í þessari ritgerð gefa mikilvægar upplýsingar um sýklalyfjaónæmi hjá þremur meinvaldandi bakteríum í mönnum í Færeyjum – streptókokkum af flokki A (GAS), *Escherichia coli* og pneumókokkum. Álykta má að tengslin á milli sýklalyfjaónæmis hjá *E. coli* og sýklalyfjanotkunar réttlæti endurmat á stefnu við val á sýklalyfjum við þvagfærasýkingum. Beratíðni pneumókokka í börnum á leikskólum var lág og sýklalyfjaónæmi sjaldgæft. Algengi pneumókokka með minnkað næmi fyrir penisillíni var lágt í samanburði við Ísland og Danmörku. Bólusetningaráætlunin frá 2008 virðist hafa fækkað bóluefnishjúpgerðum í ífarandi sýkingum og auk þess eru vísbendingar um breytingar á algengi tiltekinna hjúpgerða pneumókokka í berum. Tölfræðilíkan um þróun sýklalyfjaónæmis hjá *E. coli* auðveldar okkur að gera raunhæfar spár um þróun ónæmis samfara aukinni sölu sýklalyfja og gæti gagnast öðrum þjóðum í eftirliti þeirra með sýklalyfjaónæmi. Með því að bera saman niðurstöður tengdar færeysku þjóðinni við niðurstöður nágrannalandanna Íslands og Danmerkur, hefur nú i fyrsta sinn fengist mat á stöðu Færeyja í samhengi við þá alheimsógn sem steðjar af fjölónæmum bakteríum.

Doktorsefnið

Marita Debess Magnussen (1975) fékk meistaragráðu frá London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London. Hún rekur og er framkvæmdastjóri sjálfstæðrar rannsóknastofu í Færeyjum og kennir örverufræði við háskólann þar.





Málþing til heiðurs Sigurði Guðmundssyni

Föstudaginn 19. október héldu Háskóli Íslands og Landspítali málþing í Hringsal af því tilefni að Sigurður Guðmundsson er kominn á tilhlýðilegan og löggiltan starfslokaaldur. Sigurður er smitsjúkdómalæknir og prófessor við HÍ, og hans samstarfsmenn hér heima komu saman til að rekja feril hans og hlýða á Alison Holmes frá London og Amiee Zaas frá Norður-Karólínu fara yfir sviðið. Helga Erlendsdóttir og Haraldur Briem ávörpuðu samkomuna, og Helga Ágústa Sigurjónsdóttir flutti kveðju og glaðning frá samstarfsfólki.

Magnús Gottfreðsson stýrði þessum fundi og var yfirbragð gesta nokkuð ólíkt því sem jafnan er í Hringsal þar sem alvaran er oft ein við völd. Á öftustu bekkjum salarins gerði ungliðahreyfing sig gildandi, greinilega lærisveinar Sigurðar, og öllum bar saman um að þrátt fyrir ótvíræða leiðtogahæfileika hans, óyggjandi fræðimennsku, góðmennsku hins klára læknis og vökult auga landlæknis þá væri kennslan hans fullkomna forte. Í viðtali í septemberblaði *Læknablaðsins* kom líka fram að starfið er hans hugðarefni, og hefur verið frá því hann sem læknanemi sá bakteríur í fyrsta sinn í smásjá, - þá varð hann alveg gagntekinn og hann hefur ekkert læknast af því.

Sigurður hefur gegnt flestum helstu lykilstöðum í íslensku heilbrigðiskerfi, en þó ekki verið heilbrigðisráðherra. Hann sat í ritstjórn *Læknablaðsins* árin 1987-1996, og blaðið lítur svo á að það eigi í honum hvert bein og þakkar fyrir góða samvinnu fyrr og síðar.

VS



BET180021S 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

ACCUVEIN ÆÐASJÁIN
HJÁLPAR ÞÉR AÐ FINNA GÓÐAN STUNGUSTAÐ



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

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

FASTUS
Veit á vandaða lausn