Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



1/2019

105. árgangur: 1-52

NÝJUNG!

Ný meðferð fyrir sjúklinga með langvinnan kransæðasjúkdóm eða útslagæðakvilla með einkennum

NÝ ÁBENDING

„Xarelto, gefið ásamt asetýlsalisýlsýru, er ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar gegn blóðsega af völdum æðakölkunar (atherothrombotic events) hjá fullorðnum sjúklingum með kransæðasjúkdóm (coronary artery disease) eða útslagæðakvilla með einkennum (symptomatic peripheral artery disease) í mikilli hættu á blóðþurrð.“



Skammtar eru 2,5 mg[a] af Xarelto tvisvar á dag ásamt asetýlsalisýlsýru 75–100 mg einu sinni á dag.

Samþykki ábendingarinnar byggir á gögnum úr **COMPASS-rannsókninni**[1], stærstu III. stigs rannsókn sem gerð hefur verið á rivaroxabani (27.395 sjúklingar). Rannsóknin leiddi í ljós að rivaroxaban 2,5 mg tvisvar á dag, ásamt 100 mg af asetýlsalisýlsýru einu sinni á dag, **minnkaði líkurnar á samsetta endapunktinum „dauðsfall af völdum hjarta- og æðasjúkdóms, drep í hjartavöðva og heilaslag“ um 24 %** (hlutfallsleg áhættuminnkun, alger áhættuminnkun 1,3 %, p = 0,00004) samanborið við asetýlsalisýlsýru 100 mg einu sinni á dag eingöngu.

a. Notkun er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með kreatínín úthreinsun < 15 ml/mín. Gæta skal varúðar við notkun Xarelto hjá sjúklingum með kreatínín úthreinsun 15–29 ml/mín. og hjá sjúklingum með kreatínín úthreinsun 30–49 ml/mín. sem fá samhliða meðferð með lyfjum sem auka þéttni rivaroxabans í plasma.

Heimild: 1. Eikelboom JW, Connolly SJ, Bosch J, *et al*. Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2017; 377:1319–30.

Sérlyfjatexti á bls. 46

Xarelto® rivaroxaban

L.IS.MKT.10.2018.0168 Október 2018 XARD0168 – Bilbo



Myndina tók Davíð O. Arnar og á henni eru frá vinstri Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, Karl Andersen, Bára Dís Benediktsdóttir, Hulda Hrund Björnsdóttir, Margrét B. Andrésdóttir og Þórður Harðarson.

XXIII. þing Félags íslenskra lyflækna

Gerður Gröndal

Fyrstu helgina í desember var haldið XXIII. þing Félags íslenskra lyflækna í Hörpu. Að undirbúningnum stóðu stjórn lyflækna, þau Davíð O. Arnar formaður, Gerður Gröndal ritari, Sigurður Ólafsson gjaldkeri, Signý Vala Sveinsdóttir, Runólfur Pálsson, Friðbjörn Sigurðsson og Örvar Gunnarson meðstjórnendur og auk þeirra sérnámslæknar í lyflækningum, þær Bára Dís Benediktsdóttir og Theódóra Rún Baldvinsdóttir. Bylgja Kjærnested hjúkrunarfræðingur sá um skipulagningu fyrirlestra á sviði hjúkrunar.

Þau nýmæli voru að vikuna á undan var vika lyflækninga með hádegisfyrirlestrum á Landspítala Hringbraut og í Fossvogi, og fræðslufyrirlestrum í Petersen svítunni föstudagskvöldið viku fyrir þingið. *Læknablaðið* gaf út fylgirit með ágripum og dagskrá þingsins, og er efnið varðveitt á heimasíðu blaðsins: laeknabladid.is/fylgirit/

Meðal þess sem þar bar hæst var málþing um uppbyggingu starfsferils í lyflækningum, þar sem Rita Redberg læknir og aðalritstjóri JAMA Internal Medicine, fjallaði um mikilvægi vísindarannsókna og hvernig best er að bera sig að við að birta vísindagreinar, og listina að flétta saman klínískt starf og vísindavinnu.

Um árabil hefur þingið verið helsti vettvangur fyrir kynningu á niðurstöðum vísindarannsókna, margir af okkar fremstu vísindamönnum í læknisfræði hafa þreytt frumraun sína á þingum félagsins. Verðlaun voru veitt úr Verðlaunasjóði í læknisfræði fyrir bestu veggspjöld og fyrirlestra unglæknis og læknanema. Sjóðurinn var stofnaður af Þórði Harðarsyni prófessor emeritus í lyflækningum og Árna Kristinssyni, fyrrum yfirlækni hjartalækninga. Bára Dís Benediktsdóttir, deildarlæknir á lyflækningasviði, og Hulda Hrund Björnsdóttir, læknanemi, hlutu verðlaunin að þessu sinni. Í dómnefndinni voru Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, sem var formaður, Margrét Birna Andrésdóttir og Karl Andersen.

Verkefni Báru heitir „Notkun erfðaupplýsinga til að draga úr hættu á skyndidauða. Stökkbreytingar sem valda heilkenni lengingar á QT-bili á Íslandi". Samstarfsaðilar hennar eru Garðar Sveinbjörnsson, Hilma Hólm, Daníel F. Guðbjartsson, Davíð O. Arnar og Kári Stefánsson.

Verkefni Huldu Hrundar heitir „Krabbamein verður helsta dánarorsök einstaklinga með T2M. Áhorfsrannsókn á sænskri landsvísu á 457.473 einstaklingum með T2DM borið saman við 2.287.365 pöruð viðmið". Samstarfsaðilar hennar eru Araz Rawshani, Aidin Rawshani, Stefan Franzén, Ann-Maríe Svensson, Naveed Sattar, Hrafnhildur Soffía Guðbjörnsdóttir.

Auk sigurvegaranna þóttu nokkur rannsóknarverkefni skara fram úr: Gísli Þór Axelsson, læknanemi: „Tengsl millivefslungnabreytinga við heilsutengda þætti", Unnar Óli Ólafsson, læknanemi: „Gildi MB-LATER skilmerkja til að spá fyrir um árangur rafvendinga vegna gáttatifs", Rebekka Sigrún Lynch, deildarlæknir: „Lifetime exposure to violence and other life stressors and hair cortisol concentration in women", Kristján Torfi Örnólfsson, unglæknir: „Lýðgrunduð rannsókn á svörun sjúklinga með primary biliary cholangitis við meðferð með ursodeoxycholsýru".

Einn af hápunktum þingsins var þegar fjórir læknar voru gerðir að heiðursfélögum í Félagi íslenskra lyflækna, þeir Ari Jóhannesson, Magni Jónsson, Magnús Böðvarsson og Uggi Agnarsson, allir framúrskarandi lyflæknar, virkir á þingum félagsins og hafa gefið mikið af sér til lyflækninga á sínum starfsferli.

Þinginu lauk með kvöldverði og dansleik enda félagsleg efling mikilvæg fyrir þá sem starfa innan lyflækninga.

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
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Magnús Haraldsson
Sigurbergur Kárason

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
16.900,- m. vsk.
Lausasala
1690,- 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

1. tölublað • 105. árgangur • 2019

LEIÐARAR



7

Laufey Tryggvadóttir

Krabbamein, áfengi og samfélagsleg ábyrgð

Mörgum brá við niðurstöður rannsóknar í Lancet í sumar. Þar sagði að þótt hófleg neysla (undir einu glasi á dag) geti lækkað áhættu á blóðþurrð í hjarta fylgi neyslunni aukin áhætta á krabbameinum. Áfengi getur verið hættulegt og goðsögnin um að hóflega drukkið vín bæti heilsuna riðar til falls.



9

Hjalti Már Björnsson

Þráhyggjusál í löskuðum líkama?

Undanfarna áratugi hef ég haft það á tilfinningunni að öfgar í íþróttaiðkun hafi vaxið. Þeim fjölgar sem hreyfa sig ekkert og kljást við alvarlegt heilsutjón vegna þess en að sama skapi fjölgar þeim sem stunda of mikla hreyfingu sér til tjóns.

FRÆÐIGREINAR

11

Unnur Sverrisdóttir, Freyja Jónsdóttir, Anna Ingibjörg Gunnarsdóttir, Hildur Harðardóttir, Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir

Notkun lyfja, fæðubótarefna og náttúruvara á meðgöngu

Lyfjanotkun á meðgöngu er talin algeng og oft nauðsynleg, þrátt fyrir að skortur sé á rannsóknum og gagnreyndum upplýsingum um notkun lyfja á meðgöngu. Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að algengt er að konur taki lyf og fæðubótarefni á meðgöngu. Notkun flestra lyfjanna telst örugg á meðgöngu. Meirihluti barnshafandi kvenna tekur fólínsýru. Barnshafandi konur hafa rökrétt og alla jafna jákvætt viðhorf til lyfjanotkunar á meðgöngu.

19

Atli Steinn Valgarðsson, Tómas Guðbjartsson

Loftbrjóst beggja vegna eftir nálastungumeðferð á meðgöngu – sjúkratilfelli

Þetta er sjaldgæfur en lífshættulegur fylgikvilla eftir nálastungumeðferð á brjóstholi. Sjúklingurinn leitaði snemma á sjúkrahús þar sem skjót greining og meðferð tryggðu að móður og barni farnaðist vel. Tilfellið er áminning um þá fylgikvilla sem hlotist geta af nálastungum og mikilvægi þess að upplýsa sjúklingina um þá.



Kápumyndin á janúarblaðinu

Skemmtiferð með öllu tilheyrandi í Ósafirði innst við Patreksfjörð, undir Kleifaheiði í Vestfjarðakjördæmi, skammt frá þar sem nú er verið að klára Dýrafjarðargöng. Rómantísk og óspillt náttúrustemmning sem vitnar um gósentíma og fullveldi Íslands innan seilingar. Klettabelti, kjarr og óvirkjaður foss í frjálsu falli en á þessum tíma hafa sennilega ekki búið neinar konur fyrir vestan.

Talið f.v.: Páll Nikulásson, Kristján Ó. Skagfjörð, Jón Á. Ólafsson, Edvald bakari, Hallgrímur Jónasson, Sigurður Magnússon læknir og óþekktur maður. Sigurður (1866-1940) sat á Patreksfirði 1899-1923. Sjálfsævisaga hans kom út 1985 og heitir einfaldlega Æviminningar læknis, þar er rakin mjög mögnuð saga af heilsufari, mannameinum, launakröfum og tíðaranda um aldamótin þarsíðustu.

Ljósmyndari: Pétur A. Ólafsson (1870-1949) athafnamaður á Vatneyri við Patreksfjörð tók þessa mynd árið 1910. Myndin er varðveitt í Ljósmyndasafni Reykjavíkur sem er eitt albesta safn í heimi og birt með leyfi þess.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

24

Stýrir stofnun sem fékk hrunið í vöggugjöf

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

María Heimisdóttir leiðir Sjúkratryggingar Íslands. Hún vill brýna stefnuna, styrkja eftirlit með heilbrigðisþjónustunni og telur arðgreiðslur ekki eiga við í þjónustu sem fjármögnuð er með skattfé







28

Vilja meiri áherslu á heilsugæslu í klínísku læknanámi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

30

Nokkuð ánægður með námið eins og það er – *segir Kristján Erlendsson*

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



32

Konur upplifa vantrú lækna

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Konur sem fara til læknis upplifa sumar að ekki sé á þær hlustað — af því að þær séu konur. Guðrún Steinþórsdóttir, doktorsnemi í íslenskum bókmenntum hefur kafað í málið



34

Ætlum að hjálpa þjóðinni að sigrast á sykrinum

– segir Tryggvi Þorgeirsson

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



LÖGFRÆÐI 30. PISTILL

36

Samfélagsmiðlar og drög að leiðbeiningum LÍ um notkun þeirra

Dögg Pálsdóttir



Allar ábendingar um drögin eru vel þegin og þess óskað að þeim sé komið á framfæri við skrifstofu félagsins.

EMBÆTTI LANDLÆKNIS 27. PISTILL

38

Ný reglugerð um vélskömmtun lyfja væntanleg

Jón Pétur Einarsson, Andrés Magnússon, Ólafur B. Einarsson

50

Kalla eftir fagmennsku við ráðningar á Landspítala

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



23

Þurfa læknar gula sloppa á nýju ári?

Reynir Arngrímsson

3

XXIII þing Félags íslenskra lyflækna

Gerður Gröndal

39

Athugasemd við viðtal sem birtist í nýjasta tölublaði *Læknablaðsins*

Inga Sif Ólafsdóttir

40

Dagskrá Læknadaga 2019

LIPRIR PENNAR



44

Læknisráð

Eiríkur Jónsson

Fullur skilningur er trúlega fágætur og víst er að staðreyndir víkja fyrir upplifun sérstaklega þegar staðið er frammi fyrir sjúkdómi.

ÖLDUNGAR

48

Raunir læknanema við kjötskoðun árið 1965

Magnús Jóhannsson

TEVA Respiratory

DuoResp® Spiromax®.
Nýtt samheitalyf við astma og LLT.
Einfalt og öruggt innöndunartæki.





DuoResp® Spiromax®
budesonid/formoterol
160 mcg/4.5 mcg

DuoResp® Spiromax®
budesonid/formoterol
320 mcg/9 mcg

Einstök hönnun innöndunartækis

- Þekkt samsetning barkstera (ICS) og langverkandi beta agónista (LABA)
- Við astma og langvinnri lungnateppu hjá fullorðnum 18 ára og eldri
- Ódýrari valkostur

DuoResp® Spiromax® er samheitalyf við Symbicort®. **Lyfjaform:** Innöndunarduft. **Ábending:** Til meðferðar á astma og langvinnri lungnateppu (LLT). **Heiti virkra efna og styrkleiki:** Skráðir eru tveir styrkleikar; búdesóníð/formóteról 160/4.5 mcg/skammt og 320/9 mcg/skammt. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi:** Teva Pharm B.V. **Umboðsaðili:** Alvogen ehf.

Nálgast má upplýsingar um lyfin, fylgiseðla þeirra og samantekt á eiginleikum lyfjanna á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

Alvogen

Krabbamein, áfengi og samfélagsleg ábyrgð

Það eru ekki nýjar fréttir að áfengisneysla auki áhættu á tilteknum krabbameinum. Lengi hefur verið vitað að samband er milli áfengisneyslu og krabbameina í munnholi, koki, barkakýli, vélinda, lifur, brjóstum, ristli og endaþarmi.[1,2] Samkvæmt flokkun Alþjóðakrabbameinsrannsóknarstofnunarinnar (IARC) tilheyra áfengi, etanól og acetaldehýð *Flokki 1* en í honum eru staðfestir krabbameinsvaldar í mönnum.

Samt sem áður brá mörgum við niðurstöður stórrar rannsóknar er birtist í *Lancet* í ágústmánuði síðastliðnum.[3] Þar kom fram að þótt hófleg neysla (undir einu glasi á dag) geti lækkað áhættu á blóðþurrð í hjarta og á sykursýki hjá konum geri aukin áhætta á krabbameinum og fleiri sjúkdómum meira en að vega upp þau áhrif. Samkvæmt þessu hefur öll áfengisneysla heilsufarsáhættu í för með sér og goðsögnin um að hóflega drukkið vín bæti heilsuna riðar til falls. Fyrri leiðbeiningar hafa jafnvel mælt með einu til tveimur glösum á dag en höfundar reikna með að niðurstöðurnar muni valda breytingum þar á.

Rannsóknin beindi sjónum bæði að umfangi áfengisneyslu og áhrifum hennar á dauðsföll og glötuð góð æviár. Í rannsóknarþýðinu voru alls 28 milljónir manna í 195 löndum og svæðum. Með safngreiningu voru metin tengsl áfengismagns við 23 heilsutengdar útkomur og leiðrétt var fyrir bjögun sem kemur vegna þess að í viðmiðahópnum, það er hópnum sem ekki drekkur neitt áfengi, eru einstaklingar sem eru hættir áfengisneyslu af heilsufarsástæðum. Fram kom að þriðjungur jarðarbúa neytir áfengis, að rekja má þrjár milljónir dauðsfalla árlega til drykkjunnar og að krabbamein eru þar í efsta sæti hjá einstaklingum yfir 50 ára. Athyglisvert er að neyslan eykst með batnandi efnahag og þjóðfélagsstöðu og þess vegna er spáð auknum heilsufarsvandamálum í löndum sem eru að bæta efnahagsstöðu sína, ef ekki verður brugðist við.

Í annarri nýrri rannsókn sem gerð var af norrænum krabbameinsskrám var áætlað hve mikið af nýgengi krabbameina megi rekja til áfengisneyslu í Danmörku, Finnlandi, Íslandi, Noregi og Svíþjóð.[4] Miðað við óbreyttar drykkjuvenjur má búast við samtals 83.000 áfengistengdum tilfellum næstu 30 árin og munu flest þessara meina greinast í ristli, endaþarmi og brjóstum. Óraunhæft er að reikna með að hægt sé að fyrirbyggja öll þessi tilfelli, það er að öll áfengisneysla hverfi á næstunni, en með helmings fækkun í hópi þeirra sem drekka eitt til fjögur glös á dag mætti koma í veg fyrir 21.500 tilfelli.

Þess ber að geta að þótt áfengi valdi mörgum krabbameinum í stóra samhenginu er það aðeins einn af mörgum áhættuþáttum. Þannig skýrir áfengisneysla til dæmis aðeins um 5% brjóstakrabbameina og 3% ristil- og endaþarmskrabbameina á Norðurlöndunum.[4] Því er útilokað að segja til um það hvers vegna hver og einn fær sitt krabbamein, enda erum við langt frá því að skilja til hlítar hið flókna samspil erfða og umhverfis sem þar er að verki.

Sýnt hefur verið fram á að þegar sala áfengis er gefin frjáls eykst neyslan til muna. Rannsökuð voru áhrif þess að aflétta ríkiseinokun í Svíþjóð, ef salan færðist annars vegar yfir í einkareknar sérverslanir með áfengi og hins vegar í almennar verslanir.[5] Samkvæmt nýlega uppfærðum niðurstöðum myndi drykkjan aukast um 20% ef sérverslanir tækju við, en um 31% ef það yrðu almennar verslanir.[6] Áfengistengd dauðsföll vegna krabbameina myndu aukast um 18% (sérverslanir) og 29% (almennar verslanir).

Í september 2016 kynnti velferðarráðuneytið stefnu í lýðheilsu og forvörnum í riti sem nefnist: „Lýðheilsustefna og aðgerðaáætlun sem stuðlar að heilsueflandi samfélagi – með sérstakri áherslu á börn og ungmenni að 18 ára aldri." Eitt af markmiðunum var að draga úr áfengis- og vímuefnaneyslu meðal ungs fólks og í því sambandi var bent á að „...meðal virkra aðgerða er stýring á áfengisneyslu með verði, einkasölu ríkis og háum aldursmörkum til áfengiskaupa ..." og þess var getið að stefnan væri í samræmi við stefnu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) til 2020.

Áfengi er sterklega samofið menningu okkar og umfjöllun um neikvæð áhrif þess á ekki greiða leið að eyrum fólks. Enda hefur WHO bent á að áhrifaríkustu leiðirnar til að draga úr áfengisneyslu séu allar á valdi stjórnvalda og felist í takmörkun á framboði áfengis, verðstýringu og banni við áfengisauglýsingum. Við blasir að slökun á auglýsingabanni og afnám einkasölu ríkisins á áfengi mun valda aukinni neyslu og þar með fjölgun dauðsfalla, meðal annars vegna krabbameina. Vonandi ber Alþingi Íslendinga gæfu til að fara ekki í öfuga átt við lýðheilsustefnu, heldur beini kröftum sínum í farveg sem eflir heilsu, velferð og hamingju landsmanna.

Heimildir

1. IARC. Personal habits and indoor combustions. In: IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 2012. Volume 100E.
2. Secretan B, Straif K, Baan R, Grosse Y, El Ghissassi F, Bouvard V, et al. A review of human carcinogens—Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. Lancet Oncol 2009; 10: 1033-4.
3. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2018; 392: 1015-35.
4. Andersson TM, Engholm G, Pukkala E, Stenbeck M, Tryggvadottir L, Storm H, et al. Avoidable cancers in the Nordic countries-The impact of alcohol consumption. Eur J Cancer 2018; 103: 299-307.
5. Norström T, Miller T, Holder H, Osterberg E, Ramstedt M, Rossow I, et al. Potential consequences of replacing a retail alcohol monopoly with a private licence system: results from Sweden. Addiction 2010; 105: 2113-9.
6. uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/Systembolaget-public-health-safety-benefits-April_2017.pdf - desmeber 2018.



Laufey Tryggvadóttir

klínískur prófessor í læknadeild HÍ

framkvæmdastjóri Krabbameinsskrár Krabbameinsfélags Íslands

laufeyt@krabb.is

Cancer, alcohol and social responsibility

Laufey Tryggvadóttir Clinical Professor, Faculty of Medicine, University of Iceland
Managing Director Icelandic Cancer Registry, Icelandic Cancer Society

doi.org/10.17992/lbl.2019.01.209

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



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

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

Fylgstu með reynslu sjúklinga þinna, svo þú sjáir árangurinn

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

Nikótínlaus leið til að hætta að reykja [3]

CHAMPIX VARENICLIN

Heimildir:
1. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet 2016; Vol 387:2507-2520. **2.** Jorenby DE, et al. JAMA 2006;296:56-63. **3.** CHAMPIX Samantekt á eiginleikum lyfs, 21. september 2018. **4.** West R, et al. Psychopharmacology 2008;197:371-377. **5.** Pisinger CH. Behandling af tobaksafhængighed - Anbefalingar til en styrket klinisk praksis. 2011 Sundhedsstyrelsen.

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

CHAMPIX (vareniclin) 0,5 mg og 1 mg filmuhúðaðar töflur
Ábendingar: CHAMPIX er notað hjá fullorðnum til að hætta reykingum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.** Markaðsleyfishafi: Pfizer Limited. Pakkningar og verð 1. desember 2018: Upphafspakkning (0,5 mg 11 stk+1 mg 42 stk): 15.038 kr. 8 vikna framhaldspakkning (1 mg, 112 stk): 26.019 kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 0. Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) dags. 21. september 2018. Ef óskað er eftir frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

PFI-18-12-01 PP-CHM-DNK-0119 Desember 2018

Þráhyggjusál í löskuðum líkama?



Hjalti Már Björnsson

bráðalæknir á bráðamóttöku Landspítala

lektor í bráðalækningum við læknadeild Háskóla Íslands

Manneskjur eru skapaðar til að hreyfa sig. Okkur öllum er eðlislægt að beita líkamanum þannig að reyni á styrk, liðleika og þol. Sífellt skýrar hafa vísindarannsóknir sýnt fram á að með reglubundinni hreyfingu sé unnt að draga úr hjarta- og æðasjúkdómum, þunglyndi, offitu, sykursýki, stoðkerfisverkjum og öðrum heilsukvillum.

Þetta hefur verið þekkt í gegnum aldirnar og er í raun ekkert nýtt. Á tímum Rómarveldis orðaði skáldið Juvenal þessa visku með orðunum *mens sana in corpore sano* eða „heilbrigð sál í hraustum líkama" og oft hefur verið hvatt til íþróttaiðkunar almennings undir þessari yfirskrift.

Undanfarna áratugi hef ég hins vegar haft það á tilfinningunni að öfgar í íþróttaiðkun hafi farið vaxandi. Þeim hefur fjölgað sem hreyfa sig ekkert og kljást við alvarlegt heilsutjón vegna þess en að sama skapi hefur þeim fjölgað sem stunda of mikla hreyfingu sér til tjóns. Læknar hafa rætt að oftar sjáist að jafnvel ungir einstaklingar séu með veruleg álagsmeiðsli eða hafi orðið fyrir alvarlegum slysum vegna öfgakenndra íþrótta.

Það er holl hreyfing að hjóla en að þjóta á örgrönnu hjóli á 60 km hraða niður brekku í hjólreiðakeppni fylgir umtalsverð hætta á áverkum. Hæfileg hlaup styrkja líkamann en ég hef efasemdir um að það fari vel með liði að hlaupa 100 km á einum degi. Ráðlagt er að börn og ungmenni hreyfi sig að minnsta kosti í 60 mínútur á hverjum degi en ekki er víst að öll ungmenni þoli að vera á stífum fimleikaæfingum í þrjár klukkustundir á dag.

Hæfilegar íþróttir byggja eflaust upp heilbrigða sál í hraustum líkama. Þegar farið er út í harðar keppnisíþróttir finnst mér stundum að lýsingin á þráhyggjusál í löskuðum líkama eigi betur við.

Rannsóknir hafa stutt þetta álit. Þannig hefur verið sýnt fram á að fyrrum atvinnumenn í fótbolta eru með skert lífsgæði vegna aukinnar tíðni slitgigtar í hné auk þess að bera merki um minnisskerðingu sem rakin hefur verið til endurtekinna höfuðhögga.[1,2] Hver iðkandi fimleika sem kominn er í hóp þeirra bestu hefur reynst hljóta áverka að meðaltali nokkrum sinnum á ári, oftast tognanir á ökkla eða fæti en alvarlegri áverkar eru algengir í þessum hópi.[3] Þegar litið er til atvinnumanna í hand- og fótbolta hefur verið sýnt fram á aukna tíðni kvíða og þunglyndis meðal þeirra sem hafa orðið fyrir líkamlegum áverkum í keppni.[4]

Varðandi áverka sem kunna að verða við íþróttaiðkun er sérstakt áhyggjuefni að langur tími getur liðið frá áverka þar til langtímaáhrif koma í ljós. Þannig hefur verið sýnt fram á að afleiðingar áverka og ofþjálfunar hafa leitt til aukinnar tíðni slitgigtar hjá þeim sem stundað hafa keppnisíþróttir en að áratugir geta liðið frá áverka þar til einkenni slitgigtar koma fram.[5] Það er því hugsanlegt að með aukinni hörku í þjálfun og keppni ungs íþróttafólks muni koma fram aukning í tíðni alvarlegrar slitgigtar áratugum síðar.

Leiðarahöfundur vill því í byrjun nýs árs hvetja alla landsmenn til að stunda hreyfingu sér til heilsubótar en muna jafnframt að ofgera sér ekki. Hvetjum börn og ungmenni til að stunda íþróttir en leggjum áherslu á að allt sé gert til að draga úr áverkum og tryggja að æfingaálag sé hæfilegt. Ef fólk verður fyrir áverkum eða finnur fyrir álagsmeiðslum er síðan mikilvægt að gefa líkamanum tíma til að jafna sig. Verk eftir áverka eða mikið álag ætti almennt að túlka sem vinsamleg skilaboð frá líkamanum um að hlífa viðkomandi líkamshluta þannig að hægt sé að græða skaðann. Áverkar á brjósk og sinar eru oft lengi að gróa og það getur tekið mánuði og ár þar til fullum bata er náð.

Ágæti lesandi, láttu áramótaheitið í ár vera að stunda hóflega líkamsrækt þér til heilsubótar til að áramótaheitið á næsta ári þurfi ekki að vera að hætta alveg allri íþróttaiðkun til að líkaminn nái að jafna sig eftir of mikið hreyfingarálag eða áverka.

Heimildir

1. Drawer S, Fuller CW. Propensity for osteoarthritis and lower limb joint pain in retired professional soccer players. Br J Sports Med 2001; 35: 402-8.
2. Matser JT, Kessels AG, Lezak MD, Troost J. A dose-response relation of headers and concussions with cognitive impairment in professional soccer players. J Clin Exp Neuropsychol 2001; 23: 770-4.
3. Kolt GS, Kirkby RJ. Epidemiology of injury in elite and subelite female gymnasts: a comparison of retrospective and prospective findings. Br J Sports Med 1999; 33: 312-8.
4. Kilic O, Aoki H, Haagensen R, Jensen C, Johnson U, Kerkhoffs G, et al. Symptoms of common mental disorders and related stressors in Danish professional football and handball. Eur J Sport Sci 2017; 17: 1328-34.
5. Maffulli N, Longo UG, Gougoulias N, Caine D, Denaro V. Sport injuries: a review of outcomes. Br Med Bull 2011; 97: 47-80.

Obsessive mind in an injured body?

Hjalti Már Björnsson MD FACEP FRCEM
Assistant professor in Emergency Medicine, University of Iceland Faculty of Medicine, University of Iceland

doi.org/10.17992/lbl.2019.01.210

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

Notkun lyfja, fæðubótarefna og náttúruvara á meðgöngu

Unnur Sverrisdóttir[1] lyfjafræðingur
Freyja Jónsdóttir[1,2] lyfjafræðingur
Anna Ingibjörg Gunnarsdóttir[1,2] lyfjafræðingur
Hildur Harðardóttir[3,4] læknir
Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir[4,5] læknir

[1]Lyfjafræðideild Háskóla Íslands, [2]Sjúkrahúsapóteki Landspítala, [3]Kvennadeild Landspítala, [4]læknadeild Háskóla Íslands, [5]Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Fyrirspurnum svarar Unnur Sverrisdóttir, *unnursve@gmail.com*

ÁGRIP

Inngangur: Lyfjanotkun á meðgöngu er talin algeng og oft nauðsynleg, þrátt fyrir að skortur sé á rannsóknum og gagnreyndum upplýsingum um notkun lyfja á meðgöngu. Markmið rannsóknarinnar var að kanna lyfjanotkun þungaðra kvenna fyrstu 20 vikur meðgöngu. Einnig að kanna notkun vítamína, steinefna, fitusýra og náttúruvara. Viðhorf kvenna til slíkrar notkunar á meðgöngu var einnig kannað ásamt upplýsingaöflun þeirra.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var framkvæmd á fósturgreiningardeild Landspítala á tímabilinu janúar til apríl 2017. Konum sem mættu í 20 vikna ómskoðun var boðin þátttaka og spurningalisti þá lagður fyrir konurnar í kjölfar skoðunar.
Niðurstöður: Af 213 þátttakendum notuðu 90% lyf einhvern tíma á fyrstu 20 vikum meðgöngu. Um 80% lyfjanna falla í FASS-öryggisflokka A og B og samkvæmt því talið óhætt að nota þau á meðgöngu. Aðeins 14% kvennanna notaði ekki fólínsýru fyrstu 12 vikurnar og voru tengsl við ungan aldur (p=0,019) og búsetu utan höfuðborgarsvæðisins (p=0,03). Hlutfall kvenna sem notuðu náttúruvörur var 14% en upplýsingar skortir um notkun þeirra á meðgöngu. Mikill meirihluti kvennanna (81%) taldi sig hafa fengið fullnægjandi upplýsingar þegar lyfi var ávísað og 94% þeirra taldi sig hafa aðgengi að fullnægjandi upplýsingum um lyf á meðgöngu. Algengast var að leita á netið (51%) eða til ljósmóður (44%).
Ályktanir: Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að algengt er að konur taki lyf og fæðubótarefni á meðgöngu. Notkun flestra lyfjanna telst örugg á meðgöngu. Meirihluti barnshafandi kvenna tekur fólínsýru. Barnshafandi konur hafa rökrétt og allajafna jákvætt viðhorf til lyfjanotkunar á meðgöngu.

https://doi.org/10.17992/lbl.2019.01.211

Inngangur

Erlendar rannsóknir hafa sýnt að allt að 90% þungaðra kvenna noti lyf einhvern tíma á meðgöngu, lyfseðilsskyld lyf eða lausasölulyf.[1,2,3] Af siðferðilegum ástæðum eru barnshafandi konur nánast undantekningarlaust útilokaðar frá þátttöku í klínískum lyfjarannsóknum, sem veldur því að skortur er á gagnreyndum öryggisupplýsingum um áhrif lyfja á fóstur.[4,5] Mikilvægt er þó að þær traustu og gagnreyndu upplýsingar sem til eru um skaðleg áhrif lyfja á fóstur séu aðgengilegar heilbrigðisstarfsfólki og þunguðum konum. Rannsóknir hafa sýnt að þungaðar konur í vestrænum löndum nota internetið í flestum tilfellum sem sitt fyrsta val þegar kemur að upplýsingaöflun um lyfjanotkun á meðgöngu. Oft á tíðum leita þær einnig til ljósmóður, heimilislæknis, fæðingarlæknis eða starfsfólks lyfjaverslana.[6,7]

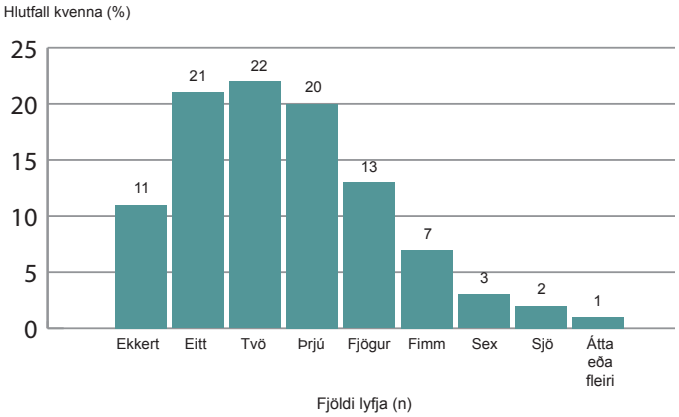
Ýmsir þættir geta haft áhrif á viðhorf til lyfjanotkunar og má til dæmis nefna menntun, efnahagsstöðu, starf, tekjur, búsetu, menningu og fleira. Einnig getur upplýsingagjöf og aðgengi að upplýsingum um lyf á meðgöngu haft áhrif á viðhorfið. Konur með hærra menntunarstig eru taldar hafa rökréttara og jákvæðara viðhorf gagnvart lyfjanotkun á meðgöngu. Þær konur sem starfa í heilbrigðisgeiranum eru einnig almennt betur upplýstar um örugga lyfjanotkun á meðgöngu.[8,9,10] Rannsóknir sem gerðar hafa verið á viðhorfi þungaðra kvenna til lyfjanotkunar á meðgöngu hafa margar sýnt fram á ofmat kvennanna á áhættu við notkun lyfja á meðgöngu.[8,11] Áhættan við ómeðhöndlaðan sjúkdóm eða sjúkdómsástand móður getur í mörgum tilvikum verið meiri en áhættan á að lyfið hafi skaðleg áhrif á fóstrið.[12] Hlutfall kvenna sem nota lyf á meðgöngu sem talið er hafa áhættu í för með sér er breytilegt á milli rannsókna, frá 1% upp í 59%.[2] Vandasamt getur reynst að bera saman rannsóknir vegna ólíkra skilgreininga á áhættu á fósturskaða.

Notkun fæðubótarefna, svo sem steinefna, fitusýra og vítamína, þá sérstaklega D-vítamíns og fólínsýru, er talin algeng meðal þungaðra kvenna. Hafa rannsóknir sýnt fram á notkun fæðubótarefna hjá allt að 90% barnshafandi kvenna.[13-15]

Notkun náttúruvara er talin hafa aukist í samfélaginu á síðastliðnum árum og benda rannsóknir til að svo sé einnig meðal þungaðra kvenna.[16-18] Í ljósi skorts á rannsóknum um náttúru-

Tafla I. *Bakgrunnsupplýsingar þátttakenda.*

Bakgrunnsþáttur	Heildarfjöldi n=213 (%)
Aldur	
< 21 árs	5 (2)
21-25 ára	32 (15)
26-30 ára	85 (40)
31-35 ára	61 (29)
36-40 ára	27 (13)
>40 ára	3 (1)
Fjöldi fæðinga fyrir núverandi meðgöngu	
Engin fæðing	98 (46)
1 fæðing	76 (36)
2 fæðingar	29 (14)
3 fæðingar	7 (3)
4 fæðingar	2 (1)
5 fæðingar	1 (1)
Búseta á höfuðborgarsvæði	
Já	192 (90)
Nei	21 (10)
Hjúskaparstaða	
Einhleyp	10 (5)
Í sambandi (ekki í sambúð)	24 (11)
Í sambúð	131 (62)
Gift	48 (22)
Menntun	
Grunnskóli	35 (16)
Stúdentspróf	40 (19)
Iðnmenntun	19 (9)
Háskóli	119 (56)
Heilbrigðismenntun og/eða heilbrigðisstarfsmaður	
Já	52 (24)
Nei	161 (76)



Mynd 1. *Fjöldi lyfja (n) sem hver kona tók á fyrstu 20 vikum meðgöngu. Fjöldi kvenna er sýndur sem hlutfall (%) .*

vörur er erfitt að meta öryggi og áhrif við notkun á meðgöngu á fóstur.[19,20,21]

Hér á landi hefur lyfjanotkun á meðgöngu lítið verið rannsökuð og er þetta að því er best er vitað fyrsta rannsóknin á viðhorfi barnshafandi kvenna til lyfjanotkunar á meðgöngu og því hvernig þær afla sér upplýsinga um lyfjanotkun á meðgöngu. Megintilgangur þessarar rannsóknar var að kanna notkun lyfja, vítamína, steinefna, fitusýra og náttúruvara meðal barnshafandi kvenna á fyrstu 20 vikum meðgöngu ásamt viðhorfi þeirra til notkunarinnar. Þá var einnig skoðað hvar þungaðar konur leituðu helst að upplýsingum um örugga lyfjanotkun á meðgöngu.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var framskyggn og framkvæmd á fósturgreiningardeild Landspítala á tímabilinu janúar til apríl 2017. Rannsóknarhópinn mynduðu barnshafandi konur, 18 ára og eldri, sem mættu í venjubundna ómskoðun við 20 vikur. Þeim var boðin þátttaka í rannsókninni af ljósmóður í kjölfar ómskoðunar. Útilokaðar frá þátttöku voru konur með skerta vitræna getu, þær sem ekki töluðu íslensku og þær konur sem fengu óeðlilega niðurstöðu úr ómskoðun. Spurningalisti var lagður fyrir konurnar í formi viðtals við rannsakanda í kjölfar ómskoðunar í viðtalsherbergi á fósturgreiningardeild Landspítala. Spurt var um notkun lyfja á meðgöngu, ástæðu fyrir notkuninni, tíðni notkunar og hver hefði ávísað lyfinu eða ráðlagt notkun. Sömu spurninga var einnig spurt varðandi notkun vítamína, steinefna, fitusýra og náttúruvara. Upplýsingaveitur sem þungaðar konur nýttu sér við öflun upplýsinga um lyfjanotkun á meðgöngu voru sömuleiðis kannaðar. Þá var kannað hvort konan hefði hætt inntöku lyfs vegna meðgöngunnar og jafnframt hver hefði ráðlagt slíkt, heilbrigðisstarfsmaður eða annar. Að lokum var viðhorf til lyfjanotkunar og náttúruvara skoðað. Eftirfarandi bakgrunnsupplýsinga var aflað frá þátttakendum: aldur, fjöldi fæðinga fyrir núverandi meðgöngu, menntunarstig, hjúskaparstaða, póstnúmer búsetu og hvort þær störfuðu sem heilbrigðisstarfsmenn eða hefðu menntun á því sviði. Spurningalistinn var hannaður og þróaður af rannsakendum en þó voru í rannsókninni 5 spurningar varðandi viðhorf til lyfjanotkunar á meðgöngu sem áttu sér fyrirmynd í erlendri rannsókn.[8,9]

Við öryggisflokkun lyfja á meðgöngu var notað sænska öryggisflokkunarkerfið sem finna má í sænsku sérlyfjaskránni FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige). Þar eru öryggisflokkarnir fjórir talsins, A, B, C og D en flokkur B greinist frekar í B1, B2 og B3. Lyf í flokki A eru talin örugg á meðgöngu. Lyf í flokki B eru einnig talin örugg á meðgöngu en öryggisupplýsingar um notkun þeirra meðal þungaðra kvenna er takmörkuð að einhverju leyti. Í flokki C eru lyf sem talin eru geta valdið einhvers konar neikvæðum áhrifum á fósturþroska og lyf í flokki D ætti að forðast að nota á meðgöngu.[22]

Í rannsókninni töldust öll vítamín, steinefni og fitusýrur til fæðubótarefna. Í flokk náttúruvara fóru allar vörur sem unnar eru úr jurtum, dýrum og örverum. Náttúruvörur eru oftast extrökt, flóknar blöndur margra innihaldsefna. Ef vara innihélt bæði vítamín eða steinefni ásamt öðrum efnum sem ekki teljast vítamín eða steinefni flokkaðist varan sem náttúruvara.

Við úrvinnslu gagna var notað tölfræðiforritið Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23.0 og Microsoft Excel 14.5.7. Eftirfarandi tölfræðiaðferðum var beitt við úrvinnslu gagna: lýsandi tölfræði, einhliða fervikagreining (*one way ANOVA*) með Tukey post hoc eftirprófun, kí-kvaðrat próf ($\chi 2$) og Fishers próf.

Tafla II. *Algengustu lyfin sem þátttakendur notuðu fyrstu 20 vikur meðgöngu, flokkað eftir reglulegri notkun og eftir þörfum, ásamt ástæðu fyrir notkun.*

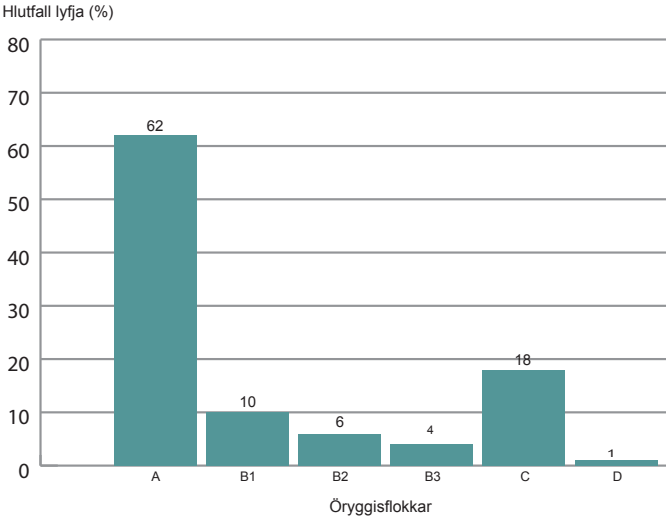
Lyf notuð reglulega (ábending/ástæða notkunar)	Fjöldi kvenna n (%)	Lyf notuð eftir þörfum (ábending/ástæða notkunar)	Fjöldi kvenna n (%)
Acetýlsalisýlsýra (lágskammta) *(Forvörn)*	18 (9)	Parasetamól *(Verkir)*	135 (60)
Levótýroxín *(Vanstarfsemi skjaldkirtils)*	14 (7)	Ca- og Mg sýrubindandi lyf *(Brjóstsviði)*	18 (9)
Sertralín *(Kvíði/þunglyndi)*	13 (6)	Parasetamól og kódein *(Verkir)*	15 (7)
Omeprazól *(Bakflæði)*	11 (5)	Xýlómetazól *(Nefstífla)*	15 (7)
Prómetazín *(Ógleði)*	11 (5)	Oximetazól *(Nefstífla)*	14 (7)
Ca- og Mg sýrubindandi lyf *(Brjóstsviði)*	11 (5)	Pivmesillinam *(Þvagfærasýking)*	13 (6)
Oximetazól *(Nefstífla)*	8 (4)	Magnesíum *(Hægðatregða)*	11 (5)
Flúoxetín *(Kvíði/Þunglyndi)*	7 (3)	Omeprazól *(Bakflæði)*	8 (4)
Enoxaparín *(Segavörn)*	7 (3)	Meklózín *(Ógleði)*	8 (4)
Magnesíum *(Hægðatregða)*	7 (3)	Flútíkasónfúróat *(Nefstífla/Ofnæmiskvef)*	8 (4)
Parasetamól *(Verkir)*	7 (3)	Díklórbenzýlalkóhól *(Hálsbólga)*	8 (4)
Xýlómetazól *(Nefstífla)*	6 (3)	Prómetazín *(Ógleði)*	6 (3)
Husk *(Hægðatregða)*	5 (2)	Sorbítól *(Hægðatregða)*	6 (3)
Meklózín *(Ógleði)*	4 (2)	Acetýlsalisýlsýra (háskammta) og koffein *(Verkir)*	6 (3)
Labetalól *(Háþrýstingur)*	4 (2)	Nítrófúrantóín *(Þvagfærasýking)*	6 (3)

Vísindasiðanefnd veitti leyfi fyrir rannsókninni, umsókn nr. 160-16, og tilkynning var send til Persónuverndar. Einnig fékkst samþykki hjá framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala.

Niðurstöður

Lyfjanotkun

Mögulegir þátttakendur voru 263; það misfórst að bjóða 24 konum þátttöku í kjölfar ómskoðunar og hjá 9 konum var ómskoðun óeðlileg og því ekki viðeigandi að bjóða þeim þátttöku. Af þeim 230 konum sem boðin var þátttaka, afþökkuðu 17 boðið. Úrtakið mynduðu því 213 konur. Sjá má bakgrunnsupplýsingar þátttakenda í töflu I.



Mynd 2. *Hlutfall lyfja í hverjum FASS-öryggisflokki sem notuð voru í rannsókninni.*

Af 213 þátttakendum notuðu 190 (89%) lyf, lyfseðilsskylt eða lausasölulyf, einhvern tíma á fyrstu 20 vikum meðgöngunnar. Á mynd 1 má sjá hversu mörg lyf hver kona notaði í rannsókninni, bæði lyf sem notuð voru eftir þörfum og reglulega. Ekki fannst marktækur munur á fjölda lyfja sem kona notaði með tilliti til bakgrunnsþátta (p>0,05). Notkun lyfja jókst eftir því sem leið á meðgönguna og hlutfallslega varð meiri aukning á þeim lyfjum sem notuð voru eftir þörfum en þeim sem notuð voru reglulega. Bæði jókst fjöldi kvenna sem fór að nota lyf eftir þörfum og fleiri lyfjategundir voru notaðar þegar leið á meðgönguna. Í töflu II má sjá skiptingu algengustu lyfjanna eftir reglulegri notkun eða notkun eftir þörfum og ástæðu fyrir notkun. Þar sést að 65% lyfjanna voru notuð eftir þörfum og 35% lyfjanna reglulega.

Hlutfall lyfja sem notuð voru í samráði við lækni eða ljósmóður voru 61%. Eins og sést á mynd 2 tilheyra 62% lyfjanna sem notuð voru í rannsókninni öryggisflokki A í öryggisflokkunarkerfi FASS, 20% lyfjanna falla í flokk B, 18% í flokk C og eitt lyf fellur í flokk D (0,2%). Flest þeirra lyfja sem féllu í flokk C voru kvíða- og þunglyndislyf, háþrýstingslyf og asetýlsalisýlsýra í lágum styrk (75-150 mg) sem notuð var í fyrirbyggjandi skyni. Fyrrgreind lyf úr flokki C voru langoftast notuð í samráði við lækni og samkvæmt lyfseðli. Lyfið í flokki D var doxýcýklín (Doxylin®). Lyfinu var ávísað af lækni án vitundar um þungun og var það notað í nokkra daga snemma í þungun. Í rannsókninni notuðu 11 konur (5%) íbúprófen, naproxen eða asetýlsalisýlsýru í háum styrk (500 mg) en þetta eru lyf sem fást í lausasölu, það er án lyfseðils, og ekki er mælt með að nota þau á meðgöngu.

Notkun lyfs hætt vegna þungunar

Af 213 þátttakendum voru 62 konur (29%) sem hættu notkun lyfs vegna þungunar. Algengast var að notkun lyfs væri hætt að frum-

Tafla III. *Svör við fullyrðingum til að kanna viðhorf og upplýsingar í tengslum við notkun lyfja og náttúruvara á meðgöngu, hlutfall %.*

Fullyrðing	Sammála	Hlutlaus	Ósammála	Á ekki við
Þegar læknir ávísar fyrir mig lyfi á meðgöngu veitir hann mér fullnægjandi upplýsingar um lyfið.	81	4	15	-
Ég tel mig hafa aðgengi að fullnægjandi upplýsingum um lyfjanotkun á meðgöngu.	94	2	4	-
Ég hef stundum áhyggjur af áhrifum lyfjanotkunar minnar á fóstrið.	42	6	41	11
Ég hef almennt hærri þröskuld fyrir notkun lyfja þegar ég ófrísk.	83	6	10	1
Ég hef almennt hærri þröskuld fyrir notkun náttúruvara þegar ég er ófrísk.	53	11	12	24
Þrátt fyrir að ég sé veik og gæti tekið lyf til að bæta líðan er betra fyrir fóstrið að ég sleppi þeim.	60	21	19	-
Það er almennt betra fyrir fóstrið að ég noti lyf og að mér batni heldur en að hafa ómeðhöndlaðan sjúkdóm á meðgöngu.	74	24	2	-
Ófrískar konur ættu frekar að nota náttúruvörur en hefðbundin lyf.	24	30	46	-
Ófrískar konur ættu ekki að nota náttúruvörur án þess að ráðfæra sig við fagaðila fyrst.	87	7	6	-

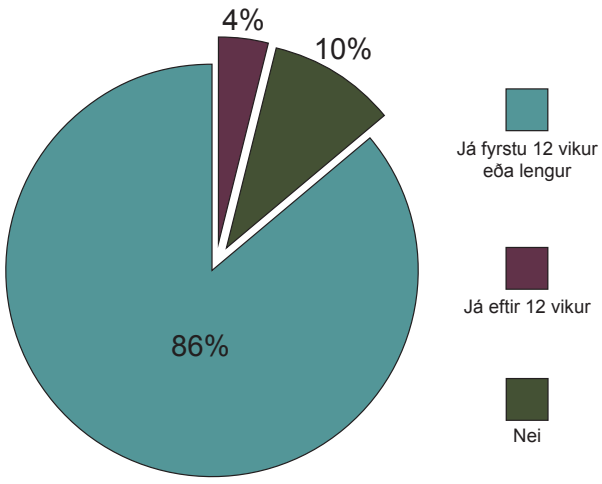
kvæði kvennanna sjálfra (79% lyfjanna). Í 18% tilvika var lyfjanotkun hætt í samráði við lækni og í 3% tilvika var notkun hætt í samráði við lyfjafræðing eða ljósmóður.

Notkun fæðubótarefna; vítamína, steinefna og fitusýra

Af 213 þátttakendum notuðu 207 konur (97%) vítamín, fitusýrur eða steinefni í rannsókninni. Algengast var notkun fólínsýru, D-vítamíns, omega 3 og fjölvítamíns. Mikill meirihluti (90%) þátttakenda notaði fólínsýru og á mynd 3 má sjá hvort hún var notuð á fyrsta þriðjungi meðgöngu eða síðar. Marktækur munur var á notkun fólínsýru eftir aldri (p=0,019). Í yngsta aldurshópnum (<21 árs) var hærra hlutfall kvenna sem ekki notuðu fólínsýru (60%) í samanburði við aðra aldurshópa (4-33%). Einnig var marktækur munur (p=0,03) á hópunum eftir búsetu en hlutfallslega bjuggu fleiri þeirra sem ekki notuðu fólínsýru á landsbyggðinni (24%) samanborið við höfuðborgarsvæðið (8%). Ekki fannst marktækur munur á notkun fólínsýru með tilliti til annarra bakgrunnsþátta (p>0,05).

Notkun náttúruvara

Af 213 þátttakendum notuðu 30 konur (14%) náttúruvöru einhvern tíma á fyrstu 20 vikum meðgöngu. Algengustu vörurnar voru asídófílus (*acidophilus*) og engiferhylki. Enginn marktækur munur var á þeim sem notuðu náttúruvöru samanborið við þær sem gerðu það ekki með tilliti til bakgrunnsþátta (p>0,05).



Mynd 3. *Notkun fólínsýru meðal þátttakenda fyrstu 20 vikur meðgöngu.*

Upplýsingar og viðhorf þungaðra kvenna til notkunar lyfja og náttúruvara á meðgöngu

Í töflu III má sjá hlutfall svara við fullyrðingum sem notaðar voru til að kanna upplýsingar og viðhorf þungaðra kvenna til lyfjanotkunar á meðgöngu. Bakgrunnsþættir þátttakenda höfðu einungis marktæk áhrif á svör við tveimur fullyrðingum. Konur með háskólapróf voru marktækt oftar sammála því að hafa hærri þröskuld fyrir notkun náttúruvara samanborið við konur með iðnmenntun (p=0,011) eða grunnskólapróf (p=0,011). Konur sem starfa í heilbrigðisþjónustu eða hafa slíka menntun voru einnig marktækt oftar ósammála því að ófrískar konur ættu frekar að nota náttúruvörur en hefðbundin lyf samanborið við konur sem ekki hafa slíka menntun eða starfsvettvang (p=0,0002). Bakgrunnsupplýsingar höfðu ekki marktæk áhrif á svör þátttakenda við öðrum fullyrðingum. Þegar konurnar voru spurðar hvert þær myndu helst leita til að fá upplýsingar um lyfjanotkun á meðgöngu, gátu þær valið fleiri en einn svarmöguleika. Algengast var að leita á netið (51%), til ljósmóður (44%) og til læknis (19%).

Umræða

Notkun lyfja, vítamína, steinefna og náttúruvara meðal barnshafandi kvenna hefur lítið verið rannsökuð hér á landi og eftir því sem best er vitað er þetta fyrsta rannsóknin sem einnig kannar upplýsingaöflun og viðhorf til notkunarinnar.

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að lyfjanotkun á meðgöngu á Íslandi sé algeng en um 90% þátttakenda tóku lyf einhvern tíma á fyrstu 20 vikum meðgöngunnar, sem er í samræmi við aðrar sambærilegar rannsóknir.[2,5,23] Þrátt fyrir að flest lyfjanna sem notuð voru séu talin örugg á meðgöngu voru nokkur lyf þar á meðal sem ekki er mælt með að nota á meðgöngu. Meðal þeirra voru til dæmis doxýcýklín, naproxen, íbúprófen og acetýlsalisýl-

sýra í háum styrk. Síðarnefndu þrjú lyfin fást öll í lausasölu sem getur verið varhugavert.

Tíðni lyfjanotkunar eftir lyfjaflokkum var svipuð og í sambærilegum rannsóknum, fyrir utan kvíða- og þunglyndislyf en 12% þátttakenda notuðu slík lyf einhvern tíma á meðgöngunni sem er hærra hlutfall en í sambærilegum rannsóknum á Norðurlöndunum og í eldri íslenskum rannsóknum.[24-26] Eru þessar niðurstöður þó í samræmi við almennt þýði á Íslandi en talið er að um 12-13% Íslendinga noti slík lyf að staðaldri.[27]

Fólínsýra var það vítamín sem oftast var notað en 86% þátttakenda tóku fólínsýru á fyrstu 12 vikum meðgöngunnar. Það er jákvætt því fólínsýra er nauðsynleg fyrir eðlilegan þroska og myndun miðtaugakerfis snemma í þungun. Sýnt hefur verið fram á að lækka megi tíðni heilaleysis og klofins hryggjar hjá fóstrum ef móðirin tekur inn fólínsýru fyrir þungun og á fyrstu vikum meðgöngu.[28] Almennt er mælt með að allar konur á barneignaaldri taki inn 400 µg af fólínsýru daglega enda er um helmingur þungana óráðgerður auk þess sem taugapípan (*neural tube*) lokast snemma, eða á 28. degi eftir getnað, sem er oftast áður en konan hefur uppgötvað þungunina.[29] Hlutfall barnshafandi kvenna sem tekur inn fólínsýru er ívið hærra í þessari rannsókn en í öðrum rannsóknum.[26,30,31] Upplýsingagjöf og fræðsla til barnshafandi kvenna um mikilvægi fólínsýrunotkunar á meðgöngu er líkleg ástæða þess að svo margar barnshafandi konur taka fólínsýru. Það væri æskilegt að ná betur til yngsta aldurshópsins (<21 árs) og kvenna sem búsettar eru á landsbyggðinni en þar var marktækt minni notkun á fólínsýru samanborið við höfuðborgarsvæðið.

Hlutfall kvenna í þessari rannsókn sem notuðu náttúruvöru einhvern tíma á fyrstu 20 vikum meðgöngu var 14%. Í íslenskri rannsókn frá árinu 2001 sem kannaði notkun náttúruvara meðal þungaðra kvenna notuðu 13% kvennanna náttúruvörur.[20] Það bendir því til að notkun náttúruvara hafi ekki aukist hér á landi meðal þungaðra kvenna. Fæstum náttúruvörum sem notaðar voru í rannsókninni fylgja upplýsingar um öryggi á meðgöngu og nokkrar þeirra hafa staðfesta áhættu fyrir fóstur. Er notkun þeirra því áhyggjuefni. Þó var mikill meirihluti sammála því að þungaðar konur ættu ekki að nota náttúruvörur án þess að ráðfæra sig við fagaðila fyrst, sem er jákvætt.

Niðurstöðurnar gefa til kynna að viðhorf barnshafandi kvenna til lyfjanotkunar á meðgöngu sé nokkuð rökrétt og alla jafna jákvætt. Niðurstöðurnar gefa þó einnig vísbendingu um að hluti þungaðra kvenna hafi óþarfa áhyggjur af lyfjanotkun sinni en 42% þátttakenda sagðist stundum hafa áhyggjur af áhrifum lyfjanotkunar sinnar á fóstrið þótt lyfin sem notuð voru hefðu enga þekkta áhættu fyrir fóstur. Þungaðar konur upplifa gott aðgengi að upplýsingum um lyf á meðgöngu, sem bendir til góðrar meðgönguverndar. Þó er rými til að bæta upplýsingagjöf til þungaðra kvenna þegar lyfjum er ávísað eða þau keypt í lausasölu. Fullnægjandi upplýsingagjöf stuðlar að rökréttara viðhorfi til lyfjanotkunar, eykur meðferðarheldni og dregur úr óþarfa áhyggjum.[9,32]

Einn helsti styrkleiki þessarar rannsóknar er hátt svarhlutfall, eða 93%. Einnig að spurt var um lyfjanotkun nálægt rauntíma notkunar. Annar styrkleiki rannsóknarinnar er sá að viðtöl voru tekin við alla þátttakendur. Kostur viðtalsforms er sá að rannsakandi gat hjálpað til við upprifjun lyfjategunda og notkunar og komið í veg fyrir misskilning eða ólíka túlkun spurninga. Mögulegt er þó að einhverjar konur hafi dregið úr upplýsingagjöf um lyfjanotkun og ekki sagt hreinskilnislega frá. Einnig þarf að treysta á að konurnar muni eftir lyfjanotkun sinni og nefni rétt lyf, þó rannsakandi hafi hjálpað til við upprifjun, til dæmis með því að nefna ýmsa sjúkdóma og kvilla. Fjöldi lyfja sem notaður var í rannsókninni gæti því verið vanmetinn. Þar að auki voru einungis fyrstu 20 vikur meðgöngunnar kannaðar og mögulega hefði hlutfall barnshafandi kvenna sem notuðu lyf á meðgöngu orðið enn hærra ef öll meðgangan hefði verið skoðuð. Styrkleiki lyfjanna var ekki skráður en ástæðan fyrir því var sú að rannsakendur töldu ólíklegt að konurnar myndu muna nákvæman styrk allra lyfjanna. Einnig má nefna að 17 konur neituðu þátttöku í rannsókninni. Það má velta því fyrir sér hvort hér sé um skekkju í úrtaki að ræða ef ástæðan fyrir því að konurnar neituðu þátttöku var mikil neysla lyfja eða fæðubótarefna á meðgöngunni.

Rannsakendur telja að áfram eigi að safna upplýsingum um lyfjanotkun á meðgöngu, bæði lausasölulyfja og lyfseðilsskyldra, ásamt upplýsingum um notkun fæðubótarefna. Það er hluti af almennri meðgönguvernd að leiðbeina verðandi mæðrum og ráðleggja hvenær lyfjanotkun á við og hvenær ekki. Almenna reglan er að forðast lyfjanotkun, einkum í upphafi þungunar, en veikindi geta kallað á lyfjagjöf. Æskilegast væri að skoða lyfjanotkun í rauntíma og styðjast bæði við útgefna lyfseðla og viðtöl. Að lokum væri áhugavert að fá upplýsingar um afdrif þungunar. Með tímanum geta slíkar upplýsingar orðið að mikilvægum sannreyndum gögnum og leiðarvísum fyrir viðeigandi lyfjanotkun á meðgöngu.

Þakkir

Höfundar vilja þakka starfsmönnum fósturgreiningardeildar Landspítala kærlega fyrir alla aðstoð við framkvæmd viðtala. Jóhönnu Jakobsdóttur tölfræðingi er einnig þakkað fyrir gagnlega tölfræðiaðstoð. Rannsóknin var unnin sem meistaraverkefni við lyfjafræðideild Háskóla Íslands.

Heimildir

1. Bakker MK, Jentink J, Vroom F, Van Den Bert PB, De Walle HE, De Jong-Van Den Berg D. Drug prescription patterns before, during and after pregnancy for chronic, occasional and pregnancy-related drugs in the Netherlands. BJOG 2006; 113: 559-68.
2. Daw JR, Hanley GE, Greyson DL, Morgan SG. Prescription drug use during pregnancy in developed countries: a systematic review. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2011; 20: 895-902.
3. Gagne JJ, Maio V, Berghella V, Louis DZ, Gonnella JS. Prescription drug use during pregnancy: a population-based study in Regione Emilia-Romagna, Italy. Eur J Clin Pharmacol 2008; 64: 1125.
4. Chambers C. Over-the-counter medications: Risk and safety in pregnancy. Sem Perinatol 2015; 39: 541-4.
5. Adam MP, Polifka JE, Friedman JM. Evolving knowledge of the teratogenicity of medications in human pregnancy. Am J Med Genet C Sem Med Genet 2011; 157: 175-82.
6. Nordeng H, Ystrøm E, Einarson A. Perception of risk regarding the use of medications and other exposures during pregnancy. Eur J Clin Pharmacol 2010; 66: 207-14.
7. Hämeen-Anttila K, Jyrkkä J, Enlund H, Nordeng H, Lupattelli A, Kokki E. Medicines information needs during pregnancy: a multinational comparison. BMJ Open 2013;3(4).
8. Zaki NM, Albarraq AA. Use, attitudes and knowledge of medications among pregnant women: A Saudi study. Saudi Pharmaceut J 2014; 22: 419-28.
9. Nordeng H, Koren G, Einarson A. Pregnant Women's Beliefs About Medications - A Study Among 866 Norwegian Women. Ann Pharmaco 2010; 44: 1478-84.
10. Phatak HM. Relationships Between Beliefs about Medications and Nonadherence to Prescribed Chronic Medications. Ann Pharmaco 2006; 40: 1737-42.
11. Bánhidy F, Lowry RB, Czeizel AE. Risk and Benefit of Drug Use During Pregnancy. Int J Med Sci 2005; 2: 100-6.
12. Hancock RL, Koren G, Einarson A, Ungar WJ. The effectiveness of Teratology Information Services (TIS). Reprod Toxicol 2007; 23: 125-32.
13. Aronsson CA, Vehik K, Yang J, Uusitalo U, Hay K, Joslowski G. Use of dietary supplements in pregnant women in relation to sociodemographic factors – a report from The Environmental Determinants of Diabetes in the Young (TEDDY) study. Publ Health Nutr 2013; 16: 1390-402.
14. Headley J, Northstone K, Simmons H, Golding J, ALSPAC Study Team. Medication use during pregnancy: data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Eur J Clin Pharmacol 2004; 60: 355-61.
15. Sato Y, Nakanishi T, Chiba T, Yokotani K, Ishinaga K, Takimoto H, et al. Prevalence of Inappropriate Dietary Supplement Use Among Pregnant Women in Japan. Asia Pacif J Clin Nutr 2013; 22: 83-9.
16. Kennedy DA, Lupattelli A, Koren G, Nordeng H. Safety classification of herbal medicines used in pregnancy in a multinational study. BMC Complement Altern Med 2016; 16.
17. Orief YI, Farghaly NF, Ibrahim MIA. Use of herbal medicines among pregnant women attending family health centers in Alexandria. Middle East Fert Soc J 2014; 19: 42-50.
18. Hall HG, Griffiths DL, McKenna LG. The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: A literature review. Midwifery 2011; 27: 817-24.
19. Holst L, Wright D, Haavik S, Nordeng H. The use and the user of herbal remedies during pregnancy. J Altern Complement Med 2009; 15: 787-92.
20. Nordeng H, Havnen GC. Impact of socio-demographic factors, knowledge and attitude on the use of herbal drugs in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 26-33.
21. Pallivalappila AR, Stewart D, Shetty A, Pande B, McLay JS. Complementary and Alternative Medicines Use during Pregnancy: A Systematic Review of Pregnant Women and Healthcare Professional Views and Experiences. Evid Based Complement Alternat Med 2013.
22. fass.se – febrúar 2018.
23. Sinclair SM, Miller RK, Chambers C, Cooper EM. Medication Safety During Pregnancy: Improving Evidence-Based Practice. J Midwif Women Health 2016; 6: 52-67.
24. Zoega H, Kieler H, Nørgaard M, Furu K, Valdimarsdottir U, Brandt L, et al. Use of SSRI and SNRI Antidepressants during Pregnancy: A Population-Based Study from Denmark, Iceland, Norway and Sweden. PLoS ONE 2015; 10(12).
25. Baldvinsdóttir D. Notkun þunglyndislyfja á meðgöngu meðal kvenna á Íslandi 2003-2012: Lýðgrunduð rannsókn á landsvísu (meistaraprófsritgerð, Háskóli Íslands, Reykjavík). 2016. https://skemman.is/handle/1946/25180?locale=en - ágúst 2018.
26. Guðmundsdóttir Þ. Rannsókn á lyfjanotkun barnshafandi kvenna á Íslandi. Óútgefin kandídatsritgerð, Háskóli Íslands, Reykjavík 2001.
27. landlaeknir.is – febrúar 2018.
28. Milunsky A, Jick H, Jick SS, Bruell CL, MacLaughlin DS, Rothman KJ, et al. Multivitamin/folic acid supplementation in early pregnancy reduces the prevalence of neural tube defects. JAMA 1989; 262: 2847-52.
29. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. Cochr Datab Syst Rev 2015; (12): CD007950.
30. Al Rakaf MS, Kurdi AM, Ammari AN, Al Hashem AM, Shoukri MM, Garne E, et al. Patterns of folic acid use in pregnant Saudi women and prevalence of neural tube defects—Results from a nested case–control study. Prevent Med Report 2015; 2: 572-6.
31. Hodgetts VA, Morris RK, Francis A, Gardosi J, Ismail KM. Effectiveness of folic acid supplementation in pregnancy on reducing the risk of small-for-gestational age neonates: a population study, systematic review and meta-analysis. BJOG 2015; 122: 478-90.
32. Schaefer C, Hannemann D, Meister R. Post-marketing surveillance system for drugs in pregnancy—15 years experience of ENTIS. Repro Toxicol 2005; 20: 331-43.

Barst til blaðsins 10. ágúst 2018, samþykkt til birtingar 27. nóvember 2018.

ENGLISH SUMMARY

Use of medication, supplements and natural products during pregnancy

Unnur Sverrisdóttir[1]
Freyja Jónsdóttir[1,2]
Anna Ingibjörg Gunnarsdóttir[1,2]
Hildur Harðardóttir[3,4]
Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir[4,5]

Introduction: Evidence-based information regarding the use of medication during pregnancy is lacking, even though the use of medication during pregnancy is considered common and often neccesary. The aim of this study was to obtain reliable information on the use of medications during the first 20 weeks of pregnancy and the use of vitamins, minerals, fatty acids, herbs and other natural products. Women´s attitude and beliefs towards the use of medications was also examined.

Material and methods: The study was conducted at the Prenatal Diagnosis Unit at Landspitali from January to April 2017. Women who attended routine ultrasound examination at 20 weeks were offered to participate. A questionnaire was submitted to participants in an interview with the researcher following the doctor's appointment.

Results: Of the 213 participants, 90% used medication at least once during the first 20 weeks of pregnancy. Approximately 80% of these medications belong to FASS safety classes A and B and are considered safe during pregnancy. The proportion of women who did not use folic acid was 14% which was associated with residence in rural areas (p=0.03) and younger age (p=0.019). Natural products were used by 14% but information about their safety is lacking. The majority (81%) was satisfied with the information they received when a drug was prescribed and 94% said they had sufficient access to information about medication use during pregnancy. The most commonly used sources of information were the internet (51%) and the local midwive (44%).

Conclusion: The use of medications and supplements during pregnancy is common. Most medications being used are considered safe during pregnancy. The majority of pregnant women take folic acid. Pregnant women have a logical and generally a positive attitude towards medication use during pregnancy.

[1]Faculty of Pharmaceutical sciences, The University of Iceland, [2]Pharmacy department, The National University Hospital, [3]Obstetrics and gynecology, The National University Hospital, [4]Faculty of Medicine, The University of Iceland, [5]The Primary health care of the capital area.

Key words: *pregnancy, medication, natural product, supplement, attitude, knowledge.*

Correspondence: *Unnur Sverrisdóttir, unnursve@gmail.com*



KYNNTU ÞÉR RÉTTINDI ÞÍN

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna

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

STYRKIR SJÓÐSINS ERU:

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

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

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

www.lis.is

Iceland Travel
RÁÐSTEFNUR



Læknadagar eru í góðum höndum

Ráðstefnur, fundir og viðburðir

radstefnur@icelandtravel.is

Iceland Travel Ráðstefnur hefur haldið utan um skipulag Læknadaga til margra ára.

Iceland Travel Ráðstefnur sérhæfir sig í skipulagningu, undirbúningi og utanumhaldi ráðstefna, funda og viðburða.

Loftbrjóst beggja vegna eftir nálastungumeðferð á meðgöngu – sjúkratilfelli

Atli Steinn Valgarðsson[1]
Tómas Guðbjartsson[2]

Höfundar eru báðir læknar.

[1]Skurðdeild Landspítala, [2]brjóstholsskurðdeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Atli Steinn Valgarðsson, *atlisv@simnet.is*

Höfundar fengu leyfi sjúklings fyrir þessari umfjöllun.

ÁGRIP

Hér er lýst tilfelli konu á fertugsaldri sem leitaði á bráðamóttöku vegna vaxandi takverks og mæði nokkrum klukkustundum eftir nálastungumeðferð. Nálastungurnar fékk hún vegna meðgönguógleði og uppkasta en hún var þá komin tæpar 15 vikur á leið. Við komu var hún með hvíldarmæði, aukna öndunartíðni og hjartsláttarhraða en súrefnismettun og blóðþrýstingur innan viðmiðunarmarka. Við hlustun voru skert öndunarhljóð yfir lungnatoppum og lungnamynd sýndi nánast algjört samfall á báðum lungum. Komið var fyrir brjóstholskerum beggja vegna sem fjarlægðir voru einum og tveimur dögum síðar og hún útskrifuð heim. Konunni heilsaðist vel eftir útskrift og meðgangan gekk vel í kjölfarið. Þetta tilfelli sýnir að loftbrjóst getur hlotist af nálastungumeðferð ef nálunum er stungið of djúpt í brjóstkassann. Í þessu tilviki hlaust af loftbrjóst beggja vegna sem getur reynst lífshættulegt.

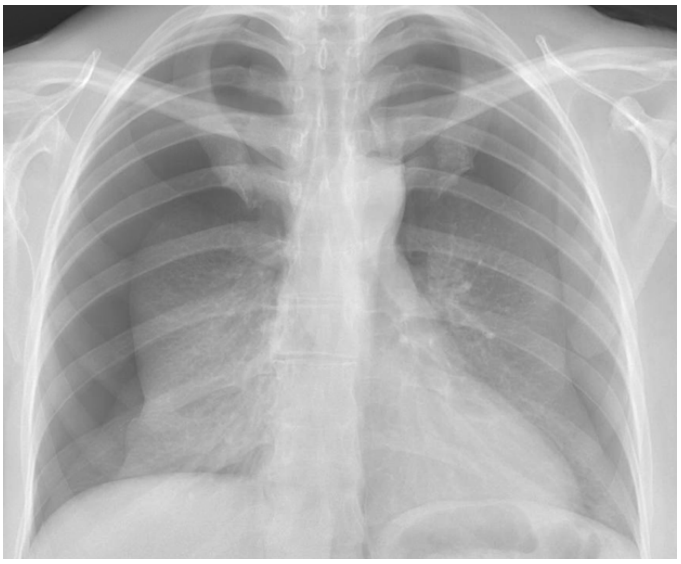
https://doi.org/10.17992/lbl.2019.01.212

Inngangur

Loftbrjóst verður þegar loft berst inn í fleiðruholið sem umlykur lungað og veldur því að lungað fellur saman. Við samfallið minnkar rúmmál lungans og loftskipti um lungnablöðrur skerðast þannig að minna súrefni berst til blóðsins.[1] Algjört samfall á öðru lunga veldur sjaldnast súrefnisskorti í hvíld ef hitt lungað starfar eðlilega. Hins vegar getur loftbrjóst öðrum megin hjá sjúklingum með dreifðan lungnasjúkdóm og skerta lungnastarfsemi valdið alvarlegum súrefnisskorti. Samfall beggja lungna samtímis getur valdið lífshættulegum súrefnisskorti, jafnvel hjá hraustum einstaklingum.[1,2] Algengasta orsök loftbrjósts er rof á litlum blöðrum sem yfirleitt eru staðsettar á lungnatoppum.[2] Í langflestum tilvikum verður loftbrjóst aðeins öðrum megin en í einstaka tilfellum getur það orðið beggja vegna; bæði sem sjálfsprottin loftbrjóst en mun oftar vegna áverka.[2]

Tilfelli

Kona á fertugsaldri sem hafði gengið með í tæpar 15 vikur leitaði á bráðamóttöku Landspítala vegna skyndilegrar mæði og takverks. Hún hafði glímt við ógleði og uppköst á meðgöngunni og því



Mynd 1. *Röntgenmynd af brjóstholi tekin við komu á bráðamóttöku. Þarna sést nánast algjört samfall á báðum lungum með loftbrjóst sem mældist í útöndun 9 cm frá lungnatoppi hægra megin og 7,5 cm frá lungnatoppi vinstra megin.*

var reynd nálastungumeðferð sem framkvæmd var utan spítala. Að sögn sjúklingsins var fíngerðum nálum stungið neðan við herðablöð beggja vegna, aftan við axlir, en einnig í framanverðan brjóstkassa og neðri útlimi. Strax eftir stungurnar fann hún fyrir mæði og takverk sem ágerðust á næstu klukkustundum. Einkennin héldu áfram að versna og því leitaði hún á bráðamóttöku um 7 klukkustundum eftir nálastungumeðferðina. Við lungnahlustun heyrðust minnkuð öndunarhljóð yfir lungnatoppum beggja vegna. Öndunartíðni var 26/mín í hvíld (viðmið 12-20/mín), súrefnismettun 100% án súrefnis, púls mældist 99/mín og blóðþrýstingur 112/73 mmHg. Á röntgenmynd af lungum sást nánast algjört samfall á báðum lungum með ívið stærra loftbrjósti hægra megin (mynd 1). Blóðrannsóknir voru eðlilegar nema hvít blóðkorn sem voru hækkuð (15,9 x10^9/L) og kalíum sem var lækkað (3,0 mmól/L). Skömmu eftir komu var brjóstholskerum komið fyrir í bæði fleiðruhol sem tengdir voru við sog og þöndust bæði lungu út við það (mynd 2).

Degi síðar var enginn loftleki í kerunum og því var lokað fyrir þá og sá vinstri fjarlægður. Hægri kerinn var fjarlægður degi síðar. Fylgst var áfram með sjúklingnum á hjarta- og lungnaskurðdeild og hún útskrifuð heim við góða líðan þremur dögum frá komu. Við eftirlit viku síðar lét hún vel af sér og þess má geta að meðgangan gekk vel eftir þetta.



Mynd 2. *Röntgenmynd af brjóstholi sem sýnir fullþanin lungu fljótlega eftir ísetningu brjóstholskera beggja vegna.*

Umræða

Hér er lýst sjaldgæfum en lífshættulegum fylgikvilla eftir nálastungumeðferð á brjóstholi. Svipuðum tilfellum hefur verið lýst áður þar sem bæði lungu hafa fallið saman og eru dæmi um að af því hafi hlotist dauðsföll.[4,6,7] Svo fór þó ekki í þessu tilfelli, enda súrefnismettun í hvíld eðlileg þrátt fyrir mikið samfall á báðum lungum. Einungis hefur einu öðru tilfelli verið lýst þar sem þunguð kona fékk loftbrjóst beggja vegna eftir nálastungur, en þeirri meðferð var beitt vegna astma.[7]

Nálastungumeðferð nýtur sífellt meiri vinsælda á Vesturlöndum. Árið 2002 fóru um 1% allra fullorðinna Bandaríkjamanna í nálastungumeðferð en árið 2012 var hlutfallið um 1,5% fullorðinna Bandaríkjamanna, eða um 3,5 milljónir manna.[8,9] Slíkar tölur eru ekki til hér á landi, enda nálastungur sem inngrip ekki eftirlitsskylt. Þó er ljóst að nálastungumeðferð er víða beitt hérlendis við meðgönguógleði og heilbrigðisstofnanir bjóða til að mynda upp á slíka meðferð.[10] Nálastungur sem meðferð við ógleði er umdeild, enda hafa niðurstöður verið misvísandi um ágæti hennar borið saman við hefðbundna lyfjameðferð.[11,12] Þannig hafa tvær slembirannsóknir borið saman nálastungumeðferð og svokallaða gervinálastungur og reyndist árangurinn svipaður.[12-14]

Algengustu fylgikvillar nálastungumeðferðar eru verkir á stungustað, minniháttar blæðingar og yfirborðssýkingar.[15-17] Alvarlegri fylgikvillar nálastungumeðferðar eru mun fátíðari og hafa stærri rannsóknir sýnt að tíðni loftbrjósts er á bilinu frá 1/50.000 til 125.000 meðferðir.[15-18] Tíðni samfalls beggja lungna eftir nálastungumeðferð er hins vegar ekki þekkt en ljóst er að hún er mun lægri. Sýnt hefur verið fram á að þjálfun þess sem veitir meðferðina hefur áhrif á tíðni fylgikvilla[15,16] en til að bæta öryggi mætti til dæmis nota nálar með bremsu svo þeim sé ekki stungið of djúpt.

Lokaorð

Þetta tilfelli er ágætis áminning um þá fylgikvilla sem hlotist geta af nálastungum og mikilvægi þess að upplýsa sjúklinga um þá fyrirfram. Hafa verður loftbrjóst í huga sem mismunagreiningu við bráðum brjóstverk og mæði hjá sjúklingi sem farið hefur í nálastungumeðferð.

Heimildir

1. Shields T, LoCicero W, Ponn J, Rusch RB VW, ed. General Thoracic Surgery. 6th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Fíladelfíu 2005.
2. Guðbjartsson T, Tómasdóttir GF, Björnsson J, Torfason B. Sjálfkrafa loftbrjóst. - Yfirlitsgrein. Læknablaðið 2007; 93: 415-24.
3. Bense L, Eklund G, Wiman LG. Smoking and the increased risk of contracting spontaneous pneumothorax. Chest 1987; 92: 1009-12.
4. Rim T, Bae JS, Yuk YS. Life-Threatening Simultaneous Bilateral Spontaneous Tension Pneumothorax - A case report -. Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2011; 44: 253-6.
5. Brettel HF. Acupuncture as a cause of death (author's transl). MMW Munch Med Wochenschr 1981; 123: 97-8.
6. Oskarsson P, Walker CA, Leigh-Smith S. Bilateral pneumothoraces following acupuncture. BMJ Case Rep 2017.
7. Wright RS, Kupperman JL, Liebhaber MI. Bilateral tension pneumothoraces after acupuncture. West J Med 1991; 154: 102-3.
8. Barnes PM, Powell-Griner E. Interview H. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults : United States 2002. 2004; (343).
9. Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, Barnes PM, Nahin RL. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002-2012. Natl Health Stat Report 2015; 79: 1-16.
10. Ljósmæðravaktin - dagdeild. hss.is/index.php/skolaheilsugaesla/item/364-ljosmaedhravaktin-dagdeild. - júlí 2018.
11. Boelig RC, Barton SJ, Saccone G, Kelly AJ, Edwards SJ, Berghella V. Interventions for treating hyperemesis gravidarum. Cochr Datab Syst Rev - maí 2016.
12. Smith C, Crowther C, Beilby J. Acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy: a randomized controlled trial. Birth 2002; 29: 1-9.
13. Knight B, Mudge C, Openshaw S, White A, Hart A. Effect of acupuncture on nausea of pregnancy: a randomized, controlled trial. Obstet Gynecol 2001; 97: 184-8.
14. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochr Datab Syst Rev - september 2015.
15. Ernst E, White AR. Prospective studies of the safety of acupuncture: a systematic review. Am J Med 2001; 110: 481-5.
16. Lao L, Hamilton GR, Fu J, Berman BM. Is acupuncture safe? A systematic review of case reports. Altern Ther Health Med 2003; 9: 72-83.
17. Melchart D, Weidenhammer W, Streng A, Reitmayr S, Hoppe A, Ernst E, et al. Prospective investigation of adverse effects of acupuncture in 97 733 patients. Arch Intern Med 2004; 164: 104-5.
18. Park J, Sohn Y, White AR, Lee H. The safety of acupuncture during pregnancy: a systematic review. Acupunct Med 2014; 32: 257-66.

Barst til blaðsins 18. ágúst 2018, samþykkt til birtingar 19. nóvember 2018.

ENGLISH SUMMARY

Bilateral pneumothoraces in a pregnant woman following acupuncture - a case report

Atli Steinn Valgarðsson[1]
Tómas Guðbjartsson[2]

A woman in her thirties, 15 weeks pregnant, underwent acupuncture therapy because of pregnancy-related nausea and vomiting. Several hours later she experienced shortness of breath and therefore came to the emergency room. Physical examination revealed tachypnea and reduced breath sounds bilaterally but normal oxygen saturation and blood pressure. Chest X-ray showed bilateral subtotal pneumothoraces. Chest tubes were inserted into both pleural cavities and the patient recovered successfully and was discharged in good health 3 days after admission. This case report emphasizes the risks of acupuncture to the chest cavity that in this case resulted in bilateral pneumothoraces, a condition that can become life threatening in this case to both mother and fetus.

[1]Department of Surgery, Landspitali University Hospital, [2]Cardiothoracic Surgery, Landspitali University Hospital.

Key words: *Pneumothorax, bilateral, acupuncture, traumatic, chest tube.*

Correspondence: Atli Steinn Valgarðsson, *atlisv@simnet.is*

ÁRSHÁTÍÐ LÍ Í GULLHÖMRUM

Árshátíð Læknafélags Íslands 2019 verður haldin laugardaginn 26. janúar nk. í Gullhömrum. Húsið verður opnað kl. 19 með fordrykk í boði Læknafélagsins. Þetta verður mögnuð gleði-samkoma sem enginn má missa af. Einungis 650 miðar í boði svo það er um að gera að kaupa miða tímanlega.
Sitjandi borðhald verður að þessu sinni.

Veislustjóri verður Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, læknir



Dagskrá árshátíðar

- Húsið opnað kl. 19, fordrykkur í boði Læknafélags Íslands
- Ávarp Reynis Arngrímssonar formanns Læknafélags Íslands
- Haukur Heiðar Ingólfsson leikur á flygilinn
- Sæmundur Rögnvaldsson og Þórður Páll Pálsson spila af fingrum fram
- Henrik Garcia og félagar verða með uppistand
- Gleðisveit Guðlaugar leikur vel valin lög
- Buffið lokar kvöldinu með stuðballi
- Fleiri skemmtilegar uppákomur

Matseðill

- ✓ Forréttur: Humarsúpa með ristuðum humarhölum og nýbökuðu brauði
- ✓ Aðalréttur: Dádýrasteik borin fram með kartöflukönku, steinseljurót og sól-berjasoðsósu
- ✓ Ábætisréttur: Logandi crème brûlée með kókosís og ávöxtum
- ✓ Ítalskt hvítvín og rauðvín frá Mezzocorona sem eru úrvalsvín frá Norður-Ítalíu

Grænmetisréttir

- ✓ Forréttur: Rjómalöguð villisveppasúpa með nýbökuðu brauði
- ✓ Aðalréttur: Innbakað grænmeti með bulgur og hnetukókossósu
- ✓ Ábætisréttur: Appelsínusorbet borið fram í glasi (vegan)

MIÐAVERÐ er kr. 16.500.

Innifalið í miðaverðinu er matur og léttvín með matnum. Barinn er jafnframt opinn fyrir aðra drykki.
Hægt er að kaupa árshátíðarmiða án léttvíns með matnum fyrir þá sem ekki neyta áfengis.
Miðaverð er þá **kr. 13.500.**

Miðasala er á síðu Læknadaga 2019 á innra neti lis.is

Gert er ráð fyrir að árgangar haldi sín partí eins og venjulega. Læknar eru beðnir um að skrá útskriftarárgang við kaupin á miðunum svo hægt sé að raða árgöngum saman við borð.

Læknar eru hvattir til að fjölmenna á árshátíð LÍ á aldarafmæli félagsins.

Góða skemmtun

HATTAÞEMA

Þurfa læknar gula sloppa á nýju ári?

Senn líður að lokum 100 ára afmælis Læknafélags Íslands. Umhverfi og heilsa voru efst á baugi á afmælishátíð félagsins í Eldborg 14. janúar 2018, enda eru umhverfismál nátengd heilbrigði og lýðheilsu. Á hátíðinni fluttu nafnkunnir einstaklingar erindi, læknum og öðrum til áminningar um ábyrgð lækna. Afmælishátíðin og Læknadagar gerðu góð skil meðal annars sögu félagsins og lækninga allt frá landnámi að vangaveltum um framtíðarþróun. Þátttakan í viðburðum afmælisársins var framar björtustu vonum og voru gestir á þessum viðburðum að minnsta kosti 2500 ef með eru taldir opnir viðburðir fyrir almenning, Kaldalónskvöld og samræður við almenning um geðheilbrigðismál.

Á aðalfundi LÍ í nóvember síðastliðnum var horft til framtíðar með málstofu um heilbrigðisstefnu til ársins 2030. Þá var leitt í lög félagsins að stofna samskipta- og jafnréttisnefnd en hlutverk hennar verður að stuðla að jákvæðum samskiptum og jafnrétti kynjanna með fræðslu fyrir félagsmenn og tryggja að vinnustaðir lækna hafi viðeigandi viðbragðsáætlanir og úrræði í þessum málum. Kærumál vegna samskipta lækna innbyrðis og kvartanir almennings um starfshætti og brot á siðareglum falla áfram undir siðanefnd félagsins, en þar situr héraðsdómari í forsæti.

Á aðalfundinum hófst svo lokahnykkurinn í innleiðingu skipulagsbreytinga LÍ í samræmi við lagabreytingar frá aðalfundinum 2017 með nýrri samsetningu á stjórn félagsins og vali á aðalfundarfulltrúum. Við hátíðarkvöldverð aðalfundar var fjórum brautryðjendum í hópi kvenna í læknastétt veitt heiðursviðurkenning LÍ.

Aldarafmælis LÍ hefur verið minnst með margvíslegum hætti. Því hafa verið gerð góð skil í *Læknablaðinu*, bæði með sérvöldu myndefni á kápu, viðtölum, greinum sem ritstjórn kallaði eftir úr ýmsum áttum, aðsendu efni og umfjöllun um starfsemi og sögu félagsins. Innra félagsstarf hefur verið eflt og ýmsu tjaldað til. Tónlistar-og ljóðakvöld lækna mæltust vel fyrir. Góð þátttaka var í golfmótaröðinni og þannig mætti áfram telja.

LÍ réðst í það stórvirki að gerast á árinu gestgjafi aðalfundar og ársþings Alþjóðasamtaka lækna (World Medical Association) og skipulagði samhliða ráðstefnu um lífsiðfræði. Fyrir þinginu lá aðalfundarsamþykkt LÍ frá 2014. Undirbúningstíminn leið skjótt og fyrr en varði mættu fulltrúar þorra læknafélaga allflestra landa og þinguðu í viku í Hörpu. Hvorttveggja tókst með miklum ágætum og fluttu bæði forseti Íslands og heilbrigðisráðherra ávörp. Á aðalfundi WMA var til umfjöllunar endurskoðun á yfirlýsingu samtakanna um erfðafræði í læknisfræði. Þó ekki næðist að ljúka endurskoðuninni var samþykkt að hún skyldi héðan í frá nefnd Reykjavík Declaration of Genetics in Medicine.

Umbrotatímar eru framundan á vinnumarkaði ef fram heldur sem horfir. Þetta hefur ekki farið fram hjá læknum. Samningar LR við Sjúkratryggingar Íslands eru lausir frá áramótum og þarf vart að rifja þá sögu upp. Þegar þetta er ritað eru engin teikn á lofti um að samningar séu í nánd. Búið er að hrekja fyrir dómi fyrr á árinu ólöglega ákvörðun heilbrigðisráðherra um að stöðva eðlilega nýliðun sérfræðilækna á samningstímanum sem er að renna sitt skeið. Í komandi samningi þarf að mörgu að hyggja til að tryggja eðlilegan rekstrargrundvöll sjálfstætt starfandi lækna, ekki einungis einingarverð og lengd samningstíma, heldur einnig kröfulýsingar um rekstur og gæði og tryggja að þessi hópur geti uppfyllt símenntunarkröfur sem gerðar eru í starfsumhverfi sem tekur hröðum framförum og staðið að innleiðingu tækniframfara og nýjunga sem leiða til meiri hagkvæmni og betri meðferðar fyrir sjúklinga.

Á nýju ári mun LÍ leggja fram kröfugerð vegna komandi kjarasamnings. Áhersla á bætta grunnviðmiðun eftir samþjöppun launabils milli starfsstétta ásamt mótvægisaðgerðum vegna vaxandi álags og langs vinnutíma starfshópsins verður meðal þess sem þarf að sinna. Af mörgu er að taka sem ekki verður farið nánar í að sinni.

Það eru ekki einungis blikur á lofti í kjaramálum heldur virðist upp kominn alvarlegur faglegur ágreiningur milli lækna og stjórnvalda á ýmsum sviðum. Má þar nefna viðurkenningar á sérfræðileyfum og kröfur til framhaldsnáms, ábyrgðarsvið yfirlækna og stjórnskipulag á heilbrigðisstofnunum, innleiðing Alþingis á tvöföldu heilbrigðiskerfi með ákvörðun um að gefa afslátt á þekkingu, gæðum og öryggi þegar kemur að lyfjaávísunum.

Þá er sérstakt áhyggjuefni áhugi alþingismanna á tilslökun á lýðheilsumarkmiðum hvað varðar áfengislöggjöfina, sölu á rafsígarettum, blekkingum um gagnsemi fíkniefna í lækningaskyni, gagnrýnislaus meðmæli skottulækninga undir því yfirskyni að um einhvers konar viðbótarmeðferð geti verið að ræða, ásamt undanlátssemi frá viðmiðunum sem til dæmis má finna í Genfarsáttmála lækna um að virða mannslíf staðfastlega til hins ýtrasta.

Lokahnykkur aldarafmælisársins verður á Læknadögum 2019. Þá verða kynntar niðurstöður skoðanakönnunarinnar *Íslenski læknirinn, könnun á líðan og starfsaðstæðum lækna á Íslandi* og málstofur verða um lækna og stefnumótun á vegum FAL í samvinnu við LÍ. Margt fleira áhugavert verður að vanda á Læknadögum sem lýkur með veglegri árshátíð þar sem afmælisárið verður kvatt og nýjum tímum fagnað.



Reynir Arngrímsson

erfðalæknir
formaður Læknafélags Íslands
reynir@lis.is

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

Stjórn Læknafélags Íslands

Reynir Arngrímsson
formaður
Björn Gunnarsson
gjaldkeri

FAL
Guðrún Ása Björnsdóttir
Ýmir Óskarsson

FÍH
Salóme Ásta Arnardóttir
Jörundur Kristinsson
varaformaður

FS
María I. Gunnbjörnsdóttir
Gunnar Mýrdal
ritari

LR
Þórarinn Guðnason
Guðmundur Örn Guðmundsson

Stýrir stofnun sem fékk hrunið í vöggugjöf

María Heimisdóttir leiðir Sjúkratryggingar Íslands. Hún vill brýna stefnuna, styrkja eftirlit með heilbrigðisþjónustunni og telur arðgreiðslur ekki eiga við í þjónustu sem fjármögnuð er með skattfé

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Aldrei," svarar María Heimisdóttir, nýr forstjóri Sjúkratrygginga Íslands, spurð hvort hún sakni þess ekki að starfa sem læknir sem meðhöndli sjúklinga. „Mér finnst einkennilegt þegar fólk spyr mig hvort ég sakni þess ekki að vera læknir. Lýðheilsuvísindi (*Public Health*) ganga út á að vinna með hópa, en ekki einstaka sjúklinga og ég er að því á hverjum einasta degi," segir hún um leið og hún viðurkennir að hafa velt ákvörðun sinni fyrir sér.

„Auðvitað hugsa ég stundum hvernig hlutirnir hefðu verið hefði ég ákveðið að fara í hefðbundnara framhaldsnám eftir læknisfræðina. Ég er svo heppin að ég er í góðu sambandi við kollegana og held því áfram í þessu starfi. Ég hef því ákveðin tengsl og auðvitað reyni ég að fylgjast þokkalega með hvernig þróunin er. En það er eins og fólk gerir, allir fylgjast með sínu fagi."

Ætlar að ná árangri

Að lágmarki 80 milljarðar fara í gegnum Sjúkratryggingar Íslands árlega. Stofnunin, sem sett var á laggirnar á hrunárinu 2008, er enn að feta sig að markmiðum sínum. Þau eru að tryggja aðgengi að heilbrigðisþjónustu fyrir alla landsmenn óháð efnahag, annast kaup á allri heilbrigðisþjónustu fyrir hönd ríkisins, kostnaðargreina hana og stuðla að hámarksgæðum og rekstrar- og þjóðhagslegri hagkvæmni. Ný manneskja í brúnni stefnir á að ná árangri. María hefur nú stýrt stofnuninni frá 1. nóvember.

„Hrunið var ekki besta vöggugjöf sem stofnunin gat fengið. Ég reikna með að það hafi haft áhrif á framvinduna. En mér lýst afskaplega vel á. Hér vinnur geysilega öflugt fólk sem hefur tekið mér vel. Verkefni þessarar stofnunar eru mjög viðtæk og viðtækari en margur áttar sig á. Hér er mikil reynsla og Sjúkratryggingum ætlað mjög stórt hlutverk í íslensku heilbrigðiskerfi," segir hún.

„Það má segja að enn sem komið er hafi stofnunin ekki getað rækt hlutverkið sitt að fullu en í drögum að nýrri heilbrigðisstefnu er lögð áhersla á að styrkja starfsemina. Engu að síður er þetta nú þegar öflug stofnun sem býr yfir miklum mannauði, þekkingu og reynslu," segir hún.

„Ég vil að Sjúkratryggingar Íslands nái að standa undir þeirri hugmyndafræði sem liggur að baki því að þær voru settar á laggirnar," segir hún þar sem við sitjum í litlu fundarherbergi í þessum jólamánuði.

„Áreiðanlega hefði einhver viðskiptamaður getað leitt fjármál spítalans vel. Ég gerði þetta öðruvísi af því að ég er læknir. Peningarnir eru ekki aðalatriðið í sjálfu sér, sjúklingurinn er aðalatriðið en það þarf að huga að peningnum til þess að geta aðstoðað fleiri sjúklinga."

Það er rólegt yfir starfsstöðinni, sem þó er rekin í opnu sérhönnuðu skrifstofurými að Vínlandsleið við rætur Grafarholts. Engin skrifstofa, ekkert fast skrifborð, engar hillur með bókarekkum. María vinnur nú í fyrsta sinn í opnu rými.

Í opnu rými í fyrsta sinn

„Mér finnst þetta fínt," segir þessi þrautreyndi leiðtogi og vart við öðru að búast. „Þetta er skemmtilegt, bjart og opið húsnæði. Mjög góð vinnuaðstaða. Hér eru margskonar rými, hægt að velja um að sitja í kyrrðarrými eða þar sem margir vinna og spjalla saman yfir borðin. Svo er hægt að stinga sér inn í herbergi. Maður kynnist fólki og verkefnum hratt. Þetta er hagkvæmt og stofnunin gat fækkað fermetrum mikið við þessa breytingu. Það er ákjósanlegt um leið og þetta er áskorun. Maður þarf að læra að vera með alla skrifstofuna í tölvunni. Það gengur vel." Hún viðurkennir þó að sakna stundum bókanna sinna. „En þær eru svo sem líka til í rafrænu formi," segir hún svo örlar á söknuði.

Það lá ekki beint við að María færi í stjórnunarstörf eftir að hún lauk embættisprófi í læknisfræði frá Háskóla Íslands árið 1990. „Ég fór þessa venjulegu leið. Tók ameríska prófið og var á leið í framhaldsnám í Bandaríkjunum. Ég ákvað hins vegar að fara fyrst í MBA-nám því ég var heima með strákinn minn og vildi nota þann tíma vel," segir hún. Þessi ákvörðun átti eftir að reynast afdrifaríkari en hún hugði í fyrstu og til góðs.



María Heimisdóttir er afar ánægð með nýja starfsstöð sína hjá Sjúkratryggingum Íslands. Í fyrsta sinn vinnur hún í opnu rými, sem hún segir veita tækifæri til að setja sig hratt inn í málin. Mynd/gag

Vill taka þátt í ákvörðunum

„Ég heillaðist af því hvernig við tökum ákvarðanir um heilbrigðisþjónustu: Af hverju eru hlutirnir svona en ekki hinsegin? Hvernig var það nú ákveðið? Þegar ég var komin langleiðina með MBA-námið hugsaði ég: Mig langar í lýðheilsuvísindi. Mig langar að horfa á skipulag, stjórnun og stefnumótun og taka þátt í að skipuleggja heilbrigðiskerfið. Það gerði ég.“ Eftir MBA-námið frá University of Connecticut árið 1997 með áherslu á stjórnun í heilbrigðisþjónustu, lauk hún doktorsnámi í lýðheilsufræðum (PhD), samhliða vinnu við kennslu og rannsóknir, frá University of Massachusetts árið 2002.

Spurð hvort þurfi að hafa læknismenntunina til að taka þátt í skipulagningu og stjórnun heilbrigðismála segir hún það klárlega styrkleika. „Auðvitað hafa margir stjórnendur í heilbrigðiskerfinu verið farsælir án þess að hafa læknismenntun. Sumir hafa haft aðra heilbrigðismenntun en aðrir hafa hagfræði eða eitthvað slíkt. Við þekkjum mörg dæmi um farsæla stjórnendur, en það er allt annað að hafa læknismenntun að baki.“

Læknismenntunin hafi góð áhrif

María hefur víðtæka reynslu. Hún var framkvæmdastjóri fjármálasviðs Landspítalans frá árinu 2010 og hafði áður veitt forstöðu upplýsinga- og hagdeild spítalans árin 2006-2010. Samhliða þessu var hún klínískur lektor við læknadeild Háskóla Íslands. Þar á undan starfaði hún hjá Íslenskri erfðagreiningu, meðal annars við undirbúning að miðlægum gagnagrunni á heilbrigðissviði.

„Áreiðanlega hefði einhver viðskiptamaður getað leitt fjármál spítalans vel. Ég gerði þetta öðruvísi af því að ég er læknir. Peningarnir eru ekki aðalatriðið í sjálfu sér, sjúklingurinn er aðalatriðið en það þarf að huga að peningnum til þess að geta aðstoðað fleiri sjúklinga. Ég segi stundum að ég hafi ekki áhuga á peningum nema sem tæki til þess að þjóna sjúklingum. Þeir eru einn lykilþátta í að veita heilbrigðisþjónustu,“ segir María.

En hvernig finnast henni þá ákvarðanir í heilbrigðiskerfinu? „Ég tel að heilbrigðiskerfið okkar sé í grundvallaratriðum gott, en við getum gert töluvert mikið betur. Til þess þurfum við að vanda okkur við að hafa heildarsýn í stað þess að bregðast við uppákomum hvers dags. Við þurfum öll að vinna að sama marki. Ef sýnina skortir eru allir að gera sitt besta,

„Er réttlætanlegt að nota þetta skattfé til að greiða eigendum heilbrigðisfyrirtækja stórar fjárhæðir í arð? Kannski væri heppilegra að þetta fé færi í að auka hagkvæmni heilbrigðisþjónustunnar og gæðin.“

en ekki endilega að róa í sömu átt af því að þeir vita ekki hvert stefnt er. Þess vegna bind ég miklar vonir við heilbrigðisstefnu yfirvalda.“

María segir stjórn stofnunarinnar hafa unnið að stefnumótun og framtíðarsýn stofnunarinnar og þessu verki verði lokið á nýju ári. „Það er þannig með heilbrigðisþjónustu eins og alla aðra opinbera þjónustu að það verður aldrei til fé fyrir öllu sem við viljum gera. Þess vegna er forgangsröðun snar þáttur í verkefnum þessarar stofnunar; hvað við ætlum að kaupa fyrir þetta fé sem skattgreiðendur hafa lagt fram.“



Þjónusta sérfræðilækna mikilvæg

Þá spyrjum við um rammasamninginn við sérfræðilækna? Hvernig metur María það mál? „Eins og staðan er núna erum við í viðræðum um framhaldið. Það er nú kannski ekki eðlilegt að ég tjái mig mikið um það núna. Boltinn er hjá þeim,“ segir María og þagnar. Við hvatningu um að lengja mál sitt bætir hún diplómatísku svari við.

„Ég er bjartsýn á að við náum að vinna saman á farsælan hátt,“ segir hún. „Auðvitað er það þannig að við hættum ekki að nýta þjónustu sérfræðilækna á stofum. Það er ljóst. Þetta er mikilvægur þáttur í íslensku heilbrigðiskerfi og við þurfum að finna okkur samstarfsflöt sem er ásættanlegur fyrir alla og tekur meðal annars tillit til lagaumgjarðar samstarfsins, sem og fjárlaga.“

Þá berst talið að arðgreiðslum út úr einkareknum heilsugæslum og banninu sem Kristján Þór Júlíusson kom á í ráðherratíð sinni. Telur María að setja þurfi þessar reglur víðar? „Þessi ákvörðun ráðherra er ekkert einsdæmi í Evrópu.“ Aðildarríki Evrópusambandsins eigi nú að taka afstöðu til þess hvort fyrirtæki sem greiði arð eigi að fá að taka þátt í útboðum á heilbrigðisþjónustu. Spurð um áhrifin segir hún að fyrirtæki sem ekki greiði út arð geti engu að síður tryggt mjög samkeppnishæf og góð starfskjör fyrir starfsmenn sína.

„Nú greiða skattborgarar alla heilbrigðisþjónustu á landinu og engir aðrir peningar eru í umferð í kerfinu. Er réttlætanlegt að nota þetta skattfé til að greiða eigendum heilbrigðisfyrirtækja stórar fjárhæðir í arð? Kannski væri heppilegra að þetta fé færi í að auka hagkvæmni heilbrigðisþjónustunnar og gæðin,“ segir hún.

Auka þurfi eftirlit með þjónustunni

En hvað með aukið eftirlit? Þarf að rýna í hverjir fái þjónustu sérfræðilækna og hvort hópurinn sem hver og einn sinnir sé nægilega fjölbreyttur? „Það þarf eftirlit með allri heilbrigðisþjónustu. Það gildir ekki síður um stofur en aðra þætti heilbrigðisþjónustunnar,“ segir María og að þar hafi SÍ, Embætti landlæknis og Lyfjastofnun skyldum að gegna. „Við munum fara í frekari samvinnu við landlækni um verkaskiptingu og framkvæmd eftirlits.“

En er hún ánægð með íslenskt heilbrigðiskerfi? „Ég tel að almennt sé það gott,“ segir María. „Það eru alltaf einhver sóknarfæri. Mjög miklir peningar eru settir í heilbrigðiskerfið. Alltaf má deila um hvort það sé nægilegt og vel má vera að það mætti vera meira. Ég tel að svo sé en aldrei má gleyma að við sýslum með peninga almennings. Við þurfum því alltaf að vera að endurskoða hvernig við veitum þjónustuna og hvort við náum hámarksviðri, það er að segja mestum árangri fyrir sjúklinga,“ segir hún.

„Það verður alltaf þannig að við þurfum að forgangsraða. Aldrei verður sett þannig fjármagn í þjónustuna að við getum gert allt sem við viljum og getum gert tæknilega,“ segir María. „Við verðum að líta til nágrannaþjóða okkar og læra af því sem vel er gert þar. Það er ekki hægt að halla sér aftur í stólnum og taka því rólega. Við verðum alltaf að vera á tánum.“



9th Nordic Specialist Course in Palliative Medicine 2019-2021

Lokadagur umsókna – 15.03.2019

Samnorrænt sérfræðinám í líknarlækningum

Lífið, samtök um líknarmeðferð á Íslandi hefur í samvinnu við norrænu sérfræðifélög líknarlækna staðið fyrir sérfræðinámi í líknarlækningum frá og með haustinu 2003. Námið er ætlað læknum er lokið hafa sérnámi í klínískri grein læknisfræðinnar. Níunda námslotan hefst haustið 2019. Námið er tveggja ára fræðilegt nám sem skipt er upp í sex 5 daga námskeið:

1. **MODULE 1 – 23-27 September 2019, Trondheim, Norway**

   Introduction to palliative medicine; Introduction to course project; Symptom management in palliative care, with special reference to cancer

2. **MODULE 2 – 27-31 January 2020, Turku, Finland**

   The imminently dying; Audit

3. **MODULE 3 – 20-24 April 2020, Malmö, Sweden A**

   Communication; Ethics; Teamwork; Palliative care in frail elderly and in patients with dementia

4. **MODULE 4 – 21-25 September 2020, Bergen, Norway**

   Decision-making; Emergencies; Complementary and alternative treatments;

   Organisation of palliative care in the Nordic Countries; Teaching and learning; Wound care

5. **MODULE 5 – 25-29 January 2021, close to Copenhagen, Denmark**

   Communication; Pain

6. **MODULE 6 – 19-23 April 2021, Stockholm, Sweden**

   Management, organisation; Palliative care in end-stage organ failure and progressive neurological conditions; Introduction to pediatric palliative care; Course project ;

   Examination and course evaluation.

Hverju námskeiði fylgja heimaverkefni, þátttakendur þurfa að skila afmörkuðu rannsóknarverkefni í lokin og standast skriflegt próf. Kennt er á ensku. Tveir Íslendingar fá þátttökurétt.
Sjá nánar á vefsíðu: www.nscpm.org

Kostnaður er 1100 evrur fyrir hvert námskeið, alls 6600 evrur, auk ferða og uppihalds. Áhugasamir hafi samband við Valgerði Sigurðardóttur, yfirlækni líknardeildar og HERU - sérhæfð líknarþjónusta Landspítala í Kópavogi, sem gefur allar frekari upplýsingar, sendir út umsóknareyðublöð og er tilbúin að aðstoða við styrkumsóknir. Sími: 543 6337/ 825 5018, netfang: valgersi@landspitali.is

Á Íslandi voru líknarlækningar gerðar að að viðbótarsérgrein 2017 við klínískar greinar læknisfræðinnar. Námskeiðið spannar þá fræðilegu þekkingu sem krafist er fyrir viðurkenningu líknarlækninga sem viðbótarsérgreinar á Norðurlöndum.



Jón Steinar Jónsson heimilislæknir segir of litla áherslu á landsbyggðina í læknanámi. Mynd/gag

Vilja meiri áherslu á heilsugæslu í klínísku læknanámi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Það er samfélagsleg ábyrgð þeirra sem mennta heilbrigðisstéttir að hafa þarfir samfélagsins í huga, segir Jón Steinar Jónsson heimilislæknir og lektor á heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands. Jón Steinar benti meðal annars á vanda landsbyggðarinnar á heilbrigðisþingi velferðarráðuneytisins í upphafi nóvembermánaðar. Hann nefndi að þrátt fyrir að einn þriðji hluti landsmanna byggi utan höfuðborgarsvæðisins væri of lítil áhersla á þarfir landsbyggðarinnar í læknanáminu og það þótt heilsugæslan og heimilislækningar séu grunnstoð heilbrigðisþjónustunnar. Undir þetta tekur Guðjón Hauksson, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Austurlands.

„Af þremur árum í klínísku námi í læknadeild eru aðeins 5 vikur helgaðar heimilislækningum. Það er ansi lítið þegar kemur að því að mennta lækna með þarfir samfélagsins í huga, sérstaklega landsbyggðarinnar," segir Jón Steinar í viðtali við *Læknablaðið*. Hann nefnir einnig viku á landsbyggðinni.

Brotin þjónusta á landsbyggðinni

Guðjón segir mörg svæði landsbyggðarinnar „einmenningshéruð" þegar komi að skipun lækna. „Það eru innbyggðar krísur í þjónustunni þegar aðeins einn læknir er á heilsugæslustöð og svo á vakt eftir lokun dagvinnutíma. Læknirinn þarf ekki annað en að hætta svo þjónustan sé í uppnámi," segir hann og bendir á að strembið sé að manna stöður á landsbyggðinni. „Þjónustan er því mjög brothætt."

Guðjón segir Háskólann á Akureyri einn lykilþátta þess að fólk taki séns á landsbyggðinni. „Okkur gengur betur að fá fólk til starfa innan þeirra fagstétta sem þar eru menntaðar, bæði hjúkrunarfræðinga og iðjuþjálfa." Hann telur framboð fjarnáms þar eina helstu ástæðu þess að Háskólinn á Akureyri standi framar Háskóla Íslands þegar kemur að menntun íbúa landsbyggðarinnar. „Háskóli Íslands þarf að taka sig á."

Læknanámið móti þjónustuna

Guðjón nefnir að læknanemar hér á landi séu sterkt mótaðir af sjúkrahúsþjónustunni. „Þar sem læknastéttin er svo mikilvæg fyrir heilbrigðisþjónustuna getur þessi mótun haft áhrif á umræðu um heilbrigðismál og að endingu á það hvert fjármagnið flæðir," segir hann. „Það er skoðun mín að það þurfi að hafa þetta í huga við skipulag læknanámsins, því heilsugæslan er grunnstoð heilbrigðiskerfisins."

Hann segir mikla áherslu á sérgreinar í náminu veikja stöðu landsbyggðarinnar. „Það er aðgengismunur milli landsmanna að heilbrigðisþjónustu. Íbúar á Austurlandi nota þjónustu sérfræðilækna þrefalt minna en íbúar á höfuðborgarsvæðinu. Þetta er eins á Vestfjörðum. Eftir því sem þú kemur nær höfuðborgarsvæðinu fjölgar heimsóknum til sérfræðilækna," segir Guðjón.

„Þessi aðgengismunur er óheppilegur þar sem íbúar þessara landssvæða meta heilsu sína marktækt verri en íbúar höfuðborgarsvæðisins. Þetta fær mann til að hugsa hvort landsbyggðinni sé sinnt og hvort henni sé gefinn nægilegur gaumur."

Fólk aftur á heimaslóðir

Bæði Jón Steinar og Guðjón benda á að miklu líklegra sé að þeir sem komi til starfa á landsbyggðinni eiga rætur þar. „Það er mun líklegra að þeir sem eiga tengsl við Austurland komi hingað," segir Guðjón. „Þess vegna er mikilvægt að



Guðjón Hauksson, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Austurlands, segir auðveldara að fá þær fagstéttir til starfa á landsbyggðinni sem séu menntaðar þar. Mynd/aðsend

tryggja að þeir sem eru úti á landi hafi aðgengi að læknanámi," segir hann.

„Í komandi kjarasamningagerð fyndist mér að Læknafélagið ætti að taka mið af þessari stöðu og gera kjörin betri fyrir þá sem vinna á landsbyggðinni. Eins og staðan er núna vantar þennan hagræna hvata sem áður var."

Jón Steinar segir að það þekkist í dreifbýlum löndum að nemar af landsbyggð fái vissan forgang inn í læknisnám. „Það er flókin umræða og margar lagalegar, siðfræðilegar og fleiri hliðar á því. Engu að síður þekkjum við að þeir sem fara til starfa langtímum saman úti á landi eiga mjög oft einhverjar rætur þar."

Guðjón segir að breytt áhersla myndi auka heilbrigði þjóðarinnar. „Ég held að við náum betri árangri með því að efla heilsugæsluna verulega í staðinn fyrir að einblína svona mikið á sérgreinar. Við erum komin tiltölulega langt þar en það eru svo mikil sóknarfæri í heilsugæslunni til að hafa áhrif á heilsufar þjóðarinnar."

Flutti með fjölskylduna austur

Guðjón Hauksson mælir með landsbyggðinni

Guðjón Hauksson, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Austurlands, og fjölskylda hans eru ein af undantekningunum sem sanna regluna. Hjónin eru bæði heilbrigðismenntuð og alin upp á höfuðborgarsvæðinu en ákváðu að flytja út á land og freista gæfunnar. Þau mæla heilshugar með því skrefi.

„Okkur líkar mjög vel. Ótrúlega mörg tækifæri fylgja því að flytja. Maður fæst við fjölbreyttari verkefni en á heilbrigðisstofnunum á höfuðborgarsvæðinu. Það er grundvallarmunur á heilbrigðisþjónustunni, sem er hér öll á einum stað. Konan mín vinnur til að mynda við blóðskilun en er einnig með stuðningsviðtöl við geðræðum vanda. Menn verða sérfræðingar í breiddinni," segir Guðjón sem tók við stöðu forstjóra um áramótin 2016 eftir að hafa starfað sem deildarstjóri við stofnunina frá árinu 2013.

Hjónin eiga fjögur börn. „Við vorum að borga himinháa leigu í Reykjavík og vildum prófa, safna peningum og einfalda lífið. Flutningarnir hafa fært okkur gæfu," segir Guðjón.

Eins og fram kom við ráðningu Guðjóns í forstjórastólinn lauk hann BS-gráðu í hjúkrun frá Háskóla Íslands árið 2006, meistaragráðu í hagfræði frá Háskóla Íslands árið 2009 og útskrifaðist með meistaragráðu frá Boston University School of Public Health á sviði rannsókna tengdum heilbrigðisþjónustu tveimur árum síðar.



Kristján Erlendsson í Læknagarði þar sem var líf og fjör þegar Læknablaðið kíkti við í desember. Mynd/gag

Nokkuð ánægður með námið eins og það er

– segir Kristján Erlendsson sem ræðst í fjórðu breytinguna á 30 ára ferli hjá læknadeildinni

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Læknanemar síðustu ára eru enn betri námsmenn en áður var. Það sést meðal annars á því að frammistaða þeirra á bandarísku *Comprehensive Clinical Science Examination*, sem tekið er í lok læknanámsins, hefur batnað og er orðin betri að meðaltali en hjá bandarískum læknanemum. Meðaleinkunn íslenskra nema er 82 á móti 75 hjá samanburðarhópnum. Þetta er staða sem ekki má skaða," segir Kristján Erlendsson, læknir, dósent og kennslustjóri læknadeildar Háskóla Íslands, spurður um litla áherslu á landsbyggð og heilsugæslu í læknanámi hér á landi. Hann er ánægður með námið hér á landi og segir að núverandi fyrirkomulag hafi verið við lýði í rúmlega 10 ár. Unnið sé að fjórðu áherslubreytingunni á 30 ára ferli hans hjá læknadeildinni, allt til að halda í við strauma og stefnur og framþróun námsins.

„Alheimssamtök um læknanemakennslu, World federation for medical education, stefnir að alþjóðavottun læknanáms árið 2023 og við ætlum að standast þær kröfur," segir Kristján. Hætta sé á að sérreglur fyrir nemendur af landsbyggðinni flæki málið og skili ekki þeim árangri sem vænst sé.

„Að geta skipt um lögheimili til að komast inn í læknadeild er auðvitað ekki til umræðu," segir Kristján og einnig: „Hvernig á að framfylgja því að nemandi sem hefur rétta lögheimilisskráningu standi við sinn hlut og flytji heim eftir 6 ára læknanám, kandídatsár og 6 ára sérnám?"

Kristján segir að ein ástæða þess að 5 vikur fari í heilsugæslu og landsbyggð á sjötta ári hafi verið skortur á vinnuafli innan heilsugæslunnar. „Þetta fyrirkomulag sem nú er við lýði er byggt á samráði við þáverandi prófessor í greininni sem fann meinbugi á því að hafa vikurnar 7 í stað 5 vegna skorts á kennurum. Þá var skiptingin milli höfuðborgar og landsbyggðar ákveðin af forsvarsmönnum heilsugæslunnar," segir Kristján.

Við breytingarnar nú sé unnið með þá nálgun, sem víða sé að vinna sér sess, að kjarni verði minnkaður og val nemenda aukið. „Það gefur þeim tækifæri til að

velja sjálfir og bæta við sig þeim greinum sem þeim finnst þeir standa halloka í, eða þeim finnst sérstaklega áhugaverðar," segir Kristján. Með breyttu fyrirkomulagi gefist því tækifæri til að verja meiri tíma á heilsugæslunni.

„Það er ofureinföldun að áhugi á hverri grein sé í réttu hlutfalli við þann tíma sem nemendum er gert að dvelja á hverri deild eða innan hverrar greinar. Oft virkar það í öfuga átt. Krafan um aukinn tíma kallar líka á tillögur um að fækka þeim í öðrum greinum. Miðað við reynslu okkar undanfarin er það ekki einfalt," segir Kristján. Þá verði að horfa til þess að reynsla sem nemendur öðlist innan annarra greina gagnist heilsugæslunni.

Kristján er ekki hrifinn af hugmyndum um aukið fjarnám. Hann segir að það myndi gjörbreyta áherslum í náminu, sem nú gangi út á verklega kennslu og þjálfun á fyrstu árunum auk um 2000 fyrirlestra, sem nú sé skoðað að fækka.

„Ég leyfi mér að halda því fram að það sé nánast ómögulegt (að bjóða upp á fjarnám) á klínísku árunum," segir hann. Spurður um vanda landsbyggðarinnar segir Kristján algerlega nauðsynlegt að manna landsbyggðina traustar.

„En það eru ýmsir þættir þar sem standa framar því að fjölga vikum á landsbyggðinni í læknadeild. Það verður að leysa vandann öðruvísi. Eitt af því sem heilbrigðisvísindasviðið vinnur með er þverfaglegt samstarf og hjá okkur eru læknar að gera ýmsa hluti sem hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar væru að minnsta kosti eins góðir í að gera í teymi. Þetta höfum við ekki byggt nægilega kerfisbundið upp hér á landi," segir Kristján. Stærri heilbrigðissvæði, meiri samvinna og fjarlækningar séu lausnir sem þurfi að horfa til. Bætt aðgengi að sjúkraskrá sé einnig lykill að árangri.

„Við höfum í gegnum árin breytt læknanáminu heilmikið. Það hefur aldrei verið athugasemdalaust," segir Kristján. „En við skulum ekki gleyma að við útskrifum mjög góða klínískt þjálfaða lækna."



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

Konur upplifi vantrú lækna

Konur sem fara til læknis upplifa sumar að ekki sé á þær hlustað — af því að þær eru konur. Guðrún Steinþórsdóttir, doktorsnemi í íslenskum bókmenntum, hefur kafað í málið

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Konur upplifa oft að læknar afskrifi þær af því að þær eru konur. Þær upplifa vantrú lækna, þeir hlusti ekki á þær, greini veikindi þeirra skakkt, finnist ekki þörf á að senda þær í frekari rannsóknir og segi þeim að grenna sig. Þetta segir Guðrún Steinþórsdóttir, doktorsnemi í bókmenntum og stundakennari við Háskóla Íslands. Hún hefur verið meðal gestafyrirlesara í samskiptafræði í læknadeildinni.

„Sögur kvenna vitna um að ákveðnar staðalímyndir séu mjög lífsseigar. Konur séu taugaveiklaðar, kvartsárar og ímyndunarveikar. Aftur á móti að karlar bíti á jaxlinn og bölvi í hljóði. Komi þeir til læknis sé mjög mikilvægt að skoða þá vel."

Guðrún segir brýnt að ræða þessar frásagnir kvenna svo hægt sé að læra af þeim. „Læknar þurfa að vera meðvitaðir um þessar tilfinningar kvenna. Oft sýnum við ákveðið viðmót án þess að velta því fyrir okkur, en ef við höfum heyrt af því hvaða afleiðingar viðmótið hefur verðum við passasamari. Þetta á við öll samskipti."

Konur noti tilfinningarík orð

Guðrún segir konur oftar en karla nota tilfinningaríkari orð þegar þær lýsi veikindum sínum. „Það kann að hafa áhrif á að læknar telji eitthvað sálrænt að þeim." Hún nefnir að fólk sé berskjaldaðra veikt en heilbrigt og því kunni neikvætt viðmót á þeim tímapunkti að hafa verri afleiðingar en ella. „Konur geta farið að vantreysta sjálfum sér, efast um veikindi sín og sársauka og hætt að treysta læknum ef ekki er hlustað á þær."

Guðrún segir að enginn fari í læknanám og ákveði að verða læknir með þá fyrirætlan að hlusta ekki á sjúklinginn. „Læknar eru drifnir áfram af því að vilja hjálpa öðrum. Og sem betur fer eru til milljónir sagna af góðum samskiptum, en við heyrum þær síður því neikvæðar sögur lifa lengur. Þær eru áhrifaríkari. Við veitum þeim því frekar athygli."

Guðrún segir að hún hafi velt því upp hvers vegna þetta gerðist. „Gerð var rannsókn í Bandaríkjunum þar sem könnuð var samlíðan læknanema. Þar kom í ljós að hún væri mjög rík við upphaf læknanámsins en dvínaði á þriðja ári og hélst þannig út námið — einmitt þegar þeir komust í samneyti við sjúklinga," segir Guðrún. En hver getur ástæðan fyrir lítilli samlíðan verið?

Minni samlíðan þegar líður á

„Ástæðurnar eru án efa margvíslegar. Til dæmis kann unglækna að skorta jákvæðar fyrirmyndir, þeir ganga inn í ákveðið samfélag þar sem ríkja viss viðhorf sem geta verið misgóð. Þá er alltof mikið álag á læknum og kröfur um að sinna sem flestum sjúklingum á sem stystum tíma." Einnig megi velta því upp að fjársvelti heilbrigðiskerfisins hafi mikil áhrif á þessi samskipti. Neikvæðar sögur um erfiða stöðu heilbrigðiskerfisins geti haft áhrif á upplifun fólks af því.

„Að það sé ekki pláss á spítalanum og langir biðlistar. Þá er sjúklingur kominn með neikvæðar hugmyndir um heilbrigðiskerfið og yfirfærir þær svo kannski á þá sem reyna að sinna starfi sínu vel innan þessa kerfis."

Samlíðan ekki hörð vísindi

Einn lykilþátta í skortinum á samlíðan sé þó að sumum læknum finnist hún ekki heyra til harðra vísinda, heldur eigi að horfa á orsök sjúkdóma og hvernig megi lækna þá.

„Við þurfum að geta sett okkur í spor annarra og það er auðveldara gagnvart fólki sem er líkt okkur. Það getur verið flóknara að finna til samlíðunar með fólki sem er af öðru kyni, öðru þjóðerni, öðrum menningarheimi, en það er afar mikilvægt að huga að félagslegu- og menningarlegu samhengi manneskjunnar. Þá skiptir ímyndunaraflið gífurlegu máli; að geta sett sig í spor sjúklingsins," segir Guðrún sem telur bókmenntafræði geta hjálpað læknum.

„Margir gætu talið að læknis- og bókmenntafræði eigi ekkert sameiginlegt, séu sem olía og vatn, en það er öðru nær. Staðreyndin er sú að fólk í báðum störfum er að reyna að skilja manneskjuna betur. Áhersla á virka hlustun lækna fær sífellt meira vægi en hún tengist frásögninni sem þarf að veita athygli," segir Guðrún.

Frásagnarlæknisfræði fær vægi

„Ný undirgrein læknisfræðinnar kallast frásagnarlæknisfræði (*narrative medicine*) en undir formerkjum hennar hófu bókmenntafræðingarnir Ásdís Egilsdóttir og Dagný Kristjánsdóttir að kenna í læknadeildinni fyrir 6 árum og ég slóst svo í hópinn nokkrum árum síðar," segir Guðrún og bendir á að Bryndís Benediktsdóttir læknir sé potturinn og pannan í samskiptafræðinni og sú sem hafi fengið bókmenntafræðinga til leiks.

„Frásögnin sameinar læknisfræðina og bókmenntafræðina, því í báðum tilvikum erum við með söguþráð sem þarf að fylgja, við höfum persónur sem þarf að veita eftirtekt og við túlkum texta — læknirinn hlustar aftur og aftur á frásagnir. Hann þarf að átta sig á sjúkrasögunni en einnig á því að hverjum einstaklingi fylgir mikil lífssaga. Hann þarf að fylla inn í eyðurnar, því kannski segir sjúklingurinn ekki allt. Þrálátur höfuðverkur og magakveisa getur verið rót einhvers annars; eins og kynferðisofbeldis."

Að skrifa sig frá vandamálum

Svo þurfi að veita málfarinu eftirtekt: „Hvaða líkingar og lýsingarorð notar sjúklingurinn þegar hann lýsir sársauka sínum og veikindum? Notar hann íróníu og hvaða máli skiptir það? Hræðsla tengist oft íróníu. Þá þarf að hlusta eftir hvaða tilfinningum hann lýsir, staldra við og



Guðrún Steinþórsdóttir hélt fyrirlesturinn Kona fer til læknis *og sameinaði þar samskiptafræði, læknisfræði og bókmenntir. Hér er hún á Kaffitári í Þjóðminjasafninu þar sem hún sagði* Læknablaðinu *frá. Mynd/gag*

Varaliturinn af í viðtali við lækna

Guðrún Steinþórsdóttir segir merka rannsókn hafa verið gerða í Noregi þar sem tekin hafi verið djúpviðtöl við 10 konur sem þjást af krónískum vöðvaverkjum. „Þær lýstu neikvæðu viðhorfi og sögðu að ef þær voru vel til hafðar hefði það haft áhrif á mat lækna. Viðkvæðið hafi þá verið: Þú lítur svo vel út, þú getur ekki verið veik. Ef þær voru ungar þóttu þær of ungar til að vera veikar. Væru þær að nálgast miðjan aldur hafi þeim verið bent á að einkennin væru vegna breytingaskeiðsins," segir Guðrún og lýsir afleiðingum þessa viðhorfs.

„Svo konurnar pössuðu að hafa sig ekki til áður en þær fóru til læknis, voru búnar að skrifa mjög nákvæmlega niður allt sem þær vildu að kæmi fram í læknaviðtalinu og voru jafnvel búnar að senda lýsingar til læknisins áður". Guðrún greindi frá þessu í fyrirlestraröð RIKK (Rannsóknastofnun í jafnréttisfræðum við Háskóla Íslands) í byrjun nóvember undir yfirskriftinni *Kona fer til læknis*. Eftir fyrirlesturinn hafi komið til hennar kona með langvarandi veikindi sem hafi þá dregið upp varalitinn sinn og sagt að hún notaði hann til að styrkja sig á degi hverjum en setti hann aldrei á sig fyrir læknaheimsóknir: „Það er ótrúlegt að þurfa að hugsa til þessa þegar farið er til læknis."

skoða þær. Læknirinn er því alltaf að túlka frásagnir og reyna að átta sig á því hvað skiptir máli."

Hún segir skrifmeðferðir orðnar algengar. „Bæði að sjúklingar skrifi um reynslu sína en einnig að læknar skrifi um það sem þeir heyra – til þess að fá útrás. Auðvitað er erfitt að heyra endalausar raunasögur. Það tekur á lækninn og hann getur þá hreinsað hugann."

Guðrún segir marga lækna skáldhneigða. Í rithöfundastétt leynist læknar sem skrifi um samskipti við sjúklinga, eins og Ari Jóhannesson og Hlynur Grímsson sem hafa báðir skrifað læknaskáldsögur. „Þessar bækur höfum við kennt, því læknanemar hafa gott af að lesa þær og áhugavert og mikilvægt er að fá sjónarmið lækna fram."

Fáar kvarta til yfirvalda

Guðrún segir að netið hafi fært fólki aukna þekkingu. Það deili frásögnum sínum og lesi sögur annarra. „Það fær þannig styrk og stuðning," segir hún og nefnir til að mynda að fólk með skjaldkirtilsvanda sé með öflugt net sín á milli og deili reynslu sinni. Saga Snædísar Gunnlaugsdóttur, vandi hennar í samskiptum við lækna og andlát, hafi náð athygli margra.

En þótt fjölda sagna um ferðir kvenna til lækna megi finna á netinu, hafi kvartanir lítt borist til yfirvalda. „Kannski hefur konum hingað til fundist að oft sé framkoma sem þessi ekki nægilega stórvægilegt mál, en hún hefur mikil áhrif á þær," segir hún. Áhugavert sé að sjá nú, þegar kvenlæknum hafi fjölgað, hvort breytingar verði á.

„Það eru uppi hugmyndir um að konur séu betri í mannlegum samskiptum en karlar. Þær gefi sér betri tíma með sjúklingum, spyrji betur úti í líf og aðstæður og samsami sig frekar sjúklingnum. Þetta viðmót geta bæði karlkyns læknar og strákar í læknanámi tileinkað sér enda er verið að kenna þetta í samskiptafræðinni í læknadeildinni," segir hún.

Ætla að hjálpa þjóðinni að sigrast á sykrinum

Talið er að lífsstílsbreytingar geti gagnast einum þriðja þjóðarinnar sem sé með forstigs-sykursýki 2 eða þjáist af þessum lífsstílstengda sjúkdómi. Tryggvi Þorgeirsson og SidekickHealth eru meðal þeirra sem standa á bakvið árveknisherferð gegn sjúkdómnum í janúar

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Áætla má að yfir 80.000 landsmanna séu með hækkaðan blóðsykur sem þó hefur ekki náð greiningarviðmiðum fyrir sykursýki af tegund 2; það sem erlendis er nefnt forstig að sykursýki (*pre-diabetes*). Á hverju ári þróa um 5-10% þess hóps með sér sykursýki og bætast í hóp þeirra 23.000 Íslendinga sem talið er að séu með sykursýki. Stefnt er að árvekniherferð í janúar að bandarískri fyrirmynd til þess að finna þessa einstaklinga í von um grípa inn í ferlið. Tryggvi Þorgeirsson, annar stofnenda heilbrigðistæknifyrirtækisins SidekickHealth, sem sett hefur á markað lausn undir sama nafni, segir að takist að finna þessa einstaklinga megi spara heilbrigðiskerfinu mörg hundruð þúsund krónur á hvern þann sem breyti um lífsstíl. Tölurnar taki mið af mati Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar.

„86% allra dauðsfalla á Vesturlöndum og 70-80% af heilbrigðiskostnaði er vegna lífsstílstengdra langvinnra sjúkdóma," segir Tryggvi. „Þess vegna skýtur það svo skökku við að við verjum aðeins 1,6% heilbrigðisútgjalda í forvarnir. Við erum alltaf að slökkva elda og gleymum að fyrirbyggja þessa sjúkdóma," segir hann þar sem við sitjum á skrifstofu hans á starfstöð frumkvöðlafélagsins á mótum Smiðjustígs og Laugavegar í miðbæ borgarinnar.

Vilja sigra sykurinn

Árverkniherferðin í janúar er einmitt til forvarna og verður undir merkjunum Sigraðu sykurinn. SidekickHealth stendur að henni ásamt Heilsuborg, SÍBS og Samtökum sykursjúkra. Þau hafa fengið styrk frá Lýðheilsusjóði til að þýða og aðlaga bandaríska meðferð til að fyrirbyggja sykursýki (*National Diabetes Prevention Program*) að íslenskum aðstæðum.

„Það er ekki aðeins flóðbylgja af lífsstílstengdum sjúkdómum á Vesturlöndum heldur einnig á heimsvísu. Langvinnir lífsstílstengdir sjúkdómar valda 68% allra dauðsfalla í heiminum," segir Tryggvi og að sykursýki 2 sé ein birtingamynd þessa.

„Við vitum að fyrir nokkrum áratugum voru 100 milljónir með sykursýki 2, nú eru þær 420. Það er gríðarleg fjölgun og hefur beina tengingu við lífsstílstengda þætti eins og mataræði og holdafar," segir Tryggvi. Í Bandaríkjunum er talið að yfir 80 milljónir manna séu með forstig sykursýki, eða um einn af hverjum þremur fullorðnum.

Hegðun betri en lyf

„Árið 2002 kom út grein í New England Journal of Medicine sem sýndi að ef þú finnur fólk með hækkaðan blóðsykur sem ekki er komið með sykursýki og grípur inn í lífsstílinn, má draga úr hættunni á að fá sykursýki um 60 til 70%. Það er sem sagt gríðarlega árangursrík meðferð," segir hann og bendir á að slíkt lífsstílsinngrip sé áhrifaríkara en lyf. „Það er tvöfalt áhrifaríkara en metformin samkvæmt sömu rannsókn," segir Tryggvi en lyfið er notað við sykursýki 2.

Tryggvi segir að þessum bandaríska hópi hafi verið fylgt eftir og að inngripið fyrir 15 árum hafi enn áhrif á heilsu fólksins. „Eftir að þessar rannsóknir lágu fyrir í Bandaríkjunum var ráðist í sykursýkisforvarnarverkefni þar árið 2012. Smitsjúkdóma- og forvarnarstofnun Bandaríkjanna, CDC, hélt utan um verkefnið. Fleiri þjóðir réðust í svipað prógramm árið 2016 og þau eru í undirbúningi víða um heim," segir hann.

„Fyrirtækið okkar hefur unnið á þessum forvarnarmarkaði í Bandaríkjunum og kynntist þessu verkefni þar. Fyrir mér sem lækni og lýðheilsufræðingi er þetta flottasta forvarnarprógramm sem ég hef séð fyrir þessa lífsstílstengdu sjúkdóma," segir hann. „Mér fannst strax augljóst að þetta ætti við hér," segir Tryggvi sem tók mastersgráðu í lýðheilsuvísindum í

Ólíkur lífsstíll android og iPhone notenda

SidekickHealth hefur komið sér upp gagnabanka með yfir 50 milljón gagnapunktum um heilsu og athafnir notenda sinna. „Notendur okkar hafa gert margar milljónir heilsueflandi mælinga og í hvert skipti sem þeir gera æfingar sjáum við hvernig síma þeir eru með, hvar þeir er staddir, hvað þeir gerðu í síðustu viku. Við lærum mikið um hegðun," segir Tryggvi Þorgeirsson annar tveggja stofnenda fyrirtækisins. Upplýsingarnar séu um margt áhugaverðar.

„Ef þú ert iPhone notandi ertu 60% líklegri til að standa við skrifborðið en android notandi, þú ert líklegri til að fara í jóga, á skíði eða hestbak en android notendur eru líklegri til að gera armbeygjur, fara í sund, gera öndunaræfingar eða stunda ameríska rugby."

Tryggvi segir að með gervigreind sem nái yfir þá 50 milljón gagnapunkta sem fyrirtækið hafi safnað sé hægt að miða heilsueflandi æfingarnar við stöðu hvers og eins. „Þannig getum við tryggt að við finnum það sem hentar þér best í þínum aðstæðum. Við verðum betri og betri eftir því sem gagnabankinn stækkar. Appið okkar verður því betra með hverjum deginum sem líður."



Tryggvi Þorgeirsson hefur ásamt Sæmundi Oddssyni unnið að heilsusmáforritinu SidekickHealth frá árinu 2013. Þróunin hefur skilað þeim fjölda samninga, þar á meðal við lyfjarisann Pfizer. Mynd/aðsend

lýðheilsuskóla Harvard 2010-2011 með sérstaka áherslu á heilsuhegðun.

Grunnur forvarnarverkefnisins sigraðusykurinn.is er að fólk svari sjö spurningum sem meta hvort einstaklingurinn sé í aukinni áhættu. Sé svo geti hann kynnt sér úrræði í kjölfarið og þar á meðal þessa nýju meðferð til að breyta lífsstílnum.

Gagnasöfnun skilar árangri

Tryggvi og Sæmundur Oddsson stofnuðu frumkvöðlafyrirtækið SidekickHealth fyrir 5 árum og nú hafa 25.000 einstaklingar hérlendis og ytra notað lausnir fyrirtækisins. Milljónir heilsutengdra upplýsinga hafa safnast. Segja má að rétt eins og deCODE aflar gagna og rannsakar erfðirnar og sjúkdóma tengdum þeim, nýti Sidekick gögn til að rannsaka lífsstílinn og afleiðingar hans. Félagið er nýbúið að semja við lyfjarisann Pfizer og erlend tryggingafélög hafa sýnt fyrirtækinu áhuga. Með átakinu fá fleiri landsmenn tækifæri til þess að prófa þetta áhugaverða íslenska hugvit.

„Við sjáum fólk ná góðum árangri með lausninni. Að meðaltali gerir fólk 8 heilsueflandi æfingar í dag; dag eftir dag í marga mánuði. Að meðaltali eru 80% enn virkir notendur appsins á fjórða mánuði, sem er gott í okkar bransa," segir Tryggvi en lausninni er ætlað að taka á offitu, sykursýki og háþrýstingi með því að hvetja til lífsstílsbreytinga. „Með þessu nýja samstarfi við lyfjafyrirtæki færum okkur einnig yfir í aðra sjúkdómaflokka – út fyrir hjarta- og æðasjúkdómasviðið," segir Tryggvi.

Hann segir að fólk sé allt að þrisvar sinnum líklegra til að ná markmiðum sínum um þyngdartap með því að nota SidekickHealth. „Við sjáum mikil áhrif og höfum unnið með mismunandi sjúklingahópum erlendis. Allt frá börnum til aldraðra."

Tryggvi segir stafræna heilbrigðismeðferð sem þessa framtíðarlausn þegar ná þurfi til stórra hópa. „Miðað við að 100.000 manns hér á landi hafi hag af svona meðferð verðum við að nýta tæknina til að ná utan um hópinn. Við getum ekki sent alla á heilsugæsluna í svona meðferð sem tekur marga mánuði," segir Tryggvi og vonar að í framtíðinni muni læknar geta ávísað aðgang að lausninni í stað lyfja.

Vilja ávísa appi í stað lyfja

„Ég ímynda mér að það taki nokkur ár í viðbót þar til kerfið er tilbúið í slíkar breytingar en við sjáum hreyfiseðilinn sem mikilvægt skref í þessa átt, þar sem læknir getur ávísað annarri meðferð en lyfjum. En það sem er öðruvísi hjá okkur er að við tæklum vandann heildstætt og tökum á hreyfingu, næringu og streitu," segir Tryggvi.

Lausn SidekickHealth heyrir til stafrænnar heilbrigðismeðferðar (*digital therapeutics*) sem hann segir glænýtt svið sem er skýrt aðgreint frá almennum heilsuöppum eins og Fitbit.

„Við erum í gagnreyndri meðferð til þess að grípa inn í sjúkdómsferli með sérstakri áherslu á lífsstílssjúkdóma. Í þeim geira eru nokkur fyrirtæki. Þar höfum við náð að skera okkur úr með nálgun okkar og góðum árangri. Þess vegna erum við núna hratt að ná eyrum stórra lyfjafyrirtækja og tryggingafélaga erlendis," segir hann.

„Tæknin gefur okkur ótalmarga snertifleti við fólk. Hún gefur möguleikann á að hafa varanleg áhrif. Fólk er með símann á sér öllum stundum," segir hann. „Ég sé fyrir mér að við náum að hafa jákvæð áhrif á fleiri með þessum hætti en við náum inni á spítölunum. Skalinn á þessum langvinnu lífsstílstengdu sjúkdómum er orðinn svo umfangsmikill að það þarf tækni til að ráðast á vandann."

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

Samfélagsmiðlar og drög að leiðbeiningum Læknafélags Íslands um notkun þeirra



Dögg Pálsdóttir

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

Dogg@lis.is

Á þessum vettvangi skrifaði pistlahöfundur um samfélagsmiðla í 3. tbl. 103. árgangs, sjá: *laeknabladid.is/tolublod/2016/03/nr/5800.* Þar kom fram að á vettvangi LÍ væri verið að vinna að leiðbeiningum um samfélagsmiðla.

Á aðalfundi LÍ 8. og 9. nóvember 2018 var lögð fram tillaga stjórnar um *Leiðbeiningar Læknafélags Íslands um notkun samfélagsmiðla.* Í greinargerð með tillögunni segir:

Fjölmörg læknafélög hafa samþykkt leiðbeiningar til félagsmanna sinna um notkun samfélagsmiðla. Stjórn LÍ ákvað að gera drög að slíkum leiðbeiningum og leggur hér fram til samþykktar á aðalfundi 2018. Við gerð draganna var horft til leiðbeininga annarra félaga og hliðsjón höfð af þeim.

Tillagan var rædd í vinnuhópi sem ákvað að vísa henni til stjórnar til frekari umfjöllunar og vinnu.

Hér á eftir er tillagan birt og kynnt félagsmönnum. Allar ábendingar eru vel þegnar og þess óskað að þeim sé komið á framfæri við skrifstofu félagsins.

Inngangur

Læknar (og læknanemar) nota samfélagsmiðla með sama hætti og aðrir, til að deila upplýsingum, hugmyndum, til upplýsinga og til gamans. Hugtakið samfélagsmiðlar er notað yfir netsamskipti. Algengustu netmiðlarnir eru fésbókin (Facebook), Twitter, Linkedin og YouTube. Læknafélag Íslands er virkt á fésbókinni.

Læknar (og læknanemar) sem bundnir eru ríkri trúnaðar- og þagnarskyldu, þurfa að gæta sín vel á samfélagsmiðlum þar sem þeir hafa tilhneigingu til að gera óljósari mörkin milli vinnu og einkalífs. Siðfræðileg álitamál geta risið upp. Óskynsamleg notkun samfélagsmiðla getur skapað áhættu sem má forðast með því að beita almennri skynsemi og fylgja þeim leiðbeiningum sem hér eru kynntar.

Einnig er skynsamlegt að athuga hvort vinnustaðurinn hafi sett starfsmönnum leiðbeiningar um notkun samfélagsmiðla.

Því má aldrei gleyma að færslur á samfélagsmiðlum geta haft afleiðingar fyrir lækna jafnt og aðra, bæði jákvæðar og neikvæðar. Vel undirbúin og fagleg þátttaka í samfélagsmiðlum getur verið árangursrík aðferð til að tengjast kollegum og upplýsa sjúklinga. Slíkar færslur geta aukið traust almennings á læknastéttinni. Með sama hætti þurfa læknar að vera meðvitaðir um það að framkoma þeirra á samfélagsmiðlum getur einnig haft neikvæð áhrif bæði á þá persónulega og á traust almennings til lækna. Það sem læknir setur á samfélagsmiðla getur haft áhrif á orðspor viðkomandi, bæði meðal sjúklinga og kollega.

Hér á eftir eru settar fram nokkrar leiðbeiningarreglur til félagsmanna Læknafélags Íslands um notkun samfélagsmiðla. Þær eru samdar með hliðsjón af sambærilegum reglum fjölmargra annarra læknafélaga.

1. Að gæta trúnaðar- og þagnarskyldu gagnvart sjúklingum

Læknar eru alltaf bundnir trúnaðar- og þagnarskyldu gagnvart sjúklingum. Sú skylda á við á samfélagsmiðlum eins og annars staðar. Ef læknir bloggar eða deilir frásögn eða skemmtisögu úr daglega lífinu þarf að gæta vandlega að því hvaða upplýsingum er deilt og hvort afla þurfi samþykkis sjúklings.

Sérstaklega þarf að gæta varúðar í umræðum um einstaklinga eða sjúkdómstilfelli. Jafnvel þó persónugreinanlegar upplýsingar séu fjarlægðar geta leynst í frásögninni upplýsingar sem benda til sjúklingsins þannig að hann eða fjölskylda hans þekkir hann af lýsingunni.

Aldrei skyldi nota samfélagsmiðla til að ræða einstaka sjúklinga eða þjónustu við þá, hvorki við þá sjálfa né aðra. Hafi sjúklingur samband við lækni um meðferð sína eða önnur fagleg málefni í gegnum samfélagsmiðla er mikilvægt að benda þeim á að hafa samband í gegnum vinnustaðinn.

Vilji læknir deila mynd af sjúklingi eða sjúklingum sem tengjast sérstöku tilfelli og birta á netinu þarf að fá leyfi sjúklingsins. Við myndatökur á vinnustað þarf ætíð að gæta þess að á myndinni leynist ekki eitthvað eða einhver sem myndbirting myndi brjóta trúnað gagnvart. Jafnframt þarf að kynna sér reglur og leiðbeiningar sem vinnustaðurinn hefur sett um mynda- og hljóðupptökur og gæta þess að fylgja þeim.

2. Að virða fagleg mörk

Notkun samfélagsmiðla gerir óljós mörkin milli vinnu og einkalífs. Mikilvægt er að læknar haldi faglegri fjarlægð frá sjúklingum sínum. Almennt er talið óskynsamlegt að læknar samþykki vinabeiðni frá sjúklingi þó kringumstæður geti verið þannig að það sé erfitt og jafnvel ómögulegt, t.d. í dreifbýli.

3. Að íhuga vel hvort skynsamlegt er að deila

Formleysi og rauntímaeðli samfélagsmiðla teljast til styrkleika þeirra en í þessu tvennu felast einnig hugsanlegar gildrur. Læknar eru krefjandi og streituvaldandi starf. Það gæti verið freistandi að blása út eða segja hug sinn á samfélagsmiðlum en þeir eru alls ekki staðurinn til þess. Það er góð regla að setja aldrei neitt á samfélagsmiðla þegar maður er reiður, undir áhrifum áfengis eða viðkvæmur. Það á ekki heldur að segja frá neinu á samfélagsmiðlum sem maður mundi ekki vilja sjá á prenti í dagblaði eða rætt í beinum samskiptum.

Allir njóta tjáningarfrelsis og skoðanafrelsis en þessum mannréttindum eru takmörk sett. Meiðyrðalöggjöf nær til netsamskipta. Þess vegna er skynsamlegt að forðast athugasemdir um einstaklinga, félög eða stofnanir sem túlka má sem tilefnislaus eða óstaðfest og þar með mögulega meiðandi.

4. Að íhuga vel hvort póstað sé í nafnleysi sem læknir eða undir nafni

Það er álitið skynsamlegt, ef læknir kynnir sig sem lækni, að viðkomandi gefi einnig upp nafn sitt. Ef einstaklingur kemur með athugasemdir um málefni sem tengjast heilsufari eða heilbrigðisþjónustu og segist vera læknir þá er það talið gefa athugasemdunum meiri vigt en ella. Það er því mælt með því að setja fram athugasemdir af þessu tagi undir nafni.

Þá er vert að hafa í huga að efni sem er hlaðið niður í nafnleysi er mögulega hægt að rekja.

5. Að gæta varúðar við læknisráðgjöf á samfélagsmiðlum

Læknar eiga að forðast að veita einstaklingsbundna læknisráðgjöf á samfélagsmiðlum til almennings. Þá á aldrei að nota samfélagsmiðla til að ræða við sjúklinga um vandamál þeirra.

6. Að upplýsa ætíð um hagsmunaárekstra

Ef læknir skrifar eitthvað á samfélagsmiðla sem læknir eru meiri líkur en ella á því að upplýsingarnar séu taldar trúverðugar. Þess vegna er mikilvægt að vera hreinskilinn og forðast eða upplýsa um mögulega hagsmunaárekstra og möguleg fjárhagsleg eða viðskipaleg tengsl.

7. Að stýra persónuvernd og upplýsingum

Hver og einn ákveður sínar persónuverndarstillingar á samfélagsmiðlum. Engin samfélagsmiðill getur tryggt trúnað, sama hvernig þú stýrir persónuverndinni. Við stýringu persónuverndar og upplýsinga er þó mikilvægt að muna að á netinu er ekkert í raun öruggt. Það er alltaf möguleiki á því að það sem sett er á netið fái víðtækari útbreiðslu en til var ætlast. Eftir að upplýsingar eru komnar á netið getur reynst erfitt að eyða þeim þar sem aðrir geta dreift þeim eða gert við þær athugasemdir. Þá er vert að hafa í huga að upplýsingar um staðsetningu geta komið fram á myndum eða öðru efni og þannig orðið sýnilegar öðrum.

8. Siðareglur Læknafélags Íslands

Læknafélag Íslands setur félagsmönnum sínum siðareglur, Codex Ethicus – reglur um góða læknishætti sem reistar eru á Alþjóðasiðareglum lækna. Codex Ethicus er ætlaður öllum læknum sem starfa á Íslandi til leiðbeiningar og stuðnings í daglegu starfi. Mikilvægt er því að læknar hugi einnig að þeim í öllum samskiptum sínum á samfélagsmiðlum.

Ný reglugerð um vélskömmtun lyfja væntanleg

Embætti landlæknis
Directorate of Health

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

Fyrir liggur endurskoðun á reglugerð um skömmtun lyfja[1] sem á margan hátt er barn síns tíma því hún fjallaði að mestu um skömmtun í öskjur eða „lyfjabox“, en nú er vélskömmtun orðin ráðandi í lyfjaskömmtun og aðeins örfá apótek bjóða uppá skömmtun í lyfjabox.

Nokkuð hefur borið á því að ávanabindandi lyf séu sett í skömmtun en slík lyf eru yfirleitt ekki ætluð til notkunar nema skamman tíma í einu. Fyrir ákveðin lyf getur beinlínis verið nauðsynlegt að taka hlé á notkun til að forðast þolmyndun og ávanabindingu. Of algengt er að sjúklingar taki til dæmis svefnlyf og róandi lyf samfellt svo árum skiptir og sýnir lyfjagagnagrunnurinn að tæplega þriðjungur þeirra sem eru á svefnlyfjum í dag voru það einnig fyrir 15 árum síðan.

Önnur hlið á lyfjaskömmtun er að hún er talin spara tíma lækna. Þetta er sennilega ein aðalástæða þess að vélskömmtun er afar mikið notuð á hjúkrunarheimilum. Lyfjameðferð, ekki síst hjá öldruðum, krefst þess að meðferðarsamband sé reglulegt. Hættan við skömmtun er sú að ekki verði hugað nógsamlega að því að draga úr eða hætta alveg gjöf ákveðinna lyfja.

Þegar notkun ávanabindandi lyfja hjá sjúklingum er vaxandi eða í mikilli óreiðu þykir læknum oft hægðarauki að því að koma reglu á töku þessara lyfja með því að koma þeim í skömmtun. Það sem gerist því miður iðulega er að sjúklingar fara að fá ávísað aukalega ávanabindandi lyfjum við hliðina á föstu lyfjaskömmtuninni. Einnig eru dæmi um að einstaklingar séu í skömmtun á sambærilegum ávanabindandi lyfjum hjá tveimur læknum í einu. Við skammtímalyfjagjöf og niðurtröppun ávanabindandi lyfja er hægt að setja þessi lyf í skömmtun en þá þarf að vera mjög skýrt í hversu langan tíma, hvenær ætti að minnka skammta og hvenær ætti að hætta gjöf lyfjanna.

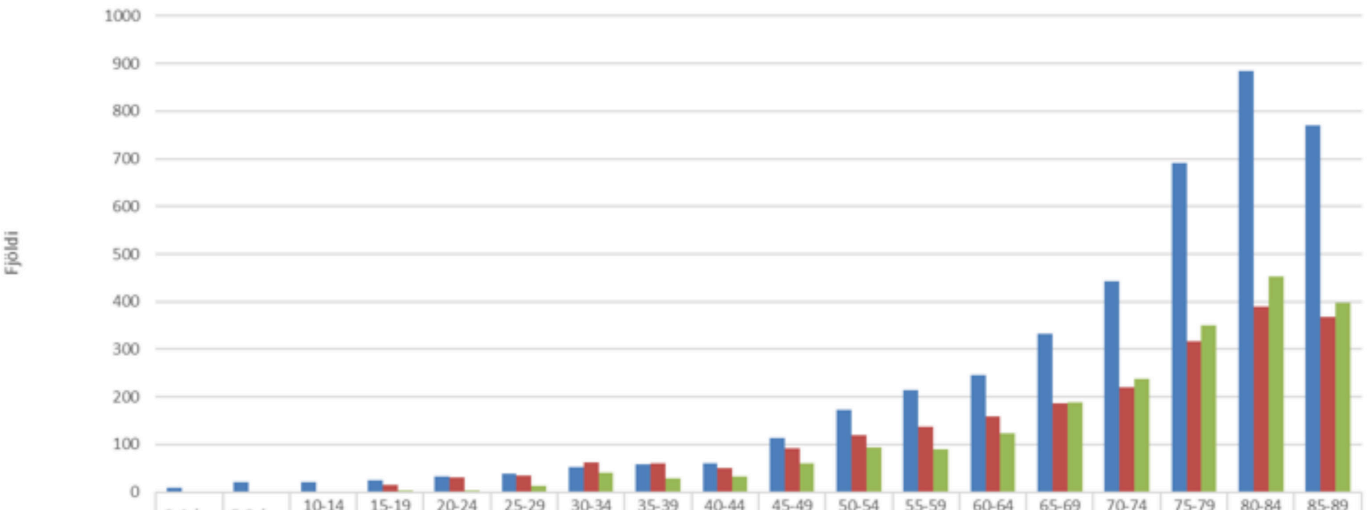
Skömmtun svefnlyfja (ATC N05C)

Alls hafa 33.579 einstaklingar fengið ávísað svefnlyfjum það sem af er árinu 2018, þar af hafa 1366 einstaklingar fengið ávísað meira en tveimur skilgreindum dagsskömmtum að meðaltali hvern dag ársins. Um 4000 einstaklingar fengu svefnlyf skömmtuð og 804 læknar ávísuðu svefnlyfjum á sjúklinga í skömmtun á árinu 2018. Í Sérlyfjaskrá segir um langalgengasta svefnlyfið, zópíklón, að meðferðartíminn skuli vera eins skammur og hægt er, og ekki lengri en 2-4 vikur.

Skömmtun róandi- og kvíðastillandi lyfja (ATC N05B)

Alls fengu 25.173 einstaklingar ávísað róandi- og kvíðastillandi lyfjum það sem af er árinu 2018, þar af fengu 400 einstaklingar ávísað meira en tveimur skilgreindum dagsskömmtum að meðaltali hvern dag ársins. 2243 einstaklingar fengu róandi lyf skömmtuð. Í Sérlyfjaskrá segir um algengasta róandi- og kvíðastillandi lyfið, alprazólam, að meðferðartímabilið skuli vera eins stutt og mögulegt er, og ekki lengra en 8-12 vikur.

Mynd 1. Aldursskipting og fjöldi einstaklinga sem hafa fengið ávísað svefn-, róandi- og verkjalyfjum í skömmtun árið 2018



	0-4 ára	5-9 ára	10-14 ára	15-19 ára	20-24 ára	25-29 ára	30-34 ára	35-39 ára	40-44 ára	45-49 ára	50-54 ára	55-59 ára	60-64 ára	65-69 ára	70-74 ára	75-79 ára	80-84 ára	85-89 ára
Svefnlyf - N05C	9	21	20	24	33	38	53	59	61	114	172	214	245	333	443	691	884	771
Róandi lyf - N05B		2	2	15	30	34	63	61	51	92	119	137	159	186	219	317	389	367
Verkjalyf - N02A			1	4	3	13	40	29	33	60	93	89	124	188	237	350	452	398

Skömmtun ópíóíða (ATC N02A)

Meira en 58.000 einstaklingar fengu ávísað ópíóíðum það sem af er árinu 2018. Í sérlyfjaskrá segir um eitt algengasta verkjalyfið í N02A, Parkódín forte, að „takmarka skal lengd meðferðar við 3 daga og ef virk verkjastilling næst ekki skal ráðleggja sjúklingum að leita álits læknis“.

Algengt er að læknar sem sinna öldrunarþjónustu hafi marga einstaklinga í skömmtun á ávanabindandi lyfjum og er skömmtun algengari meðal eldri einstaklinga, sjá mynd 1.

Í Sérlyfjaskrá eru skýrar leiðbeiningar um tímalengd notkunar ávanabindandi lyfja. Nýverið skilaði nefnd á vegum velferðarráðuneytisins af sér skýrslu[2] þar sem segir: „Ávanabindandi lyfjum verði almennt ekki ávísað eftir símaviðtal og þau ekki sett í vélskömmtun“. Ennfremur: „Vélskömmtun bensódíazepína er í flestum tilfellum ósamrýmanleg kröfunni um eins stuttan meðferðartíma og mögulegt er og ætti því að öllu jöfnu ekki að eiga sér stað nema um sé að ræða meðferð við flogaveiki eða að skömmtunin sé skipulögð til að draga úr eða hætta notkun lyfs.“ Lyfjateymi Embættis landlæknis hvetur lækna til þess að tileinka sér þessar ábendingar velferðarráðuneytisins.

Heimildir

1. Velferðarráðuneytið. Drög að reglugerð um skömmtun lyfja. samradsgatt.island.is/oll--mal/$Cases/Details/?id=104 - desember 2018.
2. Velferðarráðuneytið. Aðgerðir til að sporna við misnotkun lyfja sem geta valdið ávana og fíkn. stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3d1a8517-5f66-11e8-942c- 005056bc530c - desember 2018.
3. Lyfjagagnagrunnur Embættis landlæknis.

Athugasemd við viðtal sem birtist í nýjasta tölublaði *Læknablaðsins*

Inga Sif Ólafsdóttir

lyf- og lungnalæknir, kennslustjóri kandídata á Landspítala og formaður nefndar um skipulag námsblokka læknakandídata

ingasif@landspitali.is

Ég vil leiðrétta ummæli sem fram komu í viðtali við fjóra læknanema í síðasta tölublaði *Læknablaðsins*. Þar er talað um íslenska læknanema sem læra við læknaháskóla í Evrópu og staðhæft að enginn hafi hugað að innkomu þeirra inn í íslenskt heilbrigðiskerfi.

Við í nefndinni um skipulag námsblokka á kandídatsárinu höfum lagt á okkur töluverða vinnu við að kynna kandídatsárið á Íslandi fyrir íslenskum læknanemum sem nema við háskóla í Evrópu. Farnar hafa verið tvær ferðir á vegum nefndarinnar, ein árið 2016 til Debrecen í Ungverjalandi sem fjallað var um í *Læknablaðinu*[1] og önnur vorið 2018 þar sem farið var bæði til Martin í Slóvakíu og Debrecen í Ungverjalandi. Árlega eru haldnir nokkrir kynningarfundir fyrir læknanema erlendis frá sem eru hér í verknámi og þessum kynningum fjarvarpað.

Bæði læknaháskólinn í Debrecen (University of Debrecen, Faculty of Medicine) og læknaháskólinn í Martin (Jessenius Faculty of Medicine in Martin) eru alþjóðlega viðurkenndir háskólar innan Evrópusambandsins og því er nám þar viðurkennt að fullu samkvæmt EES/EU samningum. Nemar frá þessum skólum þurfa ekki að taka kandídatsár á Íslandi en við teljum að kandídatsárið sé frábær viðbót við þeirra nám. Kandídatsárið eða sambærileg reynsla er nauðsynleg til að geta sótt um þau sérnámsprógrömm sem eru í boði á Íslandi.

Nefndarmenn hafa fylgst grannt með þeim fjölda íslenskra læknanema sem nema ytra og gert ráðstafanir til að mæta þeirri fjölgun sem orðið getur á kandídatsárinu. Við höfum áætlað að hægt sé að taka við þeim fjölda án vandkvæða. Í töflunni sést áætluð þróun á næstu árum miðað við þann fjölda sem nú nemur við þessa tvo háskóla (gögn fengin frá formönnum félaga íslenskra læknanema erlendis).

Kandídatsárið er starfsnám og því vel til þess fallið að styrkja verðandi lækna fyrir framtíðarstarf. Marklýsingin fyrir kandídatsárið á Íslandi hefur fagmennsku og góða starfshætti lækna í öndvegi. Megináherslan er á öryggi sjúklinga og eigin framþróun læknakandídatsins, það er hvernig hann getur bætt eigin frammistöðu bæði hvað varðar læknisfræðilega þekkingu, klíníska færni og hæfni til að starfa með öðrum.

Við sem stýrum kandídatsárinu hérlendis höfum góða reynslu af þeim kandídötum sem hafa komið hingað heim að loknu námi við erlenda háskóla og viljum óska þess að viðtalið í *Læknablaðinu* rýri ekki þau góðu tengsl sem eru við íslensku læknanemana sem nema utan Íslands því þar er mikill mannauður sem ég tel okkur skylt að hlúa að og styðja.

Ég hef kynnt ofangreind atriði fyrir kennsluráði við læknadeild HÍ. Þar sitja fulltrúar læknanema og þar hef ég bent á mikilvægi þess að Félag læknanema við HÍ myndi tengsl milli íslenskra læknanema hér á Fróni og þeirra sem nema í öðrum löndum með reglulegum samkomum og öðrum viðburðum. Ég skora á núverandi formann Félags læknanema að láta sitt ekki eftir liggja í þeim málum. Því framtíðin er ykkar allra.

Heimild

1. Ólafsdóttir IS. Kynningarfundur um kandídatsár á Íslandi fyrir læknanema í Debrecen. Læknablaðið 2016; 102: 309.

Útskriftarár	Læknadeild HÍ	Læknahásk. í Debrecen	Læknahásk. í Martin	Frá öðrum læknahásk.	Erlendir ríkisborgarar
2019	46	19	26	12	9 umsóknir
2020	53	12	22	9	?
2021	50	7	10	9	?
2022	44	7	26	5	?
2023+	50	5 áætlað	25 áætlað	Fer fjölgandi	?

Læknadagar 2019
í Hörpu 21.-25. janúar

Dagskrá

Mánudagur 21. janúar

09:00-12:00 **Læknar og stefnumótun**
Fyrri hluti
Fundarstjóri: Reynir Arngrímsson
09:00-09:10 Inngangur fundarstjóra
09:10-09:55 *Leading a hospital with other competences than the medical - sharing of practice based experiences:* Per Skaugen Bleikelia, forstjóri Martina Hansens Hospital, Osló
09:55-10:35 *Bankastjórar og læknar eiga að nota sömu meðul. Stefnumótun og stjórnun:* Birna Einarsdóttir
10:35-10:50 Kaffihlé
10:50-11:20 *Heilbrigðiskerfið og læknisstarfið séð frá sjónarhóli félagshyggjunnar:* Ögmundur Jónasson, fyrrum ráðherra og alþingismaður
11:20-11:50 *Heilbrigðiskerfið og læknisstarfið séð frá sjónarhóli einkaframtaksins:* Halldór Benjamín Þorbergsson, framkvæmdastjóri Samtaka atvinnulífsins
11:50-12:00 Pallborðsumræður

12:10-13:00 **HÁDEGISVERÐARFUNDIR**
- **Samskiptamáti lækna - samskiptasáttmáli á Landspítala**
  - *Samskipti lækna í ólíkum kynslóðum:* Arnar Þór Guðjónsson
  - *Samskipti heilbrigðisstétta:* Bylgja Kærnested, deildarstjóri hjartadeildar
  - *Stefna Landspítala, mikilvægi samskipta og þróun og innleiðing samskiptasáttmálans:* Páll Matthíasson, forstjóri
  - Umræður
- **Bekkurinn og beðurinn** Jón Jóhannes Jónsson

Fundur skipulagður af Félagi áhugamanna um sögu læknisfræðinnar

13:10-16:10 **Læknar og stefnumótun***
Síðari hluti
Fundarstjóri: Guðrún Ása Björnsdóttir
13:10-13:55 *Virtuous leadership: The value of medical competence in healthcare management*: Mats Brommels
13:55-14:25 *Hlutverk lækna – teymisvinna, þróun og framtíðaráskoranir. Hefur aukinn hlutur kvenna í læknastétt áhrif?* Erla Gerður Sveinsdóttir
14:25-14:45 Kaffihlé
14:45-15:25 *Mikilvægi menntunar og vísinda í stefnumótun – Framhalds- og símenntun, gæði, fagleg viðmið:* Runólfur Pálsson
15:25-15:50 *50 ára ferill – hvað stendur upp úr sem læknir, vísindamaður og leiðtogi. Lærdómur til framtíðar:* Sigurður Guðmundsson
15:50-16:10 Pallborðsumræður

*Í samstarfi við Félag almennra lækna

13:10-16:10 **Útrýming lifrarbólgu C: Íslenska forvarnarverkefnið í kastljósi umheimsins**
Fundarstjóri: Þórólfur Guðnason
13:10-13:20 Ávarp: Svandís Svavarsdóttir heilbrigðisráðherra
13:20-14:10 *The global elimination of hepatitis C. Not just a fool's errand – lessons learnt from Iceland, Australia and beyond:* Margaret Hellard MD, háskólanum í Melbourne, Ástralíu
14:10-14:25 *Forvarnarverkefnið „Meðferð sem forvörn við lifrarbólgu C á Íslandi". Hugmyndafræði, skipulag og framkvæmd:* Ragnheiður Hulda Friðriksdóttir hjúkrunarfræðingur og verkefnastjóri
14:25-14:40 *Verður Ísland fyrst til að ná markmiðum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar um útrýmingu lifrarbólgu C?* Magnús Gottfreðsson
14:40-15:10 Kaffihlé
15:10-15:25 *Heilbrigðisþjónusta fyrir fólk sem sprautar sig í æð. Hvað getum við lært af meðferðarátaki gegn lifrarbólgu C?* Valgerður Rúnarsdóttir
15:25-15:40 *Íslenska lifrarbólguverkefnið – áhrif á lýðheilsu:* María Heimisdóttir
15:40-15:50 *Hvað tekur við þegar átakinu lýkur?* Sigurður Ólafsson
15:50-16:10 Pallborðsumræður

16:20 **Opnunardagskrá Læknadaga**
Setning: Jórunn Atladóttir
Ávarp: Reynir Arngrímsson
Uppistand: Sólmundur Hólm

Þriðjudagur 22. janúar

09:00-12:00 **Þina, þrautir og þrálæti**
Fundarstjóri: Michael Clausen
09:00-09:05 Inngangur: Michael Clausen
09:05-09:30 *Faraldsfræði þinu og náttúrulegur gangur:* Unnur Steina Björnsdóttir
09:30-09:55 *Meingerð þinu:* Sigurveig Þ. Sigurðardóttir
09:55-10:20 *Hvernig á að rannsaka þinu:* María I. Gunnbjörnsdóttir
10:20-10:50 Kaffihlé
10:50-11:15 *Þina og ofsabjúgur:* Björn Rúnar Lúðvíksson
11:15-12:00 *Management of Chronic spontaneous urticaria – Practical parameters and future prospectives:* Riccardo Asero MD, specialist in Allergology & Clinical Immunology

09:00-12:00 **Heilabilun í nútíð og framtíð, áskoranir og sóknarfæri**
Fundarstjóri: Steinunn Þórðardóttir
09:00-09:30 *How to prevent dementia throughout life?* Geir Selbæk, prófessor í geðlækningum við Háskólann í Osló
09:30-09:55 *Straumhvörf í greiningu Alzheimer-sjúkdóms:* Steinunn Þórðardóttir
09:55-10:20 *Kólvirka kenningin í Alzheimer-sjúkdómi lifir góðu lífi:* Helga Eyjólfsdóttir
10:20-10:50 Kaffihlé
10:50-11:15 *Er lækning á Alzheimer-sjúkdómi í sjónmáli?* Jón Snædal
11:15-11:40 *Leiðin fram á við:* Alma D. Möller, landlæknir
11:40-12:00 Pallborðsumræður

09:00-12:00 **Sýklalyfjagæsla á Landspítala (og í samfélaginu)**
Fundarstjóri: Már Kristjánsson
09:00-09:15 *Sýklalyfjagæsla:* Már Kristjánsson
09:15-09:30 *Samspil sýklalyfjanotkunar og sýklaónæmis:* Kristján O. Helgason
09:30-09:45 *Undirbúningur verkefnisins:* Elísabet Benedikz
09:45-10:15 *Reynslan hingað til á Landspítala:* Agnar Bjarnason
10:15-10:45 Kaffihlé
10:45-11:15 *Sýklalyfjaleiðbeiningar (Strama og MicroGuide)*: Birgir Jóhannsson
11:15-11:40 *Hlutverk lyfjafræðinga*: NN
11:40-12:00 Umræður

12:10-13:00 **HÁDEGISVERÐARFUNDIR**
- **Að bjarga mannslífum** Hjalti Már Björnsson
  Líftæknilyf, bylting í meðferð, en hverjar eru hætturnar?
  Tilfelli og umræða, melting:
  Lóa Guðrún Davíðsdóttir og Sif Ormarsdóttir
  Tilfelli og umræða, gigt:
  Gerður Gröndal og Björn Guðbjörnsson
- **Kerecis sáraroð - til meðhöndlunar á þrálátum sárum**
  Fundur á vegum styrktaraðila.

13:10-16:10 **Versnanir á lungnasjúkdómum. Hvað er til ráða?**
Fundarstjóri: Gunnar Guðmundsson
13:10-13:20 Inngangur: Gunnar Guðmundsson
13:20-13.40 *Versnun á astma:* Unnur Steina Björnsdóttir
13:40-14:00 *Versnun á langvinnri lungnateppu:* Dóra Lúðvíksdóttir
14:00-14:20 *Versnun á millivefslungnasjúkdómum:* Gunnar Guðmundsson
14:20-14:40 *Versnun á berkjuskúlki:* Agnar Bjarnason
14:40-15:10 Kaffihlé
15:10-15:30 *Sjúklingi með lungnaígræðslu versnar:* Sif Hansdóttir
15:30-15:50 *Versnun á slímseigjusjúkdómi:* Ólafur Baldursson
15:50-16:10 Fyrirspurnir og umræður

13:10-16:10 **„Íslenski læknirinn" - könnun á líðan og starfsaðstæðum**
Kynnt könnun sem Læknafélag Íslands lét gera haustið 2018 á líðan lækna og starfsaðstæðum þeirra. Einnig voru könnuð viðhorf til mikilvægra þátta heilbrigðisþjónustunnar og starfsemi læknasamtakanna.
Fundarstjóri: Kristinn Tómasson
13:10-13:20 *Kynning formanns Læknafélags Íslands:* Reynir Arngrímsson
13:20-14:10 *Andleg líðan og sálfélagslegt starfsumhverfi:* Ólafur Þór Ævarsson
14:10-14:35 Umræður
14:35-15:05 Kaffihlé
15:05-15:45 *Skipulag heilbrigðisþjónustu, læknasamtakanna og kjaramál*: Ólafur Þór Ævarsson
15:45-16:10 Umræður

13:10-16:10 **Ný krabbameinslyf, nýjar aukaverkanir, nýjar tengingar við aðrar sérgreinar**
Fundarstjóri: Ásgerður Sverrisdóttir
13:10-13:20 Inngangur fundarstjóra
13:20-13:50 *Ný krabbameinslyf, nýjar aukaverkanir*: Gunnar Bjarni Ragnarsson
13:50-14:40 *Ónæmisörvandi meðferðir og áhrif þeirra á innkirtla:* Tómas Þór Ágústsson
14:40-15:10 Kaffihlé
15:10-15:30 *Bráðar aukaverkanir á hjarta/æðakerfi:* Karl Konráð Andersen
15:30-15:50 *Bráðveiki krabbameinssjúklingurinn, hvenær á gjörgæslumeðferð við?* Sigurbergur Kárason
15:50-16:10 Pallborð

13:10-16:10 **Liðskoðun - vinnubúðir**
Hámarksfjöldi þátttakenda er 12
– sérskráning er nauðsynleg
Umsjón: Gerður Gröndal, Guðrún Björk Reynisdóttir, Þórunn Jónsdóttir, Sigríður Þórdís Valtýsdóttir og Ragnar Freyr Ingvarsson

Miðvikudagur 23. janúar

09:00-12:00 **Vefjagigt og aðrir útbreiddir stoðkerfisverkir – horft til framtíðar**
Fundarstjóri: Óskar Reykdalsson
09:05-09:25 *Vefjagigt: Líðan, virkni og lífsgæði sjúklinga:* Eggert Birgisson sálfræðingur
09:25-09:50 *Frá bandvefsbólgum til vefjagigtar og áfram inn í framtíðina*: Arnór Víkingsson
09:50-10:15 *Ífarandi meðferð við krónískum bakverkjum:* Bjarni Valtýsson
10:15-10:45 Kaffihlé
10:45-11:05 *Samræmt mat og meðferðarfarvegir fyrir fólk með langvinna, útbreidda stoðkerfisverki. Horft til framtíðar:* Jón Steinar Jónsson
11:05-11:25 *Heppilegt líkamsræktarprógramm fyrir vefjagigtarsjúklinga:* Sigrún Baldursdóttir sjúkraþjálfari
11:25-12:00 Pallborðsumræður
Skipulag heilbrigðisþjónustu til framtíðar fyrir sjúklinga með útbreidda stoðkerfisverki.
Stjórnandi Óskar Reykdalsson
Þátttakendur verða kynntir síðar.

09:00-12:00 **Ofbeldi**
Fundarstjóri: Ebba Margrét Magnúsdóttir
09:00-09:20 *Slæm meðferð á börnum*: Gestur Pálsson
09:20-09:40 *Starfsemi Barnahúss:* Ólöf Ásta Farestveit forstjóri Barnahúss
09:40-09:50 *Læknisskoðanir í Barnahúsi*: Margrét Edda Örnólfsdóttir
09:50-10:10 *Neyðarmóttakan:* Ósk Ingvarsdóttir
10:10-10:40 Kaffihlé
10:40-10:55 *Frá sjónarhóli saksóknara:* Kolbrún Benediktsdóttir héraðssaksóknari
10:55-11:10 *Dómar í kynferðisbrotamálum:* Svala Ísfeld Ólafsdóttir lögfræðingur
11:10-11:25 *Áhrif ofbeldis á heilsu:* Unnur Valdimarsdóttir prófessor við HÍ
11:25-11:35 *Fæðingarhræðsla og ofbeldi:* Þóra Steingrímsdóttir
11:35-11:50 *Afleiðingar ofbeldis:* Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, lektor í sálfræði við HR
11:50-12:00 Pallborðsumræður

09:00-12:00 **Vaxtarvillur og krabbamein í meltingarvegi. Á að skima?**
Fundarstjóri: Einar Stefán Björnsson
Efri meltingarvegur:
09:00-09:30 *Barrett's. Greining, eftirlit, meðhöndlun:* Magnús Konráðsson
09:30-09:50 *Skimun fyrir briskrabbameini hjá sjúklingum í áhættuhópi. Vænlegur kostur?* Sunna Guðlaugsdóttir
09:50-10:10 *Vaxtarvillur í maga:* Stefán Haraldsson
10:10-10:40 Kaffihlé
Neðri meltingarvegur:
10:40-11:10 *Góðkynja separ. Farið yfir mismunandi gerðir sepa, eftirlit og meðhöndlun. Farið yfir ábendingar fyrir speglunum:* Sigurður Einarsson
11:10-11:40 *Ristilskimun á Íslandi. Kynning á verkefninu sem er að hefjast og hvernig það er skipulagt hér á landi:* Anna Sverrisdóttir
11:40-12:00 Umræður

12:10-13:00	**HÁDEGISVERÐARFUNDIR** ● **Heilsugátt - computer says yes!** Davíð B. Þórisson ● **Langvinnir, útbreiddir stoðkerfisverkir: Innleiðing á greiningar- og alvarleikamati í heilsugæslunni** Umsjónarmenn: Jón Steinar Jónsson og Arnór Víkingsson

13:10-16:10	**Augnþurrkur – Hvað er til ráða?** Fundarstjóri: auglýst síðar
13:10-13:15	Kynning
13:15-13:25	*Meinafræði augnþurrks:* Gunnar Már Zoëga
13:25-13:45	*Sjögren's syndrome – meira en þurrkur:* Björn Guðbjörnsson
13:45-14:00	*Vefjagigt og augnþurrkur – hvað veldur?* Arnór Víkingsson
14:00-14:15	Umræða
14:15-14:45	Kaffihlé
14:45-15:05	*Húðsjúkdómar og augnþurrkur:* Jenna Huld Eysteinsdóttir
14:05-15:25	*Augnþurrkur af völdum lyfja – raunverulegt vandamál?* Freyja Jónsdóttir
15:25-15:50	*Greining og meðferð – hvað er til ráða?* Gunnar Már Zoëga
15:50-16:10	Umræða

13:10-16:10	**Er óvinnufærni læknisfræðilegt vandamál?** Fundarstjóri: Magnús Ólason
13:10-13:40	*Umfang og áhættuþættir óvinnufærni:* Kolbeinn Stefánsson sérfræðingur hjá Hagstofunni
13:40-14:10	*Er læknisvottorð ávísun á fátækt?* Björk Vilhelmsdóttir sérfræðingur hjá Virk
14:10-14:40	*Skiptir heilsan mestu máli? Læknirinn sem hliðvörður:* Ingólfur Kristjánsson
14:40-15:10	Kaffihlé
15:10-15:40	*Læknisfræði og mat á starfsgetu:* Hans Jakob Beck
15:40-16:10	Pallborðsumræður

13:10-16:10	**Blóð, sviti og tár** Fundarstjóri: Sigrún Reykdal
13:10-13:40	*Uppvinnsla eitlastækkana:* Brynjar Viðarsson
13:40-14:10	*Truflanir á storkuprófum:* Signý Vala Sveinsdóttir
14:10-14:40	*Blóðkornafæð, þarf alltaf að taka mergsýni?* Sigrún Edda Reykdal
14:40-15:10	Kaffihlé
15:10-15:40	*Mergofvaxtarsjúkdómar, greining og meðferð:* Elín Anna Helgadóttir
15:40-16:10	Nokkur tilfelli: Nánar tilkynnt síðar

16:20-18:00	**Eftirminnileg atvik úr starfi heimilislækna** Fundarstjóri: Margrét Ólafía Tómasdóttir Heimilislæknar taka á móti fjölbreyttum sjúklingahóp og mjög misjöfnum og misbráðum vandamálum. Tíu heimilislæknar á ýmsum aldri frá ýmsum stöðum segja frá.

Bólusetningar á Íslandi – opinn fundur

20:00-22:00

Fundarstjóri: Alma Möller, landlæknir

- *Inngangur: Um bólusetningar og sjúkdóma:* Ásgeir Haraldsson prófessor í barnalækningum, Barnaspítala Hringsins
- *Árangur bólusetninga á Íslandi:* Kamilla Jósefsdóttir sérfræðingur í smitsjúkdómum barna, Embætti landlæknis
- *Bólusetningar á Íslandi – staðan í dag:* Gerður Aagot Árnadóttir heilsugæslulæknir
- *Bólusetningar barna – hvað næst?* Valtýr Stefánsson Thors barnalæknir, Barnaspítala Hringsins
- *Bólusetningahik:* Adam Finn prófessor í barnalækningum, Bristol, forseti Evrópusamtaka lækna í smitsjúkdómum barna

Fimmtudagur 24. janúar

09:00-12:00	**Heilsa og líðan læknanema og lækna** Fundarstjóri: Kristinn Tómasson
09:00-09:10	*Íslenski læknirinn. Könnun á líðan og starfsaðstæðum:* Ólafur Þór Ævarsson
09:10-09:20	*Hvað stendur til boða í dag? Hvert stefnir?* Haraldur Erlendsson
09:20-10:05	*What does physician happiness look like? Finding your way back to pleasure and purpose.. „Staying human during residency training – how to survive and thrive after medical school“:* Allan D. Peterkin læknir og prófessor í geðlækningum og heimilislækningum við háskólann í Toronto í Kanada
10:05-10:35	Kaffihlé
10:35-10:45	*Heilsa og vellíðan læknanema:* Gerður A. Árnadóttir
10:45-10:55	*Lífsleikni í læknanámi:* Matthías Örn Halldórsson 6. árs læknanemi HÍ, stofnmeðlimur forvarnarverkefnis læknanema gegn streitu
10:55-11:40	*Taking care of doctors. Should we look to Norway?* Stein Nilsen heimilislæknir og rannsakandi á sviði læknaheilsu í Noregi
11:40-12:00	Pallborðsumræður *Málþingið er skipulagt af stjórn FOSL og nefnd LÍ um heilsu lækna*

09:00-12:00	**Áskoranir í lyfjameðferð: Innan og utan spítala** Fundarstjóri: Guðlaug Þórsdóttir
09:00-10:15	*Lyfjatengd vandamál: Röð sjúkratilfella með þátttöku úr sal:* Aðalsteinn Guðmundsson, Einar S. Björnsson, Elínborg Bárðardóttir og Elín Ingibjörg Jacobsen klínískur lyfjafræðingur
10:15-10:45	Kaffihlé
10.45-11:10	*Lyfjatengd vandamál: Sjúkratilfelli með þátttöku úr sal* (frh): Elín Ingibjörg Jacobsen
11:10-11:45	*Rannsóknir og þróun á lyfjaöryggi í Hollandi:* Helga Garðarsdóttir, lyfjafræðingur við Utrecht Institute of Pharmaceutical Sciences í Hollandi
11:45-12:00	Pallborðsumræður

09:00-12:00	**Framfarir í meðferð blóðþurrðarslaga á Íslandi – núverandi staða og framtíðarsýn** Fundarstjóri: Ólafur Baldursson
09:00-09:10	Inngangur: Ólafur Baldursson
09:10-09:30	*Enduropnunarmeðferð við blóðþurrðarslag. Hver var staðan?* Björn Logi Þórarinsson
09:30-09:50	*Verkefnið að bæta móttöku og meðferð. Í hverju var það fólgið?* Ragna Dóra Rúnarsdóttir
09:50-10:20	*Hvernig er nýr verkferill á Landspítalanum?* Brynhildur Thors, Njáll Ingi Dalberg
10:20-10:50	Kaffihlé
10:50-11:10	*Uppbygging enduropnunarmeðferðar með æðainngripi á Landspítala:* Hjalti Már Þórisson
11:10-11:30	*Hvernig hefur gengið fyrstu 12 mánuðina?* Björn Logi Þórarinsson, Vilhjálmur Vilmarsson
11:30-11:50	*Framtíðarsýn:* Björn Logi Þórarinsson, Vilhjálmur Vilmarsson
11:50-12:00	Lokaorð: Ólafur Baldursson

12:10-13:00	**HÁDEGISVERÐARFUNDIR** ● **Þróun verklags við mat á akstursháfni aldraðra:** Ökumatsteymi SAK ● **Rafræn skráning sjúklinga er einn helsti streituvaldur lækna í starfi, hvað er til ráða?*** ● **Presentation of new clinical data showing efficacy against common cold.*** *Fundir á vegum styrktaraðila.

13:10-16:10	**Síðbúnir fylgikvillar krabbameinsmeðferðar – hlutverk endurhæfingar** Fundarstjóri: Agnes Smáradóttir
13:10-13:40	*Hlutverk endurhæfingar í krabbameinsmeðferð:* Magdalena Ásgeirsdóttir

13:40-14:10 *Mat á endurhæfingarþörf einstaklinga sem greinst hafa með krabbamein:* G. Haukur Guðmundsson sjúkraþjálfari
14:10-14:40 Kaffihlé
14:40-15:40 *Rehabilitation in cancer care - State of the art:* Christoffer Johansen læknir á Rigshospitalet í Kaupmannahöfn
15:40-16:10 Pallborðsumræður: Christoffer Johansen, G. Haukur Guðmundsson, Magdalena Ásgeirsdóttir

13:10-16:10 Skjálfti
Fundarstjóri: Ágúst Hilmarsson
13:10-13:40 *Parkinsonsjúkdómur – einkenni, skoðun og greining:* Vala Kolbrún Pálmadóttir
13:40-14:10 *Essential tremor – einkenni, skoðun og greining:* Anna Björnsdóttir
14:10-14:30 *Aðrar gerðir skjálfta*: Anna Björnsdóttir
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-15:50 *Meðferð við skjálfta: frá lyfjum til skurðaðgerðar:* Patrick Thomas Hickey, taugalæknir, sérfræðingur í Parkinson og hreyfitruflunum, Los Angeles
15:50-16:10 Umræður

13:10-16:10 Samspil hjarta- og nýrnasjúkdóma
Fundarstjóri: Fjölnir Elvarsson
13:10-13:40 *Samspil hjarta- og nýrnabilunar:* Sunna Snædal
13:40-14:10 *Bráður nýrnaskaði í kjölfar hjartaaðgerða og kransæða-þræðinga:* Daði Helgason
14:20-14:40 Kaffihlé
14:40-15:20 *Nýrnaskaði í hjartabilun, rýnt í algengi og horfur:* Ida Löfman, hjartalæknir á Karolinska háskólasjúkrahúsinu, Stokkhólmi
15:20-15:50 *Gáttatif og heilablóðföll hjá nýrnaveikum:* Hjörtur Oddsson
15:50-16:10 Umræður

Föstudagur 25. janúar

09:00-12:00 **Notkun á stofnfrumum til heilafrumuígræðslu við Parkinsonsjúkdómi**
Fundarstjóri: Arnar Ástráðsson
09:00-09:30 *Árangur af frumuígræðslu í heila Parkinsonsjúklinga:* Hjálmar Bjartmarz
09:30-10:00 *Leiðin til dópamínheilafrumuskipta við Parkinsonsjúkdómi:* James M. Schumacher, MD, heila- og taugaskurðlæknir, Sarasota og Boston
10:00-10:30 *Nýlegur árangur í preklínískum rannsóknum á notkun stofnfrumna til ígræðslu við Parkinsonsjúkdómi:* Arnar Ástráðsson
10:30-11:00 Kaffihlé
11:00-11:30 *Heila- og taugaskurðlækningar við Parkinsonsjúkdómi:* Tipu Z. Aziz, Oxford og Erlick A.C. Pereira, St George's Hospital og London University
11:30-12:00 *Dreymir heila- og taugaskurðlækna um rafmögnuð svín? – þróun taugamótunarmeðferðar í stóru dýramódeli:* Jens Christian Sørensen, prófessor við Háskólasjúkrahúsið í Árósum

09:00-12:00 Fjarheilbrigðisþjónusta á Íslandi: Væntingar - áskoranir - möguleikar - hindranir
Fundarstjóri: Jón Steinar Jónsson
09:00-09:30 *Reynsla af fjarheilbrigðisþjónustu á Íslandi:* Sigurður Árnason
09:30-10:00 *Reynsla frá Finnlandi:* Katri Hamunen prófessor, Helsinki University Central Hospital
10:00-10:30 Kaffihlé
10:30-10:50 *Þróun tæknilausna í fjarheilbrigðisþjónustu erlendis:* Ingi Steinar Ingason, Embætti landlæknis
10:50-11:10 *Laga- og reglurammi fjarheilbrigðisþjónustu:* Ingi Steinar Ingason og Jórlaug Heimisdóttir, Embætti landlæknis
11:10-11:30 *Næstu skref: Tillögur vinnuhóps velferðarráðuneytisins:* Sigurður E. Sigurðsson
11:30-12:00 Pallborðsumræður

9:00-12:00 Margar hliðar sjálfsvíga
Fundarstjóri: Þórgunnur Ársælsdóttir
09:00-09:10 *Kynning og saga sjálfsvíga:* Óttar Guðmundsson
09:10-09:25 *Siðfræði sjálfsvíga:* Nanna Briem
09:30-09:45 *Sjálfsvíg og hrunið:* Högni Óskarsson
09:45-10:30 *Áföll og sjálfsvíg:* Jón Hallur Stefánsson
10:30-11:00 Kaffihlé
11:00-12:00 *Suicide in Opera - nokkur dramatísk sjálfsvíg úr heimi óperunnar sett í nútímasamhengi:* Ullakarin Nyberg geðlæknir við Karolinska institutet í Stokkhólmi og Hans Peter Mofors geðlæknir á Karólinska-sjúkrahúsinu og ritstjóri *Nordic Psychiatrist*

12:10-13:00 HÁDEGISVERÐARFUNDIR
- **Sturla Sighvatsson, „sitt er hvað, gæfa eða gjörvugleiki“:** Óttar Guðmundsson
  Fundur skipulagður af Félagi áhugamanna um sögu læknisfræðinnar
- **Treatment sequencing in MS**
  Fundur á vegum styrktaraðila.

13:10-16:10 Áföll og áfallastreituröskun í bókmenntum fyrri alda
Fundarstjóri: Ólöf Garðarsdóttir prófessor í sagnfræði
13:10-13:40 *Áfallasaga Hallgerðar langbrókar í Njálu:* Óttar Guðmundsson
13:40-14:10 *Ógleði við hirðina: um 12. aldar samtalsmeðferð:* Ármann Jakobsson prófessor í íslenskum bókmenntum fyrri alda, HÍ
14:10-14:40 *#Metoo á miðöldum:* Ingibjörg Eyþórsdóttir doktorsnemi við íslensku- og menningardeild HÍ
14:40-15:10 Kaffihlé
15:10-15:40 *Áföll og yfirnáttúruleg fyrirbæri:* Marion Poilvez doktorsnemi við íslensku- og menningardeild HÍ
15:40-16:10 *Áföll og skáldskapur á Sturlungaöld:* Torfi H. Tulinius prófessor í íslenskum miðaldafræðum, HÍ
Málþing skipulagt af Félagi áhugamanna um sögu læknisfræðinnar

13:10-16:10 Íþróttalækningar
Fundarstjóri: Emil L. Sigurðsson
13:10-13:50 *Áverkar á hné og ökkla:* Jón Karlsson bæklunarskurðlæknir, Gautaborg
13:50-14:10 *Liðslæknir knattspyrnuliðs í efstu deild:* Haukur Heiðar Hauksson
14:10-14:40 *Andleg líðan íþróttafólks:* Hafrún Kristjánsdóttir sálfræðingur
14:40-15:10 Kaffihlé
15:10-15:40 *Konur og þátttaka í íþróttum:* Sigrún Arnarsdóttir
15:40-16:10 *Höfuðáverkar*: Jón Torfi Halldórsson

13:10-16:10 Frjósemisaldur og varðveisla frjósemi. Ögranir nútímans
Aldur og frjósemi, forvarnir og upplýsingagjöf. Gjafameðferðir og eggfrysting
Fundarstjóri: Ragnhildur Magnúsdóttir
13:10-13:20 Inngangur fundarstjóra
13:20-14:00 *To much treating, not enough preventing:* Rita Vassena, scientific director, Eugin Group
14:00-14:15 *Eggfrystingar:* Þórir Harðarson fósturfræðingur
14:15-14:40 *Áhrif aldurs móður og gjafameðferða á meðgöngu og barn:* Ragnheiður I. Bjarnadóttir
14:40–15:10 Kaffihlé
15:10–15:40 *Paternal age and reproduction:* Nan Birgitte Oldereid yfirlæknir Livio Osló
15:40–16:00 *Eldri foreldrar – áskoranir?* Helga Sól Ólafsdóttir félagsráðgjafi, Landspítala, Livio
16:00–16:10 Umræður og lokaorð

16:20 Lokahátíð Læknadaga
Glíma
Glímustjóri: Sigríður Sveinsdóttir
17:00 Kokdillir

LIPRIR PENNAR

Læknablaðið hefur beðið nokkra lipra penna í læknastétt að senda blaðinu hugleiðingar sínar í dagsins önn.

Læknisráð

Eiríkur Jónsson

yfirlæknir á þvagfæraskurðlækningadeild Landspítala

eirikjon@landspitali.is



Fullur skilningur er trúlega fágætur og víst er að staðreyndir og rök víkja jafnan fyrir persónulegri upplifun, sérstaklega þegar staðið er frammi fyrir sjúkdómi. Hvatvís skurðlæknir sem nú er genginn sagði einhverju sinni: „Það á aldrei að tala við sjúklinga, það veldur bara misskilningi“. Þessi ummæli voru höfð að gríni en stundum velti ég fyrir mér hvort eitthvað skyldi vera til í þeim. Eftir langt viðtal við sjúkling þar sem mér finnst ég hafa talað ákaflega ljóst og snjallt mál, fæ ég litla spurningu í lokin. Spurningin afhjúpar að viðkomandi hefur lítið skilið af því sem ég var að reyna að segja. – Gæti það verið vegna þess að ég skildi það ekki sjálfur eða að viðmælandinn var svo skelfingu lostinn að honum var fyrirmunað að meðtaka tal mitt og ráð? Samtalið er þó þrátt fyrir allt verðmætasta aðferð læknisfræðinnar og hjálpartækin einföld: Borð og tveir stólar.

Einhverju sinni í viðtali við aldraðan og heyrnarskertan sjúkling reyndi ég með aðstoð túlks að útskýra hvernig meðferðin gæti orðið honum hættulegri en sjúkdómurinn jafnvel þótt meinið væri í sjálfu sér til alls líklegt. Ég bætti því við að dauði í aðgerð væri kannske ekki það versta sem maður gæti lent í. Þessi speki var snarlega þýdd á táknmál svo hljóðandi: „Læknirinn segir að það sé best að þú deyir í aðgerðinni!“ Ekki að undra þó furðu lostinn sjúklingurinn hafi spurt túlkinn, bendandi á lækninn: „Hvaða maður er þetta?“

Sjúkdómar fyrir alda

Helstu viðfangsefni læknisins hafa breyst mikið í tímans rás. Þegar maður skoðar hvaða sjúkdómum læknar í byrjun 20. aldar stóðu frammi fyrir, finnur maður til fáfengileika eigin verkefna. Sjúklingar sem þá leituðu læknis og höfðu húðútbrot voru líklega holdsveikir og þeir sem höfðu kviðverki voru trúlega sullaveikir. Lungnaeinkenni áttu strax að vekja grun um berkla. Tveir fyrrnefndu sjúkdómarnir eru nú horfnir en sá síðastnefndi skýtur enn upp kollinum þrátt fyrir að umfang hans sé hverfandi. Sullaveikina tók langan tíma að uppræta þó að vitneskjan um eðli sjúkdómsins og smitleiðir hafi fljótt legið fyrir. Á tímabili var talið að sulla- og holdsveiki væru ættgengir sjúkdómar og framættir slíkra sjúklinga vandlega skráðar af fróðleiksmönnum. Meðferð sullaveikisjúklinga fólst í tæmingu sullablöðrunnar. Í fyrstu var það gert með einfaldri ástungu sem bar þó í sér þá hættu að innihaldið læki inn í kviðarholið. Sjúklinginn gat þá látist samstundis af völdum bráðaofnæmis. Síðar tók við brennslu- eða ætingaraðferð sem var í raun hægfara opnun og tæming blöðrunnar án téðrar lekahættu. Það tók jafnvel þjáningarfullt hálft ár að brenna inn að blöðrunni. Að lokum hófu læknar að tæma blöðruna í einum áfanga, með kviðarholsaðgerð í klóróformsvæfingu. Glíman við sullinn segir mikilvæga sögu skurðlækninga. Frumkvöðullinn Guðmundur Magnússon gerði fjölmargar sullaaðgerða á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og síðan Landakoti. Þær fyrstu framkvæmdi hann þó í heimahúsi á Sauðárkróki. Læknisinngrip réðu þó ekki úrslitum við upprætingu þessa sjúkdóms heldur uppfræðsla og fyrirbyggjandi aðgerðir.

Sjúkrahúss Reykjavíkur

Hús Sjúkrahúss Reykjavíkur stendur enn á horni Spítalastígs og Þingholtsstrætis. Það var starfrækt sem slíkt í tæpa tvo áratugi, en lagði upp laupana laust eftir aldamótin 1900. Þetta var einkarekið sjúkrahús meðal fátæklinga sem höfðu ekki efni á vistinni. Þeir þurftu að hafa ábyrgðarmenn á greiðslu legukostnaðar. Efnuðu fólki fannst spítalinn ekki nógu fínn og rekstrarformið var því dauðadæmt frá upphafi. Úr stórum hópi franskra sjómanna á Íslandsmiðum leituðu sumir sér hjálpar á sjúkrahúsinu, sjúkir eða slasaðir. Sennilega fyrsta dæmi um útflutning á heilbrigðisþjónustu. Broddborgarar sem sátu í stjórn sjúkrahússfélagsins reyndu



Sjúkrahús Reykjavíkur, Farsótt við Þingholtsstræti.



Gólfið í krufningarhúsi Sjúkrahúss Reykjavík sem stóð á lóðinni. Eiríkur Jónsson tók myndirnar.

ákaft að koma þessari starfsemi af höndum sér og biðluðu til borgaryfirvalda og landsstjórnarinnar um að stofna landssjúkrahús. St. Jósefssystur skáru loks þessa dánumenn niður úr snörunni með stofnun Landakotsspítala. Innflutt heilbrigðisþjónusta kvenna sem framkvæmdu á meðan karlar töluðu.

Á fyrstu hæð hússins var læknaskólinn staðsettur í tæpa þrjá áratugi. Í dagblöðum þess tíma voru auglýstar frílækningar á þriðju- og föstudögum, en móttakan var sett inn í stundatöflu læknanemanna milli kl. tólf og eitt. Þar gafst þeim tækifæri að sjá sjúklinga milli þess sem þeir lásu um holds-, sulla- eða berklaveiki. Krufningar voru stundaðar í litlu húsi á lóð sjúkrahússins og enn markar fyrir molnuðu flísagólfinu. Krufningarnar tóku af vafa um hvað eiginlega gekk að sjúklingnum og var ígildi sneiðmyndatækni nútímans sem er í raun snemmbær krufning.

Á þessum tíma var læknirinn í besta falli upplýstur áhorfandi að gangi sjúkdómsins líkt og sagnfræðingur eða náttúrufræðingur bókari gjaldþrota fyrirtækis. Heiðarlegar undantekningar fólust í fæðingarhjálp og skurðlækningum, sérstaklega með tilkomu svæfingarlyfja og sótthreinsunar eftir forskrift Listers. Þar má nefna brota- og sárameðferð, aflimanir sem og tæmingu graftrarkýla. Sjúklingum með slík vandamál eða sullaveiki var jafnvel hægt að koma til fullrar heilsu. Lyflækningar voru á þessum tímum í besta falli á formi verkjastillandi lyfjameðferðar.

Sanatus, melior, status quo, deterior eða mortuus

Ísland var talið sullaveikisbæli um miðbik 19. aldar og sjúkdómurinn skapaði því næg verkefni fyrir lækna og hómópata víða um landið. Flestar fjölskyldur þekktu þennan sjúkdóm af eigin raun. Úr skýrslum lækna þessa tíma eru ónefndar sóttir eins og inflúensa, mislingar, skarlatssótt, tauga-, barna- og mænuveiki. Slíkar gengu reglulega um landið og skildu eftir sig sviðna jörð. Helstu viðfangsefna nútímalækna, svo sem hjarta- og krabbameinssjúkdóma, er vart getið. Það var tímanna tákn að fyrsti sjúklingurinn sem lagðist inn á sjúkrahúsið haustið 1884 var ung kona úr Grindavík, blind eftir mislinga. Ágætur læknir framkvæmdi augnbotnaskoðun og sá ekkert eins og segir í gögnunum. – Blindur sjúklingur og læknir sem ekkert sá !

Af hverju ætti maður að vera að rekast í svo gamalli tíð? Má draga af henni

einhvern lærdóm sem nýtist við verkefni dagsins? Fyrir utan feginleikann af því að búa ekki við slíka sjúkdóma og svo frumstæðar lækningar sá ég að minnsta kosti tvennt í gögnunum. Annars vegar bréf sjúklinga sem lýstu krankleika sínum með eigin orðum og hins vegar sá ég það sem nú heita árangursvísar og reynt er að innleiða. Þeir voru skráðir í ársuppgjöri sjúkrahússins. Í þeim kemur fram greining og meðferð sem gat verið medisínsk eða kírúrgísk. Þá kemur síðasti dálkurinn sem heitir ýmist resultat eða úrslit. Þau gátu orðið ein af 5 mögulegum og lýsa í raun örlögum sjúkra allra tíma: *Sanatus, melior, status quo, deterior* eða *mortuus*. – Heilbrigður, skárri, óbreytt ástand, verri eða dauður.

Í þessu grúski vakna hugleiðingar um hversu mikið samfélagið og starf læknisins hefur breyst á rúmri öld. Þá leituðu sjúklingar ekki læknis nema þeir væru með einkenni og voru þá oftar en ekki langt leiddir. Margir voru þegar búnir að leita skottulækna áður. Hvað úrslit varðar var það sennilega bitamunur en ekki fjár til hvors var leitað. Fólkið forðaðist sjúkrahús ekki bara vegna peningaleysis heldur einnig vegna smithættu og úrræðaleysis. Að auki áttu margir aldrei afturkvæmt eftir innlagnir á slíkar stofnanir.

Nútímaupplýsingar

Nú á tímum eru til frábærar lausnir á bæði medisínskum og kírúrgískum vandamálum sjúklinga jafnhliða því sem bætt atlæti og fyrirbyggjandi aðgerðir hafa lagt sitt af mörkum við upprætingu sjúkdóma. Samhliða þessum árangri leitar nú stór hópur einkennalausra til læknis og er þar í meðferð og áratuga eftirliti vegna hinna ýmsu vandamála. Þá er hreyfingarleysi og greitt aðgengi í gnægtarhornið að koma bæði læknum og sjúklingum í koll. Hvað illkynja mein varðar er mikils vænst af blóð- eða erfðavísum svo greina megi og meðhöndla alvarleg mein tímanlega en jafnframt láta þau meinlausu í friði. Krabbameinsgreining kallar ekki endilega á meðhöndlun. Hvað á þá að gera ef einstaklingur býr við erfðafræðilega áhættu en hefur ekki staðfest krabbamein? Margir gera þó lítinn greinarmun á áhættunni af því að fá sjúkdóm eða hafa sjúkdóm. Vitneskja um slíka áhættu getur sett einstakling og fjölskyldur í ævilangt umsátur og einhverjir hefðu kosið að hafa ekki spurt þess sem þeir vildu ekki vita. Í hvoru tveggja tilvikinu tekur við flókið

Xarelto 2,5 mg filmuhúðaðar töflur

▼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:** • Xarelto, gefið ásamt asetýlsalisýlsýru einni sér eða asetýlsalisýlsýru auk clopidogrels eða ticlopidíns, er ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar gegn blóðsega af völdum æðakölkunar (atherothrombotic events) hjá fullorðnum sjúklingum eftir brátt kransæðaheilkenni (acute coronary syndrome) með hækkuðum lífmerkjum (biomarkers) fyrir hjartakvilla. • Xarelto, gefið ásamt asetýlsalisýlsýru, er ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar gegn blóðsega af völdum æðakölkunar (atherothrombotic events) hjá fullorðnum sjúklingum með kransæðasjúkdóm (coronary artery disease) eða útslagæðakvilla með einkennum (symptomatic peripheral artery disease) í mikilli hættu á blóðþurrð. **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. • Meðferð samhliða blóðflöguhemjandi lyfjum við bráðu kransæðaheilkenni hjá sjúklingum sem áður hafa fengið heilaslag eða skammvinna blóðþurrð í heila (TIA). • Samhliða meðferð við kransæðasjúkdómi eða útslagæðakvilla með asetýlsalisýlsýru hjá sjúklingum með sögu um heilaslag með blæðingu eða ördrepi (lacunar stroke) eða einhverja tegund heilaslags innan síðasta mánaðar. • Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur af flokki Child Pugh B og C. • Meðganga og brjóstagjöf. **Heimild:** Unnið í nóvember 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 5408046 ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum um lyfið. **Afgreiðslumáti og greiðsluþátttaka:** R, G. **Hámarkssmásöluverð (nóvember 2018):** 12.353 kr. (56 stk.), 20.909 kr. (100 stk.), 32.793 kr. (168 stk.).

BAY181101

samtal um áhættu og viðbrögð, kosti og galla. Hvað skal segja við ættingja? Hvernig á læknirinn að tryggja að útskýringar og ráð skiljist réttum skilningi. Spakmæli skurðlæknisins hvatvísa rifjast upp.

Ég var nýlega staddur á lestrarsal Þjóðskjalasafnsins að glugga í gögn Sjúkrahúss Reykjavíkur. Í slíkum sölum sitja löngum menn og konur og blaða í fornum bókum og skjölum. Á þessum stöðum eru að minnsta kosti tvær höfuðsyndir. Önnur eru símtöl gesta og hin að taka til máls án tilefnis. Það verður þá þarna í þögninni að sími eins gestsins hringir. Löng stund leið á meðan eigandinn þreifaði sig í gegnum aðferðina við símsvörun. Var greinilega óreyndur á þeim akri. Þegar það loksins lukkaðist fór hann afsíðis en talaði þá svo hátt að viðstöddum mátti ljóst vera að hann tók á móti mikilvægum upplýsingum. Eftir dálitla stund kom hann til baka og drýgði þá synd númer tvö. Hann hélt stutta en þrungna ræðu þar sem hann tjáði gestum salarins að hann væri án krabbameinsáhættu. Þessi aldni fræðaþulur hafði þá tekið upp á því að láta kanna hvort hann væri með stökkbreytingu í erfðaefninu, sem reyndist ekki vera. Hann var alsæll með úrslitin. Eftir dálitla stund dúrraði allt niður og gestirnir grúfðu sig áfram yfir bækur og skjöl svo þeim mætti auðnast að skerpa skilninginn á liðinni tíð.

GÖTEBORGS UNIVERSITET

37 000 studenter och 6 000 medarbetare gör Göteborgs universitet till en stor och inspirerande arbetsplats. Stark forskning och attraktiva utbildningar lockar forskare och studenter från hela världen. Med ny kunskap och nya perspektiv bidrar vi till en bättre framtid.

PROFESSOR I ASTMA- OCH ALLERGIFORSKNING

med möjlighet att förenas med befattning som specialistläkare

Ref nr: **PAR 2018/1179**
Sista ansökningsdag: **2019-01-31**

UNIVERSITETSLEKTOR I ASTMA- OCH ALLERGIFORSKNING

Ref nr: **PAR 2018/967**
Sista ansökningsdag: **2019-01-31**

Anställningarna är placerad vid institutionen för medicin, Sahlgrenska akademin.

För mer information se Göteborgs universitets hemsida: **gu.se/omuniversitetet/aktuellt/lediga-jobb**



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER
APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS



Karlmenn við púnsdrykkju um 1910, sennilega á Patreksfirði segir Ljósmyndasafn Reykjavíkur sem á þessa mynd. Talið f.v. Jón Markússon Snæbjörnsson (1868-1941), Müller (skrifstofumaður hjá PAÓ), sennilega Markús Snæbjörnsson (1832-1921) kaupmaður á Geirseyri, Guðmundur Björnsson sýslumaður á Patreksfirði og Pétur A. Ólafsson (1870-1949) athafnamaður. Sá síðastnefndi tók myndina um hálfri öld áður en Magnús Jóhannsson skoðaði kjötið fyrir vestan.

Raunir læknanema við kjötskoðun árið 1965

Magnús Jóhannsson
prófessor emeritus

magjoh@hi.is

Á þeim árum sem um ræðir voru gengnar í gildi reglur um skoðun, heilbrigðisvottun og stimplun á kjöti í sláturhúsum landsins. Þetta eftirlit var ætlað dýralæknum en var erfitt í framkvæmd vegna þess að dýralæknar voru mjög fáir í landinu og héraðslæknar vildu fæstir bæta þessu á sig. Á einhverju árabili voru læknanemar fengnir til þessara starfa, við haustslátrun, eftir að hafa fengið leiðsögn hjá Páli A. Pálssyni yfirdýralækni á Keldum.

Ég réð mig á Patreksfjörð og fór þangað með flugi í september. Það fyrsta sem kom á óvart var að ekkert sláturhús var á Patreksfirði heldur á Tálknafirði, í Örlygshöfn og á Barðaströnd en ég bjó lengst af á Patró. Þetta urðu því löng ferðalög og langir vinnudagar en ég fékk far á milli staða með hinum og þessum. Á þeim rúma mánuði sem ég var við störf þarna fyrir vestan gerðist margt eftirminnilegt og ætla ég í þessum pistli að rifja upp sumt af því, meðal annars var mér tvisvar hótað meiðingum eða líflláti.

Eitt sinn fékk ég far frá Barðaströnd út á Patró með Manga í Botni (Botn er innst í Patreksfirði). Það var komið fram í október og á Kleifaheiðinni var frost og snjófjúk. Á leiðinni upp á heiðina spurði Mangi mig um álit mitt á segularmböndum sem voru í tísku á þeim árum og áttu að lækna allt og rúmlega það. Ég hafði mjög ákveðnar skoðanir á þessum armböndum og hélt langa ræðu um hvers kyns húmbúkk og blekkingar þetta væru og einungis væri verið að plata peninga út úr sakleysingjum. Á meðan ég var að rasa út þagði Mangi en sýndi mér allt í einu að hann var með tvö armbönd á öðrum úlnlið og þrjú á hinum. Hann tjáði mér að armböndin hefðu bjargað bæði sér og mömmu sinni og svona stráklingar og hrokagikkir að sunnan eins og ég gætu bara étið það sem úti frýs. Því næst stöðvaði hann bílinn, uppi á miðri Kleifaheiði, og skipaði mér að fara út í frostið og hríðarmugguna. Ég var

Öldungadeild
Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Kristófer Þorleifsson formaður
Jóhannes M. Gunnarsson ritari
Guðmundur Viggósson gjaldkeri
Halldóra Ólafsdóttir
Margrét Georgsdóttir

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

Umsjón síðu
Magnús Jóhannsson



Hannes Pálsson tók þessa mynd af Vatneyri við Patreksfjörð um 1965. Ljósmyndasafn Reykjavíkur veitti leyfi sitt fyrir birtingu myndarinnar.

ekki klæddur fyrir svona útiveru og ekki var líklegt að fleiri ættu leið yfir heiðina þetta kvöldið og sennilega yrði ég úti. Ég reyndi að gera nafna mínum grein fyrir þessu og málið yrði örugglega flokkað sem morð. Auðvitað var Mangi vænsti maður og ferðin endaði í eldhúsinu í Botni þar sem við drukkum kaffi með brennivíni útí og ræddum tilgang lífsins og áhrif segulsviðs á líkama og sál.

Nokkru síðar gerði aftakaveður á norðan og í því veðri hraktist nokkur fjöldi sláturlamba á Rauðasandi út í sjó og drukknaði. Þessi lömb voru nánast öll frá einum bónda. Lömbin voru verkuð og skrokkarnir hengdir upp í aflögðu sláturhúsi skammt frá flugvellinum. Síðan var haft samband við mig en ég átti að skoða og stimpla skrokkana. Ég mætti á staðinn en skildi stimplana eftir heima. Við blöstu skrokkar með bláleitu köfnunarkjöti sem ekki kom til greina að stimpla. Þegar ég hafði tjáð bónda þessa niðurstöðu truflaðist hann alveg, ýtti mér út í horn, dró upp lítinn hnífkuta sem hann otaði í átt til mín með þeim skilaboðum að ef ég stimplaði ekki skrokkana skyldi ég hljóta verra af. Þetta var gamall, góðlegur karl og það hvarflaði aldrei að mér að hann mundi vinna mér mein. Eftir stutta samningalotu féllst karlinn á þá tillögu mína að ég legði málið fyrir yfirdýralækni og mundum við báðir samþykkja hans dóm. Ég hringdi svo í Pál sem sagði nákvæmlega það sem þurfti til að leysa málið. Þarna var ennþá sveitasími, ég lét fréttast hvenær ég mundi hringja, og til marks um að hálf sveitin hlustaði var ég aldrei spurður um hvað Páll sagði. Ég frétti reyndar nokkru síðar af því að Rauðasandsskrokkarnir væru komnir (óstimplaðir) í frysti á Patró og vel gæti verið að ég hafi étið eitthvað af þessu kjöti í pylsum um veturinn. Í framhaldi af þessu gerðust áhugaverðir hlutir. Karlinn á Rauðasandi átti afmæli og þá virkjaðist hið forna tryggingakerfi landsins. Bændurnir á svæðinu gáfu honum 1-2 lömb hver og þannig var honum bættur hinn fjárhagslegi skaði af óhappinu.

Síðustu 7-10 dagana var slátrun lokið nema á Barðaströnd. Þann tíma bjó ég í Haga hjá þeim merkishjónum Hákoni Kristóferssyni og Björgu Jónsdóttur en bæði skemmtilegt og lærdómsríkt var að kynnast þeim þó stutt væri. Þegar slátrun var lokið var bara eftir að komast heim sem reyndist þrautin þyngri. Ætlunin var að fara landleiðina með rútu. Björg í Haga útbjó mig með fínasta nesti og ég steig um borð í rútuna. Í þá daga lá leiðin yfir Þingmannaheiði, frá Vatnsfirði yfir í Vattarfjörð, en þar hafði snjóað talsvert. Í rútunni voru 14 skóflur sem ég og hinir farþegarnir mokuðum með hálfa nóttina en urðum að endingu að gefast upp. Það var sem sagt ófært landleiðina, enginn bátur gekk frá Brjánslæk og ekki var flogið vegna veðurs. Þess vegna lá leiðin aftur út á Patró. Þar fékk ég að dúsa í 5 daga, fór einu sinni í bíó, einu sinni á spilakvöld hjá ónefndum stjórnmálaflokki, hlustaði á endalausar kjaftasögur hjá fólkinu sem hafði mig í fæði og húsnæði, en þess á milli las ég meinafræði sem ég hafði verið svo forsjáll að taka með. Að lokum batnaði veðrið og ég komst með flugi til Reykjavíkur.



Sara Ólöf Árnadóttir með undirskriftalistann í hönd. Mynd/aðsend

Kalla eftir fagmennsku við ráðningar á Landspítala

240 læknar kalla eftir úrbótum í ráðningum við Landspítala. Ólöf Sara Árnadóttir læknir var ein þeirra sem stóð fyrir undirskriftunum: „Ef Háskólasjúkrahúsið getur gengið framhjá hæfari umsækjanda menntunarlega séð hvar erum við þá stödd?“

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

240 læknar hafa biðlað til heilbrigðisráðherra að beita sér fyrir breyttu vinnulagi við ráðningarferla sérfræðilækna á Landspítala. Læknarnir segja óásættanlegt að sérfræðilæknar geti ekki vænst þess að umsóknir þeirra fái faglega umfjöllun óháðra aðila við ráðningar að Landspítala háskólasjúkrahúsi.

„Við krefjumst úrbóta nú þegar,“ segir í yfirlýsingu læknanna. Landspítalinn hefur gripið til þess ráðs að ráða lækninn sem kærði. Páll Matthíasson, forstjóri Landspítalans, segir á mbl.is að á svo stórum vinnustað fari einstaka sinum eitthvað úrskeiðis og í þessu tilfelli hafi réttu verklagi ekki verið fylgt. Mannauðsmál séu í hæsta forgangi í starfseminni.

Undirskriftum læknanna var safnað í hópi þeirra á Facebook í kjölfar úrskurðar Kærunefndar jafnréttismála þann 19. september 2018. Nefndin tekur að jafnréttislög hafi verið brotin þegar ráðið var í stöðu sérfræðings í meltingarlækningum í febrúar á þessu ári.

Tvær umsóknir bárust sem báðar fengu umfjöllun stöðunefndar læknaráðs Landspítala og taldi Kærunefndin gengið framhjá konunni sem sótti um. Hún hafi staðið mun framar þeim er ráðinn var hvað varðar alla þá þætti er áskildir voru í auglýsingu. Landspítalinn taldi hins vegar að karlinn hefði staðið sig betur í starfsviðtali. Kærunefndin telur að nefndin hafi ekki farið eftir reglum sem um hana gildi.

Læknarnir telja að úrskurður Kærunefndarinnar hafi „verulega skaðleg áhrif á ímynd Landspítala sem háskólasjúkrahúss.“ Hann muni hafa áhrif á áhuga lækna til að sækja um störf hér á landi.

Ólöf Sara Árnadóttir, handa- og skurðlæknir, afhenti undirskriftirnar skrifstofustjóra í heilbrigðisráðuneytinu sem lofaði að koma skilaboðunum áleiðis til forstjóra Landspítala. Hún segir þetta mál ekki það fyrsta þar sem litið sé framhjá menntun við ráðningu á spítalann. Þau mál hafi hins vegar ekki komið til kasta kærunefndarinnar.

„Sögulega séð virðist heldur halla á konur. En þetta er ekki kynjabarátta heldur er Landspítali eini vinnustaðurinn og því gengur ekki að menntun sé ekki forsenda starfs,“ segir hún.

„Það er óskiljanlegt hvernig hægt er að ganga framhjá miklu hæfari umsækjenda. Við erum að benda á þetta mál svo skerpt verði á reglunum og meira gagnsæi viðhaft,“ segir hún og að hæfni verði að ráða för við ráðningar.

„Alvarlegast finnst okkur að menntun virðist ekki metin til starfs,“ segir hún. „Ef Háskólasjúkrahúsið getur gengið framhjá hæfari umsækjanda menntunarlega séð hvar erum við þá stödd?“

Afrit af undirskriftalistanum voru jafnframt send forstjóra Landspítala, læknaráði Landspítala og stjórn Læknafélags Íslands.

„Sögulega séð virðist heldur halla á konur. En þetta er ekki kynjabarátta heldur er Landspítalinn eini vinnustaðurinn og því gengur ekki að menntun sé ekki forsenda starfs.“

BETI8005IS 12.2018

HVORA LEIÐINA VELUR ÞÚ TIL MEÐFERÐAR VIÐ OFVIRKRI ÞVAGBLÖÐRU?[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



VIÐHELDUR HEILBRIGÐI TANNA
MEÐ ÖFLUGRI MUNNVATNSFRAMLEIÐSLU

TANNLÆKNAFÉLAG ÍSLANDS MÆLIR MEÐ HAPPLUS

HAPPLUS.IS