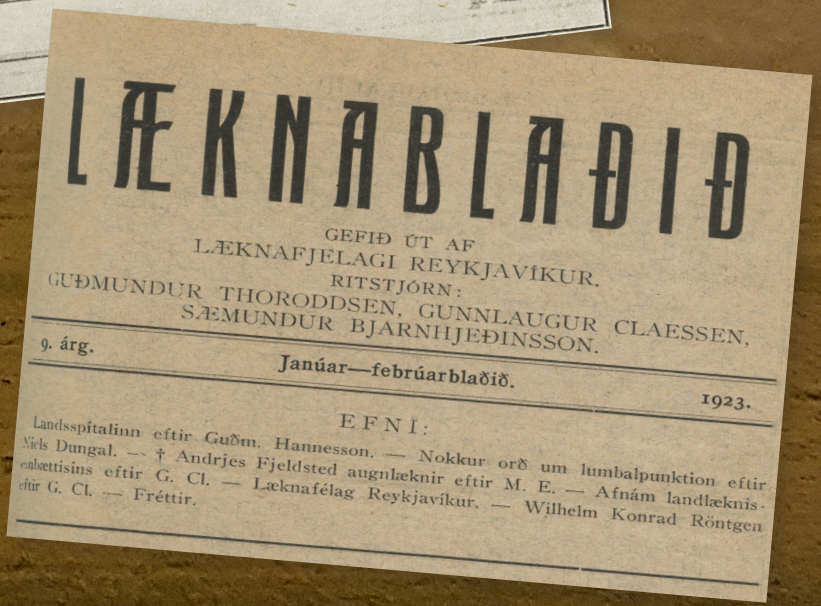
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL




LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF
LÆKNAFJELAGI REYKJAVÍKUR.
RITSTJÓRN:
GUÐMUNDUR THORODDSEN, GUNNLAUGUR CLAESSEN,
SÆMUNDUR BJARNHJEÐINSSON.

9. árg. Janúar—febrúarblaðið. 1923.

EFNI:

Landsspítalinn eftir Guðm. Hannesson. — Nokkur orð um lumbalpunktion eftir Niels Dungal. — † Andrjes Fjeldsted augnlæknir eftir M. E. — Afnám landlæknisembættisins eftir G. Cl. — Læknafélag Reykjavíkur. — Wilhelm Konrad Röntgen eftir G. Cl. — Fréttir.

RITRÝND GREIN Algengi mígrenis

LEIÐARI Vísindavinna lækna

VIÐTÖL Ég hef alltaf fylgt hjartanu – Unnur Þorsteinsdóttir

Læknir án landamæra – Gunnar Auðólfsson

01/2023 109. árgangur: 1-56



BÚNAÐUR OG TÆKI FYRIR LÆKNA- OG SKURÐSTOFUR



SKOÐUNAR- OG MEÐFERÐARBEKKIR



VINNUKOLLAR OG STÓLAR



STÁLBORÐ OG BAKKAR



ÓMSKOÐUNARTÆKI



LÆKNINGATÆKI



REKSTRARVARA

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

FASTUS
Veit á vandaða lausn



Margrét Ólafía á heilsugæslunni í Efstaleiti segir breytinga þörf til að minnka álagið á heimilislækna. Mynd/gag

Ekki brugðist við miklu álagi á heimilislækna

Fjórðungur heimilislækna hefur íhugað alvarlega að fara í veikindaleyfi. Félag íslenskra heimilislækna staðfærði og endurtók könnun Félags almennra lækna sem í ársbyrjun sýndi bága líðan þeirra. Niðurstaðan sem kynnt var á stofnunum í vor var ekki síður sláandi. Enn hefur ekki verið ráðist í aðgerðir

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„31% lækna á heilsugæslunni hafði íhugað vikulega að minnka við sig starfshlutfall undanfarna 12 mánuði. 16% höfðu upplifað kulnunareinkenni mjög oft, og önnur 20% oft og því samtals 36%. Þá höfðu 25% íhugað mjög alvarlega að fara í veikindaleyfi vegna kulnunareinkenna," segir Margrét Ólafía Tómasdóttir, formaður Félags íslenskra heimilislækna, um líðan heimilislækna sem birtist í könnun sem gerð var í janúar og febrúar síðasta árs. Alls bárust 210 svör, eða frá 75% starfandi heimilislækna.

„Þessar sláandi niðurstöður hafa því miður ekki keyrt af stað þær breytingar sem við hefðum viljað sjá í kjölfarið," segir hún. Málþing verður á Læknadögum nú í janúar um stöðuna. „Markmiðið er að fá vinnustaðina með inn í samtalið um næstu skref. Hvað sé hægt að gera og hverju megi breyta," segir hún. Minnka verði álagið og breyta áherslum í starfi heilsugæslunnar.

Margrét segir ljóst að læknum á landsbyggðinni líði verst. Heimilislæknum sem starfi á einkareknum heilsugæslustöðvum líði best en eitt helsta ráð gegn kulnun sé að hafa stjórn á tíma sínum. „Stutt er síðan margar þeirra einkareknu opnuðu og því enn mikill metnaður að keyra starfið í gang og stuttir ferlar til að breyta og bæta vinnubrögðin."

Margrét segir heimilislækna nú óttast að þótt vinnutíminn sé afmarkaður sé álagið alltaf að aukast, sem svo aftur auki álag eftir hefðbundinn vinnutíma. Heildarendurskoðun sé nauðsynleg enda vanda spítalans gjarnan ýtt á heilsugæslurnar. „Þar verða ör-bráðamóttökur með tilheyrandi tilvikum en sjúklingar með langvinnan vanda sem við ættum að vera að sinna bíða. Þetta eru pyttir sem við erum gjörn á að falla í þegar álagið er mikið," segir hún.

„Læknar á heilsugæslum geta ekki verið opnir fyrir öllu og gert allt. Það þarf að einskorða þjónustuna við það sem mestu máli skiptir svo kraftar okkar lækna nýtist sem best," segir hún og bendir á Holland og Finnland þar sem læknar ræða verkfall vegna vinnuálags en ekki launa.

„Kannski er kominn tími fyrir okkur lækna að spyrna við fæti og segja stopp. Hingað og ekki lengra."

Tískubylgjur á læknastofum landsins

Breytingaskeiðið, offitulyf og svefnlyf. Á málþinginu: *Er Ísland heilsuspillandi?* á Læknadögum ræðir Margrét Ólafía Tómasdóttir um áhrif tísku á stofum heimilislækna.

„Við Íslendingar erum hópsálir og nú koma allir, óháð aldri og kyni, til læknis með tíðahvarfaeinkenni," segir hún glettin. Konur um áttrætt komi til lækna og vilji testósterón enda einkennin almenn. „Flestöll getum við samsamað okkur þessu og spyrjum því: Er komin meðferð sem lagar öll mín vandamál? Þetta gengur í bylgjum," segir Margrét Ólafía. Fjölmiðlaumræðu eins dags gæti í margar vikur á læknastofunum.

„Landsmenn eru fljótir að pikka upp stefnur og bylgjur og hvað er í tísku. Allir þurfa að fá það nýjasta. Það á ekki bara við um heilsu heldur líka lífsstíl," segir Margrét Ólafía. „Mikilvægt er því fyrir okkur lækna að leiðrétta öfgar á mildilegan hátt."

Málþingið er mánudaginn 16. janúar, fyrsta dag Læknadaga.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Berglind Jónsdóttir
Gunnar Thorarensen
Hulda María Einarsdóttir
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Lilja Sigrún Jónsdóttir
Oddur Ingimarsson
Ólafur Árni Sveinsson

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingar
Ingvar Freyr Ingvarsson
ingvar@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
1850

Áskrift
23.400,- m. vsk.
Lausasala
2340,- m. vsk.

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

Dreifing
Íslandspóstur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík

© 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



7

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Vísindavinna og sérfræðimenntun lækna – væntingar og vonir um betri tíð

Þjóðin hefur lýst vilja sínum til þess að heilbrigðismál séu sett í fyrsta sæti og þau tengjast vísindavinnu órjúfanlegum böndum. Átak þarf að verða í fjármögnun ríkisstjórnarinnar til vísindavinnu innan heilbrigðiskerfisins.



9

Lilja Sigrún Jónsdóttir

Afleysingalæknir óskast

Hátt hlutfall sérfræðilækna flytur heim til Íslands eftir sérfræðinám. Tölfræði til margra áratuga sýnir að um fjórðungur starfar þó áfram á erlendri grund eftir sérhæfingu.

FRÆÐIGREINAR

11

Sólveig Sara Ólafsdóttir, Jón Hersir Elíasson, Anna Margrét Guðmundsdóttir, Emil L. Sigurðsson, Lárus S. Guðmundsson

Algengi og nýgengi mígrenis og ávísanir á lyf við mígreni í heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins

Í rannsókninni voru konur um þrisvar sinnum líklegri að greinast með mígreni en kynjahlutfallið var 2,7 á tímabilinu 2000-2009 á Sólvangi og 3,1 á tímabilinu 2010-2019 á Sólvangi og Firði. Kynjahlutfallið er í takt við lýðgrundaðar mígrenirannsóknir á Norðurlöndunum þar sem mígreni er mun algengara hjá konum en körlum. Ýmsar tilgátur eru um skýringuna á þessum mikla mun á milli kynja. Það hefur fyrst og fremst verið tengt við kynhormóna kvenna en einnig geta spilað inn erfðaþættir, munur á útsetningu streituvalda umhverfisins og mismunandi streitu- og verkjasvörun.

18

Ívar Sævarsson, Soffía Guðrún Jónasdóttir, Berglind Jónsdóttir

Þyngdartap nýbura. Sjúkratilfelli af Barnaspítala Hringsins

Þyngdartap nýbura er algengt vandamál. Algengasta orsökin er ónóg fæðuinntaka hjá annars heilbrigðum börnum en miklvægt er að útiloka undirliggjandi sjúkdóma hjá barninu. Aldósterónskortur í nýburum er sjaldgæfur og lífshættulegur sjúkdómur. Birtingarmyndin er þyngdartap með alvarlegum blóðsaltabrenglunum og efnaskiptablóðsýringu. Mikilvægt er því að greina alvarlegar orsakir þyngdartaps hjá nýburum í tæka tíð.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



26

Ég hef alltaf fylgt hjartanu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Unnur Þorsteinsdóttir er áhrifamesta vísindakona Evrópu og sú fimmta á heimsvísu. Í rúma tvo áratugi hefur hún stýrt rannsóknum hjá Íslenskri erfðagreiningu og tók í sumar við sem forseti heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands. Unnur segir mikilvægt að fylgja hjartanu og það hefur hún gert bæði í starfi og einkalífi

30

Við verðum að sinna forvörnum gegn sjálfsvígum af fullum þunga

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Íslenskir karlmenn skera sig úr þegar kemur að sjálfsvígum. Sjálfsvígum karla á Norðurlöndum hefur fækkað, nema á Íslandi. Toppnum virðist náð, segir Högni Óskarsson geðlæknir, sem vill að stofnuð verði miðstöð sjálfsvígsforvarna og kallar eftir aðgerðum



Á FORSÍÐU



Nútíminn og 100 ár

Í janúarhefti Læknablaðsins frá 1923 er grein eftir Guðmund Hannesson um nýjan Landspítala og birtar teikningar Guðjóns Samúelssonar húsameistara ríkisins af honum, meðal annars þessi sem er á kápunni. Aðalbygging Landspítala var svo reist nokkrum númerum minni en í anda hinnar glæstu fyrirmyndar. Ljósmyndin af nýjum Landspítala í burðarliðnum er tekin 17. desember þegar veturinn gekk í garð. Símamynd/Védís

UMFJÖLLUN OG GREINAR

33

Aldraðir fái aftur sess í samfélaginu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ef okkur tekst að stytta meðaltímann sem aldraðir dvelja á hjúkrunarheimili um tvo mánuði sparast um 3-4 milljarðar á ári," segir Ólafur Þór Gunnarsson öldrunarlæknir. Verkefnastjórnin sem hann stýrir hefur sett fram aðgerðaáætlun til fjögurra ára um heildarendurskoðun á þjónustu við aldraða





34

Ætlaði að fljúga um allan heiminn en kynnist honum núna sem læknir án landamæra

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég ætlaði að verða atvinnuflugmaður," segir Gunnar Auðólfsson, yfirlæknir skurðlækninga á Landspítala, sem var langt kominn með atvinnuflugmannsréttindi þegar hann náði inn í læknisfræði í Háskóla Íslands

BÓKADÓMAR

44

Farsótt - Hundrað ár í Þingholtsstræti 25
Katrín Fjeldsted

45

Bréfin hennar mömmu
Helga M. Ögmundsdóttir

46

Spítalastelpan – Hversdagshetjan Vinsý
Hlynur Níels Grímsson

48

Læknadagar 2023, 16.-20. janúar – ítarleg dagskrá

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI



52

Steinn Jónsson

Lungnalækningar



53

Sólrún Björk Rúnarsdóttir

Af hverju lungnalækningar?

BRÉF TIL BLAÐSINS

38

Sigurdís Haraldsdóttir, Steinunn Þórðardóttir

Hvernig má auka framleiðni (og starfsánægju) lækna?

Eru læknar að sinna verkefnum sem betur eiga heima hjá öðrum fagstéttum? Eru til verkferlar sem létta undir daglegum störfum lækna eða þarf að bæta boðleiðir?

39

Berglind Bergmann, Hildur Jónsdóttir

Greiningarferðalagið – æfingin skapar meistarann

Þeir sem skara fram úr, til dæmis tónlistarmenn, eyða 95% af tíma sínum við æfingar en 5% við að koma fram

40

Valgerður Sigurðardóttir

Samnorrænt sérfræðinám í líknarlækningum

Á árunum 2007-2015 öðluðust líknarlækningar viðbótarsérfræðiviðurkenningu á öllum Norðurlöndunum

42

Heiðruð og verðlaunuð á Lyflæknaþingi

Metaðsókn var á Lyflæknaþingi í ár. Þrír voru heiðraðir, tvö fengu sérstaka viðurkenningu og þrjú voru verðlaunuð fyrir bestu ágripin

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



25

Oddur Steinarsson

Lækningar og skriffinnska

Ég flutti heim til Íslands frá Svíþjóð árið 2014. Fljótlega rak ég mig á það hve mikil skriffinnska er enn við lýði hér á landi varðandi vottorð og greinagerðir

DAGUR Í LÍFI ÖLDRUNARLÆKNIS



37

Guðný Stella Guðnadóttir

16.00

Ég legg mig enda komin 28 vikur á leið og það var augljóslega ekki góð hugmynd að verða ófrísk svona á gamals aldri

UPPÁHALDSBÓKIN MÍN



47

Sigurður Guðmundsson

Erat maður alls vesall

Ég hef orðið fyrir áhrifum af mörgum bókum; er hæfilega áhrifagjarn, les mikið, og hef alltaf gert frá því ég byrjaði að stauta.

LIPUR PENNI



54

Pétur Sólmar Guðjónsson

Af tegundum baktería

Bakterían er reiðhjólamennska. Landspítali borgaði mér nefnilega um skeið fyrir að hjóla í vinnuna



Septabene®

Septabene citron og honning (benzydaminehydrochloride/cetylpyridiniumchloride) 3 mg/1 mg munnsogstöflur eru ætlaðar fullorðnum, unglingum og börnum eldri en 6 ára, til staðbundinnar og stuttrar bólgueyðandi, verkjastillandi og sótthreinsandi meðferðar við ertingu í hálsi, munni og tannholdi. Leysa á eina munnsogstöflu hægt upp í munninum á 3 til 6 klukkustunda fresti. Ekki er ráðlagt að nota lyfið strax fyrir eða eftir tannburstun. Ekki á að borða eða drekka í a.m.k. eina klukkustund eftir töku lyfsins. Notkun er ekki ráðlögð á meðgöngu. **Septabene (benzydaminehydrochloride/cetylpyridiniumchloride) 1,5 mg/ml + 5 mg/ml munnholsúði, lausn** er ætlaður fullorðnum, unglingum og börnum eldri en 6 ára, til staðbundinnar og stuttrar bólgueyðandi, verkjastillandi og sótthreinsandi meðferðar við ertingu í hálsi, munni og tannholdi og fyrir og eftir tanndrátt. Opnið munninn vel, beinið úðastútnum að kokinu og þrýstið 1-2 sinnum á úðadæluna. Haldið niðri andanum meðan úðað er. Notkun er ekki ráðlögð á meðgöngu. **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir, sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.**
KRKA, d.d., Novo mesto. KRK220902 – September 2022

Vísindavinna og sérfræðimenntun lækna – væntingar og vonir um betri tíð



Helga Ágústa Sigurjónsdóttir
sérfræðingur í lyflækningum og innkirtla- og efnaskiptalækningum, klínískur prófessor við Landspítala og Háskóla Íslands. Sérfræðilæknir Læknasetri. Ritstjóri *Læknablaðsins*
helgaags@landspitali.is

Fjármögnun vísinda þarf að ná athygli ríkisstjórnarinnar. Vísindavinnu í heilbrigðiskerfinu þarf að fjármagna samhliða menntun heilbrigðisstarfsmanna. Heilbrigðismenntun byggir á vísindalegum rannsóknum og stoðum. Ítrekað hefur verið lýst áhyggjum af hnignun vísindavinnu á Íslandi, eins og *Læknablaðið* hefur fjallað um. Vísindavinnu þarf að vera hægt að vinna á dagvinnutíma eins og aðra vinnu. Til þess þarf fjármagn og mannafla. Það fé sem hefur verið lagt til rannsókna mætir langt í frá þeirri þörf sem fyrir er. Vísindavinna samhliða sérnámi eykur gæði sérnáms, undirstöðu og víðsýni og styrkir stoðir heilbrigðiskerfisins. Vísindafé til heilbrigðisrannsókna ætti því að vera samstarfsverkefni milli ráðuneyta sem halda um fjármagn, menntun, nýsköpun og heilbrigðismál hið minnsta. Þjóðin hefur lýst vilja sínum um að heilbrigðismál séu sett í forgang – heilbrigðismál tengjast vísindavinnu órjúfanlegum böndum. Átak þarf að verða í fjármögnun ríkisstjórnarinnar á vísindavinnu innan heilbrigðiskerfisins.

Læknar væntu mikils af nýjum heilbrigðisráðherra en áþreifanlegar breytingar í heilbrigðiskerfinu á liðnu ári eru litlar. Í viðtali *Læknablaðsins* við nýskipaðan heilbrigðisráðherra í fyrsta tölublaði síðasta árs, lýsti ráðherrann, Willum Þór Þórsson, mikilvægi þess að samið yrði við sérfræðilækna sem og alla aðra sem sinna heilbrigðisþjónustu þessa lands. Enn er ósamið og árið að lokum komið. Enn eru læknar fullir vona og væntinga til jákvæðra breytinga bæði innan og utan Landspítala.

Mannekla, starfsumhverfi og vinnuálag lækna hefur verið tíðrætt og niðurstöður kannana um þessi efni verið daprar eins og fram hefur komið í *Læknablaðinu* á síðastliðnu ári. Spálíkan Læknafélags Íslands fram til 2040 varðandi mannafla, var birt í 5. tölublaði blaðsins, þar sem fram kom að endurnýjun lækna í ákveðnum sérgreinum er ekki nægjanleg. Af hverju er það svo? Líða þessar sérgreinar fyrir verra starfsumhverfi, vinnuálag eða annað sem hægt væri að bæta? Fá yngri læknar tækifæri til að kynnast minni sérgreinum, sérgreinum sem þörf er á fyrir íslenskan almenning svo ekki þurfi að senda sjúklinga á milli landa til greininga eða meðferðar? Það hefur verið íslenskri heilbrigðisþjónustu dýrmætt að hafa vel menntaða sérfræðilækna með framhaldsmenntun frá hinum ýmsu löndum austan og vestan hafs. Sérfræðimenntaðir læknar hafa á þann hátt byggt upp tengslanet sem verður ekki metið til fjár og iðulega nýtist til samráðs og samvinnu varðandi flóknar greiningar og meðferð sjúklinga og vísindavinnu, sem í ljósi smæðar þjóðarinnar er afar mikilvægt. Styðja þarf við áframhaldandi sérfræðimenntun lækna í smærri og stærri sérgreinum. Samtímis er ánægjulegt að nú fjölgar þeim sérgreinum sem hægt er að nema til sérfræðináms á Íslandi og á síðastliðnu ári var útskrift fyrstu læknanna úr íslensku sérnámi í öldrunarlækningum, Eyrúnar Baldursdóttur og Þórunnar Helgu Felixdóttur, og bráðalækningum, Rosemary Lea Jones. Ánægjuleg framþróun sem nýtist heilbrigðiskerfinu vel.

Ákveðnar breytingar verða nú settar fram í *Læknablaðinu* sem lesendur verða varir við í 1. tölublaði ársins. Nýir pistlar hefja göngu sína. *Sérgreinin sem ég valdi*: þar munu eldri og yngri sérfræðingar fara yfir af hverju þeir völdu sína sérgrein. *Uppáhaldsbókin mín*: Læknir fjallar um bók, fræðilega, vísindalega, skáldsögu eða annað, sem hefur haft djúp áhrif á viðkomandi. Læknirinn skorar síðan á annan kollega að gera hið sama í næsta blaði. Auk þessa hafa verið gerðar breytingar varðandi tíma fyrir ritrýna, uppsetningu fræðigreina og lengd og er þeim vel lýst á heimasíðu blaðsins.

Þjóðin hefur lýst vilja sínum til þess að heilbrigðismál verði sett í forgang og þau tengjast vísindavinnu órjúfanlegum böndum. Átak þarf að verða í fjármögnun ríkisstjórnarinnar á vísindavinnu innan heilbrigðiskerfisins.

Magnús Haraldsson geðlæknir víkur nú sæti eftir 6 ára setu í ritstjórn blaðsins og eru honum þökkuð vel unnin störf. *Læknablaðið* býður Odd Ingimarsson geðlækni á Landspítala velkominn í ritstjórn. Oddur, lauk embættisprófi frá læknadeild Háskóla Íslands 2005 og sérfræðilækningum í geðlækningum frá Landspítala 2015. Hann varði doktorsritgerð sína við Háskóla Íslands 2018 um aukaverkanir geðrofslyfja. Hann er auk þess viðskiptafræðingur með meistaragráðu í fjármálum fyrirtækja. Oddur hefur verið í samninganefnd Læknafélags Íslands, setið fyrir félagið í Almenna lífeyrissjóðnum til margra ára og í vísindanefnd Geðlæknafélags Íslands frá 2018.

Læknablaðið þakkar höfundum fræðigreina fyrir aðsendar greinar og ritrýnum blaðsins fyrir mikilvæga vinnu.

Scientific work and education of doctors to specialists – hope and faith for better times

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir
MD, PhD, clinical professor
Landspitali University Hospital and Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland,
Senior consultant at Laeknasetur Outpatient clinic.
Chief Editor of the Icelandic Medical Journal

doi 10.17992/lbl.2023.01.722

Fyrir sjúklinga með langvinna lungnateppu með einkennum sem eru í hættu á versnun þegar LAMA/LABA eða ICS/LABA hafa ekki nægilega verkun

TRIXEO AEROSPHERE®

(budesonid/formoterol/glykopyrronium)

Dregur úr hættu á versnun og eykur stjórn á einkennum samanborið við LAMA/LABA og ICS/LABA[1,2*]

NÝTT INNÖNDUNAR-TÆKI**



DREGUR ÚR

MEÐALSVÆSINNI/SVÆSINNI VERSNUN

Lækkun um 24% (-0,34 tilvik á hvert sjúklingaár; p<0,0001) samanborið við LAMA/LABA og 13% (-0,16 tilvik á hvert sjúklingaár; p=0,0027) samanborið við ICS/LABA

BETRI STJÓRN Á EINKENNUM

Bati samkvæmt TDI mælikvarða (0,4 eininga bati; p<0,0001 samanborið við LAMA/LABA og 0,31 eininga bati; p<0,0001 samanborið við ICS/LABA) og minni notkun bráðalyfs (meðferðarmunur -0,51 úðaskammtar/ sólarhring; p<0,0001 samanborið við LAMA/LABA og -0,37 úðaskammtar/sólarhring; p<0,0001 samanborið við ICS/LABA)

ÞRIGGJA LYFJA BLANDA MEÐ BUDESONIDI

Hægt að nota með eða án úðabelgs

* Í klínísku rannsóknunum var Trixeo Aerosphere borið saman við föstu lyfjasamsetningarnar glykopyrronium/formoterol og budesonid/formoterol.

** Nýr litur, stærri og skýrari teljari, hlífðarhetta sem situr föst á innöndunartækinu.

Heimildir: 1. Samantekt á eiginleikum Trixeo Aerosphere, www.serlyfjaskra.is. **2.** Rabe KF *et al. N Engl J Med.* 2020;383:35-48.

Trixeo Aerosphere 5 µg/7,2 µg/160 µg, innúðalyf, dreifa

Heiti virkra efna
Formoterolfumarat dihydrat, glycopyrronium, budesonid.

Ábending
Trixeo Aerosphere er ætlað til viðhaldsmeðferðar hjá fullorðnum sjúklingum með meðalsvæsna til svæsna langvinna lungnateppu sem fá ekki fullnægjandi meðferð með samsetningu af barksterum til innöndunar og langverkandi β_2-örvum eða með samsetningu langverkandi β_2-örva og langverkandi múskarínblokka.

Frábendingar
Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.

Markaðsleyfishafi
AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Svíþjóð

Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

IS/SE-11855-12-22

Vistor hf./AstraZeneca á Íslandi
Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími 535 7000, www.vistor.is

vistor

AstraZeneca

TRIXEO AEROSPHERE®
(budesonid, formoterol, glykopyrronium)
innúðalyf, dreifa

Afleysingalæknir óskast



Lilja Sigrún Jónsdóttir
heimilislæknir,
klínískur dósent við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins,
í ritstjórn *Læknablaðsins*
lilja.sigrun.jonsdottir@heilsugaeslan.is

„Það verður enginn skurðlæknir á vakt yfir jólahátíðina," sagði blessuð konan sem þurfti að flytja með fjölskylduna suður, þar sem hún vænti fæðingar um áramótin. Þetta er ekki frásögn af fæðingu frelsarans; árið er 2022 og landið er Ísland. Af æðruleysi voru gerðar þær öryggisráðstafanir sem þykja viðeigandi fyrir fæðingarhjálp kvenna í dag og vonandi farnaðist konu og barni vel. Þessi saga sem birtist í fjölmiðlum nýverið rammar vel inn stöðu okkar í íslensku heilbrigðiskerfi í dag. Læknar eru of fáir hér á landi, eru mannlegir og þurfa að fá hvíld og frí til að endurnýja starfskrafta, stunda endurmenntun og að viðhalda færni sinni.

Einstaklingar sem hafa lært til læknis hafa lagt að baki langt nám, ýmist hér á landi eða erlendis. Stærstur hluti sérfræðilækna sækir sér framhaldsmenntun erlendis og flytur þá búferlum til margra ára.

Sérfræðilæknir hefur stundað nám á háskólastigi í að minnsta kosti 10-12 ár og á þeim tíma sérhæft sig til starfa í fagi sem er í stöðugri þróun. Sérhæfingin er verðmæt eign í alþjóðlegu samhengi sem þarf að viðhalda með endurmenntun, þjálfun og vísindalegu starfi. Á sama tíma eru læknar við störf að sinna fólki og þar getur verið áskorun að mæta væntingum um straumlínulögun í ferlum og auknum afköstum, enda einstaklingar ólíkir og misjafnlega færir að leita aðstoðar og fá úrlausn sinna mála.

Við sem búum á þessu landi höfum væntingar um að geta notið þjónustu heilbrigðiskerfisins, tímanlega og á skilvirkan hátt, þegar á reynir. Á nýliðnum farsóttartímum hefur almenningur fengið mikla innsýn í hvað þarf til að heilbrigðiskerfið sé starfhæft. Sömuleiðis vísindastarfið sem lá að baki því hvernig bóluefni voru þróuð, prófuð og nýtt til að milda afleiðingar faraldursins, verja líf og heilsu samhliða því að tryggja starfshæfni heilbrigðiskerfisins. Hliðstæð þróun er stöðugt í gangi á hverjum tíma í öllum sérgreinum læknisfræðinnar og því ærið starf fyrir sérfræðinga að tileinka sér nýjungar á hverjum tíma.

Það er dýrmætt hve hátt hlutfall sérfræðilækna flytur heim til Íslands eftir sérfræðinám, til starfa á mismunandi stöðum í heilbrigðisþjónustunni. Tölfræði til margra áratuga sýnir að um fjórðungur starfar þó áfram á erlendri grund eftir sérhæfingu. Orsakir þess liggja ekki fyrir, né heldur hvað gæti stutt við að fleiri skili sér heim. Sú breyting að íslensk ungmenni sækja grunnnám læknisfræðinnar erlendis getur nýst þjóðinni vel. Ef vel tekst til, getur það stutt fjölgun sérfræðilækna hér hraðar en ella.

Starfsumhverfi lækna hér á landi þarf að mæta væntingum þessa sérhæfða starfskrafts sem hefur marga valkosti þegar kemur að vali á starfsvettvangi. Áherslur hjá yngra fólki í dag á jafnvægi vinnu og einkalífs eykur þörf fyrir að tryggja góða umgjörð og stuðning í starfi.

Hvaða tilgangi þjónar nú að ræða þessi mál í upphafi ársins 2023?

Á síðasta aðalfundi Læknafélags Íslands var heiðarleg og beinskeytt umræða um hvað læknar væru að upplifa í sínu starfsumhverfi. Samhljómur hvað varðaði lýsingu á löngum biðlistum, takmörkunum á starfsumhverfi fólks og vinnuálag langt umfram það sem ásættanlegt geti talist. Öll þau sem þar stigu fram gerðu það til að kalla eftir úrbótum og lyfta fram vanda sem þau hafa innsýn í. Sú þrautseigja sem þar birtist sýnir að læknar vilja fá aðstæður til að gera betur en úrbætur eru ekki á þeirra valdi. Ákall þeirra minnti mig á tilvísun í Benjamin Franklin forseta Bandaríkjanna: *„To fail to plan is to plan to fail"*. Það er mín von að áætlanir um leiðir út úr ógöngum þeim sem heilbrigðiskerfið okkar er komið í, séu í vinnslu í ráðuneytum þessa lands. Sömuleiðis vonast ég til að sem flestir kollegar fái tækifæri til að mæta á Læknadaga til að stunda endurmenntun sína og ræða áfram áskoranir og lausnir.

Hátt hlutfall sérfræðilækna flytur heim til Íslands eftir sérfræðinám. Tölfræði til margra áratuga sýnir að um fjórðungur starfar þó áfram á erlendri grund eftir sérhæfingu.

Temporary doctor requested („locum tenens physicians")

Lilja Sigrún Jónsdóttir MD
General Practitioner, Clinical lecturer of the Primary Care of the Capital area
In the editorial board of *The Icelandic Medical Journal*

doi 10.17992/lbl.2023.01.723



forxiga®
(dapagliflozin)

Eini SGLT2 hemillinn sem hefur sýnt fram á lækkun á dánartíðni bæði vegna langvinnrar hjartabilunar með minnkað útstreymisbrot (HFrEF) og langvinns nýrnasjúkdóms (CKD)[1]

Forxiga® (dapagliflozin) er í dag eini SGLT2 hemillinn sem sýndi marktækt lengri lifun hjá báðum sjúklingahópunum sem eru með langvarandi hjartabilun (HFrEF) og langvinnan nýrnasjúkdóm (CKD), með eða án sykursýki af tegund 2 (T2D).[1]

- Forxiga lengir lifun og dregur úr sjúkrahúsinnlögnum vegna hjartabilunar um **26%** hjá sjúklingum með langvarandi hjartabilun (HFrEF), samanborið við lyfleysu, RRR (ARR 4,9%, p<0,0001).†[1]
- Forxiga hægir á sjúkdómsframgangi og lengir lifun um **39%** hjá sjúklingum með langvinnan nýrnasjúkdóm (CKD), samanborið við lyfleysu, RRR (ARR 5,3%, p<0,0001).‡[1]

Einföld meðferð við CKD, HFrEF og T2D

Hefja má meðferð með Forxiga niður í eGFR ≥25 ml/mín./1,73 m^2, óháð ábendingu. Stakur skammtur, 10 mg einu sinni á dag, án skammtaaðlögunar.[1]

† Samsettur aðalendapunktur fyrir dauðsfall af völdum hjarta- og æðasjúkdóma, sjúkrahúsinnlögn vegna hjartbilunar eða heimsóknir á bráðamóttöku vegna hjartabilunar.
‡ Samsettur aðalendapunktur ≥50% varanleg versnun eGFR, lokastigsnýrnabilun (ESCD), dauðsfall af völdum hjarta- og æðasjúkdóma eða nýrnasjúkdóma.
1 Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Forxiga, www.serlyfjaskra.is.

Forxiga 5 mg og 10 mg filmuhúðaðar töflur

Heiti virkra efna
Dapagliflozin.

Ábendingar

Sykursýki af tegund 2
Forxiga er ætlað sem meðferð hjá fullorðnum og börnum 10 ára og eldri með ófullnægjandi stjórn á sykursýki af tegund 2 til viðbótar við sérstakt mataræði og hreyfingu sem einlyfjameðferð þegar notkun metformins er ekki talin henta vegna óþols eða til viðbótar við önnur lyf til meðferðar á sykursýki af tegund 2.

Hjartabilun
Forxiga er ætlað sem meðferð hjá fullorðnum við langvarandi hjartabilun með einkennum og skertu útfallsbrot.

Langvinnur nýrnasjúkdómur
Forxiga er ætlað sem meðferð hjá fullorðnum við langvinnum nýrnasjúkdómi.

Frábendingar
Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.

Markaðsleyfishafi
AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Svíþjóð.

Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

AstraZeneca

vistor

IS/SE – 11623 – okt 2022 – FOR

Algengi og nýgengi mígrenis og ávísanir á lyf við mígreni í heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins

Sólveig Sara Ólafsdóttir[1] lyfjafræðingur
Jón Hersir Elíasson[2] læknir
Anna Margrét Guðmundsdóttir[3] læknir
Emil L. Sigurðsson[3,4,5] læknir
Lárus S. Guðmundsson[1] lyfjafræðingur

[1]Lyfjafræðideild Háskóla Íslands, [2]Centralsjukhuset Kristianstad, Svíþjóð, [3]heilsugæslan Sólvangi, Hafnarfirði, [4]læknadeild Háskóla Íslands, [5]Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu.

Fyrirspurnum svarar Lárus S. Guðmundsson, *larussg@hi.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Markmið rannsóknarinnar var að skoða nýgengi mígrenis yfir tvö tímabil, 2000-2009 og 2010-2019, hjá einstaklingum á aldrinum 10-79 ára á heilsugæslustöðinni Sólvangi og heilsugæslustöðinni Firði, Hafnarfirði. Einnig að kanna algengi mígrenis í heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu á tímabilinu 2010-2019 og að skoða lyfjaávísanir sértækra mígrenilyfja auk annarra lyfja sem notuð eru við mígreni.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin er afturskyggn gagnarannsókn byggð á gögnum úr sjúkraskrárkerfi heilsugæslustöðva höfuðborgarsvæðisins. Rannsóknarþýðið eru einstaklingar á aldrinum 10-79 ára sem fengu sjúkdómsgreininguna mígreni, G43 samkvæmt ICD-10 flokkunarkerfinu.

NIÐURSTÖÐUR

Nýgengi mígrenis á aldrinum 10-79 ára yfir 10 ára tímabil á heilsugæslustöðinni Sólvangi árin 2000-2009 var áætlað 3,4 tilfelli fyrir hver 1000 persónuár. Á heilsugæslustöðinni Sólvangi og heilsugæslustöðinni Firði árin 2010-2019 var nýgengið áætlað 2,9 tilfelli fyrir hver 1000 persónuár. Aukning var á lyfjaávísunum triptan-lyfja, ópíóíða og beta-blokka milli tímabilanna þar sem tveir þriðju einstaklinga fengu lyfjaávísun einhvern tímann yfir tímabilin tvö. Konur voru um þrisvar sinnum líklegri til að greinast með mígreni en karlar, karlar greinast yngri með mígreni en konur. Algengi mígrenis hjá einstaklingum á aldrinum 10-79 ára á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins yfir tímabilið 2010-2019 var 4,4%.

ÁLYKTUN

Algengi mígrenis á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins er einungis þriðjungur af algengi í lýðgrunduðu úrtaki úr forrannsókn Heilsusögu Íslendinga. Aukning lyfjaávísana ópíóíða meðal einstaklinga með mígreni er áhyggjuefni sem þarfnast nánari athugunar.

Inngangur

Mígreni er skilgreint sem endurtekin höfuðverkjaköst sem standa oftast yfir í 4-72 klukkustundir og er oft mjög hamlandi sjúkdómur.[1] Oftast fylgja mígreniköstum ljósfælni/hljóðfælni og ógleði eða uppköst.[2] Sumir einstaklingar fá mígreniköst þar sem aðal einkennið er mígreni-ára en höfuðverkurinn sem fylgir er oft á tíðum vægur.[3] Mígreni er í öðru sæti á heimsvísu yfir sjúkdóma sem valda færniskerðingu hjá konum.[4] Mígreni er algengur sjúkdómur sem hrjáir um 11% mannkyns á heimsvísu og er um þrisvar sinnum algengara hjá konum en körlum, um 14% kvenna og 6% karla eru með mígreni.[5] Algengi mígrenis í lýðgrunduðum rannsóknum er mun hærra en algengi mígrenis í rannsóknum í heilsugæslu en erlendar rannsóknir benda til þess að aðeins um helmingur einstaklinga með mígreni hafi fengið mígrenigreiningu hjá heimilislækni.[6,7] Ein helsta ástæða lægra algengis í mígrenirannsóknum í heilsugæslu er að margir einstaklingar með mígreni meðhöndla sig sjálfir, til dæmis með lausasölulyfjum eða fæðubótarefnum og leita sér þar af leiðandi ekki greiningar og með-

ferðar í heilsugæslu.[8] Þessir einstaklingar greinast hins vegar með mígreni í lýðgrunduðum faraldsfræðilegum mígrenirannsóknum.

Algengi mígrenis á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins hefur ekki verið skoðað eftir árið 2000. Rannsóknin *Mígreni – greining og meðferð í heilsugæslu* sem var gerð á tímabilinu 1990-2000[9] er grunnur núverandi rannsóknar á nýgengi og algengi mígrenis ásamt lyfjaávísunum hjá einstaklingum með mígreni á heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu. Sú rannsókn gaf til kynna 2,3% algengi mígrenis hjá einstaklingum á aldrinum 8-91 árs. Triptan-lyf, ópíóíðar og bólgueyðandi lyf voru mest ávísuðu lyfin hjá einstaklingum með mígreni.

Tilgangur þessarar rannsóknar er að meta nýgengi mígrenis yfir tvö 10 á tímabil frá árunum 2000-2009 og 2010-2019, hjá einstaklingum á aldrinum 10-79 ára á heilsugæslustöðvunum Sólvangi og Firði, Hafnarfirði og að kanna algengi mígrenis hjá einstaklingum á aldrinum 10-79 ára sem leituðu til heilsugæslustöðva höfuðborgarsvæðisins á árabilinu 2010-2019. Ennfremur að skoða lyfjaávísanir sértækra mígrenilyfja og annarra lyfja sem notuð eru við mígreni hjá einstaklingum með mígreni yfir bæði tímabilin á heilsugæslustöðvunum Sólvangi og Firði.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin er afturskyggn gagnarannsókn þar sem unnið var út frá gögnum úr sjúkraskrárkerfi á heilsugæslustöðvunum Sólvangi og Firði ásamt öðrum heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins, sem eru í heildina 19 talsins. Rannsóknartímabilin eru tvö, árin 2000-2009 og 2010-2019. Rannsóknarþýðið eru einstaklingar á aldrinum 10-79 ára sem fengu sjúkdómsgreininguna mígreni, G43 samkvæmt ICD-10, á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins. Gögnin innhéldu upplýsingar um fæðingardag, dánardag ef við átti, kyn, heilsugæslustöð viðkomandi og dagsetningu mígrenigreiningar G43 (skv. ICD-10). Annað gagnasett innihélt upplýsingar um lyfjaávísanir einstaklinga með mígrenigreiningu þar sem fram komu útgáfuár lyfjaávísunar, ATC-flokkur lyfs, styrkleiki, magn og fjöldi afgreiðslna. Kennitölur einstaklinga voru kóðaðar fyrir afhendingu svo gögnin innihéldu engar persónugreinanlegar upplýsingar.

Útiloka þurfti Læknastöðina Uppsali úr rannsókninni vegna skorts á upplýsingum. Einstaklingar sem fengu mígrenigreiningu (G43 skv. ICD-10) á heilsugæslustöðinni Sólvangi fyrir árið 2000 voru útilokaðir þegar nýgengi var reiknað fyrir tímabilið 2000-2009. Á sama hátt voru einstaklingar sem fengu mígrenigreiningu á heilsugæslustöðvunum Sólvangi og Firði fyrir árið 2010 útilokaðir þegar nýgengi á tímabilinu 2010-2019 var reiknað. Ártölin 2009 og 2019 voru notuð við reikning á aldri einstaklinga í þýðinu, eða árið við lok hvers tímabils, árið 2009 fyrir tímabilið 2000-2009 og árið 2019 fyrir tímabilið 2010-2019.

Ástæða fyrir notkun ártals í lok tímabils var vegna greiningardagsetningar sem spannar allt tímabilið og varð því ósamræmi á milli aldurs við greiningar og aldursviðmiðs ef notað var ártal við upphaf eða miðju tímabils við reikning á aldri einstaklinga. Heilsugæslan Sólvangur þjónustaði Hafnarfjörð og Álftanes ein síns liðs til ársins 2006 en þá hóf heilsugæslan Fjörður starfsemi sína og hluti lækna á heilsugæslustöðinni Sólvangi flutti starfsstöð sína yfir á heilsugæslustöðina Fjörð. Því þótti rökrétt að nota gögn bæði frá heilsugæslustöðinni Sólvangi og heilsugæslustöðinni Firði fyrir tímabilið 2010-2019.

Tafla I. Flokkun ATC-kóða sem notaðir voru við gagnavinnslu og við framsetningu gagna. ATC-kóðar voru fengnir af Sérlyfjaskrá.[30]

Flokkur	ATC kóðar
Bólgueyðandi lyf	M01AB05, M01AE01, M01AE02
Önnur verkjalyf	N01BE01 og N02BA
Triptan-lyf	N02CC
Ergot-lyf	N02CA
Önnur mígrenilyf	N02CD og N02CX
Ópíóíðar	N02A
Beta-blokkar	C07

Aldursdreifing þýðisins var skoðuð sem hlutfall af aldursdreifingu einstaklinga á aldrinum 10-79 ára skráðra í Hafnarfirði og Álftanesi, póstnúmerum 220, 221 og 225, upptökusvæði heilsugæslustöðvarinnar Sólvangi og heilsugæslustöðvarinnar Firði samkvæmt Hagstofu Íslands.[10] Við áætlun á nýgengi mígrenis í einingunni tilfelli fyrir hver 1000 persónuár var ákveðið að hver einstaklingur sem fær mígrenigreiningu yfir tímabilið gefi þann fjölda ára frá upphafi rannsóknartímabils fram að greiningu mígrenis.

Við úrvinnslu lyfjaávísana voru einstaklingar paraðir einu sinni fyrir hvern ATC-kóða. Ef einstaklingur fékk fleiri en eina lyfjaávísun fyrir sama lyfi/ATC-kóða voru þær lyfjaávísanir útilokaðar. Einstaklingur getur hins vegar hafa fengið lyfjaávísun fyrir fleiri en einu lyfi með mismunandi ATC-kóða og því eru lyfjaávísanir fleiri en mígrenigreiningar. Flokkun ATC-kóða má sjá í töflu I.

Við úrvinnslu á algengi mígrenis var notuð skýrsla Sjúkratrygginga Íslands, *Heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu. Yfirlit 2018* sem gaf upp fjölda skráðra einstaklinga á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins.[11] Gögn Hagstofu Íslands um aldursdreifingu og kynjahlutfall allra einstaklinga í póstnúmerum 220 Hafnarfjörður, 221 Hafnarfjörður og 225 Álftanes fyrir árin 2009 og 2019 voru notuð til að reikna hlutfall mígrenigreininga eftir aldri.[10]

Rannsóknin hlaut leyfi vísindasiðanefndar (VSN-20-165) og vísindanefndar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Háskóla Íslands. Notast var við RStudio-útgáfu 1.3.1093 og Microsoft Excel útgáfu 16.44;2020 við gagnaúrvinnslu og myndræna framsetningu. Tölfræðileg próf til að kanna marktækni milli meðaltals tveggja breyta voru notuð við úrvinnslu, tvíhliða t-próf þar sem marktektarmörk voru sett sem p-gildi <0,05.

Niðurstöður

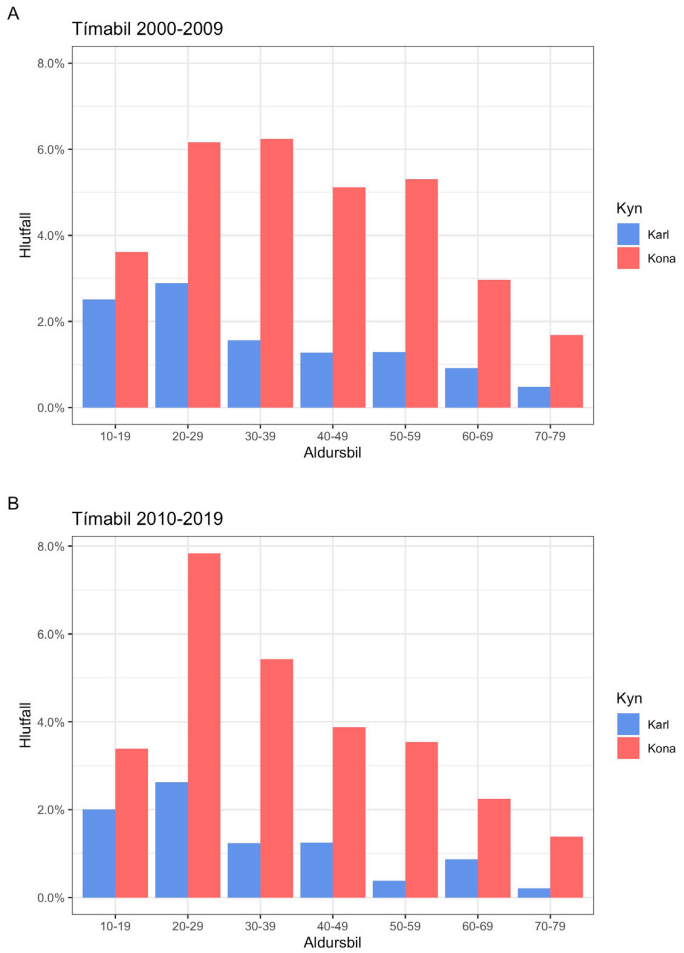
Nýgengi mígrenis

Á tímabilinu 2000-2009 fengu 950 einstaklingar á aldrinum 10-79 ára greininguna mígreni (G43 samkvæmt ICD-10) á heilsugæslustöðinni Sólvangi. Meðalaldur þýðisins var 34,8 ár (sf 15,1). Á tímabilinu 2010-2019 fengu 930 einstaklingar á aldrinum 10-79 ára

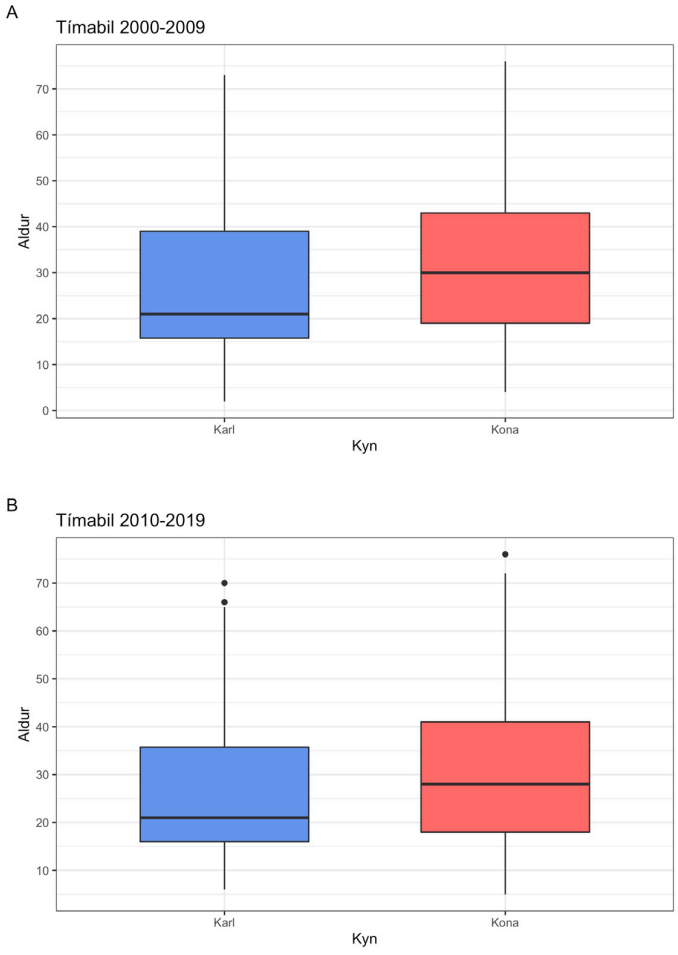
Tafla II. Nýgengi mígrenis á aldrinum 10-79 ára eftir heilsugæslustöðvum og tímabilum ásamt kynjahlutfalli.

Tímabil	Heilsugæslustöð	Mannfjöldi á upptökusvæði	Fjöldi mígreni greininga	Nýgengi	Kynjahlutfall (kk:kvk)
2000-2009	Sólvangur[1]	28.3661[1]	950	3,3%	1:2,7
2010-2019	Sólvangur og Fjörður[2]	32.3922[2]	930	2,9%	1:3,1

[1]Mannfjöldi á upptökusvæði heilsugæslustöðvarinnar Sólvangi, Hafnarfjörður og Álftanes, samkvæmt Hagstofu Íslands í janúar 2009.
[2]Mannfjöldi á upptökusvæði heilsugæslustöðvarinnar Sólvangi og heilsugæslustöðvarinnar Firði, Hafnarfjörður og Álftanes, samkvæmt Hagstofu Íslands í janúar árið 2019



Mynd 1. *Nýgengishlutfall mígrenigreininga eftir aldursbili og kyni fyrir heilsugæslustöðina Sólvang fyrir tímabilið 2000-2009 (A) og fyrir heilsugæslustöðina Sólvang og heilsugæslustöðina Fjörð fyrir tímabilið 2010-2019 (B).*



Mynd 2. *Dreifing á aldri við greiningu mígrenis eftir kyni á heilsugæslustöðinni Sólvangi fyrir tímabilið 2000-2009 (A) og heilsugæslustöðvunum Sólvangi og Firði fyrir tímabilið 2010-2019 (B).*

greininguna mígreni á heilsugæslustöðvunum Sólvangi og Firði, 597 einstaklingar á heilsugæslustöðinni Sólvangi og 333 einstaklingar á heilsugæslustöðinni Firði. Meðalaldur þýðisins var 34,1 ár (sf 15,0). Nýgengi mígrenis á aldrinum 10-79 ára yfir 10 ára tímabil, árin 2000-2009, á heilsugæslustöðinni Sólvangi var 3,3%, nýgengi fyrir karla var 1,8% og 4,9% fyrir konur, með kynjahlutfallinu 1:2,7 (kk:kvk). Á tímabilinu 2010-2019 var nýgengi mígrenis á heilsugæslustöðvunum Sólvangi og Firði 2,9%. Nýgengið var 1,4% fyrir karla og 4,4% fyrir konur, með kynjahlutfallinu 1:3,1 (kk:kvk). Í töflu II má sjá fjölda mígrenigreininga eftir tímabilum fyrir heilsugæslustöðina Sólvang og heilsugæslustöðina Fjörð, mannfjölda á upptökusvæðinu, nýgengi mígrenis hjá einstaklingum á aldrinum 10-79 ára ásamt kynjahlutfalli.

Á mynd 1 má sjá aldursdreifingu þýðisins, nýgengishlutfall mígrenigreininga á heilsugæslustöðinni Sólvangi annars vegar og heilsugæslustöðvunum Sólvangi og Firði hins vegar eftir aldursbilum og kyni fyrir bæði tímabilin þar sem kynjahlutfallið var 50%.

Meðalaldur við greiningu mígrenis á heilsugæslustöðinni Sólvangi var 26,6 ár (sf 14,8) fyrir karla og 31,5 ár (sf 14,7) fyrir konur. Miðgildi var 21 ár fyrir karla en 30 ár fyrir konur. Meðalaldur við greiningu mígrenis á heilsugæslustöðvunum Sólvangi og Firði fyrir tímabilið 2010-2019 var 26,5 ár (sf 14,8) fyrir karla og 30,6 ár (sf 14,7) fyrir konur. Miðgildi var 21 ár fyrir karla en 28 ár fyrir konur. Á mynd 2 má sjá dreifingu aldurs við greiningu eftir kyni fyrir bæði tímabilin. Fyrir tímabilið 2000-2009 var munurinn á meðalaldri milli kynja við greiningu mígrenis 4,9 ár. Fyrir tímabilið 2010-2019 var munurinn á meðalaldri milli kynja við greiningu

Tafla III. Algengi mígrenis á aldrinum 10-79 ára á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins fyrir tímabilið 2010-2019.

Heilsugæslustöð	Fjöldi skráðra einstaklinga á heilsugæslustöð[1]	Fjöldi mígrenigreininga	Algengi %
Heilsugæslan Grafarvogi	11.898	759	6,4
Heilsugæslan Efra Breiðholti	9975	525	5,3
Heilsugæslan Mosfellsbæ	9818	509	5,2
Heilsugæslan Sólvangi	17.358	885	5,1
Heilsugæslan Árbæ	14.284	711	5,0
Heilsugæslan Mjódd	9422	426	4,5
Heilsugæslan Hlíðum	10.752	483	4,5
Heilsugæslan Garðabæ	12.406	540	4,4
Heilsugæslan Hvammur	9667	426	4,4
Heilsugæslan Salahverfi	15.276	665	4,4
Heilsugæslan Glæsibæ	8692	364	4,2
Heilsugæslan Hamraborg	10.385	431	4,2
Heilsugæslan Efstaleiti	9484	391	4,1
Heilsugæslan Fjörður	11.767	487	4,1
Heilsugæslan Seltjarnarnesi	16.061	652	4,1
Heilsugæslan Miðbæ	11.821	422	3,6
Heilsugæslan Lágmúla	15.276	531	3,5
Heilsugæslan Urðarhvarfi[2]	6219	219	3,5
Heilsugæslan Höfða[2]	15.867	227	1,4
Samtals/meðaltal	226.428	9653	4,4

[1]Úr skýrslu Sjúkratrygginga Íslands fyrir Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins frá árinu 2018.[1]
[2]Heilsugæslan Höfða og heilsugæslan Urðarhvarfi hófu starfsemi sína árið 2017 og eru 10 ára gögn því ekki aðgengileg.

mígrenis 4,1 ár. Marktækur munur var á meðalaldri milli kynja fyrir bæði tímabilin.

Algengi mígrenis

Á tímabilinu 2010-2019 voru 9653 einstaklingar með greininguna mígreni (G43 samkvæmt ICD-10) á aldrinum 10-79 ára í grunni sjúkraskrárkerfisins á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins, 2294 karlar (24%) og 7359 konur (76%) þar sem kynjahlutfallið var 1:3,2 (kk:kvk). Meðalaldur þýðisins var 39,1 ár (sf 15,9), miðgildi þýðisins var 37 ár. Algengi mígrenis á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins fyrir aldursbilið 10-79 ára var á bilinu 1,4-6,4%. Heildaralgengi mígrenis á öllum heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins var 4,4% (95%-ÖB: 4,0-4,9) fyrir einstaklinga á aldrinum 10-79 ára. Í töflu III má sjá algengi mígrenis á mismunandi heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins fyrir tímabilið 2010-2019 ásamt heildaralgengi allra heilsugæslustöðva höfuðborgarsvæðisins.

Lyfjaávísanir

Lyfjaávísanir sértækra mígrenilyfja og annarra lyfja sem notuð eru við mígreni voru skoðaðar hjá einstaklingum með mígrenigreiningu fyrir heilsugæslustöðina Sólvangi fyrir tímabilið 2000-2009 og allar heilsugæslustöðvar höfuðborgarsvæðisins fyrir tímabilið 2010-2019.

Af 950 einstaklingum með mígrenigreiningu á heilsugæslustöðinni Sólvangi fengu 618 (65%) lyfjaávísun sértækra mígrenilyfja og/eða annarra lyfja við mígreni á tímabilinu 2000-2009. Meðhöndlun var frá engri lyfjameðferð að meðhöndlun með 6 mismunandi lyfjum á tímabilinu 210-2019. Af 930 einstaklingum með mígrenigreiningu á heilsugæslustöðvunum Sólvangi og Firði fengu 727 (78%) lyfjaávísun á tímabilinu 210-2019. Meðhöndlun var frá engri lyfjameðferð að meðhöndlun með 9 mismunandi lyfjum yfir tímabilið. Af 9653 einstaklingum með mígrenigreiningu á öllum heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins fengu 8079 (84%) lyfjaávísun á tímabilinu 2010-2019. Fjöldi lyfjaávísana sértækra mígrenilyfja og/eða annarra lyfja við mígreni og hlutfall lyfjaávísana fyrir hvern lyfjaflokk sem hlutfall af fjölda mígrenigreininga fyrir hvert tímabil má sjá í töflu IV.

Umræða

Þessi rannsókn sýndi að nýgengi mígrenis á heilsugæslu var 3,3% tímabilið 2000-2009 og 2,9% tímabilið 2010-2019 og að algengi mígrenis var 4,4% á tímabilinu 2010-2019. Talsverð aukning varð á lyfjaávísunum ópíóða milli tímabila hjá einstaklingum með mígreni.

Nýgengi mígrenis á heilsugæslum hefur lítið verið rannsakað en flestar erlendar rannsóknir á lýðgrunduðu nýgengi mígrenis áætla nýgengi í einingunni „tilfelli fyrir hver 1000 persónuár“. Áætlað nýgengi fyrir tímabilið 2000-2009 var 3,4 tilfelli fyrir hver 1000 persónuár og fyrir tímabilið 2010-2019 var áætlað nýgengi 2,9 tilfelli fyrir hver 1000 persónuár í okkar rannsókn. Í rannsókn

Tafla IV. Lyfjaávísanir sértækra mígrenilyfja og annarra lyfja við mígreni og lyfjaávísanir fyrir hvern lyfjaflokk sem hlutfall af fjölda mígrenigreininga (n) fyrir hvert tímabil.

Lyfjaflokkur	Sólvangur tímabil 2000-2009 (n = 950)		Sólvangur og Fjörður tímabil 2010-2019 (n = 930)		Höfuðborgarsvæðið tímabil 2010-2019 (n = 9653)	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Bólgueyðandi lyf	485	51	573	62	6339	66
Ópíóíðar	360	38	545	59	6372	66
Önnur verkjalyf	3	0,3	1	0,1	45	0,5
Ergot-lyf	26	2,7	1	0,1	220	2,3
Triptan-lyf	315	33	445	48	5509	57
Önnur mígrenilyf	1	0,1	1	0,1	13	0,1
Beta-blokkar	62	6,5	153	17	2558	27

Tafla V. Nýgengi mígrenis á aldrinum 8-91 árs á heilsugæslustöðinni Sólvangi fyrir tímabilið 1990-2000 ásamt kynjahlutfalli (aðlöguð tafla).

Tímabil	Heilsugæslustöð	Mannfjöldi á upptökusvæði	Fjöldi mígreni-greininga	Nýgengi	Kynjahlutfall (kk:kvk)
1990-2000	Sólvangur	21.188[1]	490	2,3%	1:2,9

[1]Mannfjöldi á upptökusvæði heilsugæslustöðvarinnar Sólvangi, Hafnarfjörður og Álftanes, samkvæmt Hagstofu Íslands 1. desember 2000.

Becker og fleiri á nýgengi mígrenis á heilsugæslum í Bretlandi á árunum 1994-2001 hjá einstaklingum á aldrinum 0-79 ára var nýgengi mígrenis 3,69 tilfelli fyrir hver 1000 persónuár. Til útskýringar má nefna að ef heilsugæslurnar hefðu á ofangreindum tímabilum haft 10.000 skjólstæðinga, hefðu að jafnaði 34 einstaklingar greinst á ári tímabilið 2000-2009 og 29 einstaklingar á ári tímabilið 2010-2019. Áætlað nýgengi á Íslandi í okkar rannsókn er því svipað því sem kom fram í bresku rannsókninni.[12] Engin íslensk rannsókn hefur áður kannað nýgengi mígrenis á heilsugæslu en við höfum áætlað nýgengið í rannsókninni „Mígreni – greining og meðferð í heilsugæslu" sem birtist í *Læknablaðinu* árið 2009. Sú áætlun gefur til kynna 2,3% nýgengi mígrenis hjá einstaklingum á aldrinum 8-91 árs á heilsugæslustöðinni Sólvangi yfir tímabilið 1990-2000,[9] sjá töflu V. Nýgengi mígrenis í heilsugæslu hefur lítið verið rannsakað og við höfum ekki fundið aðrar rannsóknir á þessu sviði en fyrrnefnda rannsókn Beckers frá Bretlandi.

Í okkar rannsókn voru konur um þrisvar sinnum líklegri til að greinast með mígreni yfir bæði tímabilin, en kynjahlutfallið var 2,7 á tímabilinu 2000-2009 á heilsugæslustöðinni Sólvangi og 3,1 á tímabilinu 2010-2019 á heilsugæslustöðvunum Sólvangi og Firði. Í bresku rannsókninni var kynjahlutfallið 2,5.[12] Kynjahlutfallið er einnig í takt við lýðgrundaðar mígrenirannsóknir á Norðurlöndunum þar sem mígreni er mun algengara hjá konum en körlum.[5] Ýmsar tilgátur hafa verið lagðar fram til að skýra þennan mikla mun á milli kynja. Það hefur fyrst og fremst verið tengt við kynhormóna kvenna en einnig geta spilað inn erfðaþættir, munur á útsetningu streituvalda umhverfisins og mismunandi streitu- og verkjasvörun.[13]

Algengi mígrenis hjá einstaklingum á aldrinum 10-79 ára í heilsugæslum höfuðborgarsvæðisins yfir tímabilið 2010-2019 var 4,4%. Engin rannsókn á lýðgrunduðu algengi mígrenis á Íslandi hefur verið birt en meistararitgerðin „Mígreni með áru í íslensku þýði" sem var byggð á gögnum úr forrannsókn Heilsusögu Íslendinga var birt sem ágrip árið 2014.[14] Í þeirri rannsókn var notaður spurningalisti sem byggði á ICHD-3 (beta-útgáfu).[3] Niðurstöður þeirrar rannsóknar sýndu að 12 mánaða algengi mígrenis hjá einstaklingum á aldrinum 21-86 ára var 14,3%, 8,2% hjá körlum og 19,1% hjá konum[14] sem er þrefalt hærra algengi en algengi mígrenigreininga í heilsugæslum höfuðborgarsvæðisins. Erlendar rannsóknir á algengi mígrenis í heilsugæslum hafa á sama hátt sýnt töluvert lægra algengi en rannsóknir á lýðgrunduðu úrtaki.[15,16] Áætla má að helsta skýringin á þessu sé að stór hluti einstaklinga með mígreni meðhöndli sig sjálfur með lausasölulyfjum og leiti aldrei á heilsugæslu og fái því ekki greiningu og meðferð þar. Rannsókn var framkvæmd í heilsugæslum í Brasilíu þar sem kannað var hvers vegna sjúklingar með höfuðverk leituðu sér ekki læknisaðstoðar. Þeir sem leituðu til læknis, af ýmsum ástæðum, höfðu oftar spennuhöfuðverk, færri þeirra voru með mígreni með áru og þeir fengu almennt vægari höfuðverkjaköst og köstin voru fátíðari.[17] Í danskri lýðgrundaðri þversniðsrannsókn höfðu 50% einstaklinga með mígreni með áru leitað til læknis á móti 62% einstaklinga með mígreni án áru[18] en það er öfugt við niðurstöður úr rannsókninni frá Brasilíu.

Notkun triptan-lyfja jókst á rannsóknartímabilinu 2010-2019 og var hlutfall einstaklinga á triptan-lyfjum 57%. Dönsk rannsókn sem náði til allra Dana sýndi að á 25 ára tímabili jókst notkun triptan-lyfja úr 345 í 945 skilgreinda dagsskammta (DDD) á 1000 íbúa á ári og árs algengi triptan-notenda jókst úr 5,17 í 14,57 á 1000 íbúa.[19] Til samanburðar var algengi triptan-notkunar í Danmörku 14 á 1000 íbúa árið 2013[19] en í annarri danskri rannsókn á algengi þrálátra sjúkdóma, sem náði til allra Dana 16 ára og eldri, var aldursstaðlað algengi mígrenigreininga 33 á 1000 íbúa árið 2013.[20] Út frá þessum tveimur rannsóknum má áætla að hlutfall einstaklinga á triptan-lyfjum, af þeim sem voru með greint mígreni í Danmörku

árið 2013, hafi verið um 42%, sem er lægra en samsvarandi hlutfall á Íslandi.

Erlendar rannsóknir sýna að fyrirbyggjandi lyfjameðferð er vannýtt og einungis hluti einstaklinga með mígreni sem þarf á fyrirbyggjandi lyfjameðferð að halda fær slíka meðferð.[21] Aukning á notkun beta-blokka meðal einstaklinga með mígrenigreiningu bendir til aukinnar fyrirbyggjandi lyfjameðferðar hér á landi milli tímabilanna og er það jákvæð þróun. Hlutfall þeirra sem voru með mígreni, 2010-2019, og á beta-blokka var 27%, nýleg rannsókn á 5,6 milljón manns í Þýskalandi sýndi að um 29% sjúklinga fengu ávísað fyrirbyggjandi lyfi að minnsta kosti einu sinni.[22] Notkun ýmissa annarra lyfja sem notuð eru til að fyrirbyggja mígreni, til dæmis candesartan, topiramat og amitriptylin, var ekki skoðuð í okkar rannsókn. Ástæðan er sú að flestir sem nota þessi lyf hafa aðrar ábendingar en mígreni og ekki hefði verið mögulegt að staðfesta hverjir hefðu fengið þessi lyf til þess að fyrirbyggja mígreni. Fjöldi lyfjaávísana á ópíóíða í okkar rannsókn er áhyggjuefni og talsverð aukning varð á notkun ópíóíða á milli tímabila. Lyf sem innihéldu kódein (ATC N02AJ06) voru gerð lyfseðilsskyld 1. október 2005, sem hefur áhrif á aukningu lyfjaávísana á parkódín og parkódín forte (flokkað sem ópíóíðar) á rannsóknartímabilinu.[23] Notkun ópíóíða getur átt rétt á sér við ýmsum skammvinnum verkjaeinkennum en notkun ópíóíða við mígreni er ekki talin æskileg.[24,25] Árið 2014 birti bandaríska taugalæknasambandið leiðbeiningar um notkun ópíóíða við verkjum, þar kom fram að ekki ætti að nota ópíóíða við mígreni nema sem síðasta úrræði.[26] Í uppfærðum leiðbeiningum bandaríska höfuðverkjasambandsins 2021 er ekki mælt með að nota ópíóíða við meðferð á mígreni.[27] Ópíóíðar eru taldir auka líkur á þróun mígrenis yfir í þrálátt mígreni (*chronic migraine*) og auka líkur á lyfjahöfuðverk (*medication overuse headache*) og því er ekki mælt með að einstaklingar með mígreni noti ópíóíða við höfuðverkjum eða við öðrum verkjavanda, notkun annarra lyfja er æskilegri í slíkum tilfellum.[28,29]

Meðal kosta okkar rannsóknar er að samanburður við eldri íslenska rannsókn er mögulegur á algengi mígrenis og lyfjanotkun milli tímabila þar sem svipaðri aðferðafræði var beitt.[9] Meðal takmarkana rannsóknarinnar er að gögnin ná ekki yfir einstaklinga með mígreni sem ekki leituðu á heilsugæslustöðvar og því er ekki hægt að draga ályktanir um algengi mígrenis í samfélaginu út frá okkar rannsókn. Á sama hátt vantar einnig upplýsingar um lyfjanotkun einstaklinga sem ekki leita á heilsugæslu. Einnig gildir um okkar rannsókn að við höfum ekki upplýsingar um mígrenieinkenni, framgang sjúkdómsins og notkun á öðrum fyrirbyggjandi lyfjum en beta-blokkum. Að auki vantar okkur upplýsingar um ábendingu lyfjaávísana og er því erfitt að segja til um hvort ávísun lyfja eins og beta-blokka og ópíóíða sé vegna meðferðar á mígreni eða til meðferðar á öðrum sjúkdómum.

Samantekið sýndi rannsókn okkar að nýgengi mígrenis á heilsugæslu er svipað því sem það er í Bretlandi. Algengi mígrenis á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins var 4,4% sem er einungis um þriðjungur af algengi í lýðgrunduðu úrtaki, þar sem algengi er um 14%. Aukning lyfjaávísana beta-blokka á rannsóknartímabilinu er jákvæð þróun en aukin notkun ópíóíða meðal einstaklinga með mígreni er áhyggjuefni sem þarfnast nánari athugunar.

Þakkir

Deild rafrænnar þjónustu hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins fær þakkir fyrir að taka gögnin til og gera þau aðgengileg. Við þökkum einnig Tölfræðiaðstoð heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands fyrir aðstoð við úrvinnslu gagna.

Greinin barst til blaðsins 12. september 2022,
samþykkt til birtingar 14. desember 2022.

Heimildir

1. Ahmed F. Headache disorders: differentiating and managing the common subtypes. Br J Pain 2012; 6: 124-32.
2. Lipton RB, Bigal ME. Ten Lessons on the Epidemiology of Migraine. Headache: J Head Face Pain 2007; 47: S2-S9.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33: 629-808.
4. Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, et al. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain 2020; 21: 137.
5. Stovner L, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia 2007; 27: 193-210.
6. Lipton RB, Diamond S, Reed M, et al. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. Headache 2001; 41: 638-645.
7. Katsarava Z, Mania M, Lampl C, et al. Poor medical care for people with migraine in Europe - evidence from the Eurolight study. J Headache Pain 2018; 19: 10.
8. MacGregor EA. The doctor and the migraine patient: improving compliance. Neurology 1997; 48 (3 Suppl 3): S16-20.
9. Guðmundsdóttir AM, Sigurðsson EL. Mígreni - greining og meðferð í heilsugæslu. Læknablaðið 2009; 95: 433-8.
10. Mannfjöldinn eftir póstnúmerum, kyni og aldri 1998-2020. Hagstofa Íslands - Talnaefni. hagstofa.is.
11. Sjúkratryggingar Íslands. Heilsugæslan á Höfuðborgarsvæðinu Yfirlit 2018; 2019.
12. Becker C, Brobert GP, Almqvist PM, et al. Migraine incidence, comorbidity and health resource utilization in the UK. Cephalalgia 2008; 28: 57-64.
13. Peterlin BL, Gupta S, Ward TN, et al. Sex Matters: Evaluating Sex and Gender in Migraine and Headache Research. Headache 2011; 51: 839-42.
14. Arnardóttir SD. Mígreni með áru í íslensku þýði. Meistaraprófsritgerð við heilbrigðisvísindasvið HÍ, 2008. Skemman 2018. http://hdl.handle.net/1946/29863 - desember 2022.
15. Jackson JL, Kay C, Scholcoff C, et al. Migraine prophylactic management in neurology and primary care (2006-2015). J Neurol 2018; 265: 3019-21.
16. Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2006; 77: 385-7.
17. Oliveira DRV, Leite AA, Rocha-Filho PAS. Which patients with headache do not seek medical attention? Headache 2011; 51: 1279-84.
18. Rasmussen BK, Olesen J. Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. Cephalalgia 1992; 12: 221-8; discussion 186.
19. Davidsson OB, Olofsson IA, Kogelman LJ, et al. Twenty-five years of triptans - a nationwide population study. Cephalalgia 2021; 41: 894-904.
20. Hvidberg MF, Johnsen SP, Davidsen M, et al. A Nationwide Study of Prevalence Rates and Characteristics of 199 Chronic Conditions in Denmark. Pharmacoecon Open 2020; 4: 361-80.
21. Ha H, Gonzalez A. Migraine Headache Prophylaxis. Am Fam Physician 2019; 99: 17-24.
22. Roessler T, Zschocke J, Roehrig A, et al. Administrative prevalence and incidence, characteristics and prescription patterns of patients with migraine in Germany: a retrospective claims data analysis. J Headache Pain 2020; 21: 85.
23. Lausasölulyf sem innihalda kódein tekin úr umferð. Embætti landlæknis. landlaeknir.is/um-embaettid/frettir/frett/item16656/$item_att544 - desember 2022.
24. Totzeck A, Gaul C. The role of opioids in the treatment of primary headache disorders. Schmerz 2014; 28: 135-140.
25. Tepper SJ. Opioids should not be used in migraine. Headache 2012; 52 Suppl 1: 30-4.
26. Franklin GM, American Academy of Neurology. Opioids for chronic noncancer pain: a position paper of the American Academy of Neurology. Neurology 2014; 83: 1277-84.
27. Ailani J, Burch RC, Robbins MS, et al. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. Headache 2021; 61: 1021-39.
28. Bigal ME, Lipton RB. Excessive acute migraine medication use and migraine progression. Neurology 2008; 71: 1821-8.
29. Lipton RB, Buse DC, Friedman BW, et al. Characterizing opioid use in a US population with migraine: Results from the CaMEO study. Neurology 2020; 95: e457-e468.
30. Lyfjastofnun. Lyfjaupplýsingar - Sérlyfjaskrá - ATC flokkun. serlyfjaskra.is/atc – desember 2022.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.01.724

Migraine prevalence, migraine incidence and migraine drug prescriptions in primary care in the capital region of Iceland

Sólveig Sara Ólafsdóttir[1]

Jón Hersir Elíasson[2]

Anna Margrét Guðmundsdóttir[3]

Emil L. Sigurðsson[3,4,5]

Lárus S. Guðmundsson[1]

[1]Faculty of Pharmaceutical Sciences, University of Iceland, [2]Neurology Clinic Kristianstad, Sweden, [3]Health Care Unit Solvangi, Hafnarfirði, [4]Faculty of Medicine, University of Iceland, [5]Development Centre for Primary Healthcare in Iceland.

Correspondence: Lárus S. Guðmundsson, *larussg@hi.is*

Key words: *migraine, migraine treatment, migraine incidence, migraine prevalence, primary care.*

INTRODUCTION: The study aim was to describe migraine incidence over the ten-year periods, 2000-2009 and 2010-2019, in individuals aged 10-79 years in primary healthcare centre (PHCC) Sólvangur and Fjörður, Hafnarfirði. Another aim was to estimate migraine prevalence in primary care clinics in the capital area of Iceland over the period 2010-2019 and describe prescriptions for migraine specific drugs and other drugs used for migraine.

MATERIAL AND METHODS: This is a retrospective study based on data from medical records from the primary care clinics of the capital region of Iceland. The cohort consisted of individuals aged 10-79 years who were diagnosed with migraine, G43 according to the ICD-10 classification system.

RESULTS: Migraine incidence at age 10-79 years over the ten-year period 2000-2009 at the primary care clinic Sólvangur was estimated 3.4 cases per 1000 person-years, during the period 2010-2019 in both Sólvangur and Fjörður clinics migraine incidence was estimated 2.9 cases per 1000 person-years. Increase was shown between the two periods in prescriptions of triptan drugs, opioids, and beta-blockers, where two-thirds of the migraineurs got prescription over the two periods. Women were three times more likely to be diagnosed with migraine than men, but men were diagnosed at younger age than women. Migraine prevalence at age 10-79 years in PHCCs in the capital area of Iceland was 4.4% over the period 2010-2019.

CONCLUSION: Migraine prevalence in the PHCCs of the capital area of Iceland was only one third of migraine prevalence in the population-based cohort pilot study *Heilsusaga Íslendinga*. Increase in opioid drug prescriptions for individuals diagnosed with migraine is of concern and needs further study.

Hvers virði er þinn frítími?
Reglubundin þrif frá 16.641 kr. á mánuði
Skoðaðu málið á heimilisthrif.is
Heimilisþrif
Traust þjónusta í 9 ár

Þyngdartap nýbura

Sjúkratilfelli af Barnaspítala Hringsins

Ívar Sævarsson[1] læknir
Soffía Guðrún Jónasdóttir[2] læknir
Berglind Jónsdóttir[2] læknir

[1]Lyflækningasviði, [2]Barnaspítala Hringsins, Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Ívar Sævarsson, *ivars@landspitali.is*

ÁGRIP

Þyngdartap nýbura er algengt vandamál. Algengasta orsökin er ónóg fæðuinntaka hjá annars heilbrigðum börnum en miklvægt er að útiloka undirliggjandi sjúkdóma hjá barninu. Aldósterónskortur í nýburum er sjaldgæfur og lífshættulegur sjúkdómur. Birtingarmynd í nýburum er þyngdartap með alvarlegum blóðsaltabrenglunum og efnaskiptablóðsýringu. Mikilvægt er því að greina alvarlegar orsakir þyngdartaps hjá nýburum í tæka tíð.

Inngangur

Öll börn léttast fyrstu daga ævinnar. Það er í flestum tilfellum eðlilegt ástand og ekki hættulegt. Eðlilegt er að nýburar léttist um allt að 10% af fæðingarþyngd sinni en viðmiðið er að þeirri þyngd sé náð aftur á fyrstu tveimur vikum ævinnar.[1] Nái barnið ekki öðru hvoru þessara viðmiða þarfnast það nánari skoðunar og uppvinnslu. Algengast er að um næringarvanda sé að ræða. Þekkt er að börn sem eru eingöngu á brjósti léttast meira en börn sem fá þurrmjólk.[2] Aðrar orsakir geta verið sýking eða undirliggjandi sjúkdómur og eru þessi þyngdar- og tímaviðmið hjálpleg til þess að bera kennsl á alvarlegri orsakir. Alvarleg veikindi hjá börnum geta verið lúmsk og birst seint ef ekkert er að gert. Barksteraskortur er þekkt orsök fyrir þyngdartapi nýbura. Aldósterónskortur er einnig þekktur en mun sjaldgæfari.

Tilfelli

Á fjórðungssjúkrahúsi á landsbyggðinni fæddist drengur eftir 38v+2d eðlilega meðgöngu. Fæðingarþyngd var 3222 g. Drengurinn fór í hefðbundið ungbarnaeftirlit eftir útskrift af fæðingardeild.

Á sjöunda degi vóg hann 2830 g og því var mælt með ábót auk brjóstamjólkur. Drengurinn sýndi lítinn áhuga, drakk oft en lítið í einu. Drengurinn skilaði þvagi og hægðum vel. Við aukaskoðun í ungbarnaeftirliti á 12. degi lífs vóg hann 2790 g. Hafði hann því lést um 432 g frá fæðingu sem samsvaraði 13,4% af fæðingarþyngd. Í framhaldinu var hann skoðaður af barnalækni og lagður inn á deild. Við skoðun voru merki um þurrk og vanþrif. Líkamsskoðun var að öðru leyti eðlileg.

Teknar voru blóðprufur sem voru helst markverðar fyrir lágt natríum 124 mmól/L (137-147 mmól/L), hátt kalíum 9 mmól/L (3,5-4,8 mmól/L) og efnaskiptablóðsýringu pH 7,28 (7,35-7,45), blóðsykur var eðlilegur. Prufur voru endurteknar sem staðfestu þessar brenglanir. Hjartalínurit sýndi hugsanlega stækkaðar T-bylgjur. Blóðþrýstingur var mældur 95 mmHg í efri mörkum, sem telst hækkað fyrir nýbura. Þyngdartap og ofangreindar saltbrenglanir vöktu grunsemdir um vanstarfsemi nýrnahettna þrátt fyrir háþrýsting en erfitt getur verið að mæla blóðþrýsting hjá nýburum.

Niðurstöður úr nýburaskimun fyrir nýrnahettuofvexti lágu ekki fyrir á þessum tímapunkti.

Ákveðið var í samráði við nýburalækni og barnainnkirtlalækni að meðhöndla drenginn með barksterum, nánar tiltekið 25 mg af hýdrókórtisón í æð, resóníum til að lækka kalíum og bæta upp vökvaskort með vökva í æð. Ákveðið var að hafa drenginn fastandi og leiðrétta natríum hægt (0,5 mmól/klst).

Á fyrsta sólarhring höfðu blóðsöltin leiðrést að fullu, drengurinn var settur fast á 9 mg hýdrókórtisón þrisvar á dag og fluttur á vökudeild Barnaspítala Hringsins til frekari meðferðar og uppvinnslu. Blóðsýni til frekari rannsókna áður en meðferð var hafin fyrirfórst, þannig að hvorki var hægt að mæla kortisól né aldósterón í blóði áður en hýdrókórtisón var gefið.

Eftir komu á vökudeild var áfram fylgst með blóðsöltum og hafin uppvinnsla á undirliggjandi orsök nýrnahettuvanstarfseminnar, niðurstaða úr nýburaskimun sýndi ekki merki um nýrnahettuofvöxt hjá drengnum. Gerð var ómskoðun af nýrum og segulómun af heiladingli til frekari uppvinnslu, báðar þessar rannsóknir voru eðlilegar. Ákveðið var að hætta hýdrókórtisónuppbót og fylgjast náið með blóðsöltum og blóðsykri.

Sólarhring eftir að hýdrókórtisón var stöðvað hækkar kalíum í 5,7 mmól/L og natríum lækkar á sama tíma í 132 mmól/L en blóðsykur var áfram eðlilegur. Þannig vaknar grunur um brenglun saltstera frekar en sykurstera. Aldósterón var mælt í blóði á þessum tíma og reyndist það vera <73 pmól/L (115-580 pmól/L) og renín mældist hátt 159,9 pmól/L (5-30 pmól/L) kortisól mældist 120 nmól/L (135-540 nmól/L).

Ákveðið var að hefja meðferð með flúdrókórtisón 0,1 mg tvisvar á dag til reynslu, vegna áframhaldandi lækkunar á natríum og hækkunar á kalíum var flúdrókórtisón hækkað í 0,2 mg tvisvar á dag. Eftir það héldust blóðsölt innan marka án annarrar meðferðar. Staðfesti þetta grun um meðfæddan aldósterónskort.

Drengurinn útskrifaðist af Barnaspítala Hringsins á flúdrókórtisón-töflumeðferð við góða líðan.

Erfðarannsókn sýndi að drengurinn er arfblendinn fyrir CYP11B2, geni sem stýrir framleiðslu á aldósteróni, og er vel þekkt stökkbreyting sem veldur aldósterónskorti ef einstaklingur er arfhreinn. Erfðarannsókn sem var framkvæmd af Íslenskri erfðagreiningu sýndi enga stökkbreytingu á geninu né aðrar stökkbreytingar sem útskýrði einkennin, hvorki hjá drengnum né foreldrum hans.

Umræður

Aldósterón er lífsnauðsynlegt hormón sem er framleitt í nýrnahettuberki. Það hefur áhrif á salt, vökva sem og sýru- og basajafnvægi líkamans.[3] Aðalvirkni aldósteróns á sér stað í fjarpíplum og safnkerfni nýrnanna þar sem aldósterón ýtir undir upptöku natríums og vatns og á móti seytingu kalíums. Aldósterón er það síðasta í röð hormóna í hormónakerfi sem heitir Renín-Angíótensín-Aldósterón (RAAS) kerfi.[4]

Á fósturskeiði er salti og vatnsjafnvægi stjórnað af fylgjunni og koma því einkenni aldósterónskorts ekki fram fyrr en eftir fæðingu. Heilbrigðir nýburar eru með mikið magn af aldósteróni í blóði en viðtakar fyrir hormónið eru fáir og vanþroskaðir. Getur því verið lífeðlisfræðilegur aldósterónskortur fyrstu dagana með brenglunum á blóðsöltum sem gengur til baka.[5,6]

Vegna þessa er nýburaskeiðið viðkvæmasti tíminn til að verða fyrir aldósterónskorti og er alvarleiki einkenna í öfugu hlutfalli við aldur.[5]

Hin hefðbundna blóðmynd aldósterónskorts er fyrst og fremst brenglanir á blóðsöltum, lágt natríum og hátt kalíum en einnig blóðsýring án hækkunar á anjónabili.[6]

Klínísk birtingarmynd aldósterónskorts getur verið mismunandi. Oft eru fyrstu einkenni ónóg fæðuinntaka, slappleiki og pirringur. Lengra gengin og alvarlegri einkenni geta verið flog, þó það sé sjaldgæft. Einnig getur aldósterónskortur valdið lágþrýstingi og lélegu blóðflæði til vefja.[7] Kalíumofgnótt getur valdið vöðvaslappleika, hjartsláttaróreglu og leitt til skyndidauða.[8]

Orsakir aldósterónskorts á nýburaskeiði má flokka í þrennt. Ónóg framleiðsla nýrnahettubarkar, skortur á viðbragði líkamans við aldósteróni og ónóg örvun aldósterónframleiðslu vegna skorts á renini.[7]

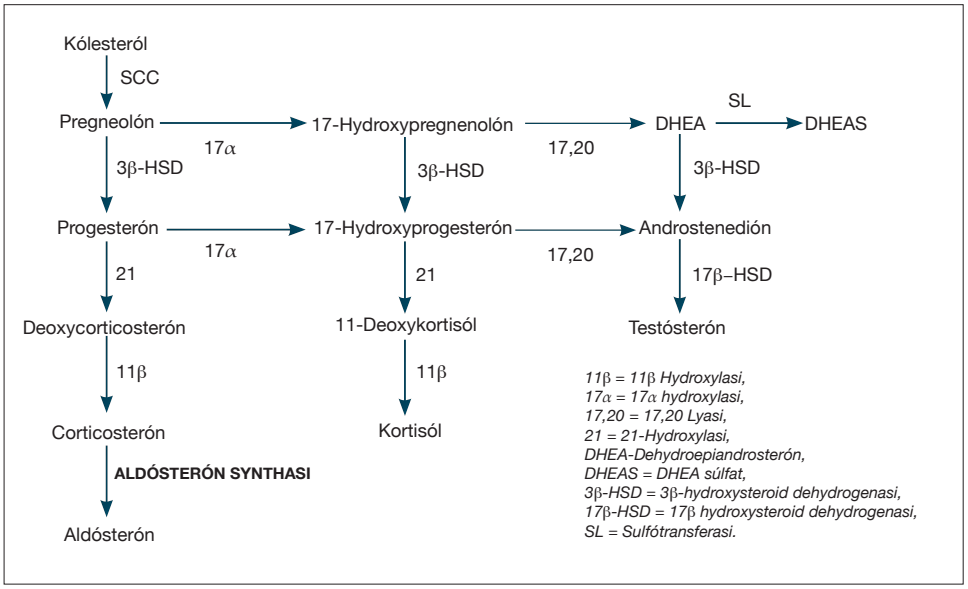
Algengasta ástæðan fyrir aldósterónskorti er meðfæddur nýrnahettuofvöxtur (*congenital adrenal hyperplasia*, CAH).[9] Það er sjúkdómur sem oftast orsakast af stökkbreytingu á geni sem veldur skorti á ensíminu 21-hydroxýlkljúfs. Leiðir það af sér truflun í framleiðslu á barksterum. Sjúkdómurinn getur verið misalvarlegur og hefur mismunandi birtingarmyndir. Alvarlegasta og jafnframt algengasta birtingarmyndin er nýrnahettuofvöxtur vegna salttaps og truflast þá kortisól- og aldósterón-framleiðslan sem veldur þessum saltbrenglunum sem lýst er að ofan.[10] Á Íslandi er skimað fyrir þessum sjúkdómi á fyrstu dögum lífs og hefur það verið gert síðan 2018.[11] Önnur sjaldgæfari orsök aldósterónskorts er skortur á síðasta ensíminu í aldósterón framleiðsluferlinu (sjá mynd 1, aldosterone synthase). Það er víkjandi a-litnings sjúkdómur og er orsakað af stökkbreytingu í geni sem tjáir fyrir ensíminu. En þessum sjúkdómi er skipt í tvo undirflokka I og II. Flokkunin hefur með magn forvera aldósteróns í blóði að gera.[12] Er þetta mjög sjaldgæf orsök fyrir aldósterónskorti á nýburaskeiði, með algengi á heimsvísu um það bil <1:1000.000.[6,13] Tilfelli af þessum sjúkdómi hefur ekki verið lýst á Íslandi.

Annar flokkur sjúkdómsmyndar aldósterónskorts er ekki tengt framleiðslu á hormóninu heldur viðbragði nýrna við hormóninu. Kallast þetta því fölsk aldósterónlækkun (pseudo-hypoaldosteronism). Þar er í raun ekki um eiginlegan aldósterónskort að ræða heldur bregst líkaminn ekki við hormóninu þó það sé til staðar. Nokkrir undirflokkar eru til tengdir mismunandi genastökkbreytingum. Birtingarmynd þessa sjúkdóms er sú sama og í eiginlegum skorti en meðferðin önnur, fyrst og fremst með natríum uppbót og kalíumskertu fæði.[6]

Skortur á aldósteróni vegna skorts á renini er einstaklega sjaldgæfur sjúkdómur í börnum og nánast óþekktur á nýburaskeiði.[7] Ekki verður fjallað frekar um þann flokk í þessari grein.

Steraskort ætti að gruna hjá öllum nýburum sem eru með lágt natríum og hátt kalíum án þess að orsök sé augljós. Hafa skal í huga aðrar orsakir, svo sem nýrnabilun eða fyrirburaskap. Mikilvægt er að taka blóðprufur áður en meðferð er hafin til þess að auðvelda frekari uppvinnslu.[7]

Börn með skort á aldósteróni geta verið lífshættulega veik og er



Mynd 1. *Myndun stera í nýrnahettuberki.*

því mikilvægt að þekkja fyrstu meðferð. Gefa skal hýdrókórtisón í æð 100 mg/m^2 skipt í þrjá til fjóra skammta og gefið á 6-8 tíma fresti. Sú meðferð er rétt meðhöndlun hvort sem orsökin er nýrnahettuofvöxtur en einnig hefur hýdrókórtisón aldósterón-virkni og er því einnig rétt fyrsta meðferð ef um einangraðan aldósterón skort er ræða.[7]

Tilfellið hér að ofan lýsir afar sjaldgæfri orsök nýrnahettuvanstarfsemi hjá nýbura. Líklega flokkast hann sem flokkur II af meðfæddum aldósterónskorti þar sem renín mældist hátt og aldósterón var mælanlegt en lágt. Tvær rannsóknir sýndu arfblendni fyrir CYP11B2 sem tjáir fyrir ensíminu sem er ábyrgt fyrir framleiðslu aldósteróns. Stökkbreytingar á þessu geni eru vel þekktar fyrir að valda aldósterónskorti. En þar sem stökkbreytingin er víkjandi þurfa einstaklingar að vera arfhreinir. Hefur einu tilfelli verið lýst þar sem einstaklingur var arfblendinn og sýndi einkenni aldósterónskort týpu 1.[12] Hins vegar sýndu heilgenarannsóknir á drengnum og foreldrum hans ekki fram á stökkbreytingu í þessu geni. Ekki hafa aðrar ástæður fyrir aldósterónskorti fundist í þeim rannsóknum sem gerðar hafa verið hjá drengnum. Gæti því hugsanlega verið um áður óþekkta orsök fyrir sjúkdómnum að ræða. Eins og lýst er hér að ofan er viðnámið mest á nýburaskeiði og minnkar með aldri. Drengurinn er nú 13 mánaða og hefur honum farnast vel, blóðsölt hafa haldist innan marka og hefur hann dafnað og þroskast eðlilega. Vegna hækkaðs blóðþrýstings var hafin meðferð með ACE-hemli. Hægt hefur verið að minnka talsvert skammtinn af flúdrókórtisóni hjá drengnum eftir því sem hann eldist og er dagsskammtur hans 0,05mg. Ekki er talið að háþrýstingur tengist undirliggjandi ástandi eða lyfjameðferðinni.

Þrátt fyrir að hér sé um að ræða gríðarlega sjaldgæft tilfelli nýbura, og sambærileg tilfelli muni ólíklega verða á vegi margra á þeirra starfsævi er tilfellið góð áminning um birtingarmynd steraskorts, í þessu tilfelli aldósterónskorts og viðbrögð við honum.

Ein mikilvægustu skilaboð þessa tilfellis er að ef barn hefur lést um meira en 10% fæðingarþyngdar sinnar skal taka það alvarlega og hefja uppvinnslu. Oftast er ástæðan ekki alvarleg en einstaka sinnum, eins og í tilfelli sem þessu, getur orsökin verið lífshættuleg sé ekki brugðist hratt og rétt við.

Greinin barst til blaðsins 28. nóvember 2022,
samþykkt til birtingar 16. desember 2022.

Heimildir

1. Noel-Weiss J, Courant G, Woodend AK. Physiological weight loss in the breastfed neonate: a systematic review. Open Med 2008; 2: e99-e110.
2. Miyoshi Y, Suenaga H, Aoki M, et al. Determinants of excessive weight loss in breastfed full-term newborns at a baby-friendly hospital: a retrospective cohort study. Int Breastfeed J 2020; 15: 19.
3. Wagner CA. Effect of mineralocorticoids on acid-base balance. Nephron Physiol 2014; 128: 26-34.
4. Scott JH, Menouar MA, Dunn RJ. Physiology, Aldosterone. Í: Physiology, Aldosterone. StatPearls 2022: 1-5. ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470339/#_NBK470339_pubdet_ - desember 2022.
5. Martinerie L, Pussard E, Foix-L'Hélias L, et al. Physiological partial aldosterone resistance in human newborns. Pediatr Res 2009; 66: 323-8.
6. Bizzarri C, Pedicelli S, Cappa M, et al. Water Balance and 'Salt Wasting' in the First Year of Life: The Role of Aldosterone-Signaling Defects. Horm Res Paediatr 2016; 86: 143-53.
7. Vlachopapadopoulou EA, Bonataki M. Diagnosis of Hypoaldosteronism in Infancy. Í: I. McFarlane S, ed. Renin-Angiotensin Aldosterone System. IntechOpen; 2021.
8. Rodríguez-Soriano J. Potassium homeostasis and its disturbances in children. Pediatr Nephrol 1995; 9: 364-74.
9. Shulman DI, Palmert MR, Kemp SF, et al. Adrenal insufficiency: still a cause of morbidity and death in childhood. Pediatrics 2007; 119: e484-e494.
10. Witchel SF. Congenital Adrenal Hyperplasia. J Pediatr Adolesc Gynecol 2017; 30: 520-34.
11. Jónsson JJ. Nýburaskimun. https://traveler.lsh.is/focal/gaedahandbaekur/gnhsykla.nsf/5e27f2e5a88c898e00256500003c98c2/92fe8493d794ef1100257c5a0050c744?OpenDocument - desember 2022.
12. Wasniewska M, De Luca F, Valenzise M, et al. Aldosterone synthase deficiency type I with no documented homozygous mutations in the CYP11B2 gene. Eur J Endocrinol 2001; 144: 59-62.
13. White PC. Aldosterone synthase deficiency and related disorders. Mol Cell Endocrinol 2004; 217: 81-7.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.01.725

Weigth Loss in a Neonate- A Case of Hypoaldosteronism

Ívar Sævarsson[1]
Soffía Guðrún Jónasdóttir[2]
Berglind Jónsdóttir[2]

[1]Department of Internal Medicine, National University Hospital of Iceland, Reykjavik, [2]Childrens Hospital Hringurinn, National University Hospital of Iceland, Reykjavik.

Correspondence: Ívar Sævarsson, *ivars@landspitali.is*

Key words: *congenital hypoaldosteronism, neonatal weight loss, aldosterone synthase.*

The Neonatal weight loss is a common problem which most physicians who take care of newborns should recognise. The most common reason is insufficient dietary intake. However the reason can also be an underlying disease. Aldosterone insufficiency in neonates is a rare disease and if not treated correctly can be life threatening. It presents with serious electrolytes abnormalities and metabolic acidosis. It is therefore important to distinguish between serious and benign causes of weight loss in neonates.



YFIRLÆKNIR MÆÐRAVERNDAR HJÁ HEILSUGÆSLU HÖFUÐBORGARSVÆÐISINS OG ÞÍH

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins (HH) og Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu (ÞÍH) leita að yfirlækni mæðraverndar. Um er að ræða ábyrgðarmikið og krefjandi starf og spennandi vettvang fyrir kvensjúkdóma- og fæðingarlækni sem hefur áhuga á þátttöku í nýsköpun og framþróun á mæðravernd í heilsugæslu um allt land.

YFIRLÆKNIR MÆÐRAVERNDAR

- Yfirlæknir ber ábyrgð á skipulagningu sérfræðiþjónustu og ráðgjöf mæðraverndar á heilsugæslustöðvum.
- Hefur frumkvæði að innleiðingu faglegra leiðbeininga og nýjunga á sviði mæðraverndar á landsvísu.
- Yfirlæknir sinnir klíniskri vinnu og ráðgjöf varðandi sérhæfða meðferð í mæðravernd í heilsugæslu.
- Yfirlæknir sinnir þróun, samræmingu og hagræðingu mæðraverndar hjá HH í samvinnu við annað fagfólk.

Starfshlutfall er 80-100%. Umsóknarfrestur er til og með 23.01.2023.
Nánari upplýsingar veita Ósk Ingvarsdóttir - osk.ingvarsdottir@heilsugaeslan.is - 513-5000
og Sigríður Dóra Magnúsdóttir - sigridur.d.magnusdottir@heilsugaeslan.is - 513-5000

Sjá nánar á www.starfatorg.is og á www.heilsugaeslan.is undir laus störf.

HEILSUGÆSLA HÖFUÐBORGARSVÆÐISINS
- hér fyrir þig -

VIRÐING - SAMVINNA - FAGMENNSKA

Læknar viðra áhyggjur sínar í lokuðum stuðningshópum

„Við finnum að sérnámslæknar sem setið hafa í viðrunar- og stuðningshópum sérnámsprógrammanna eru ánægðir að geta speglað upplifun sína meðal jafningja," segir Margrét Dís Óskarsdóttir, kennslustjóri á Landspítala. Hóparnir hafa starfað frá því í haust til að bregðast við svartri könnun Félags almennra lækna um líðan lækna í byrjun síðasta árs

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Enginn sem metur framgang læknis í námi eða starfi hefur aðgang að upplýsingunum sem koma fram í hópunum. Þar ríkir trúnaður og þeir eru lokaðir. Þar geta sérnámslæknar myndað ný starfstengd tengsl," segir Margrét Dís Óskarsdóttir, kennslustjóri gæða- og umbótaþjálfunar sérnáms á Landspítala, um viðrunar- og stuðningshópa).

Hóparnir voru settir á laggirnar á Landspítala eftir að svört könnun Félags almennra lækna sýndi í ársbyrjun í fyrra að 43,5% þeirra á Landspítala hafa oft eða mjög oft upplifað einkenni kulnunar síðustu 12 mánuði.

„Þetta eru stuðningshópar sem styrkja lækna í faglegri þróun í starfi. Þau fá að koma og ræða það sem þau lenda í í vinnunni og hvernig þau geta brugðist við."

Díana Ósk Óskarsdóttir, yfirmaður stuðnings og ráðgjafateymis á Landspítala og sjúkrahúsprestur, segir mikilvægt að styðja við faglegan lærdóm og þroska lækna í starfi. „Það hefur komið á óvart hversu fá hafa nýtt sér þetta úrræði. Við höfum velt fyrir okkur hvort það sé ekki nógu skýrt að þau eiga að fá að mæta á vinnutíma. Yfirmenn og samstarfsfólk þeirra geta því aðstoðað með því að hagræða hlutum þannig að þau geti komist frá," segir hún.

Margrét segir hvern hóp, 4-6 sérnámslækna, hittast í klukkustund í hádegi með leiðbeinanda sem hefur fengið formlega menntun sem handleiðari. Þetta gefi gott tækifæri til að kynnast starfsfólki stuðnings- og ráðgjafateymis til framtíðar. „Við vitum að læknar í vanda leita sér ekki aðstoðar, en þekki þau starfsfólk vonumst við til að það breytist."

Hún segir sérvalið í hvern hóp. „Við veljum fólk saman svo það sjái að þetta eru þættir í starfi læknis sem hefur ekkert með hvert og eitt þeirra að gera sem manneskju heldur séu þau að fást við hluti sem séu innbyggðir í starfið og hægt að leysa í mismunandi hátt." Þá sé rætt hvernig þau losni við vinnuna úr huga sér þegar starfsdegi ljúki.

Díana Ósk segir hópana geta meðal



Jón Atli Benediktsson rektor, Þórarinn Guðjónsson forseti læknadeildar, Guðmundur Vignir Sigurðsson, Berglind Jónsdóttir, Valtýr Stefánsson Thors sem tók við verðlaunum Snorra, Helga Brá Árnadóttir verkefnastjóri HÍ og Ásgeir Haraldsson prófessor í barnalækningum. Mynd/Kristinn Ingvarsson

Þrír barnalæknar fá viðurkenningu úr Verðlaunasjóði Óskars Þórðarsonar

Barnalæknarnir Berglind Jónsdóttir, Snorri Freyr Dónaldsson og Guðmundur Vignir Sigurðsson hafa hlotið viðurkenningu úr Verðlaunasjóði Óskars Þórðarsonar læknis við Háskóla Íslands fyrir árangur í rannsóknum og þróunarstarfi tengdu heilsu barna og barnasjúkdómum. Hvert þeirra hlýtur 500.000 krónur.

Berglind hefur rannsakað skjaldkirtilssjálfsónæmi hjá börnum með og án sykursýki af gerð 1. Niðurstöður hennar nýtast í bættri skimun hjá börnum með sykursýki 1 fyrir skjaldkirtilssjúkdómi en mikilvægt er að greina hann snemma.

Guðmundur Vignir hefur rannsakað beinþéttni og líkamssamsetningu ungs fólks, á aldrinum 18-27 ára, sem hefur glímt við bólgusjúkdóma í meltingarvegi frá barnsaldri. Helstu niðurstöður hans eru þær að ungt fólk, sér í lagi karlmenn með sjúkdóminn frá barnsaldri, var með mun minni beinþéttni en jafnaldrar á fullorðinsaldri.

Snorri hefur verið að þróa og rannsaka nýtt tæki til öndunaraðstoðar strax eftir fæðingu, með sérstakri áherslu á minnstu fyrirburana, en rannsókn hans sýndi að tækið dró úr nauðsyn á barkaþræðingum og öndunarvélameðferðum hjá nýfæddum fyrirburum. Þetta kemur fram í frétt á vef Háskóla Íslands.



Margrét Dís og Díana Ósk við Barnaspítalann á sólríkum föstudegi í nóvembermánuði. Nýr spítali rís en einnig er nú umgjörðin um sérnámslækna byggð upp. Mynd/gag

annars verið einskonar forvörn eða viðbragð gegn kulnun. „Ég er ánægð með hvað læknarnir gátu nýtt sér hópana vel. Þarna kom einnig fram að þau telja að ákveðnar umbætur þurfi að eiga sér stað," segir hún en getur ekki um hvaða umbætur vegna trúnaðar. „Ég myndi því óska þess að fleiri myndu nýta sér þessa hópa."

Spurð hvort læknar geri ekki almennt greinarmun á persónulega sjálfi sínu og því faglega, segir hún misjafnt hvort fólk hafi hugsað út í það meðvitað. „Það sér enginn hnakkann á sjálfum sér. Við sjáum myndina betur, dýpri og skýrari, þegar við eigum svo samtal og getum rýnt saman í viðbrögð okkar. Við fáum annað sjónarhorn og öðruvísi skilning. Svona vinna er því mikilvæg og gagnleg."

Næstu hópar verða myndaðir nú í janúar og hvetja þær Margrét og Díana sérnámslækna til að taka þátt.

Segja mikils virði að fá að spegla reynslu sína

Ánægja hefur verið hjá þeim sem hafa tekið þátt í viðrunar- og stuðningshópum sérnámsprógramma Landspítala.

Einn sagði: „Mér fannst mikill stuðningur í því að fá að heyra að aðrir kollegar mínir eru að ganga í gegnum svipaðar áskoranir og ég. Það kom mér á óvart hvað það var margt sem lá mér á hjarta sem ég vildi ræða í þessum hópi og hvað mér var létt við að fá speglun frá kollegum mínum." Annar tók undir og sagði að hann hlakkaði til að mæta í hvert skipti. Hann hefði vilja fleiri tíma.

„Saman náðum við að koma með hugmyndir að úrbótum í starfinu okkar. Við fórum einnig inn á persónulegar áskoranir hvers og eins, eins og fólk var tilbúið til að deila. Að sama skapi náðum við einnig að einblína á það jákvæða og ræða hvað það er sem starfið gefur okkur og hver er ástæðan fyrir því að við viljum vera í þessu starfi."

Rosemary Lea Jones útskrifast fyrst allra hér á landi sem bráðalæknir



Hjalti Már Björnsson kennslustjóri bráðalækninga, Rosemary Lea Jones bráðalæknir, Gunnar Thorarensen yfirlæknir sérnáms á Landspítala. Mynd/Landspítali

Rosemary Lea Jones varð 2. desember fyrst allra til að útskrifast úr sérnámi í bráðalækningum á Landspítala. „Ég er mjög ánægð," segir hún. „Þetta hefur verið löng leið með sínum áskorunum." Jones er þó ekki óvön áskorunum. Hún starfaði sem hjúkrunarfræðingur á bráðamóttöku á Nýja-Sjálandi áður en hún hóf læknanám þar í landi og svo sérnám í bráðalækningum á Landspítala árið 2015.

„Ég fór í meistaranám í bráðahjúkrun og fann þar að mig langaði að vita meira um læknisfræðina en stjórnunina," segir hún og skipti því um gír. „Já, ég var aðeins 25 ára að velja mér atvinnu til lífstíðar. Mér fannst þetta því ekki spurning og er ánægð með sjálfa mig að hafa skipt. En ég lærði mikið sem hjúkrunarfræðingur og nýti þá reynslu daglega."

Hjalti Már Björnsson, yfirlæknir og kennslustjóri bráðalækninga, segir Jones hafa verið fyrsta til að skrá sig í námið og fyrsta til að klára það. „Rosie er magnaður brautryðjandi." Hjalti segir 24 sérnámslækna í þessu 6 ára sérnámi sem fari fram í samvinnu við Sjúkrahúsið á Akureyri og byggi á marklýsingu og framvinduskráningarkerfi frá Royal College of Emergency Medicine í Bretlandi.

„Á næstu þremur til fjórum árum sjáum við fram á að 10 nýir bráðalæknar útskrifist hér á landi," segir hann.

Jones starfar áfram á deildinni eftir útskriftina auk þess að vera læknir í þyrlusveit Landhelgisgæslunnar.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

56 000 studenter och 6 600 medarbetare gör Göteborgs universitet till en stor och inspirerande arbetsplats. Stark forskning och attraktiva utbildningar lockar forskare och studenter från hela världen. Med ny kunskap och nya perspektiv bidrar vi till en bättre framtid.

PROFESSOR I NUKLEARMEDICIN

med inriktning mot positronemissions-tomografi (PET) förenad med anställning som specialistläkare/ överläkare

Ref nr: **PAR 2022/1353**
Sista ansökningsdag: **2023-02-28**

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

GÖTEBORGS UNIVERSITET

56 000 studenter och 6 600 medarbetare gör Göteborgs universitet till en stor och inspirerande arbetsplats. Stark forskning och attraktiva utbildningar lockar forskare och studenter från hela världen. Med ny kunskap och nya perspektiv bidrar vi till en bättre framtid.

PROFESSOR I TUMÖR-IMMUNOLOGI

Ref nr: **PAR 2022/1352**
Sista ansökningsdag: **2023-02-28**

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

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

Oddur Steinarsson
framkvæmdastjóri Heilsugæslunnar Kirkjusandi
oddur@hgkirkjusandi.is



Lækningar eða skriffinnska

Ég flutti heim til Íslands frá Svíþjóð árið 2014. Fljótlega rak ég mig á það hve mikil skriffinnska er enn við lýði hér á landi varðandi vottorð og greinargerðir. Þar úti vorum við ekki að skoða og skrifa greinargerðir fyrir aðila eins og lögfræðinga, tryggingafélög eða lífeyrissjóði. Ef veita þurfti upplýsingar fengu trúnaðarlæknar viðkomandi afrit af sjúkraskrá. Þá þurftum við ekki að endurnýja örorkuvottorð ef viðkomandi var kominn á örorku. Vinnuveitandavottorð voru gerð ef um var að ræða veikindi umfram viku, styttri veikindavottorð áttu ekki að afgreiðast af almannatryggingakerfinu þar.

Hér á landi eru þessi mál alls ekki í góðum farvegi. Við erum endurtekið að gera skammtímavottorð fyrir vinnuveitendur vegna minniháttar veikinda. Sjaldnast er óskað eftir aðkomu okkar vegna veikindanna, heldur mætti segja að við séum varðhundar mætingar fyrir vinnuveitendur. Meðal annars eru margir að leita á Læknavaktina aðeins til þess að sækja sér slík vottorð. Einnig eru nokkrir skólar enn að senda sína nemendur í sömu erindagjörðum til okkar.

Við erum einnig að gera lyfjaskírteini, undanþágulyfseðla, sjúkraþjálfunarbeiðnir, hjálpartækjavottorð, ferðavottorð, sjúkradagpeningavottorð, umsóknir um framlengingu fæðingarorlofs, tilvísanir fyrir börn svo foreldrar greiði minna fyrir komu til sérfræðinga og svo mætti lengi telja varðandi skriffinnskuna.

Þá eru lögfræðingar og tryggingafélög að senda okkur beiðnir um að gera greinargerðir um heilsufar, skoðanir og biðja um spár okkar um afleiðingar slysa. Lögfróðir segja mér að okkur beri að votta um okkar samskipti, þannig að þessar beiðnir eru þannig langt umfram það sem okkur ber að gera. Ég hef verið að vinna eftir þessu undanfarið og er farinn að fá ítrekunarbeiðnir til baka frá ónefndri lögfræðistofu í skaðabótamálum með feitletri, undirstrikunum og yfirstrikað með gulum áherslupenna.

Ónefnt tryggingafélag hér í bæ, sem og nokkrir lífeyrissjóðir, hefur einnig verið að senda til okkar skjólstæðinga bókaða í 20 mínútna viðtalstíma með heimasmíðuð fjögurra síðna vottorð, þar sem okkur er ætlað að svara fjölda spurninga um heilsufar, þar sem við þurfum að fara vel yfir alla heilsufarssögu viðkomandi. Þá eigum við einnig að gera ítarlega líkamsskoðun. Þessi tími dugar engan veginn til þessa og ég spyr einnig hver heimilaði þetta? Þessi vottorð eru vegna kaupa á sjúkdóma- og líftrygginga eða skiptingu lífeyrisréttinda. Þá má einnig velta því upp hver okkar ábyrgð sé ef einhver villa slæðist inn í vottorðið?

Áðurnefnt er því miður að taka töluverðan tíma af okkar vinnu á sama tíma og við glímum við undirmönnun og langan biðtíma. Að utanaðkomandi aðilar séu að nota almannatryggingakerfið á þennan hátt er eitthvað sem frændur okkar Svíar láta ekki viðgangast. Það er hægt að einfalda margt sem er hér nefnt að framan og nota þar tölvutæknina. Árið er 2023 og lítið mál að setja upp kerfi til þess að afgreiða ýmislegt rafrænt. Sjúkratryggingar og Tryggingastofnun gætu endurskoðað ansi margt, létt þannig á okkur læknum svo meiri tími sé til að sinna okkar skjólstæðingum. Þá þarf að setja utanaðkomandi aðilum verulegar skorður um hvaða erindi þeir geti sent til okkar.

Ef tekið verður á áðurnefndum þáttum verður vinnan bæði skemmtilegri og skilvirkari. Við getum betur sinnt þeim sem þurfa á okkar þjónustu að halda. Ég hef setið í nefnd varðandi vottorðamál í haust og vonandi skilar sú vinna því að tekið verði á þessum málum. Það veitir ekki af.

Stjórn Læknafélags Íslands

Steinunn Þórðardóttir formaður

Félag almennra lækna
Þórdís Þorkelsdóttir
Sólveig Bjarnadóttir

Félag íslenskra heimilislækna
Margrét Ólafía Tómasdóttir
Oddur Steinarsson

Félag sjúkrahúslækna
Theódór Skúli Sigurðsson
Magdalena Ásgeirsdóttir

Læknafélag Reykjavíkur
Ragnar Freyr Ingvarsson
Ingibjörg Kristjánsdóttir

„Ég hef alltaf fylgt hjartanu“

Unnur Þorsteinsdóttir er áhrifamesta vísindakona Evrópu og sú fimmta á heimsvísu. Í rúma tvo áratugi hefur hún stýrt rannsóknum hjá Íslenskri erfðagreiningu og tók í sumar við sem forseti heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands. Unnur segir mikilvægt að fylgja hjartanu og það hefur hún gert bæði í starfi og einkalífi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Mig langaði að breyta til. Hrista upp í hlutum og tók stöðu forseta heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands. Nú er ég í fullri stöðu við háskólann og 20% við Íslenska erfðagreiningu,“ segir Unnur Þorsteinsdóttir sem hafði starfað hjá Decode í 22 ár þegar hún söðlaði um – að mestu.

„Vinkona mín sagði: Nú eru allir að minnka við sig en þú eykur starfshlutfallið,“ segir Unnur og hlær. „Hausinn er í lagi og ég hef fulla starfsorku og er til í þetta.“

Unnur er áhrifamesta vísindakona Evrópu 2022 og fimmta á heimsvísu samkvæmt fyrsta lista vefjarins Research.com yfir kvenvísindamenn. „Þetta er möguleiki fyrir okkur íslenskar konur,“ segir hún stolt og bætir við að Íslensk erfðagreining gefi þetta tækifæri. „Hér er mikil samvinna. Við komum mörg að vísindagreinunum sem við birtum. Hér rær einn stór hópur í sömu átt.“

Framkvæmdastjórastaða Unnar hjá Íslenskri erfðagreiningu hefur gefið henni einstakt tækifæri í heimi vísinda þar sem karlar hafa yfirhöndina. Eins og Imed Bouchrika, yfirmaður vísindagagna og efnis hjá Research.com segir: Líkur á að karlar fái styrki eru meiri, líkur á að verk þeirra séu metin að verðleikum eru meiri og þeirra er frekar getið en kvenna fyrir greinar sínar og einkaleyfi.

Vísindin heilla

Unnur er ekki læknir. Hún lærði líffræði í Háskóla Íslands, með áherslu á sameindaerfðafræði, en tók kennslufræði og kenndi á Suðurnesjum í 9 ár. Hún valdi kennsluna þrátt fyrir mikinn áhuga á vísindum þar sem vísindaumhverfið hér á landi á þeim tíma var frekar óburðugt.

„Mér fannst mjög skemmtilegt að kenna,“ segir hún en endalaus kennaraverkföll á þessum tíma, frá 1984 til 1991 drógu úr henni og þau Björn Örvar þáverandi eiginmaður hennar ákváðu að taka sér hlé frá kennslunni og flytja til Vancouver í Kanada. Bæta við sig þekkingu.

„Við ætluðum að vera í tvö ár en eftir fjóra mánuði vorum við bæði komin í doktorsnám.“ Unnur komst á „alvöru“ rannsóknarstofu í doktorsnáminu og vann eftir námið við Institut de recherches cliniques í Montreal í þrjú ár sem nýdoktor.

„Ég er ekki þessi vísindamaður sem stend ein. Ég fæ starfsánægju út úr samskiptum við fólk,“ segir hún. „Ég tel lykilinn að árangri að fá fólk með sér og láta alla skipta máli. Það er mitt mottó að leyfa fólki að láta ljós sitt skína.“

Heim vegna deCODE

Við bökkum nú aftur í tíma og að því þegar Unnur vildi heim frá Montreal. Komast nær stórfjölskyldunni. „Já, þessar klassísku ástæður,“ segir hún og hlær. Hún hafi hitt Kára og heyrt hvert hann stefndi. „Ég hafði trú á að hann myndi ná að byggja upp vísindin,“ segir hún.

„Íslensk erfðagreining er á heimsmælikvarða. Það er mjög sérstakt að eining svo hátt skrifuð í vísindaheiminum sé hér á landi. Það er fyrst og fremst Kára að þakka. Hann hefur náð inn fé og hefur sterka sýn.“ Með fé fáist árangur. „Þá getur þú spurt stórra spurninga sem kostar mikið að svara,“ segir hún.

„Þú gerir ekki stóra hluti með Rannísstyrkjum einum sér en Evrópustyrkirnir sem hafa komið til Íslands hafa breytt rannsóknarumhverfinu innan háskólanna.“ Nú vaxi vísindi á Íslandi. „Við erum með sterka vísindamenn og ef okkur tekst áfram að draga inn styrki erlendis frá er framtíðin björt.“ Hún hvetur ríkið til að búa til rétta umgjörð um starfið. Passa að hér sé til heppilegt húsnæði.

„Ef við tökum aðstöðu rannsakenda innan læknadeildar sem dæmi, gæti hún verið mun betri. En ef þú vinnur við aðstæður eins og hjá Íslenskri erfðagreiningu er það mjög hvetjandi,“ segir hún. „Fallegt umhverfi og gott rannsóknar umhverfi skiptir miklu máli.“ Hefði Íslenskri erfðagreiningu ekki verið komið á fót hefði hún sennilega ekki flutt heim.



Vísindin eru ástríða Unnar og hún hefur fengið riddarakross fyrir framlag sitt. Mynd/gag

Ein með körlunum

En hefur það háð henni að vera kona í vísindum eins og Research.com nefnir? „Ég hef ekki upplifað það beint en er viss um að það hefur áhrif. Vísindin eru leidd af körlum en konur fá nú fleiri stöður hjá virtum stofnunum og háskólum.“ Staðan breytist hægt og rólega.

„En ef listi Research.com er skoðaður skrollar þú í gegnum endalausa karla. Ég hef ekki verið upptekin af kyninu en ég sé að ég var oft ein með strákunum á fundum. Ég get ekki sagt að ég hafi liðið fyrir að vera kona en ég hef oft verið eina konan við borðið. Konur hafa haft veikari rödd en fleiri og fleiri komast þó að.“

Hún segir hvernig hún hafi á starfsferlinum heyrt fleygt ástæðum eins og að konur séu öðruvísi. Hafi ekki sömu rökhugsun. „En það þýðir ekki að við séum verri vísindamenn.“ En bíta svona orð?

„Karlmenn á mínum aldri og eldri gera sér ekki grein fyrir hegðun sinni. Það er prógramm í heilanum sem tengist öllum uppvextinum og öllu sem maður hefur upplifað. Maður sér heiminn með ákveðnum gleraugum og þau litast af umhverfinu sem við ölumst upp í. Sjálf er ég mikill femínisti en stend mig stundum að því að hugsa óvart andfeminískt. En ég leiðrétti þá hugsun og stend með sjálfri mér,“ segir hún.

Nýtt hús heilbrigðisvísindasviðs rís

Búið er að teikna og gefa grænt ljós á nýtt hús heilbrigðisvísindasviðs sem byggt verður við Læknagarð. „Þetta verður rannsóknar- og kennsluhúsnæði fyrir sviðið í heild,“ segir Unnur Þorsteinsdóttir, forseti heilbrigðisvísindasviðs. Sex deildir heyra undir sviðið sem verða sameinaðar undir einu þaki með þessari nýju byggingu.

„Ég bind því miklar vonir við að húsið efli kennslu, samskipti og vísindi,“ segir hún. Grafa á fyrir húsinu strax næsta sumar. „Svo er þetta þriggja ára verkefni.“ Nú er einnig unnið að því að fjölga lækna- og hjúkrunarfræðinemum hér á landi.

„Við höfum sett á stofn, bæði innan læknadeildar og hjúkrunar- og ljósmóðurdeildar, starfshópa sem vinna að því að útlista hvað þurfi að gera til að hægt sé að fjölga,“ segir Unnur. Hópurinn sendi nýlega frá sér minnisblað til heilbrigðisráðherra og ráðherra háskóla, iðnaðar og nýsköpunar. Þá sjái hún fyrir sér að færni- og hermisetur rísi á Landspítalalóðinni í svokallaðri randbyggð meðfram Hringbraut.

„Í stað þess að fá kennslu á sjúklingum eru notaðir tölvustýrðir sýndarsjúklingar eða leikarar sem minnka álagið á heilbrigðiskerfið og dregur úr áhyggjum af því að stefna lífi og heilsu sjúklings í hættu. Slík hermi og færnisetur eru orðin mjög tæknivædd og mikið notuð til kennslu út um allan heim. Ég tel að svona setur sé lykillinn að því að geta fjölgað nemum.“ Vísir er að svona setrum í Eirbergi og Skaftahlíð þar sem hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild og læknadeild hafa aðstöðu.



Unnur lýsir því hvernig hún hafi ekki verið upptekin af því að stíga á einhverjar tær heldur geri það sem hún telji rétt. Það hafi hjálpað henni í lífi og starfi. Mynd/gag

„Feðraveldið er ennþá mjög ríkt í fólki.“ Uppeldi beggja kynja litist af því.

Lífið tók nýja stefnu

Í 26 ár bjó Unnur með sálufélaga sínum en lífið tók aðra stefnu og þau skildu 2009. „Ég kom út úr skápnum og bjó með konu í 8 ár,“ segir hún og brosir. En fylgdi hún þá ekki hjartanu í einkalífinu eins og starfsvalinu? Hún lítur upp. Bendir svo á að horfa megi á kynhneigð sem kvarða frá 0-1. Núll þá gagnkynhneigð og 1 samkynhneigð.

„Svo sveiflumst við mörg á milli. Þá fer það eftir fólkinu sem þú hittir á lífsleiðinni hvað gerist. Ég er einhvers staðar á miðjunni. Ég get sveiflast til,“ segir hún og hlær. „Maður er svo margt annað en kynhneigð. Ég er vísindamaður, móðir og sé sjálfa mig frá mörgum sjónarhornum. Oft finnst fólki samkynhneigð svo stór partur af karakternum en í huga mér getur kynhneigð ekki skilgreint persónu,“ segir hún yfirvegað.

„En það er alltaf verið að setja fólk í box.“ Af eða á. Hún hafi hitt sálufélagann sinn í barnsföðurnum „Við vorum bæði líffræðingar, kenndum í sama skóla, höfðum sama áhugasvið, saman úti í námi. Vorum alltaf saman,“ lýsir hún.

„En svo kom sprengja inn í lífið.“ Hún sé ánægð að eiga enn vin í fyrrverandi maka sínum. „Já, allt er gróið og við borðum saman í kvöld með syninum,“ segir hún og vísar til sonarins sem er nú stundar sérnám í taugalækningum. Hún horfir fram veginn. „Ástin er mikilvæg.“

Ein þriggja Íslendinga á topp 1000

Aðeins tveir Íslendingar ná inn á topp 1000 ásamt Unni Þorsteinsdóttur sem vermir 5. sæti á fyrsta lista Research.com yfir kvenvísindamenn og 119. sæti allra áhrifamestu vísindamannanna. Kári Stefánsson situr í 30. sæti heildarlistans og Vilmundur Guðnason forstöðulæknir Hjartaverndar í 892. sæti.

Fjórar bandarískar konur; JoAnn E. Manson hjá Harvard, Virginia M.-Y. Lee hjá Pennsylvaníu-háskóla, Aviv Regev hjá Broad-stofnuninni og Tamara B. Harris hjá heilbrigðisþjóðarstofnun Bandaríkjanna, tróna á toppnum. Yfir 640 af 1000 konum á listanum eru bandarískar.

„Það er aðstaðan og viðhorfið,“ segir Unnur þegar hún útskýrir þennan árangur þeirra. „Vísindi eru á háum stalli í Bandaríkjunum og draga til sín fé.“

Unnur segir mikilvægt fyrir konur að staða þeirra sé sérstaklega tekin út og sýnd. Vegsemdin sé mikil hvatning fyrir íslenskar konur.

Fastmótuð sýn í feðraveldinu

Aftur að hlutverkum lífsins. „Pabbi og mamma sögðu við mig: Þú verður hjúkrunarkona. Aldrei var sagt við mig: Þú verður læknir. Ég held að hugarfarið okkar litist af þessum viðhorfum. Við erum það sem við erum af því að við fengum ákveðið uppeldi og erum hluti af ákveðnu samfélagi. Það litar skoðanir okkar og viðhorf,“ segir hún.

„En svo viltu reyna að brjótast út úr því en þarft um leið að brjótast út úr viðteknum venjum og losa þig við þær. Það á bæði við karla og konur,“ segir Unnur sem segir uppeldi sitt hafa verið gott. Hún gangi í hlutina án þess að spá mikið í hlutverkið.

„Kannski er það minn karakter. Ég hef ekki verið upptekin af því að ég sé að stíga á einhverjar tær heldur geri það sem ég tel rétt. Ég hef alltaf fylgt hjartanu og gert það sem þarf að gera.“ Hún sjái margar ungar ákveðnar konur innan Íslenskrar erfðagreiningar og háskólans.

„Þær eru upprennandi vísindamenn sem eiga eftir að ná langt. Ég er jákvæð á vísindin almennt á Íslandi og stöðu konunnar. MeToo-byltingin er ofboðslega stórt skref,“ segir Unnur og dregur saman orð sín. „Sýnin á konur er fastmótuð í hausnum á okkur og því tekur það langan tíma að breyta feðraveldinu.“

Vísindin séu ástríða hennar. „Nú á lyfjafyrirtækið Amgen okkur og við því komin nær því að uppgötvanir okkar verði einhverjum til góðs. Það er tilgangurinn með þessu öllu. Að við getum fært mannkyninu lokaafurð til góðs.“

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

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

Við verðum að sinna forvörnum gegn sjálfsvígum af fullum þunga

Íslenskir karlmenn skera sig úr þegar kemur að sjálfsvígum. Sjálfsvígum karla á Norðurlöndum hefur fækkað, nema á Íslandi. Toppnum virðist náð, segir Högni Óskarsson geðlæknir sem vill að stofnuð verði miðstöð sjálfsvígsforvarna og kallar eftir aðgerðum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Við verðum að taka á vandanum," segir Högni Óskarsson geðlæknir og bendir á að samnorræn rannsókn sem hann vinnur nú að sýni að sjálfsvígum íslenskra karla, 25 ára og eldri, hafi fjölgað hér á landi á þessari nýju öld.

„Niðurstöðurnar sýna þó einnig að þeim hefur fækkað hjá ungum íslenskum karlmönnum, 15-24 ára, milli áranna 2000-2018. En þrátt fyrir það erum við með hæstu tíðnina á Norðurlöndum," segir Högni og vill aðgerðir. Málið verður rætt í hádegisfyrirlestri 19. janúar á Læknadögum. Erindið: *„Hvað er svona merkilegt við það að vera karlmaður," hafandi í huga hækkandi sjálfsvígstíðni þeirra á Íslandi.*

„Við stöndum með þetta í fanginu og þurfum að spyrja okkur hvað við getum gert til þess að ná til karlmannanna og virkja forvarnir sem skila árangri í þeim hópi." Hann segir hrópandi þögn vera yfir stöðunni. „Íslenskir karlmenn eiga helvíti bágt," segir hann og að fátt gerist hér á meðan önnur Evrópulönd láti málið ekki afskiptalaust.

„Við erum langt á eftir þegar litið er til nágrannaþjóðanna." Þar vinni háskólar og yfirvöld saman, stofnanir sem vinna eingöngu að forvarnarmálum á breiðum grundvelli. „Hérna höfum við verið fáliðuð." Metnaðarfull aðgerðaáætlun hafi verið gerð 2018 með það markmið að fækka sjálfsvígum.

„Fín vinna þar sem settar voru fram tillögur í 54 punktum. En aðeins er búið að tikka í 10 box af þessum 54," segir Högni, sem lýsir því að hafa undanfarna mánuði unnið með verkefnastjóra Embættis landlæknis og fleirum til að skapa skilvirkari leiðir til lausnar þessu.

„Sú vinna er í góðum farvegi." Vandinn sé sá að þrjú eða fjögur ráðuneyti komi að málinu auk landlæknisembættisins, heilsugæslunnar og fleiri aðila innan heilbrigðiskerfisins. Þetta skapi töluvert flækjustig að mati Högna. „Stóri vandinn hefur verið skortur á fjárframlögum í verkefnið, auk þess sem COVID hefur hægt á öllu," segir hann.

Beina þurfi athyglinni að karlmönnum

„Ég vil að við þrengjum fókusinn á karla frá aldrinum 13 ára til 23 ára í menntakerfinu og fara þar inn með eflandi fræðslu," segir hann og bendir á að karlmenn séu þrisvar sinnum líklegri til að svipta sig lífi heldur en konur. Óþarfi sé að finna upp hjólið. „Nú þarf að koma með og nota erlendar fyrirmyndir sem hafa verið sannreyndar. Við erum í góðri samvinnu við hin Norðurlöndin og við sérfræðihópa víða að."

Högni vill sjá tekið á málefnum karla í sjálfsvígshættu með svipuðum hætti og gert var í átakinu *Þjóð gegn þunglyndi*. Afmarkað og með sjálfstæðum fjárhag innan Embættis landlæknis. „Safna þyrfti fé utanfrá sem fer aðeins í þetta verkefni," segir hann. Það hafi skilað árangri áður. En hvar stendur þetta verk sem hann nú ræðir?

„Þetta er varla í fæðingu. Það er í meðgöngu," lýsir hann myndrænt. Sameina þurfi málaflokkinn undir einni miðstöð sjálfsvígsforvarna. „Miðstöðin þarf að einblína á þessi afmörkuðu verkefni en ekki öll 44 atriðin sem eftir standa í aðgerðaáætluninni frá 2018." Mest brenni þar á með karlana. Aðrir hópar verði þó ekki útundan. „Við þurfum að hugsa sjálfsvíg sem endastöð á löngu ferli, þróun á vanda, þótt sjálfsvíg séu oft skyndiákvarðanir," segir hann.

Þjálfa og styrkja þurfi sjálfsmynd ungra manna á unglingsárunum. „Þá förum við nær rótunum og getum betur undirbúið þá fyrir lífið og vandamál sem koma þar upp. Þetta snýst um streitustjórnun, stjórn á hvatvísi. Þetta snýst um þekkingu á eigin líðan – tilfinningalæsi," segir hann. Kenna þurfi þeim að þekkja sjálfan sig betur.

„Er ég þunglyndur, kvíðinn eða með áfallastreituröskun?" Fíkniefni auki enn líkur en einnig sé hætta á ofskömmtun fyrir slysni. „En með því að fara í rætturnar getum við til lengri tíma dregið úr sjálfsvígshættunni," segir Högni, en aðra nálgun þurfi til að ná til eldri karlmanna því erfitt sé að ná til þeirra.

Óþarfi að finna upp hjólið

Högni nefnir samtök sem myndast hafi um sjálfsvíg, til að mynda Píeta, Bergið og Sorgarmiðstöðina, sem vinni mjög gott starf. „Meiningin er að það verði styrking



Högni Óskarsson geðlæknir segir óþarfa að finna upp hjólið þegar komið að forvörnum gegn sjálfsvígum. Honum sé ofboðið af því aðgerðaleysi sem hafi verið vegna fjölda þeirra manna sem hér fremji sjálfsvíg. Aðgerða sé þörf. Mynd/gag

í báðar áttir," segir hann. Miðstöð sjálfsvígsforvarna sé í áætlununum frá 2018. „En það hefur ekkert gerst í því." Viljinn er til staðar, ekki fjármagn.

„En það sem hamlar þar er þessi kassahugsun, sem í stjórnendafræðum er kallað sílóa- eða steyputurnamenning," segir hann, og að málið standi fast milli ráðuneyta en nú þurfi fé og ákvarðanir. Högni er ekki að skapa sér vinnu. Hann er eldhugi á eftirlaunum.

„Ég tel að viðbótarkostnaður við þann sem nú er verði lítill. Hann verður aðeins af afmörkuðum verkefnum," segir hann. „Hann fer ekki í að greiða fullt af fólki laun." Þjálfa þurfti fólk í skólum og félagsmálakerfinu, spítölunum og heilsugæslunni til þess að verða færara í að taka á vandanum.

„Fagfólk tiplar enn á tánum. Það hikar við að spyrja: Hefur þú verið að hugsa um að svipta þig lífi? Óttinn er að spurningin ýti boltanum af stað. En það er ekki þannig." Öflug þjálfun hafi þó reyndar verið í heilsugæslu, á bráðamóttökum og annars staðar.

Högni segir nú um fjóra mánuði þurfa áður en mynd verði komin á málið. Hann horfi til tveggja rannsóknarhópa í Belgíu og Þýskalandi. „Þeir eru það langt komnir að um áramótin vitum við hvað virkar og hvað ekki hjá þeim. Við eigum ekki að finna upp hjólið heldur nýta það besta frá öðrum." Einnig byggjum við á reynslu Norðmanna og Dana í svipuðum verkefnum.

Högni talar um skort á framkvæmdum, en hvernig líður honum með það? „Mér er ofboðið," segir hann „Þetta eru þekktar stærðir hjá Embætti landlæknisembættinu. Það heldur skrá utan um tölurnar og það vita þetta allir sem þurfa að vita," segir Högni. Útskýra megi stöðuna nú með því að eftir hrunið 2008 hafi minna fé verið varið í heilbrigðismál og forvarnir liðið fyrir það. Nú þurfi að fara nýjar leiðir.

„Við erum til að mynda að hugsa um óhefðbundnar leiðir, nýta stafræna umhverfið okkar, til að ná til áhættuhópanna."

Ungabarn heim úr stríði

Högni er 77 ára. Hann lokaði stofu sinni sem hann opnaði fyrst árið 1980, nú í febrúar. En af hverju að halda áfram og vinna nú gegn sjálfsvígum? „Ég trappaði mig niður í nokkur ár," segir hann og lýsir því hvernig geðlæknar vinni gjarnan fram eftir aldri. Hann fylgi fyrirmyndunum. „Þetta er mikilvægt mál," segir hann.

Högni lærði geðlækningar í Bandaríkjunum. Spurður hvers vegna hann kaus geðlækningar, svarar hann að hann hafi alltaf verið næmur á fólk. „Svo fór

„Sjálfsvíg erfast ekki en áhættuþættirnir kunna að erfast og umhverfið getur bæði ýtt undir og komið í veg fyrir þessa harmleiki."



Högni lýsir því hvernig bók eftir F. Scott Fitzgerald um lækni og sjúkling hans sem hann giftist hafði sín áhrif á að hann valdi geðlækningar. Mynd/gag

ég í læknisfræði. Faðir minn var læknir. Sonur minn er læknir. Dóttir mín er með meistaragráðu í heilsuhagfræði," lýsir hann, spurður nánar um bakgrunninn og valið.

„Já, þegar ég útskýri valið vitna ég í bókmenntir; til bókar F. Scott Fitzgerald, *Tender is the Night*. Ég las hana þegar ég var 19 ára gamall og heillaðist af henni, því hún segir frá ungum bandarískum lækni sem var sendur á vígstöðvarnar í Evrópu í lok fyrri heimsstyrjaldar, þar sem hann upplifði hryllilega atburði," segir hann frá.

„Að loknu stríðinu vann hann í Sviss á klíník hjá sálgreinanda. Þar kynnist hann amerískri ungri stúlku; sjúklingi sínum. Þau verða ástfangin og úr verður hjónaband. Hún er af efnuðu fólki og hann þarf ekki að vinna lengur og helgar líf sitt og sérþekkingu henni," lýsir Högni. Þau hafi lifað hinu ljúfa lífi við Rivieruna og víðar þar til hún yfirgefur hann. Hann deyr alkóhólíseraður heimilislæknir í litlu þorpi í New York-fylki.

„Í raun var Fitzgerald að lýsa eigin vanda og konu sinnar Zeldu, en hann skrifaði af miklu innsæi um sálarflækjur annarra. Það heillaði mig," segir Högni. „Þetta vakti áhuga minn á geðlækningum og þetta varð leiðin," lýsir hann og viðurkennir að faðir hans, lyf- og hjartalæknirinn, hafi ekki verið eins hrifinn. Hann hlær.

„Nei. Hann talaði aldrei um það." Eldri kona, hálfgerð amma hans, verkalýðsfrömuður og krati – formaður verkalýðsfélagsins Framsóknar um stund – hafi tjáð sig. „Æ, Högni minn. Þessir geðlæknar, þeir eru svo skrýtnir." Hann hlær og lýsir því að sátt hafi myndast um valið.

Högni er af dönskum ættum. Pabbi hans sótti framhaldsnám til Kaupmannahafnar fyrir seinni heimsstyrjöldina og afþakkaði fara heim til Íslands í þekktri Petsamó-för strandferðaskipsins Esju til Finnlands árið 1940. Skipið var sent til að sækja hátt í 260 Íslendinga sem höfðu orðið innlyksa á meginlandi Evrópu við stríðið.

„Pabbi ákvað að fara ekki til Íslands heldur klára doktorsverkefnið og kynnist þá móður minni. Hann var af fátækri sjómannsfjölskyldu en komst til mennta því hann ólst upp frá 10 ára aldri hjá móðursystur sinni og hún tryggði honum vist í menntaskóla og háskóla," lýsir hann. Móðir hans hafi hins vegar alist upp við allt aðrar og betri aðstæður í Kaupmannahöfn.

„Þetta var því skrýtin blanda í byrjun," segir Högni um samband foreldranna, en lukkaðist ágætlega. Ekki alltaf laust við menningarárekstra, þó. „Ég fékk borgaralegt uppeldi með róttækni í bland," segir hann og hlær.

Verðum að bregðast við

Hann er sáttur við að loka stofunni sinni þótt það hafi líka verið erfitt.

„Ég hafði fylgt fólki í 35-40 ár þótt margir hafi líka komið og farið," segir hann og að á starfsævinni hafi hann mest unnið við samtalsmeðferð með á grunni sálgreiningar. En hvernig heldur hann svo að tekið verði í að stofna miðstöð sjálfsvígsforvarna? „Ég er mjög bjartsýnn," segir hann. „Ég held að það verði ákveðinn léttir að sjá einhvern utanaðkomandi koma að verkinu, einhvern sem býr ekki í þessum súrheysturnum sem ráðuneytin eru í," segir hann og brosir.

„Ég hef ekki miklar áhyggjur og hef ýmsar leiðir í huganum hvar hægt er að sækja peninga til að koma þessu verki í gang. Sjálfsvíg eru hrikaleg og sem fagmaður er hræðilegt að horfa upp á sjúklinga fyrirfara sér."

„Það þarf öfluga eftirmeðferð fyrir syrgjendur og það fólk sem er í sjálfsvígshugleiðingum eða reynt hefur sjálfsvíg, því það er tvisvar til þrisvar sinnum líklegra til að fyrirfara sér en aðrir. Það er ákveðin erfðafræðileg tilhneiging sem segir að sjálfsvíg færist milli kynslóða," segir hann. „Sjálfsvíg erfast ekki en áhættuþættirnir kunna að erfast og umhverfið getur bæði ýtt undir og komið í veg fyrir þessa harmleiki."

Högni segir miklar sveiflur í tíðni sjálfsvíga milli ára. Frá og með 2010 hafa sjálfsvíg orðið fleiri en 40 á ári, nú síðast árið 2020. „Það dró úr tíðni í fyrra og áfram fram á mitt árið 2022 en þessar sveiflur eru ekki tölfræðilega marktækar," segir hann.

„Við verðum að bregðast við, ekki bara árlegum upp- eða niðursveiflum. Við getum ekki setið aðgerðalaus hjá þegar þróunin er eins og hún hefur verið hjá íslenskum körlum frá aldamótum."

Ef einstaklingar glíma við sjálfsvígshugsanir er bent er á **Hjálparsíma Rauða krossins 1717** og **netspjall Rauða krossins 1717.is**. Opið allan sólarhringinn. Einnig má hafa samband við **Píeta-samtökin sem veita ókeypis ráðgjöf í síma 552-2218, allan sólarhringinn.**



Ólafur Þór Gunnarsson öldrunarlæknir kynnti hugmyndir verkefnastjórnar félags- og vinnumarkaðsráðuneytis og heilbrigðisráðuneytisins á fundinum Gott að eldast. *Mynd/gag*



Aldraðir fái aftur sess í samfélaginu

„Ef okkur tekst að stytta meðaltímann sem aldraðir dvelja á hjúkrunarheimili um tvo mánuði sparast um 3-4 milljarðar á ári," segir Ólafur Þór Gunnarsson öldrunarlæknir. Verkefnastjórnin hefur sett fram aðgerðaáætlun til fjögurra ára um heildarendurskoðun á þjónustu við aldraða

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Hjúkrunarheimili eru dýrasti kostnaðarliðurinn í þjónustu við aldraða. Ef við breytum ekki um stefnu frá því sem nú er, þrefaldast kostnaðurinn innan 20 ára vegna fjölgunar aldraðra. Við verðum komin yfir 100 milljarða á ári og með 8000 einstaklinga á hjúkrunarheimilum. Það er ekki aðlaðandi framtíðarsýn og mikil sóun á mannauði," segir Ólafur Þór Gunnarsson öldrunarlæknir og formaður verkefnisstjórnar félags- og vinnumarkaðsráðherra og heilbrigðisráðherra.

Verkefnastjórnin hefur sett fram aðgerðaáætlun í 5 liðum til fjögurra ára með nokkrum undirverkefnum. Hún verður nú kynnt fyrir þingflokkum og fer í kjölfarið í samráðsgátt stjórnvalda. Ólafur Þór bendir á að meðaldvalartími aldraðra á hjúkrunarheimilum sé nú um tvö ár og heildarkostnaðurinn yfir 30 milljarðar króna á ári. Hann segir meginþema vinnunnar vera samþættingu þjónustunnar. Hún sé lykilatriði.

„Það sýnir sig að þar sem fólk vinnur saman er mesta ánægja með þjónustuna, hún er skilvirkust og veitt á hagkvæmasta háttinn," segir Ólafur og bendir á Reykjavíkurborg sem fyrirmynd. Alhliða heilsueflingu þurfi fyrir aldraða.

„Við vinnum í anda Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, að gera eldra fólk aftur að hluta af samfélaginu. Hverfa frá þeirri skekkju sem hefur viðgengist í nokkra áratugi, að eldra fólk sé hliðarsett eða jaðarsett í samfélaginu því ekki sé frekari þörf fyrir það. Við erum að átta okkur á að það vilja fæstir. Við viljum að allir fái tækifæri til að njóta sín og taka þátt og að öllum sé gert það kleift."

Hann segir endanlegt markmið vera að enginn fari á hjúkrunarheimili fyrr en hann raunverulega þurfi. „Með því að gera fólki kleift að vera lengur heilbrigð úti í samfélaginu auðgum við lífið svo mikið fyrir okkur öll."

Verkefnastjórnin var skipuð í júní og býr Ólafur Þór að því að hafa hugsað þessi mál í áratugi. Spurður hver breytingin sem þau kynna nú verði á starfsumhverfi lækna, segir hann mestu áhrifin á samvinnu. „Læknar munu þurfa að sinna málum meira í teymum en áður. Fyrir öldrunarlækni er það ekki nýjung en fyrir suma aðra verður það stærsta breytingin."

Fólk fái fé til að breyta heimilum sínum

„Við köllum eftir stuðningi vegna breytinga á heimilum. Nú er það þannig að ef húsnæðið sem fólk býr í hentar ekki, þarf það að flytja á hjúkrunarheimili. En við sem þjónustum sjáum að með litlum tilkostnaði mætti breyta heimilunum svo þau henti," segir Ólafur Þór Gunnarsson öldrunarlæknir og horfir til þess að þótt ríkið greiði fjárhæðir til breytinganna sé það mikill sparnaður fyrir það.

„Þetta eru upphæðir sem kunna að vaxa þeim sem eiga heimilið í augum en geta sparað ríkinu mikla fjármuni. Við skulum ekki gleyma að það kostar 30 milljónir að búa til hjúkrunarrými." Ef fólk fengi aðstoðina gæti það gjörbreytt stöðunni fyrir eldri einstaklinga og þeir búið lengur heima.

Ætlaði að fljúga um allan heiminn en kynnist honum núna sem læknir án landamæra

„Ég ætlaði að verða atvinnuflugmaður," segir Gunnar Auðólfsson, yfirlæknir skurðlækninga á Landspítala, sem var langt kominn með atvinnuflugmannsréttindin þegar hann náði inn í læknisfræði í Háskóla Íslands. Hann tók flugmannsréttindin samhliða en dróst alltaf meira inn í læknisfræðina. Meðan á aðgerðum stóð úreltist flugmannsprófið en Gunnar nær þó að ferðast um heiminn í hópi *Lækna án landamæra*

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Það var svo mikil niðursveifla í fluginu og gekk illa hjá Icelandair (Flugleiðum) og það runnu því á mig tvær grímur þegar ég var að ljúka náminu," segir Gunnar og lýsir því hvernig rætt hafi verið um það að framgangurinn væri hægur, atvinnuöryggið lítið og óvíst um framtíð flugiðnaðarins.

„Ég ákvað þá að læra eitthvað annað líka og þegar ég var að klára í læknadeild rofaði til í fluginu og þau sem lærðu með mér fengu öll vinnu og urðu fljótt flugstjórar." Hann hlær og viðurkennir að hann hugsi oft hvað ef hann hefði haldið sig við flugið.

„Ég geri það við allskonar tilefni. Þau bjóða mér stundum frammí þegar ég ferðast og hitti þau sem ég lærði með. Það kveikir í manni," segir Gunnar, sem sest niður með *Læknablaðinu* á mildum októberdegi. Blaðamaður fullyrðir að hann hafi hugsanlega ekki náð að losa sig við heilbrigðisgenin; hans nánasta fjölskylda heilbrigðisstarfsfólk. Líka konan hans, Sigríður Másdóttir augnlæknir.

Hvattur áfram af foreldrunum

„Mér var samt ekki stýrt í þessa átt. Foreldrar mínir hvöttu mig áfram í flugnáminu sem ég hafði snemma áhuga á," segir hann, en hann útskrifaðist með atvinnuflugmannspróf á Íslendingaslóðunum Gimli í Manitóba í Kanada árið 1992.

„Það kom flatt upp á þau að ég skyldi svo velja að verða læknir." Hann flaug lengi litlum rellum. „En ég seldi hlutinn í vélinni minni þegar ég fór í sérnám." En hvað ef? „Já, maður spyr sig öðru hvoru," segir hann dreyminn. „En ég sé ekki eftir neinu."

Gunnar stundaði nám í rannsóknum í Bandaríkjunum á lostástandi og líffæraflutningum. „Ég hafði snemma áhuga á einhvers konar skurðlækningum," segir hann og lýsir því hvernig lýtaskurðlæknar hafi starfað við hlið hans í Bandaríkjunum. Hann hafi kynnst þeim og orðið forvitinn. Síðar hafi þessi áhugi leitt hann til Svíþjóðar í sérnám og loks til Glasgow.

„Lýtalækningar ganga út á að endurskapa það sem hefur tapast. Starfið er mikið á skurðstofum og þar fannst mér skemmtilegast að vera," segir Gunnar sem vildi nú gjarnan verja jafnlöngum tíma á skurðstofum Landspítala og fyrir COVID. „Þá vorum við með 5 skurðdaga í viku en nú aðeins þrjá," segir hann.

„Afkastagetan hafði byggst upp jafnt og þétt fram að COVID. Þá var mesta hindrunin að skurðstofurnar mættu vera fleiri en nú er ekki einu sinni hægt að opna allar skurðstofurnar sem voru í notkun," lýsir hann. Hjúkrunarfræðinga og starfsfólk almennt vanti. „Í næstum tvö ár höfum við aðeins náð að sinna bráðustu tilfellunum." Hlaðist hafi á biðlistana. „Það háir okkur mjög hvað aðgengi að skurðstofum er takmarkað." Hann horfi til þess að nú í nýju ári sé stefnt að opnun fleiri skurðstofa. „Svo þetta horfir til bóta."

Óslökkvandi útþrá

Gunnar flutti heim eftir áralangt starf í útlöndum árið 2007. Fyrst opnaði hann stofu með starfi á spítalanum en fór svo að sinna hlutastarfi í Noregi. Hann lagði



Gunnar Auðólfsson segir ferðaþorstann ekki hafa slokknað þótt hann hafi snúið af þeirri braut að verða atvinnuflugmaður og kosið lýtaskurðlækningar. Hann sér fyrir sér fleiri ferðir með Læknum án landamæra til að kynnast samfélögum innan frá. Mynd/gag

þau störf á hilluna þegar hann var ráðinn yfirlæknir á Landspítala. Ár er eftir af skipunartímanum.

„Einn möguleikinn er að sækja aftur um," segir hann en hann meti nú stöðuna. Sjái jafnvel fyrir sér að flækjast meira um heiminn. Þá komum við að helstu ástæðu viðtalsins. Gunnar hefur nefnilega verið viðloðandi samtökin *Læknar án landamæra* í mörg ár. Farið til Bosníu og Mósúl í Írak.

„Mig langar nú seinni hluta ferilsins að gera meira af því," segir Gunnar, sem hefur meðal annars sérhæft sig í skarði í vör og góm. „Mörg samtök þurfa hjálp lækna og fara þangað sem er þörf." Hann metur nú stöðuna.

„Ég fór til Bosníu árið 1996 með IFOR-sveitum NATÓ sem fóru inn á Balkanskagann til að viðhalda friðarsamkomulagi þegar stríðið var að lognast út af," segir hann og lýsir tveggja vikna undirbúningi með norska hernum fyrir margra mánaða úthaldið í Bosníu, í Doboj, Modrica og Tuzla. En í Tuzla var hann meðal annars í sameiginlegri björgunar- og þyrlusveit herja Noregs og Bandaríkjamanna.

Reynsla sem hafi markað hann. „Ég hef því alltaf hugsað mér að gera meira af þessu," segir hann, og fór í janúar í tvo mánuði til Mósúl í Írak. „Ég starfaði á spítala sem sinnti særðum og slösuðum í borgarastríðinu þegar verið var að svæla út ISIS-sveitirnar. Nú hefur spítalinn þrengt svið sitt í að þjónusta þá sem hafa hlotið útlimaáverka," segir Gunnar. Samtökin reka tvo spítala í Mósúl. Annan fyrir kvensjúkdóma og fæðingar og hinn fyrir útlimaáverka.

„Margt fólk glímir við fjölónæmar sýkingar og mörg fengu enga úrlausn þegar stríðið geisaði sem nú er reynt að bæta úr," segir hann.

Sótti kraft í unga fólkið

Gunnar segir bæði lærdómsríkt og spennandi að sjá aðbúnaðinn á þessum spítala og bera saman við sitt daglega umhverfi. „Þarna var vissulega allt mjög einfalt. Tvær skurðstofur í steyptri byggingu og legudeild í gámabyggingum. Þá var önnur gámabygging fyrir stoðþjónustu," segir hann og að á margan hátt megi bera

Ég starfaði á spítala sem sinnti særðum og slösuðum í borgarastríðinu þegar verið var að svæla út ISIS-sveitirnar. Nú hefur spítalinn þrengt svið sitt í að þjónusta þá sem hafa hlotið útlimaáverka







Læknar án landamæra *(Médecins Sans Frontières) eru góðgerðarsamtök, stofnuð árið 1971. Þau vinna samkvæmt þeirri lífsskoðun að allt fólk eigi rétt á læknishjálp og að það sé brýnna að lina neyð þess en að virða landamæri. Samtökin hafa unnið um allan heim einsog sjá má á kortinu.*

Gunnar starfaði á spítala í Mósul í Írak sem hjálpar þeim sem hlutu útlimaáverka í borgarstríðinu. Ár er nú frá ferðinni sem hann segir hafa verið hvetjandi fyrir sig.

aðstöðuna saman. Þar hafi allt þó verið minna og einfaldara.

„Ég þurfti því að taka mið að því sem til var af umbúðum og verkfærum. Vinna innan rammans sem bauðst og stundum að hugsa í lausnum, hverfa til grunnþekkingarinnar og vera fljótur að ákveða til hvaða ráða réttast væri að grípa," lýsir hann. „Það er ágætur skóli að þurfa að grípa til klassískra eða eldri úrræða læknisfræðinnar öðru hvoru." Breytingar sem þessar hjálpi til við að bægja frá hættunni á kulnun í starfi.

„Maður kemur á vissan hátt endurnærður til baka," segir hann og lýsir kommúnunni sem hann bjó í. „Ég var í stóru íbúðarhúsi þar sem reynt var að haga því þannig að allir hefðu sitt herbergi. Þar bjuggu alls konar sérfræðingar samtakanna," segir hann.

„Þá kynntist maður fólki alls staðar að úr heiminum. Þar var margt ungt fólk bæði kraftmikið og innblásið, sem var frískandi fyrir mig og uppörvandi. Fann kraftinn og bjartsýni þeirra," segir hann.

Reynsla sem hann vill meira af

Gunnar segist ekki hafa upplifað sig í lífshættu í þessum tveimur ferðum. „Ég fann að það er vel að öllu staðið en líka að það þarf lítið til svo eitthvað fari úrskeiðis." Hann hafi þó verið stoppaður við vegartálma af vopnaðri 6 manna sveit á leið á flugvöllinn í Írak – einni þeirra sem hafi ekki viljað leggja niður vopn sín eftir stríð og hagi sér eins og ríki í ríkinu.

„Ég hafði verið undirbúinn að fara aldrei út úr bíl í svona aðstæðum og aðeins væri þess sérstaklega krafist," segir hann, og hvernig hann hafi þurft þess. Hann hafi beðið í ofvæni þegar höfuðpaurinn skipaði honum úr bílnum og spurði hvers vegna hann hefði svona háan blóðþrýsting.

„Þá hafði bílstjórinn sagt þeim að hann hefði lækni í bílnum á heimleið." Þungvopnaður maðurinn hafi ekki skilið svarið og bílstjórinn látið sem hann kynni ekki ensku til að þýða. „Hann vildi ekki þýða því þá hefðu spurningarnar dunið á mér um alla fjölskylduna og við ekki náð flugi." Þeim hafi verið sleppt.

En hvaðan kemur þessi áhugi. „Lýtaskurðlæknissérgreinin er að miklu leyti sprottin upp úr áverkum eftir heimsstyrjaldirnar. Ætli þetta hafi því ekki síast inn þegar ég las fræðin," segir Gunnar og útilokar ekki að útþráin spili þar einnig inn í. „Ég hef alltaf verið svolítið upptekinn af því að sjá sem mest af heiminum, og þá ekki endilega sem túristi. Ég vil fara á framandi slóðir og kynnast öðruvísi menningu," segir hann, en hann kom heim eftir farsæl ár í Skandinavíu árið 2007.

„Já, römm er sú taug," segir hann og hlær. Fannst það jafnvel mistök því Hrunið dundi yfir en þó ekki. Hann fór svo, eftir að hafa lokað stofunni sem hann opnaði, að fara viku og viku aftur út.

„Margir Íslendingar voru á leiðinni til Noregs á þeim tíma en í staðinn fyrir jakkafataklædda menn, fyllti heilbrigðisstarfsfólk og menn í Ístak-jökkum vélarnar."

Nú starfar hann alfarið á Landspítala enda er það regla að yfirlæknar reki ekki eigin stofur. En hvetur hann aðra lækna til að ganga í raðir *Lækna án landamæra*?

„Já, allir sem hafa áhuga á því að prófa svona ættu að íhuga að slá til. Reynsla mín er góð og ég get mælt með því. Þarfir svona samtaka eru fjölbreyttar og það er sóst eftir fólki úr ólíkum sérfræðigreinum. Hjá *Læknum án landamæra* er áherslan helst á skurð-, svæfinga- og kvensjúkdómalækna og einhverju leyti barnalækna," segir hann og horfir sjálfur á ný verkefni.

„Við erum fá á deildinni og svona langar fjarverur erfiðar. En ég vildi það gjarnan. Já, það er draumurinn."



Ég og Åsa sem unnum saman í bráðavitjanateymi í Gautaborg. Við erum að búa til svipaða þjónustu í Gautaborg. Myndina tók Lena hjúkrunarfræðingur.

Dagur í lífi öldrunarlæknis

Guðný Stella Guðnadóttir

Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Selfossi

06:30 Vekjaraklukkan hringir í Norðlingaholtinu. Allir aðrir fjölskyldumeðlimir eru steinsofandi. Ég verð að viðurkenna að það er mjög ljúft að hafa smá einkatíma á morgnana og drekka gott kaffi.

07.15 tek ég strætó á Selfoss. Strætóinn stoppar beint fyrir framan húsið mitt og svo beint fyrir framan Heilbrigðisstofnun Suðurlands (HSU). Strætóferðin er yfirleitt notuð til að horfa á eitthvað algjörlega gagnslaust á youtube þó að samviskan segi að ég eigi að hlusta á eitthvað gáfulegt.

08.10 fer ég upp á lyflækningadeild að skoða einstakling með langt gengið krabbamein sem versnaði um nóttina. Svo tala ég við aðstoðarlækninn um konu með Lewy-body-heilabilun sem hefur verið með erfiðar ofskynjanir og þess vegna inniliggjandi. Það er mjög ánægjulegt að hún er loksins að svara lyfjameðferð og getur líklega farið heim fljótlega.

09.00 er stofugangur á Móbergi sem er nýtt hjúkrunarheimili og við hliðina á spítalanum. Aðstaðan er góð og allir með eigið herbergi. Ein mjög ákveðin kona á níræðisaldri er frammi í setustofu. Hún neitaði í tvö ár á fyrra hjúkrunarheimili að koma fram þar sem henni mislíkaði umhverfið. Hér finnst henni fínt og kemur stundum fram. Þar sem það er flensutími eru töluvert margir sem þarf að kíkja á. Ein kona á tíræðisaldri er nýkomin á lífslokameðferð og ég skoða hana. Ég velti fyrir mér hvort ég geti skrifað seinna á dánarvottorð að hún hafi dáið úr elli eins og Bretadrottning.

12.00 fer ég í hádegismat. Hér er held ég besta mötuneyti á landinu og alltaf góður matur.

13.00 er vinnustofa fyrir opnun heimaspítalans á Selfossi. Ég er nýflutt heim frá Svíþjóð og síðustu þrjú árin rak ég bráðavitjanateymi frá Sahlgrenska-sjúkrahúsinu. Flestir sjúklingarnir voru hrumir aldraðir. Við gátum sinnt mjög mörgum í heimahúsi sem sluppu þá við að fara á spítalann. Um helmingur sjúklinganna kom beint úr sjúkrabíl og við fórum í vitjun í stað þess að flytja þá. Hinir voru ýmist nýútskrifaðir frá bráðamóttöku eða af deildum spítalans eða heimahjúkrun hringdi í okkur. Mín reynsla af að meðhöndla hruma aldraða heima er að þeir fá miklu betri þjónustu. Við veittum mikla meðferð heima, með sýklalyf í æð, flókna hjartalyfjameðferð og lífslokameðferð. Ég réði mig í raun á HSU þar sem að þar var vilji fyrir að byggja upp betri þjónustu fyrir hruma og fjölveika aldraða í heimahúsum. Í Svíþjóð er til ágætis fyrirmynd í Borgholm í Svíþjóð. Í því 10.000 manna samfélagi rekur heilsugsæslan sinn heimaspítala sem nær yfir um 300 manns sem eru þá veikustu sjúklingarnir í samfélaginu. Alltaf er laus tími fyrir vitjanir heimilislæknis milli 13 og 14 sem sjúkraflutningafólk og heimahjúkrun geta bókað í. Þannig velur meirihluti eldra fólks að fá frekar vitjun heimilislæknis en að vera flutt á bráðamóttöku. Á meðan dögum á spítala og komum á bráðamóttöku hjá hrumum öldruðum hefur fjölgað alls staðar í léninu, hefur þeim fækkað í Borgholm síðan þeir opnuðu heimaspítalann sinn.

Á vinnustofuna eru mættir einstaklingar frá heimahjúkrun, félagsþjónustu, sjúkraflutningafólk, læknar heilsugæslu og læknar spítalans. Við ætlum að byrja með bráðavitjunarteymi í janúar þar sem heimilislæknar, lyflæknar og bráðalæknar taka þátt. Síðan ætlum við að vinna í því að samþætta heimahjúkrun og félagslega stuðningsþjónustu.

16.00 tek ég strætó heim. Ég legg mig á leiðinni enda komin 28 vikur á leið og það var augljóslega ekki góð hugmynd að verða ófrísk svona á gamals aldri.

Kvöldið fer svo í að njóta tímans með fjölskyldunni og fá báða strákana til að lesa á íslensku, sem þeim finnst afar leiðinlegt. Sá yngri er að minnsta kosti kominn með nýja vini og farinn að sætta sig við að búa í landi þar sem er alltaf rigning.



Sigurdís Haraldsdóttir
yfirlæknir á krabbameinslækningadeild Landspítala



Steinunn Þórðardóttir
öldrunarlæknir og formaður Læknafélags Íslands

Hvernig má auka framleiðni (og starfsánægju) lækna?

Læknaskortur er áþreifanlegt og hratt vaxandi vandamál á fjölmörgum starfsstöðvum lækna um land allt. Í samtölum Læknafélags Íslands við lækna hefur ítrekað komið fram vaxandi áhersla hópsins á gott jafnvægi milli vinnu og einkalífs. Læknar vilja geta tekið út lögbundin frí sín og nýtt frítökurétt vegna vakta og telja ekki ásættanlegt að hafa ekki val um annað en að þiggja greiðslur í stað frítíma vegna manneklu og skorts á afleysingu. Auk þessa horfa margir læknar til styttingar vinnuvikunnar, sem hefur hingað til ekki staðið læknastéttinni til boða, en er mikilvægt réttindamál, þótt tryggja verði að útkoman verði ekki aukning á ógreiddri yfirvinnu eða stóraukið vinnuálag til að komast yfir verkefni dagsins eins og margir óttast.

En hvaða lausnir má sjá fyrir sér til að koma til móts við vaxandi kröfur um frítíma og minna vinnuálag? Læknafélagið hefur talað fyrir fjölgun læknanema við Háskóla Íslands og stuðningi við læknanema sem stunda nám sitt erlendis. Eins hefur félagið talað fyrir því að farið verði með kerfisbundnum hætti að laða íslenska sérfræðilækna erlendis til starfa hér á landi. Lykilatriðið í aðgerðum til að sporna við manneklu meðal lækna er þó að stórbæta starfsumhverfi þeirra lækna sem nú þegar starfa innan íslensks heilbrigðiskerfis. Með því að skapa aðlaðandi starfsumhverfi þar sem álagi er stillt í hóf og læknar hafa tækifæri til að hafa áhrif á sín daglegu störf, þróast í starfi og nýta sína þekkingu sem best skapast aðstæður sem sjálfkrafa bæta nýliðun.

Til að tryggja að sérþekking lækna nýtist sem best þarf að byrja á því að kryfja dagleg störf lækna og verkefni þeirra til mergjar. Eru læknar að sinna verkefnum sem betur eiga heima hjá öðrum fagstéttum? Eru verkferlar til staðar sem létta undir í daglegum störfum lækna eða þarf að bæta boðleiðir? Önnur okkar eyddi nýlega fjórum klukkustundum í að reyna að koma miðaldra einstaklingi með þroskaskerðingu í segulómun af heila í svæfingu. Eðlilegast hefði verið að þegar óskað er eftir slíku færu verkferlar af stað á röntgendeild, án frekari aðkomu tilvísandi læknis enda ekki um læknisfræðilegt heldur praktískt vandamál að ræða. Því var ekki að heilsa og endaði undirrituð með að þurfa að skapa þessa verkferla frá grunni og urðu símtölin samtals 16 áður en málið var afgreitt. Mýmörg sambærileg dæmi eru til og það hlýtur að vera krafa lækna að betur sé farið með tíma þeirra en þetta.

En hvað er til ráða? Í viðtali við *Læknablaðið* í september síðastliðnum bentu Davíð Björn Þórisson og Matthías Leifsson á þau gríðarlegu sóknarfæri og vinnusparnað sem fælust í skilvirkara sjúkraskrárkerfi. Það verður ekki reifað frekar í þessum pistli, en úrbætur á rafrænu starfsumhverfi lækna eru án efa eitt af mikilvægustu skrefunum í að bæta starfsumhverfi þeirra. Eins hafa læknar sem komnir eru heim úr sérnámi, meðal annars frá Bandaríkjunum, bent á mikinn mun milli landanna á stuðningi sem læknum býðst í daglegum störfum sínum frá öðrum fagstéttum sem ekki eru til hérlendis.

Í Bandaríkjunum er algengt að læknar starfi í teymum með riturum, sjúkraliðum, hjúkrunarfræðingum og hafi auk þess stuðning frá læknariturum (*medical scribes*), svokölluðum *nurse practitioners* (við lýsum eftir góðu íslensku orði yfir þetta) og aðstoðarfólki lækna (*physician assistants*).

Læknaritarar eru einstaklingar með próf úr menntaskóla sem gætu hafa tekið einhverja kúrsa í háskóla í vísindum eða undirbúning fyrir læknanám (*premed*). Oft er það svo að þessir einstaklingar huga sjálfir að námi í læknisfræði. Námið sjálft er um 100-120 klst og er kennt í community college eða á netnámskeiðum. Þjálfun er bæði í skriflegu og verklegu þar sem almenn þekking á læknisfræði, líffærafræði, úrlestri myndrannsókna og fleira er kennt. Læknaritarar læra því að skrifa læknisfræðilegar nótur og fylgja lækni í starfi og sjá um nótnaskrif, til dæmis á göngudeild, sem læknirinn fer yfir og undirritar.

Nurse practitioners og aðstoðarfólk lækna starfa að vissu marki á svipaðan hátt og sérnámslæknar en eru þó með ákveðna afmarkaða áherslu, til dæmis í heimilislækningum eða krabbameinslækningum, og fá því góða þjálfun í þeim hluta læknisfræðinnar. *Nurse practitioners* ljúka fyrst BS-gráðu í hjúkrun og bæta síðan við sig MS-gráðu. *Nurse practitioners* og aðstoðarfólk lækna geta starfað samhliða sérfræðingum, á legudeild eða göngudeild, geta hitt sjúklinga með sérfræðingi eða sjálfstætt og mega í sumum tilvikum skrifa lyfseðla og ákveða meðferðir en starfa þétt með og í samráði við sérfræðing.

Læknafélagið hvetur til þess að fýsileiki þess að bjóða ofangreint nám hérlendis verði skoðaður og er reiðubúið að taka þátt í þeirri vinnu. Auk þess leggur félagið áfram þunga áherslu á þróun og endurskoðun verkferla og að tafarlausar úrbætur verði gerðar á rafrænu starfsumhverfi lækna.

Berglind Bergmann
sérnámslæknir í almennum lyflækningum



Hildur Jónsdóttir
sérfræðingur í almennum lyflækningum



Greiningarferðalagið – æfingin skapar meistarann

Í læknisfræði nútímans eru sjúkdómar, meðferð þeirra og rannsóknir í brennidepli og læknar hafa færst frá rúmstokknum til tölvunnar. Annríki og hraði hefur aukist samhliða meira framboði og aðgengi að rannsóknum. Dregið hefur úr áherslu á sögutöku og skoðun, og áherslan færst yfir í túlkun rannsókna, klínískar leiðbeiningar og greiningar- og meðferðarferla. Til þess að geta nýtt sér leiðbeiningar og ferla verður læknirinn þó að hafa hugmynd um hvað hann er að fást við og komast að réttri sjúkdómsgreiningu.

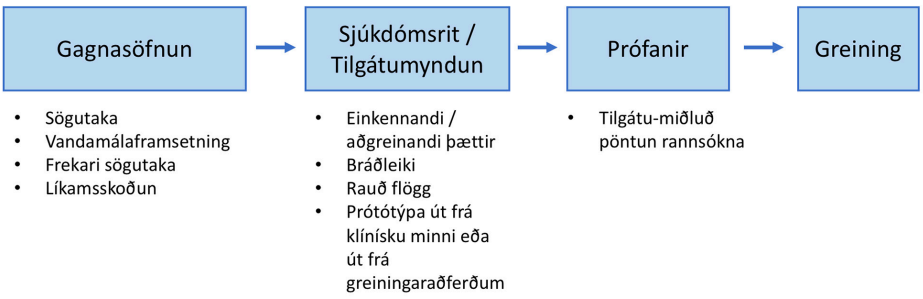
Í þessu umhverfi vill kerfi 1 í hugsanalíkani Daniel Kahnemans oft hafa betur en kerfi 2 þegar kemur að sjúkdómsgreiningum. Kerfi 1 er fljótvirkt og byggir á innsæi og reynslu þar sem ákveðið einkennamynstur kallar fram sjúkdómsgreiningu í huga læknisins. Kerfi 2 er hægfara og byggist á rökhugsun og meðvitaðri rökleiðslu. Reyndur læknir er líklegri til að reiða sig meira á kerfi 1 en óreyndur frekar á kerfi 2. Rétt greining er lykillinn að réttri meðferð og getur bjargað mannslífi. Mistök við greiningu, það er röng greining, vangreining og síðbúin greining, eru enn stór hluti atvika í heilbrigðisþjónustu þrátt fyrir miklar tækniframfarir. Það getur verið krefjandi að komast að réttri greiningu og því er mikilvægt að þjálfa greiningarfærni rétt eins og aðra færni sem góður klínískur læknir þarf að hafa.

Getum við þjálfað okkur í að verða betri greinendur? Þeir sem skara fram úr við iðju sína, til dæmis tónlistarmenn og afreks íþróttafólk, eyða ef til vill 95% af tíma sínum við æfingar en 5% við að koma fram, en þessu er öfugt farið hjá læknum sem eyða megninu af degi hverjum í að nýta færni sína á praktískan hátt en eyða litlum eða engum tíma við æfingar. Klínísk rökleiðsla (*clinical reasoning*) er hugtak sem notað er yfir hugsanaferli greinandans frá því að hann tekur að sér að leysa ákveðið vandamál og hefur gagnasöfnun þar til komist er að greiningu. Ferlið samanstendur af nokkrum skrefum, sjá mynd 1. Í tengslum við klíníska rökleiðslu hafa skapast heilmikil fræði og ný hugtök sem ekki verður farið nánar yfir hér að þessu sinni.

Með því að fara skipulega í gegnum tilfelli með nálgun klínískrar rökleiðslu að leiðarljósi getum við þjálfað okkur í greiningarfærni með því að hægja á hugsanaferlinu, hugsa upphátt og gjarnan í teymi, bera kennsl á vandamálin og fara kerfisbundið í gegnum mismunagreiningar í stað þess að stýrast af innsæinu þar sem okkur hættir til ómeðvitaðrar hugsanaskekkju (*cognitive bias*), til dæmis staðfestingarvillu (*confirmation bias*) eða því að setja akkerið niður of snemma (*anchoring bias*). Tilfellaþjálfun af þessu tagi er hægt að iðka í einrúmi með því að hlusta á hlaðvörp eða leysa tilfellaþrautir, til dæmis í *NEJM* eða með Human Dx-smáforritinu, en hentar einstaklega vel fyrir klíníska tilfellafundi eða í teymisvinnunni í amstri dagsins svo allir geti lært af því.

Fyrir áhugasama mælum við með bókinni *Thinking, Fast and Slow*, skrifum Gurpreet Dhaliwal og hlaðvörpum helguðum klínískri rökleiðslu, sjá lista.

Loks viljum við vekja athygli á málþingi um klíníska rökleiðslu og greiningarferðalagið sem verður á Læknadögum, föstudaginn 20. janúar næstkomandi!



Mynd 1. *Greiningarferlið – mynd aðlöguð og þýdd úr grein Corazza et al. Klínísk rökleiðsla hefst með gagnasöfnun sem leiðir af sér myndun sjúkdómsrits og greiningartilgátu sem leiðir til frekari prófana og loks greiningar.*

Heimildir

- Corazza GR, Lenti MV, Howdle PD. Diagnostic reasoning in internal medicine: a practical reappraisal. Intern Emerg Med 2021; 16: 273-9.
- van den Berge K, Mamede S. Cognitive diagnostic error in internal medicine. Eur J Intern Med 2013; 24: 525-9.
- Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. Farrar, Straus and Giroux, New York 2011.

Hlaðvörp

- IM reasoning: https://imreasoning.com/episodes/
- Clinical Problem Solvers: https://clinicalproblemsolving.com/episodes/
- RLR: https://www.rlrcpsolvers.com/
- The Database frá Bedside Rounds: http://bedside-rounds.org/episode-69-the-database/
- St. Paul¢s Morning Report: https://stpaulsmorningreport.com/category/podcast/
- Undirsyrpa Dagáls læknanemans um klíníska rökleiðslu:
- https://landspitalihladvarp.simplecast.com/episodes/

Samnorrænt sérfræðinám í líknarlækningum



Valgerður Sigurðardóttir
Læknir

Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* er auglýsing um samnorrænt fræðilegt sérfræðinám í líknarlækningum, *The Nordic Specialist Course in Palliative Medicine*, sem hefst haustið 2023.[1,2] Það er ástæða til að benda áhugasömum íslenskum læknum á þetta nám þar sem það er síðasta námskeiðið sem haldið verður. Ástæðan eru breytingar á fyrirkomulagi sérfræðináms í líknarlækningum á hinum Norðurlöndunum þegar fræðilegur hluti námsins í framtíðinni fer fram í hverju landi fyrir sig.

Norræn félög líknarlækna ásamt Lífinu, samtökum um líknarmeðferð á Íslandi, hafa staðið fyrir samnorrænu fræðilegu námi í líknarlækningum frá árinu 2003. Um aldamótin 2000 var aukin opinber umræða á Norðurlöndunum um eflingu líknarþjónustu í samræmi við stefnu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar. Komið var á fót margvíslegri líknarþjónustu víðs vegar á hinum Norðurlöndunum en það gleymdist að hugsa fyrir því að faglært heilbrigðisstarfsfólki þyrfti til þess að sinna þessari þjónustu. Engin sérfræðimenntun var tiltæk á háskólastigi né neinn áhugi innan læknisfræðinnar almennt á að koma slíku námi á fót.

Haustið 2003, eftir tveggja ára undirbúningsvinnu, settu norrænir frumkvöðlar af stað tveggja ára fræðilegt nám í líknarlækningum, *The Nordic Specialist Course in Palliative Medicine*. Við uppbyggingu námsins var tekið mið af viðurkenndri breskri og evrópskri námsskrá. Náminu er skipt í 6 vikulöng námskeið þar sem kenndir eru meginþættir líknarmeðferðar (sjá auglýsingu s. 41).

Námið er kostað með þátttökugjaldi. Fjöldi þátttakenda frá hverju landi tekur mið af höfðatölu en Íslendingar hafa átt tvö sæti. Á þessu síðasta námskeiði geta fleiri Íslendingar komist að en venjulega þar sem Svíar geta nú annað kennslu á heimavelli. Í stjórn *The Nordic Specialist Course in Palliative Medicine* sitja tveir fulltrúar frá hverju Norðurlandanna nema einn frá Íslandi. Stjórnin hefur ekki þegið laun fyrir störf sín gegnum árin.

Á árunum 2007-2015 öðluðust líknarlækningar viðbótarsérfræðiviðurkenningu á öllum Norðurlöndunum. Á Íslandi voru líknarlækningar gerðar að viðbótarsérgrein við lyflækningar 2015 en eftir athugasemd frá starfandi líknarlæknum var því breytt 2017 í viðbótarsérgrein við klíníska grein læknisfræðinnar.

Samnorræna námið er viðurkennt sem fræðilegur hluti eða annað sambærilegt nám en að auki er krafist tveggja ára klínískrar vinnu við líknarlækningar á einingu sem hefur legudeild, heimaþjónustu og líknarráðgjafarteymi á sjúkrahúsi.

Tíunda námskeiðinu lýkur í vor og það 11. og síðasta hefst næsta haust. Vorið 2021 höfðu 340 norrænir sérfræðilæknar lokið þessum fræðilega hluta og sama ár höfðu 500 fengið líknarmeðferð viðurkennda sem viðbótarsérgrein á Norðurlöndum, þar af 186 sem höfðu lokið samnorræna faglega náminu.

Sjö íslenskir læknar hafa lokið fræðilega náminu, þar af einn sem starfar erlendis. Tveir þeirra hafa viðbótarsérgreinin, tveir eru í umsóknarferli og tveir hafa ekki sótt um viðbótarsérgrein. Tveir aðrir sérfræðilæknar hafa aflað sér viðbótarsérgreinar með öðrum hætti.

Heimildir

1. Haugen DF, Vejlgaard T, et al. Evaluation and experiences from the first course 2003-2005. Pall Med 2008: 22: 256-63.
2. Sigurdardottir V, Edenbrandt C-M, Hirvonen O, et al. A survey among 225 participants from seven courses 2003-2017. Palliative Medicine Report 2021.

Fimm læknar rita kver um háfjallakvilla

Háfjallakvillar – Helstu sjúkdómar í mikilli hæð yfir sjávarmáli er nýtt kver ritað af fimm læknum og fjallafélögum. Tómas Guðbjartsson segir textann hafa verið saminn fyrir almenning og byggi meðal annars á fræðigreinum í *Læknablaðinu*.

„Kverið hentar þeim sem ætla að reyna sig við fjöll yfir 3000 á metra hæð, gangandi, hjólandi eða á skíðum, í Ölpunum, Himalaja, Atlasfjöllum í Marokkó, Kilimanjaro og Machu Picchu," segir Tómas „Við höfum verið í fjallgöngum mikið heima og erlendis. Við fórum þrír á Kilimanjaro og urðum slappir þar af hæðarveiki. Okkur fannst eftir það mikilvægt að fræða almenning og ekki síður lækna um hæðarveiki og hvernig hægt er að fyrirbyggja hana," segir hann við Læknablaðið.

Kverið fer vel í bakpoka og er prentað á vatnsþolinn pappír en einnig er hægt að hlaða því niður með QR-kóða í símann. Aftast er listi yfir þau lyf sem hentugt er að hafa með í háfjallaferðir. Kverið fæst í Fjallakofanum, Everest, 66 Norður sem styrkja útgáfuna og hjá Ferðafélagi Íslands. Það kostar 1500 krónur og rennur ágóðinn til stígagerðar á hálendi Íslands.



Ólafur Már Björnsson, Gunnar Guðmundsson, Magnús Gottfreðsson, Engilbert Sigurðsson og Tómas Guðbjartsson eru höfundar kversins. Mynd/Kristinn Ingvarsson

11th Nordic Specialist Course in Palliative Medicine 2023–2025

Samnorrænt sérfræðinám í líknarlækningum

Lokadagur umsókna – 15.03.2023

Lífið, samtök um líknarmeðferð á Íslandi, hefur í samvinnu við norrænu sérfræðifélög líknarlækna staðið fyrir sérfræðinámi í líknarlækningum frá haustinu 2003. Námið er ætlað læknum er lokið hafa sérnámi í klínískri grein læknisfræðinnar. Ellefta og síðasta námslotan hefst í september 2023. Námið er tveggja ára fræðilegt nám sem skipt er upp í sex 5 daga námskeið:

1. **MODULE 1 – 25-29 September 2023, Trondheim, Norway**

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

2. **MODULE 2 – 5-9 February 2024, Turku, Finland**

   The imminently dying; Audit

3. **MODULE 3 –15-19 April 2024, Elsinore, Denmark**

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

4. **MODULE 4 – 23-27 September 2024, Bergen, Norway**

   Decision-making; Emergencies; Complementary and alternative treatments;
   Organization of palliative care in the

   Nordic Countries; Teaching and learning; Wound care

5. **MODULE 5 – 27-31 January 2025, Elsinore, Denmark**

   Communication; Pain

6. **MODULE 6 – 5-9 May 2025, Stockholm, Sweden**
   Management and organization; Palliative care in end-stage organ failure and progressive neurological conditions;
   Introduction to paediatric palliative care; Course project;
   Examination and course evaluation.

Hverju námskeiði fylgja heimaverkefni, þátttakendur þurfa að skila afmörkuðu rannsóknarverkefni í lokin og standast skriflegt próf. Kennt er á ensku. Fjórir Íslendingar geta fengið þátttökurétt í þessu loka námskeiði. Sjá nánar á vefsíðu: **www.nscpm.org**

Kostnaður er 1100 evrur fyrir hvert námskeið, alls 6600 evrur, auk ferða og uppihalds.

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

Áhugasamir hafi samband við Valgerði Sigurðardóttur, fyrrum yfirlækni líknardeildar og HERA - sérhæfð líknarþjónusta Landspítala í Kópavogi, sem gefur allar frekari upplýsingar, sendir út umsóknareyðublöð og er tilbúin að aðstoða við styrkumsóknir. Sími: 543 6337/ 825 5018, valgersi@landspitali.is



Þorgerður Einarsdóttir, Gísli Gíslason og Ástrún Helga Jónsdóttir hlutu verðlaun sérnámsgrunnlækna og læknanema og standa hér með Þórði Harðarsyni. Mynd/Signý





Helgi Jónsson, Björn Magnússon, Jón Þór Sverrisson, Hjörtur Oddsson og Vilhelmína Haraldsdóttir voru öll heiðruð á þinginu. Mynd/Signý

Gísli Þór Axelsson, Hildur Margrét Ægisdóttir, Rebekka Lynch og Helga Rut Steinsdóttir hlutu verðlaun úr Vísindasjóði Þórðar Harðarsonar og Árna Kristinssonar. Þórður er fremst vinstra megin. Mynd/Signý

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Frá Lyflæknaþingi dagana 18.-19. nóvember 2022 í Hörpu

Heiðruð og verðlaunuð á vel heppnuðu Lyflæknaþingi

Metaðsókn var á þingið í ár. Þrír voru heiðraðir að vanda, tvö fengu sérstaka viðurkenningu og þrjú voru verðlaunuð fyrir bestu ágripin. Skoðað verður að halda þingið árlega

„Við skoðum nú að halda Lyflæknaþing árlega en þetta þing gefur erlendum ráðstefnu ekkert eftir og er í sama gæðaflokki. Stjórnin mun koma fljótlega saman, gera upp þingið og ræða framhaldið," segir Signý Vala Sveinsdóttir, formaður Félags íslenskra lyflækna. „Metmæting var í ár og gestir um 250 þótt aðeins ár sé frá síðasta þingi en það er þingið sem átti að vera árinu þar áður," segir hún en COVID setti þar strik í reikninginn. „Stemmningin nú var óvenju góð."

Björn Magnússon, lungna- og lyflæknir, Helgi Jónsson gigtar- og lyflæknir og Jón Þór Sverrisson, hjarta- og lyflæknir, voru heiðraðir fyrir öflugt ævistarf á þinginu í ár. Samkvæmt upplýsingum félagsins starfaði Björn Magnússon lengi á Fjórðungssjúkrahúsinu í Neskaupsstað þar sem hann hélt uppi öflugum lyflækningum á landsbyggðinni við krefjandi aðstæður. Síðan hafi hann starfað og starfi enn við lyflækningar á Selfossi. Helgi Jónsson hafi alla tíð verið afar virkur innan almennra lyflækninga, sinnt kennslu af alúð og verið góð fyrirmynd. Hann hafi auk þess sinnt miklu vísindastarfi alla starfsævi sína og útnefndur heiðursvísindamaður Landspítala 2022. Þá hafi Jón Þór Sverrisson starfað alla starfsævi sína á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri, sem nú nefnist Sjúkrahús Akureyrar, byggt þar upp hjartamóttöku og átti þátt í uppbyggingu öflugrar lyflækningadeildar.

Hjörtur Oddsson, hjarta- og lyflæknir á Landspítala, og Vilhelmína Haraldsdóttir, blóð- og lyflæknir, fengu einnig sérstaka viðurkenningu fyrir mikilvægt framlag til klínískra starfa innan lyflækninga. Hann fyrir að vera harðduglegur, frábær liðsmaður og lykilmaður á hjartadeildinni. Hún fyrir að eiga stóran þátt í því að byggja upp blóðlækningar hér á Íslandi, vera harðdugleg og ósérhlífin auk þess að vera kvenkyns læknum og læknanemum mikil fyrirmynd í starfi.

Signý segir bandarísku hlaðvarparana Reza Manesh og Rabih Geha sem haldið hafi erindi um klíníska rökleiðslu og skoðun hafa dregið marga að. „Já, læknanemar og unglæknar hlusta mikið á þá auk þess sem þingið var mjög klínískt í ár sem dró fólk að."

Hún segir vísindaágripin í ár hafa sýnt lyflæknum enn og aftur hversu flottar rannsóknir séu í gangi. „Þau minna okkur á að passa upp á að gert sé ráð fyrir vísindavinnu í starfi okkar lækna."

Hildur Margrét Ægisdóttir fékk fyrstu verðlaun úr Vísindasjóði Þórðar Harðarsonar og Árna Kristinssonar, fyrir ágripið: *Víðtæk erfðamengisleit á yfirliði gefur til kynna mikilvægi taugakerfis*. Gísli Þór Axelsson hlaut 2. verðlaun fyrir *Lungnastarfsemi og myndfundir meðal eftirlifenda COVID-19 lungnabólgu* og Rebekka Lynch var í 3. sæti með *Tengsl ofbeldissögu kvenna við hjarta- og æðasjúkdóma: lýðgrunduð rannsókn*. Aukaverðlaun voru einnig veitt fyrir 3. sætið. Þau fékk Helga Rut Steinsdóttir lyfjafræðingur fyrir ágripið *Ný og áframhaldandi notkun prótónupumpuhemla í kjölfar innlagnar á lyflæknadeildir Landspítala*.

Ástrún Helga Jónsdóttir læknanemi hlaut 1. verðlaun sérnámsgrunnlækna/læknanema fyrir *Blóðkalsíumhækkun í fólki með forstig mergæxlis; niðurstöður úr Blóðskimun til bjargar*. Önnur verðlaun hlaut Gísli Gíslason, sem nú er sérnámslæknir á Barnadeildinni, fyrir ágripið *Bráður nýrnaskaði hjá einstaklingum á meðferð með lítíum á Íslandi* og 3. verðlaun fékk Þorgerður Einarsdóttir læknanemi fyrir *Lifun einstaklinga með lifrarbólgu C sem nota vímuefni í æð*.



ICELAND TRAVEL

LÆKNADAGAR ERU Í GÓÐUM HÖNDUM

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

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

radstefnur@icelandtravel.is

Kristín Svava Tómasdóttir
Sögufélagið 2022

Farsótt –

Hundrað ár í Þingholtsstræti 25

Katrín Fjeldsted
Heimilislæknir

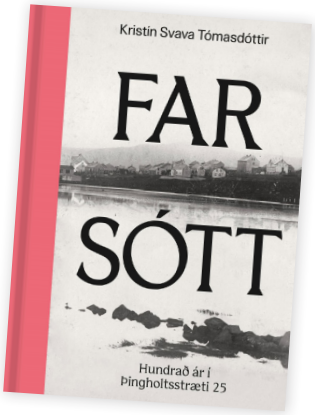
Mér fannst spennandi að fá bókina *Farsótt* í hendur og það af mörgum ástæðum en hélt að ég myndi setja mig í ritdómarastellingar verandi hlutlausi læknirinn úti í bæ að fjalla um störf fyrri tíðar lækna og hjúkrunarkvenna. Við að sökkva mér niður í lesturinn fór það hlutleysi út í veður og vind. Margt af því sem frá er sagt virðist í fljótu bragði vera fjarlægt en reyndist mér ótrúlega tengt. Ekki síst vegna þess að ég er fædd og uppalin á Laufásvegi 35 í nágrenni Farsóttahússins en einnig vegna þess að allvíða er minnst á fólk mér skylt, til dæmis Indriða Einarsson langafa minn, Jakob Möller og fjölskyldu hans svo og Eufemiu Waage afasystur mína. Svo er mér í barnsminni að hafa á aðfangadagskvöld 1957 séð þegar gamli Hússtjórnarskólinn gegnt Farsóttarhúsinu brann (bls. 200).



Kristín Svava Tómasdóttir

Bókin er fróðleg aflestrar, vel skrifuð og gerir sögu Þingholtsstrætis 25 góð skil. Hlutverk Farsóttahússins í 100 ára sögu þess, allt frá því að vera byggt sem fyrsta sjúkrahúsið í Reykjavík fram til þess er það hýsti útigangsfólk, hefur verið margbreytilegt og löngum umdeilt. Það var frá fyrstu tíð talið fátæklegt og kalt og lóðin óþrifaleg enda rann skólp frá húsum í opnum rennum niður í Lækinn sem þá var stærsta skólpræsi Reykjavíkur (bls. 69). Vatnsveita og fráveita komu löngu seinna til skjalanna.

En hvað voru læknar að fást við á þessum tíma? Sullaveiki var algeng, skæðir smitsjúkdómar á borð við berkla, bólusótt, taugaveiki, skarlatssótt, mislinga og barnaveiki tóku sinn toll og engar bólusetningar komnar til sögunnar, hvað þá sýklalyf. Læknar urðu að einangra sjúklinga, meðhöndla einkenni eftir megni og setja þá í sóttkví á sjúkrahúsinu eða í heimahúsum. Við nútímafólk höfðum lítið af slíku að segja þar til að COVID-19-faraldrinum kom. En það var ekki nóg að einangra sjúklingana heldur þurfti að sinna öllum þeirra þörfum.



Guðrún Jónsdóttir hafði lært ljósmóðurfræði í Kaupmannahöfn og var ráðin sem spítalaráðskona. Hún bar ábyrgð á hjúkrun og daglegum rekstri sjúkrahússins frá 1884 til 1903 og er augljóst að vinnutími hennar var óskilgreindur. Skemmtilega er frá störfum hennar og einkalífi sagt í bókinni. Guðrún eignaðist þrjú börn í óvígðri sambúð sem strangt til tekið var ólögleg en þó var litið fremur mildum augum á barneignir fólks sem bjó saman (bls. 45) og eftir dauða sambýlismanns síns eignaðist hún barn með dönskum klæðskera. Hún bjó í Þingholtsstræti 25 í 36 ár.

Eftir að ákveðið hafði verið að spítalinn yrði gerður að farsóttahúsi kom sú merka kona María Maack til skjalanna og er vel fjallað um góðmennsku hennar (bls. 162), höfðingsskap, verklag og vit. María gegndi starfi yfirhjúkrunarkonu farsóttahússins samfleytt til 1. október 1964 og var Þingholtsstræti 25 bæði vinnustaður hennar og heimili. Aðstoðarhjúkrunarkona með henni frá 1925 var Anna Kjartansdóttir og þegar þarna var komið sögu störfuðu með þeim matráðskonur, vökukona og starfsstúlkur.

Margir merkir læknar koma við sögu á heilli öld eins og gefur að skilja, þeir tókust á við bylgjur skæðra sjúkdóma, stjórnuðu meðferð sjúklinga og báru nýjungar með sér erlendis frá.

Læknaskólinn hafði aðstöðu í húsinu í áratugi og námið var bæði verklegt og bóklegt. Krufningar fóru fram í líkhúsi sem var á lóðinni fyrir ofan húsið. Fram kemur að líkhúsið, sögulega merkileg bygging, hafi verið rifið árið 1986. Á þeim tíma var ég í borgarráði og minnist þess ekki að nokkur umræða hafi fram um fundargerð byggingarnefndar sem hafði samþykkt málið enda kemur í ljós að siglt var undir fölsku flaggi og einungis óskað eftir leyfi til að rífa tvo skúra á lóðinni.

Frá 1969 var í húsinu rekið gistiskýli og var því komið á fót ekki síst fyrir vitundarvakningu frá fólki á borð við Þóru Einarsdóttur sem var stofnandi og fyrsti formaður Verndar. Vernd hafði látið sig varða hver aðbúnaður útigangsmanna og óreglufólks var í borginni. Þjónustan var síðustu árin við heimilislaust drykkjufólk, fíkla og fólk með geðsjúkdóma (bls. 294). Starfsemin var rekin ýmist af Samhjálp eða borginni frá 1990 en Reykjavíkurborg seldi húsið eftir að skýlið var flutt í húsnæði við Lindargötu 2014.

Bókin um hundrað ár í Þingholtsstræti 25 eftir Kristínu Svövu Tómasdóttur er henni til sóma, vel unnin, mikill fróðleikur og í viðaukum listar um heimildir, nöfn, efnisorð og myndaskrá.

Innkaupalisti frá Farsótt 1922

bygggrjón og hrísgrjón, sykur, mjöl og hveiti, brauð, kex og tvíbökur, laukur og kartöflur, baunir og pasta, epli og sellerí, sítrónur, bláber, apríkósur, sveskjur, ferskjur, rúsínur, tómatar, gulrætur, súrar gúrkur, hvítkál, blómkál og rauðbeður, súpujurtir og edik, kæfa og ostur, sulta og marmelaði, skyr og smjör, smjörlíki og egg og rjómi, fiskbollur, síld og vínarpylsur.

Ólafur Ragnar Grímsson
Forlagið 2022

Bréfin hennar mömmu



Helga M. Ögmundsdóttir
Prófessor emerita

Á nýlegum tónleikum kynnti píanóleikarinn tónlistina og persónulega nálgun sína við hana. Fyrst sagði hún frá því að hún veiktist meðan hún var í námi í Finnlandi af torkennilegum sjúkdómi sem loks reyndist vera berklar. Hún fór heim til Íslands og fékk viðeigandi meðferð. Meðan hún var veik var hún alveg þreklaus og gafst upp í neðstu brekkum Esjunnar. Nokkrum mánuðum síðar stóð hún á tindi fjallsins.

Breyttir tímar


Ólafur Ragnar Grímsson

Á fyrri hluta síðustu aldar þekktu allir berkla og grunurinn og óttinn við þá sjúkdómsgreiningu lá mjög nærri. Engin lyf voru til og meðferðin fólst í að fella saman sýkta lungnahlutann með því að framkalla loftbrjóst eða dæla inn olíu og ef það dugði ekki var gripið til höggningar og brjóstkassinn minnkaður. Sjúklingar voru einangraðir oft árum saman á berklahælum. Margir dóu á besta aldri og margir þeirra sem lifðu náðu aldrei fullri heilsu. Straumhvörf urðu með tilkomu streptomycins um miðja 20. öld.

Bók Ólafs Ragnars Grímssonar, *Bréfin hennar mömmu*, færir lesandann í þennan heim þegar berklarnir voru sjálfsagður hluti daglegs veruleika og þurfti engan formála til að útskýra. Höfundur og bókaútgefandi gefa sér að forsetatíð Ólafs Ragnars sé líka eitthvað sem allir vita og þarfnast ekki útskýringa. Skyldi lesandi framtíðarinnar átta sig á því af hverju Bessastaðir eru nefndir í fyrstu línunni?

Bréfin skiptast á tvö tímabil, það fyrra hefst veturinn 1939 þegar Svanhildur er ung og nýgift sér talsvert eldri manni. Þau voru strax aðskilin þegar hún liggur veik heima á Þingeyri en hann býr og starfar á Ísafirði. Svo þarf hún að fara á Vífilsstaði og er þar til hausts 1940. Síðara tímabilið hefst vorið 1944 og lýkur ekki fyrr en 1952, en oft líða margir mánuðir milli bréfa. Þá var hún ung móðir og var heima inn á milli þess að dvelja mánuðum saman á Akureyri, Kristnesi en mest á Vífilsstöðum. Allan þann tíma var sonurinn í fóstri hjá foreldrum hennar.

Bréfin frá fyrsta tímabilinu birta mjög heillega mynd af ungri, ástfanginni konu í baráttu við erfiðan sjúkdóm. Bréfin eru nokkuð endurtekningarsöm eins og bréfritarinn bendir sjálf á. Í seinni bréfunum er annar tónn. Söknuður móður eftir syninum er sár, en hér talar líka húsmóðir sem vill hafa stjórn á hlutunum, þótt hún þekki vanmátt sinn. Oft er vísað í undangengin símtöl, og þá vantar samhengið. Hún skrifar um fólk og fjölskyldumál, sem oft er lítt skiljanlegt og sumt ekki sérlega áhugavert. Í þessum hluta vakna spurningar um soninn, hvað var barninu sagt, hverju man hann eftir? Hér hefði Ólafur mátt gera brýr milli bréfa.

Hver er höfundur?

Þetta er óvenjuleg bók þar sem höfundurinn er í raun ekki sá sem er skrifaður fyrir henni heldur löngu látin kona sem grunaði ekki að sendibréf hennar til eiginmanns síns yrðu nokkurn tíma birt opinberlega í bók. Hvaða erindi eiga mjög persónulegar hugsanir, innstu tilfinningar og þrár í slíka birtingu? Þær gefa innsýn í hugarheim og eru heimild um berklaveikina frá sjónarhóli sjúklingsins.

Sagan sem ég sagði í upphafi sýnir að heilbrigðisstarfsfólk má aldrei gleyma berklunum. Hún sýnir líka að sjúkdómurinn eins og hann birtist nú á Vesturlöndum er ekki lengur sú ógn fyrir sjúklinga og samfélag sem hann var. En alltaf má draga lærdóm af því hvernig mannlegt eðli bregst við ógnum og erfiðleikum og hvað getur orðið úr þeim sem þoldu erfiðan aðskilnað frá móður sinni í bernsku.

Niðurstaða: Bókin á erindi við lesendur, hefði mátt stytta og grisja bréfin en bæta inn texta til að tengja á milli á seinna tímabilinu.

Sigmundur Ernir Rúnarsson
Veröld 2022

Spítalastelpan –
Hversdagshetjan Vinsý

Hlynur Níels Grímsson
Krabbameinslæknir og heimilislæknir



Smá formáli: Pabbi minn heitinn var fæddur árið 1924. Pabbi mundi vel tímana áður en penisilínið kom til sögunnar og síðan hingað til Íslands. Hann mundi eftir þeim tímum þegar ungir og hraustir bændur í hans sveit fengu fyrst kvef, síðan hósta og áður en hendi var veifað voru sumir komnir með lungnabólgu. Svo dóu þeir bara úr lungnabólgunni enda engin áhrifarík meðferð til við alvarlegum sýkingum á þeim tíma.

Vinsý, söguhetja Spítalastelpunnar, fæðist árið 1937 á Ströndum vestra. Kornabarn að aldri fær hún berkla í hrygg, að líkindum blóðborna frá móður sinni, og er flutt á sjúkrahúsið á Ísafirði um eins árs aldurinn og dvelur þar í umsjá vandalausra, sjúkrahússtarfsfólksins, til 9 ára aldurs. Meðferðin við berklunum er þeirra tíma meðferð, rúmlega í gipsmótum sem reglulega þarf að skipta um með tilheyrandi sársauka og sáramyndun í húð. Í raun og veru er Vinsý þannig reyrð niður á ókunnum stað þessi mótandi ár barnæskunnar, án þess að geta nokkurn tímann um frjálst höfuð strokið og án þess að sjá foreldra sína allan þennan tíma. Bjargvættir hennar verða starfsfólk sjúkrahússins, heilbrigðisstarfsfólk en einnig og ekki síður annað starfsfólk sjúkrahússins sem í raun gengur miklu lengra í sinni hjálpsemi en skyldan býður þeim að gera.

Þessi bók er fyrst og fremst uppvaxtarsaga Vinsýar, þó dálítið sé einnig fjallað um ævi hennar eftir að hún kemst á fullorðinsár. Það er hins vegar saga barnsins Vinsýar sem er merkasta saga þessarar bókar. Lýsingar á læknismeðferð þeirra tíma, samhjálp íbúa í afskekktu byggðarlagi og gæsku ókunnugs fólks eru margar magnaðar í frásögn Vinsýar. Það er ekki einfalt verk utanaðkomandi rithöfundi að láta ævisögupersónu segja sína sögu í fyrstu persónu, en Sigmundi Erni Rúnarssyni tekst afar vel að láta frásagnarmáta og tungutak Vinsýar halda sér trúverðugu og sannfærandi gegnum allt verkið. Gott dæmi um þetta úr bókinni er eftirfarandi frásögn af afa Vinsýar, Jóni á Seljanesi:


Sigmundur Ernir Rúnarsson

„Á fimmtánda ári hafi hann byrjað róðrana á áttæringi þeirra Finnbogastaðabræðra - og ætli það hafi ekki verið á fyrstu vertíðinni sem þeir vinirnir lentu í þeim kaldsamasta róðri sem sögur fara af. Náðu þeir þá ekki landi og urðu að leggjast við stjóra undan Felli í útnyrðings hörku roki og grimmdar frosti. Lágu þeir þar á annað dægur undir stöðugri ágjöf sem fraus svo öll og sýlaði skipið, en fátt var til hlífðar mannskapnum á opnum báti. Stóðu þeir sem dugmestir voru við að berja klakann á bátnum til að létta hann, án sýnilegs árangurs, því ávallt digraðist frerinn.“ (s. 149).

Minnisstæðust er frásögn Vinsýar af foreldrunum sem hún kynntist í raun aldrei, föðurnum sem er látinn þegar hún snýr loks aftur í sveitina sína og móðurinni sem hún nær aldrei djúpum tengslum við og móðirin ekki við hana eftir fjarveruna löngu. Við lesturinn varð mér ítrekað hugsað til þeirrar góðu bókar Sæunnar Kjartansdóttur sálgreinis, *Árin sem enginn man*, um mikilvægi tengslamyndunar ungbarna við foreldra og áhrif þeirra tengsla á almennan velfarnað síðar á ævinni.

Þessi saga er líka um æðruleysi fólksins sem lifði þessa tíma. Dauðinn var alls staðar nálægur og lítið við honum að gera. Í dag er staðan önnur, enda hafa læknisfræðin og almennar framfarir bylt heimsmyndinni. Nú þykir sjálfsagt að skjólstæðingar (enginn er sjúklingur lengur, heldur allt skjólstæðingar) geri iðulega kröfu um lækningu eða fullkomna úrlausn, ósjaldan á flóknum og langvarandi vandamálum, ekki seinna en samdægurs. Ef læknirinn skyldi svo slysast til að hafa rangt fyrir sér í fyrstu tilraun má alltaf kæra til Embættis landlæknis sem tekur sér alvald í málinu og það er svo á ábyrgð læknisins að sanna sakleysi sitt.

Spítalastelpan er hluti þeirrar Íslandssögu sem núverandi kynslóðir hafa kosið að gleyma, sagan af því að við erum ekki nema innan við 100 ár frá því Íslandi sem var. Þannig er *Spítalastelpan* ekki bara þörf heldur nauðsynleg áminning til okkar, feiknavel sögð og skilur mikið eftir að lestri loknum.

Frágangur bókarinnar er svo til algerrar fyrirmyndar að mínum dómi.

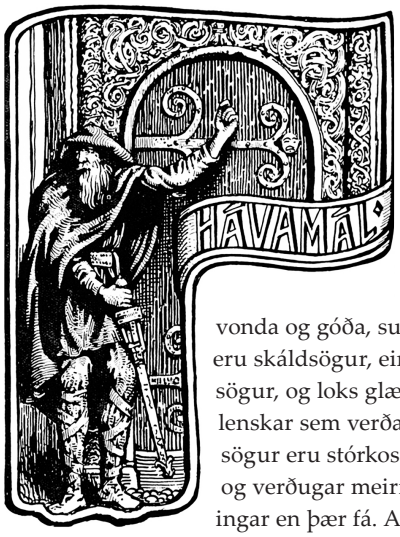
Áttu þér uppáhaldsbók, sem hefur fylgt þér lengst, þú hefur lesið oftast eða haft mest áhrif á þig?



Erat maður alls vesall

Sigurður Guðmundsson
læknir

Hvaða bók hefur haft afgerandi og mest áhrif á líf mitt? Ég hafði satt að segja ekki velt bókum sérstaklega fyrir mér sem afgerandi áhrifavaldi á lífshlaupið umfram svo margt annað. Áhrifin hafa ekki síður komið frá fólki, þar með talið og ekki síst nánustu fjölskyldu, kollegum, fallegum og stórbrotnum stöðum, landslagi, listaverkum, leikverkum, músík.



En bækur? Ég hef orðið fyrir áhrifum af mörgum bókum; er hæfilega áhrifagjarn, les mikið, og hef alltaf gert frá því ég byrjaði að stauta. Hver er „bókin eina“? Er hún meðal bóka æskunnar, allt frá Bláu bókunum og Tom Swift, til Íslendingasagna eða Þjóðsagna Jóns Árnasonar, sem eru grimmilega góðar og létu stundum hárin rísa á litlum hnakka. Ég bý að þeim enn, alltaf verið svolítið svag fyrir „þjóðlegum fróðleik“.

Kannski eru það skólaárin, þegar bara voru lesnar „góðar bókmenntir“ sem sumir vondir menn kalla gáfumannabækur, eða árin í Bandaríkjunum, en þá opnaðist nýr heimur, bæði menntunarlega og menningarlega.

Ár okkar hjóna í Malawi fyrir um 15 árum var líka þroskaár, en þá las ég mikið um Afríku, um viðhorf þarlendra rithöfunda til lífsgátunnar og um skelfilegt framferði nýlenduveldanna.

Ekki má heldur gleyma stórum doðröntum læknadeildar, ekki síst anatómíu Grays og internal medicín Cecils sem engan mann létu ósnortinn, bý að þeim ævilangt.

Svo eru allar hinar bækurnar eftir aðskiljanlega höfunda, vonda og góða, suma mjög góða. Þetta eru skáldsögur, einstaka ævisaga, smásögur, og loks glæpasögur, einkum íslenskar sem verða betri og betri. Glæpasögur eru stórkostlegt bókmenntaform, og verðugar meiri athygli og viðurkenningar en þær fá. Allt þetta og margt fleira situr í mér, hefur mótað þroska, hugsun, viðbrögð, viðmót og sjálfsagt karakter.

Ein er þó bók sem hefur fylgt mér lengi, hún er mín biblía. Hún var færð á skinn á seinni hluta 13. aldar, en samin að einhverju leyti öldum fyrr og er líklega verk margra höfunda. Þetta eru auðvitað Hávamál sem allir Íslendingar þekkja og vitna oft til í fínum ræðum og í minningargreinum. Hávamál eru mál hins háa, Óðins, mikill bálkur kvæða enn með erindi til okkar sem nú lifum. Þau eru safn hollráða og heilræða, kenna samskipti, mannasiði og almennt siðferði, stundum með smávænisýki (maður á að passa sig á gestgjafanum).

Heimspeki Hávamála er handleiðsla til betra lífs. Áhersla er á að eiga vini og fara að finna oft. Einnig að vera snotur, heimskir menn eiga ekki uppá pallborðið. Hávamál segja frá áhrifum aðstæðna og umhverfis á heilsu (*Erat maður alls vesall/ þótt hann sé illa heill/sumur er af sonum sæll/ sumur af frændum/sumur af fé ærnu/sumur af verkum vel*), þekking sem nú er rannsóknarefni. Mörg hollráðin eru bundin stað og tíma, sem við getum leitt hjá okkur, önnur ekki, og eru sígild. Þau lúta mörg að síbreytilegri og fjölbreyttri mannlegri hegðun, háttvísi, góðri breytni og hafa að geyma mörg ráð og boð sem finna má í mörgum trúarbrögðum. Þau eru samt ekki trúarrit, í þeim er meiri húmor en svo.

Um Hávamál má segja margt, en þau hafa verið mér ákveðið leiðarljós. Á hljóðum stundum er gott að setjast með Hávamál, þau gera okkur að betri mönnum.

Ég skora á Gerði Gröndal lyflækni að rifja upp sína uppáhaldsbók og segja lesendum blaðsins frá henni.

Afhvarf mikit
er til ills vinar,
þótt á brautu búi,
en til góðs vinar
liggja gagnvegir,
þótt hann sé firr farinn.

Eldr er beztr
með ýta sonum
ok sólar sýn,
heillyndi sitt,
ef maðr hafa náir,
án við löst at lifa.

Vits er þörf
þeim er víða ratar.
Dælt er heima hvað.
Að augabragði verður
sá er ekki kann
og með snotrum situr.

Deyr fé,
deyja frændur,
deyr sjálfur ið sama.
En orðstír
deyr aldregi
hveim er sér góðan getur.

Hávamál – Nokkur erindi úr Gestaþætti Hávamála, – þeim eldgamla fjársjóði okkar sem enn stenst tímans góðu tönn. Hann ber vitni um margt, til dæmis klassíska núvitund og auðmýkt sem manneskjunni er í blóð borin.

Læknadagar 2023
16.-20. janúar

DAGSKRÁ

Mánudagur 16. janúar

SILFURBERG A

09:00-12:00 **HVAÐ NÚ?**
Fundarstjóri: Nánar síðar
09:00-09:30 *Hátt sökk án þess að svitna:* Sæmundur Rögnvaldsson
09:30-10:00 *Algeng húðvandamál sem allir ættu að þekkja:* Nánar síðar
10:00-10:30 *Svimi með einföldum hætti:* Katrín Thoroddsen
10:30-10:50 Kaffihlé
10:50-11:20 *Að rækta gallvegatréð:* Silja Ægisdóttir
11:20-12:00 *Tilfellamiðuð túlkun lifrarprófa:* Berglind Bergmann

SILFURBERG B

09:00-12:00 **FRAMTÍÐ LÆKNISMENNTUNAR**
Fundarstjóri: Óttar Guðmundsson
09:00-09:40 *Inngangsfyrirlestur um framtíð læknismenntunar:* Parveen Kumar
09:40-09:50 Umræður
09:50-10:20 Kaffihlé
10:20-10:30 *Læknakennsla við læknadeild HÍ nú og aðdraganda núverandi fyrirkomulags:* Kristján Erlendsson
10:30-10:40 *Staða læknakennslu núna og hvað mætti bæta:* Martin Ingi Sigurðsson
10:40-10:50 *Hvernig á nýútskrifaður læknir að vera undirbúinn undir ævistarfið?* Tómas Þór Ágústsson
10:50-11:10 *Framtíðarsýn:* Guðmundur Þorgeirsson
11:10-11:20 *Undirbúningur lyflæknis:* Helga Ágústa Sigurjónsdóttir
11:20-11:30 *Undirbúningur skurðlæknis:* Elsa Valsdóttir
11:30-12:00 Pallborðsumræður með öllum fyrirlesurum
Málþing á vegum Öldungadeildar LÍ

KALDALÓN

09:00-12:00 **SKÓLINN, STOÐÞJÓNUSTAN OG LÆKNIRINN**
Fundarstjóri: Anna Sigríður Pálsdóttir
09:00-09:15 *Inngangur: skólinn, stoðþjónustan og læknirinn – hvar kreppir skórinn?* Björn Hjálmarsson
09:15-09:45 *The school environment and child and adolescent well-being and mental health: Beyond academics:* Carmen Schröder MD, prófessor við Háskólann í Strasbourg í Frakklandi og formaður UEMS-CAP
09:45-10:15 *Skólaneitun, skólahöfnun, skólaforðun og skólafælni:* Bertrand Lauth
10:15-10:45 Kaffihlé
10:45-11:15 *Impact of the COVID epidemic on child and adolescent wellbeing and mental health: European perpectives:* Carmen Schröder
11:15-11:45 *Skólaforðun út frá sjónarhóli heimilislæknis?* Gerður Aagot Árnadóttir
11:45-12:00 Pallborðsumræður og fyrirspurnir

12:10-13:00 **HÁDEGISFYRIRLESTRAR**
SILFURBERG A Lifandi kappræður: *„Nútíma kröfur um gæði í læknisfræði valda kulnun meðal lækna“. Er þetta sanngjörn og réttmæt fullyrðing?* Fjórir læknar rökræða með og á móti. *Komið og kjósið sigurvegara*
Fundarstjóri: Dögg Pálsdóttir
Þátttakendur: Gunnar Baldvin Björgvinsson, Helga Margrét Skúladóttir, Jordan Cunningham og Stella Rún Guðmundsdóttir
Pallborðsumræður: Guðrún Ása Björnsdóttir, Martin Ingi Sigurðsson og fulltrúi frá The Royal College of Physicians í London
Viðurkenning fyrir vel unnin umbótaverkefni sérnámslækna: Kynnt af Margréti Dís Óskarsdóttur, kennslustjóra gæða og umbótaþjálfunar sérnámslækna á Landspítala
KALDALÓN *Talaðu bara hærra! Um endurteknar myndatökur hjá háls- og baksjúklingum:* Jósep Ó. Blöndal
SILFURBERG B *Landakot 120 ára:* Steinn Jónsson

SILFURBERG A

13:10-16:10 **FRAMTÍÐARSÝN Í GEÐHEILBRIGÐISMÁLUM TIL 2030 – STEFNA OG AÐGERÐAÁÆTLUN**
Fundarstjóri: Engilbert Sigurðsson,
13:10-13:35 *Stefna og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum 2023-2027:* Páll Matthíasson
13:35-14:00 *Húsnæði geðþjónustu Landspítala til framtíðar:* Nanna Briem
14:00-14:25 *Notendur í fyrirrúmi – áherslur í framtíðarsýn:* Héðinn Unnsteinsson
14:25-14:55 Kaffihlé
14:55-15:20 *Hlutverk heilsugæslu í nýrri geðheilbrigðisstefnu:* Guðlaug U. Þorsteinsdóttir
15:20-15:45 *Samfelld geðheilbrigðisþjónusta – samstarf ólíkra rekstraraðila:* María Heimisdóttir
15:45-16:10 Pallborðsumræður fyrirlesara undir stjórn fundarstjóra

SILFURBERG B

13:10-16:10 **ER ÍSLAND HEILSUSPILLANDI?**
Fundarstjóri: Gunnar Þór Geirsson
13:10-13:40 *Persónuleikaþættir Íslendinga, hjarðhegðun og kappsemi:* Óttar Guðmundsson
13:40-14:00 *Ísland alltaf í fyrsta sæti? Sjúkdómsmeðferðir og ávísanir lyfja:* Margrét Ólafía Tómasdóttir
14:00-14:20 *Áhrif tískubylgja á stofu hjá heimilislæknum:* Sigurveig Margrét Stefánsdóttir
14:20-14:50 Kaffihlé
14:50-15:20 *Ofgreiningar og ofmeðhöndlun:* Hálfdán Pétursson
15:20-15:50 *Áhrif fjöl- og samfélagsmiðla á heilsu þjóðar:* Nánar síðar
15:50-16:10 Pallborðsumræður

KALDALÓN

13:10-16:10 **ÁHRIF SNJALLLAUSNA Á FRAMTÍÐ HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU**
Fundarstjóri: Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir
13:10-13:40 *Framtíðarsjúkrahúsið: Mikilvægi stafrænnar læknisfræði og gagnastýrðrar þjónustu:* Runólfur Pálsson
13:40-14:10 *Þróun snjalllausna:* Sæmundur Jón Oddsson
14:10-14:40 Kaffihlé
14:40-15:10 *Hvað höfum við lært af rannsóknum í stafrænni læknisfræði?* Davíð O. Arnar
15:10-15:40 *Digital Medicine has the ability to transform healthcare delivery:* Frieder Braunschweig MD, PhD
15:40-16:10 *Áhrifaþættir heilbrigðis: möguleikar snjalllausna:* Svala Sigurðardóttir

NORÐURLJÓS

16:20 **OPNUNARHÁTÍÐ LÆKNADAGA**
Opnun og náttúruleysi: Kristín Sigurðardóttir, formaður Fræðslustofnunar lækna
Ávarp: *Samtal við lækna:* Willum Þór Þórsson, heilbrigðisráðherra
Ávarp: *Treystið mér, ég er dóttir læknis:* Vala Kristín Eiríksdóttir
Setning og eldræða: Steinunn Þórðardóttir, formaður LÍ

Þriðjudagur 17. janúar

SILFURBERG B

09:00-12:00 **LANGLÍFI**
Fundarstjóri: Friðrik Yngvason
09:00-09:25 *Hvað ræður langlífi?* Sigurður Guðmundsson
09:25-09:50 *Erfðir langlífis - rannsóknir ÍE:* Kári Stefánsson
09:50-10:20 Kaffihlé

10:20-10:45 *Líffræði langlífis:* Margrét Helga Ögmundsdóttir
10:45-11:10 *Ónæmiskerfið og langlífi:* Helga M. Ögmundsdóttir
11:10-11:40 *Æviskeið ellinnar – lífsgæði:* Steinunn Þórðardóttir og Jón Eyjólfur Jónsson
11:40-12:00 Almennar umræður
Málþing á vegum Öldungadeildar LÍ

KALDALÓN

09:00-12:00 RISTILPOKABÓLGUR – HEFUR MEÐFERÐIN BREYST?
Fundarstjóri: Páll Helgi Möller
09:00-09:10 Setning málþings
09:10-09:35 *Ristilpokabólga – yfirlit:* Theodór Ásgeirsson
09:35-10:10 *Að gefa eða gefa ekki sýklalyf?* Elsa Björk Valsdóttir
10:10-10:40 Kaffihlé
10:40-11:25 *Hverjir þurfa að hitta skurðlækni? Valkvæðar aðgerðir:* Hulda Einarsdóttir
11:25-11:55 *Rauð flögg og eftirfylgd:* Helgi Kjartan Sigurðsson

RÍMA

09:00-12:00 NOKKUR TILFELLI AF BARNASPÍTALA HRINGSINS
– gagnvirkt, fræðandi og skemmtilegt málþing
Fundarstjóri: Ásgeir Haraldsson
Á málþinginu verða kynnt áhugaverð, lærdómsrík og mögulega skemmtileg sjúkratilfelli af Barnaspítala Hringsins. Barnalæknar af Barnaspítala Hringsins ræða tilfellin, mögulegar greiningar og mismunagreiningar. Málþingið er gagnvirkt og þátttakendur greiða atkvæði með snjallsímum um ýmsar leiðir að greiningu og meðferð.

12:10-13:00 HÁDEGISFYRIRLESTRAR
SILFURBERG B *Líf og dauði Jónasar Hallgrímssonar:* Óttar Guðmundsson
KALDALÓN *Amma þín hvað? Harmatölur næringarfáfræðings - með trúarlegum undirtónum:* Jósep Ó. Blöndal
RÍMA *Þverfagleg bólga (T2)*
Fundur á vegum Sanofi

SILFURBERG B

13:10-16:10 LÍÐAN LÆKNA – NÆSTU SKREF
Fundarstjóri: Nánar síðar
13:10-13:30 *Staðan nú – farið yfir helstu niðurstöður könnunar FÍH á líðan lækna:* Margrét Ólafía Tómasdóttir
13:20-13:50 *Hvernig geta stofnanir brugðist við auknu álagi og verri líðan starfsmanna sinna?* Óskar Reykdalsson
13:50-14:20 *Áhrif stéttarvitundar á líðan – hvernig komumst við farsællega gegnum starfsferilinn?* Þórður Gísli Ólafsson
14:20-14:50 Kaffihlé
14:50-15:10 *Áhrif samtals og orðræðu á líðan lækna:* Bára Hildur Jóhannsdóttir, ljósmóðir, formaður Landsráðs um mönnun og menntun í heilbrigðisþjónustu
15:10-15:40 *Unnið að vellíðan í starfi:* Tilkynnt síðar
15:40-16:10 Pallborð

KALDALÓN

13:10-16:10 ÞARFIR OG ÞJÓNUSTA VIÐ TRANSFÓLK Á ÍSLANDI Í NÚTÍÐ OG FRAMTÍÐ – NÁNAR SÍÐAR

RÍMA

13:10-16:10 LYF OG MELTINGARVEGURINN
Fundarstjóri: Guðmundur Ragnarsson
Fyrri hluti: *Meðferð algengra sjúkdóma í meltingarvegi*
13:10-13:40 *Meðferð sáraristilbólgu og Crohns sjúkdóms:* Nánar síðar
13:40-14:00 *Smásæ ristilbólga. Greining og meðferð:* Steingerður Gunnarsdóttir
14:00-14:20 *FODMAP sem næringarmeðferð við iðraólgu (IBS):* Ingunn Ingvarsdóttir, klínískur næringarfræðingur
14:20-14:25 Umræður
14:25-14:55 Kaffihlé
Seinni hluti: *Skaðleg áhrif lyfja á meltingarveg*
14:55-15:25 *Aukaverkanir lyfja á vélinda, maga, görn og bris:* Sif Ormarsdóttir
15:25-16:05 *Aukaverkanir lyfja á lifur (DILI):* Einar Stefán Björnsson
16:05-16:10 Umræður

STEMMA

13:10-16:10 KIRURGIA MINOR – VINNUBÚÐIR
Nánar síðar

SILFURBERG B

16:20-18:00 STARFSÁÆTLANIR LÆKNA – NÁNAR SÍÐAR

Miðvikudagur 18. janúar

SILFURBERG B

09:00-12:0 NÝIR SÝKLAR OG ENDALAUSIR FARALDRAR
Fundarstjóri: Bryndís Sigurðardóttir og Magnús Gottfreðsson
09:00-09:20 *Apabóla:* Ólafur Guðlaugsson
09:20-09:42 *Fjölónæmir berklar:* Agnar Bjarnason
09:42-10:04 *Sýklalyfjaónæmi – lýðheilsuógn fyrir mannkyn:* Karl G. Kristinsson
10:04-10:34 Kaffihlé
10:34-10:54 *Smitsjúkdómar og loftslagsbreytingar:* Magnús Gottfreðsson
10:54-11:16 *Lærdómar af Covid-19 á Íslandi:* Þórólfur Guðnason
11:16-11:38 *Er heimurinn undirbúinn fyrir SARS-CoV-3? Hvað með Ísland?* Guðrún Aspelund
11:38-12:00 *Hvað er á sjóndeildarhringnum? Nýir og endurbættir óvinir:* Erna M. Kojic
Málþing á vegum Félags smitsjúkdómalækna

KALDALÓN

09:00-12:00 SKYNDIDAUÐI ÍÞRÓTTAMANNA
Fundarstjóri: Runólfur Pálsson
09:00-09:35 *Orsakir skyndidauða ungmenna:* Berglind Aðalsteinsdóttir
09:35-10:15 *Skimun íþróttamanna: Getum við gert betur?* Davíð O. Arnar
10:15-10:45 Kaffihlé
10:45-11:25 *Detailed clinical evaluation of the athlete: What, how and when?* Martin Halle MD PhD
11:25-12:00 *Mega íþróttamenn sem hafa lifað af hjartastopp hefja keppni á ný?* Kristján Guðmundsson

RÍMA

09:00-12:00 NÝRU OG LYF
Fundarstjórar: Margrét Birna Guðmundsdóttir og Hrefna Guðmundsdóttir
Skammtar lyfja í nýrnabilun: Anna Ingibjörg Gunnarsdóttir, klínískur lyfjafræðingur
Lyf og bráður nýrnaskaði: Telma Huld Ragnarsdóttir
Ný lyf í nýrnasjúkdómum: Ásta Dögg Jónasdóttir
Líftæknilyf og nýru: Sunna Snædal

12:10-13:00 HÁDEGISFYRIRLESTRAR
SILFURBERG B *Mæði á bráðamóttöku. Fyrsta nálgun, stöðgun og greiningarferli sjúklinga með bráða mæði. Áhersla á nýjungar síðustu ára á þessu sviði:* Hjalti Már Björnsson
KALDALÓN *Meðferð alvarlegs þunglyndis og áfallastreitu með hugvíkkandi efnum*
Fundarstjóri: Páll Matthíasson
Hvað sýna rannsóknir um árangur psilocybin-meðferðar í meðferð þunglyndis? Engilbert Sigurðsson
Hugvíkkandi efni á Íslandi: Tegund, notkun og upplifun notenda: Karól Kvaran BS í sálfræði, Kristín Ketilsdóttir BS í sálfræði og Kolbrún Hallgrímsdóttir BS í sálfræði
Viðhorf lækna og sálfræðinga til notkunar hugvíkkandi efna í meðferð hér á landi: Ragnar Pétur Ólafsson, prófessor í sálfræði við HÍ
Álitaefni tengd notkun hugvíkkandi efna í meðferð geðraskana og rannsóknum á þeim: Engilbert Sigurðsson
Spurningar úr sal
RÍMA *Blóðfitur – praktísk nálgun í ljósi sögunnar*
Fundur á vegum Amgen

SILFURBERG B

13:10-16:10 „SILFURSTORMURINN“ – FRAMTÍÐ OG SAMÞÆTTING ÖLDRUNARÞJÓNUSTU Á ÍSLANDI MEÐ VAXANDI FJÖLDA ELDRI BORGARA
Fundarstjóri: Elínborg Bárðardóttir
13:10-13:15 Inngangur

13:15-13:45 *Öldrun þjóðar, þýðing og áskoranir:* Ólafur Þór Gunnarsson, formaður verkefnisstjórnar heilbrigðis- og félagmálaráðuneytis um aðgerðaáætlun um heildarendurskoðun á þjónustu við eldra fólk
13:45-14:15 *Skipulag og áskoranir í öldrunarþjónustu heilsugæslunnar:* Sigríður Dóra Magnúsdóttir
14:15-14:45 *Öldrunarþjónusta á þjóðarsjúkrahúsinu, hvert stefnum við:* Anna Björg Jónsdóttir öldrunarlæknir,
14:45-15:15 Kaffihlé
15:15-15:45 *Nýjar leiðir í öldrunarþjónustu:* Berglind Magnúsdóttir öldrunarsálfræðingur og verkefnastjóri um aðgerðaráætlun um heildarendurskoðun á þjónustu við eldra fólk
15:45-16:10 Umræða

KALDALÓN

13:10-16:10 LÖGFRÆÐILEG ÁLITAEFNI I OG II
Nánar síðar

RÍMA

13:10-16:10 NÝJUNGAR Í MEÐFERÐ LYNDISRASKANA OG ÁRÁTTU-ÞRÁHYGGJU
Fundarstjóri: Þórgunnur Ársælsdóttir
13:10-13:40 *Nýjungar í meðferð geðhvarfasjúkdóms:* Birna Guðrún Þórðardóttir
13:40-14:10 *Segulörvun (TMS) við meðferðarþráu þunglyndi:* Dagur Bjarnason
14:10-14:40 *Esketamín við alvarlegu þunglyndi:* Hermann Páll Jónsson
14:40-15:10 Kaffihlé
15:10-15:40 *Hugræn atferlismeðferð við árátturáhyggjuröskun:* Brynjar Halldórsson sálfræðingur
15:40-16:10 *Psylocibin við þunglyndi:* Árný Jóhannesdóttir

STEMMA

13:10-16:10 NOKKUR BRÁÐ INNGRIP ÚR BRÁÐALÆKNINGUM – VINNUBÚÐIR
Hámarksfjöldi þátttakenda er 12 – skráning nauðsynleg
Í vinnubúðunum verður farið í gegnum nokkur algeng bráðainngrip sem læknar geta þurft að framkvæma og ekki þola bið eftir flutningi á sjúkrahús. Verður þjálfunin sniðin að þeim sem starfa við landsbyggðarlækningar. Farið verður í einfaldar aðgerðir til að styðja við öndun og tryggja öndunarveg, verklag og gátlista til nota við slævingar, réttingar algengra liðhlaupa og beinbrota, ástungu þrýstingsloftbrjósts og fleira. Leiðbeinendur: Læknar af bráðadeild - nánar Nánar síðar.

KALDALÓN

16:20-18:00 ENDURHUGSUM OFFITU
Málþing á vegum Novo Nordisk

Fimmtudagur 19. janúar

SILFURBERG B

09:00-12:00 LANGVARANDI EFTIRSTÖÐVAR SÝKINGA
Fundarstjóri: Sigurður Guðmundsson
09:00-09:10 Inngangur: Kristín Sigurðardóttir
09:10-09:30 *Kemur það á óvart að sýkingar geti haft langvarandi eftirstöðvar? Hvað segir sagan okkur?* Friðbjörn Sigurðsson
09:30-09:50 *Langtíma eftirstöðvar COVID-19 faraldursins. Niðurstöður íslenskra rannsókna:* Hilma Hólm/Runólfur Pálsson
09:50-10:15 *Eftirstöðvar Covid-19:* Jonas Bergquist, læknir, prófessor við Háskólann í Uppsölum, Svíþjóð
10:15-10:45 Kaffihlé
10:45-11:15 *Meingerð ME sjúkdómsins:* Jonas Bergquist
11:15-11:30 *Endurhæfing, hver er ávinningurinn?* Stefán Yngvason
11:30-12:00 Panelumræður: *Hver hefur það hlutverk að sinna ME-sjúklingum?*

KALDALÓN

09:00-12:00 BEINÞYNNING
Fundarstjóri: Sigríður Björnsdóttir
09:00-09:05 Inngangur fundarstjóra
09:05-09:45 *Hvaða lyf á að velja?* Bente Langdahl, innkirtla og efnaskiptalæknir, prófessor Dept of Endocrinology and Internal Medicine, Aarhus University Hospital
09:45-10:15 *Afleidd beinþynning:* Björn Guðbjörnsson
10:15-10:45 Kaffihlé
10:45-11:15 *Andhormónameðferð gegn brjóstakrabbameini og beinþynningu:* Bente Langdahl
11:15-11:50 *Getum við náð meðferðarmarkmiðum í beinþynningu?* Bart L. Clarke, M.D. Mayo Clinic Division of Endocrinology, Diabetes, Metabolism, and Nutrition, Rochester, Minnesota, USA
11:50-12:00 Spurningar og svör

RÍMA

09:00-12:00 AÐ VELJA RÉTTAR RANNSÓKNIR
Fundarstjóri: Nánar síðar
09:00-09:30 *Læknisfræði i CRP-lausum heimi:* Hildur Jónsdóttir
09:30-10:00 *MRI af hné – hjálpar eða flækir?* Matthías Örn Halldórsson
10:00-10:30 *Mikið fyrir lítið – einfaldar og góðar rannsóknir:* Nánar síðar
10:30-10:50 Kaffihlé
10:50-11:20 *Hvenær á að panta gigtarpróf?* Stella Rún Guðmundsdóttir
11:20-12:00 *Myndgreiningarrannsóknir – að vanda valið:* Nánar síðar

12:10-13:00 HÁDEGISFYRIRLESTRAR
SILFURBERG B *Lömunarveiki – enn á sveimi 70 árum eftir uppgötvun bóluefnis:* Sigurður Guðmundsson
KALDALÓN *Karlar á besta aldri; óvænt aukning sjálfsvíga íslenskra karla frá aldamótum. Hvað getum við gert? „Hvað er svona merkilegt við það að vera karlmaður", hafandi í huga hækkandi sjálfsvígstíðni þeirra á Íslandi:* Engilbert Sigurðsson
Aðgerðaáætlun EL í sjálfsvígsforvörnum. Tækifæri og hindranir: Guðrún Jóna Guðlaugsdóttir, verkefnastjóri sjálfsvígsforvarna hjá EL

SILFURBERG A

13:10-16:10 BREYTINGASKEIÐIÐ - BÖL EÐA BLESSUN
Fundarstjóri: Aðalbjörg Björgvinsdóttir
13:10-13:15 Opnun málþings: Aðalbjörg Björgvinsdóttir
13:15-14:15 *„Menopause and HRT – Unpicking the evidence" for the healthcare professionals:* Louise Newton, BSc (Hons) MBChB (Hons) MRCP FRCGP GP og sérfræðingur í breytingskeiði kvenna
14:15-14:40 *The impact of testosterone for women´s sexual function:* Angelique Flöter Rådestad, Associate professor, Dept. for Women´s and Children´s Health, og Senior Consultant Gyneoncology, Head Hereditary Cancer, Theme Cancer, Karolinska Institutet í Stokkhólmi, Svíþjóð
14:40-15:10 Kaffihlé
15:10-15:35 *Svefn og breytingaskeið:* Sólveig Dóra Magnúsdóttir
15:35-16:00 *Er þetta bara þyngdarauking og þras?* Erla Gerður Sveinsdóttir
16:00-16:10 *Samantekt í lok málþings:* Aðalbjörg Björgvinsdóttir

SILFURBERG B

13:10-16:10 NIKÓTÍNFÍKN UNGA FÓLKSINS – ÞURFUM VIÐ AÐ SKIPTA OKKUR AF?
Fundarstjóri: Valgerður Rúnarsdóttir
13:10-13:40 *Þeir smakkast sem sælgæti og eru skaðlausir – af hverju ekki að prófa? Notkun nikótínpúða meðal ungmenna*: Charlotta Holm Pisinger, læknir, prófessor við Háskólann í Kaupmannahöfn.
13:40-13:55 *Nikótínfíkn og tengsl við áfengis- og vímuefnafíkn. Getur nikótín verið brú yfir í aðra fíkn?* Sylvía Svava Rögnvaldsdóttir
13:55-14:10 *Nikótínpúðar, lausnin komin?* Lilja Sigrún Jónsdóttir
14:10-14:25 *Útbreiðsla nikótíns meðal barna og ungmenna. Hvað sýna gögnin?* Margrét Lilja Guðmundsdóttir, sérfræðingur hjá Rannsóknum og greiningu
14:25-14:50 Kaffihlé
14:50-15:05 *Stafrænar meðferðir við nikótínfíkn:* Stefán Ólafsson, lektor við HR
15:05-15:20 *Áhrif nikótíns á heilsu barna og ungmenna – er eitthvað til að hafa áhyggjur af?* Lára G. Sigurðardóttir
15:20-15:50 *Aðgerðastefna: mun hún uppræta tóbaksfaraldurinn?* Charlotta Holm Pisinger
15:50-16:10 *Þurfum við að skipta okkur af?* Pallborðsumræður með virkri þátttöku lækna í sal: Fulltúi frá Heilbrigðisráðuneyti, Viðar Jensson frá Embætti landlæknis, Jón Steinar Jónsson, Charlotta Pisinger, Lára G. Sigurðardóttir, Valgerður Rúnarsdóttir

KALDALÓN

13:10-16:10 **DNA Í 70 ÁR**
Fundarstjórar: Magnús Karl Magnússon og Magnús Gottfreðsson
Inngangur: *DNA, lykillinn að skilningi á eðli sjúkdóma:* Magnús Karl Magnússon
Uppgötvun á eðli tvístranda helix sameindarinnar – Crick, Franklin og Watson: Arnar Pálsson, prófessor í lífupplýsingafræði, Líf- og Umhverfisvísindadeild HÍ
BRCA-2 og kapphlaupið að skilja erfðir brjóstakrabbameins: Jórunn Erla Eyfjörð, prófessor emerítus við læknadeild HÍ
Íslensk erfðagreining og skilningur á erfðaefni Íslendinga: Kári Stefánsson
DNA, RNA og prótein. Flóknar lífuppýsingar og skilningur á eðli bólgusjúkdóma: Sædís Sævarsdóttir
Málþing á vegum Félags áhugamanna um sögu Læknisfræðinnar, FÁSL

Föstudagur 20. janúar

SILFURBERG B

09:00-12:00 **AFLEIÐINGAR HÖFUÐÁVERKA OG MÖGULEG MEÐFERÐARÚRRÆÐI:**
Fundarstjóri: Helga Ágústa Sigurjónsdóttir
09:00-09:20 *Bakgrunnur, fræðilegt og myndrænt efni:* Hafrún Kristjánsdóttir, íþróttasálfræðingur og María K. Jónsdóttir taugasálfræðingur
09:20-09:40 *Hvað get ég gert á heilsugæslunni, hverjum vísa ég til frekara mats og meðferðar?* Reynir Björn Björnsson læknir hjá KSÍ
09:40-10:00 *Taugalæknisfræðilegt mat og meðferð:* Ólafur Árni Sveinsson
10:00-10:30 Kaffihlé
10:30-10:50 *Meðferðarúrræði: Hvert sendi ég sjúkling með einkenni eftir höfuðáverka:* Guðrún Karlsdóttir
10:50-11:10 *Hvað getur sjúkraþjálfun gert:* Ágústa Sigurjónsdóttir sjúkraþjálfari
11:10-11:30 *Sálfræðilegar og taugasálfræðilegar afleiðingar höfuðhögga – íslenskar vísindaniðurstöður:* Ingunn S. Unnsteinsdóttir Kristensen, sálfræðingur
11:30-11:50 *Áhrif höfuðáverka á hormónastjórnun – íslenskar vísindaniðurstöður:* Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen
11:50-12:00 Pallborðsumræður

SILFURBERG A

09:00-12:00 **ASIA-HEILKENNI – TENGSL VIÐ SÍLÍKON Í BRJÓSTAPÚÐUM**
Fundarstjóri: Björn Rúnar Lúðvíksson
09:00-09:20 *ASIA syndrome tengt brjóstapúðum – frá sjónarhóli lýtalæknis:* Andri Már Þórarinsson
09:20-10:00 *The ASIA/Shoenfeld syndrome related to breast implants:* Yedhua Shoenfeld Professor of Medicine, President ARIEL University, Israel, Professor (Emeritus), Tel Aviv University, Zabludowicz Center for Autoimmune Diseases, Sheba Medical Center Tel-Hashomer 5265601, Israel
10:00-10:30 *ASIA syndrome tengt brjóstapúðum – frá sjónarhóli ónæmislæknis:* Kristján Erlendsson
10:30-11:00 Kaffihlé
11:00-11:30 *ASIA syndrome sem dæmi um sjúkdóma þar sem utanaðkomandi þættir valda truflun í stjórnun ónæmiskerfisins (d. mygluofnæmi, post Covid):* Sigurveig Þ. Sigurðardóttir
11:30-11:00 Pallborðsumræða

KALDALÓN

09:00-12:00 **ÍSLENDINGAR OG UMHVERFIÐ: MÁLÞING UM STÖÐU UMHVERFISMÁLA Á ÍSLANDI**
Hreint og ómengað umhverfi og heilbrigt lífríki er undirstaða heilsu manna. Á okkar dögum stafa miklar ógnir að lýðheilsu mannkyns vegna hlýnunar jarðar og mengunar lofts, láðs og lagar. Á málþinginu munu valdir sérfræðingar í umhverfismálum á Íslandi flytja erindi um stöðu umhverfismála hér á landi, hvaða ógnir stafa hér að umhverfinu og hvernig Íslendingar standa sig í samanburði við aðrar þjóðir í umhverfismálum Fyrirlesarar: Nánar síðar.

12:10-13:00 **HÁDEGISFYRIRLESTRAR:**
KALDALÓN *Digital læknisfræði og rannsóknartækifæri – Sidekick*
Nánar síðar

SILFURBERG B

13:10-16:10 **ALZHEIMER-SJÚKDÓMUR, NÝJAR GREININGARAÐFERÐIR OG MEÐFERÐARMÖGULEIKAR**
Fundarstjóri: Vilborg Gunnarsdóttir, framkvæmdastjóri Alzheimer samtakanna.
13:10-14:25 *Nýjar greiningaraðferðir á Alzheimer-sjúkdómi: Lífmerki í mænuvökva og blóði:* Steinunn Þórðardóttir
Lífmerki á myndgreiningu og íslensk tölfræði: Helga Eyjólfsdóttir
Umræður
14:25-14:55 Kaffihlé
14:55-16:10 *Nýir meðferðarmöguleikar í Alzheimer-sjúkdómi: Medical treatment for Alzheimer´s disease, current situation and prospects for coming years:* Maria Carillo, Chief Science Officer, American Alzheimer´s Association
Þátttaka Íslands í alþjóðlegum lyfjarannsóknum á sviði Alzheimer sjúkdóms: Jón Snædal

KALDALÓN

13:10-16:10 **UMHVERFISÞING LÆKNA**
Læknar hafa alla tíð verið framarlega í baráttu fyrir lýðheilsu. Ljóst er að á næstu árum stafar heilsu manna mikil ógn af loftslagsbreytingum og mengun. Markmið þingsins er að ræða og ákvarða með hvaða hætti læknar geti best haft áhrif á samfélagið þannig að aukin áhersla verði lögð á verndun lífríkis og náttúru. Stefnt verður að stofnun samtaka lækna um umhverfisvá og þingið nýtt til þess að ræða markmið, stefnuskrá og lög félagsins.
Skipuleggjendur: Halldóra Jónsdóttir geðlæknir, Hafþór Ingi Ragnarsson sérnámslæknir, Hjalti Már Björnsson bráðalæknir, Pétur Heimisson heimilislæknir, Salome Ásta Arnardóttir heimilislæknir, Una Emilsdóttir sérnámslæknir

RÍMA

13:10-16:10 **GREININGARFERÐALAGIÐ – KLÍNÍSK RÖKLEIÐSLA**
13:10-13:15 Inngangur fundarstjóra: Sólveig Bjarnadóttir og Teitur Ari Theodórsson
13:15-14:05 *Klínísk rökleiðsla – hvernig hugsa læknar?* Berglind Bergmann
14:05-14:35 *Huglæg hlutlægni og þankagangskrufning – Cognitive biases and the Clinical Autopsy:* Bára Dís Benediktsdóttir
14:10-14:35 *Frá þjálfun til sérfræðings – kennsla, handleiðsla og síþjálfun:* Hildur Jónsdóttir
14:35-14:55 Kaffihlé
14:55-16:10 *Ráðgátan leyst – Live Clinical Problem Solving!* Tilfelli leyst í rauntíma í pallborðsumræðum

NORÐURLJÓS

16:20 **LOKADAGSKRÁ LÆKNADAGA**
Ávarp: Kristín Sigurðardóttir
Glíman – fjör og glens
Glímugengið: Una Emilsdóttir glímustjóri, Ingibjörg Heiðdal tímavörður, Ragnar Freyr Ingvarsson dómari
Kokdillir

OPIN MÁLÞING Á LÆKNADÖGUM:

Miðvikudagur 18. janúar kl. 20:00
Nikótínfíkn unga fólksins

Fimmtudagur 19. janúar kl. 16:20
Breytingaskeiðið

Sérfræðilæknar svara: - hvernig varð sérgrein þeirra fyrir valinu? hvar lærðu þeir? hvaða ráð gefa þeir ungum læknum?



Lungnalækningar

Steinn Jónsson
Lungnalæknir

Árin í læknadeild eru minnisstæð og við kynntumst mörgu áhugaverðu fólki, ekki síst kennurunum, og þessi ár urðu eitt skemmtilegasta tímabil lífsins. Ég hafði alltaf gaman af að sinna sjúklingum, greina og meðhöndla og sjá árangur af því. Eftir 4. árið fékk ég vinnu á Vífilsstaðaspítala. Þar kynntist ég Tryggva Ásmundssyni sem þá var nýkominn heim úr sérnámi í Bandaríkjunum, fróður og hugmyndaríkur. Yfirlæknirinn var Hrafnkell Helgason, einn skemmtilegasti maður sem ég hef kynnst. Einnig vil ég nefna Snorra Ólafsson lyflækni og lungnasérfræðing á Landspítala sem hafði yfirburða þekkingu og var alltaf á spítalanum að sinna veikustu sjúklingunum.

Eftir kandídatsárið lá leiðin á Borgarspítalann og fljótlega tók ég ákvörðun um að fara í lyflækningar. Mestu áhrifamenn um framhaldið voru Þórður Harðarson og Sigurður B. Þorsteinsson, fyrsti smitsjúkdómalæknir á Íslandi. Þeir áttu frumkvæði að því að ég sótti um framhaldsnám í Bandaríkjunum en fátt annað hafði svo sem komið til greina hjá mér. Baylor College of Medicine í Houston í Texas var langefst á mínum óskalista, stórborgar-medicine með fullt af spennandi tilfellum og áskorunum. Þórður vildi undirbúa mig fyrir það sem ég átti í vændum og lánaði mér bókina *Hearts* eftir Thomas Thompson sem fjallar um Texas Medical Center og Michael DeBakey hjartaskurðlækni og yfirmann á Baylor sem þoldi enga meðalmennsku. Um miðjan júní 1979 lögðum við af stað út í þennan framandi heim, kona mín og ég með tvo litla stráka, tveggja ára og 10 mánaða, og næstu 6 ár vorum við eina íslenska námslæknafjölskyldan vestan við Mississippi.

Nám í lyflækningum í Bandaríkjunum eru þrjú ár í almennum lyflækningum en síðan gefst kostur á að velja um ýmsar undirsérgreinar. Mér fannst ég vera vel undirbúinn eftir námið á Íslandi og hafði meiri klíníska reynslu en margir félagar mínir en þau kunnu á kerfið. Þótti bráðatilfelli og lífshættuleg veikindi skemmtilegustu viðfangsefnin og gjörgæsla fannst mér spennandi. Lungnalæknar á Baylor stjórnuðu gjörgæsludeildum lyflækninga og margir af bestu sérnámslæknunum fóru í lungnalækningar. Hjartalækningar, nýrnalækningar og krabbameinslækningar komu til greina en að lokum tók ég ákvörðun um að sækja um sérnám í lungnalækningum hjá Paul M. Stevens sem var einn virtasti kennari í lyflækningum á Baylor. Hann varð síðan minn aðalmentor í lyflæknisfræði, lungnalækningum og gjörgæslu og urðum við góðir vinir. Talsvert af mínu framhaldsnámi var á gjörgæslu og varð það til þess að ég tók ekki aðeins bandarísku sérfræðiprófin í lyflækningum og lungnasjúkdómum heldur líka fyrsta sérfræðiprófið í gjörgæslu (*critical care medicine*). Rannsóknarþáttur námsins var sérstakur kapítuli en það stundaði ég á rannsóknarstofu í smitsjúkdómum hjá Daniel M. Musher sem hafði verið aðalkennari Sigurðar B. Þorsteinssonar. Þar lærði ég aðferðafræði við mælingar á átfrumuvirkni og notaði macrophaga úr lungum heilbrigðra sjálfboðaliða og hvít blóðkorn úr periferu blóði og skrifaði mínar fyrstu vísindagreinar.

Eftir að heim kom var það aðal verkefni mitt fyrir utan sérfræðilæknisstörf á sjúkrahúsunum í Reykjavík að stuðla að framhaldsnámi í lyflækningum fyrir unga lækna á Íslandi. Þar reyndi ég að tvinna kennsluna inn í daglega klíníska vinnu og nota tilfellin fyrir fræðilega umræðu. Þetta var aðferðin við þjálfun ungra lækna í Bandaríkjunum. Hélt líka áfram rannsóknum á átfrumuvirkni gegn lungnabólgubakteríum með Helga Valdimarssyni og Ingileif Jónsdóttur og síðan rannsóknum á erfðum lungnakrabbameins í samvinnu við Íslenska erfðagreiningu.

Hef verið mjög heppinn í mínu starfi og upplifði að mér finnst gullöld í faginu frá 1976-2000. Ýmislegt í þróun heilbrigðismála hér á Íslandi hefur ekki fallið að mínum skoðunum, sérstaklega eftir árið 2000, og finnst mér sem hallað hafi undan fæti eftir sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík. Við Íslendingar erum þó ekki einir um þá þróun mála. Það hefur þó alltaf verið gaman og gefandi að vera læknir og fagið hefur passað mér mjög vel. Ég lít sáttur yfir starfsævina, sem er reyndar ennþá í gangi þótt mínu aðalstarfi til 37 ára við sjúkrahúsin og Háskóla Íslands sé lokið.

Sólrún Björk Rúnarsdóttir
almennur lyflæknir og lungnalæknir



Af hverju lungnalækningar?

Ég útskrifaðist úr læknadeild HÍ 2006 og lauk kandídatsári frá Sjúkrahúsinu/Heilsugæslunni á Akranesi 2007. Eftir að hafa bæði mátað mig í heimilislækningum og bráðalækningum lá leiðin í námsprógramm í almennum lyflækningum sumarið 2008 en almennt hentar teymisvinnan innan lyflækninga og sjúkrahúsumhverfið mér vel.

Val á undirsérgrein er oft tilviljunum háð, hvaða deildum maður raðast á og með hverjum maður vinnur. Ég byrjaði á lungnadeildinni í sérnámsprógramminu og líkaði vel, gott andrúmsloft og fékk góða leiðsögn, ákvað svo að taka val mánuð á lungnagöngudeildinni þar sem ég sinnti ráðgjöf og fékk góða þjálfun í inngripum sem kveiktu áhugann enn meira. Eftir tvö ár í lyflækinganáminu heima var kominn tími á að halda utan í frekara sérnám.

Þegar ákvörðun um sérnám er tekin eru margir þættir sem spila inn í, ekki einungis hvaða grein skal velja heldur hvert skal haldið og þar hafa fjölskylduaðstæður, vinnumöguleikar maka, vinnutími og gæði náms allt vægi í ákvörðunartökunni.

Við fjölskyldan ákváðum að halda til Noregs og ég fékk stöðu í almennum lyflækningum 2011 á Bærum Sykehus rétt utan við Osló í Noregi. Námið í almennum lyflækningum var 6 ár en ef tekin var undirsérgrein, var heildarlengd sérnáms 7 ár, þar af tvö ár í undirsérgrein sem voru innifalin í almennum lyflækningum. Var tvö ár á lungnadeildinni á Ullevål háskólasjúkrahúsinu í Osló þar sem ég tók hluta af undirsérgrein í lungnalækningum.

Ég ákvað að fara inn í námið í Noregi með opnum hug án þess að binda mig við undirsérgrein þó lungnalækningar væru alltaf efst á óskalistanum, og ílengdist meðal annars á smitsjúkdómadeildinni í ár og kom það lengi til greina sem undirsérgrein en eftir nýja veru á lungnadeild var ekki aftur snúið. Lífeðlisfræði lungnanna er bara svo áhugaverð.

Vinna á lungnadeild, hvort sem er legudeild eða göngudeild, er mjög margbreytileg og bæði langvinn og bráð vandamál sem þarf að leysa. Við sinnum ungum sem öldnum og enginn dagur eins. Á legudeildinni koma oft einstaklingar með bráð og flókin vandamál af gjörgæslum eða vegna þess að þeir þurfa hágæslumeðferð þar sem þarf sérhæfða öndunaraðstoð, til dæmis með ytri öndunarvélum. Inngrip eru einnig hluti af greininni, sem hluti af greiningu og meðferð lungnasjúkdóma, eins og berkjuspeglun, fleiðruástungur og drenísetningar.

Ég fékk sérfræðiréttindi í almennum lyflækningum og lungnalækningum árið 2019 og þó bæði sé gott að búa og vinna í Noregi þá toga fjölskyldutengslin mann heim aftur. Ég hóf störf á lungnadeild Landspítala sumarið 2019 og starfa enn. Á lungnadeildinni er gott að vinna, þar starfar öflugur hópur sérfræðinga með mikla og breiða þekkingu.

Í landi með lága höfðatölu er mikilvægt að við höfum sérfræðinga bæði í algengum og sjaldgæfum sjúkdómum og sérhæfum okkur á mismunandi sviðum en getum þá haft samráð okkar á milli við flókin tilfelli. Við tökum fagnandi á móti fleirum í þann góða hóp.

Hvet lækna sem eru að velja sér sérnám að horfa á lungnalækningar með opnum huga og þær henta vel hjá þeim sem hafa áhuga á skemmtilegri lífeðlisfræði og inngripum í bland við bráða og langvinna sjúkdóma.

Áfram lungnalækningar!



Sjálfa tekin á gönguskíðum í Gautaborg 14. desember 2022.

Pétur Sólmar Guðjónsson
sérnámslæknir í Gautaborg

Af tegundum baktería

Bakteríurnar sem við berjumst við eru af mörgum og mismunandi toga. Seinustu fjögur ár er það fremur meinlaus baktería sem hefur tekið sér bólfestu í mínum hugarfylgsnum. Reyndar óraði mig ekki fyrir því að hún skyldi verða á mínum vegi. Því þegar ég bjó og starfaði á Íslandi var mér hulin ráðgáta hvernig menn og konur gátu lifað með henni.

Að upplagi er ég vél-hneigður og hefur alltaf fundist spennandi að fylgjast með þróun tækninýjunga i þeim efnum. Braskað og brallað með karli föður mínum undir sænskum eðalvögnum sem eru okkar ær og kýr. Ferðast mikið um hálendið á alls kyns sjálf knúnum farartækjum og oftar en ekki velt því fyrir mér hversu yfirmáta fráleitar hugmyndir fólk fær sem ferðast á reiðhjólum um Ísland og þá sérstaklega hálendi landsins.

Bakterían er reiðhjólamennska. Utanaðkomandi öfl hafa vissulega átt sinn þátt í að skapa þessa bakteríu. Það var nefnilega þannig að Landspítali borgaði mér fyrir að hjóla í vinnuna um skeið. Mér fannst mjög krefjandi að þurfa að taka mig fjóra kílómetra úr miðbænum upp í Fossvog. Verðlaunaði mig fyrir erfiðið með því að fara á bílnum einn dag í viku. Það mátti. Mér datt ekki í hug að svíkjast undan samgöngusamningum.

Við fjölskyldan fluttumst til Gautaborgar 2019 í framhaldsnám við Sahlgrenska-sjúkrahúsið. Nú er þannig í pottinn búið að ég hjóla í vinnuna í öllum veðrum, reyni að taka auka æfingu á heimleiðinni ef fjölskylduaðstæður leyfa. Það er beinlínis verra að keyra þar sem það tekur lengri tíma og þú verður af hreyfimínútum!

Kíki daglega á vefsíður með hjólum og hjóla-íhlutum og skoða reglulega hvenær við komumst í næsta hjólaleiðangur um vínhéruð Frakklands eða Ítalíu, nú eða fjallshlíðar Alpanna. Vandinn er síðan sá að þetta vindur upp á sig. Það er nefnilega ekkert eitt hjól sem gerir allt fyrir mann.

Tækifærin til að kaupa nýtt og betra hjól hafa skapast óþarflega oft (fjórum sinnum) hjá okkur þar sem vinnustaður okkar býður upp á fyrsta flokks aðstæður fyrir þjófa. Við erum hins vegar hvergi af baki dottin hvað varðar að endurnýja ferðamátann. Við höfum sagt þeim stríð á hendur og kaupum okkur alltaf nýtt.

Nú er það samt svo að þegar við komum i heimsókn til vina og ættingja í Reykjavík þá eru vegalengdirnar svo miklu lengri (sem ekki er raunin) og óyfirstíganlegar (sem er raunin) á reiðhjóli. Viðbragðið er að við tökum bílinn.

Tímarnir breytast og mennirnir með sagði einhver, en aðstæður til breytinga skipta hins vegar höfuðmáli í þessum efnum.

Hjólaferðalag um Vestfirði! – það er yfirmáta frábær hugmynd.

Félagsgjöld LÍ 2023 og afslættir

Á aðalfundi LÍ 14. október 2022 var samþykkt breytt fyrirkomulag félagsgjalda til LÍ, sem gefur læknum aukinn sveigjanleika gagnvart félagsgjöldum. Helstu þættir hins breytta fyrirkomulags eru:

1. Fullt félagsgjald LÍ er áfram föst fjárhæð. Á aðalfundi LÍ 2022 var ákveðið að fullt félagsgjald árið 2023 verður 155.000 kr. Af því greiðast 23.400 kr. til *Læknablaðsins*.
2. Afslættir af félagsgjaldi til almennra lækna verða sem hér segir. Sambærilegir afslættir eru á áskriftargjaldi viðkomandi til Læknablaðsins:
   a. Árið sem læknir útskrifast greiðist ¼ hluta árgjalds (í raun ½ árgjald í hálft ár).
   b. Ár 2 og ár 3 eftir útskrift greiðist ½ árgjalds.
   c. Ár 4 og ár 5 eftir útskrift greiðist ¾ árgjalds.
   d. Eftir það greiðist fullt árgjald.
3. Læknar, sem ekki vinna samkvæmt neinum samningum, sem LÍ eða aðildarfélög þess hafa gert, greiða ¼ hluta árgjalds. Sækja þarf um þetta lægra árgjald til stjórnar LÍ, sem ákveður hvort fullnægt sé skilyrðum lækkaðs árgjalds.
4. Læknar, sem búa erlendis en koma til Íslands og vinna reglulega, í afleysingum eða á stofu, greiða ¼ hluta árgjalds. Sækja þarf um þetta lægra árgjald til stjórnar LÍ, sem ákveður hvort fullnægt sé skilyrðum lækkaðs árgjalds.
5. Læknar eldri en 70 ára, sem eru í vinnu, greiða ¼ árgjalds.
6. Óvirkir félagsmenn (m.a. eldri en 70 ára, sem eru hættir að vinna og læknar sem búa erlendis og vinna ekkert hér á landi) sem vilja vera félagsmenn, greiða 10% af fullu félagsgjaldi.
7. Læknanemar sem lokið hafa 4. ári í læknanámi greiða ekkert félagsgjald þó þeir gerist aukaaðilar að LÍ. Læknanemar eftir þriðja ár halda áfram að fá *Læknablaðið* án greiðslu.

Áskrift að *Læknablaðinu* er ekki innifalin í árgjaldi samkvæmt töluliðum 3, 4, 5 og 6.

KYNNTU ÞÉR RÉTTINDI ÞÍN

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna (FOSL) var stofnaður árið 2001. Upphaflegi tilgangur sjóðsins var að greiða fæðingarstyrki. Frá 1. mars 2022 taka gildi endurskoðaðar úthlutunarreglur.

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna greiðir:

- EINGREIÐSLUSTYRKI
- ENDURHÆFINGARSTYRKI
- FÆÐINGARSTYRKI
- GLASAFRJÓVGUNARSTYRKI
- STYRKI VEGNA NAUÐSYNLEGRA LÆKNISAÐGERÐA, SEM SJÚKRATRYGGINGAR GREIÐA EKKI
- STYRKI VEGNA KAUPA Á HEYRNARTÆKJUM OG GLERAUGUM
- STYRKI VEGNA SÁLFRÆÐIAÐSTOÐAR
- STYRKI VEGNA TANNVIÐGERÐA
- ÚTFARARSTYRKI
- VEIKINDASTYRKI

Læknar sem starfa samkvæmt kjarasamningi fjármála- og efnahagsráðherra og LÍ eiga rétt á styrk úr sjóðnum. Þeir sem stunda sjálfstæðan rekstur verða að sækja um aðild að FOSL og greiða iðgjald til hans.

Sjá nánar á www.lis.is/is/sjodir/fjolskyldu-og-styrktarsjodur

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS STOFNAÐ 1918
Icelandic Medical Association

Sérnámstexti á bls. 545

Nýjung í kólesterólmeðferð

Sem viðbót við hámarksskammt statína sem þolist.[1]

TVÆR ÁSTÆÐUR TIL AÐ VELJA LEQVIO®

(inclisiran)



Tveir skammtar á ári.[1*]

LDL-kólesteróllækkun sem viðhelst.[1†]



*LEQVIO er gefið sem stök inndæling undir húð: sem upphafsskammtur, aftur eftir 3 mánuði og síðan á 6 mánaða fresti.[1]
†Lækkun LDL-kólesteróls hélst á milli skammta sem gefnir voru á 6 mánaða fresti.[1]

LEQVIO er ætlað fullorðnum með frumkomna kólesterólhækkun (arfblendna ættgenga og sem ekki er ættgeng) eða blandaða blóðfituröskun, sem viðbót við mataræði:

- ásamt statínum eða statínum með öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ná ekki viðmiðunarmörkum LDL-kólesteróls með hámarksskammti statíns sem þolist, eða
- eitt sér eða ásamt öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ekki þola statín eða mega ekki nota statín.

Heimildir 1. Sjá SmPC, samantekt á eiginleikum LEQVIO (inclisiran)

LEQVIO® inclisiran

NOVARTIS

Leqvio 284 mg stungulyf, lausn í áfylltri sprautu
Heiti virks efnis: inclisiran. **Ábendingar:** Ætlað fullorðnum með frumkomna kólesterólhækkun (arfblendna ættgenga og sem ekki er ættgeng) eða blandaða blóðfituröskun, sem viðbót við mataræði ásamt statínum eða statínum með öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ná ekki viðmiðunarmörkum LDL kólesteróls með hámarksskammti statíns sem þolist, eða eitt sér eða ásamt öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ekki þola statín eða mega ekki nota statín. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi:** Novartis Europharm Limited. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.**

LEQ 2022/02-15/IS