Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL





LEIÐARI

Þórgunnur Ársælsdóttir

Kvíði á óvissutímum



VIÐTAL

Sunna Snædal formaður Vísindasiðanefndar: COVID-19 smitast inn í rannsóknir hér á landi

TVÖ BRÉF TIL BLAÐSINS

COVID-19 og nýgengi krabbameina á Íslandi árið 2020

Gæði fitu í mataræðinu hefur áhrif á heilsu okkar

04/2021 107. árgangur: 169-216

Auglýsing

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD



Reynir hefur verið formaður Læknafélagsins í nærri fjögur ár og á aðalfundi í október næstkomandi hefst nýtt tímabil til tveggja ára. Mynd/gag

„Ég er afar þakklátur því að læknar treysti mér“

Reynir Arngrímsson leiðir Læknafélagið áfram sjálfkjörinn til næstu tveggja ára og stefnir á að ná árangri fyrir lækna

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Traustsyfirlýsing? „Ég get ekki litið á það öðruvísi og er félögum mínum afar þakklátur fyrir þolinmæðina og stuðninginn. Enginn getur sinnt þessu starfi án þess að hafa sterkt bakland. Ég hef reynt að byggja það upp,“ segir Reynir Arngrímsson, formaður Læknafélagsins til síðustu fjögurra ára. Hann er sjálfkjörinn til næstu tveggja ára en ljóst varð 16. mars að ekkert mótframboð yrði.

„Mér finnst ég enn í miðju kafi og langaði að leiða ýmis verkefni til lykta,“ segir Reynir, spurður hvers vegna hann hafi sóst eftir því að leiða félagið áfram. „Jafnréttis- og samskiptastefna og kjarasamningur eru í höfn.“ Miðlun upplýsinga til félagsmanna sé mikilvæg og fari vaxandi.

„Ég vil stilla kúrs félagsins; fyrir hvað það stendur og um hvaða hagsmuni læknar þurfa að standa betur vörð.“ Stefnumörkun félagsins sé í farvegi. „Við skilgreinum nú markmiðin og vinnum að aðgerðaáætlun til að ná því fram sem þarf að endurskoða.“ Eitt markmiðið sé að efla félagið sem fagfélag. Til að mynda með nánari tengslum við sérgreinafélögin og eflingu Fræðslustofnunar og símenntunarmöguleika.

Reynir segir kjör lækna hafa verið helsta forgangsmálið síðustu ár. Samningur lækna á stofnunum er í höfn en enn standa samningar við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna út af borðinu. Hann segir helst hafa komið sér á óvart þessi fjögur ár sem liðin eru hve langan tíma hafi tekið að semja.

„Ég hef miklar áhyggjur af stöðu stofulækna og starfsumhverfi þeirra. Það er eitt af stóru verkefnunum núna að leggja áherslu á fjölbreytni á starfsvettvangi lækna. Tryggja frelsi þeirra til að stunda sína starfsemi og bjóða læknisþjónustu á sínum eigin stofum. Það er ótrúleg sú tregða sem hefur ríkt síðustu tvö ár að ganga ekki til samninga við lækna,“ segir hann.

„Við sjáum að yngri læknar virðast veigra sér við að fara út í eigin starfsemi við núverandi aðstæður og fáar konur sækjast eftir því.“

Hann bendir á að sjálfstætt starfandi læknar séu margir að komast á aldur. „Verulegrar endurnýjunar er þörf í hópnum til að halda uppi sama þjónustustigi. Um 40% þessara lækna hætta á næstu 6 árum og ríkið hefur ekki gert neinar ráðstafanir til að mæta þessari þróun.“ Ekki séu til innviðir innan spítalanna til að taka þjónustuna yfir, hvorki húsnæði né sjáist að fjölga eigi sérfræðilæknum þar eða til að þjónusta landsbyggðina. Því stefni í óefni, verði ekki samið og endurnýjun tryggð.

„Hitt sem hefur komið mér á óvart í starfi er hvað læknar hafa verið jákvæðir og viljugir að starfa fyrir félagið þegar ég hef leitað eftir því og ánægjulegt að kynnast nýjum og öflugum kollegum. Ég hvet lækna til að leggja félaginu lið og nýta kraftana í þágu þess, fremur en að fá útrás með dómhörku í hvatvísum skilaboðum á samfélagsmiðlum. Þannig samskipti eru ekki uppbyggileg. Við þurfum öll hvatningu, líka þeir sem taka að sér forystuverkefni fyrir félagið þó ekkert sé yfir gagnrýni hafið. Síminn er alltaf opinn og ábendingar vel þegnar,“ segir Reynir hress í bragði.

Læknar láti til sín taka

Læknafélagið á að vera leiðandi í umræðu um heilbrigðismál á vettvangi þjóðmálanna. Þetta segir Reynir Arngrímsson, nú með endurnýjað tveggja ára umboð til að leiða Læknafélagið. „Til þess eigum við að nota þá miðla sem félagið á,“ segir hann.

„Ég sé tækifæri, nú þegar kemur að kosningum, til að líta yfir farinn veg. Veita stjórnarflokkunum aðhald með hliðsjón af loforðum þeirra fyrir síðustu kosningar og leggja fram gagnrýnar spurningar um hvernig þeir sjái næstu ár,“ segir Reynir.

„Við læknar þurfum að vita hvernig þeir ætla að bregðast við viðvarandi vanda í heilbrigðiskerfinu; vanda stofnana og hjúkrunarheimila. Líka hvaða áætlanir þeir sjái að þurfi að gera vegna breytinga á lýðmælikvörðum. Þjóðin eldist og það þýðir aukin útgjöld til heilbrigðismála.“

Mikilvægt sé að læknar láti til sín taka og leiði umræðuna.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Berglind Jónsdóttir
Hulda María Einarsdóttir
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Magnús Haraldsson
Margrét Ólafía Tómasdóttir
Ólafur Árni Sveinsson
Theódór Skúli Sigurðsson

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingar
Sólveig Jóhannsdóttir
solveig@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
1900

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

Áskrift
21.900,- m. vsk.
Lausasala
2190,- 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

LEIÐARAR



175

Páll Ingvarsson

Að bæta göngugetu

Allar deildir sjúkrahússins munu hafa gagn af því að meðferðarteymin við Grensás geti tekið að sér sjúklinga frá öðrum deildum án óhóflegs biðtíma, gefið sér þann tíma sem þarf að bæta færni og sjálfsbjargargetu þeirra, komið þeim í sjálfstæða búsetu á ný og oft jafnvel aftur í vinnu líka.



177

Þórgunnur Ársælsdóttir

Kvíði á óvissutímum

Það er lykilatriði í öllum kvíða, að kalla hugrekkið okkur til fulltingis. Margt af hugrakkasta fólkinu sem ég hef kynnst er einmitt fólk sem glímir við mikinn kvíða, og hefur tekist á við erfiðleikana með hugrekki, áræðni og seiglu.

FRÆÐIGREINAR

179

Björg Guðjónsdóttir, Haukur Hjaltason, Guðbjörg Þóra Andrésdóttir

Áhrif lyfsins fampridíns á skerta göngugetu sjúklinga með MS (Multiple Sclerosis)

MS-sjúkdómurinn er ein algengasta orsök hreyfiskerðingar fólks á aldrinum 18-50 ára. Rannsóknir sýna mishátt hlutfall skertrar göngugetu hjá þessum hópi, á bilinu 40-90%. Þetta einkenni sjúkdómsins er þeim erfiðast í daglegu lífi.

186

Brynhildur Thors, Ólafur Árni Sveinsson

Skyndileg meðvitundarskerðing vegna lokunar á æð Percherons

Hér er kynnt tilfelli ungrar konu sem fékk skyndilegan höfuðverk og skerta meðvitund. Sjáöldur voru misvíð og brugðust illa við ljósáreiti og iljaviðbrögð voru jákvæð beggja megin. Fram komu flogalíkar hreyfingar í öllum útlimum. Tölvusneiðmynd af heila og heilaæðum var eðlileg en bráð segulómun sýndi byrjandi drep í stúku beggja megin.

Á FORSÍÐU

Læknanemar árið 1958



Kvenfólkið í hópnum: Bergþóra Sigurðardóttir, Þórey Sigurjónsdóttir, Jakobína Paulsen og Hólmfríður Magnúsdóttir.

Ljósmynd af læknanemum í síðasta hluta námsins veturinn 1957 til 1958, á tröppum Landspítala.

Ein úr hópnum tók myndina, Bergþóra Sigurðardóttir, og annar úr hópnum, Gauti Arnþórsson, lagði henni sitt ljúfmannlega lið við að nafngreina félagana.

Í hópnum eru Snorri Ólafsson, Árni Ingólfsson, Ólafur Ingibjörnsson, Þórir Helgason, Guðmundur Georgsson, Guðjón Guðmundsson, Örn Arnar, Per Lingaas, Guðmundur Pétursson, Gauti Arnþórsson, Stefán Jónsson, Páll Ásgeirsson, Jón Hallgrímsson, Þorvaldur Veigar Guðmundsson, Grétar Ólafsson, Daníel Guðnason, Einar Baldvinsson. Hólmfríður Magnúsdóttir framan við Guðmund Pétursson, Þórey Sigurjónsdóttir, Jónas Hallgrímsson í sömu tröppu, Guðmundur Bjarnason við handriðið. Við hlið hans Færeyingurinn Jakobína Paulsen.

Það eru rúm 60 ár síðan myndin var tekin, og hún vitnar um klæðaburð, hárgreiðslu og fas þess tíma. Þá voru Íslendingar um 140.000 talsins og af þeim voru 24 á lokaári í læknisfræði í Háskóla Íslands. Tveir úr hópnum áttu bíl, þau voru ekki búin að fara milljón sinnum til útlanda, og tungumál voru mest í ónotuðu og innbundnu máli. Vorið 1958 var kaffihúsið Mokka á Skólavörðustígnum opnað, Steinn Steinarr skáld féll frá, Elvis Presley fór í herinn og Che Guevara og el Fidel hófu byltinguna á Kúbu. Nóbelinn í bókmenntum þetta ár fékk Rússinn Boris Pastenak fyrir skáldsöguna Sívagó læknir, sem þýdd var á íslensku ári síðar.

171

„Ég er afar þakklátur því að læknar treysti mér“

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Reynir Arngrímsson leiðir Læknafélagið áfram sjálfkjörinn til næstu tveggja ára og stefnir á að ná árangri fyrir lækna



UMFJÖLLUN OG GREINAR

194
COVID-19 smitast inn í rannsóknir hér á landi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Sunna Snædal, formaður Vísindasiðanefndar, segir sér koma á óvart hversu margt fólk stundi vísindi samhliða fullri vinnu. Ný kynslóð sætti sig síður við þá stöðu og því þurfi kerfisbreytingu eigi vísindastarf að dafna í íslensku samfélagi





198
Með fimm lyf í farteskinu og stefnir til Akureyrar – rætt við Hákon Hákonarson

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Niðurstöðurnar sýna að hjá sjúklingum með arfgenga íslenska heilablæðingu sem orsakast af stökkbreytingu í Cystatin-C-geninu fléttast amyloid-þræðirnir í blóðinu saman og falla út í heila og æðar um allan líkamann. Við höfum metið þessar útfellingar og áhrifin af lyfinu með því að taka húðsýni og sjáum allt að 95% lækkun í litun á amyloid sem fellur út í húðina. Það er meiriháttar niðurstaða," segir Hákon

202
Meðhöndlar börn á mörkum lífs og dauða

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Kristbjörg Sveinsdóttir, yfirlæknir þriðju stærstu nýburadeildarinnar í Svíþjóð, segir lækna sína stöðugt fást við siðferðisspurningar. Yngstu börnin á deildinni fæðast á 22. viku meðgöngu



205
Ritrýnar Læknablaðsins 2018-2020

Án ritrýna væri ekkert fræðiefni í blaðinu



212
Doktorsvörn frá Háskóla Íslands. Harpa Viðarsdóttir

Hversu erfitt er að verða doktor á skalanum 1-10?

Ætli á heildina litið sé það ekki 7, sum tímabil auðveldari og önnur erfiðari, en aldrei gefins

190
Fréttir

BRÉF TIL BLAÐSINS

206
COVID-19 og nýgengi krabbameina á Íslandi árið 2020

Helgi Birgisson, Hólmfríður Hilmarsdóttir, Runólfur Pálsson, Laufey Tryggvadóttir

Krabbameinsskrá Íslands var notuð til að kanna mælanleg áhrif kórónuveirufaraldursins á nýgreiningar krabbameina á Íslandi. Það var gert með því að bera nýgengi ársins 2020 saman við meðaltal nýgengis þriggja ára þar á undan (2017-2019)

208
Gæði fitu í mataræðinu hefur áhrif á heilsu okkar

Jóhanna Eyrún Torfadóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Thor Aspelund

Nýleg samantekt á áhrifum heilsusamlegs norræns fæðis í klínískum rannsóknum sýndi að það hefur jákvæð áhrif á blóðþrýsting og blóðfitur þeirra sem fylgdu þessu mataræði

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



193
„Efling heilsugæslu" – gamall frasi eða raunverulegt markmið?

Jörundur Kristinsson

Fjárfesting í heilsu er besta fjárfesting sem hvert samfélag gerir

LÖGFRÆÐI 40. PISTILL



210
Meira um sjúkratryggingar

Dögg Pálsdóttir

DAGUR Í LÍFI LÆKNIS



213
Sigríður Dóra Magnúsdóttir

19:00 Kvöldmatur, reyni ekki að útskýra daginn fyrir bóndanum, gott að ræða eitthvað annað

LIPUR PENNI



214
Lífið í Svíþjóð

Birgitta Birgisdóttir

Í fjarlægð lærir maður að meta landið sitt, náttúruna og heimahaga sína sem er ekki öllum gefið

Auglýsing

Að bæta göngugetu



Páll E. Ingvarsson
taugalæknir
endurhæfingardeild
Landspítala Grensási,
klínískur dósent við læknadeild Háskóla Íslands

palling@landspitali.is

Rannsókn Bjargar Guðjónsdóttur og samstarfsmanna í þessu tölublaði *Læknablaðsins* staðfestir fyrri rannsóknir, að fampridín bætir göngugetu hjá næstum því helmingi MS-sjúklinga. Þetta er velkomin og jákvæð viðbót við þau nýjustu sjúkdómshemlandi lyf sem hafa gerbreytt líðan og horfum MS-sjúklinga. Það er sérstakt að lyf gegn sjúkdómi með þetta margþætta einkennamynd hafi sértæk áhrif á eitt einkenni – göngugetu. Þetta hefur aldrei verið fullskýrt.

Niðurstöður þessarar rannsóknar, ásamt fleiri rannsóknum sem greinarhöfundar vitna í, benda reyndar til að fampridín bæti hreyfigetu almennt, ekki bara göngugetuna. Þetta er vísbending til Sjúkratrygginga Íslands um að endurmeta skilyrðin fyrir að samþykkja lyfjaskírteini fyrir fampridín og ekki einblína eingöngu á göngugetuna.

Betri göngugeta er oftast efst á óskalista sjúklinga með færniskerðingu vegna taugasjúkdóma, ef þeir eru spurðir hvaða færni þeim finnst mikilvægast að bæta. Gönguþjálfun er líka eitt af meginverkefnum endurhæfingar taugasjúkdóma (*neurorehabilitation*), en slíkt krefst þekkingar, greiningarvinnu og samofins teymisstarfs sérhæfðra fagaðila. Mikilvægt fyrsta skref er greining og raunhæft mat á því hvort hægt sé að gera eitthvað, og þá hvað, til þess að koma í veg fyrir óraunhæfar væntingar, eins og við fjöltaugabólgu (*polyneuropathy*) á háu stigi eða í kjölfar alskaða á mænu. Síðan tekur við sérhæfð sjúkra- og iðjuþjálfun, svo og aðkoma annarra teymismeðlima.

Eitt besta dæmið um gagnsemi taugaendurhæfingar er að stór hluti þeirra sem hafa veikst með heilaslag getur náð göngugetu, að hluta til eða alfarið, með eða án gönguhjálpartækja. Þetta er krefjandi og tímafrekt ferli sem krefst þrotlausrar þjálfunar, vikum og mánuðum saman, en þegar vel tekst til gerbreytir árangurinn hreyfigetu, sjálfsbjargargetu, sjálfstæði og frelsi skjólstæðinga okkar.

En það nægir ekki að auka eingöngu magn þjálfunar. Þetta sást best þegar tölvustýrðir gönguhermar komu á markaðinn; menn gerðu sér glæstar vonir um að þetta mundi bæta göngugetu flestra sjúklinga og lækna allt, en raunin varð því miður allt önnur. Í metnaðarfullu doktorsverkefni sínu við háskólann í Tromsö setti Anu Piira þá sem voru með hlutskaða á hálsmænu en höfðu ekki náð göngugetu tveimur árum eftir slys, í öfluga þjálfun með samtals 60 skipti í gönguhermi. En þrátt fyrir alla þessa þjálfun tókst þeim ekki að ná göngugetu á ný.[1]

Þá er nýstárleg nálgun rannsóknarhóps í Lausanne mun meira spennandi.[2] Um það bil 6 cm löngu spjaldi með 16 rafskautum (*epidural stimulator*, sem var upphaflega hannaður sem verkjameðferð) var komið fyrir yfir mænukeilu (*conus medullaris*) í utanbastsbilinu, hjá einstaklingum með mjög umfangsmikinn hlutskaða á mænu. Fyrst var prófað hvaða 1, 2, eða 3 rafskaut gáfu besta raförvun á einstökum vöðvahópum í ganglimum. Síðan var mænan örvuð með samsettri keðju af rafboðum á þeim vöðvum sem mynda hvert skref í göngu, margendurtekið, samtímis gönguþjálfun í tölvustýrðum gönguhermi. Eftir 5 mánaða þjálfun var þessi aðferð farin að skila undraverðum árangri. Þetta gæti orðið framtíðaraðferð til þess að bæta göngugetu mun betur en hægt er í dag, við mænuskaða og jafnvel líka í gönguþjálfun sjúklinga með aðra taugasjúkdóma.

En gamalt og allt of þröngt húsnæði gerir það erfitt fyrir okkur að sinna umfangsmiklu verkefni – að taka við og endurhæfa alla þá sem ekki komast beint heim af bráðadeildum Landspítala. Við höfum alltof fá pláss á legudeild okkar og hokurbúskapur iðjuþjálfanna í þröngu kjallararými er til skammar fyrir háskólasjúkrahúsið, svo fátt eitt sé nefnt. Það er ekki að ástæðulausu sem gamla nafninu á sviðinu okkar var stundum breytt í „Stíflusviðið“.

En nú eru bjartar vonir um betri tíma; samkvæmt ákvörðun heilbrigðisráðherra um forgangsverkefni mun Grensásdeild fá nýja viðbyggingu, með nýrri, stærri sjúkraþjálfun, miklu betri aðstöðu til iðjuþjálfunar og 12 rúma viðbót við legudeildina.

Allar deildir sjúkrahússins munu hafa gagn af því að meðferðarteymin við Grensás geti tekið að sér sjúklinga frá öðrum deildum án óhóflegs biðtíma, gefið sér þann tíma sem þarf til að bæta færni og sjálfsbjargargetu þeirra, komið þeim í sjálfstæða búsetu á ný og oft jafnvel aftur í vinnu líka.

Það er hagur *allra* að þessi viðbygging Grensásdeildar njóti skilnings og stuðnings allra, svo að við dettum ekki í gömlu góðu „við-viljum-líka-fá-fjárstuðning-og-helst-á-undan-hinum“-gryfjuna. *Allar* deildir sjúkrahússins munu hafa gagn af því að meðferðarteymin við Grensás geti tekið að sér sjúklinga frá öðrum deildum án óhóflegs biðtíma, gefið sér þann tíma sem þarf til að bæta færni og sjálfsbjargargetu þeirra, komið þeim í sjálfstæða búsetu á ný og oft jafnvel aftur í vinnu líka.

Í þessari baráttu er öllum nýjungum sem bæta göngugetu og aðra færni sjúklinga okkar tekið fagnandi, þar með talið MS-lyfinu fampridín.

Heimildir

1. Piira AM. TheATLET study: Can subjects with long-standing motor incomplete spinal cord injury learn to walk? A randomized clinical trial. Doktorsritgerð. Háskólanum í Tromsö 2020.
2. Wagner FB, Mignardot J-B, LeGoff-Mirandot, CG, et al. Targeted neurotechnology restores walking in humans with spinal cord injury. Nature 2018; 561: 65-71.

On how to improve locomotion

Páll E. Ingvarsson, MD, Ph.D., specialist in Neurology, Department of Rehabilitation Medicine, Landspitali University Hospital; and Clinical Associate Professor, Faculty of Medicine, University of Iceland.

doi 10.17992/lbl.2021.04.628

Auglýsing

Kvíði á óvissutímum

„Þó maðurinn lifi ekki nema í hundrað ár, hefur hann áhyggjur fyrir þúsund“



Þórgunnur Ársælsdóttir
geðlæknir bráðaþjónustu geðþjónustunnar á Landspítala

thorgunn@landspitali.is

Við höfum öll innbyggt kerfi í dýpstu kimum heilans sem okkur var gefið til verndar gegn ógnum og hættu. Þetta forna kerfi hafa flest önnur dýr einnig, enda forsenda þess að ná að halda lífi og koma genum sínum áfram í vályndri veröld. Við erum á varðbergi við hættumerki og líkami okkar er á augabragði tilbúinn til átaka með adrenalínið flæðandi um æðarnar. Við mannfólkið höfum líka huga sem hugsar án afláts eins og flestir hafa tekið eftir sem gera tilraun til að róa hugann, en hann hlýðir ekki þannig skipunum. Ekki frekar en að við getum sagt hjartanu að hætta að slá.

Öll finnum við stundum fyrir kvíða, sumir meira og aðrir minna. Ástæðurnar eru margvíslegar. Sumir hafa sterkari tilhneigingu í grunninn. Áhrif uppeldis, umhverfis, lífsreynslu og fyrirmynda hafa mikið að segja. Upplifun okkar af kvíða getur verið fjölbreytt. Flestir finna líkamlegu áhrifin; hjartslátt, öndunarþyngsli, vöðvaspennu og fleira. Við finnum oftast líka fyrir tilfinningalegum áhrifum með vanlíðan, spennu, pirringi og óþolinmæði, en kvíði hefur einnig mikil hugræn áhrif. Ef kvíði er til staðar beinist athyglin að því sem veldur kvíðanum og þá magnast hann gjarnan upp, sem veldur klassískum kvíðavítahring. Þessi viðbrögð eru mjög gagnleg til dæmis ef við mætum ljóni á veginum. Þá er klárlega betra að halda athyglinni við ljónið ef ske kynni að það ætlaði að hafa okkur í hádegismat, og lítið gagn í því að taka um leið eftir því hvað veðrið er fallegt. Ef kvíðavaldurinn snýst um að vera að fara að skila verkefni eða fara í próf getur sannarlega komið sér vel að beina athyglinni að verkefninu framundan og vinna í því. En það er jafn mikilvægt að ná að taka hlé og beina athyglinni að einhverju öðru sem gleður. Við lendum í vanda þegar hugurinn festist við ógnina og hleypir ekki öðru í lífinu að. Áður en við vitum af eru félagarnir „óþarfa áhyggjur“ komnir með fastan búsetusamning hið innra.

Annar algengur kvíðavítahringur verður til með því forðast það sem okkur finnst óþægilegt. Það er að sjálfsögðu afar gagnlegt og verndandi að okkur skuli vera vera eðlislægt að forða okkur frá sársauka og vanlíðan, til dæmis ef við leggjum höndina á heita plötu, þá kippum við henni til okkar eins og skot til að forðast bruna. Ef við hins vegar fáum kvíðakast í Kringlunni virkar það ekki að forðast Kringluna og halda sig innandyra. Þá magnast kvíðinn því miður bara upp. Hér þurfum við að æfa okkur í að fara gegn eðlislægu viðbragði og stíga inn í óttann í góðri atferlismeðferð og þannig að yfirvinna hann.

Það er lykilatriði í öllum kvíða að kalla hugrekkið okkur til fulltingis. Margt af hugrakkasta fólkinu sem ég hef kynnst er einmitt fólk sem glímir við mikinn kvíða og hefur tekist á við erfiðleikana með hugrekki, áræðni og seiglu.

Við lifum í vályndum heimi, allt getur gerst og ýmislegt getur mögulega farið úrskeiðis. Við glímum við heimsfaraldur og nú steðja að okkur aðrar ógnir sem eru gamalkunnar okkar þjóð, nefnilega jarðskjálftar og yfirvofandi eldgos. Þessir vágestir eru því miður ekki fordæmalausir. Slíkir tímar geta sannarlega reynt á og eins og þegar við glímum við persónulegar ógnir og kvíða þurfum við að bregðast við með því að undirbúa okkur eins og hægt er fyrir það sem getur gerst, en síðan er ekki síður mikilvægt að beina athyglinni að öðru sem nærir okkur og bætir líðan. Hér er ekki hjálplegt að standa og stara á ljónið, heldur einmitt að taka eftir veðrinu og blómunum sem gleðja. Leggjum inn á heilsubankann með okkar uppáhaldsaðferðum og styðjum og styrkjum hvert annað.

Það er lykilatriði í öllum kvíða, að kalla hugrekkið okkur til fulltingis. Margt af hugrakkasta fólkinu sem ég hef kynnst er einmitt fólk sem glímir við mikinn kvíða, og hefur tekist á við erfiðleikana með hugrekki, áræðni og seiglu.

Mæli með:

Bókinni „Hvað get ég gert við of miklar áhyggjur“ eftir Dawn Huebner, myndskreytt af Bonnie Matthews

Nokkur heilræði við kvíða: laeknabladid.is/tolublod/2020/04/nr/7328

Anxiety in uncertain times

Þórgunnur Ársælsdóttir
Consultant psychiatrist, head of the psychiatric emergency and consultation services in Landspitalinn, Reykjavík, Iceland

doi 10.17992/lbl.2021.04.629

Auglýsing

Áhrif lyfsins fampridíns á skerta göngugetu sjúklinga með MS (*Multiple Sclerosis*)

Björg Guðjónsdóttir[1] sjúkraþjálfari
Haukur Hjaltason[2,3] læknir
Guðbjörg Þóra Andrésdóttir[3] taugasjúkraþjálfari

[1]Námsbraut í sjúkraþjálfun, heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]taugadeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Björg Guðjónsdóttir, *thbjorg@hi.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Fampridín er lyf sem virkar sem kalíumgangaloki og er ætlað sjúklingum með skerta göngugetu vegna MS (***Multiple Sclerosis***). Með því að loka á kalíumgöng dregur lyfið úr jónaleka, sem seinkar endurskautun og hvetur þannig myndun hrifspennu í afmýluðum taugasímum. Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á góð áhrif fampridíns á skerta göngugetu fólks með MS. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða áhrif lyfsins á göngugetu íslenskra sjúklinga með MS og athuga hve margir þeirra halda lyfjameðferð áfram eftir tveggja vikna reynslulyfjatímabil.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Þátttakendur voru 41 sjúklingur með MS sem reyndu fampridín á fyrstu 16 mánuðum notkunar þess á Íslandi. Unnið var úr sjúkraskrárgögnum Landspítala. Árangur var metinn með mælingum á gönguhraða (timed 25-foot walk, T25FW) og göngugetu (12-item multiple sclerosis walking scale, MSWS-12).

NIÐURSTÖÐUR

Niðurstöður sýndu að marktækur munur var á gönguhraða á T25FW-gönguprófinu fyrir og undir lok reynslulyfjameðferðar ($p<0,0001$). Meðaltalsaukning gönguhraða var 22%. Einnig reyndist marktækur munur á stigagjöf á MSWS-12-göngumatsprófinu fyrir og undir lok reynslulyfjameðferðar ($p<0,0001$). Lækkun stigafjölda á MSWS-12 gönguprófinu var að meðaltali 11,4 stig. Átján sjúklingar (43,9%) héldu lyfjameðferð áfram eftir að reynslulyfjameðferð lauk.

ÁLYKTUN

Lyfið fampridín getur bætt skerta göngugetu hjá hluta sjúklinga með MS og getur verið mikilvæg viðbót í einkennameðferð þeirra.

Inngangur

MS-sjúkdómurinn er ein algengasta orsök hreyfiskerðingar fólks á aldrinum 18-50 ára.[1,2] Hreyfiskerðing sjúklinga með MS getur leitt til truflunar á daglegum athöfnum, meðal annars vegna skertrar göngugetu og hættu á dettni. Rannsóknir sýna mishátt hlutfall skertrar göngugetu hjá þessum hópi, á bilinu 40-90%.[3-5] Í rannsókn Larocca, þar sem 40% þátttakenda með MS voru með göngutruflanir, töldu 70% skerta göngugetu vera það einkenni sjúkdómsins sem væri þeim erfiðast í daglegu lífi.[3] Í spurningakönnun[6] þar sem sjúklingar með MS voru beðnir um að raða mismunandi líkamlegum þáttum eftir mikilvægi var göngugeta talin mikilvægust; þar á eftir komu sjón og vitræn geta (*cognition*). Aðspurðir um sjálfstæði í daglegum athöfnum var eitt aðaláhyggjuefnið missir getu til stöðubreytinga og að komast á milli staða. Kerfisbundin yfirlitsrannsókn frá 2010[7] sýndi að skert göngugeta hefur áhrif á sjúkdómsbyrði, tengist minni lífsgæðum, minni getu í daglegum athöfnum og minni atvinnuþátttöku hjá fólki með MS.[7] Margir þættir hafa áhrif á göngugetu, svo sem vöðvastyrkur og vöðvaspenna, stöðuskyn, jafnvægi og samhæfing.[8] Rannsóknir hafa sýnt að skert göngufærni sjúklinga með MS getur falist í minni gönguhraða, styttri skreflengd, aukinni skreftíðni, breiðari undirstöðufleti, lengri tíma þar sem báðir fætur eru samtímis í gólfi í einum gönguhring og styttri sveifluþætti miðað við heilbrigða

einstaklinga. Þessar breytingar sjást jafnvel hjá fólki með MS sem hefur tiltölulega góða hreyfigetu.[9,10]

Best væri ef hægt væri að koma í veg fyrir að göngugeta skerðist, sem og hindra önnur einkenni sem MS-sjúkdómurinn getur valdið. Að því miðar fyrirbyggjandi lyfjameðferð sem beitt er með góðum árangri.[11] Einkennameðferð sem er annaðhvort lyfjameðferð eða önnur meðferð, til dæmis sjúkraþjálfun, skiptir samt áfram miklu fyrir sjúklinga, svo sem við verkjum, blöðrueinkennum, þreytu og síspennu (*spasticity*). Þjálfunarprógram sem inniheldur styrk- og þolæfingar, gönguæfingar og jafnvægisæfingar getur einnig haft góð áhrif á göngugetu.[12]

Sérhæfð einkennameðferð sem sérstaklega er ætluð til að bæta göngugetu og gönguhraða kom til fyrir nokkrum árum þegar niðurstöður rannsóknar á lyfinu fampridín (Fampyra®) lágu fyrir. Fampridín hefur hamlandi áhrif á kalíumtilfærslu með því að loka á kalíumgöng og eykur þannig leiðni taugaboða í afmýldum taugasímum.[13]

Lyfjaeftirlit Bandaríkjanna samþykkti notkun lyfsins í Bandaríkjunum árið 2010 fyrir fólk með MS með skerta göngugetu.[14] Samþykkið byggði á niðurstöðum slembiraðaðra, tvíblindra rannsókna með samanburði við lyfleysu.[13,14] Niðurstöður sýndu að eftir tveggja vikna meðferð með fampridíni bættu 35% sjúklinga með skerta göngugetu vegna MS, gönguhraða sinn þegar þeir gengu stutta vegalengd (timed 25-foot walk, T25FW).[15] Fjórðungur viðhélt bættum gönguhraða eftir 14 vikur. Expanded Disability Status Scale (EDSS)[16] er kvarði til að meta hreyfiskerðingu og mikið notaður við val á fólki í rannsóknir á MS, meðal annars lyfjarannsóknir. Gildið 4 miðar við að sjúklingur geti gengið að minnsta kosti 500 metra án hvíldar eða stuðnings, gildin 4.5-7 taka svo til stigvaxandi gönguskerðingar, gildið 7 segir til um að sjúklingur geti gengið styttra en 5 metra og sé að mestu háður notkun hjólastóls. Þátttakendur í fampridín-rannsóknunum voru með EDSS-gildi á bilinu 2,5-7 og meðaltal 5,8. Sjúklingarnir í fampridín-hópnum sem juku gönguhraða sinn (*timed walk responders*) sýndu einnig meiri framför að meðaltali samkvæmt spurningalista um göngu í daglegu lífi (12-item multiple sclerosis walking scale, MSWS-12)[17] en sjúklingar sem juku ekki gönguhraða sinn (*timed walk non-responders*).[18-20] Lyfið er gefið í forðatöfluformi og ráðlagður dagsskammtur er ein 10 mg tafla tvisvar á dag. Lyfið skal ekki nota ef saga er um flog eða skerta nýrnastarfsemi.[14,21]

Fampridín fékk markaðsleyfi á Norðurlöndunum 2011-2012. Í júlí 2013 samþykktu Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) greiðsluþátttöku á lyfinu en krafist er lyfjaskírteinis fyrir notanda.[22] Skilyrði lyfjaskírteinis frá Sjúkratryggingum Íslands eru að sjúklingur sé með MS óháð sjúkdómsgerð (kastaform eða frumkomin eða síðkomin síversnun), skerta göngugetu sem nemur EDSS 4-7 og að hún hafi verið stöðug undanfarna mánuði og þannig útilokað að göngugeta sé að versna vegna kasts eða sé í bata í kjölfar kasts. Í upphafi er lyfjaskírteini gefið út fyrir tveggja vikna lyfjaskammt. Áður en lyfjataka hefst er reglan sú hér á landi að sjúklingur hittir sjúkraþjálfara sem mælir gönguhraða hans við 7,6 m göngu (T25FW) og svarar síðan spurningalista um göngugetu sína í daglegu lífi (MSWS-12). Undir lok tveggja vikna lyfjatöku er þetta mat svo endurtekið. Ef aukning í gönguhraða er að minnsta kosti 20% á T25FW-göngu-prófinu og lækkun er að minnsta kosti 4 stig á MSWS-12-spurningalistanum er greiðsluþátttaka samþykkt. Einnig er tekið tillit til þess ef um umtalsverðan ávinning er að ræða á aðra þætti sem auka lífsgæði sjúklings en þó að því gefnu að hann uppfylli annaðhvort af tveimur fyrrnefndum skilyrðum. Að þessum skilyrðum uppfylltum er lyfjaskírteini gefið út, í byrjun gilti það til eins árs en nú til tveggja. Að þeim tíma liðnum þarf endurtekið mat sjúkraþjálfara þar sem koma þarf fram að sjúklingur hafi haldið bættri getu sinni.[22]

Hafa þarf í huga að versnun á sjúkdómnum getur haft í för með sér að áhrif lyfsins mælist minni við endurmat, þó svo að virkni þess sé enn til staðar. Ef grunur er um slíkt er stundum gert öfugt mat, það er sjúklingur hættir þá í stuttan tíma á lyfinu og komi í ljós marktæk versnun er það talið sýna áhrif fampridíns og styður því áframhaldandi notkun þess.[22]

Tilgangur rannsóknar okkar var að skoða áhrif lyfsins á göngugetu sjúklinga með MS sem fyrstir fengu ávísað fampridíni hér á landi til prófunar á tveggja vikna tímabili með þá ábendingu að bæta göngugetu og hraða. Ennfremur að skoða hversu margir þeirra sem uppfylltu skilyrði áframhaldandi notkunar lyfsins héldu áfram töku þess og hversu margir hættu notkun vegna aukaverkana eða annarra ástæðna.

Efniðviður og aðferðir

Hér á landi hefur ávísun á fampridín verið bundin við taugalækna og sjúkraþjálfaramat sem að mestu hefur farið fram á Landspítala.

Rannsóknin var afturskyggn og náði yfir 16 mánaða tímabil, frá september 2013 til janúarloka 2015. Upplýsingar um þátttakendur fengust úr sjúkraskrárkerfi Landspítala. Fjörutíu og einn sjúklingur með MS sem prófað hafði lyfið myndaði rannsóknarþýðið. Þeir höfðu uppfyllt skilyrði SÍ til að hefja tveggja vikna reynslulyfjameðferð með fampridíni. Eftirfarandi breytur úr sjúkraskrá voru skráðar í gagnagrunn: aldur, kyn, flokkun á hreyfigetu samkvæmt EDSS, sjúkdómsgerð MS og niðurstöður úr gönguprófununum tveimur, T25FW og MSWS-12, fyrir og undir lok tveggja vikna reynslulyfjatöku, aukaverkanir fampridíns, hvort lyfjameðferð var hætt áður en tveggja vikna reynslutímabili lauk og hvort sjúklingur hélt áfram á lyfinu eftir tveggja vikna reynslutímabilið.

Sjúkraþjálfarar á taugadeild Landspítala lögðu gönguprófin fyrir alla sjúklinga nema einn sem var prófaður á heilsustofnun utan Reykjavíkur. Í T25FW-prófinu var gönguhraði mældur á 25 feta göngu (7,62 m). Hver sjúklingur gekk vegalengdina tvisvar á mesta hraða og var meðaltal þessara tveggja tilrauna reiknað. Notkun hjálpartækja er leyfileg við framkvæmd prófsins.[15] MSWS-12 er spurningalisti þar sem hver sjúklingur svaraði 12 spurningum um göngugetu sína síðustu tvær vikur. Spurt er meðal annars hversu mikið MS-sjúkdómurinn takmarki getu til að standa, ganga, hlaupa, eða fara upp og niður stiga. Einnig er spurt um áhrif sjúkdóms á gönguhraða, gönguvegalengd, göngujafnvægi og erfiði við göngu. Svarmöguleikar eru á raðkvarða frá 1-5 þar sem 1 þýðir að sjúkdómurinn trufli alls ekki og 5 merkir að hann trufli mjög mikið. Þegar búið er að fylla út spurningalistann eru tölurnar tólf lagðar saman og niðurstaða getur í versta falli verið 60. Því hærri sem

Kerfisbundin yfirlitsrannsókn frá 20107 sýndi að skert göngugeta hefur áhrif á sjúkdómsbyrði, tengist minni lífsgæðum, minni getu í daglegum athöfnum og minni atvinnuþátttöku hjá fólki með MS.

Tafla I. Lýðfræðilegar upplýsingar um rannsóknarþýðið. Fjöldi (%).

	Fyrir lyfjagjöf (n=41)	Eftir tveggja vikna lyfjagjöf (n=34)
Aldur (meðaltal)	51,3	51,7
EDSS-gildi (meðaltal)	5,7	5,6
Allir	41 (100)	34 (100)
Konur	25 (61)	19 (56)
Kastaform	17 (41,5)	16 (47,1)
Síðkomin versnun	18 (43,9)	12 (35,3)
Frumkomin versnun	6 (14,6)	6 (17,6)

samtalan er, þeim mun meiri áhrif hefur MS-sjúkdómurinn á göngugetu.[17] Sýnt hefur verið fram á góða próffræðilega eiginleika beggja mælitækja.[23,24]

Tölfræði

Lýsandi tölfræði var notuð til að lýsa hópnum. Þar sem niðurstöður göngumælinganna voru ekki normaldreifðar var notað Wilcoxon-raðsummupróf til að bera saman mælingar við upphaf og lok tveggja vikna lyfjagjafarinnar. Marktektarmörk voru sett 5% og öryggismörk 95%. Hlutfall þeirra sem hættu á lyfinu innan tveggja vikna reynslutímans var reiknað og einnig hlutfall þeirra sem héldu lyfjagjöf ekki áfram eftir prufuskammt.

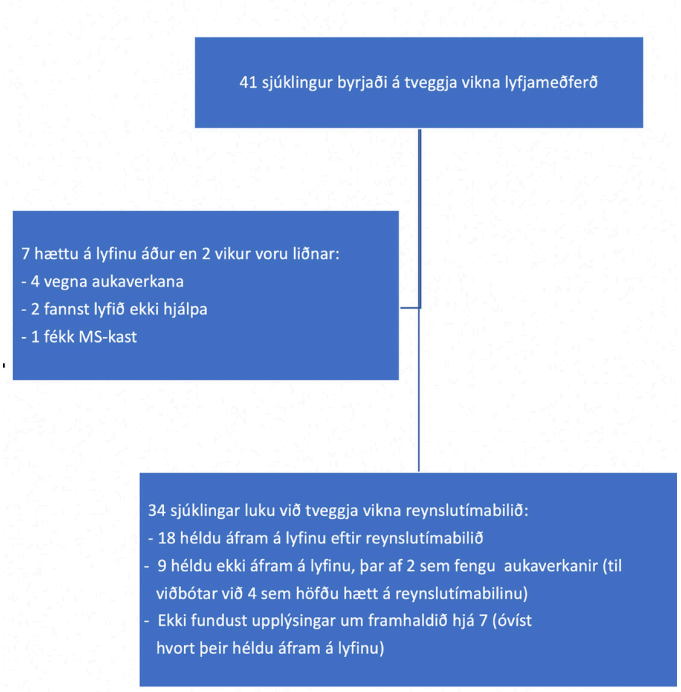
Rannsóknin var framkvæmd með leyfum frá vísindasiðanefnd Landspítala (númer 47/2014), Persónuvernd (tilvísun 2014121705ÞS/) og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala (tilv.16, LSH 119-14 ÓB/ei).

Niðurstöður

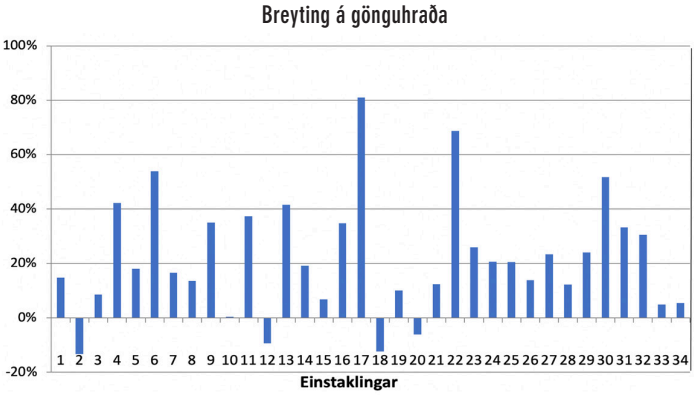
Þátttakendur voru á aldrinum 25-69 ára, meðalaldur 51 ár. Konur voru 61% af þýðinu. Sjö þátttakendur (17%) luku ekki tveggja vikna meðferð og mættu ekki í seinni göngumælingarnar. Í töflu I sjást lýðfræðilegar breytur og sjúkdómsgerðir MS-sjúkdóms þátttakenda. Í fyrri dálki eru upplýsingar um allan hópinn í upphafi og í seinni dálki um þá 34 sjúklinga sem luku tveggja vikna lyfjameðferð og prófaðir voru með göngumælingunum fyrir og undir lok meðferðar. Mynd 1 er flæðirit yfir ferlið hjá hópnum sem uppfyllti skilyrði tveggja vikna lyfjameðferðar. Ástæður fyrir brottfalli 7 þátttakenda (17%) á tveggja vikna reynslutímabilinu voru mismunandi eins og sjá má í flæðiriti.

Á mynd 2 sjást mælingar á T25FW-gönguprófinu fyrir og undir lok reynslutímans hjá þátttakendunum 34 sem luku því. Meðaltalsaukning gönguhraða var 22%. Mesta aukning á gönguhraða hjá stökum þátttakenda var 81%. Alls jókst gönguhraði hjá 30 þátttakendum af 34 (88%), hjá 16 (47%) jókst hann um 20% eða meira. Wilcoxon-raðsummupróf sýndi að marktæk aukning var á gönguhraða á milli fyrri og seinni mælinga ($p<0,0001$).

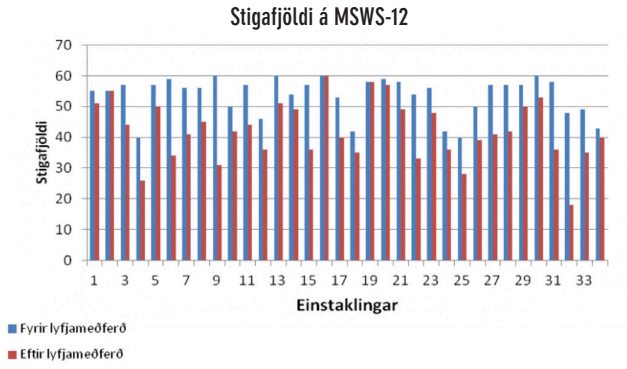
Á mynd 3 sjást niðurstöður á MSWS-12 fyrir og undir lok tveggja vikna reynslutímans fyrir þá 34 þátttakendur sem því luku. Lækkun stigafjölda hjá hópnum var að meðaltali 11,4 stig. Mesta framförin (það er lækkun á stigafjölda) var 30 stig. Alls lækkaði 31 þátttakandi (91%) stigafjölda sinn á prófinu, þar af 29 (85%) um 4 stig eða meira. Wilcoxon-raðsummupróf sýndi fram á



Mynd 1. *Flæðirit yfir ferlið sem hópurinn fór í gegnum.*



Mynd 2. *Breyting gönguhraða á Timed 25-foot walk.*



Mynd 3. *Breyting stigafjölda á 12-item multiple sclerosis walking scale.*

marktæka lækkun á stigagjöf á MSWS-12 á milli fyrri og seinni prófunar (p<0,0001).

Fimmtán sjúklingar (44%) juku gönguhraðann um 20% eða meira á T25FW-prófinu og lækkuðu sig jafnframt um 4 stig eða meira á MSWS-12-prófinu.

Af heildarúrtakinu héldu 18 þátttakendur (43,9%) lyfjameðferð áfram eftir að mælingum lauk. Sextán (39%) héldu lyfjameðferð ekki áfram. Óvíst er hvort 7 (17,1%) einstaklingar héldu áfram en upplýsingar um það fengust ekki.

Af þeim 15 sjúklingum (36,6%) sem uppfylltu bæði skilyrðin fyrir áframhaldandi fampridín-meðferð, héldu 13 (31,7%) lyfjameðferðinni áfram. Upplýsingar voru ófullnægjandi um tvo (4,9%) og þeir því ekki taldir með.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að marktækur munur var fyrir og undir lok fampridíns-reynslumeðferðartímabilsins á gönguhraða á T25FW annars vegar og göngugetu samkvæmt MSWS-12 spurningalistanum hins vegar hjá þeim 34 af 41 sjúklingum sem luku meðferðartímabilinu. Fyrri rannsóknir hafa aðallega gengið út á að bera saman fampridín og lyfleysu. Þar hefur komið fram aukning á gönguhraða hjá um 35-70% sjúklinga með MS sem voru á lyfinu[18-20,25] en í okkar rannsókn voru þeir 88%. Sé miðað við heildartölu uppruna þýðis okkar, eða 41 sjúkling, er hlutfallsniðurstaðan hins vegar 73%. Ekki er útilokað að í okkar rannsókn hafi frekar valist sjúklingar sem líklegir voru taldir til að hafa gagn af lyfinu. Í rannsókn Fragoso[25] og fleiri juku 70% gönguhraða sinn en í þá rannsókn voru valdir þátttakendur sem voru líklegir til að svara meðferð og þar var heldur ekki lyfleysuhópur til samanburðar.

Aukning á gönguhraða var breytileg innan hópsins. Fjórir þátttakendur minnkuðu gönguhraða en aðrir juku hann. Mesta aukning á gönguhraða var 81% en sú minnsta 0,3%. Þetta endurspeglar breiddina í hópnum og mismikil áhrif af lyfinu. Á spurningalistanum MSWS-12 um göngugetu í daglegu lífi lýsa fleiri jákvæðum áhrifum af lyfinu heldur en sem nemur aukningu á gönguhraða. Rannsóknir hafa hins vegar sýnt að það er fylgni á milli þessara tveggja mælitækja. Yfir 20% aukning á gönguhraða á T25FW tengist klínískt mikilvægum breytingum sem koma fram á svörum í MSWS-12-spurningalistanum um göngugetu.[26] Því er mælt með að nota þessi tvö próf þegar ákvarða á árangur af tveggja vikna prufutímabili og það er gert víða.[16] Bent hefur verið á að rétt væri að bæta við fleiri mælingum þegar verið er að rannsaka hvort fampridín geti gagnast sjúklingum. Frammistöðumæling eins og T25FW eða spurningalisti gefa ef til vill ekki nægilega skýra mynd af áhrifum lyfsins á göngugetu í daglegu lífi. Pickering og fleiri[27] notuðu meðal annars 6 mínútna gönguþróf til að mæla gönguvegalengd. Rannsakendur bentu á að áhrif lyfsins á gönguhraða kæmu fram á tveimur vikum en fyrstu merki um getu til að ganga lengri vegalengdir kæmu fram á 4. viku og næðu hámarki í 8.-12. viku lyfjameðferðar. Þetta eru mikilvægar upplýsingar því ef skoða á áhrif lyfsins á skerta göngugetu benda þær til að það þurfi lengra prófunartímabil en tvær vikur. Ruck og fleiri[28] mældu einnig gönguvegalengd og fundu út að hún helst ennþá aukin 9-12 mánuðum eftir upphaf lyfjatöku. Rannsakendur töldu að gengin vegalengd gæti verið betri mæling á daglegri athafnagetu því oft er það vegalengd fremur en hraði sem takmarkar daglega getu. Í nýjum rannsóknum hafa verið notaðar fleiri mælingar á göngu fólks við aðstæður í daglegu lífi. Niðurstöður þeirra voru að gönguvegalengd jókst,[28,29] jákvæð breyting varð á göngulagi,[30] hreyfing jókst samkvæmt spurningalistum um hreyfigetu[29] og hröðunarmælar sýndu meiri göngu þó heildartími líkamlegrar virkni yfir daginn hafi ekki aukist.[30] Sjúklingar með MS eru margir í sjúkraþjálfun til lengri og skemmri tíma enda hafa rannsóknir sýnt að margar aðferðir sjúkraþjálfunar hafa jákvæð áhrif á göngu þeirra.[12] Það væri áhugavert að athuga hugsanlegan árangur af sjúkraþjálfun samhliða lyfjameðferð með fampridín.

Rannsókn okkar gefur mynd af skammtímaáhrifum fampridíns á göngugetu fólks með MS sem uppfyllti ákveðin skilyrði til að fá að prófa lyfið. Rannsókn Goodman og fleiri[31] á langtímaáhrifum lyfsins hefur sýnt að ef notkun þess er hætt tapast fyrri aukning á gönguhraða og göngufærni minnkar. Þar kom einnig í ljós að þrátt fyrir langtímanotkun fampridíns dró almennt smám saman úr gönguhraða. Það er í samræmi við gang MS-sjúkdómsins yfir tíma og þýðir ekki að áhrif lyfsins séu að minnka. Þess má geta að hátt hlutfall þátttakenda var með meiri gönguhraða eftir tveggja ára meðferð en við upphaf meðferðar þrátt fyrir að dregið hafi úr hraðanum yfir tímabilið.[31] Fampridín dregur ekki úr sjúkdómsvirkni MS en getur gagnast áfram og minnkað sjúkdómsbyrði þrátt fyrir versnandi sjúkdómseinkenni sem felast meðal annars í hægingu og versnun göngugetu.

Hjá nokkrum þátttakendum í okkar rannsókn urðu litlar breytingar á gönguhraða á gönguprófinu og ekki breyting á göngugetu samkvæmt spurningalistanum en breyting til batnaðar á getu til athafna, svo sem að þátttakendur duttu sjaldnar, geta þeirra var aukin til að flytja sig í og úr rúmi og snúa sér í rúmi. Samkvæmt þessu er mögulegt að fampridín geti bætt fleiri þætti en gönguhraða og göngugetu. Fampridín eykur hraða taugaboða og líklegt að lyfið hafi jákvæð áhrif á aðra þætti, svo sem líkamlega og andlega þreytu, daglegar athafnir og lífsgæði. Í rannsókn Korsen og fleiri[32] komu fram marktæk jákvæð áhrif á þreytu, hugarstarf og andlega líðan eftir 12-14 daga töku á lyfinu og voru áhrifin ekki eingöngu bundin við þá sem bættu göngugetuna. Nokkrar nýlegar rannsóknir hafa sýnt fram á aukna líkamlega virkni, betra hugarstarf sem kemur fram sem bætt úrvinnsla upplýsinga (*information processing*), minni þreytu, betri samhæfingu og aukin lífsgæði hjá þeim sem taka lyfið.[33-38] Limone og fleiri sýndu fram á að heilsutengd lífsgæði jukust marktækt við töku á fampridín miðað við samanburðarhóp.[39] Hér skortir enn frekari rannsóknir en vonandi geta íslenskir sjúklingar með MS notið góðs af.

Helstu takmarkanir rannsóknar okkar eru að þátttakendur eru fáir og rannsóknin afturskyggn, upplýsingar byggja á skráningu í sjúkraskrám sem ekki voru gerðar í rannsóknarskyni. Vel er þekkt að dagsform sjúklinga með MS getur verið ærið sveiflukennt, sem getur hafa haft áhrif á frammistöðu þeirra í T25FW-gönguprófinu. Einnig voru flestir þessara sjúklinga á fyrirbyggjandi lyfjameðferð sem einnig getur hafa haft áhrif á göngugetu en þeir uppfylltu skilyrði SÍ um lyfjaskírteini, sem er að göngugeta hafi verið stöðug í mánuði fyrir lyfjagjöf.

Til styrkleika má hins vegar telja að mælingar á rannsóknarbreytunum tveimur, það er T25FW og MSWS-12, voru gerðar og færðar í sjúkraskrá af þremur sjúkraþjálfurum taugadeildar

Landspítala. Sami sjúkraþjálfari sá um mælingar fyrir og í enda reynslumeðferðartímabils hvers sjúklings. Samræmi mælinga á því að hafa verið vel tryggt.

Lokaorð

Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á góðan árangur lyfsins fampridíns á gönguhraða og göngugetu sjúklinga með MS. Í okkar rannsókn á litlu þýði íslenskra sjúklinga með MS með skerta göngugetu, sem tók til fyrstu 16 mánaðanna í notkun lyfsins hér á landi, kom fram sambærilegur góður árangur lyfsins hjá um helmingi sjúklinga. Erlendar rannsóknir gefa vísbendingar um að lyfið geti haft góð áhrif á aðra þætti sem skipta máli í daglegum athöfnum og heilsutengdum lífsgæðum fólks með MS. Sú er einnig reynsla okkar undanfarin ár í klínísku starfi. Svo virðist sem fampridín sé góð viðbót í einkennameðferð sjúklinga með MS.

Þakkir

Höfundar þakka Jóhannesi Má Þórissyni sjúkraþjálfara fyrir upphafsvinnu við rannsóknina.

Greinin barst til blaðsins 30. október 2020,
samþykkt til birtingar 4. mars 2021.

Heimildir

1. Khan F, McPhail T, Brand C, et al. Multiple sclerosis: Disability profile and quality of life in an Australian community cohort. Int J Rehabil Res 2006; 29: 87-96.
2. Khan F, Pallant JF. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to identify preliminary comprehensive and brief core sets for multiple sclerosis. Disabil Rehabil 2007; 29: 205-13.
3. Larocca NG. Impact of walking impairment in multiple sclerosis: perspectives of patients and care partners. Patient 2011;4(3):189-201.
4. Kister I, Chamot E, Salter AR, et al. Disability in multiple sclerosis: a reference for patients and clinicians. Neurology 2013; 80: 1018-24.
5. Hemmett L, Holmes J, Barnes M, et al. What drives quality of life in multiple sclerosis? QJM 2004; 97: 671-6.
6. Heesen C, Bohm J, Reich C, et al. Patient perception of bodily functions in multiple sclerosis: gait and visual function are the most valuable. Mult Scler 2008; 14: 988-91.
7. Sutliff MH. Contribution of impaired mobility to patient burden in multiple sclerosis. Curr Med Res Opin 2010; 26: 109-19.
8. Pearson OR, Busse ME, van Deursen RW, et al. Quantification of walking mobility in neurological disorders. QJM 2004; 97: 463-75.
9. Comber L, Galvin R, Coote S. Gait deficits in people with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. Gait Posture 2017; 51: 25-35.
10. Ziemssen T, Phillips G, Shah R, et al. Development of the multiple sclerosis (MS) early mobility impairment questionnaire (EMIQ). J Neurol 2016; 263: 1969-83.
11. Dobson R, Giovannoni G. Multiple sclerosis - a review. Eur J Neurol 2019; 26: 27-40.
12. Baird JF, Sandroff BM, Motl RW. Therapies for mobility disability in persons with multiple sclerosis. Expert Rev Neurother 2018; 18: 493-502.
13. Lamore R, III, Jacob E, Jacob SC, et al. Dalfampridine (Ampyra): An Aid to Walking in Patients with Multiple Sclerosis. P T 2010; 35: 665-9.
14. European Medicine Agency. Fampyra: EPAR - product Information 2019 Desember 16; https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/fampyra-epar-product-information_is.pdf - október 2020.
15. Fischer JS, Rudick RA, Cutter GR, et al. The Multiple Sclerosis Functional Composite Measure (MSFC): An integrated approach to MS clinical outcome assessment. National MS Society Clinical Outcomes Assessment Task Force. Mult Scler 1999; 5: 244-50.
16. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology 1983; 33: 1444-52.
17. Hobart JC, Riazi A, Lamping DL, et al. Measuring the impact of MS on walking ability: the 12-Item MS Walking Scale (MSWS-12). Neurology 2003; 60: 31-6.
18. Goodman AD, Brown TR, Cohen JA, et al. Dose comparison trial of sustained-release fampridine in multiple sclerosis. Neurology 2008; 71: 1134-41.
19. Goodman AD, Brown TR, Edwards KR, et al. A phase 3 trial of extended release oral dalfampridine in multiple sclerosis. Ann Neurol 2010; 68: 494-502.
20. Goodman AD, Brown TR, Krupp LB, et al. Sustained-release oral fampridine in multiple sclerosis: a randomised, double-blind, controlled trial. Lancet 2009; 373: 732-8.
21. Þráinsdóttir SG. MS - Hvar stöndum við í dag? Meginstoð 2013; 1: 26-32.
22. Sjúkratryggingar Íslands. Lyfjaskírteini - vinnuregla. 2018 -nóvember 1; https://www.sjukra.is/media/frettabref-lyfjadeildar/Fampyra_nov-2018_.pdf - október 2020.
23. Hobart J, Blight AR, Goodman A, et al. Timed 25-foot walk: direct evidence that improving 20% or greater is clinically meaningful in MS. Neurology 2013; 80: 1509-17.
24. Phan-Ba R, Pace A, Calay P, et al. Comparison of the Timed 25-Foot and the 100-Meter Walk as performance measures in Multiple Sclerosis. Neurorehabil Neural Repair 2011; 25: 672-9.
25. Fragoso YD, Adoni T, Alves-Leon SV, et al. Real-life experience with fampridine (Fampyra®) for patients with multiple sclerosis and gait disorders. NeuroRehabilitation 2016; 39: 301-4.
26. Hobart JC, Riazi A, Lamping DL, et al. Measuring the impact of MS on walking ability: the 12-Item MS Walking Scale (MSWS-12). Neurology 2003; 60: 31-6.
27. Pickering H, Murray J, Lin CSY, et al. Fampridine treatment and walking distance in multiple sclerosis: A randomised controlled trial. Clinical Neurophysiol 2017; 128: 93-9.
28. Ruck T, Bittner S, Simon OJ, et al. Long-term effects of dalfampridine in patients with multiple sclerosis. J Neurol Sci 2014; 337: 18-24.
29. Stellmann JP, Jlussi M, Neuhaus A, et al. Fampridine and real-life walking in multiple sclerosis: Low predictive value of clinical test for habitual short-term changes. J Neurol Sci 2016; 368: 318-25.
30. Zorner B, Filli L, Reuter K, et al. Prolonged-release fampridine in multiple sclerosis: Improved ambulation effected by changes in walking pattern. Mult Scler 2016; 22: 1463-75.
31. Goodman AD, Bethoux F, Brown TR, et al. Long-term safety and efficacy of dalfampridine for walking impairment in patients with multiple sclerosis: Results of open-label extensions of two phase 3 clinical trials. Mult Scler 2015; 21: 1322-31.
32. Korsen M, Kunz R, Schminke U, et al. Dalfampridine effects on cognition, fatigue, and dexterity. Brain Behav 2017; 7: e00559.
33. Bakirtzis C, Konstantinopoulou E, Langdon DW, et al. Long-term effects of prolonged-release fampridine in cognitive function, fatigue, mood and quality of life of MS patients: The IGNITE study. J Neurol Sci 2018; 395: 106-12.
34. Jensen HB, Ravnborg M, Dalgas U, et al. 4-Aminopyridine for symptomatic treatment of multiple sclerosis: A systematic review. Ther Adv Neurol Disord 2014; 7: 97-113.
35. Khan F, Amatya B. Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A systematic review of systematic reviews. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 353-67.
36. Morrow SA, Rosehart H, Johnson AM. The effect of Fampridine-SR on cognitive fatigue in a randomized double-blind crossover trial in patients with MS. Mult Scler Relat Disord 2017; 11: 4-9.
37. Pavsic K, Pelicon K, Ledinek AH, et al. Short-term impact of fampridine on motor and cognitive functions, mood and quality of life among multiple sclerosis patients. Clin Neurol Neurosurg 2015; 139: 35-40.
38. Triche EW, Ruiz JA, Olson KM, et al. Changes in cognitive processing speed, mood, and fatigue in an observational study of persons with Multiple Sclerosis treated with Dalfampridine-ER. Clin Neuropharmacol 2016; 39: 73-80.
39. Limone BL, Sidovar MF, Coleman CI. Estimation of the effect of dalfampridine-ER on health utility by mapping the MSWS-12 to the EQ-5D in multiple sclerosis patients. Health Qual Life Outcomes 2013; 11: 105.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.04.630

The effect of fampridine on gait in people with Multiple sclerosis (MS)

Björg Guðjónsdóttir[1]
Haukur Hjaltason[2,3]
Guðbjörg Þóra Andrésdóttir[3]

[1]Department of Physical Therapy, School of Health Sciences, University of Iceland, [2]Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland, [3]Department of Neurology, National University Hospital, Iceland

Correspondence: Björg Guðjónsdóttir, thbjorg@hi.is

Key words: *MS, fampridine, gait function, symptomatic treatment.*

INTRODUCTION: Fampridine is a drug for people with Multiple Sclerosis (MS). It is a broad-spectrum voltage-dependent potassium channel blocker that enhances synaptic transmission. The drug has been shown to be able to enhance conduction in demyelinated axons, thereby leading to improved gait in patients with MS. The purpose of this study was to examine the effect of fampridine on gait function in people with MS in the end of a 2 weeks trial drug period and to observe how many patients continued drug therapy.

MATERIAL AND METHODS: Data from 41 individuals with MS was collected retrospectively for this study. Measurements were administered by physiotherapists and the results from the Timed 25-Foot Walk (T25FW) and 12-item Multiple Sclerosis Walking Scale (MSWS-12) were obtained from medical records from The National University Hospital of Iceland.

RESULTS: The results showed a significant difference in walking speed before and at the end of trial period ($p<0.0001$). The average improvement in walking speed was 22%. Results also demonstrated a significant difference in MSWS-12 scores before and at the end of treatment ($p<0.0001$). The average improvement in MSWS-12 was 11.4 points. Eighteen individuals (43.9%) continued treatment after the trial period.

CONCLUSION: Fampridine can have a positive effect on impaired gait function in people with MS and can be an important adjunct to treatment.

Auglýsing

Öryggi | Samvinna | Framsýni

SAk SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI
AKUREYRI HOSPITAL

Sérfræðingur í svæfinga- og gjörgæslulækningum við Sjúkrahúsið á Akureyri

Laus er til umsóknar staða sérfræðings í svæfinga- og gjörgæslulækningum. Um er að ræða 100% stöðu sem veitist frá 1. júlí 2021 eða eftir samkomulagi. Sjúkrahúsið er sérgreina- og kennslusjúkrahús og Akureyri er miðstöð fastvængja sjúkraflugs á Íslandi.

Starfinu fylgir hefðbundin vinna í svæfingu og gjörgæslu, deyfingar við fæðingar og þjónusta við sjúklinga á bráðamóttöku eftir þörfum. Æskilegt er að umsækjandi sé reiðubúinn að starfa sem fluglæknir við sjúkraflug. Einnig fylgir starfinu þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta, þjálfun ungra lækna og gæðavinnu. Möguleiki er á rannsóknavinnu.

Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í svæfinga- og gjörgæslulækningum á Íslandi. Æskilegt er að umsækjandi hafi lokið námskeiðum í sérhæfðri endurlífgun fullorðinna (ALS) og barna (EPLS). Kostur væri að hafa lokið námskeiði í meðhöndlun fjöláverkasjúklinga svo sem European Trauma Course (ETC) eða Advanced Trauma Life Support (ATLS).
Við ráðningu verður lögð áhersla á faglega þekkingu, ásamt hæfileikum á sviði samskipta, samvinnu og sjálfstæðra vinnubragða. Krafa er gerð um íslensku- eða enskukunnáttu samsvarandi stigi C1 í samevrópska tungumálastaðlinum (CEFRL).

Umsóknarfrestur er til og með
10. maí 2021

Allar nánari upplýsingar á vef **www.sak.is/atvinna**

Skyndileg meðvitundarskerðing vegna lokunar á æð Percherons

Sjúkratilfelli

Brynhildur Thors[1] læknir
Ólafur Sveinsson[1,2] læknir

[1]Taugalækningadeild Landspítala, [2]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Ólafur Sveinsson, *olafursv@landspitali.is*

Höfundar fengu samþykki sjúklingsins fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

ÁGRIP

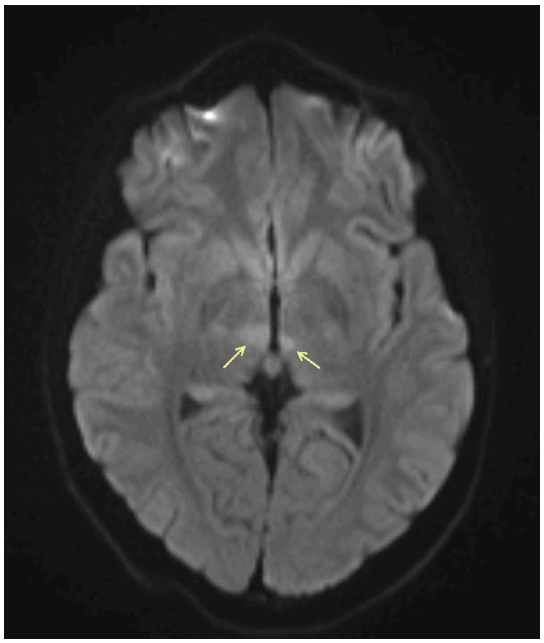
Brátt heilaslag á grunni lokunar á Percheron-slagæð til miðheila og stúku er sjaldgæf og snúin greining vegna ósértækra klínískra einkenna. Skjót greining og meðferð er afar mikilvæg þar sem um er að ræða brátt og alvarlegt ástand. Hér er kynnt tilfelli ungrar konu sem fékk skyndilegan höfuðverk og skerta meðvitund. Sjáöldur voru misvíð og brugðust illa við ljósáreiti og iljaviðbrögð voru jákvæð beggja megin. Fram komu flogalíkar hreyfingar í öllum útlimum. Tölvusneiðmynd af heila og heilaæðum var eðlileg en bráð segulómun sýndi byrjandi drep í stúku beggja megin. Á grunni einkenna og segulómunar fékk sjúklingur segaleysandi meðferð í æð 70 mínútum eftir komu á bráðamóttöku og náði sér að fullu.

Inngangur

Heilastofn og stúka (*thalamus*) eru meðal þeirra svæða heilans sem nauðsynleg eru til að viðhalda lífsnauðsynlegri starfsemi eins og meðvitund, eðlilegum hjartslætti og öndun. Það er því alvarlegt ástand þegar röskun verður á starfsemi þessara svæða. Heilastofn og hliðlægir kjarnar stúkunnar (*paramedian thalami*) eru háðir blóðflæði frá aftari blóðveitu (*posterior circulation*). Í vissum tilvikum er ákveðinn líffærafræðilegur breytileiki til staðar þar sem svokölluð Percheron-slagæð nærir báða hliðlæga kjarna stúkunnar og framlæga hluta miðheilans. Lokun á þessari einu æð veldur því mjög alvarlegum og jafnvel lífshótandi einkennum. Heilaslag á grunni lokunar Percheron-slagæðar er sjaldgæft, talið vera um 0,1-2,0% allra blóðþurrðarslaga.[1-3] Þar sem lokun æðarinnar sést sjaldan á æðamyndum, auk ósértækra einkenna sjúklings á borð við meðvitundarleysi, getur greining tafist og þar með stofnað lífi sjúklings í hættu.

Tilfelli

Hraust 21 árs kona var flutt á bráðamóttöku Landspítalans vegna skyndilegs höfuðverkjar, rugls og sljóleika. Einkenni hófust þegar hún beygði sig niður til að reima skóna sína. Við komu á bráðamóttöku var hún meðvitundarlaus með fjögur stig á Glasgow coma



Mynd 1. *Segulómun (DWI) af heila sem var tekin innan við tveimur klukkustundum eftir upphaf einkenna sýndi aukið segulskyn í hliðlægum kjörnum stúka beggja megin (örvar). Slíkt útlit á DWI myndaröð bendir sterklega til blóðflæðiskerðingar á þessum svæðum.*



Mynd 2. *Tölvusneiðmynd af heila sem tekin var daginn eftir upphaf einkenna sýndi 8 mm lágþétt svæði hliðlægt við hægri stúku (ör). Engin merki voru um blæðingu í heilavef.*

skala – opnaði ekki augu við áreiti, hreyfði útlimi við sársaukaáreiti en staðsetti ekki áreitið og svaraði engu munnlega (E1M2V1). Hún var með reglubundna kippi í öllum útlimum.

Sjáöldur voru misvíð (hægra > vinstra) og brugðust seint og illa við ljósáreiti, vinstri handleggur var í útréttri stöðu (*decerebrate posturing*) og hún var með jákvætt iljaviðbragð beggja megin (Babinskis-teikn). Engin ummerki voru um áverka eða nýlegar aðgerðir.

Lífsmörk voru eðlileg og engin sýkingarmerki sjáanleg. Hún var í eðlilegum takti á hjartalínuriti. Sjúklingur hafði sögu um legslímuflakk og einu ávísuðu lyfin voru getnaðarvarnarpillan. Ekki var þekkt saga um lyfja-, vímuefna- eða áfengismisnotkun, fyrri flog, háþrýsting, höfuðverki eða mígreni. Enginn þekktur blæðingarkvilli var til staðar.

Skyndilegur höfuðverkur við upphaf einkenna vakti strax grun um innanskúmsblæðingu (*subarachnoidal haemorrhage*) og reglubundir kippir í útlimum vöktu grun um flog. Fyrstu blóðprufur (blóðhagur, sölt, sykur og laktat) voru eðlilegar. Tölvusneiðmynd af heila var eðlileg og engin ummerki voru um innanskúmsblæðingu eða blóðþurrð í heila. Tölvusneiðmynd af heilaæðum sýndi hvorki merki um æðagúla né stóræðalokun. Bráð segulómun af heila (mynd 1) sýndi hins vegar flæðiskerðingu í hliðlægum kjörnum stúkunnar beggja megin og efsta hluta heilastofnsins, FLAIR-myndraðir voru eðlilegar.

Vegna meðvitundarskerðingar var sjúklingur barkaþræddur og settur í öndunarvél. Tveimur klukkustundum eftir upphaf einkenna fékk hún segaleysandi meðferð í æð með tPA (0,9mg/kg) og var undir nánu eftirliti á gjörgæslu.

Skömmu eftir innlögn á gjörgæslu náði sjúklingur aukinni meðvitund og var tekin úr öndunarvél. Tveimur klukkustundum og 55 mínútum eftir gjöf segaleysandi meðferðar var sjúklingur með fulla meðvitund, fyllilega áttuð og án brottfallseinkenna frá taugakerfi. Tölvusneiðmynd daginn eftir sýndi 8 mm lágþétt svæði í hægri stúku (mynd 2) og ný segulómun sýndi óbreytt útlit frá fyrri mynd. Vélindahjartaómun sýndi op á milli gátta (*patent foramen ovale*, PFO) með flæði frá hægri til vinstri. Önnur uppvinnsla, blóðþrýstingsmælingar, 24 klukkustunda hjartsláttarsíriti, blóðprufur, þar á meðal storkumælingar, sjálfsónæmismótefni (anti-cardiolipin IgM og IgG, lupus-mótefni), blóðsykurs- og kólesterólmælingar voru eðlilegar.

Sjúklingur útskrifaðist heim á hjartamagnýli og fór síðar í lokun á PFO. Í eftirliti þremur mánuðum síðar hafði sjúklingur einstaka sinnum fundið fyrir vægum svima en var annars einkennalaus.

Umræða

Truflun á starfsemi heilastofns og stúku er alvarlegt ástand og jafnvel lífshótandi. Þessi svæði heilans gegna mikilvægu hlutverki í að viðhalda meðvitund og annarri lífsnauðsynlegri starfsemi eins og öndun og hjartslætti. Einkenni blóðflæðitruflunar til þessara svæða heilans eru oft á tíðum ósértæk og því mikilvægt að setja brátt heilaslag ofarlega á mismunagreiningalistann þegar meðvitundarskertur sjúklingur er metinn á bráðamóttöku.

Í bráðri alvarlegri heilablóðþurrð er tímaramminn þröngur. Því er nauðsynlegt að greina ástandið skjótt og vel svo unnt sé að veita nauðsynlega meðferð. Þar kemur helst að gagni klínísk grunsemd þess sem skoðar sem og gott aðgengi að nauðsynlegri myndgreiningu.

Blóðþurrð í heila á grunni lokunar á Percheron-slagæð er sjaldgæfur kvilli, talinn vera um 0,1–2,0% allra blóðþurrðarslaga[1-3] en allt að fimmtungur blóðþurrðarslaga hjá ungu fólki (18-45 ára).[2] Þessir sjúklingar eru oft með litla eða enga áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma (mígreni 14%, getnaðarvarnarlyf 17%).[2] Í þessu tilfelli var líkamsstaða sjúklings við upphaf ein-

kenna (að beygja sig fram) talin styðja PFO sem orsakavald. Klínísk einkenni blóðþurrðar vegna lokunar í æð Percherons geta verið ósértæk og án áberandi brottfallseinkenna frá taugakerfi. Ennfremur eru fyrstu myndgreiningar af heila (bráð tölvusneiðmynd af heila og heilaæðum) oftast eðlilegar.

Í því tilfelli sem hér var lýst voru aðrar mismunagreiningar ofarlega á lista; blæðing vegna skyndilegs höfuðverkjar og síflog vegna kippa í útlimum. Eðlileg tölvusneiðmynd af heila innan 6 klukkustunda frá upphafi einkenna útilokar nær alveg blæðingu. Eins voru heilaæðar eðlilegar og engin merki um stóræðasega.

Önnur mismunagreining var síflog (*status epilepticus*) á grunni reglubundinna kippa í útlimum auk meðvitundarskerðingar. Hins vegar var laktat og sýrustig í blóði eðlilegt og síflog því ólíkleg skýring einkenna. Vísbendingar um truflun í heilastofni voru: misvíð sjáöldur, jákvætt iljateikn beggja vegna, útrétt staða á vinstri handlegg og kippir í útlimum sem geta sést við blóðþurrð í heilastofni.

Segulómun af heila staðfesti þann grun og misræmi á milli DWI og FLAIR myndraða (óeðlileg DWI, eðlileg FLAIR) benti sterklega til bráðrar blóðþurrðar á þessum svæðum heilans.[4] Eins benti þessi dreifing blóðþurrðar til lokunar á Percheron-æðinni. Bráð segulómun af heila var afar mikilvæg í greiningarferlinu og gott aðgengi að þeirri rannsókn var lykillinn að því að meðferð var gefin skjótt.

Þetta tilfelli undirstrikar mikilvægi þess að íhuga lokun á æð Percherons sem mismunagreiningu þegar ungt fólk kemur á bráðamóttöku vegna skyndilegrar meðvitundarskerðingar. Tilfellið undirstrikar enn fremur mikilvægi bráðrar segulómunar til að geta greint heilablóðþurrð og veitt segaleysandi meðferð innan þröngs tímaramma. Hefði þessi sjúklingur ekki fengið viðunandi meðferð er mjög líklegt að óafturkræfur skaði á heilastofni hefði skert lífsgæði til frambúðar eða jafnvel valdið dauða.

Greinin barst til blaðsins 22. desember 2020,
samþykkt til birtingar 9. mars 2021.

Heimildir

1. Kumral E, Evyapan D, Balkir K, et al. Bilateral thalamic infarction. Clinical, etiological and MRI correlates. Acta Neurol Scand 2001; 103: 35-42.
2. Pezzini A, Del Zotto E, Archetti S, et al. Thalamic infarcts in young adults: relationship between clinical-topographic features and pathogenesis. Eur Neurol 2002; 47: 30-6.
3. Lazzaro NA, Wright B, Castillo M, et al. Artery of percheron infarction: imaging patterns and clinical spectrum. AJNR Am J Neuroradiol 2010; 31: 1283-9.
4. Odland A, Saervoll P, Advani R, et al. Are the current MRI criteria using the DWI-FLAIR mismatch concept for selection of patients with wake-up stroke to thrombolysis excluding too many patients? Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2015; 23: 22.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.04.631

Sudden loss of consciousness due to artery of Percheron infarction

Brynhildur Thors[1]
Ólafur Sveinsson[1,2]

[1]Department of Neurology, University Hospital of Iceland, Reykjavik, Iceland, [2]Faculty of Medicine, University of Iceland

Correspondence: Ólafur Sveinsson, olafursv@landspitali.is

Key words: *stroke, Artery of Percheron, diffusion weighted imaging, thrombolysis*

Acute cerebral infarction due to occlusion of the artery of Percheron (AOP) is rare and poses a diagnostic challenge due to unspecific clinical symptoms. A prompt diagnosis and treatment is vital due to a potentially very serious outcome. Here we represent a healthy young woman who developed sudden headache and loss of consciousness. At admission she was unconscious with GCS of 4, pupils were unevenly dilated and poorly reactive and the plantar reflex was upward bilaterally. She had seizure like movements in all limbs. CT of brain and CT angiography were normal but acute MRI showed bilateral paramedian thalamic diffusion restriction. The patient was treated with i.v. thrombolysis (tPA) 70 minutes after hospital arrival and recovered fully.

Auglýsing

Lausn á fráflæðisvandanum að fæðast

90 einstaklingar á Landspítala bíða viðeigandi úrræða. Heilbrigðisráðherra fær áætlanir 9 hópa um tillögur að lausn fráflæðisvandans fyrir páska

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Níu vinnuhópar hafa unnið að áætlunum um hvernig mæta á tillögum átakshóps heilbrigðisráðherra um lausn á fráflæðisvanda Landspítala. Spítalinn fjölgaði hópunum um þrjá til að ná utan um verkefnið. Þetta segir Guðlaug Rakel Guðjónsdóttir, framkvæmdastjóri meðferðarsviðs Landspítala, við *Læknablaðið*. Ýmislegt hafi verið gert til að leysa vandann en ekki dugað til.

„Við fórum í annað. Það er ósköp einfaldlega þannig," segir Guðlaug Rakel og vísar til heimsfaraldursins. Hún segir stefnt að því að skila niðurstöðunum til heilbrigðisráðherra nú um páska.

Fráflæðisvandi spítalans komst í hámæli í fjölmiðlum í janúar í fyrra eftir viðtal við Má Kristjánsson, yfirlækni á smitsjúkdómadeild Landspítala, hér í *Læknablaðinu*. Heilbrigðisráðherra skipaði þá átakshópinn sem naut aðstoðar tveggja sænskra sérfræðinga. Þegar tillögurnar voru kynntar lagði ráðherra áherslu á nauðsyn þess að bregðast skjótt við.

Fráflæðisvandinn leystist um stund í upphafi faraldursins í fyrra við opnun hjúkrunarheimilisins að Sléttuvegi í febrúarlok. Þá komust 60 sjúklingar sem lokið höfðu meðferð á Landspítala í viðeigandi úrræði. Bráðamóttakan stíflaðist hins vegar aftur nú í byrjun mars, þrátt fyrir að hér á landi séu ekki ferðamenn, lítið álag á spítalann vegna COVID-19 og komum á bráðamóttökuna fækki. Landsmenn voru beðnir að snúa sér annað væri þess kostur.



Níu hópar hafa unnið að því innan Landspítala að vega og meta tillögur átakshóps um hvernig leysa eigi fráflæðisvanda spítalans. Skila á tillögum að lausn til heilbrigðisráðherra fyrir páska. Mynd/gag

Guðlaug Rakel segir að ekki hafi tekist að útskrifa sjúklinga af spítalanum í viðeigandi úrræði. „90 manns hafa lokið meðferð á Landspítala og bíða eftir að komast annað," segir hún. „Það er stóra málið í þessu öllu saman." Hún segir að starfsemin hafi nú verið greind, gerð spálíkön og horft á það sem hindri flæðið. En hefur ekkert verið gert síðan ástandið var sem verst?

„Jú. Við höfum tekið fleiri rúm í notkun. Allt frá árslokum 2019 höfum við fjölgað um 30 rúm."



Guðlaug Rakel Guðjónsdóttir, framkvæmdastjóri meðferðarsviðs Landspítala. Mynd/Þorkell Þorkelsson



Hrönn Pétursdóttir, verkefnastjóri hjá Læknafélaginu.

Læknar taka þátt í prófunum á Mínervu

Hópur lækna hefur þegar lýst áhuga á að meta nýjan gagnagrunn sem halda á utan um símenntun íslenskra lækna hér á landi.

Símenntunarhópur Læknafélagsins óskaði á heimasíðu félagsins eftir 100 læknum til verksins. Stefnt er að því að grunnurinn, sem kallast Mínerva, verði tilbúinn fyrir alla um áramót.

„Við hvetjum lækna til að taka þátt. Þannig hafa þeir áhrif á það hvernig grunnurinn kemur til með að verða og gagnast þeim," segir segir Hrönn Pétursdóttir sem stýrir verkefninu hjá Læknafélaginu. „Þeir sem hafa tilkynnt sig til leiks eru spenntir."

Þau sem vilja taka þátt eru beðin að senda póst á netfangið hronn@lis.is.



Kristófer Þorleifsson, Jóhannes Gunnarsson, Guðmundur Viggósson og Margrét Georgsdóttir á fyrsta fundi öldungadeildar Læknafélagsins eftir langa bið. Mynd/Védís

Öldungadeildin hittist í heimsfaraldri eftir árspásu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Fyrsti fundur öldungadeildarinnar í heilt ár var vel sóttur. Hópurinn stefnir til útlanda þegar færi gefst

„Mjög gaman. Mikil eftirvænting eftir því að hittast aftur," segir Kristófer Þorleifsson, formaður öldungadeildar Læknafélagsins, en hópurinn hittist í fyrsta sinn á fyrirlestri eftir langa mæðu í húsakynnum félagsins nú í mars.

„Síðasti fundur var í mars í fyrra. Eftir það var öllum fundum frestað," segir Kristófer. Fimmtíu máttu nú mæta. „Við vorum aðeins innan við það," segir hann en 36 mættu samkvæmt fundargerð. Eiríkur Jónsson, þvagfæraskurðlæknir og yfirlæknir á Landspítala, og Jón Torfason, sagnfræðingur, héldu erindi á fundinum og nefndu það: *„Saga af sulli" umfjöllun um sullaveiki hér á landi.*

„Allt var þetta vel framsett hjá þeim félögum, jafnvel svo að kitlaði hláturtaugar á köflum þrátt fyrir vanmátt til meðferðar sjúklinganna sem liðu ólýsanlegar kvalir og dauða," segir í fundargerðinni.

Kristófer segir að þótt fundastarfið hafi lagst niður nú í heimsfaraldrinum hafi öldungadeildin farið í ferð á Snæfellsnes í ágúst. „Öldungadeildin heldur þessa fundi og ferðast saman innanlands og utan," segir hann. „Við vorum búin að plana ferð til Sikileyjar á Ítalíu og stefndum á að heimsækja kollega okkar þar," segir hann kátur.



Nærri 6100 greinst með COVID-19 á árinu sem liðið er frá fyrsta smiti

Þrír voru lagðir inn á Landspítala vegna COVID-19 í febrúar og enginn á gjörgæslu. Sjö sjúklingar voru á spítalanum í febrúar vegna COVID-19, enginn í einangrun með virkt smit. Þetta kemur fram í starfsemisupplýsingum spítalans fyrir febrúarmánuð.

Alls lágu 48 á gjörgæslu Landspítala þetta fyrsta ár heimsfaraldursins. Tuttugu í þriðju bylgjunni frá 16. september til 28. febrúar 2021. Einn í annarri bylgju frá ágúst til 15. september og 27 í þeirri fyrstu í mars og apríl 2020. Alls létust 25 á spítalanum af völdum faraldursins fyrsta árið en 29 á landinu öllu, samkvæmt síðunni covid.is

Alls greindust 6089 á árinu frá fyrsta smiti. 45.954 luku sóttkví og 289.353 sýni voru tekin innanlands. 327 voru lagðir inn á sjúkrahús og 53 á gjörgæslu í heildina.

Auglýsing

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

„Efling heilsugæslu“ – gamall frasi eða raunverulegt markmið?



Jörundur Kristinsson
heimilislæknir
jorundur.kristinsson@heilsugaeslan.is

Heilsugæslan fæst sífellt við fleiri og flóknari verkefni. Því veldur meðal annars hröð framþróun í lækningum, yfirfærsla verkefna frá sjúkrahúsum til heilsugæslu, vaxandi fólksfjöldi, öldrun þjóðar, fjölgun hælisleitenda, rafræn samskipti (heilsuvera) og stækkun bæjarfélaga, svo eitthvað sé nefnt. Aðgengisvandi í heilsugæslu er vaxandi vandamál og hann þarf að leysa.

Upp úr 1990 kvað þáverandi heilbrigðisráðherra uppúr um að heilsugæslan skyldi vera fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu. Stór áfangi og alls ekki sjálfsagt mál á þeim tíma – margir voru á öðru máli. Íslenskir heimilislæknar, fyrstir íslenskra sérfræðilækna, settu sér staðal og marklýsingu fyrir sérnám. Þessi staðall varð grundvöllur að öflugu sérnámi í heimilislækningum. Viðmið var sett um hversu mörgum skjólstæðingum hver heimilislæknir skyldi sinna í fullu starfi. Markið var sett við 1500 skjólstæðinga að hámarki fyrir hvern lækni. Síðan hefur verkefnum í heilsugæslu fjölgað mjög og þessi tala örugglega verulega of há.

Stór verkefni eru færð yfir í sívaxandi mæli frá Landspítala og víðar að til heilsugæslu án þess að þeim fylgi fjármagn, mannafli eða húsrými. Læt nægja að nefna nokkur: blóðaftappanir, járngjafir í æð, uppvinnsla fyrir liðskiptaaðgerðir, grípum brotin – úrlestur beinþéttnimælinga, leghálsskimun, heilsuvernd aldraða, sykursýkismóttaka, samráðsfundir með BUGL, eftirlit með lágáhættu brjóstakrabbameinssjúklingum og svo framvegis. Fleiri verkefni munu í bígerð. Samráð um slíka yfirfærslu er í skötulíki og starfsemi sem þegar er þröngur stakkur sniðinn á bara að taka við þessu. Skráning skjólstæðinga á stöðvarnar er algerlega án samhengis við mönnun. Á heilsugæslustöðinni í Firði, þar sem ég starfa, eru skráðir á „steinsteypu“ um 4500 manns, það er án fasts heimilislæknis. Allir föstu læknarnir löngu fullskráðir. Samkvæmt ráðherraúrskurði skulu allir sem eftir leita fá skráningu á þá stöð sem þeir kjósa. Þetta ákvað heilbrigðisráðherra á sínum tíma með „einu pennastriki“. Fullt hús er ekki til! Nauðsynleg mönnun er aukaatriði. Skráning skal það verða! Ráðherrar sem á eftir hafa komið hafa engu um þetta breytt. Og hver sinnir þessum ágætu steinsteypuskjólstæðingum? Jú, fullskráðir læknar og þeirra ágæta samstarfsfólk, hjúkrunarfræðingar, ljósmæður, sálfræðingar, móttökuritarar, ritarar og svo framvegis. Þetta þýðir að það vantar 3-4 lækna bara á minn vinnustað og þá auðvitað fagmenntaða viðbótarstarfskrafta sem slíkt krefst.

Undir Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins heyra 15 heilsugæslustöðvar. Ef við gerum ráð fyrir að staðan sé svipuð á hinum 14 stöðvunum gerir það 3x15= 45 heimilislækna sem vantar. Þá hef ég ekki tekið inn í dæmið fjórar einkareknar heilsugæslustöðvar á höfuðborgarsvæðinu. Ekki er heldur neitt tillit tekið til þess að þeim fullskráðu læknum sem á stöðvunum starfa finnst gott að geta farið í sumarfrí og verkefnin eru ekki bara að lækna sjúka. Nei, þar er einnig sinnt kennslu heilbrigðisstarfsmanna: læknanema, hjúkrunar- og ljósmæðranema, sérnámslækna, svo eitthvað sé nefnt. Ekki næst að fjalla í þessum pistli um mönnun utan höfuðborgarsvæðis; hún er ekki síður erfið þar og þjónustuskortur verulegur.

Ekki er nóg að ráða fleiri til starfa á þeim stöðvum sem þegar eru til staðar; nei það þarf líka húsnæði. Við skipulag og byggingu nýrra hverfa er hugsað fyrir öllu – eða flestöllu. Allt til staðar: hús, blokkir, skólar, leikskólar, verslanir, rafmagn, vatnslagnir, hitaveita, frárennsli, götur, hringtorg, kirkja. Nema?? Hvar er heilsugæslan???? Ææ, hún gleymdist!! Gott dæmi er Vallahverfi í Hafnarfirði, nýjasta hverfi Hafnarfjarðar, mannmargt og vaxandi hverfi. Þar „gleymdist“ alveg að byggja heilsugæslustöð. Skilst reyndar að gert hafi verið ráð fyrir henni á einhverju stigi skipulags en þar sem hún átti að vera mun vera búið að byggja blokk. Táknrænt! Þarna „gleymist“ að byggja upp grunnþjónustu í heilbrigðiskerfinu sem fyrir 30 árum síðan var skilgreind sem fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu. Grunnþjónustu sem gæti: ef henni væri gert það kleift, tekið að sér með góðu móti fjölda verkefna frá sjúkrahúsum. En sama sagan endurtekur sig aftur og aftur; verkefnin stór og smá fara yfir til heilsugæslunnar en fjármagn og mannafli fylgir ekki. Þessu fylgir aukin hætta á mistökum og útbruna starfsfólks, svo ekki sé talað um óánægju þeirra sem þurfa þjónustu við en komast ekki að.

Er ekki tímabært að allir fái sinn heimilislækni? Telst það ekki til grunnréttinda hvers og eins? Sorglegt að enn sé talsvert í land árið 2021. „Efling heilsugæslunnar“ má ekki vera frasi, notaður til að slá um sig á tyllidögum. Megininntak eflingar heilsugæslunner felst í sinni skýrustu mynd í nægri mönnun með góðu aðgengi, starfrækt í hentugu húsnæði, rétt staðsettu og við yfirfærslu verkefna til heilsugæslu þarf að fylgja fjármagn og mannafli. Skilgreiningar að mönnun hafa löngu verið lagðar fram en þeim ekki fylgt. Þegar markinu er náð og heilsugæslan nær vopnum sínum, eflast sjúkrahúsin og geta einbeitt sér að og sinnt enn betur þeim verkefnum sem þarf að vinna innan sjúkrahúsveggja.

Fjárfesting í heilsu er besta fjárfesting sem hvert samfélag gerir en stórfjárfestirinn íslenska ríkið á talsvert í land með að átta sig á því.

Stjórn Læknafélags Íslands
Reynir Arngrímsson formaður

FAL
Berglind Bergmann
Indriði Einar Reynisson

FÍH
Salóme Ásta Arnardóttir
Jörundur Kristinsson

FSL
María I. Gunnbjörnsdóttir
Guðrún Dóra Bjarnadóttir

LR
Þórarinn Guðnason
Alma Gunnarsdóttir

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

COVID-19 smitast inn í rannsóknir hér á landi

Sunna Snædal, formaður Vísindasiðanefndar, segir sér koma á óvart hversu margt fólk stundi vísindi samhliða fullri vinnu. Ný kynslóð sætti sig síður við þá stöðu og því þurfi kerfisbreytingu eigi vísindastarf að dafna í íslensku samfélagi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Sjaldan hafa jafnmargar umsóknir um vísindarannsóknir borist Vísindasiðanefnd eins og í apríl í fyrra. Fjöldann má rekja til COVID-19. „Alls voru um 100 erindi tengd COVID á síðasta ári," segir Sunna Snædal, formaður Vísindasiðanefndar. Hún segir ekki allar rannsóknirnar hafa snúist um kófið en spurningum hafi verið bætt við til að ná utan um þann nýja veruleika.

„Nýjar rannsóknir vegna COVID-19 voru rétt um 30 og COVID-vinklum bætt við í um 70 tilvikanna," segir hún. „Eðli rannsóknanna hefur ekki mikið breyst. Áfram er áherslan á að safna lífsýnum, skoða erfðaþætti og sjá viðbrögð fólks við sýkingum." Þá séu tengsl COVID-sýkinga við aðra sjúkdóma skoðuð.

Stýrt nefndinni í tvö ár

Sunna hefur gegnt starfi formanns Vísindasiðanefndar í tvö ár af fjórum. Hún segir það hafa komið sér á óvart hve margir stundi rannsóknir meðfram fullu starfi.

„Ég vissi að hér væri stundað öflugt rannsóknarstarf, en það hefur komið mér á óvart hve margir hafa marga hatta. Hjúkrunar-, og lyfjafræðingar, læknar og sjúkraþjálfarar, fólk sem vinnur hér á Landspítala í fullu klínísku starfi, er svo líka að senda inn umsóknir til okkar ásamt því og að leiðbeina nemendum í BS-verkefnum og mastersverkefnum." Fólkið sé öflugt í vísindastarfi meðfram fullri vinnu.

Hún segir þó blikur á lofti. Ekki gangi að stóla á að íslenskt fagfólk stundi vísindi, oft kauplaust með fullu starfi, til lengdar. Þá sé ekki gott að fólk sem vilji stunda vísindastarf þurfi að velja á milli þess og klínikurinnar. Þurfi jafnvel að velja að vinna launalaust.

„Mín kynslóð er sú sem leyfir sér að segja upphátt: Lífið er ekki aðeins vinna. Kynslóðin sem nú er að koma úr námi spyr einfaldlega: Hvernig ætlið þið að skapa mér fjölskylduvæna vinnu. Það þarf því algjöra kerfisbreytingu eigi vísindastarf að dafna í íslensku samfélagi."

Vísindastarf varði þjónustuna sem veitt sé á sjúkrahúsum. „Vísindin speglast í störfum heilbrigðisstarfsfólks og skila sér í betri þjónustu við sjúklinga."

Áhrif kófsins komi síðar fram

Sunna segir ekki ljóst hvort áhugi á að stunda vísindastarf hafi aukist nú í kófinu. Það sjáist betur á næstu árum. „Rannsóknir krefjast mikils undirbúnings og því fullsnemmt að meta áhrifin," segir hún. Ljóst sé þó að kófið hafi almennt kveikt áhuga almennings á vísindunum.

„Ég tel að þar sé stærsta breytingin. Fólk talar um tíðnitölur eins og að drekka vatn en hafði ekki áður heyrt um nýgengi, algengi og aðra frasa rannsókna. Það þekkir spálíkön og annað sem það var ekki vant að heyra um. Ég tel að áhugi á þátttöku í vísindarannsóknum sé að aukast og að fólk þekki betur þýðingu þess að taka þátt í þeim," segir hún.

Fólk sé einnig meðvitaðra um það hvernig þekkingu sé verið að safna og sé gagnrýnna á hvaða gögnum sé safnað. „Hvað verður um gögnin mín? Eru þau nýtt á viðeigandi hátt?" Þróunin sé spennandi. En hefur skilningur stjórnvalda á mikilvægi rannsókna aukist í heimsfaraldrinum?

„Ég lít stjórnvöld sömu augum og almenning. Þekkingin verður til í umræðunni og litar stjórnmálafólk sem aðra, sem á endanum hefur valdið. Já, ég vona því að þekking þeirra sé að aukast en veit um leið að það fennir hratt yfir ef athyglin fer annað," segir hún og hlær.



Sunna Snædal segir þekkingu almennings á vísindastarfi hafa vaxið mjög innan íslensks samfélags. Mikilvægt sé að vísindin fái aukinn sess í störfum heilbrigðisstarfsfólks en sé ekki að mestu sinnt utan vinnuskyldu. Mynd/gag

Persónuvernd mikilvæg

Sunna segir flestar umsóknir til Vísindasiðanefndarinnar fara áfram til umsagnar hjá Persónuvernd. Ný persónuverndarlög sem sett voru árið 2018 hafi aukið álagið á stofnunina en ekki Vísindasiðanefndina.

„Samkvæmt lögum megum við veita leyfið eftir 10 daga en meginreglan er að við bíðum eftir niðurstöðu Persónuverndar “ Persónuvernd hafi eftirlitsskyldu og geti stöðvað rannsóknir telji hún þörf á því. „Það er því ráðlegt að bíða.“

Heilbrigðisráðherra skipaði Sunnu formann nefndarinnar og sinnir hún því ásamt fullu starfi sem nýrnalæknir á Landspítala. „Allir í nefndinni eru skipaðir frá hinum ýmsu ráðuneytum og embættum. Ég veit ekki hverjir bentu á mig en kannski hefur haft áhrif að ég hef látið til mín taka í félagsstörfum.“

Hún segir starf nefndarinnar víðfeðmara en hún hafi reiknað með. „Lærdómskúrfan var sannarlega brött fyrsta árið,“ segir hún og að hún hafi kosið að móta starfið eftir eigin höfði. Nefndin hafi sett upp málþing í janúar. Einnig komið að kennslu í háskólanum á heilbrigðissviði. Hún segir það hafa verið áhugavert skref fyrir sig að stíga út úr vísindastarfi og verða partur af stjórnvaldi.

„Ég er með doktorsgráðu og þekki það að hugsa vísindin og siðfræðihlutann. Nú er ég hins vegar komin í það hlutverk að vera eftirlitsaðili, hindrun á vegi spenntra vísindamanna sem vilja byrja rannsóknina sem allra fyrst.“ En hvað hefur Sunna lært af formannsstarfinu? Hún nefnir að hún sé nú í fyrsta sinn í stjórnunarhlutverki.

Jafnræðið mikilvægt

„Við erum 7 í nefndinni og atkvæði formanns vegur ekki þyngra en annarra. Við erum ekki alltaf sammála og þá er áskorun að leiða nefndina að niðurstöðu. Ég þurfti að hugsa frá byrjun hvernig stjórnandi ég vildi vera.“ Niðurstaðan sé að komast sameiginlega að viðunandi niðurstöðu. „Hingað til höfum við ekki þurft að greiða atkvæði um niðurstöðuna.“

Í nefndinni sitja lögfræðingar, líffærafræðingur, læknar, heimspekingur og lýðheilsufræðingur. „Ég ákvað snemma að skoðun eins skipti ekki meira máli en annars. Hugmyndin er að raddir allra heyrist. Þær fara ekki alltaf saman í fyrstu umræðu.“ Spennandi sé að fá fólk til að vinna saman.



Svíþjóð á sérstakan stað í hjarta Sunnu. Þar bjó hún sem barn þegar foreldrarnir menntuðu sig í lok áttunda og byrjun níunda áratugarins. Þar vann hún í 10 ár á Karólínska. Mynd/gag

„Læknisstarfið er ekki þannig að maður geti velt hlutunum fyrir sér út í hið óendanlega. Við verðum að taka ákvörðun og standa með henni. Þetta er því öðruvísi vinna," segir hún og lýsir því hvernig hún þurfi að standa með ákvörðunum sínum. Reynslumiklir einstaklingar hafa haft beint samband og viljað hafa áhrif á vinnulag hennar. „Ég hlusta en stend á mínu."

Á heimaslóðum í Svíþjóð

Sunna er dóttir Jóns Snædals öldrunarlæknis og Sigríðar Stefánsdóttur réttarfélagsfræðings og segir það hafa haft sín áhrif á starfsvalið.

„Ég reyndi að finna mér annað en læknisfræði eftir menntaskóla. Fannst ég hafa ákveðið brautina of snemma og skoðaði sálfræði en þegar ég mat fögin var læknisfræðin borðleggjandi."

Vinirnir hefðu þó ekki orðið hissa á að hún færi í pólitík, enda í forystusveit í stúdentapólitíkinni með Röskvu. „En hjarta mitt slær með læknisfræðinni." Hún hafi til að mynda verið í hópi þeirra lækna sem stofnuðu Félag sjúkrahúslækna.

Sunna fór inn í læknisfræðina í annarri tilraun í klásus. „Ég sótti um á Norðurlöndunum til vara en náði inn og hef ekki litið til baka." Hún hafi velt fyrir sér geðlækningum en áttað sig á að áhuginn lá frekar í lyflæknisfræðivanda sjúklinganna.

„Ég leitaði að fagi með breiðustu skírskotunina innan lyflækninga og endaði í nýrnalækningum. Þá næ ég tengingu við hjarta-, smit-, og innkirtlafræðin auk þess að vera í samstarfi við ýmsar skurðgreinar."

Svíþjóð á sérstakan stað í hjarta hennar. Þar bjó hún sem barn þegar foreldrarnir menntuðu sig í lok áttunda og byrjun níunda áratugarins. Þar vann hún í 10 ár á Karólínska en kom heim fyrir rétt tæpum áratug. Hún horfir til vísindastarfa þar ytra.

„Prófessorinn varði 95% tímans í rannsóknar- og kennslustörf. Hann hafði bæði tækifæri og peninga til að sinna því auk alþjóðlegs samstarfs. Hann var sífellt að búa til ný verkefni og feta nýjar brautir. Hann stundaði klíník einn eða hálfan dag aðra hverja viku til að halda sér við. En hér er umhverfið annað," segir hún. „Við ætlum okkur alltaf svona hluti hér líka en það hefur ekki gengið."

Sjálf hafi hún farið í launalaust leyfi til að klára doktorsnám sitt eftir heimkomuna. „Svo gerði ég mér vonir um að tími myndi gefast til vísindastarfa þegar ég hefði komið mér vel fyrir. Ég held að yfirmenn mínir hafi líka vonast til þess sama fyrir sig en flestir hér innanhúss myndu taka undir að svigrúmið sé ekki mikið. Margar sérgreinar eru ekki þannig mannaðar að hægt sé að setja einn sérfræðing hverju sinni í rannsóknarstarf. Það væri þó æskilegt á háskólasjúkrahúsi."

Hún stefni á að sinna meira vísindastarfi þegar tíma hennar sem formaður Vísindasiðanefndar lýkur. „En þangað til bíður það betri tíma."

Liðinn tími liðinn

En saknar hún Karólínska? „Já, ég átti þar frábæra samstarfsmenn og fyrirmyndir bæði í vísindum og klínísku starfi. En miklar breytingar hafa orðið þar og maður getur saknað þess sem var. Ég veit að Karólínska er ekki sami staðurinn og áður. Ég er hálfgerður Svíi í mér, eftir að hafa alist þar upp, en líður vel hér heima."

Sunna er þriggja barna móðir. Þau eldri tvö um og yfir tvítugt og sú yngsta 14 ára. „Nei, þau ætla ekki að verða læknar," segir hún og hlær. „Þau horfa til sálfræðináms og sviðslista. Ætli þeim hafi ekki fundist foreldrar sínir, bæði læknar, vinna of mikið."

Auglýsing

Með fimm lyf í farteskinu og stefnir til Akureyrar

Lyfið Kacityn er eitt þeirra 5 sem Hákon Hákonarson stefnir á að rannsaka frekar og framleiða á Akureyri. Systurdóttir konu hans nefndi lyfið en hún lamaðist eftir heilablæðingu fyrir 6 árum. Hákon telur að verði börn meðhöndluð með lyfinu frá 6-10 ára aldri geti það komið í veg fyrir að sjúkdómseinkennin sem þessi arftengda heilablæðing veldur komi fram síðar í lífinu. Hann stefnir á að framkvæma frekari rannsóknir á því

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Jú, jú. Það má kannski segja það," svarar Hákon Hákonarson, sérfræðingur í lungna- og genarannsóknum á CHOP, Children's Hospital of Philadelphia, spurður um hvort hann sé ekki stoltur af því að hafa fundið áratugagamalt lyf sem gagnast fjölskyldum með gen sem veldur heilablæðingu. Lyfið brýtur upp prótín sem annars safnast fyrir í æðum og heila.

Hákon benti á lyfið n-acetylcystein, oftast kallað NAC, þegar systurdóttir konu hans, Katrín Björk Guðjónsdóttir, lá lömuð í öndunarvél á Landspítala eftir heilablæðingu, aðeins rétt 21 árs. Katrín hafði notað lyfið í nokkra mánuði til að meðhöndla slímtappa í lungum þegar þeim varð ljóst að það ynni mögulega gegn frekari heilablæðingu. Hún hefur nú notað lyfið í 6 ár og segir hann hana sýna stöðugar framfarir en lyfið var upprunalega notað við slímseigjusjúkdómum. Ef börn gleypa mikið magn parasetamóls kemur lyfið í veg fyrir varanlegar skemmdir í lifur.

„Reynsla Katrínar hefur kennt okkur svo margt. Öll þessi vinna hefur þróast út frá henni. Hún nefndi nýja lyfið okkar og kallar það Kacityn," segir Hákon, sem situr við tölvuna á skrifstofu sinni í Fíladelfíu og ræðir við *Læknablaðið* í gegnum fjarfundabúnað. Lyfið nýja hafi verið þróað áfram.

„Við teljum að það komi til með að virka betur en eldri útgáfan af NAC," segir hann. Sjúklingar þurfi ekki að taka það þrisvar eins og það eldra heldur einu sinni. Þau skoði nú að gefa það í plástri.

Hákon segir að fyrsta vísindagreinin um áhrif lyfsins verði birt í tímaritinu *Nature communications* um þessar mundir. Þau stefni einnig á grein um klínísku rannsóknina fyrir lok apríl.

„Niðurstöðurnar sýna að hjá sjúklingum með arfgenga íslenska heilablæðingu sem orsakast af stökkbreytingu í Cystatin-C-geninu fléttast amyloid-þræðirnir í blóðinu saman og falla út í heila og æðar um allan líkamann. Við höfum metið þessar útfellingar og áhrifin af lyfinu með því að taka húðsýni og sjáum allt að 95% lækkun í litun á amyloid sem fellur út í húðina. Það er meiriháttar niðurstaða," segir Hákon.

Lyfið kemur bæði í veg fyrir að amyloid-fléttur myndist í blóði þessara sjúklinga og leysir upp fléttur sem hafa myndast. „Krakkar sem hafa þessa stökkbreytingu sýna engin einkenni fyrr en um tvítugt en fá þá kannski heilablæðingu. Ef tekst að meðhöndla þau frá 6-10 ára aldri má jafnvel koma í veg fyrir að þessi sjúkdómur þróist með þeim."

Uppbygging á Akureyri

Hákon stefnir nú að því að ráða hátt í 100 manns á Akureyri til fyrirtækis síns, Arctic Therapeutics, og bæði rannsaka og svo framleiða heilablóðfallslyfið í uppfærðri mynd, auk fjögurra annarra. Þessi barnalæknir í Bandaríkjunum stefnir að því að flytja á heimaslóðir þegar fram í sækir og halda um taumana innan fyrirtækisins.

„Það er mér mikilvægt að skapa þessi störf á Akureyri því hámenntað fólk sem útskrifast frá Háskólanum á Akureyri flytur annað til að sækja vinnu á þessu sviði ef þau eru ekki til staðar."

Hákon segir um 150 manns hér á landi í áhættu á að hafa genið sem valdi heilablæðingunni. „Heilablæðingin hefur verið dauðadómur fyrir þá sem hafa þessa stökkbreytingu. Hún er í ákveðnum ættum og er algengari í ákveðnum landshlutum. Þótt auðvelt sé að greina þetta



Hákon Hákonarson, sérfræðingur í lungna- og genarannsóknum á barnasjúkrahúsi í Filadelfíu, ætlar í umfangsmikla lyfjaframleiðslu á Akureyri. Hann hefur starfað í Bandaríkjunum í um aldarfjórðung samtals. Mynd/aðsend

vill fólk ekki gera það því það hefur engin meðferð verið til," segir Hákon sem horfir nú fram á breyttan veruleika.

„En við höfum ekki fengið leyfi hjá Vísindasiðanefnd til að leita til þessa fólks því að sum hafa ekki hugmynd um að þau tengist ættum sem bera genið." Hann voni að með umfjölluninni leiti það til hans.

„Við viljum fá alla sem eru í áhættu til að koma í próf. Séu þeir með genið og í áhættu myndum við vilja meðhöndla þá með þessu lyfi og minnka líkurnar á heilablæðingum og dauðsföllum." Hann segir suma þessara einstaklinga ekki fá heilablæðingar heldur einkenni minnisstuldar sem geti byrjað upp úr þrítugu. „Amyloidið er að falla út svipað og hjá Alzheimers-sjúkum. En það gerist hraðar vegna stökkbreytingarinnar."

Hákon segir skylda sjúkdóma að finna í fjölskyldum í Finnlandi, Hollandi, Kanada, Kólumbíu, Brasilíu og á Spáni. „Sá fjölskyldutengdi sjúkdómur er alltaf á grundvelli prótínúrfellinga. Þetta lyf getur komið í veg fyrir það og við ætlum því að fara inn í þessi lönd í næsta fasa til að gera klínískar rannsóknir."

Vinna með Háskólanum á Akureyri

Hákon segir rannsókninni nú stýrt frá Akureyri. Hann er í samstarfi við Háskólann á Akureyri og leigir þar húsakynni. Hann vinnur náið með Rannveigu Björnsdóttur sem stýrir rannsóknarsviði skólans. Nágrannar hans í Bandaríkjunum hafa stutt við rannsóknirnar með fjármagni.

„Við erum í fjármögnunarfasa. Allt tekur lengri tíma en maður væntir en ég vona að við getum farið að ráða inn og fjölga starfsfólki núna í vor, apríl eða maí." Hann stefnir einnig á að þróa og framleiða fjögur önnur lyf auk Kacityn og leitar að fjölskyldum með ákveðna genasamsetningu sem eru tilbúnar að taka þátt í lyfjaprófunum.

„Eitt af lyfjunum er við astma sem ákveðnar kvefveirur, rhinoveira af týpu C, valda." Veiran bindist við ákveðið gen sem þau hafi fundið og greint frá í vísindagrein sem birtist í tímaritinu *Nature Genetics* fyrir nokkrum árum.

„Það sýnir að sjúklingar sem hafa þurft á endurtekinni spítalainnlögn að halda hafa erfðabreytileika í þessu geni sem auðveldar veirunni að koma astmakasti af stað." Veiran sé algengasta orsökin fyrir að fólk fái kvef og ekki loku fyrir það skotið að lyfið komi einnig til með að virka á kvef almennt. „Sem er spennandi."

Þá séu þau að skoða framleiðslu á kremi sem virki á unglingabólur. „Bólur hverfa á örfáum dögum við meðferð," segir Hákon. Það virki einnig á exem og sóríasis en sé þó ekki sterakrem. Hákon laumar því að að kremið virki einnig á hrukkur og rósroða. Ernir Snorrason heitinn, geðlæknir, hafi fyrstur áttað sig á að lyfið Aricept, sem notað sé á sjúklinga við Alzheimer-sjúkdómnum, virki einnig á húðsjúkdóma. „Ég hafði unnið að þessu verkefni með honum lengi," segir Hákon.

„Kremið fer í klíníska rannsókn á þessu ári." Rannsóknin taki ár og verði gerð hér á landi áður en hún verði endurtekin í Bandaríkjunum. Fjögur af lyfjunum 5 séu tilbúin í rannsóknarfasa 2.

25 ár í Bandaríkjunum

Hákon hefur verið í rétt um 15 ár á barnaháskólaspítala Fíladelfíu. Áður hafði hann varið 10 árum í Bandaríkjunum og 7 af þeim á barnaspítalanum hér í 'Philly'. „Ég hef því varið aldarfjórðungi af starfsaldri mínum hér úti," segir hann. Árin á milli, í tæp 8 ár, vann hann hjá Íslenskri erfðagreiningu. Spurður hvort það hafi ekki endað af krafti, svarar hann. „Jú, það

gustaði aðeins um," og hlær og við skautum framhjá fréttum um málaferli og átök.

Hann lýsir því hvernig hann hafi verið með fyrstu 30 eða svo starfsmönnum Íslenskrar erfðagreiningar sem fjölgað hafi upp í nær 800 manns á stuttum tíma. „Það var svakaleg reynsla að taka þátt í allri þeirri uppbyggingu sem átti sér stað," segir hann.

Þau kona hans, María Björk Ívarsdóttir, sem er grafískur hönnuður, eiga þrjú börn. „Börnin ákváðu öll að flytja heim til Íslands og eiga þar öll fjölskyldur. Það eru komin 5 barnabörn á þremur árum og mér skilst að nokkur önnur séu á leiðinni. Það fer því að kalla á það að maður þurfi að sinna öðrum hlutum og fyrirtækinu á Akureyri," segir þessi Akureyringur í Bandaríkjunum.

En hefur hann þá tíma til að vinna sem læknir í Fíladelfíu meðfram lyfjaþróuninni. „Já, já," svarar hann og að hann sjái um alla legu- og göngudeild lungnasjúkdóma næstu vikuna.

COVID-19 í Fíladelfíu

Hákon hefur sett saman gagnabanka með sýnum úr 130.000 börnum. „Um 1000 af þeim hafa núna sýkst af COVID-19," segir hann. En í heildina hafi í kringum 7000 börn með veiruna sótt þjónustu á Barnaspítalanum í Fíladelfíu og flest þeirra hafi spjarað sig mjög vel.

„Ákveðnir undirhópar fá alvarlegan æðabólgusjúkdóm sem líkist svokölluðum Kawasaki-sjúkdómi. Þessir krakkar geta orðið mjög veikir. En þetta eru yfirleitt krakkar sem hafa undirliggjandi erfðavísi sem gerir þá næma fyrir því að sýkjast með þessum hætti – og ekki einungis tengt COVID-veirunni. En þetta er mjög sjaldgæfur kvilli. Af 7000 sýktum börnum hér eru 12 sem hafa fengið Kawasaki-líkan sjúkdóm."

Hákon segir hafa gengið vel og íslenskar rannsóknir nýst erlendis. „Ein fyrstu gögnin komu frá Decode og sýna að börn eru ekki eins næm fyrir að smitast," segir hann. „Sennilega er það vegna þess að börn hafa fengið margar kórónuveirusýkingar af öðrum tegundum." Kórónuveirur valdi kvefi og magakveisum og börnin því með meiri mótstöðu gegn því að smitast.

„Það er yfirleitt alltaf svo að börnin sýkjast af foreldrum sínum eða af öðrum fullorðnum en ekki öfugt."

GÖTEBORGS UNIVERSITET

49 000 studenter och 6 400 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.

UNIVERSITETS-LEKTOR

i invärtesmedicin, allergologi eller akutsjukvård, förenad med befattning som specialistläkare/överläkare

Ref nr: **PAR 2021/195**

Sista ansökningsdag: **2021-04-27**

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

Ertu með hugmynd að dagskrá fyrir Læknadaga 17.- 21. janúar 2022?

Þeir sem vilja leggja til efni í dagskrá Læknadaga eru beðnir að fylla út umsóknarblað á innraneti Læknafélagsins og senda til Margrétar Aðalsteinsdóttur – margret@lis.is fyrir 15. maí næstkomandi.

omnipod DASH®

UPPLIFÐU FRELSI MEÐ OMNIPOD

Nú er loksins hægt að fá þráðlausa insúlíndælu á Íslandi

- **Þráðlaus**
- **Hentar í útivist og hreyfingu**
- **Þriggja daga insúlínforði**
- **Vatnsheld**





Nánari upplýsingar í síma 580 3900, sykursyki@fastus.is
Opið mán - fim 8:30 – 17:00, fös 8:30 – 16:15
Síðumúli 16 I 108 Reykjavík I Sími 580 3900 I fastus.is

FASTUS
Veit á vandaða lausn

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

Meðhöndlar börn á mörkum lífs og dauða

Kristbjörg Sveinsdóttir, yfirlæknir þriðju stærstu nýburadeildarinnar í Svíþjóð, segir lækna sína stöðugt fást við siðferðisspurningar. Yngstu börnin á deildinni fæðist á 22. viku meðgöngunnar

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Fyrirburarnir verða minni og minni. Við vinnum oft á mörkum lífs og dauða," segir Kristbjörg Sveinsdóttir, yfirlæknir á háskólasjúkrahúsinu á Skáni í Svíþjóð. Siðferðislegar spurningar tengdar starfinu séu tíðar.

„Við þurfum stöðugt að spyrja okkur hvað sé barninu fyrir bestu. Hjá okkur deyja milli 20-30 börn á ári og mörg einfaldlega af þeirri ástæðu að við hættum meðferð. Þannig er það í nýburalækningum. Börnin eiga ekki öll von um innihaldsríkt líf."

Kristbjörg segir þekkinguna þróast stöðugt og meðferðarreglurnar því oft endurskoðaðar. „En grunnreglan er þó sú að við gerum það sem er barninu fyrir bestu," segir hún. „Hér í Svíþjóð erum það við læknarnir sem tökum ákvörðun. Það er ekki sett á herðar foreldranna. Við eigum síðasta orðið."

Með foreldrana sér við hlið

Kristbjörg segir ákvarðanirnar nánast í öllum tilfellum teknar í samvinnu við foreldrana. „Við erum með fjölskyldumiðaða meðferð þar sem foreldrarnir taka virkan þátt í umönnun barna sinna frá fyrsta degi." Markmiðið sé að þeir þekki barnið sitt best.

„Svo erum við með siðaráð þar sem fagfólk, læknar og siðfræðingar, sitja, og við ræðum hvernig við höldum áfram." Hún taki aldrei ákvörðun ein. „Við læknarnir erum dugleg að taka fund, setjast niður og fara í gegnum hvað hægt sé að gera."

Hún lýsir því að börn fæðist á deildinni frá 22. viku meðgöngu. Þau minnstu, nokkur á ári, séu um 500 grömm. „Svo erum við líka með fullbura sem fæðast með galla eða sýkingar af einhverju tagi."

Hvernig inngrip þarf í svo litla kroppa? „Við gerum ekki skurðaðgerðir á deildinni, en setjum línur og leggi til að geta gefið lyf og tekið prufur. Við gerum einnig vissar ómskoðanir en skurðaðgerðirnar gera barnaskurðlæknar." Hún segir þær oft nauðsynlegar. „Þetta eru svo óþroskuð börn og því getur margt gerst."

Úti í á annan áratug

Kristbjörg hefur verið í Svíþjóð frá árinu 2006 og fetaði þar í fótspor systur sinnar, Helenu Sveinsdóttur, lýtalæknis. Snjólaug Sveinsdóttir, nýburalæknir á Landspítala, og vinkona hennar sögðu henni frá lausum stöðum þegar hún var í Malmö og hvöttu hana til að koma.

„Þá var orðið tímabært að skipta um bíl og íbúð, svo það var ekkert annað að gera en skipta um umhverfi líka og drífa sig," segir hún og lýsir því hvernig tækifærið hafi gefist til að leiða nýburadeildina á háskólasjúkrahúsinu á Skáni þegar sjúkrahúsin í Lundi og Malmö voru sameinuð í eitt árið 2013. Fyrst var hún yfir deildinni í Malmö en tók svo einnig við Lundi árið 2016. „Við erum með vökudeildir á báðum stöðum."

Sameiningin hafi verið krefjandi svo finna hafi þurft nýjan yfirmann. Kristbjörg var hvött til að sækja um enda þekkti hún báðar deildirnar vel og hreppti starfið. „Þetta hefur gengið vel," segir hún en hún var hálfnuð með doktorsverkefni sitt þegar staðan bauðst. „Ég viðurkenni að maður getur verið fastur í þeirri skoðun að yfirlæknir eigi að vera eldri, en auðvitað er það ekki þannig," segir hún. „Svo ég skellti mér á þetta."

Er engin fyrirstaða að vera íslensk þegar kemur að stöðuveitingum í Svíþjóð? „Nei," svarar hún ákveðið og við ræðum deildina hennar sem hún segir á sama sviði og barnaskurðlækna og hjartalækna.

Íslensk börn komi til Lundar

„Hjartaaðgerðir á börnum eru aðeins gerðar á tveimur stöðum hér í Svíþjóð. Sjúkrahúsið í Lundi er annar staðurinn, svo við erum með þónokkur börn með meðfædda hjartagalla." Hún segir íslensk börn sem fæðast með hjartagalla koma til Lundar. Einnig börn með tiltekna fæðingargalla. „Þótt öll börnin séu lítil og nýfædd er vandinn fjölbreyttur, sem gerir fagið heillandi."



Kristbjörg Sveinsdóttir, yfirlæknir á háskólasjúkrahúsinu á Skáni, segir minnstu börnin sem fæðist á þessari þriðju stærstu nýburadeild Svíþjóðar aðeins vega um hálft kíló. Mynd/Therese Olsson

Eiga þessir litlu hnoðrar von um að vaxa og dafna á heilbrigðan máta? „Já, mörg þeirra," segir Kristbjörg. „Meirihluti minnstu fyrirburanna, þeir sem eru fæddir fyrir viku 28, eiga gott og nokkuð fríska líf fyrir höndum." Horfurnar séu betri fyrir hverja viku sem barn dvelji í móðurkviði. „Þau sem fæðast í 22. og 23. viku hafa minnstu líkurnar. Samt lifa yfir 60% þeirra af og meirihlutinn verður fríska."

En vaxa börnin á spítalanum eins og þau væru í móðurkviði? „Þetta er hugsað þannig. Við höfum næringarprógrömm sem miða að vextinum. Maður reiknar prótín og kaloríur svo þau vaxi eins og þau hefðu gert í móðurkviði." Hún sjái betur og betur hvað næringin geri fyrir öll líffærakerfin.

„Ekki aðeins fyrir vöxtinn heldur fyrir heilann, augun, lungun og allt annað," segir hún. Prótín, sykur og fita. „Þetta er ekkert grænfæði," segir hún og hlær.

Alls eru 10 gjörgæslupláss fyrir nýbura á deildinni, 20 hágæslupláss og að jafnaði um 25 börn í heimaþjónustu. „Svo höfum við flutningsteymi sem sækir veikustu börnin sem fæðast í Suður-Svíþjóð og þurfa gjörgæslumeðferð." Hvert barn staldri mislengi við.

„Það er alltaf nóg að gera og yfirleitt alltaf fullt hjá okkur," segir hún. „Minnstu fyrirburarnir, þeir sem fæðast í 22. viku, eru hjá okkur í allt að hálft ár. Þau eru þó ekki á gjörgæsludeild allan tímann heldur færast á hágæslu- eða almenna nýburadeild." Alls starfa um 250 manns á deildunum tveimur undir hennar stjórn, þar af 25 læknar.

„Þetta er líka kennsludeild fyrir til dæmis verðandi barnalækna, fæðingarlækna og gjörgæslulækna og hjúkrunarnema af ýmsu tagi. Það er því alltaf nóg að gera."

Ætlaði ekki í læknisfræði

Kristbjörg ætlaði ekki að fara í læknisfræði þegar hún var barn en yngsta móðursystir hennar, Alma D. Möller landlæknir, bjó heima hjá henni þegar hún var í sínu námi. „Hún gerði ekkert annað en að lesa allan daginn svo ég husgaði: Guð minn góður. Þetta myndi ég aldrei gera."

Systir Kristbjargar, Helena lýtalæknir í Svíþjóð, fetaði síðan í fótspor móðursystur sinnar stuttu síðar.

„Hún sat og las og las. Ég hugsaði þá aftur að þetta myndi ég aldrei gera. Svo voru þær báðar farnar að vinna sem læknar og ég heyrði hina hliðina. Ég reyndi að finna mér annað en drást alltaf aftur að þessu fagi."

Hún lýsir því hvernig hún hafi verið á báðum áttum þegar hún svo stökk af stað í námið. „Ég var ekki alveg ákveðin og varð ekki ein af þeim sem komust í gegn. Ég fór því til Danmerkur að steikja hamborgara á Burger King. Eftir það kom ég til baka og reyndi aftur. Ég fann að þetta



Kristbjörg kláraði doktorsritgerð sína meðfram starfinu sem yfirlæknir á nýburadeildinni. Það hafi ekki verið neitt sérstakt kombó. Mynd/Therese Olsson

var það sem ég vildi. Þótt það hafi verið mjög gaman að vinna tvítug á Burger King, var það ekki framtíðarstarfið.“

Börnin drógu athyglina að sér

Kristbjörg nefnir hvernig hún hafi fyrst ætlað að fara í svæfingar og gjörgæslulækningar eins og móðursystir hennar, en barnakúrs í náminu hafi fangað athygli hennar. „Eftir þann kúrs var hægt að taka að sér stöðu sem afleysingalæknir um jól. Ég prófaði það og fannst gaman.“

Valið hafi því staðið á milli barnalækninga og svæfingalækninga. „Svo fyrsta daginn á vökudeildinni, sem sameinar bæði barna- og svæfingalækningar, þá small þetta. Ég fann strax að það var þetta sem ég ætlaði að gera.“ Hún segir starfið bæði skemmtilegt og krefjandi.

„Deildin okkar er þriðja stærsta vökudeildin í Svíþjóð. Hér eru veikustu börnin. Þetta er því bæði gefandi starf og krefjandi.“ Hún segir þónokkra íslenska lækna starfa við nýburadeildir í Svíþjóð. Nýburalæknar séu einnig á vökudeild Landspítala en fyrst þurfi að sérhæfa sig í barnalækningum.

En langar hana heim? „Það var alltaf á upprunalega planinu en hér er ég enn,“ segir hún. „Það flækir aðeins málið að ég er í sambúð hér í Malmö með dönskum manni og því er ég ekki með nein plön um að flytja heim eins og er. Það gerist ef það gerist.“

Heimferðirnar settar á ís

Hún lýsir því hvernig hún hafi fyrir kófið oft komið heim til Íslands enda aðeins hálftíma ferð frá Malmö á Kastrup-flugvöll. „Við mætum í allar veislur. En heimsfaraldurinn hefur hamlað því,“ segir hún.

Kristbjörg hefur skrifað sínar vísindagreinar en gefst einhver tími til þess nú í þessu starfi? „Ég kláraði doktorsritgerðina 2018 meðfram starfinu. Það var ekkert svo gott kombó en þegar ég hafði lokið við doktorsritgerðina hafði ég ákveðið að einblína á deildina og hef gert það síðustu tvö árin. Ég tel þó mikilvægt að blanda þessum störfum saman, þótt ég geri mér grein fyrir að erfitt getur verið að halda of mörgum boltum á lofti.“

En hvernig sér hún fræðin þróast? Verður enn yngri börnum bjargað? „Ég veit það ekki. Það er ekki víst að það sé heillaskref. Heldur myndi ég vilja sjá þróunina hraðari til að auka lífsgæði þeirra barna sem við sinnum í dag. Börn sem fæðast í viku 22 eru mjög óþroskuð og ég sé ekki fyrir mér að hægt sé að bjarga minni börnum en það. En lærifeður mínir sögðu örugglega eitthvað svipað fyrir 20-30 árum,“ segir hún.

En sér hún fyrir sér að konur þurfi kannski ekki að ganga með börn í framtíðinni, heldur setji fóstrin í kassa og fái afhent eftir 9 mánuði? Kristbjörg segir að slíkar tilraunir hafi verið gerðar á kindum.

„En við erum ekki þar. Okkur finnst nóg með það sem við höfum og þótt lífslíkurnar batni með hverju árinu og horfurnar batni er langt í land að við sjáum kassaræktuð börn.“

Kórónuveiran hlífir ungabörnum

„Kórónuveiran hlífir sem betur fer ungabörnum,“ segir Kristbjörg Sveinsdóttir, yfirlæknir nýburadeildar háskólasjúkrahússins á Skáni í Svíþjóð. „Við höfum ekki haft veik ungabörn og það ekki þótt mæðurnar hafi verið smitaðar.“

Hún bendir á að það sé ólíkt mörgum öðrum veirum. „RS-vírusinn leggst mjög illa á ungabörn þannig að aðrir vírusar eru verri fyrir þau en kórónuveiran.“ Hins vegar hafi deildin sloppið vel.

„En starfsfólk dettur út vegna veirunnar. Það þarf í sóttkví og því hefur oft verið krefjandi að manna deildina. Kórónuveiran hefur verið skæð hér á Skáni og því hefur hálft sjúkrahúsið, eins og um jólin, verið lagt undir COVID-sjúklinga. Við höfum því þurft að senda bæði hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða til starfa á COVID-deildirnar og þurfum að leysa okkar vanda öðruvísi,“ segir hún.

„Það hafa allir þurft að leggja hönd á plóg, hvort sem maður er með COVID-sjúklinga eða ekki, en sérgreinin okkar sleppur kannski best í þetta sinn.“

Ritrýnar Læknablaðsins 2018-2020

Án ritrýna væri ekkert fræðiefni í blaðinu, þess vegna á *Læknablaðið* allt undir læknum sem gefa sér tíma til að fara yfir greinar kolleganna og meta þær samkvæmt leiðbeiningum blaðsins sem byggja á alþjóðlega viðurkenndum reglum um ritrýnt efni.

Ritrýnar eru ónafngreindir og ólaunaðir. Þeirra eini ávinningur er að hafa stuðlað að betri framsetningu efnis í þeirra fagi, skilmerkilegri röksemdafærslu og meiri nákvæmni í efnistökum.

Yfirleitt eru tveir til þrír ritrýnar um hverja fræðilega grein blaðsins og eftirfarandi er listi yfir þá á árunum 2018-2020. Nokkrir þeirra hafa ritrýnt fleiri en eina greina fyrir blaðið á þessum þremur árum.

Blaðið færir ritrýnum kærar þakkir fyrir þeirra hlut í að slípa og fága íslenska læknisfræði.

- VS

Aðalsteinn Guðmundsson
Agnar Bjarnason
Agnes Smáradóttir
Alexander Smárason
Andrés Magnússon
Anna Björnsdóttir
Ari Jóhannesson
Arnar Geirsson
Arnar Þór Rafnsson
Axel F. Sigurðsson
Árni Geir Jónsson
Ástríður Stefánsdóttir
Berglind Libungan
Bertrand Lauth
Birgir Jóhannsson
Bjarni A. Agnarsson
Bjarni Torfason
Björn Gunnarsson
Björn Rúnar Lúðvíksson
Björn Logi Þórarinsson
Brynja Ragnarsdóttir
Brynjar Emilsson
Davíð Þór Bragason
Dóra Lúðvíksdóttir
Edda Vésteinsdóttir
Einar Stefán Björnsson
Einar Hjaltested
Elín Jacobsen
Engilbert Sigurðsson
Erla Björnsdóttir
Erna Sif Arnardóttir
Friðbert Jónasson
Friðbjörn Sigurðsson
Gísli H. Sigurðsson
Guðjón Kristjánsson
Guðmundur Þorgeirsson
Guðni A. Guðnason
Guðrún Dóra Bjarnadóttir
Gunnar B. Gunnarsson
Gunnar Þór Gunnarsson
Gunnar Mýrdal
Gunnar Bjarni Ragnarsson
Gunnar Sigurðsson
Gylfi Örn Þormar
Hafrún Kristjánsdóttir
Halla Viðarsdóttir
Halldór Jónsson
Halldór Kolbeinsson
Halldóra Jónsdóttir
Hannes Hrafnkelsson
Hannes Sigurjónsson
Hans Tómas Björnsson
Haraldur Briem
Haraldur Hauksson
Helga Eyjólfsdóttir
Helga Medek
Helgi Birgisson
Helgi Sigurðsson
Hildur Harðardóttir
Hjalti Már Björnsson
Hjalti Már Þórisson
Hörður Björnsson
Hróðmar Helgason
Hrólfur Brynjarsson
Hulda Einarsdóttir
Hulda Hjartardóttir
Inga Jóna Ingimarsdóttir
Inga Sif Ólafsdóttir
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Ívar Gunnarsson
Jóhann Ágúst Sigurðsson
Jóhann Ragnar Guðmundsson
Jón Atli Árnason
Jón Eyjólfur Jónsson
Jón Jóhannes Jónsson
Jón Steinar Jónsson
Jón Sen
Jón Friðrik Sigurðsson
Jórunn Atladóttir
Kári Hreinsson
Karl Andersen
Karl Kristjánsson
Karl Logason
Katrín Kristjánsdóttir
Kjartan Örvar
Kristinn Tómasson
Kristján G. Guðmundsson
Kristján Kárason
Kristján Orri Helgason
Lena Rós Ásmundsdóttir
Lýður Ólafsson
Magnús Jóhannsson
Magnús Konráðsson
Magnús Ólason
María I. Gunnbjörnsdóttir
Martin Ingi Sigurðsson
Már Kristjánsson
Michael Clausen
Oddur Ingimarsson
Ólafur Baldursson
Ólafur Guðlaugsson
Ólafur Skúli Indriðason
Ólafur Samúelsson
Ólafur Árni Sveinsson
Ólafur Thorarensen
Ólöf Sara Árnadóttir
Ólöf Guðný Geirsdóttir
Ólöf Birna Ólafsdóttir
Óttar Már Bergmann
Páll Ingvarsson
Pétur S. Gunnarsson
Rafn Benediktsson
Ragnar Bjarnason
Ragnar Danielsen
Ragnar Freyr Ingvarsson
Ragnar Pétur Ólafsson
Ragnheiður Árnadóttir
Ragnheiður Inga Bjarnadóttir
Ragnheiður Bragadóttir
Reynir Tómas Geirsson
Sif Hansdóttir
Sigríður Zoëga
Sigrún Reykdal
Sigurður Benediktsson
Sigurður Blöndal
Sigurður Einarsson
Sigurður Guðjónsson
Sigurður Guðmundsson
Sigurður Páll Pálsson
Sigurveig Sigurðardóttir
Snjólaug Sveinsdóttir
Snorri Donaldsson
Sóley Guðrún Þráinsdóttir
Sólveig Hlín Kristjánsdóttir
Stefán Haraldsson
Steingerður Gunnarsdóttir
Steinn Jónsson
Svanheiður Lóa Rafnsdóttir
Sveinbjörn Gizurarson
Sveinn Geir Einarsson
Sveinn Kjartansson
Tómas Guðbjartsson
Tómas Þór Ágústsson
Torfi Magnússon
Tryggvi Helgason
Tryggvi B. Stefánsson
Unnur Steina Björnsdóttir
Valtýr Thors
Viðar Magnússon
Yngvi Björnsson
Þóra Steffensen
Þóra Steingrímsdóttir
Þórarinn Sveinsson
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir
Þórður Harðarson
Þorgeir Gestsson
Þorsteinn Gunnarsson

Félags íslenskra heimilislækna

Vísinda- og þróunarstyrkir
Vorúthlutun 2021

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna úthlutar styrkjum til vísinda- og þróunarverkefna á sviði heilsugæslu og heimilislækninga tvisvar á ári. Sjóðurinn veitir einnig sérstaka starfsstyrki.

Umsóknir um vorúthlutun 2021 þurfa að berast sjóðnum fyrir 20. apríl næstkomandi.

Umsóknum skal skilað rafrænt til Margrétar Aðalsteinsdóttur (margret@lis.is), ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum eða framgangsskýrslu ef um endurumsókn sama verkefnis er að ræða. Umsóknareyðublað og nánari upplýsingar er á innra neti Læknafélagsins, lis.is, á heimasvæði FÍH.

Starfsstyrkir geta verið allt frá 1 til 12 mánaða. Upphæð styrks miðast við fasta upphæð sem svarar til dagvinnulauna styrkþega og er þá tekið mið af menntun og starfsaldri, þó aldrei hærri en sem svarar dagvinnulaunum yfirlæknis í heilsugæslu. Sjóðurinn veitir að jafnaði starfsstyrki til verkefna sem krefjast minnst tveggja mánaða vinnu eða meir.

Sé um vísindaverkefni að ræða er lögð áhersla á tengsl rannsakenda við heimilislæknisfræði Háskóla Íslands eða aðra akademíska háskólastofnun í heimilislækningum.

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

Stjórn Vísindasjóðs FÍH



Helgi Birgisson
læknir



Hólmfríður Hilmarsdóttir
lífeindafræðingur



Runólfur Pálsson
læknir



Laufey Tryggvadóttir
faraldsfræðingur

COVID-19 og nýgengi krabbameina á Íslandi árið 2020

Árlega greinast um 1700 krabbameinstilfelli á Íslandi. Þann 28. febrúar 2020 var fyrsta tilfellið af COVID-19 staðfest á Íslandi og hættustig almannavarna virkjað. Þann 11. mars 2020 skilgreindi Alþjóðaheilbrigðisstofnunin COVID-19 sem heimsfaraldur. Þetta óvenjulega ástand hefur haft margvíslegar afleiðingar, þeirra á meðal eru áhrif samkomu- og ferðatakmarkana á nýgreiningar krabbameina. Ýmsar þjóðir hafa greint frá fækkun krabbameinsgreininga á árinu 2020.[1-4] Mikilvægt er að við fylgjumst einnig með áhrifum faraldursins og aðgerðum gegn honum á íslenskt samfélag og drögum lærdóm af því fyrir framtíðina.

Skráning krabbameina

Krabbameinsskrá Íslands var notuð til að kanna mælanleg áhrif kórónuveirufaraldursins á nýgreiningar krabbameina á Íslandi. Það var gert með því að bera nýgengi ársins 2020 saman við meðaltal nýgengis þriggja ára þar á undan (2017-2019).

Skráning krabbameina byggist aðallega á niðurstöðum vefjarannsókna og er skráningin gerð samkvæmt kóðunarkerfi Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar. Vefjarannsóknasvörin berast mánaðarlega til skrárinnar og eru borin saman við fyrri upplýsingar. Þegar öll vafaatriði hafa verið yfirfarin er nýskráningum bætt inn í hina eiginlegu krabbameinsskrá. Vistunarskrá heilbrigðisstofnana og dánarmeinaskrá eru einnig notaðar til að skrá þau fáu mein sem ekki eru greind á grundvelli vefjarannsóknar. Þessi greining tekur um 8 mánuði og þá fyrst er nýgengi ársins tilbúið til birtingar. Því er í þessari samantekt sleppt þeirri viðbót sem kemur frá Vistunar- og dánarmeinaskrá (2% skráðra meina), bæði fyrir árið 2020 og fyrir tímabilið 2017-2019. Þannig er um nánast sambærilegar upplýsingar að ræða fyrir árið 2020 og samanburðartímabilið.

COVID-19 og nýgengi krabbameina

Í töflu I eru talin upp atriði varðandi COVID-19 á Íslandi og aðgerðir stjórnvalda til takmörkunar útbreiðslu faraldursins sem líkleg eru til að hafa einna mest áhrif á samskipti fólks við heilbrigðiskerfið. Rauðmerkt eru atriði sem ætla má að hafi tengst mestri skerðingu á starfsemi og nýtingu heilbrigðisþjónustunnar. Þetta gildir um fyrstu bylgju faraldursins en þá var jafnframt mest um alvarleg veikindi og ótti almennings við afleiðingar smits eflaust mestur. Valkvæð starfsemi stöðvaðist að mestu leyti eftir að neyðarstig almannavarna var virkjað og þann 22. mars gaf Embætti landlæknis út fyrirmæli um að valkvæðar skurðaðgerðir yrðu ekki framkvæmdar frá 23. mars til 3. maí. Starfsemi sjálfstætt starfandi sérfræðilækna og göngudeilda sjúkrahúsa byggðist að miklu leyti á fjarþjónustu á þessu tímabili.[5] Á tímabilinu sem merkt er með grænum lit var mjög lítið um smit og hugsanlega hafa þá ýmsir farið til læknis sem höfðu frestað því í fyrstu bylgjunni. Skipuleg skimun fyrir krabbameinum í brjóstum og leghálsi hófst einnig á ný snemma á græna tímabilinu.

Mynd 1 sýnir að nýgengi krabbameinsgreininga af 100.000 íbúum var um 17% lægra í mars, apríl og maí 2020 miðað við næstu þrjú árin á undan. Í júní var nýgengið aftur á móti orðið hærra en á samanburðartímabilinu og hélst sú staða óbreytt út árið 2020.

Á mynd 2 sést hvernig uppsafnað nýgengi krabbameina var heldur lægra um mitt árið 2020 en á viðmiðunartímabilinu, en náði svo fyrra nýgengi á síðasta ársfjórðungi 2020 er það var 495 af 100.000, miðað við 489 af 100.000 íbúum árin 2017-2019.

Áhrif samfélagsaðgerða

Á Íslandi varð um 17% lækkun á nýgengi krabbameina í mars, apríl og maí um leið og mjög miklar samkomutakmarkanir voru á landinu í fyrstu bylgju COVID-19-heimsfaraldursins. Á þessu tímabili beindi til dæmis heilsugæslan þeim upplýsingum til fólks að hafa samband í gegnum síma eða netið en ekki koma beint á heilsugæslustöð. Lækkun á nýgengi var mest áberandi fyrir krabbamein í húð, brjóstum og ristli. Þarna ber þó að hafa varann á því að á Íslandi greinast aðeins 142 krabbamein á mánuði að meðaltali og í svo lágum tölum gætir mjög áhrifa tilviljanasveifla. Tilviljunarsveiflur verða enn meira ráðandi þegar skoðuð eru einstök krabbamein og því þarf að taka slíkum niðurstöðum með sérstökum fyrirvara þó að þær geti gefið vísbendingar um stöðu mála. Einnig væri útilokað að merkja fækkun sjaldgæfra meina hjá svo lítilli þjóð.

Þó að tilviljanasveiflur gætu mögulega skýrt ofanskráða lækkun nýgengis má reikna með því að færri hafi leitað

til heilbrigðisþjónustunnar vegna faraldursins og þar með færri farið til dæmis í ristilspeglun. Einnig var gert hlé á lýðgrunduðum brjósta- og leghálskrabbameinsskimunum á Norðurlandi frá 10. mars og lá skimunin niðri á öllu landinu frá 24. mars til 4. maí 2020. Áhyggjuefnið varðandi tímabundna fækkun greindra krabbameina í ristli og brjóstum er að slík mein kunni að greinast síðar og þá mögulega á alvarlegri stigum en ef þau hefðu greinst fyrr.

Mikilvægi þess að halda faraldrinum niðri

Samantekið má segja að í samanburði við meðaltal áranna 2017-2019 varð lækkun á nýgengi greindra krabbameina á Íslandi í mars, apríl og maí 2020 og má telja líklegt að það hafi verið vegna farsóttarinnar. En vegna aukinnar greiningarvirkni seinni hluta ársins 2020 var uppsafnað nýgengi greindra krabbameina hið sama árið 2020 og meðaltal áranna 2017-2019. Líklegast getum við þakkað það skynsamlegum viðbrögðum stjórnvalda og góðri þátttöku almennings í þeim aðgerðum að faraldrinum var haldið í skefjum. Þar með var samfélaginu gert kleift að bjóða þegnum sínum upp á þá nauðsynlegu heilbrigðisþjónustu sem þarf til að greina krabbamein tímanlega.

Að lokum viljum við nefna að Norrænu krabbameinsskrárnar hafa fengið styrk frá samtökum Norrænu krabbameinsfélaganna til að kanna áhrif COVID-19-faraldursins á nýgreiningar krabbameina á Norðurlöndunum, ásamt því að skoða áhrif sýkingarinnar á meðferð og horfur krabbameinssjúkra. Það verður áhugavert að sjá hvernig við Íslendingar munum koma út í þeim samanburði.

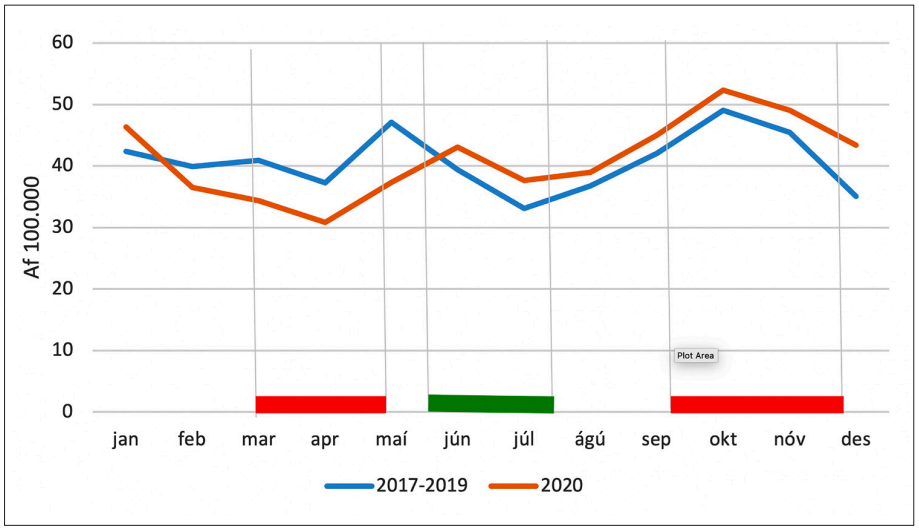
Heimildir

1. Dinmohamed AG, Visser O, Verhoeven RHA, et al. Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. Lancet Oncol 2020; 21: 750-1.
2. Maringe C, Spicer J, Morris M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. Lancet Oncol 2020; 21: 1023-34.
3. Kaufman HW, Chen Z, Niles J, et al. Changes in the number of US patients with newly identified cancer before and during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. JAMA Netw Open 2020; 3: e2017267.
4. Skovlund CW, Friis S, Dehlendorff C, et al. Hidden morbidities: drop in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Denmark. Letter to the Editor. Acta Oncol 2021; 60: 20-3.
5. Elínardóttir SH, Sigurjónsdóttir BB, Guðfinnsdóttir GK, et al. Starfsemi heilbrigðisþjónustu á tímum COVID-19. Talnabrunnur. Fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar 2020; 14.

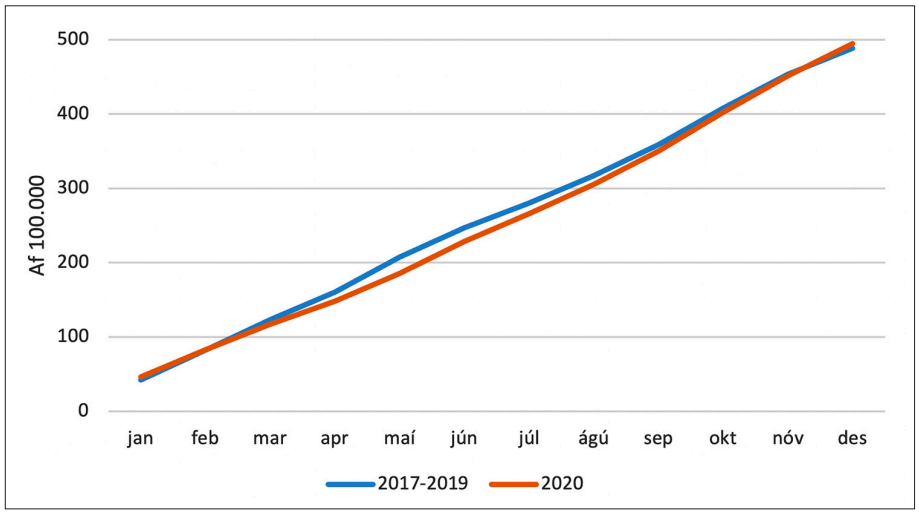
Tafla I. COVID-19 á Íslandi árið 2020 og helstu aðgerðir íslenskra stjórnvalda til að takmarka útbreiðslu smits sem líklegar voru til að hafa áhrif á krabbameinsgreiningarvirkni.*

28. febrúar	Fyrsta tilfelli COVID-19 greinist á Íslandi; hættustig almannavarna virkjað
10. mars	Skipulögð skimun fyrir krabbameinum stöðvuð tímabundið á Norðurlandi
16. mars	Samkomubann m.v. >100 manns; tveggja metra regla
22. mars	Samkomubann m.v. >20 manns; öll skipulögð skimun fyrir krabbameinum stöðvuð tímabundið; fyrirmæli um að valkvæðar skurðaðgerðir o.fl séu ekki framkvæmdar
21. apríl	Samkomubann m.v. >50 manns
4. maí	Skipulögð skimun fyrir krabbameinum opnar aftur; áfram samkomubann m.v. >50 manns
25. maí	Samkomubann m.v. >200 manns
15. júní	Samkomubann m.v. >500 manns
3.-22. júlí	Ekkert tilfelli COVID-19 greinist 3.-22. júlí
30. júlí	Samkomubann m.v. >100 manns
7. september	Samkomubann m.v. >200 manns
18. september	Önnur bylgja COVID-19 hefst; aftur unnið að heiman
5. október	Samkomubann m.v. >20 manns
10. desember	Opnun leikhúsa og sundlauga, með takmörkunum þó

*Rauðmerkt eru atriði sem ætla má að hafi tengst mestri skerðingu á starfsemi og nýtingu heilbrigðisþjónustunnar og grænt letur táknar tímabil með minni takmörkunum. m.v. = miðað við



Mynd 1. *Nýgengi* krabbameina á Íslandi af 100.000 íbúum árið 2020 og tímabilið 2017-2019.*
**Undanskildar eru greiningar sem byggja á Vistunar- og dánarmeinaskrá.*
Á X-ás eru litamerkt tiltekin tímabil til samræmis við aðgerðir stjórnvalda sem talin eru upp í töflu I.



Mynd 2. *Uppsafnað nýgengi* krabbameina af 100.000 íbúum yfir árið 2020 og tímabilið 2017-2019.*
**Undanskildar eru greiningar sem byggja á Vistunars- og dánarmeinaskrá.*



Jóhanna E. Torfadóttir
næringar- og lýðheilsufræðingur



Hólmfríður Þorgeirsdóttir
næringarfræðingur



Thor Aspelund
tölfræðingur

Gæði fitu í mataræðinu hefur áhrif á heilsu okkar

Í gegnum tíðina, þegar rædd eru tengsl milli þess sem við borðum og slæmrar heilsu, erum við oft að reyna að finna einhvern einn sökudólg. Það hefur þó sýnt sig að það getur reynst flókið að reyna að einfalda hlutina með þeim hætti. Við þurfum að borða fjölbreytt fæði til að uppfylla þörf líkamans fyrir mismunandi næringarefni.

Í rannsóknum eru oft skoðuð áhrif þess að borða eina fæðutegund eða næringarefni og erfitt að gera fulla grein fyrir víxlhrifum við aðrar fæðutegundir og efni. Einföld túlkun án þess að horfa á heildarmyndina passar ekki við raunveruleikann. Þess vegna hafa ráðleggingar um mataræði á Íslandi og í nágrannalöndum okkar beinst að því að horfa á mataræðið í heild sinni.

Í því samhengi er lögð mikil áhersla á að borða fjölbreytt úrval fæðutegunda úr jurtaríkinu sem eru rík af næringarefnum frá náttúrunnar hendi, svo sem ávexti, ber, grænmeti, belgjurtir, heilkornavörur, hnetur, fræ og jurtaolíur, en líka sjávarfang. Þá er lagt til að borða minna af afurðum úr dýraríkinu, til dæmis kjöt í hófi og fituminni hreinar mjólkurvörur. Einnig er lagt til að takmarka neyslu á unnum matvörum sem innihalda oft mikið magn af mettaðri fitu, salti eða sykri, svo sem gosdrykki, kökur, kex, sælgæti, snakk, skyndibita og kjötvörur sem innihalda salt.

Mettuð fita og ómettuð fita

Lengi vel hefur verið rannsakað hver áhrif mismunandi gerða af fitu hefur á heilsu okkar.

Mettuð fita er fita sem við fáum aðallega úr dýraríkinu og finnst meðal annars í kjöti, smjörlíki, rjóma, smjöri, osti og öðrum mjólkurvörum. Mettaða fitu er einnig að finna í jurtafitu í mismiklu magni og er helst í kókosfitu og pálmaolíu.

Ómettuð fita er fita sem við fáum aðallega úr jurtaríkinu og er meðal annars í hnetum, fræjum, lárperu og margvíslegum jurtaolíum en einnig úr feitu sjávarfangi, svo sem laxi, silungi, síld og lýsi. Í nýlegri samantektargrein um hvaða áhrif skortur á ýmsum fæðutegundum hefur á dánartíðnina í heiminum kemur fram að skortur á fjölómettuðum fitusýrum í fæðinu (sem flokkast sem ómettuð fita), eykur dánartíðnina.[1]

Þegar við skoðum áhrif þess að minnka mettaða fitu í mataræðinu á heilsutengda þætti, skiptir mestu máli hvað við borðum í staðinn fyrir matvæli sem innihalda mikið af mettaðri fitu. Sjaldnast tökum við út fæðutegundir úr mataræðinu án þess að setja inn aðrar fæðutegundir í staðinn. Þessi víxlhrif verður að taka til greina. Sérstaklega hafa verið skoðaðar tvær sviðsmyndir í þessu samhengi. Niðurstöður úr stórri bandarískri rannsókn frá 2019 sýndi að ef hlutur mettaðrar fitu var minnkaður og í staðinn aukinn hlutur ómettaðrar fitu (einómettuð og fjölómettuð) úr jurtaríkinu og ómega-3 úr sjávarfangi lækkaði dánartíðni af völdum langvinnra sjúkdóma. Hins vegar ef minnkuð var mettuð fita og í staðinn sett inn meira af kolvetnum sást hækkuð dánartíðni af völdum langvinnra sjúkdóma.[2] Þessar niðurstöður styðja við ráðleggingar um fituneyslu eins og þær eru í ráðleggingum embættis landlæknis. Einnig er lögð rík áhersla á gæði kolvetna í sömu ráðleggingum.

Á Íslandi hefur Hjartavernd birt niðurstöður um áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma á árunum 1981 til 2006. Á því tímabili fækkaði ótímabærum dauðsföllum af völdum kransæðasjúkdóma um 80%. Einn sterkasti þátturinn í þessari fækkun dauðsfalla af völdum kransæðasjúkdóma var rakinn til þeirrar lækkunar sem varð á meðalgildi heildarkólesteróls í blóði landsmanna á þessu tímabili. Rekjanlegur hluti var metinn 32%.[3] Þótt ekki sé hægt að færa óyggjandi sönnur á orskasamband þar á milli, ber flestum sérfræðingum saman um að breytingar á mataræði Íslendinga hafi átt stóran þátt í þessum jákvæðu breytingum. Benda má á svipaðar niðurstöður frá Finnlandi.[4] Á þessum sömu árum breyttust neysluvenjur þannig að minna var borðað af feitum mjólkurvörum, smjöri og smjörlíki meðan notkun á jurtaolíum við matargerð jókst, sem og neysla á grænmeti og ávöxtum.

Heilsusamlegt mataræði

Flestir þekkja til Miðjarðarhafsfæðisins sem hefur verið mikið rannsakað og sýnt fram á að það dregur úr mörgum langvinnum sjúkdómum. Þetta mataræði einkennist af því að borðað er mikið af

grænmeti, ávöxtum, hnetum, fræjum, baunum, ólífuolíu, heilkornavörum, fiski og sjávarafurðum. En minna magn af mjólkurafurðum fylgir þessu mataræði, sem og takmörkuð kjötneysla.

Nýleg samantekt á áhrifum heilsusamlegs norræns fæðis í klínískum rannsóknum sýndi að það hefur jákvæð áhrif á blóðþrýsting og blóðfitur þeirra sem fylgdu þessu mataræði, borið saman við mataræði sem innihélt meira af fæðutegundum með mikið af salti og sykri og minna af heilkornavörum, feitum fiski og berjum.[5] Heilsusamlegu norrænu fæði svipar til Miðjarðarhafsfæðisins en tekur þó mið af þeim fæðutegundum sem eru ýmist framleiddar eða algengar á Norðurlöndunum og þannig er til dæmis ósætt rúgbrauð hluti af þessu fæði, sem og repjuolía í stað ólífuolíu.

Að lokum skal þess getið að í byrjun árs 2019 birti hópur vísindamanna (EATLancet Commision) útlistun á mataræði sem býr yfir þeim eiginleikum að geta brauðfætt heimsbyggðina árið 2050, dregið úr losun gróðurhúsalofttegunda og minnkað líkur á ýmsum langvinnum sjúkdómum. Þetta mataræði kallast *flexitarian* eða á íslensku „vistkeri". Í vistkerafæðinu eru svipaðar áherslur og í Miðjarðarhafsfæðinu og hinu heilsusamlega norræna fæði nema það gengur lengra í átt að jurtafæði og gefið er upp magn mismunandi fæðutegunda á dag innan ákveðins ramma. Í þessu mataræði er til að mynda mælt með því að við fáum að meðaltali 40 ml á dag (20 til 80ml) af fljótandi jurtaolíum. Mælt er með að nota mismunandi tegundir af jurtaolíum.

Í ráðleggingum Embættis landlæknis um mataræði kemur fram að alla jafna ætti að velja jurtaolíur við matargerð og út á salöt. Hér er mikilvægt að aðskilja notkun jurtaolía við matargerð frá því að djúpsteikja mat úr olíu við hátt hitastig en við slíka matreiðslu er aukin hætta á myndun transfitusýra sem hafa óæskileg áhrif á heilsu okkar.

Samkvæmt rannsóknum eru jurtaolíur og aðrar fæðutegundir sem eru ríkar af mjúkri (ómettaðri) fitu mikilvægur hluti af heilsusamlegu mataræði. Nánari upplýsingar um ráðleggingar um mataræði má finna á vef Embættis landlæknis.

Heimildir

1. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2019: 393: 1958-72.
2. Zhuang P, Zhang Y, He W, et al. Dietary Fats in Relation to Total and Cause-Specific Mortality in a Prospective Cohort of 521 120 Individuals With 16 Years of Follow-Up. Circ Res 2019; 124: 757-68.
3. Aspelund T, Gudnason V, Magnusdottir BT, et al. Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the Icelandic population aged 25-74 between the years 1981 and 2006. PLoS One 2010; 5: 13957.
4. Laatikainen T, Critchley J, Vartiainen E, et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Finland between 1982 and 1997. Am J Epidemiol 2005; 162: 764-73.
5. Ramezani-Jolfaie N, Mohammadi M, Salehi-Abargouei A. The effect of healthy Nordic diet on cardio-metabolic markers: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Eur J Nutr 2019; 58: 2159-74.

Heilsustofnun er ein stærsta endurhæfingarstofnun landsins og veitir árlega 1350 einstaklingum endurhæfingarþjónustu skv. samningi við Sjúkratryggingar Íslands. Á Heilsustofnun fer fram einstaklingsmiðuð læknisfræðileg endurhæfing sem stjórnað er af þverfaglegum teymum. Áhersla er á að efla líkamlega, andlega og félagslega færni einstaklinga, auka lífsgæði og styrkja þá til athafna daglegs lífs. Helstu meðferðarsvið eru verkjameðferð, meðferð vegna streitu og kulnunar, offitumeðferð, geðendurhæfing, hjartaendurhæfing, öldrunarendurhæfing og endurhæfing eftir alvarleg veikindi.



LÆKNIR ÓSKAST Á HEILSUSTOFNUN Í HVERAGERÐI

Erum að leita að endurhæfingarlækni eða öðrum sérfræðilækni sem hentar starfseminni vel svo sem heimilislækni, lyflækni, öldrunarlækni eða geðlækni.

Fjölbreytt og skemmtilegt starf í notalegu umhverfi. Starfslýsing: Móttaka sjúklinga og gerð meðferðaráætlunar, þverfagleg teymisvinna, fræðsla og almenn ráðgjöf, tilfallandi læknisstörf og bakvaktir. Reynsla og áhugi á rannsóknarvinnu er kostur.

Um framtíðarstarf er að ræða en sumarafleysing kemur einnig til greina. Æskilegt er að viðkomandi geti hafið störf sem fyrst.

Starfshlutfall er eftir samkomulagi.

Hæfniskröfur:
- Íslenskt lækningaleyfi og góð íslenskukunnátta
- Faglegur metnaður og ábyrgð í starfi
- Reynsla af þverfaglegu meðferðarstarfi er kostur
- Lipurð og hæfni í mannlegum samskiptum

Nánari upplýsingar veitir:
G. Birna Guðmundsdóttir framkvæmdastjóri lækninga
birna@heilsustofnun.is

Umsóknarfrestur er til 15. apríl.

Möguleiki er á húsnæði á staðnum.
Einnig ekur starfsmannarúta til og frá Olís við Rauðavatn í Reykjavík.

Umsóknir berist til starfsmannastjóra á aldis@heilsustofnun.is.

Berum ábyrgð á eigin heilsu

www.heilsustofnun.is

Meira um sjúkratryggingar



Dögg Pálsdóttir
lögfræðingur Læknafélags Íslands
dogg@lis.is

Samkvæmt lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008 eru allir landsmenn sjúkratryggðir, enda hafi þeir átt lögheimili hér á landi í að minnsta kosti 6 mánuði áður en þeir kalla eftir heilbrigðisþjónustu sem fellur undir sjúkratryggingarnar. Í því felst að þessa heilbrigðisþjónustu skulu sjúkratryggingar greiða fyrir að hluta eða öllu leyti, enda hafi verið um þjónustuna samið. Ekki er víst að samningar náist. Við því er brugðist í 38. gr. laganna og sagt að það sé „í sérstökum tilfellum heimilt tímabundið að endurgreiða sjúkratryggðum útlagðan kostnað vegna heilbrigðisþjónustu á grundvelli gjaldskrár sem sjúkratryggingastofnunin gefur út."

Ákvæði af þessu tagi er nauðsynlegt. Ella gætu Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) sem eiga að gera samninga um heilbrigðisþjónustu, svipt sjúkratryggða lögbundnum sjúkratryggingarétti sínum með því einu að semja ekki við veitendur heilbrigðisþjónustunnar. Það gerir hins vegar ekki ráð fyrir að samningsleysi við veitendur heilbrigðisþjónustu sé viðvarandi ástand eins og gerst hefur ítrekað undanfarin ár.

Orðalag 38. gr. laga um sjúkratryggingar er skýrt. Ef ekki er samningur um heilbrigðisþjónustuna greiðir sjúkratryggður reikning þjónustuveitanda og fær útlagðan kostnað endurgreiddan. Er þá að jafnaði átt við sjúkratryggingahluta kostnaðar á grundvelli gjaldskrár sem SÍ gefur út.

Samningar sérfræðilækna við SÍ runnu út 31. desember 2018. Heilbrigðisráðherra setti skömmu áður reglugerð nr. 1255/2018 um endurgreiðslu kostnaðar vegna þjónustu sjálfstætt starfandi sérgreinalækna sem starfa án samnings við SÍ. Fyrst var reglugerðin sett til þriggja mánaða. Fjórum sinnum hefur gildistími hennar verið framlengdur, síðast til 30. apríl 2021. Hvað þá tekur við liggur ekki enn fyrir.

Það vekur athygli að minnsta kosti tvö ákvæði þessarar reglugerðar sýnast skorta viðeigandi lagastoð á þeim tíma sem reglugerðin var sett.

Í 7. gr. reglugerðarinnar segir að sérgreinalæknar eigi að veita SÍ upplýsingar og gögn sem eru nauðsynleg vegna eftirlitshlutverks SÍ. Engin lagastoð var á þessum tíma fyrir eftirliti SÍ með veitendum heilbrigðisþjónustu þegar engir samningar eru í gildi. Þá heimild fékk SÍ fyrst með lögum nr. 92/2020, sem gengu í gildi 22. júlí 2020, liðlega einu og hálfu ári eftir að reglugerðarákvæðið var sett. Í greinargerð með frumvarpi því sem varð að þessum lögum kemur skýrt fram að auka þurfi heimildir stofnunarinnar og að þær nái ekki til eftirlits með þjónustuveitendum sem standa utan samninga.[1]

Í 5. gr. reglugerðarinnar segir að til að sjúkratryggðir njóti sjúkratryggingaréttar síns beri veitanda heilbrigðisþjónustu að skila reikningsupplýsingum til SÍ á því formi sem stofnunin ákveður. Engin lagaheimild sýnist þó fyrir því skilyrði, sbr. 38. gr. laga um sjúkratryggingar.

Hinn 11. mars síðastliðinn var í fréttaskýringaþættinum *Kveik* á RÚV fjallað um þá stöðu sem nú er uppi í samskiptum sérgreinalækna og SÍ. Formaður LR skýrði frá því að sérgreinalæknar væru að skoða að neita þeirri milligöngu sem áðurnefnd reglugerð leggur þeim á herðar enda óljóst hvort fyrir því væri lagastoð.

Viðbrögðin létu ekki á sér standa. Heilbrigðisráðherra sakar sérgreinalækna um að ætla að beita sjúklingum fyrir sig í eiginhagsmunaskyni.[2] Með svipuðum hætti er fullyrt í sameiginlegri yfirlýsingu ASÍ, BSRB og Öryrkjabandalagsins.[3] Alþingismaður hélt því fram að það væri brot gegn 23. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012 ef sérfræðilæknar létu verða af þessu.[4] Vandséð er hvernig þetta lagaákvæði kemur hér til skoðunar. Þar segir að heilbrigðisstarfsmenn skuli við veitingu heilbrigðisþjónustu og framkvæmd starfa sinna að sjúklingar, sjúkratryggingar eða aðrir sem standa straum af kostnaði vegna hennar verði ekki fyrir óþarfa útgjöldum eða óþægindum. Ákvörðun um að semja ekki er tekin af SÍ ekki sérfræðilæknum.

Hér hlýtur stóra spurningin að vera af hverju kemur aftur og aftur upp sú staða að SÍ semja ekki við veitendur heilbrigðisþjónustu sem sjúkratryggðir eiga rétt á? Sérgreinalæknar eru hér ekki einir á báti. Sama staða er uppi hjá sjúkraþjálfurum. Sveitarfélög hafa hvert á fætur öðru sagt upp samningum um rekstur öldrunarþjónustu af sömu ástæðum.

KPMG vann nýverið skýrslu um samningsumhverfi þjónustuveitenda í heilbrigðisþjónustu sem gera samninga við Sjúkratryggingar Íslands. Þar er kvartað yfir því að samningsumboð SÍ sé óljóst, lítil formfesta sé í samningsferli, ferlið einkennist af vantrausti, SÍ hafi ekki nægan mannafla til að sinna þessu mikilvæga hlutverki. Síðast en ekki síst að enginn hvati sé til staðar hjá SÍ til að ná samningum því heilbrigðisráðherra geti alltaf beitt heimild 38. gr. laganna, sett reglugerð og SÍ gjaldskrá í kjölfarið.[5]

Þessum mun á aðstöðu veitenda heilbrigðisþjónustu annars vegar og SÍ hins vegar hlýtur að þurfa að breyta.

Heimildir

1. Sjá frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008 með síðari breytingum (stjórn og eftirlit), 701. mál, þskj. 1183. althingi.is/altext/150/s/1183.html - mars 2021.
2. Sakar lækna um að ætla að beita sjúklingum fyrir sig. ruv.is/frett/2021/03/13/sakar-laekna-um-ad-aetla-ad-beita-sjuklingum-fyrir-sig - mars 2021.
3. Sameiginleg yfirlýsing ASÍ, BSRB og ÖBÍ um samninga SÍ við sérfræðilækna. asi.is/frettir-og-utgafa/frettir/almennar-frettir/sameiginleg-yfirlysing-asi-bsrb-og-obi-um-samninga-si-vid-serfraedilaekna/. - mars 2021.
4. althingi.is/altext/raeda/151/rad20210317T130342.html - mars 2021.
5. Ráðgjafarsvið KPMG, nóvember 2019: Samningsumhverfi þjónustuveitenda í heilbrigðisþjónustu sem gera samninga við Sjúkratryggingar Íslands. samtok.is/wp-content/uploads/2019/12/Lokaútgáfa_-_starfsumhverfi_þjónustuveitenda.pdf - mars 2021.

Hvað verður um gögnin þín?



Hvað gerir þú við skjöl sem þarf að eyða af því að þeirra er ekki lengur þörf en geyma viðkvæmar upplýsingar. Gagnaeyðing býður læst gagnaílát af ýmsum stærðum. Þegar losa þarf ílátið þá komum við með annað tómt og skiptum. Einnig er hægt að afhenda gögn í möppum og klemmum, í kössum og pokum. Aðeins þarf að tryggja að umbúðir séu traustar og vel lokaðar.

Gagnaeyðing eyðir öllum gögnum samkvæmt alþjóðlega viðurkenndu og vottuðu ferli, allt frá móttöku til eyðingar. Eyðingin sjálf gerist með tætingu og fer kurlið til endurvinnslu hjá viðurkenndum vinnsluaðila.

Hafðu samband!

Opið mánudaga - fimmtudaga 8:30 -17:00 og til 16:00 á föstudögum.

Örugg eyðing gagna

AAA NAID CERTIFIED

GAGNAEYÐING

Gagnaeyðing ehf. · Bæjarflöt 7 · 112 Reykjavík · Sími 568 9095 · www.gagnaeyding.is · gagnaeyding@gagnaeyding.is



Fyrir utan hátíðasalinn í aðalbyggingu Háskóla Íslands. Fulltrúar læknadeildar, þeir Hans Tómas Björnsson og Engilbert Sigurðsson, voru ánægðir með góða vörn Hörpu Viðarsdóttur. Mynd/Gunnar Sverrisson

Doktorsvörn frá Háskóla Íslands: Harpa Viðarsdóttir

Harpa Viðarsdóttir varði doktorsritgerð sína í líf- og læknavísindum við læknadeild Háskóla Íslands 12. febrúar. Ritgerðin heitir Miklir þungburar – fylgikvillar fæðingar fyrir móður og barn, og mynstur efnaskiptamerkja

Andmælendur voru Lars Mörkryd, prófessor við Háskólann í Ósló, og Hans Tómas Björnsson, prófessor við læknadeild Háskóla Íslands. Umsjónarkennari var Ragnar Bjarnason, prófessor, og leiðbeinandi Þórður Þórkelsson, yfirlæknir. Auk þeirra sátu í doktorsnefnd Reynir T. Geirsson, prófessor emeritus, Unnur Anna Valdimarsdóttir, prófessor, og Þórhallur Ingi Halldórsson, prófessor.

Ágrip af rannsókn

Markmiðið var að kanna áhættuþætti fyrir fæðingu mikilla þungbura (fæðingarþyngd ≥5000 g) og hugsanlegar afleiðingar þess fyrir móður og barn (grein I). Að skoða mynstur efnaskiptamerkja mikilla þungbura og bera saman við börn með eðlilega fæðingarþyngd og börn með lága fæðingarþyngd (<2500 g) (grein II). Að meta áhrif fæðingarmáta á mynstur efnaskiptamerkja barna við fæðingu og við nýburaskimun (grein III). Hár líkamsþyngdarstuðull og of mikil þyngdaraukning móður á meðgöngu auka áhættu á fæðingu mikilla þungbura. Í slíkum tilfellum er aukin hætta á fylgikvillum í fæðingu, bæði hjá móður og barni. Það virðist munur á efnaskiptum mikilla þungbura og barna með eðlilega fæðingarþyngd, sem er ólíkur muninum milli barna með lága fæðingarþyngd og eðlilega. Fæðingarmáti virðist tengjast mynstri efnaskiptamerkja í blóði barna við fæðingu en í nýburaskimuninni er þessi munur lítill sem enginn.

Doktorsefnið

Harpa lauk kandídatsprófi frá Háskóla Íslands 2010, fékk lækningaleyfi 2011 og var þá deildarlæknir á Barnaspítala Hringsins. Í janúar 2014 hóf Harpa störf sem sérnámslæknir í barnalækningum við Astrid Lindgren barnasjúkrahúsið, Karolinska sjúkrahúsinu í Stokkhólmi, og hefur sinnt því samhliða doktorsnáminu og varð sérfræðingur í barnalækningum í janúar 2020. Hún stundar nú sérnám í barnahjartalækningum við Astrid Lindgren barnasjúkrahúsið í Stokkhólmi.

Hvað segir doktorsefnið?

Hvað ertu að lesa og eða horfa á?

Concise guide to pediatric arrythmias eftir Christopher Wren. Annars er ég rétt byrjuð á *Agent Zigzac* eftir Ben Macintyre sem er fríbókin.

Hversu erfitt er að verða doktor á skalanum 1-10?

Ætli á heildina litið sé það ekki 7, sum tímabil auðveldari og önnur erfiðari, en aldrei gefins.

Hvað er framundan í námi og starfi?

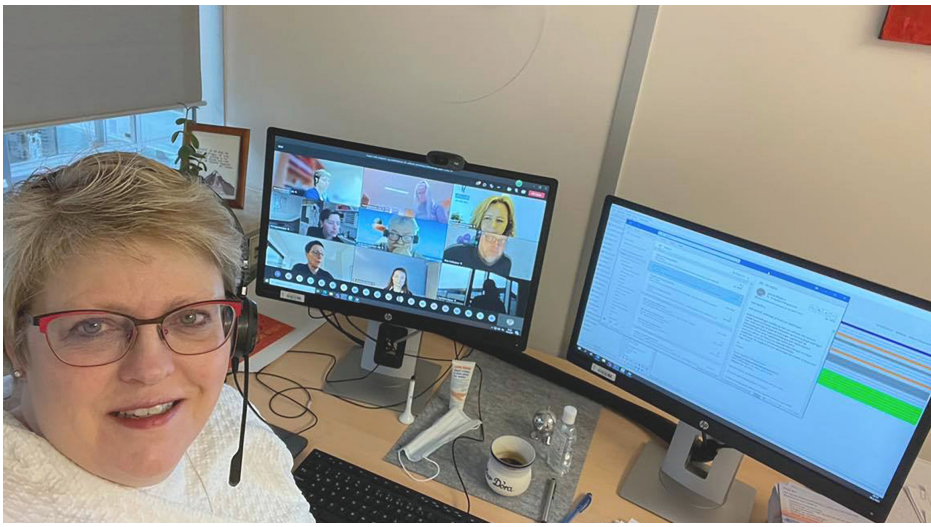
Er í undirsérgrein í barnahjartalækningum. Framundan er að ganga inn í bakvaktarúlluna þar.

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem forstjóri Landspítala?

Kynna mér núverandi stöðu spítalans, líklega ýmislegt breyst síðan 2013.

Hvenær fórstu síðast til læknis?

Ætli það hafi ekki verið haustið 2019.



Kófið hefur ræst fram alls konar leiðir til að halda fundi á netinu: teams, zoom, google-hangout. Heilsugæslan hefur sannarlega þurft að nýta sér það. Mynd/aðsend.

Sigríður Dóra Magnúsdóttir

Dagur í lífi umdæmislæknis sóttvarna á höfuðborgarsvæðinu

07:00 Vekjaraklukkan vöknuð, ekki ég. Bíð eftir næstu hringingu. Grip símann, með aðstoð birtunnar frá skjánum opnast augun smám saman. Tek jarðskjálftastöðuna – rólegt í nótt.

07:15 Sturta og morgunverk. Rás 2 í beinni, jarðskjálftafræðingur að sjálfsögðu.

07:40 Þarf að flýta mér, einn espresso, AB-mjólk og múslí, næ í morgunlesninguna, forsíðumyndir af jarðskjálftum. Skelli hádegismatnum í töskuna, skyrdós og appelsína.

07:45 Bursta tennur, kveðja bóndann, í úlpu og út.

07:50 Það er hálka úti, ókei ég keyri hægt.

08:00 Fyrsti fundur dagsins. Byrja á teams í símanum og færi mig svo í tölvuna. Bólusetningar, alltaf breytingar á skipulagi, hvað kemur í næstu viku. Hver fær hvaða bóluefni. Starfsfólk.

08:30 Skyrið fer í ísskápinn, næ mér í kaffibolla og inn á næsta fund.

08:30–10:30 Stjórnendafundur HH, í húsi í fyrsta sinn í marga mánuði. Margt að ræða, hvað er í gangi, fjármál, mannauðsmál, leghálsskimanir, COVID-sýnatökur, bólusetningar og fleira og fleira. Flottur hópur, ótrúleg samstaða. Fundurinn teygist á langinn, eftirfundur og kaffifundir gagnlegir til að leysa minni mál.

Grip kleinu á leiðinni niður. Nokkrar mínútur í næsta fund, opna Sögu. Ætli hún hafi komist í magaspeglun? Þarf að fylgja eftir. Friski eldri borgarinn sem fer í sund daglega, allt í einu kvartandi, verkjuð og slöpp, blóðlaus. Eitthvað í gangi.

11:00 Fundur með skrifstofustjórum stöðva – fjarfundur í þetta skipti. Skrifstofustjórar eru lykilmenn í öllu viðmóti og þjónustu stöðva, rætt um PCR-vottorð, þjónusta við hælisleitendur og fleira, þarf allt að vera í lagi.

11:20 Sloppin út af fundinum og sest við tölvuna. Þá er það tölvupósturinn. Fyrst þarf þó að skoða dagbókina og færa móttöku. Nauðsynlegt að halda tengingu við grasrótina með smá móttökuvinnu enda fátt skemmtilegra, en þarf að losa einn dag út af bólusetningum. Móttökudagar eru fáir og því erfitt með allar tilfærslur. Móttökuritararnir í Miðbænum leysa þetta eins og annað og finna tíma sem eru varla til.

12:00 Félagarnir á efri hæð, Elínborg og Jón Steinar, á leið út í matsal, skyrið bíður. Félagslega góð næring að hitta félaga í hádegismat, líkamlega næringin meira vafamál. Kaffi og súkkulaðirúsínur í boði eftir matinn, gagnlegt samtal í kaupbæti.

Nokkrir tölvupóstar í flýti. Mikilvægt mál að afgreiða og koma góðum upplýsingum til allra.

13:05–14:00 Hleyp upp stigann, aðeins of sein. Jóhann Ágúst Sigurðsson fyrrverandi prófessor og nú heimilislæknir með fyrirlestur um sögu heimilislækninga og heilsugæslunnar. Eins og alltaf fróðlegt og skemmtilegt hjá honum. Góðar ábendingar og nóg að vinna með áfram. Endurnærandi að hlusta á faglega umræðu og jákvæða framtíðarsýn.

14:30 Fundur vinnuhóps um endurskoðun á skráningu í sjúkraskrá, góður hópur og mikilvægt mál en verð að sleppa fundinum í dag.

15:00–16:00 Náum fundi með tölvufólki Embættis landlæknis. Það verður að leysa þetta öngþveiti varðandi vottorð ferðalanga á leið úr landi. Mikið álag á stöðvar, allir í tímaþröng og stressaðir. Allir sammála, stefna að einfaldri rafrænni lausn, sett í gang.

16:00–17:30 Tölvupóstur endalaust. Játa mig sigraða að lokum, það kemur ekkert vitrænt frá mér lengur. Best að halda heim á leið.

18:00 Melabúðin að venju, kryddlegin bleikja, kartöflur og salat. Gerist varla betra.

19:00 Kvöldmatur, reyni ekki að útskýra daginn fyrir bóndanum, gott að ræða eitthvað annað.

20:00–22:00 Tek rispu á tölvupóstinum, allt of margir lausir endar, svara og hreinsa. Freistandi að sitja áfram en tekst eftir andlegar fortölur að fara út í göngutúr. Mun hressari á eftir.

23:00 Síminn minnir mig á að fara að sofa. Markmið ársins að sofa meira og lesa meira, er í hægu en öruggu ferli. Kemst í rúmið fyrir miðnætti, legg símann frá mér eftir stutt netráp, sofna þungt.



Lífið í Svíþjóð

Birgitta Birgisdóttir

svæfingalæknir í Uppsölum

birgitta.birgisdottir@akademiska.se

Fyrir 27 árum lá leið fjölskyldunnar þangað sem við ætluðum aldrei að fara til að fullnema það sem ég ætlaði aldrei að verða – svæfingalæknir.

Við enduðum í Uppsölum í Svíþjóð þar sem ég stundaði sérnám í svæfingum og gjörgæslu á einu af stærstu háskólasjúkrahúsum landsins. Ætlunin var að fókusera á sérnámið, flýta sér að klára og flytja aftur heim eins fljótt og hægt væri, eða bara taka "Íslendinginn á þetta"!

Svæfing og gjörgæsla er ung sérgrein og það var mikil hvatning að fá að starfa með og kynnast einum af helstu frumkvöðlum Svía í greininni. Það var ómetanlegt að heyra lýsingar á framþróun svæfinga sem sérfræðigreinar og hvað þessir frumkvöðlar gerðu til að bæta tækni og svæfingaaðferðir, sem væri sjálfsagt ekki boðlegt í dag.

Sem ungur sérfræðingur vildi ég sjá og reyna meira og fékk tækifæri til að starfa á sjúkraþyrlu spítalans sem gaf möguleika á því að heimsækja flest sjúkrahús í Svíþjóð og sjá landið úr lofti árið um kring. Að fljúga frá Álandseyjum í sólarupprás inn yfir sænska skerjagarðinn til Stokkhólms er í minningunni ómetanleg sjón.

Að sérnámi loknu fékk ég tækifæri til að einbeita mér að svæfingum og deyfingum tengdum kvennadeildinni og í mörg ár sem stjórnandi sem síðan leiddi til þátttöku í stjórn svæfingalækna fyrir ófrískar konur í Svíþjóð og á Norðurlöndunum með tilheyrandi kennslu og þróun.

Síðustu árin hef ég starfað sem framkvæmdastjóri svæfinga á Akademiska háskólasjúkrahúsinu í Uppsölum, í alþjóðlegu umhverfi sem er bæði krefjandi og gefandi. Það er alveg sama hvar maður er, áskoranirnar eru þær sömu. Þrátt fyrir að COVID-19 hafi leikið okkur grátt eins og alla aðra þá hefur okkur tekist hingað til að halda uppi mikilli framleiðni á skurðdeildum spítalans þökk sé reyndu og samheldnu starfsfólki.

Svíþjóð er land möguleikanna þegar kemur að útivist og íþróttum. Lengi framan af nutum við fjölskyldan að renna okkur á svigskíðum en seinna meir fengum við gönguskíða-bakteríuna sem erfitt er að lækna og gerir öllum gott. Að koma úr flatneskjunni í Uppsölum í helsta skíðaland Svía er einstök upplifun sem allir verða að prófa. Í gegnum árin höfum við farið ófáar ferðir í Dalina, þar á meðal til Orsa sem býður upp á frábært gönguskíðaland. Ein besta minning frá ferðum okkar þangað var þegar við höfðum gengið 30 km, orðin þreytt, sveitt og svöng og gengum fram á lítið hús í skóginum þar sem vöfflur og súkkulaði var eldað á hlóðum. Þetta eru í minningunni bestu trakteringar sem við höfum nokkurn tíma fengið. Ekki langt þar frá er Mora þar sem hin fræga Vasa-ganga endar. Að sjálfsögðu höfum við fylgt Svíum og öðrum í spor Gustavs Vasa. Leiðin er 90 km þrekvirki sem allir með áhuga á gönguskíðum ættu að reyna. Fyrir okkur konur finnst síðan 30 km kvennaganga þar sem 10.000 kvensur safnast saman í keppni til að ná fram til Mora, hvattar af mökum og öðrum aðdáendum.

Uppsalir eru vel staðsettir, nálægt Stokkhólmi og alþjóðaflugvellinum Arlanda. Það er tiltölulega stutt til sjávar og fjalla. Umhverfið einkennist af flatlendi og skógi sem erfitt var að sætta sig við í byrjun. Þetta er stúdentaborg sem vaknar til lífs að hausti en leggst í dvala yfir sumarið. Hér hafa margir þekktir Íslendingar alið manninn eins og Snorri Sturluson, Vigdís Finnbogadóttir og hér skrifaði Laxness *Ljós heimsins*.

Það er öllum hollt að búa erlendis, víkka sjóndeildarhringinn og kynnast menningu annarra þjóða. Í fjarlægð lærir maður að meta landið sitt, náttúruna og heimahaga sína sem er ekki öllum gefið. Það er ekkert sem jafnast á við íslenska náttúru, friðsæld og hreina loftið. Við skulum ekki nefna íslenska sundlaugamenningu sem er eitt af því sem við söknum mest.

Þrátt fyrir bráðum 30 ár í Svíþjóð erum við enn Íslendingar.

Auglýsing

Auglýsing