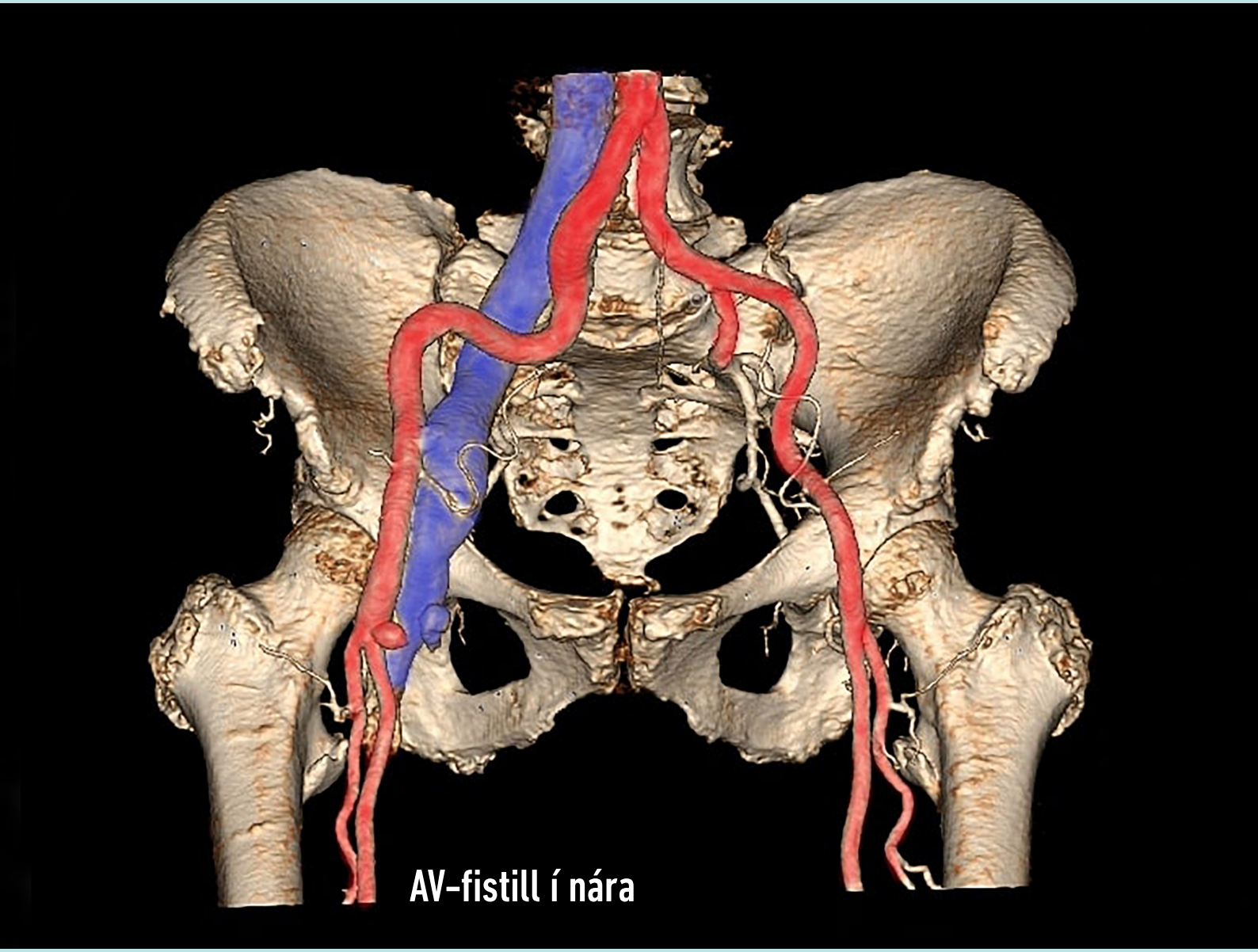
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



AV-fistill í nára

DAGUR Í LÍFI SÉRNÁMSLÆKNIS Í BRÁÐALÆKNINGUM
Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen

SÉRGREININ MÍN: SMITSJÚKDÓMALÆKNINGAR
Haraldur Briem
Davíð Ólafsson

VIÐTÖL
Hallgerður Kristjánsdóttir blóðlæknir: Vill byltingarkenndar frumumeðferðir heim

HPV veldur krabbameini í munni og hálsi – segir Erna Milunka Kojic

04/2023 109. árgangur: 169-224

Auglýsing



Hallgerður Kristjánsdóttir, blóðlæknir á Landspítala, biður um samtal við yfirvöld og yfirstjórn Landspítala um að færa CAR T-meðferðir til Íslands. Mynd/gag

Blóðlæknir vill byltingarkenndar frumumeðferðir heim

Fimm sjúklingar hafa síðustu ár verið sendir til Svíþjóðar í CAR T-frumumeðferð. Hallgerður Kristjánsdóttir, blóðlæknir á Landspítala, segir bæði hagræði fyrir sjúklinga og sparnað fyrir ríkið að fá þessa meðferð hingað heim

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Blóðdeild Landspítala hefur sent 5 sjúklinga til Svíþjóðar í CAR T-frumumeðferð sem er ný og byltingarkennd meðferð við ýmsum blóðsjúkdómum. Hallgerður Kristjánsdóttir, blóðlæknir á Landspítala, segir meðferðina lengst á veg komna í endurkomu á stórfrumueitlakrabbameini. Einnig sé meðferðin til að mynda notuð við endurkomu á bráðaeitilfrumuhvítblæði.

„Á næstu árum sjáum við þessa meðferð til að mynda verða notaða við endurkomu á mergæxli," segir hún við *Læknablaðið*. Hallgerður sat ráðstefnu nú um miðjan marsmánuð um tækifæri og áskoranir sem felast í gena- og frumumeðferðum. Þar hvatti hún til þess að boðið yrði upp á þessa meðferð hér á landi í stað þess að senda sjúklingana út.

„Við höfum þegar átt fyrsta fund með lyfjafyrirtæki, Kite frá Gilead, sem framleiðir Yescarta," segir hún, en lyfið er notað til að meðhöndla tvær tegundir eitlaæxla, samkvæmt heimasíðu framleiðandans, og segir Hallgerður þetta einmitt CAR T-lyfið sem flestir hafi fengið í Svíþjóð.

„Það er allt tilbúið að hefja þessa vegferð með okkur en áður en sú vegferð getur hafist verður greiðsluþátttaka að vera ljós," segir hún. „Íslenska ríkið er nú þegar að borga fyrir þessa meðferð þegar einstaklingarnir hafa verið sendir út," benti hún á á fundinum og að allur kostnaður og fylgdarkostnaður væri greiddur þegar þjónustan væri sótt til útlanda. „Það er því ljóst að bæði hagræði og sparnaður skapast, færum við þessa meðferð heim."

Hallgerður segir við *Læknablaðið* að miðað við sænskar áætlanir megi ætla að 1-2 sjúklingar hér á landi þurfi meðferðina árlega. Búast megi við að þeir verði allt að 12 á komandi árum þegar fyrr verði gripið til meðferðarinnar við fleiri sjúkdómum. „Þessi meðferð veitir sjúklingum alveg ný tækifæri."

Hallgerður segir blóðlækna spennta fyrir þessari nýju tækni. „Það eru ekki öll lönd farin að nýta hana. Það er verið að byrja í Noregi og ef okkur tekst að landa samningnum verðum við með þeim fyrstu."

Hún segir þó nokkur CAR T-lyf þegar samþykkt af bandarísku og evrópsku lyfjastofnununum. Þau séu þegar notuð í yfir 16 Evrópulöndum. „Svíþjóð hefur verið leiðandi í CAR T-meðferð á Norðurlöndunum og fóru sjúklingarnir fimm frá blóðdeild Landspítala til Lundar í meðferðina," segir hún.

„Við óskum því eftir samtali og aðstoð íslenskra stjórnvalda og eins frá yfirstjórn Landspítala svo færa megi CAR T-meðferð til Landspítala."

Hvernig virkar CAR T-meðferð?

„Meðferðin virkar þannig að hvítu blóðkornin eru tekin úr sjúklingnum með svokallaðri hvítkornasíu. Afurðin er send til lyfjafyrirtækis sem ræktar upp frumurnar og genabreytir þeim með veiruvektor þannig að þær fái viðtaka sem þekkir krabbameinsfrumurnar," segir Hallgerður Kristjánsdóttir, blóðlæknir á Landspítala.

„Í tilfelli eitilfrumukrabbameins er það CD19-viðtaki sem er settur inn í T-frumur. Þessum genabreyttu CAR T-frumum er þá sprautað aftur inn í líkama sjúklings þar sem þær svo finna krabbameinsfrumurnar og eyða þeim."

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
Halla Viðarsdóttir
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



175

Sigurður Páll Pálsson

Nauðung í geðlækningum

Þrátt fyrir umbætur er nauðung og valdbeiting enn notuð á öllum geðdeildum heims. Fyrri rannsóknir sýna að sjúklingar líta á nauðung sem refsingu og slíkt vinnur gegn valdeflingu þeirra og rífur niður meðferðarsambandið. Það þarf að vera á hreinu að það sem gert er skaði minna en að svipta einstaklinginn ekki frelsi sínu.



177

Jörundur Kristinsson

Orlofssjóður lækna – öflugt starf

Fyrir sumarið 2023 eru 16 valkostir í boði, 12 þeirra í eigu OSL en leigukostir eru fjórir. Aðsókn er mikil allt árið og nýting góð, mest yfir páska og sumarmánuðina. Þá er punktakerfi notað og fá þeir sem eiga flesta punkta ákveðinn forgang en hinar 39 vikur ársins hafa allir jafnan aðgang.

FRÆÐIGREINAR

179

Eyrún Thorstensen, Brynjólfur Gauti Jónsson, Helga Bragadóttir

Nauðungarlyfjagjafir á geðdeildum Landspítala árin 2014-2018

Víða er reynt að draga úr notkun þvingaðrar meðferðar á geðdeildum. Þó getur hún verið nauðsynleg til þess að tryggja öryggi sjúklings og starfsfólks þegar sjúkdómsástand er alvarlegt. Nauðungarlyfjagjöf getur einnig verið nauðsynleg til þess að tryggja bata og fyrirbyggja versnun sjúkdóms. Þvinguð meðferð er sú aðferð sem notuð er án samþykkis sjúklings og skerðir getu hans til að fara sínu fram: skerðing á ferða- og persónufrelsi, einangrun, fjötrar, nauðungarlyfjagjöf og markasetning.

186

Sigurveig Þ. Sigurðardóttir, Hannes Sigurjónsson, Andri Már Þórarinsson, Kristján Erlendsson

ASIA-heilkenni – tengsl við silíkon

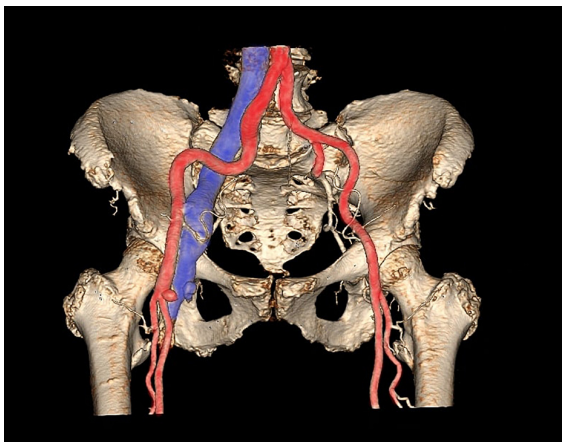
Um 60-80% kvenna með ASIA-heilkenni sem láta fjarlægja silíkonpúða lagast af einkennum sínum. Því styttri tíma sem silíkonpúðar voru til staðar því líklegri er konan til að losna við einkenni ASIA. Ef sjúklingar eru hins vegar þegar komnir með sjálfsónæmissjúkdóm ná aðeins um 16% bata án frekari ónæmisbælingar. Þegar púðarnir rofna getur silíkon dreifst um vefi líkamans en lýtalæknar segja að það sé nær ómögulegt að fjarlægja það. Þrátt fyrir afar nákvæma aðgerðatækni verður ávallt eftir nokkuð af silíkoni til staðar á brjóstasvæði og jafnvel annars staðar í líkamanum.

193

Jón Bjarnason, Helgi Jónsson, Björn Flygenring

AV-fistill í nára - sjúkratilfelli

83 ára kona með sögu um hjartabilun og ósæðarlokuskipti greindist með fistil milli slag- og bláæðar í nára á tölvusneiðmynd. Átta árum fyrr hafði hún farið í lokuskipti með lífrænni ósæðarloku og hjáveitu í opinni aðgerð, en stuttu áður fór hún í hjartaþræðingu sem hluta af uppvinnslu fyrir aðgerðina. Árin fyrir tölvusneiðmyndina hafði hún fundið fyrir vaxandi mæði, þreytu og orkuleysi. Hjartaómskoðun sýndi versnandi þrengingu í ósæðarlokunni og leka.



Mynd/Jón Bjarnason, unnin í forritinu Vitrea

Á FORSÍÐU

SJÚKRATILFELLI – FISTILL Í NÁRA

Þrívíddarendursnið úr skuggaefnisfylltum æðum sýnir slagæðar (rauðar) beggja vegna og bláæð hægra megin (blá) vegna flæðis skuggaefnis yfir í bláæðina í gegnum fistilganginn. Mynd á síðu 196.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



200

HPV-veiran veldur líka krabbameini í munni og hálsi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Skoða ætti að gefa fleiri en einum árgangi drengja bóluefni gegn HPV-veirunni, segir Erna Milunka Kojic, nýr yfirlæknir smitsjúkdómadeildar Landspítala. Hún bjó í Bandaríkjunum í 27 ár og var yfirlæknir smitsjúkdómadeildar Mount-Sinai West/Morningside sjúkrahússins í New York.

204

„Ég hef trú á verkefninu“

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Fátt hefur komið mér á óvart þetta fyrsta ár í starfi,“ segir Runólfur Pálsson, forstjóri Landspítala. Já, það er komið ár. Nýtt skipurit, starfar með nýrri stjórn. Breytingar eru í farvatninu.





208

Bryður bein og byggir upp hryggi á heimaslóðum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Ný hryggsjá á Akureyri breytir öllu. Hún gerir aðgerðirnar öruggari, einfaldari og fljótlegri, segir hryggjarskurðlæknirinn Freyr Gauti Sigmundsson sem flýgur þrisvar til fjórum sinnum á ári á heimaslóðirnar og sker með Bjarka Karlssyni sjúklinga með hryggjarvanda sem áður þurfti að skera erlendis.

212

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Stöndum í miðri byltingu

„Við þurfum að byggja upp getuna til að taka þátt í klínískum rannsóknum á erfðasjúkdómum,“ segir Hans Tómas Björnsson erfðalæknir.



ÖLDUNGADEILDIN

214

Karl H. Proppé

Ísafjörður og Súðavík sumarið 1966 – litið um öxl

SAGA LÆKNISFRÆÐINNAR

216

Ólafur Jónsson

Upphaf svæfinga og Eterhvelfingin í Boston

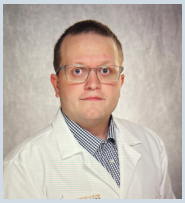
SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

218-219

Smitsjúkdómalækningar



Haraldur Briem



Davíð Ólafsson

LÖGFRÆÐI 48. PISTILL

220

Dögg Pálsdóttir

Samfélagsmiðlar, fjölmiðlar og óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu



196 Fréttir

221 Nýr doktor

Tómas Andri Axelsson

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

199

Ragnar Freyr Ingvarsson

Með stöðu sjúkratrygginga og sérgreinalækna á heilanum



DAGUR Í LÍFI SÉRNÁMSLÆKNIS

207

Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen

07:15

Helstu kostirnir við það að dagurinn á svæfingunni byrjar snemma er að umferðin er lítil og hægt að velja úr bílastæðum!



BÓKIN MÍN

211

Engilbert Sigurðsson

Marglaga orðagaldur sem dýpkar með auknum þroska við hvern lestur

Sjálfstætt fólk er mest uppáhalds.



LIPUR PENNI

222

Ragnar Logi Magnason

Kuldatíð

Læknar eru undantekningarlítið duglegt og drífandi fólk sem gengur í gegnum ýmsa herðandi hreinsunarelda í sínu starfsþroskaferli.



Auglýsing

Nauðung í geðlækningum



Sigurður Páll Pálsson
geðlæknir, yfirlæknir réttar- og öryggisdeilda Landspítala

Það er flókið og erfitt að rannsaka nauðung í geðlækningum.[1] Flestir vísindamenn hafa hvatt til betri og fleiri rannsókna. Aðferðafræði fyrri rannsókna er mismunandi (megindlegar eða eigindlegar), lagarammi landa frábrugðinn og mikil hætta er á kerfisbundnum villum (*system bias*). Auk þess eru hér erfið siðfræðileg vandamál eins og til dæmis hvenær er sjúklingur orðinn nógu heill til að upplifun hans og frásögn af nauðung sé í raun sönn? Á hvaða stigi sjúkdóms er réttlætanlegt og sanngjarnt að gera rannsókn? Sjónarhornin eru auk þess að minnsta kosti 6: sjúklingur, fagfólk, ættingjar, réttindasamtök sjúklinga, samfélag og stjórnvöld.

Læknar hafa skyldur samkvæmt lögræðislögum. En ber einnig að fylgja sínum siðareglum og lögum um heilbrigðisþjónustu. Þegar læknir stendur að baki nauðungarvistun eða sjálfræðissviptingu og jafnvel þvingaðri lyfjameðferð þá vinnur hann til farsældar og verndar sjúklings. Læknisfræðilegt mat er lagt til grundvallar. Alvarlegur geðsjúkdómur þarf að vera til staðar og þá eru sjúklegar breytingar á hugarstarfi, hátterni og sjálfsstjórn einstaklings. Jafnframt sjást hugsanatruflanir, ranghugmyndir, ofskynjanir, dómgreindarbrestur og alvarlegt innsæisleysi. Oftast er um að ræða geðrofssjúkdóma (geðklofi, geðhvörf) með ofskynjunum, ranghugmyndum og skertum raunveruleikatengslum. Ástand í tengslum við flog eða fráhvörf með rugli (*delerium*) og bein sjálfsvígshætta (virkt sjálfsvígsferli) er nægilegt til nauðungaraðgerða.

Í þessu tölublaði er lýst niðurstöðum um algengi nauðungarlyfjagjafa á Landspítala á árunum 2014-2018. Í ljós kemur að beita varð 9,9% sjúklinga á tímabilinu nauðungarlyfjagjöf vegna ástands þeirra. Þessir sjúklingar voru oftast með geðrofssjúkdóma. Meirihluti þátttakenda sem fengu nauðungarlyfjagjafir á rannsóknartímabilinu fengu á bilinu eina til fjórar. Á rannsóknartímabilinu fengu 44 þátttakendur, eða 11% hóps sem fékk beita nauðungarlyfjagöf, samtals 1231 nauðungarlyfjagjöf, eða 50,5% allra nauðungarlyfjagjafa á rannsóknartímabilinu. Þessir einstaklingar lögðust inn 559 sinnum og voru með samtals 11.220 legudaga á Landspítala. Þetta jafngildir 5,5% allra innlagna og 6,6% allra legudaga. Augljóslega eru því þeir sem fá nauðungarlyfjagjöf mjög veikir og því endurtekið innlagðir. Grunur vaknar því um að eftirlit og stuðningur við þennan veika hóp sé ekki nógu gott.

Óvíst er hvort tölurnar eru raunsannar því að talningar einskorðast við ákveðna flokka geðlyfja sem oftast eru notuð við nauðungarlyfjagjöf. Engin skráning er um beina afstöðu sjúklings til hverrar lyfjagjafar. Auk þess eru sum lyf oft gefin samtímis. Því gæti verið um oftalningu að ræða eins og höfundar benda á.

Á móti kemur að margir sem eru nauðungarvistaðir eða sjálfræðissviptir á geðdeildum fá önnur geðrofslyf og því eru tilfelli þeirra örugglega iðulega vantalin. Augljóslega eru nauðungarlyfjagjafir og önnur þvingun í geðmeðferð of algeng. Þó hefur verið reynt undanfarin ár að draga úr þvingunaraðgerðum í geðmeðferð. Ekki er enn vitað hvaða prógramm dugar best til að draga úr þvingunum (nauðung) í meðferð. Skermun, einangrun sjúklinga eða einhvers konar valdbeiting, hefur verið gagnrýnd vegna þess að öryggi hennar er umdeilt, en einnig gagnsemi eða árangur. Þrátt fyrir umbætur er einhvers konar nauðung og valdbeiting enn notuð á öllum geðdeildum í heiminum. Fyrri rannsóknir sýna nefnilega að sjúklingar líta iðulega á nauðung sem einhvers konar refsingu og slíkir hlutir vinna gegn valdeflingu sjúklinga og rífa niður meðferðarsamband og trú sjúklinga á meðferðina. Það þarf að vera á hreinu að það sem gert er skaði minna en að svipta einstaklinginn ekki frelsi sínu.

Þrátt fyrir umbætur er nauðung og valdbeiting enn notuð á öllum geðdeildum heims. Fyrri rannsóknir sýna að sjúklingar líta á nauðung sem refsingu og slíkt vinnur gegn valdeflingu þeirra og rífur niður meðferðarsambandið.

Læknar verða að varast að beita nauðung vegna skorts á úrræðum til að meðhöndla/styðja fólk úti í samfélaginu. Vinna þarf með sjúklingi og aðstandendum varðandi það áfall að ganga í gegnum þessa atburðarás. Gleymist oft ef til vill vegna hinnar eiginlegu meðferðar sjúklings? Þeirri kjarnaspurningu um hvað tæki við ef nauðung og svipting sjálfræðis yrði lögð af hefur enn ekki verið svarað. Ljóst er þó að góð eftirfylgd og umönnun geðsjúkra með réttu þjónustustigi heima við er lykilatriði í viðhaldi bata.

Heimild

1. Soininen P, Putkonen H, Joffe G, et al. Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion: a systematic mixed studies review. BMC Psychiatry 2014; 14: 162.

Coercion in psychiatry

Sigurður Páll Pálsson
MD
psychiatrist
Landspítali National University Hospital

doi 10.17992/lbl.2023.04.736

Auglýsing

Orlofssjóður lækna – öflugt starf



Jörundur Kristinsson
heimilislæknir og formaður Orlofssjóðs lækna

Orlofssjóður lækna (OSL) var settur á laggirnar á áttunda áratug síðustu aldar. Fyrstu húsin voru byggð rétt fyrir 1980. OSL byggir afkomu sína á tveimur meginstoðum. Í fyrsta lagi 0,25% framlagi vinnuveitanda af fullum launum þeirra lækna sem kjarasamningur milli fjármálaráðherra fyrir hönd ríkissjóðs annars vegar og Læknafélags Íslands hins vegar tekur til. Algengur misskilningur er að framlagið sé dregið af launum viðkomandi, svo er ekki. Sjálfstætt starfandi læknar geta viðhaldið og aukið punktaeign sína með greiðslu í OSL. Leigutekjur húseigna eru svo hinn tekjustofninn. Tekjur OSL eru umtalsverðar og sem dæmi voru þær á árinu 2021 tæpar 76 milljónir. Rekstrargjöld eru einnig veruleg og voru sama ár rúmar 50 milljónir. Þá er ekki talinn til sá kostnaður sem hlýst af kaupum og byggingu nýrra eigna. Mismunur milli tekna og útgjalda nýtist til nýrra framkvæmda.

Í reglugerð um OSL segir: „Sjóðnum skal varið til þjónustu við félagsmenn í orlofi. Sjóðurinn á og rekur orlofshúsnæði og skapar á annan hátt aðstöðu til orlofsdvalar sjóðfélaga.“ Stefna núverandi stjórnar OSL hefur ætíð verið að efla starf hans innanlands og bjóða þar upp á sífellt fleiri valkosti og láta útrás erlendis vera. Með þessu móti hefur hagur hans vænkast mjög og tekist að fjölga umtalsvert valkostum. Meirihluti þeirra er í okkar eigu en við höfum valið blandaða leið eigu- og leigukosta. Leigukostir eru hagstæðir þar sem ekki næst heilsársnýting húsa. Með því fjölgar valkostum yfir sumarmánuðina þegar aðsóknin er mest. Fyrir sumarið 2023 eru 16 valkostir í boði, 12 þeirra í eigu OSL en leigukostir eru fjórir. Aðsókn er mikil allt árið og nýting góð, en þó sýnu mest yfir páska og sumarmánuðina. Punktakerfi er notað yfir páska og sumarvikurnar 13 og þar fá þeir sem eiga flesta punkta ákveðinn forgang en hinar 39 vikur ársins hafa allir jafnan aðgang.

Sífellt þarf að huga að viðhaldi húsa og fjölgun eigukosta OSL. Nýlega var húsið í Vaðnesi tekið í gegn að utan sem innan. Kostnaðarsamt bakslag varð þegar Höfðabrekka við Hreðavatn, sem byggð var 2003, var dæmd það illa farin að viðgerð borgaði sig ekki. Það hús var því rifið og byggt nýtt glæsilegt hús, Höfðabrekka hin nýrri. Það var tekið í notkun sumarið 2021, er flaggskip sjóðsins, ríflega 140 m^2 með fjórum góðum svefnherbergjum í tveimur álmum með tveimur fullbúnum baðherbergjum. Önnur álman er sérhönnuð að þörfum hreyfihamlaðra. Jafnframt er þar frábær eldhúsaðstaða, rúmgóð stofa, heitur pottur og pallar við húsið. Nú höfum við náð að safna í sarpinn og hafin er gagnger endursmíði á eldra húsinu við Hreðavatn, Höfða, sem er að stofninum til frá því um 1959. Stórum hluta þess verks verður lokið fyrir sumarið en seinni áfangi þess bíður fram á næsta vor. Á Akureyri eigum við tvær nýlegar íbúðir í Naustahverfi, sunnarlega í bænum. Við erum nú á höttunum eftir húsi til kaupa í Hálöndum í Hlíðarfjalli ofan Akureyrar. Fleiri sækjast þar eftir húsi en fást. Ef það tekst verður það örugglega vinsæll áningarstaður skíðaþyrstra lækna og fjölskyldna þeirra.

Fyrir sumarið 2023 eru 16 valkostir í boði, 12 þeirra í eigu OSL en leigukostir eru fjórir. Aðsókn er mikil allt árið og nýting góð, mest yfir páska og sumarmánuðina. Þá er punktakerfi notað og þar fá þeir sem eiga flesta punkta ákveðinn forgang en hinar 39 vikur ársins hafa allir jafnan aðgang.

Nú er unnið að því að koma öruggum hleðslutengingum fyrir rafbíla við sumarhúsin, ekki hleðslustöðvum, heldur sérhönnuðum bílahleðslutenglum með nægri rýmd fyrir hleðslu. Nokkur brögð hafa verið að því að gestir hafi leitt framlengingarsnúrur inn um dyr og glugga og stungið í samband í tengla innanhúss í þeim tilgangi að hlaða rafbíla. Það er hættulegur leikur. Venjulegir hústenglar eru engan veginn ætlaðir til hleðslu rafbíla og skapar slíkt mikla hættu.

Umgengni er því miður alloft ábótavant. Húsum/íbúðum skal skila þrifnum fyrir næsta leigjanda. Margir hafa óskað eftir að geta keypt brottfararþrif. Það höfum við kannað en því miður ekki gengið eftir því afar erfitt er að fá aðila til að sinna slíkum þrifum. Gestum ber að skila húsum/íbúðum í því horfi sem þeir vilja koma að þeim sjálfir. Stórhreingerning er gerð vor og haust.

Að lokum vil ég hvetja sjóðfélaga til að nýta sér OSL, kíkja inn á bókunarkerfi hans, Frímann, og skoða hvað er í boði. Síðasti dagur umsókna um sumarúthlutun í ár er 16. apríl næstkomandi.

Icelandic Doctors' Vacation Fund - Powerful Function

Jörundur Kristinsson
MD
Specialist in General Practice
Primary Health Care of The Capital Area, Iceland
Chairman of The Icelandic Doctors´ Vacation Fund

doi 10.17992/lbl.2023.04.737



INNÚÐAVÉLAR OG ÖNDUNARVÖRUR

Fastus býður upp á úrval af súrefnis- og öndunarvörum fyrir einstaklinga og stofnanir



Flaem Pro innúðahólkur fyrir astmalyf

- Lítill og nettur hólkur með maska
- Cross valve tækni einfaldar inn- og útöndun í gegnum hólkinn
- Latexfrír
- Innra byrði úr „antistatic" húð sem kemur í veg fyrir viðloðun lyfja



Flaem LightNeb

- Lítil, létt og hljóðlát innúðavél
- Einföld í notkun
- Gengur fyrir rafhlöðum og því auðvelt að vera með á ferðinni
- Fullorðins- og barna maski fylgir með



Flaem ProfiNeb

- Hljóðlát og einföld innúðavél
- Kemur með "dual speed" lyfjabolla sem flýtir fyrir lyfjagjöf
- Límmiðar fylgja með til að skreyta vélina
- Fullorðins- og barnamaski fylgir með

Nauðungarlyfjagjafir á geðdeildum Landspítala árin 2014-2018

Eyrún Thorstensen[1] hjúkrunarfræðingur
Brynjólfur Gauti Jónsson[2,3] tölfræðingur
Helga Bragadóttir[4,5] hjúkrunarfræðingur

[1]Geðþjónustu meðferðarsviðs Landspítala, [2]Hjartavernd, [3]verkfræði- og náttúruvísindasviði Háskóla Íslands, [4]fræðasviði hjúkrunarstjórnunar, hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands, [5]Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Eyrún Thorstensen, *eyruntho@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 4. desember 2022,
samþykkt til birtingar 6. mars 2023.

ÁGRIP

INNGANGUR

Þvinguð meðferð hefur verið gagnrýnd víða um heim og er nauðungarlyfjagjöf ein tegund þvingaðrar meðferðar en umfang nauðungarlyfjagjafa á Íslandi er lítið þekkt. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna umfang nauðungarlyfjagjafa á Landspítala, hvenær þær eru helst notaðar og hvort sé munur milli sjúklinga sem fá nauðungarlyfjagjafir og þeirra sem ekki fá slíka meðferð.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin er afturskyggn og nýtti gögn úr sjúkraskrám með úrtaki allra inniliggjandi sjúklinga á geðdeildum Landspítala almanaksárin 2014-2018 með 4053 þátttakendum. Þátttakendum var skipt í tvo hópa, hóp 1 með sjúklingum sem fengu nauðungarlyf (n=400, 9,9%) og hóp 2 með sjúklingum sem ekki fengu nauðungarlyf (n=3653, 90,1%).

NIÐURSTÖÐUR

Heildarfjöldi nauðungarlyfjagjafa var 2438 talsins og um 1% heildarúrtaks fékk um helming allra nauðungarlyfja. Nauðungarlyfjagjafir voru helst gefnar yfir daginn á virkum dögum og seint um kvöld en ekki sást afgerandi munur milli mánaða. Þegar hóparnir voru skoðaðir sást að hlutfallslega fleiri karlar og sjúklingar með erlent ríkisfang voru í hópi 1 en hópi 2, en ekki sást afgerandi munur á aldursdreifingu milli hópanna. Þeir sem voru í hópi 1 voru með fleiri komur á Landspítala, og fleiri innlagnir og legudaga á geðdeildum Landspítala á sjúkling, en þeir í hópi 2. Hjá sjúklingum í hópi 1 voru geðrofsgreiningar (F20-29) og lyndisraskanir (F30-39) algengastar en í hópi 2 voru það fíknisjúkdómar (F10-19) og lyndisraskanir (F30-39).

ÁLYKTUN

Niðurstöður benda til ákveðinna áhættuþátta nauðungarlyfjagjafa varðandi lýðfræðilegar breytur sjúklinga, sjúkdómsgreiningar, nýtingu þjónustunnar og tímasetningar nauðungarlyfjagjafa. Nánari greining gæti nýst til þess að draga úr þvingaðri meðferð. Frekari rannsókna er þörf á þvingaðri meðferð á geðdeildum á Íslandi.

Inngangur

Víða um heim er leitast við að draga úr notkun þvingaðrar meðferðar á geðdeildum, meðal annars nauðungarlyfjagjafa.[1] Þó getur þvinguð meðferð verið nauðsynleg til þess að tryggja öryggi sjúklings, starfsfólks og annarra þegar sjúkdómsástand er alvarlegt.[1,2] Nauðungarlyfjagjöf getur einnig verið nauðsynleg til þess að tryggja bata og fyrirbyggja versnun sjúkdóms.[3] Þvinguð meðferð er skilgreind sem hver sú aðferð sem notuð er án samþykkis sjúklings og skerðir getu hans til að fara sínu fram, eins og skerðing á ferða- og persónufrelsi, einangrun, fjötrar, nauðungarlyfjagjöf og markasetning.[4] Mikill munur virðist á milli þjóða og milli þeirrar þvinguðu meðferðar sem notuð er. Samkvæmt rannsókn sem skoðaði gögn um þvingaða meðferð á geðdeildum í Hollandi árið 2011 og bar saman við tölfræði 10 annarra landa um þvingaða meðferð á geðdeildum er hlutfall þvingaðrar meðferðferðar að meðaltali 7% og spannar frá 0-56%.[5] Rannsókn frá 16 geðdeildum í Sviss sýndi að 28% sjúklinga fengu þvingaða meðferð í einhverju formi og voru nauðungarlyfjagjafir 15% þeirrar meðferðar.[6] Í Noregi reyndist hlutfall þvingaðrar meðferðar inniliggjandi sjúklinga á bráðageðdeildum vera 35% og þar af nauðungarlyfjagjafa 9%.[7]

Rannsóknir sýna að þvinguð meðferð getur haft neikvæð áhrif á líðan sjúklinga og starfsfólks.[8] Eðli, umfang og áhrif þvingaðrar meðferðar á Íslandi eru lítt þekkt og hefur skráningu og eftirliti með henni hér á landi verið ábótavant.

Vísbendingar eru um að þvinguð meðferð eins og nauðungarlyfjagjöf tengist þáttum eins og tíma dags, vikudegi eða árstíð auk sjúkdómsgreininga og lýðfræðilegra breyta.[9,10] Þeir sjúklingar sem eru í áhættuhópi fyrir því að fá nauðungarlyfjagjöf virðast vera ungir karlmenn með geðrofssjúkdóm (F20-F29) og hafa sögu um vímuefnavanda og ofbeldi gagnvart öðrum[5,6,11,12] og þeir sem hafa dvalið oftar og lengur á geðdeildum en aðrir sjúklingar.[6]

Nefnd Evrópuráðs um varnir gegn pyndingum og ómannúðlegri eða vanvirðandi meðferð eða refsingum gerði úttekt á stöðu þvingaðrar meðferðar á Íslandi árið 2012. Samkvæmt ábendingum nefndarinnar var úrbóta þörf, meðal annars varðandi skráningu þvingaðrar meðferðar.[13] Rafræna lyfjafyrirmælakerfið Therapy býður ekki upp á þann möguleika að skrá lyfjagjöf sem gefin er án samþykkis sjúklings sérstaklega. Því er nauðungarlyfjagjöf og það hvort nauðsynlegt hafi verið að halda sjúklingi kyrrum skráð í sjúkraskrá hans í frjálsum texta. Gagnasöfnun og eftirliti með nauðungarlyfjagjöfum er því ábótavant. Í skýrslu nefndar Evrópuráðs er lögð áhersla á að öll þvinguð meðferð skuli skráð.[13]

Lítið er vitað um nauðungarlyfjagjöf á Íslandi og að því er best verður séð hafa einungis tvær rannsóknir verið gerðar hérlendis um þvingaða meðferð. Rannsókn var gerð á viðhorfi sjúklinga og starfsmanna varðandi gát á bráðageðdeildum á Landspítala[14] en gát með sjúklingum er skilgreind sem þvinguð meðferð því gát felur í sér náið eftirlit með sjúklingi og skerðingu á ferða- og persónufrelsi hans. Niðurstöður sýndu að 31% sjúklinga sem lögðust inn á bráðageðdeildir Landspítala á rannsóknartímabilinu voru settir á gát og fannst meirihluta sjúklinga og starfsfólks gátin gagnleg. Síðar var gerð rannsókn á umfangi og tímasetningum nauðungarlyfjagjafa og því sem einkenndi sjúklinga sem fengu nauðungarlyf á geðdeildum Landspítala. Niðurstöður sýndu að 9,5% inniliggjandi sjúklinga fengu nauðungarlyfjagjöf á árunum 2014 og 2015. Það sem einkenndi þá sjúklinga var að vera karlmaður, með geðrofssjúkdóm og hafa sögu um tíðar innlagnir og lengri sjúkrahúslegur en sjúklingar á sömu deildum sem ekki fengu þvingaða meðferð.[10]

Í þessari rannsókn er sjónum beint að þvingaðri meðferð með nauðungarlyfjagjöfum. Nauðungarlyfjagjöf er það þegar sjúklingi eru gefin lyf gegn vilja hans og í sumum tilfellum er lyfjagjöf framkvæmd með því að sjúklingi er haldið með handafli eða hann fjötraður á meðan honum eru gefin lyf í vöðva í þeim tilgangi að róa hann, draga úr óæskilegri hegðun eða til að meðhöndla sjúkdómseinkenni eins og bráð geðrofseinkenni, geðhæð, spennu og æsing.[15] Lyfjameðferð getur flýtt fyrir bata og stytt legutíma sjúklinga á geðdeildum.[16] Auk þess hefur verið sýnt fram á að batahorfur sjúklinga með geðrofsgreiningu eru betri því fyrr sem lyfjameðferð með geðrofslyfjum er hafin og endurinnlögnum fækkar.[3] Nauðungarlyfjagjöf getur því verið gagnleg til þess að draga úr annarri þvingaðri meðferð eins og einangrun og fjötrum.[1,5] Því er tilgangur nauðungarlyfjagjafa tvíþættur, annars vegar að minnka óróleika og ógnun í bráðu ástandi og hins vegar að tryggja nauðsynlega meðferð við alvarlegum geðrænum veikindum þegar sjúklingur neitar meðferð og samvinna um hana hefur ekki náðst.

Tilgangur rannsóknar er að kanna umfang nauðungarlyfjagjafa á Íslandi, hvenær þær eru notaðar og hvort munur sé milli sjúklinga sem fá nauðungarlyfjagjafir og þeirra sem ekki fá slíka meðferð.

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur

Í úrtaki rannsóknar voru allir sjúklingar á geðdeildum Landspítala sem lögðust inn á tímabilinu 1. janúar 2014 til 31. desember 2018, eða 4053 þátttakendur með samtals 10.143 innlagnir. Þeim var skipt í tvo hópa, hóp 1 (n=400: 9,9%) sem voru þeir sem fengu nauðungarlyf með eftirfarandi stuttverkandi lyfjum í vöðva: Lorazepam, Zuclopenthixolum, Haloperidolum og Olanzapinum; og hóp 2 (n=3653: 90,1%) sem í voru þeir sem ekki fengu nauðungarlyf.

Rannsóknargögn og úrvinnsla

Gögn rannsóknar komu úr sjúkraskrám sjúklinga á Landspítala í tveimur skrám. Ásamt dulkóðuðum persónunúmerum innihéldu skrárnar upplýsingar um dagsetningar innlagna og útskrifta, en þessar breytur voru notaðar til að tengja skrárnar saman.

Gögnum úr lyfjaskráningakerfinu Therapy var safnað um allar lyfjagjafir lyfjanna Lorazepam, Zuclopenthixolum stuttverkandi, Haloperidolum stuttverkandi, og Olanzapinum í vöðva þeirra sjúklinga sem lögðust inn á geðdeildir Landspítala á rannsóknartímabilinu. Hver og ein lyfjagjöf er talin sérstaklega, án tillits til þess hvort tvö lyf hafi verið gefin samtímis.

Lyfjagjafir með ofantöldum lyfjum í vöðva eru skilgreindar sem nauðungarlyfjagjafir í þessari rannsókn. Þessi lyf voru valin því samkvæmt Council of Europe (2013) eru þetta algengustu lyfin sem notuð eru á Íslandi til að meðhöndla sjúklinga gegn vilja þeirra.[13] Vegna takmarkaðrar skráningar var ekki unnt að greina með vissu hvort sjúklingar höfðu verið samþykkir lyfjagjöf en þó má telja nokkuð líklegt að svo hafi ekki verið. Gengið er út frá því að sjúklingar sem samþykkja lyfjameðferð fái flestir lyf um munn þar sem þessi sömu lyf eru einnig til í töfluformi. Þó eru líka dæmi þess að sjúklingar samþykki lyfjagjöf í vöðva með þessum sömu lyfjum. Auk þess getur komið upp sú staða að læknir velji lyf í sprautuformi umfram lyf í töfluformi í bráðum og alvarlegum veikindum þegar sömu lyf í töfluformi hafa ekki náð tilætluðum árangri. Ekki var unnt að greina út frá gögnum hvort fleiri en eitt lyf hafi verið gefin saman en Lorazepam og Haloperidolum eru gjarnan gefin samtímis í bráðum tilfellum. Því er hugsanlegt að nauðungarlyfjagjafir með ofantöldum lyfjum séu oftaldar.

Úr sjúkraskrá var eftirfarandi gögnum safnað: aldur, kyn, þjóðerni, geðsjúkdómsgreiningar, nauðungarvistun og sjálfræðissviptingar, öryggismeðferð (gát), fjöldi koma í bráðaþjónustu geðþjónustu og bráðamóttöku Landspítala, fjöldi innlagna og fjöldi legudaga á geðdeildum Landspítala. Ekki

Tafla I. Fjöldi og hlutfall nauðungarlyfjagjafa eftir lyfjategund fyrir hvert ár, fjöldi (%).

Lyfjaheiti (virkt efni)	2014	2015	2016	2017	2018
Haloperidolum	114 (39,7)	166 (33,2)	117 (20,9)	212 (35,2)	225 (46,0)
Lorazepam	47 (16,4)	157 (31,4)	251 (44,9)	210 (34,8)	157 (32,1)
Zuclopenthixolum	65 (22,6)	98 (19,6)	115 (20,6)	174 (28,9)	85 (17,4)
Olanzapinum	61 (21,3)	79 (15,8)	76 (13,6)	7 (1,2)	22 (4,5)

Tafla II. Meðalfjöldi koma í bráðaþjónustu Landspítala auk meðalfjölda innlagna og legudaga á geðdeildum Landspítala eftir fjölda nauðungarlyfjagjafa í hópi 1 (n=400) á árunum 2014-2018.

Fjöldi nauðungarlyfjagjafa	Fjöldi einstaklinga (%)	Meðalfjöldi koma í bráðaþjónustu	Meðalfjöldi innlagna	Meðalfjöldi legudaga
1-4	267 (66,8)	11,9	4,4	95,8
5-9	74 (18,5)	10,7	5,4	128,3
10 eða fleiri	59 (14,8)	18,7	11,5	265,3

reyndist unnt að vinna úr gögnum um nauðungarvistanir, sjálfræðissviptingar og öryggismeðferð úr gagnasafni spítalans vegna ófullnægjandi skráningar í sjúkraskrá. Þó má áætla að allir sjúklingar sem fá nauðungarlyfjagjafir á geðdeildum séu nauðungarvistaðir því óheimilt er samkvæmt lögum að beita þvingaðri lyfjagjöf án nauðungarvistunar.

Notuð var að mestu lýsandi tölfræði. Munur á kyni og þjóðerni milli hópa var skoðaður með Fisher-prófi. Munur á hópum hvað varðar fjölda koma í bráðaþjónustu, innlagnir og legudaga var reiknaður með útvíkkuðu línulegu líkani (*generalized linear model*) með neikvæðri tvíkosta (*negative binomial*) gagnadreifingu.

Unnið var með ópersónugreinanleg gögn og áhætta sjúklinga því hverfandi. Ekki var þörf á að afla upplýsts samþykkis frá þátttakendum. Rannsóknin var samþykkt af siðanefnd Landspítala og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala og tilkynnt til Persónuverndar (17/2019. Tilv.16).

Gagnavinnsla var framkvæmd með forritunarmálinu R, útgáfu 4.2.0, í notandaviðmótinu RStudio, útgáfu 2022.7.1.554.

Niðurstöður

Umfang nauðungarlyfjagjafa á geðdeildum Landspítala

Af 4053 þátttakendum voru 400 (9,9%) sem fengu nauðungarlyfjagjafir. Heildarfjöldi nauðungarlyfjagjafa var 2438 á rannsóknartímabilinu. Að meðaltali voru gefnar 40,6 nauðungarlyfjagjafir á mánuði á tímabilinu. Tafla I sýnir fjölda nauðungarlyfjagjafa og hlutfall þess lyfs af öllum lyfjagjöfum þess árs. Þegar lyfjagjafir eru skoðaðar öll árin má sjá að Haloperidolum var mest notaða lyfið (34,3%) og þar á eftir er Lorazepam (33,4%) en þessi lyf eru oft gefin saman.

Í töflu II má sjá að meirihluti þátttakenda sem fengu nauðungarlyfjagjafir á rannsóknartímabilinu fengu á bilinu eina til fjórar. Þó má sjá að talsverður fjöldi fékk fleiri en fjórar nauðungarlyfjagjafir.

Minnihluti sjúklinga í úrtaki fengu nauðungarlyfjagjöf, eða 9,9%, en aðeins lítill hluti þeirra fékk oft nauðungarlyfjagjöf. Á rannsóknartímabilinu fengu 10 þátttakendur í hópi 1 samtals 529 nauðungarlyfjagjafir. Þetta jafngildir því að 2,5% þátttakenda í hópi 1 hafi fengið 21,7% nauðungarlyfjagjafa. Að sama skapi fengu 44 þátttakendur, eða 11% hóps 1, samtals 1231 nauðungarlyfjagjöf, eða 50,5% allra nauðungarlyfjagjafa á rannsóknartímabilinu. Þessir einstaklingar lögðust inn 559 sinnum og voru með samtals 11,2 legudaga og áttu 908 komur á bráðamóttökur Landspítala. Þetta jafngildir 5,5% allra innlagna, 6,6% allra legudaga og 2,4% allra koma á bráðamóttökur Landspítala.

Tími nauðungarlyfjagjafar

Tíðni nauðungarlyfjagjafa er mismunandi eftir tíma sólarhrings og eftir vikudögum. Mynd 1 sýnir hlutfall nauðungarlyfjagjafa eftir: A) tíma sólarhrings, B) vikudögum og C) mánuðum, bæði eftir árum og fyrir rannsóknartímabilið í heild sinni. Notkun nauðungarlyfja eftir tímum sólarhrings var svipuð milli ára. Nauðungarlyfjagjafir voru í lágmarki um nætur en fjölgaði milli klukkan 10:00 og 15:00 á daginn. Nauðungarlyfjagjöfum fækkaði aftur síðdegis og náðu þær svo hámarki seinni part kvölds í kringum klukkan 22:00. Ekki var teljandi munur á hlutfalli nauðungarlyfjagjafa frá mánudegi til föstudags, eða á virkum dögum, en hlutfallið lækkaði um helgar. Ekki sást áberandi mynstur í hlutfalli nauðungarlyfjagjafar þegar hún er skoðuð eftir mánuðum.

Breytur sem tengjast nauðungarlyfjagjöfum

Í töflu III má sjá lýðfræðilegar breytur þátttakenda, upplýsingar um komur, innlagnir og legudaga eftir hópum. Kynjahlutfall milli hópa var ólíkt. Í hópi 1 voru karlar 60,2% en konur 39,8%, en í hópi 2 var kynjahlutfall jafnara, eða 51,2% karlar og 48,8% konur. Á árunum 2014-2018 fengu því karlar hlutfallslega oftar nauðungarlyfjagjafir en konur. Þátttakendur í hópum 1 og 2 voru marktækt frábrugðnir hver öðrum hvað varðar kyn þegar prófað var með Fisher-prófi. Gagnlíkindahlutfall karla (konur viðmiðshópur) = 1,44 (95% öryggisbil 1,16-1,79), p=0,0006.



Mynd 1. *Hlutfall nauðungarlyfjagjafa hjá hópi 1 eftir A) tíma sólarhrings, B) vikudegi, C) mánuði. Svartar línur eru heildarmeðaltal og litaðar línur eru árleg meðaltöl.*

Ekki var teljandi munur á hópunum eftir aldri en dreifing á aldri í hópunum tveimur við síðustu innlögn þátttakenda var sambærileg. Miðgildi aldurs beggja hópanna var á bilinu 35-45 ár og í báðum hópum eru flestir á aldrinum 18-29 ára og fækkaði í báðum hópunum með aldri.

Þegar þjóðerni er skoðað í heildarúrtaki á rannsóknartímabilinu var hlutfall þeirra með erlent ríkisfang 8,5%. Hlutfall þátttakenda með erlent ríkisfang í hópi 1 var hærra en þeirra með erlent ríkisfang í hópi 2 (14,2% í hópi 1 og 7,9% í hópi 2). Hópar 1 og 2 voru marktækt ólíkir varðandi þjóðerni þegar prófað var með Fisher-prófi. Gagnlíkindahlutfall erlendra (íslenskir ríkisborgarar viðmiðshópur) = 1,93 (95% öryggisbil = 1,4-2,64), p=0,00006.

Miðað var við fyrstu greiningu við hverja innlögn en þátttakendur í báðum hópum geta átt margar innlagnir og fyrsta greining getur breyst milli innlagna. Því er fjöldi fyrstu greininga meiri en fjöldi þátttakenda. Þegar hóparnir tveir voru bornir saman kom fram að þátttakendur í hópi 1 voru hlutfallslega oftar með geðrofssjúkdóma (F20-F29) en þátttakendur í hópi 2 (33,6% í hópi 1 og 11,8% í hópi 2) og voru hlutfallslega sjaldnar með kvíða og streituraskanir (F40-F49) en þátttakendur í hópi 2 (3,1% í hópi 1 og 18,8% í hópi 2). Algengustu greiningarnar hjá hópi 1 voru geðrofssjúkdómar (F20-F29) og lyndisraskanir (F30-F39) en hjá hópi 2 voru það fíknisjúkdómar (F10-F19) og lyndisraskanir (F30-F39).

Þegar meðaltal koma í bráðaþjónustu, innlagna og legudaga er skoðað sést að í hópi 1 voru fleiri komur í bráðaþjónustu (12,7 í hópi 1 og 8,3 í hópi 2), fleiri innlagnir (5,6 í hópi 1 og 2,2 í hópi 2) og fleiri legudagar (126,8 í hópi 1 og 32,3 í hópi 2) á hvern þátttakanda en í hópi 2. Þátttakendur í hópi 1 komu 1,46 sinnum (95% öryggisbil 1,42-1,51, p<0,00001) oftar á bráðamóttöku en þátttakendur í hópi 2, þeir áttu 2,68 sinnum (95% öryggisbil 2,58-2,77, p<0,00001) fleiri legudaga og höfðu að jafnaði 3,97 sinnum (95% öryggisbil 3,94-4,00, p<0,00001) fleiri legudaga en hópur 2. Hafa þarf í huga að um 5 ára tímabil er að ræða og að ekki er tekið tillit til þess hvenær þátttakendur greindust með sinn geðsjúkdóm fyrst eða hvenær fyrsta innlögn á sjúkrahús átti sér stað.

Umræða

Umfang nauðungarlyfjagjafa

Niðurstöður sýna að 9,9% sjúklinga á geðdeildum Landspítala fengu nauðungarlyf á árunum 2014-2018. Flestir þessara sjúklinga fengu 1-4 nauðungarlyf og mest notuðu lyfin voru Haloperidolum og Lorazepam. Athyglisvert er að 1% sjúklinga, eða 11% hóps 1, fengu 50% allra nauðungarlyfja, sem bendir til þess að þessir sjúklingar hafi verið með bæði alvarleg og bráð sjúkdómseinkenni. Hlutfall nauðungarlyfjagjafa var lágt í samanburði við niðurstöður erlendra rannsókna sem sýna hlutfall nauðungarlyfjagjafa að meðaltali 2,5% í Hollandi[5], 9% í Noregi[7] og 15% í Sviss.[6] Mikilvægt er að hafa í huga að í flestum löndum eru einnig notaðir fjötrar með ólum og beltum, sem ekki er gert á geðdeildum á Íslandi. Einnig eru víða

Tafla III. Lýðfræðilegar breytur, sjúkdómsgreiningar, komur í bráðaþjónustur Landspítala, innlagnir og legudagar á geðdeildir Landspítala þátttakenda í hópi 1 (n=400; 9,9%) og hópi 2 (n=3653 ; 90,1%) (N=4053), fjöldi (%).

Breytur	Hópur 1	Hópur 2	Heild
Kyn			
Karl	241 (60,2)	1872 (51,2)	2113 (52,1)
Kona	159 (39,8)	1781 (48,8)	1940 (47,9)
Aldur			
Karl	39,5 [27,8; 52,1][a]	35,7 [26,8; 49,9][a]	36,9 [26,7; 52][a]
Kona	45,6 [29,8; 53,7][a]	38 [26,1; 54][a]	35,8 [26,8; 50,1][a]
Heild	42,5 [28,8; 53,5][a]	36,6 [26,6; 51,8][a]	38,2 [26,5; 54][a]
Þjóðerni			
Erlent ríkisfang	57 (14,2)	289 (7,9)	346 (8,5)
Sjúkdómsgreiningar			
Vefrænar geðraskanir (F00-F09)	11 (2,4)	39 (0,9)	50 (1)
Fíknisjúkdómar (F10-F19)	110 (24,3)	1469 (33)	1579 (32,2)
Geðrofssjúkdómar (F20-F29)	152 (33,6)	525 (11,8)	677 (13,8)
Lyndisraskanir (F30-F39)	131 (29)	1213 (27,3)	1344 (27,4)
Kvíða- og streituraskanir (F40-F49)	14 (3,1)	837 (18,8)	851 (17,4)
Atferlisheilkenni (F50-F59)	0	26 (0,6)	26 (0,5)
Persónuleikaraskanir (F60-F69)	15 (3,3)	230 (5,2)	245 (5)
Þroskaraskanir (F70-F79)	10 (2,2)	27 (0,6)	37 (0,8)
Raskanir á sálarþroska (F80-F89)	6 (1,3)	43 (1,0)	49 (1)
Bernskuraskanir (F90-F98)	3 (0,7)	26 (0)	29 (0,6)
Ótilgreind geðröskun (F99)	0	14 (0,3)	14 (0,3)
Komur í bráðaþjónustu	12,7[b]	8,3[b]	8,7[b]
Innlagnir á geðdeild	5,6[b]	2,2[b]	2,5[b]
Legudagar á geðdeild	126,8[b]	32,3[b]	41,6[b]

[a]Miðgildi [fjórðungsmörk]. [b]Meðaltal.

notuð einangrunarherbergi en athyglisvert er að í Hollandi eru nauðungarlyfjagjafir fátíðar en notkun einangrunarherbergja er hins vegar algengari, eða 10,9%.[5] Þannig getur verið munur milli landa varðandi það hvaða þvingaða meðferð er mest notuð.

Tími nauðungarlyfjagjafa

Tíðni nauðungarlyfjagjafa var breytileg eftir tíma sólarhrings og vikudögum. Öll árin voru nauðungarlyfjagjafir í lágmarki á næturnar en fjölgaði yfir miðjan daginn milli klukkan 10:00 og 15:00 og náðu svo hámarki klukkan 22:00 á kvöldin. Skýringarnar á þessum mun geta verið nokkrar. Hugsanlega er samband milli fjölda innlagna eftir tíma sólarhrings og hlutfalls nauðungarlyfjagjafa en algengast er að þvinguð meðferð eins og gát, nauðungarlyfjagjöf eða einangrun sé notuð við innlögn eða fyrstu klukkustundirnar eftir innlögn.[17] Ekki var unnt að skoða samband milli tíma innlagnar og tíma nauðungarlyfjagjafar því gögn um nákvæman tíma innlagna hjá þátttakendum þessarar rannsóknar lágu ekki fyrir. Önnur skýring á því að hlutfall nauðungarlyfjagjafa var mest seint á kvöldin getur verið sú að sjúklingar sem eru nauðungarinnlagðir og upplifa meðferð sína þvingandi á geðdeildum sýni í auknum mæli krefjandi eða ofbeldisfulla hegðun þegar líður á daginn, þeir eru orðnir þreyttir eftir daginn og hafa minni orku til að takast á við vanlíðan að kvöldi en snemma dags.[8] Rannsóknir sýna að sjúklingar sem fá eina tegund þvingaðrar meðferðar fái oftar fleiri tegundir hennar í sömu innlögn[5] og að deildir sem nota eina tegund þvingaðrar meðferðar eru líklegri til að nota fleiri tegundir hennar.[18] Því getur skýringin legið í því að þvinguð meðferð eins og gát, takmarkanir á frelsi og einangrun yfir daginn reyni á þolrif sjúklinga, sem getur leitt til þess að gripið sé til nauðungarlyfjagjafar þegar líður á kvöldið.

Nauðungarlyfjagjafir voru flestar hlutfallslega á virkum dögum en fæstar um helgar. Rannsóknir benda til þess að menntun, þjálfun og reynsla dragi úr notkun þvingaðrar meðferðar.[4,19] Um helgar er færra fagfólk á vakt á geðdeildum Landspítala og því mætti ætla að nauðungarlyfjagjafir væru tíðari um helgar en færri á virkum dögum. Það er þó ekki raunin, ástæðan getur verið sú að þegar færra og reynsluminna starfsfólk er á vakt sé krefjandi hegðun frekar látin afskiptalaus og starfsfólk veigri sér við að taka á vandanum.[9] Skýringin getur einnig verið sú að það eru færri áreiti og truflanir í umhverfi geðdeilda um helgar en á virkum dögum. Meiri kröfur sem tengjast meðferð og breytingum á meðferð eru gerðar til sjúklinga á virkum dögum en um helgar þegar fleira fagfólk er í vinnu, sem getur valdið árekstrum sem leiða til nauðungarlyfjagjafa.[8] Helgarnar eru því rólegri tími og starfsfólki sem er á vakt gefst meiri tími til að sinna dægradvöl sjúklinga og veita stuðning og félagsskap.

Ekki kom fram áberandi munur á hlutfalli nauðungarlyfjagjafa eftir mánuðum. Hafa ber í huga að Ísland er lítið land og því getur einn eða fáir sjúklingar valdið sveiflum í hlutfalli nauðungarlyfjagjafa milli mánaða. Þó má sjá að nokkur aukning á nauðungarlyfjagjöfum var á vorin og haustin. Hugsanlega er árstíðabundinn munur varðandi tíðni veikindalota sjúklinga. Nýleg rannsókn sýndi að samband var á milli veðurfars og ofbeldishegðunar sjúklinga á geðdeildum.[20] Þó deila fræðimenn um áhrif árstíða á tíðni veikindalota hjá sjúklingum með geðsjúkdóma því aðrar niðurstöður hafa ekki sýnt tengsl þarna á milli.[21]

Breytur sem tengjast nauðungarlyfjagjöfum

Af niðurstöðum má sjá að þeir þátttakendur sem fengu nauðungarlyf voru oftar karlar, með erlent ríkisfang og með geðrofsgreiningu (F20-29) og lyndisröskun (F30-39), auk þess að hafa komið oftar í bráðaþjónustu sjúkrahússins, lagst oftar inn á geðdeildir og áttu fleiri legudaga en þeir sem ekki fengu nauðungarlyf. Þessar niðurstöður ríma við niðurstöður rannsókna frá öðrum löndum.[5,6,11] Sjúkdómseinkenni, sjúkdómsgreiningar og hegðun sjúklinga tengist þvingaðri meðferð. Sjúklingum með geðrofsgreiningar (F20-F29) sem sýna geðrofseinkenni eins og ofskynjanir og ranghugmyndir og sjúklingum sem sýna ofbeldisfulla hegðun er hættara við þvingaðri meðferð en öðrum.[5,7,11,17,22] Sjúklingar með fyrri sögu um þvingaða meðferð eru í aukinni hættu á að fá þvingaða meðferð eins og nauðungarlyfjagjöf.[17,23]

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að sjúklingar með erlent ríkisfang fái oftar nauðungarlyf en sjúklingar með íslenskt ríkisfang. Er þetta í samræmi við sumar erlendar rannsóknir[24,25] en ekki aðrar.[26,27] Hugsanleg skýring á því að þátttakendur með erlent ríkisfang á Íslandi fái oftar nauðungarlyf en íslenskir þátttakendur er að þeir séu verr staddir félagslega, hafi lítið stuðningsnet og mæti frekar hindrunum sökum tungumálaörðugleika. Vísbendingar eru um að félagsleg staða og atvinnuleysi sjúklinga hafi áhrif en sjúklingum sem búa einir og hafa lítil tengsl við fjölskyldu sína er hættara við að fá þvingaða meðferð[22,23] og þeir sem eru atvinnulausir eru einnig í aukinni hættu að vera beittir þvingaðri meðferð.[22] Ný þýsk rannsókn sýnir einnig að sjúklingar sem eru heimilislausir fái frekar þvingaða meðferð en þeir sem eru með fasta búsetu.[28]

Styrkur rannsóknarinnar felst í að úrtak hennar nær líklega að telja alla sjúklinga sem fengu nauðungarlyfjameðferð vegna bráðra einkenna á rannsóknartímabilinu og því gefa niðurstöðurnar raunsanna mynd af umfangi nauðungarlyfjagjafa á Landspítala. Helsti veikleiki rannsóknarinnar er að hún byggir á gögnum úr sjúkraskrám og því er ekki tryggt að skráning sé að öllu leyti áreiðanleg. Rannsóknin tekur eingöngu til skoðunar fyrstu sjúkdómsgreiningu þátttakenda og ekki er fullvíst hvort skráning sjúkdómsgreininga í sjúkraskrá fylgir í öllum tilfellum þeirri megin reglu að fyrsta greining sé ávallt sú sem er mest hamlandi á þeim tíma.

Rannsókn þessi er mikilvægt innlegg í að varpa ljósi á þvingaðar meðferðir á Íslandi. Aukin þekking á þeim þáttum sem hafa tengsl við nauðungarlyfjagjafir á geðdeildum hérlendis er mikilvæg til þess að draga megi úr notkun þeirra. Frekari rannsókna er þörf á þvingaðri meðferð á geðdeildum á Íslandi.

Þakkir

Rannsóknin var styrkt af Rannsóknasjóði Háskóla Íslands.

Heimildir

1. Georgieva I, Mulder CL, Noorthoorn E. Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial. Psychiatry Res 2013; 205: 48-53.
2. Doedens P, Vermeulen J, Boyette LL, et al. Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services - A systematic review. J Psychiatr Ment Health Nurs 2020; 27: 446-59.
3. Karson C, Duffy RA, Eramo A, et al. Long-term outcomes of antipsychotic treatment in patients with first-episode schizophrenia: A systematic review. Neuropsychiatr Dis Treat 2016; 12: 57-67.
4. Bowers L, Alexander J, Bilgin H, et al. Safewards: The empirical basis of the model and a critical appraisal. J Psychiatr Mental Healt Nurs 2014; 21: 354-64.
5. Noorthoorn E, Lepping P, Janssen W, et al. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015; 50: 1857-69.
6. Hotzy F, Moetteli S, Theodoridou A, et al. Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. Swiss Med Wkly 2018; 148: w14616.
7. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, et al. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: Patient, staff and ward characteristics. BMC Health Serv Res 2010; 10: 89.
8. Bowers L. Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. J Psychiatr Mental Health Nurs 2014; 21: 499-508.
9. Bowers L, Crowder M. Nursing staff numbers and their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards-a cross sectional time series poisson regression study. Int J Nurs Stud 2012; 49: 15-20.
10. Thorstensen E. Þvingandi meðferðir í formi nauðungarlyfjagjafa á geðdeildum. Sjúklingar í áhættuhóp. Háskóli Íslands, Reykjavík 2016.
11. Kalisova L, Raboch J, Nawka A, et al. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014; 49: 1619-29.
12. Silva B, Gholam M, Golay P, et al. Predicting involuntary hospitalization in psychiatry: A machine learning investigation. Eur Psychiatry 2021; 64: e48.
13. Council of Europe. European Report to the Icelandic Government on the visit to Iceland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 24 September 2012. rm.coe.int/1680696c40; 2013 – janúar 2023.
14. Snorrason J, Grímsdóttir GÚ, Sigurðsson JF. Gátir á bráðadeildum geðsviðs Landspítala: Viðhorf sjúklinga og starfsmanna. Læknablaðið 2007; 93: 833-9.
15. Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. Psychiatr Q 2012; 83: 1-13.
16. Paksarian D, Mojtabai R, Kotov R, et al. Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. Psychiatr Serv 2014; 65: 266-9.
17. Georgieva I, Vesselinov R, Mulder CL. Early detection of risk factors for seclusion and restraint: A prospective study. Early Interv Psychiatry 2012; 6: 415-22.
18. Bowers L, James K, Quirk A, et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. Int J Nurs Stud 2015; 52: 1412-22.
19. Väkiparta L, Suominen T, Paavilainen E, et al. Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: An integrative review. Scand J Caring Sci 2019; 33: 765-78.
20. Lickiewicz J, Piotrowicz K, Hughes PP, et al. Weather and aggressive behavior among patients in psychiatric hospitals-An exploratory study. Int J Environ Res Public Health 2020; 17: 9121.
21. Johnsen MT, Wynn R, Bratlid T. Is there a negative impact of winter on mental distress and sleeping problems in the subarctic: The Tromsø Study. BMC Psychiatry 2012; 12: 225.
22. Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. Eur Psychiatry 2011; 26: 244-51.
23. Girela E, López A, Ortega L, et al. Variables associated with the use of coercive measures on psychiatric patients in Spanish penitentiary centers. Biomed Res Int 2014; 2014: 928740.
24. Singh SP, Greenwood N, White S, et al. Ethnicity and the Mental Health Act 1983. Br J Psychiatry 2007; 191: 99-105.
25. Rotenberg M, Tuck A, Ptashny R, et al. The role of ethnicity in pathways to emergency psychiatric services for clients with psychosis. BMC Psychiatry 2017; 17: 137.
26. Miodownik C, Friger MD, Orev E, et al. Clinical and demographic characteristics of secluded and mechanically restrained mentally ill patients: a retrospective study. Isr J Health Policy Res 2019; 8: 9.
27. Cullen AE, Bowers L, Khondoker M, et al. Factors associated with use of psychiatric intensive care and seclusion in adult inpatient mental health services. Epidemiol Psychiatr Sci 2018; 27: 51-61.
28. Haussleiter IS, Lehmann I, Ueberberg B, et al. Homelessness among psychiatric inpatients in North Rhine-Westphalia: A retrospective routine data analysis. BMC Psychiatry 2022; 22: 132.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.04.738

Involuntary medication in psychiatric units at Landspitali University Hospital in the years 2014–2018

Eyrún Thorstensen[1]

Brynjólfur Gauti Jónsson[2,3]

Helga Bragadóttir[4,5]

[1]Mental Health Services Landspitali University Hospital, [2]The Icelandic Heart Association, [3]Statistician Consulting Center at the School of Health Sciences, University of Iceland, [4]Chair Nursing Administration, University of Iceland Faculty of Nursing and Midwifery School of Health Sciences, [5]Landspitali University Hospital.

Correspondence: Eyrún Thorstensen, *eyruntho@landspitali.is*

Key words: *mental health services, mental disorder, coercion, psychiatry, hospitals.*

INTRODUCTION: Coercion is considered controversial and is criticized around the world. Involuntary medication is one type of coercion, but the extent of its use in Iceland is not well known. The aim of this study is to shed light on the extent and time of involuntary medication in Landspitali University Hospital in Iceland, when it is most often used and whether there is a difference between patients who receive involuntary medication and those who do not receive such treatment.

MATERIAL AND METHODS: This study is a quantitative descriptive retrospective study using data obtained from medical records. The sample consisted of all patients admitted to the psychiatric inpatient wards at Landspitali University Hospital in Iceland in the years 2014-2018 (N=4053). The sample was divided into two groups, group 1 with patients who received involuntary medication n=400 (9.9%) and group 2 with patients who did not receive such treatment n=3653 (90.1%).

RESULTS: The total number of involuntary medications was 2438 and about 1% of the total sample received about half of all involuntary medication. Involuntary medications were most frequent during the daytime during weekdays and late at night, but no notable difference was seen between months of the year. When comparing the groups, it appears that proportionally more men and patients with foreign citizenship are in group 1 than in group 2, but no notable difference is seen in age between groups. Patients in group 1 had more visits to the emergency services at Landspitali, more admissions, and patient days per patient at psychiatric wards in Landspitali than those in group 2. The most common medical diagnosis in group 1 were within the schizophrenia spectrum (F20-F29) and mood disorders (F30-39) but in group 2 the most common medical diagnosis were mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (F10-19) and mood disorders (F30-F39).

CONCLUSION: Findings indicate certain risk factors for involuntary medication regarding demographic, medical diagnosis, use of services as well as external factors such as timing of involuntary medication. A more detailed analysis could be used to reduce the use of coercive treatment. Further research is needed on the use of coercion in psychiatric wards in Iceland.

ASIA-heilkenni – tengsl við silíkon

Sigurveig Þ. Sigurðardóttir[1,2] læknir
Hannes Sigurjónsson[3,4] læknir
Andri Már Þórarinsson[4] læknir
Kristján Erlendsson[1,5] læknir

[1]Ónæmisfræðideild Landspítala, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]Læknahúsið Dea Medica, [4]lýtalækningadeild Landspítala, [5]lyflækningadeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Sigurveig Þ. Sigurðardóttir, *veiga@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 2. nóvember 2022,
samþykkt til birtingar 17. mars 2023.

ÁGRIP

Áratugum saman hafa ýmsir möguleikar verið nýttir til að bæta líðan, starfsemi og útlit manna með íhlutum, ígræddum með skurðaðgerðum. Silíkonpúðar hafa verið notaðir frá miðri síðustu öld til enduruppbyggingar á brjóstum, til dæmis eftir brjóstakrabbamein, við fæðingargalla, kynstaðfestandi aðgerðir eða einfaldlega til stækkunar á brjóstum. Árlega eru gerðar hérlendis nokkur hundruð brjóstapúðaísetningar til enduruppbyggingar og stækkunar brjósta, en engin miðlæg opinber skráning er viðhöfð. Ef litið er til landa þar sem allar silíkonpúðaísetningar eru skráðar má áætla að 1000-3000 konur hið minnsta séu með silíkonpúða á Íslandi og að settir séu púðar í 300 einstaklinga árlega.

Í þessari yfirlitsgrein er fjallað um hið svonefnda ASIA-heilkenni, ónæmisfræðileg áhrif silíkons, og hugsanleg tengsl silíkonpúða við sjálfsónæmissjúkdóma, einkenni og greiningu.

Ekki var um kerfisbundna heimildaleit að ræða samkvæmt ströngustu skilyrðum þeirrar aðferðafræði (*systematic review*), en höfundar studdust eingöngu við ritrýndar heimildir í gegnum PubMed, UpToDate og Scopus.

Leitarorðin sem notuð voru (*MeSH terms in the PubMed database*) voru *silicon, silicon implant, silicon particles, immune response, autoimmunity, autoinflammation, Autoimmune/inflammatory syndrome induced by aduvants, ASIA, ASIA syndrome, breast implant illness*. Eingöngu voru notaðar greinar sem birtu niðurstöður sem leyfðu tölfræðilegan útreikning.

Í greininni er farið yfir þekktar staðreyndir um sjúkdóminn, eiginleika hans og tölfræðilega þætti.

Inngangur

ASIA-heilkenni hefur í gegnum árin verið nefnt mismunandi heitum, svo sem *human adjuvant disease, siliconosis, silicon incompatibility syndrome,* en síðastliðinn áratug *autoimmune/inflammmatory syndrome induced by adjuvants* (ASIA-heilkenni).[1] ASIA-heilkennið samanstendur af rófi af ónæmismiðluðum sjúkdómum sem geta komist af stað fyrir áhrif ónæmisglæða (*adjuvants)* hjá einstaklingum sem eru með sérstakan erfðafræðilegan bakgrunn.[2] Það sem meðal annars getur sett slíkan sjúkdómsferil af stað er silíkon, olía eða aðrir aðskotahlutir í líkamanum.

Einkennum ASIA-heilkennis var nokkuð snemma lýst meðal kvenna sem fengu silíkonpúða í brjóst, það er fyrir meira en 50 árum. Í gegnum árin hafa milljónir kvenna um allan heim fengið silíkonpúða ígrædda í líkamann. Yfirgnæfandi meirihluti einstaklinga með silíkonpúða þola þá vel, þeir geta bætt útlit og líðan viðkomandi sjúklings.

Einn af algengari fylgikvillum silíkonpúða er rof á púðunum. Samkvæmt danskri rannsókn á 271 einstaklingi eru 98% púða heilir eftir 5 ár en rof eykst með tíma og um 15% púðanna geta rofnað 3-10 árum eftir að þeir eru græddir í.[3]

Þróun hefur átt sér stað í silíkonísetningum púða, bæði hvað varðar efni og aðferðir. Þrátt fyrir það hafa einkenni ASIA-heilkennis haldist mikið til óbreytt.[2] Um 60-80% þessara sjúklinga lagast af einkennum sínum þegar púðarnir eru

fjarlægðir.[2,4] Í rannsókn á 300 tilfellum af ASIA-heilkenni í alþjóðlegri fjölsetrarannsókn var meðalaldur sjúklinga með ASIA-heilkennið 37 ár og meðaltími frá ísetningu brjóstapúða til sjúkdómsmyndar um 31 mánuður (spann 1 vika – 5 ár).[5]

Hugtakið ónæmisglæðir er skilgreint sem efni sem eflir sértækt ónæmissvar án þess að ræsa sértækt svar gegn sjálfu sér. Ræsing ónæmiskerfisins fyrir áhrif ónæmisglæðis er sjálftakmarkað (*self limited*) en sumir einstaklingar geta fengið ótakmarkað svar með tilkomu sjálfsónæmismótefna og jafnvel sjálfsónæmissjúkdóma.[6]

Silíkon er fjölskylda af *polymerum* sem deila með sér silíkon-súrefniskeðju með mismunandi hliðarkeðjum.[7] Silíkon er í lækningum notað í þrenns konar formi: sem elastómer (*silastic*), vökvi eða gel.

Silíkonbrjóstapúðar og bandvefssjúkdómar

Fjöldi rannsókna hefur verið birtur um hugsanleg áhrif silíkonbrjóstapúða á heilsu einstaklinga. Erfitt er að bera rannsóknirnar saman til að fá heildstæðar niðurstöður, þar sem margar uppfylla ekki tölfræðileg skilyrði sem geta gefið áreiðanlegar niðurstöður. Að auki eru flestar byggðar á skráningu sjúklinganna sjálfra en ekki fagfólks.[8]

Maccabi Healthcare Services (MHS) í Ísrael framkvæmdi þverskurðarrannsókn á tölvutækum gögnum sem innihéldu 20 ára gögn frá tveimur milljónum sjúklinga og var birt 2018.[9] Í gögnunum voru 24.651 konur með silíkonpúða (1,2%). Til samanburðar voru 98.604 konur á sambærilegum aldri og í sömu þjóðfélagsstöðu, sem ekki voru með silíkonpúða. Hlutfallsleg áhættuaukning þess að konur með púða væru greindar með sjálfsónæmis- eða gigtsjúkdóm var 1,22 (95% CI 1,18-1,26). Hæsta líkindahlutfallið af sjúkdómunum var fyrir sarklíki OR=1,98 (CI 1,5-2,60), herslismein, OR=1,63 (1,26-2,11), Sjögrens-sjúkdóm, OR=1,58 (1,26-1,97), heila- og mænusigg, 1,41 (1,11-1,80), vefjagigt/síþreytu, 1,37 (1,29-1,45). Einnig voru marktæk tengsl við ofstarfsemi skjaldkirtils (p<0,001), vanstarfsemi skjaldkirtils (p<0,001), sóra (p=0,001) og iktsýki (p=0,018).[9]

Aukin hætta á Sjögrens-sjúkdómi (Effect size (ES) = 1,38 (CI, 1,06-1,80)) og iktsýki (ES = 2,92 (CI: 1,01-8,47)) hjá konum með silíkonpúða hefur einnig verið lýst í kerfisbundinni safngreiningarrannsókn með 32 birtum rannsóknum.[8] Aðeins tvær af 11 rannsóknum sem rannsökuðu iktsýki og tvær af 7 rannsóknum á Sjögrens-sjúkdómi tóku þó fullnægjandi tillit til truflandi þátta (*confounding factors*).

Stór, afturskyggn fjölsetra- og eftirfylgnirannsókn birtist í janúar 2019.[10] Skoðuð var tíðni almennra aukaverkana, sjálfsskaða og barneigna eftir brjóstapúðaísetningar hjá 99.993 konum sem fengið höfðu brjóstapúða frá tveimur framleiðendum (Mentor og Allergan). Þær voru bornar saman við áður birtar tíðnitölur í Bandaríkjunum. Fimmtíu og sex prósent höfðu silíkonbrjóstapúða eftir brjóstastækkun. Þeim sem fengu Mentor-brjóstapúða var fylgt eftir í 7 ár með sjálfskráðum upplýsingum um heilsubresti. Á þeim tíma höfðu þær aukna hættu á ákveðnum sjúkdómum borið saman við almennar tíðnitölur í Bandaríkjunum (tafla I). Í þessari rannsókn voru vefjagigt og lungnakrabbamein þó fátíðari hjá konum með silíkonpúða en hjá almenningi. Ástæðan fyrir þessu er óþekkt. Allergan-

Tafla I. Tíðni sjúkdóma og andvana fæðinga hjá konum með silíkonpúða í samanburði við birtar upplýsingar meðal kvenna í Bandaríkjunum (tíðni miðað við 10.000 æviár). Sjálfskráðar upplýsingar kvenna með Mentor-silíkonpúða á 7 ára tímabili.

Sjúkdómur	SIR (95% CI)	P-gildi
Scleroderma	7,00 (5,12-9,34)	<0,001
Sjögrens-sjúkdómur	8,14 (6,24-10,44)	<0,001
Sortuæxli	3,71 (2,87-4,73)	<0,001
Iktsýki	5,96 (5,35-6,62)	<0,001
Krabbamein	1,54 (1,42 – 1,68)	<0,001
Taugasjúkdómur	1,59 (1,44 – 1,76)	<0,001
Andvana fæðing	4,50 (3,59-5,56)	<0,001

(SIR=Standardized incidence ratio, CI=confidence interval, öryggisbil)
Heimild: US FDA Breast Implant Postapproval Studies: Long-term Outcomes in 99,993 Patients. Ann Surg 2019; 269: 30-6.

Tafla II. Sjúklingur er talinn vera með ASIA-heilkennið ef hann er með tvö af meiriháttar einkennum eða eitt meiriháttar einkenni og tvö minniháttar einkenni.

Meiriháttar einkenni
Útsetning fyrir utanaðkomandi ræsandi efni (sýkingu, silíkoni, ónæmisglæði, bóluefni) áður en klínísk einkenni komu fram
Tilkoma dæmigerðra klínískra einkenna:
Vöðvaverkir, vöðvabólga eða vöðvaþróttleysi
Liðverkir og/eða liðbólgur
Síþreyta, svefntruflanir og svefn sem ekki gefur nægа hvíld
Taugaeinkenni
Vitsmunaleg afturför, minnisleysi
Hækkaður líkamshiti, munnþurrkur
Brottnám þessa ræsandi efnis leiðir til bata
Dæmigerð vefjasýni frá þeim líffærum sem eru með einkenni
Minniháttar einkenni
Sjálfsónæmismótefni eða mótefni sem beinast að hinu ræsandi efni
Önnur klínísk einkenni (til dæmis órólegur ristill)
Ákveðinn HLA-flokkur (til dæmis HLA DRB1, HLA DQB1)
Tilkoma sjálfsónæmissjúkdóms (til dæmis MS, scleroderma)

Heimild: Watad A, Sharif K, Shoenfeld Y. The ASIA syndrome: basic concepts. Mediterr J Rheumatol 2017; 28: 64-9.

brjóstapúðunum var eingöngu fylgt eftir í tvö ár, sem ekki leyfði sambærilega útreikninga. Mat höfunda er það að rannsóknir þessara stóru fyrirtækja á vöru sinni geti á margan hátt verið betri að gæðum svo hægt sé að draga af þeim ályktanir.

Skilgreining á ASIA-heilkenni

Autoimmune/Inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) er sjúkdómsástand sem fyrst var lýst af Shoenfeld og Agmon-Levin árið 2011.[1] Höfundarnir settu þá fram töflu II með nokkrum meiriháttar og nokkrum minniháttar einkennum til að hjálpa til við að skilgreina sjúkdómsgreininguna ASIA-heilkenni. Í töflunni eru tilgreindir nokkrir ónæmismiðlaðir sjúkdómar sem deila með sér klínískri sýnd ásamt sögu um fyrri útsetningu fyrir ónæmisglæði. Tilgangur höfundanna var að vekja athygli á þeim grunnþáttum sem einkenna ASIA-heilkennið, að auka vitund lækna og um leið að stuðla að því að sjúklingar greindust fyrr, auk þess sem forða mætti þeim sem væru í áhættu fyrir sjálfsónæmissjúkdómum frá því að

útsetja sig fyrir ónæmisglæði. Þessi greiningarskilmerki hafa síðan verið notuð með litlum breytingum (sjá töflu II). Sjúklingur er talinn vera með ASIA-heilkennið ef hann er með tvö af meiriháttar einkennum eða eitt meiriháttar plús tvö minniháttar einkenni.[11] Þessi skilgreining á ASIA er vissulega nokkuð almenn og gæti passað við fleiri sjúkdóma, en útsetning fyrir ónæmisglæði gerir hana sérstaka.

Einkenni ASIA-heilkennis

Nýlega hafa verið birtar samantektir á einkennum ASIA-heilkennis.[4,12] Algengt er að einkennin byrji með þreytu sem ekki hverfur við hvíld, minnkaðri líkamlegri og andlegri getu í vinnu, félags- og einkalífi. Sjúklingarnir líða svefntruflanir og minnkaða vitsmunagetu sem felur í sér minnisskerðingu, erfiðleika við einbeitingu, erfiðleika við að finna orð og að vera utan við sig, sem stundum er kallað „heilaþoka“ á íslensku. Einnig lýsa þeir liðverkjum, vöðvaverkjum, hækkuðum líkamshita, augn- og munnþurrki. Lýst hefur verið einkennum sem uppfylla greiningarskilmerki vefjagigtar og jafnvel iktsýki.[4] Minnkaður vöðvakraftur eða máttleysi getur verið þannig að sjúklingurinn getur vart farið fram úr rúmi. Rannsókn sýndi fram á óeðlilegt vöðvarit hjá 53% slíkra sjúklinga.[13]

Þurrki í augum hefur verið lýst hjá allt að 75% einstaklinga með ASIA-heilkenni og getur valdið minnkaðri sjón ef ekki er meðhöndlað.[4] Mörg þessara einkenna koma heim og saman við Sjögrens-sjúkdóm, en ekki fylgja alltaf sértækar mótefnahækkanir á anti-SSA/SSB eins og í Sjögrens-sjúkdómi.

Verkir í brjóstum, viðkvæmni og brunatilfinning á brjóstasvæði hefur verið lýst, sem og breytingum á lögun brjósta, ósamhverfu, þéttleika og jafnvel stærð. Lýst hefur verið stækkuðum og aumum eitlum í holhönd, á hálsi og í jafnvel í nárum (70-80%).[4] Einnig hefur öðrum einkennum verið lýst, meðal annars frá hjarta og æðakerfi, svo sem yfirliðatilfinningu, jafnvægisleysi, hjartsláttaróreglu og stundum brjóstverkjum. Að auki hefur verið lýst einkennum frá meltingarvegi (24%): kviðverkjum, breytingum á hægðum og kyngingarerfiðleikum.[12]

Meðal þeirra sem uppfylla greiningarskilmerki ASIA-heilkennis koma fram húðbreytingar með bólgu hjá 20-30% af sjúklingum. Þar er húðin aum með brunatilfinningu eða náladofa sem talið er að geti stafað af bólgu í smátaugum (*small fibre neuropathy*).[14]

Áberandi netmunstur í húð sést hjá 20-30% en vægara hjá öðrum 30-40%. Stundum finnast aumir hnútar undir húðinni og hafa rannsóknir sýnt fram á hnúðagersbólgu (*migratory silicon granuloma*).[15] Hjá 20-40% sjást óskilgreind húðútbrot, kláði og stundum hármissir.[12]

Viðbragð við utanaðkomandi efni og ónæmisfræðileg áhrif silíkons

Lengi var því haldið fram að silíkon væri líffræðilega hlutlaust og skaðlaust efni. Undanfarin ár hafa rannsóknir hins vegar sýnt fram á að þetta er ekki að öllu leyti sannleikanum samkvæmt og að silíkon getur haft ýmis ónæmisfræðileg áhrif, meðal annars sem ónæmisglæðir. Í árdaga notkunar silíkons var því sprautað beint inn í brjóstvefinn. Fljótlega kom í ljós að silíkonið hélst ekki á staðnum, heldur dreifði sér og framkallaði bólguhnúðager (*granulamotous inflammation*), sjálfsónæmisbólgur og bólguástand í líkamanum. Einnig er þekkt að silíkon getur blætt út um órofna skel ásamt því að geta færst frá lekum púða víðs vegar um líkamann, til lungna og jafnvel heila.[16-18] Þetta er staðfest með vefjafræðilegum greiningum.[4]

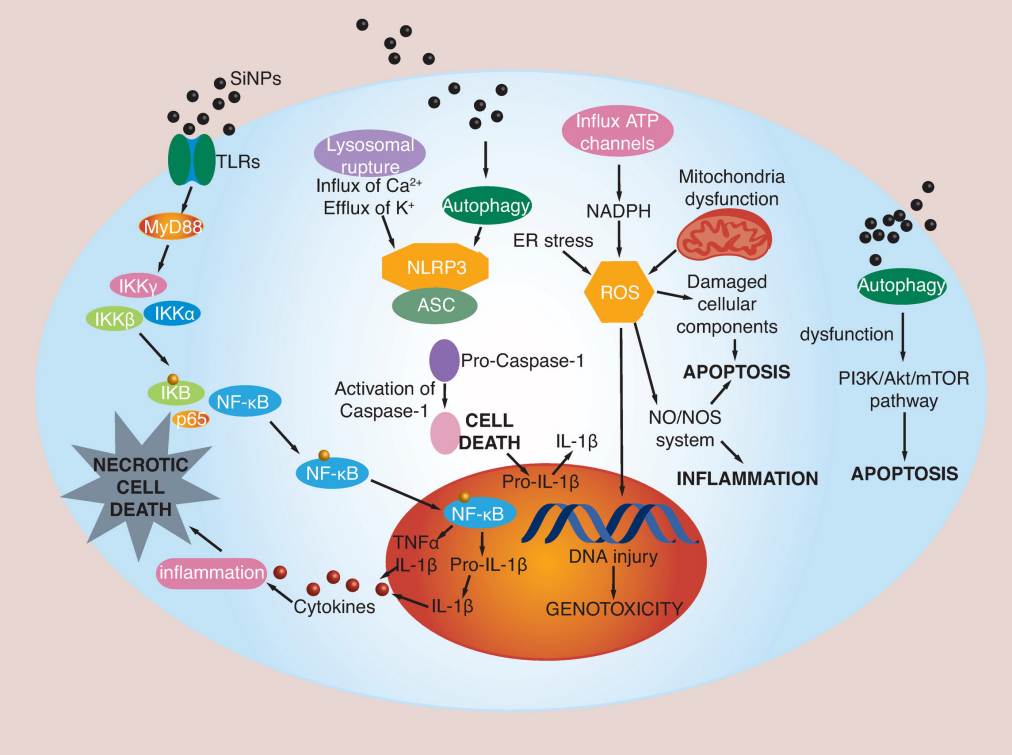
Viðbrögð líkamans við utanaðkomandi efni er að umlykja það bandvef (*foreign body response*). Sýnt hefur verið fram á að ónæmiskerfið tekur þátt í slíkri bandvefsmyndun kringum brjóstapúða. Í bandvefshimnunni sem umlykur púðann reynist vera aukinn fjöldi CD4+ T-verkfrumna og Foxp3/CD25+ stýrifrumna. Rannsóknir á þessum stýrifrumum sýna að þær eru í öfugu hlutfalli við magn bandvefs í himnunni. Boðefni sem mæld eru í floti eitilfruma sem finnast í örvefshimnunni eru að mestum styrk IL-6, IL-8, IL-17 og γ-interferon sem bendir til yfirgnæfandi virkni TH1 og TH17 eitilfruma.[19,20] Músatilraunir hafa sýnt að IL-17 framleiðslan kemur fyrst, og síðan verður sérhæft svar CD4+ frumna en T-stýrifrumur sem eiga að dempa bólgu virðist skorta.[19] Þetta óeðlilega hlutfall Th1 og Th17 frumna annars vegar og stýrifrumna hins vegar, getur svo orðið til þess að sjálfsónæmissjúkdómar myndast.

Einnig hefur verið sýnt fram á að ónæmiskerfið bregst við silíkonögnum í líkamanum með áti átfrumna (*macrophaga*) í nálægð við ígræddan snigil (*cochlea*) í innra eyra, sem mögulega getur skýrt að snigillinn skemmist.[6]

Í nýlegu yfirliti yfir möguleg áhrif silíkonagna á ónæmiskerfið er sýnt hvernig silíkon er háð lífefna- og lífeðlisfræðilegum eiginleikum, sem og tegundum frumna sem bregðast við.[21,22] Viðbrögð ónæmiskerfisins við silíkonögnum eru að átfrumur taka upp agnirnar, og silkionið lokast inni í leysikornum (*lysosomes*) átfrumunnar (mynd 1). Átfruman ræsir í þessum tilfellum ósértækt bólgusvar (*innate immune response)* sem myndar bólguumhverfi. Það leiðir svo til framleiðslu frumuboða (*cytokines*), svo sem interleukin 1β, auk þess sem fram koma hvarfgjörn súrefnissambönd) og hvarfgjörn nitursambönd. Þetta leiðir til sjálfstýrðs frumudauða átfrumunnar (*apoptosis*) sem þá rofnar. Það veldur því að silíkonögnin losnar út í umhverfið og er tekin upp af annarri átfrumu. Útsetning fyrir silíkonögnum leiðir að auki til umfangsmikillar myndunar á IL-17 sem veldur svo innflæði daufkyrninga (*neutrophils*) sem ræsast og mynda hvarfgjörn súrefnissambönd og losa efni, svo sem myeloperoxidasa. Til viðbótar eru silíkonagnirnar fluttar með átfrumum til staðbundinna eitla, þar sem þær geta valdið enn frekari örvun ósérhæfðs ónæmissvars.

Dýrarannsóknir hafa sýnt fram á að ef dýrin eru með vissa áhættuarfgerð, geti silíkon valdið þróun á sjálfsónæmissjúkdómi eða versnun hans.[23] Að auki hefur verið fram sýnt fram á að konur sem eru með ofnæmissjúkdóm eða sjálfsónæmissjúkdóm eru líklegri til að þróa með sér ASIA-heilkenni eftir silíkonpúðaísetningu, sem og konur sem eru með sterka fjölskyldusögu um sjálfsónæmissjúkdóma.[24] Einnig er líklegt að umhverfisþættir, svo sem reykingar og offita, geti verið hvetjandi þættir.[25,26]

Margir sjúklingar með ASIA-heilkenni hafa verið greindir með vissa ónæmisgalla eða D-vítamínskort, en þessir tveir þættir geta ýtt undir myndun sjálfsónæmis. Talið er að krónísk



Mynd 1. *Myndin sýnir hvernig smáar silíkon agnir geta haft áhrif á ónæmiskerfið. Þrjár meginleiðir:*
1) Viðbrögð ósérhæfða ónæmiskerfisins (meðal annars TNFα, IL-1β og fleiri boðefni ósérhæfða ónæmissvarsins og bólgustöð/umhverfi.
2) Hvarfgjörn súrefnissambönd (reactive oxygen substances (ROS)) sem skemma frumur, valda stýrðum frumudauða (apoptosis) og bólgu.
3) Sjálfsát (autophagy) sem leiðir til stýrðs frumudauða, silíkon losnar, aðrar átfrumur koma síðan og hreinsa svæðið og hringrásin heldur áfram.
Heimild: Chen L, Liu J, Zhang Y, et al. The toxicity of silica nanoparticles to the immune system. Nanomed 2018; 13: 1939-62.

ræsing með ónæmisvaka örvi fjölgun eitilfrumna, mögulega vegna bakteríuáhrifa.[27] Krónísk bólga sem leiðir til margstofna eitilfrumufjölgunar getur með tímanum þróast í einstofna fjölgun og á endanum í eitilfrumukrabbamein. Hjá konum með silíkonpúða með grófu yfirborði hefur verið sýnt fram á aukna áhættu á *anaplastic large cell* T-frumu krabbameini (ALCL), jafnvel þó ekki sé enn þekkt tilfelli af þessu hér á landi.[26] Það virðist sem áferð yfirborðs silíkonpúðanna skipti máli. Nýleg rannsókn á músum og kanínum sýndi að viss tegund af ósléttu yfirborði tengist frekar ónæmismiðluðum aukaverkunum, jafnvel ALCL.[28] Þessi rannsókn sýndi fram á að yfirborð með mynsturdýpt yfir 4 µm ræsti á öflugri hátt ónæmissvar gegn silíkoni. Örvefshimnan var minni í kringum slétta púða, sem innihélt meira af FOXP3+ ónæmisbælandi T-stýrifrumum.[28]

Klínískar rannsóknir í ASIA-heilkenni

Þegar silíkonpúðar eru fjarlægðir vegna leka greinist oft frítt silíkon í vefjum. Jafnframt geta fundist með segulómun merki um frítt silíkon í eitlum, jafnvel svokallað *silíkonoma*.[29] Ómskoðun á eitlum á hálsi eða í holhönd geta sýnt svokallaðan *snowstorm effect* sem endurspeglar sílíkonagnir innan um eðlilegan vef.[30] Eitlar sem teknir eru til smásjárskoðunar sýna gjarnan ósértækar bólgubreytingar, oft með „götum“ eftir aðskotahluti (silíkon).[29,30]

Blóðrannsóknir hjá þessum sjúklingum sýna yfirleitt ósértækar niðurstöður. CRP (*C-reactive protein*), sem vísar til bólgu, er oftast eðlilegt. Samkvæmt nýrri yfirlitsgrein finnst hækkað frítt inerleukin-2 gildi í allt að 50%. ANA (*anti nuclear body*) er til staðar hjá 20% og stundum finnast önnur sjálfsónæmismótefni, svo sem SSA/SSB, anti-dsDNA, anti-Scl-70, anticardiolipin, anti-CCP, IgM-RF, ANCA og eða Cryoglobulin og 20-50% hafa lækkuð gildi á IgG eða IgG undirflokkum.[4,31] D-vítamínskortur eða lækkun er algengur og gæti verið áhættuþáttur fyrir ASIA.[32]

Brottnám silíkonpúða

Um 60-80% kvenna með ASIA-heilkenni sem láta fjarlægja silíkonpúða lagast af einkennum sínum. Því styttri tíma sem silíkonpúðar voru til staðar, því líklegri er konan til að losna við einkenni ASIA.[26,31] Ef sjúklingar eru hins vegar þegar komnir með sjálfsónæmissjúkdóm, ná aðeins um 16% bata án frekari ónæmisbælingar og sumar konur halda áfram að vera með einkenni ASIA-heilkennis til langs tíma, væntanlega vegna þess að silíkon er enn þá til staðar í líkama þeirra.[22] Þegar silíkonpúðar hafa rofnað getur silíkonið dreifst um vefi líkamans en þá er og ómögulegt að hreinsa það allt í burtu. Sýnt hefur verið fram á að því meira silíkon sem dreifist um líkamann, því meira bólguástand getur skapast.[23] Lýtalæknar segja að nær ómögulegt sé að fjarlægja allt silíkon úr líkamanum er púðar hafa rofnað. Þrátt fyrir afar nákvæma aðgerðatækni verður ávallt eftir nokkuð af silíkoni á brjóstasvæði og jafnvel annars staðar í líkamanum.

Rannsóknir sem ekki hafa sýnt fylgni á milli silíkonpúða og ASIA-heilkennis

Rannsóknir á tengslum silíkons og ýmissa sjúkdóma vísa ekki allar í sömu átt. Talsvert margar sýna alls ekki fram á tengsl

á milli silíkonpúða og sjálfsónæmissjúkdóma eða gigtsjúkdóma. Dæmi um slíka rannsókn er afturskyggn rannsókn frá 1994 á 749 konum með silíkonpúðar og 1498 konum án púða til samanburðar. Þátttakendum í rannsókninni var fylgt eftir í 7,8 ár. Á þeim tíma fannst ekki marktækt aukin hætta á fyrir bandvefssjúkdómum, en á sama tíma reyndist aukin hætta á morgunstirðleika í liðum hjá þeim sem fengið höfðu púða.[34] Önnur rannsókn, sem þó byggir á sjálfskráðum upplýsingum 80.000 kvenna annað hvert ár, sýndi enga fylgni milli silíkonpúða og bandvefssjúkdóma.[35] Safngreining frá árinu 2000 tók til 9 hóprannsókna, 9 tilfellamiðaðra rannsókna og tveggja þversniðsrannsókna frá 5 löndum. Allar byggðu þær á skráðum sjúkdómsgreiningum, nema ein sem notaði spurningalista sem sjúklingar svöruðu sjálfir.[36] Þessi rannsókn skar sig úr varðandi hærri tíðni bandvefssjúdóma í konum með silíkonpúða, þó án þess að hafa áhrif á heildar tölfræðiniðurstöður rannsóknarinnar.[37]

Yfirlýsing frá Matvæla- og lyfjaöryggisstofnun Bandaríkjanna

Vegna vaxandi umræðu um öryggi silíkonpúðar hefur Matvæla- og lyfjaöryggisstofnunin (FDA) í Bandaríkjunum sent frá sér yfirlýsingu þar sem athygli kvenna er vakin á mögulegum aukaverkunum silíkonpúða, meðal annars sjaldgæfri tegund eitilfrumukrabbameins, ALCL, sem virðist tengjast ákveðnum tegundum púðanna. Í yfirlýsingunni segir einnig að þær konur sem finna fyrir almennum einkennum sem rekja má til ónæmisviðbragða: síþreytu, minnkaðrar vitsmunagetu og verkja frá vöðvum og liðum, geti lagast séu brjóstapúðarnir fjarlægðir. Segir í yfirlýsingunni að FDA telji að konur sem eru að íhuga að fá sér silíkonpúða þurfi að fá staðgóða fræðslu um þessa áhættu.[38]

Umræður og niðurlag

Þegar Shoenfeld skilgreindi ASIA-heilkennið árið 2011[1] tók það til þessara fjögurra orsakaþátta: silíkons, heilkenni kennt við Persaflóastríðið (*The Gulf War Syndrome*), átfrumubólguheilkenni (*macrophagic myofasciitis syndrome*) og heilkenni eftir bólusetningar (*post-vaccination syndrome*). Þegar skilmerki sem lögð eru til grundvallar greiningu ASIA-heilkennis eru skoðuð er ljóst að þau geta átt við aðra sjúkdóma eða annað sjúkdómsástand sem gætu átt sér aðrar ástæður eða meingerð.

Slíkum vandamálum eru gerð söguleg skil hvað varðar síþreytu í fróðlegri yfirlitsgrein í *Clinical Rheumatology* 2018.[39] Þar eru meðal annars nefnd til sögunnar Akureyrarveikin og *myalgic encephalomyelitis*. Margir þessara sjúkdóma eiga ýmislegt sameiginlegt. Kenningar finnast um að orsökin geti falist í óeðlilegri stjórnun ónæmissvars, til dæmis eftir sýkingu eða af völdum utanaðkomandi efnis sem valdið hefur ræsingu þess. Eitt af þessum efnum gæti verið silíkon. Einnig hafa birst greinar um veikindi eftir COVID-19, sem gætu stutt slíkar ályktanir.[40,41]

Athuganir á ónæmissvari við silíkoni, rannsóknir á ávaxtaflugum við útsetningu á mygluþáttum[42] og klínískar rannsóknir á konum með silíkonpúða, sem og einstaklingum með post-COVID-heilkenni, hafa hjálpað til við að skilja betur fjölefnanæmi (*mutliple chemical sensitivity*) og þolmissi (*break of tolerance*) hjá einstaklingum sem hafa ákveðna arfgerð. Þá hefur verið lýst framleiðslu sjálfsónæmismótefna sem meðal annars geta beinst að viðtökum ósjálfráða taugakerfisins í miðtaugakerfi eða öðrum líffærum.[40,41,43,44] Sýnt hefur verið fram á að áhrif þessara mótefna geta verið ýmist örvandi eða jafnvel dempandi.

Þar sem það fá ekki allir fullan bata þótt silíkonpúðar séu fjarlægðir og sumir glíma áfram við erfið veikindi, er nauðsynlegt að leita fjölbreyttra meðferðamöguleika fyrir þessa sjúklinga. Ónæmiskerfi mannsins svarar ekki eins í öllum tilfellum, en líkindi milli ákveðinna sjúkdóma gefa tilefni til að slíkir þættir verði skoðaðir betur. Á Íslandi eru hópar sjúklinga sem eiga við vanheilsu að stríða, sjúklingar sem oft er erfitt að hjálpa. Sumir hafa einkenni sem svara til ákveðinna sjúkdóma, til dæmis bólgusjúkdóma þar sem beita má hefðbundinni meðferð, þar með talið líftæknilyfjum. Aðrir hafa torkennileg einkenni sem erfitt er að greina eða meðhöndla, þar sem gruna má sérstaka eða blandaða boðefnalosun (*interleukin, cytokin*). Oft finnast aðeins merki ósértækra bólguferla eða ofnæmis (hækkun á komplementum eða IgE). Notkun boðefnamælinga getur hugsanlega hjálpað við greiningu, sérstaklega þegar þekking eykst. Þeir sem til dæmis eru með kláða svara oft andhistamínum. Það gefur ákveðna vísbendingu um hvaða boðefni valdi einkennum og hvaðan þau koma. Steralyf og önnur hefðbundin bólguhemjandi lyf hafa í þessum tilfellum verið reynd, en með óljósum árangri. Til eru skráð sjúkratilfelli þar sem líftæknilyf hafa skilað vissum árangri en vegna skorts á rannsóknum er ekki til formleg ábending fyrir notkun þeirra við þessum sjúkdómi. Þar sem óþekkt er hvaða boðefni losna er mikilvægt að gerðar verði frekari rannsóknir á eðli þessara ónæmisviðbragða þannig að grípa megi til meðferðar með markvissum hætti.

Þrátt fyrir allt er ljóst að af öllum þeim fjölda einstaklinga sem fá silíkonpúða eru sem betur fer fáir sem fá ASIA-heilkenni. Að því sögðu er þó ljóst að vísbendingar eru um að sjúkdómsástandið fyrirfinnist og geti valdið þjáningum, og jafnvel örorku. Það er álit höfunda að þótt margt sé enn óljóst sé mikilvægt að þessi vitneskja sé til staðar og að læknar séu vakandi fyrir einkennum ASIA ef þau gera vart við sig. Líkur á fullum bata minnka eftir því sem vandamálið stendur lengur. Í þessum tilfellum er nauðsynlegt að vísa sjúklingnum án tafar til lýtalæknis sem þá getur fjarlægt púðana ef nauðsyn krefur. Konur sem íhuga innsetningu silíkonpúða þurfa að fá fræðslu um tilvist sjúkdómsins, og þá sérstaklega sjúklingar með sterka sögu eða fjölskyldusögu um ofnæmis- eða sjálfsónæmissjúkdóma. Vaxandi skilningur er fyrir hendi á ASIA sem vandamáli í tengslum við silíkonpúða, sem án efa leiðir til frekari rannsókna og nýrra meðferðarmöguleika fyrir sjúklinga sem líða vegna ASIA-heilkennis. Samvinna ónæmislækna og lýtaskurðlækna er því afar mikilvæg í framtíðinni, bæði hvað varðar rannsóknir og meðferð á ASIA-heilkenni. Þessari samvinnu hefur nú verið komið á fót á Landspítala, sem gefur vonir um bætta þjónustu fyrir sjúklinga sem fá einkenni ASIA-heilkennis.

Heimildir

1. Shoenfeld Y, Agmon-Levin N. 'ASIA' - Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. J Autoimmun 2011; 36: 4-8.
2. Colaris MJL, de Boer M, van der Hulst RR, et al. Two hundreds cases of ASIA syndrome following silicone implants: a comparative study of 30 years and a review of current literature. Immunol Res 2017; 65: 120-8.
3. Hölmich LR, Friis S, Fryzek JP, et al. Incidence of silicone breast implant rupture. Arch Surg 2003; 138: 801-6.
4. Cohen Tervaert JW, Colaris MJ, et al. Silicone breast implants and autoimmune rheumatic diseases: Myth or reality. Curr Opin Rheumatol 2017; 29: 348-54.
5. Watad A, Quaresma M, Bragazzi NL, et al. The autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA)/Shoenfeld's syndrome: descriptive analysis of 300 patients from the international ASIA syndrome registry. Clin Rheumatol 2018; 37: 483-93.
6. O'Malley JT, Burgess BJ, Galler D, et al. Foreign body response to silicone in cochlear implant electrodes in the human. Otol Neurotol 2017; 38: 970-7.
7. Institute of Medicine Committee on the Safety of Silicone Breast I. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. In: Bondurant S, Ernster V, Herdman R, editors. Safety of Silicone Breast Implants. National Academies Press, Washington 1999.
8. Balk EM, Earley A, Avendano EA, et al. Long-term health outcomes in women with silicone gel breast implants. Ann Intern Med 2016; 164: 164-75.
9. Watad A, Rosenberg V, Tiosano S, et al. Silicone breast implants and the risk of autoimmune/rheumatic disorders: A real-world analysis. Int J Epidemiol 2018; 47: 1846-54.
10. Coroneos CJ, Selber JC, Offodile AC, et al. US FDA Breast Implant Postapproval Studies: Long-term Outcomes in 99,993 Patients. Ann Surg 2019; 269: 30-6.
11. Watad A, Sharif K, Shoenfeld Y. The ASIA syndrome: basic concepts. Mediterr J Rheumatol 2017; 28: 64-9.
12. Cohen Tervaert JW. Autoinflammatory/autoimmunity syndrome induced by adjuvants (ASIA; Shoenfeld's syndrome): A new flame. Autoimmun Rev 2018; 17: 1259-64.
13. Shoaib BO, Patten BM, Calkins DS. Adjuvant Breast Disease: An Evaluation of 100 Symptomatic Women with Breast Implants or Silicone Fluid Injections. Keio J Med 1994; 43: 79-87.
14. Sène D. Small fiber neuropathy: Diagnosis, causes, and treatment. Joint Bone Spine 2018; 85: 553-9.
15. Cawrse NH, Pickford MA. Cutaneous manifestation of silicone dissemination from a PIP implant - a case for prophylactic explantation? J Plast Reconstr Aesthetic Surg 2011; 64: e208-e9.
16. Dijkman HBPM, Slaats I, Bult P. Assessment of Silicone Particle Migration Among Women Undergoing Removal or Revision of Silicone Breast Implants in the Netherlands. JAMA Network Open 2021; 4: e2125381-e.
17. Errico V, Perroni G, Milana F, et al. Internal mammary lymph node siliconoma in absence of prosthesis rupture: a case series that raises concern for potential risk of overdiagnosis. Gland Surg 2021; 10: 2123-9.
18. Dragu A, Theegarten D, Bach AD, et al. Intrapulmonary and cutaneous siliconomas after silent silicone breast implant failure. Breast J 2009; 15: 496-9.
19. Chung L, Maestas D, Lebid A, et al. Interleukin-17 and senescence regulate the foreign body response. bioRxiv; 2019.
20. Wolfram D, Rabensteiner E, Grundtman C, et al. T regulatory cells and TH17 cells in peri–silicone implant capsular fibrosis. Plast Reconstr Surg 2012; 129: 327e-337e.
21. Liangjiao C, Yiyuan K, Hongbing G, et al. The current understanding of immunotoxicity induced by silica nanoparticles. Nanomedicine 2019; 14: 1227-9.
22. Chen L, Liu J, Zhang Y, et al. The toxicity of silica nanoparticles to the immune system. Nanomedicine 2018; 13: 1939-62.
23. Schaefer CJ, Wooley PH. The influence of silicone implantation on murine lupus in MRL lpr/lpr mice. J Rheumatol 1999; 26: 2215-21.
24. Maijers MC, de Blok CJM, Niessen FB, et al. Women with silicone breast implants and unexplained systemic symptoms: A descriptive cohort study. Neth J Med 2014; 71: 534-40.
25. Goren I, Segal G, Shoenfeld Y. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvant (ASIA) evolution after silicone implants. Who is at risk? Clin Rheumatol 2015; 34: 1661-6.
26. Bizjak M, Selmi C, Praprotnik S, et al. Silicone implants and lymphoma: The role of inflammation. J Autoimmun 2015; 65: 64-73.
27. Lajevardi SS, Rastogi P, Isacson D, et al. What are the likely causes of breast implant associated anaplastic large cell lymphoma (BIA-ALCL)? JPRAS Open 2022; 32: 34-42.
28. Doloff JC, Veiseh O, de Mezerville R, et al. The surface topography of silicone breast implants mediates the foreign body response in mice, rabbits and humans. Nature Biomed Engineer 2021; 5: 1115-30.
29. Steinke K, Brook P, Ramuz O. Radiological pitfall: Siliconoma in internal mammary lymph node mimics breast cancer recurrence. Radiol Case Rep 2011; 6: 601.
30. Juanpere S, Perez E, Huc O, et al. Imaging of breast implants-a pictorial review. Insights Imaging 2011; 2: 653-70.
31. Cohen Tervaert JW, Mohazab N, Redmond D, et al. Breast implant illness: scientific evidence of its existence. Expert Rev Clin Immunol 2022; 18: 15-29.
32. Colaris MJL, van der Hulst RR, Tervaert JWC. Vitamin D deficiency as a risk factor for the development of autoantibodies in patients with ASIA and silicone breast implants: a cohort study and review of the literature. Clin Rheumatol 2017; 36: 981-93.
33. Brawer AE. Amelioration of systemic disease after removal of silicone gel-filled breast implants. J Nutr Environm Med 2000; 10: 125-32.
34. Gabriel SE, O'Fallon WM, Kurland LT, et al. Risk of connective-tissue diseases and other disorders after breast implantation. N Engl J Med 1994; 330: 1697-702.
35. Sánchez-Guerrero J, Colditz GA, Karlson EW, et al. Silicone breast implants and the risk of connective-tissue diseases and symptoms. N Engl J Med 1995; 332: 1666-70.
36. Hennekens CH, Lee I-M, Cook NR, et al. Self-reported breast implants and connective-tissue diseases in female health professionals: a retrospective cohort study. JAMA 1996; 275: 616-21.
37. Janowsky EC, Kupper LL, Hulka BS. Meta-Analyses of the Relation between Silicone Breast Implants and the Risk of Connective-Tissue Diseases. N Engl J Med 2000; 342: 781-90.
38. Statement from FDA Principal Deputy Commissioner Amy Abernethy M:D., Ph.D. and Jeff Shuren, M.D., J.D., director of the FDA's Center for Devices and Radiological Health on FDA's new efforts to protect women's health and help to ensure the safety of breast implants. 2019. fda.gov/news-events/press-announcements/statement-fda-principal-deputy-commissioner-amy-abernethy-md-phd-and-jeff-shuren-md-jd-director-fdas - janúar 2023.
39. Kassem S, Watad A, Bragazzi NL, et al. On chronic fatigue syndrome and nosological categories. Clin Rheumatol 2018; 37: 1161-70.
40. Dotan A, David P, Arnheim D, et al. The autonomic aspects of the post-COVID19 syndrome. Autoimm Rev 2022; 21: 103071.
41. Wallukat G, Hohberger B, Wenzel K, et al. Functional autoantibodies against G-protein coupled receptors in patients with persistent Long-COVID-19 symptoms. J Transl Autoimmun 2021; 4: 100100.
42. Macedo GE, de Brum Vieira P, Rodrigues NR, et al. Fungal compound 1-octen-3-ol induces mitochondrial morphological alterations and respiration dysfunctions in Drosophila melanogaster. Ecotoxicol Environ Saf 2020; 206: 111232.
43. Shoenfeld Y, Ryabkova VA, Scheibenbogen C, et al. Complex syndromes of chronic pain, fatigue and cognitive impairment linked to autoimmune dysautonomia and small fiber neuropathy. Clin Immunol 2020; 214: 108384.
44. Halpert G, Watad A, Tsur AM, et al. Autoimmune dysautonomia in women with silicone breast implants. J Autoimmun 2021; 120: 102631.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.04.739

Autoimmune/inflammatory syndrome induced by aduvants

Sigurveig Þ. Sigurðardóttir[1,2]

Hannes Sigurjónsson[3,4]

Andri Már Þórarinsson[4]

Kristján Erlendsson[1,5]

[1]Department of Immunology, Landspitali University Hospital, Reykjavik, [2]University of Iceland, Faculty of Medicine, [3]Reykjavík Plastic Surgery Clinic, [4]Department of Reconstructive Plastic Surgery, Landspítali National University Hospital, [5]Department of Internal Medicine, Landspitali University Hospital

Correspondence: Sigurveig Þ. Sigurðardóttir, *veiga@landspitali.is*

Key words: *silicon, breast implant, ASIA syndrome, autoinflammatory, autoimmunity.*

For decades, breast implants have been available for breast reconstructions and breast augmentations to improve the patients' health-related quality of life. Silicone implants (SI) have been used since the middle of the last century for breast reconstruction, for example after breast cancer, for birth defects, gender confirmation procedures, or for breast augmentation. Every year, several hundred SI are performed in Iceland for these purposes, but no central register is maintained. It can be estimated that at least 1000 - 3000 women have SI in Iceland and that around 300 Icelandic patients get SI every year.

This informal review article discusses the so-called ASIA syndrome, the immunological effects of silicone and the possible relationship of SI to autoimmune diseases, symptoms, and diagnosis.

In the methodology, this paper does not rely on the strict conditions of systematic reviews, but the authors relied only on peer-reviewed sources through PubMed, UpToDate and Scopus.

The keywords used are silicon, silicon implant, silicon particles, immune response, autoimmunity, autoinflammation, Autoimmune/inflammatory syndrome induced by aduvants, ASIA, ASIA syndrome, breast implant illness.

The paper reviews known facts about the disease, its characteristics, and statistical aspects.

Auglýsing

• Sjúkratilfelli •

AV-fistill í nára

Jón Bjarnason[1, 2] læknir
Helgi Már Jónsson[2] læknir
Björn Flygenring[3] læknir

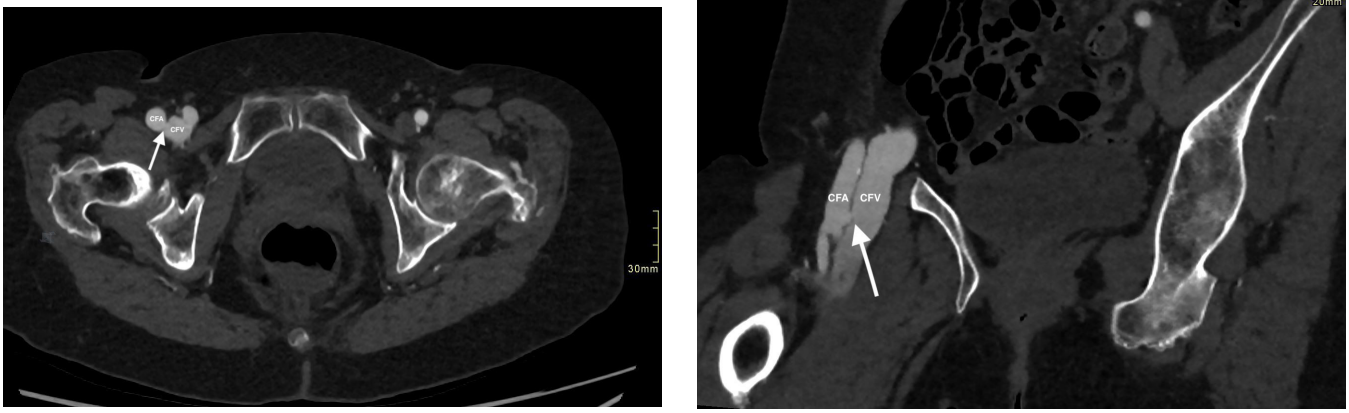
[1]Æðaþræðing/inngripsröntgendeild Landspítala, [2]röntgendeild Landspítala, [3]hjartadeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Jón Bjarnason, *jonbjarnason92@gmail.com*

Greinin barst til blaðsins 15. janúar 2023,
samþykkt til birtingar 6. mars 2023.

ÁGRIP

Hér er lýst tilfelli sjúklings sem greindist með fistilgang milli slag- og bláæðar í nára 8 árum eftir hjartaþræðingu. Greining var gerð á tölvusneiðmynd sem var hluti af uppvinnslu fyrir enduraðgerð með þræðingartækni (TAVI).



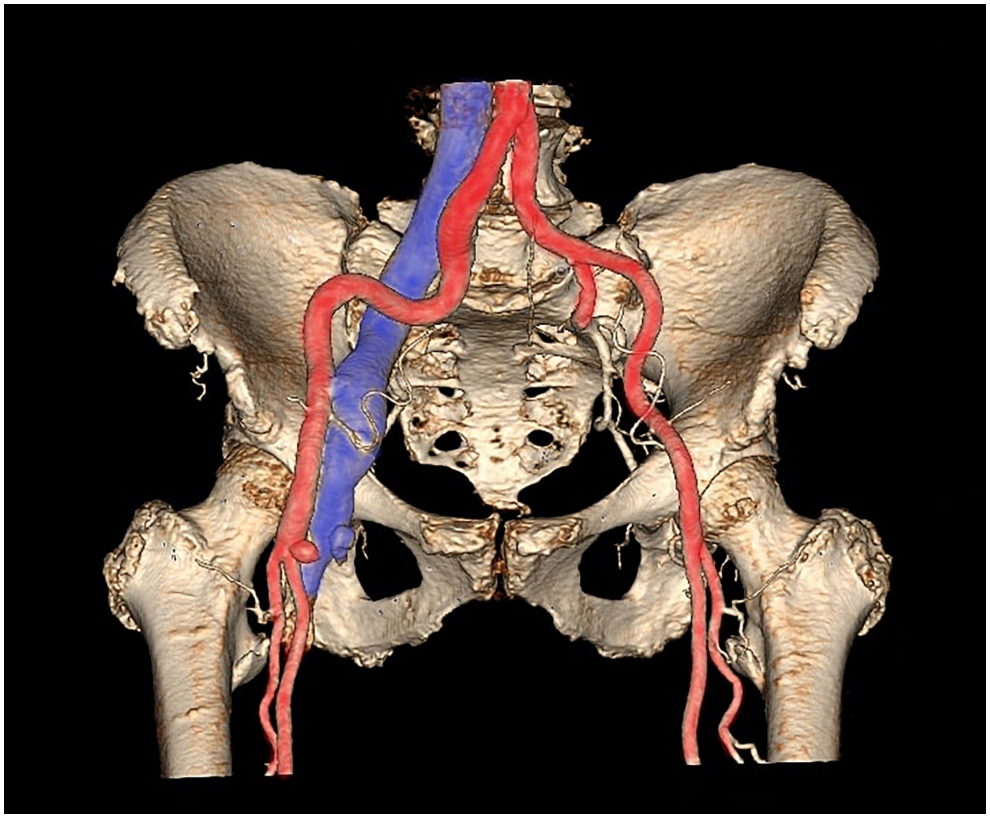
Mynd 1. *Axial-tölvusneiðmynd (vinstri mynd) framkvæmd í slagæðafasa sýnir skuggaefni í lærisslagæð (CFA) ásamt snemmkominni skuggaefnisfyllingu í hægri lærisbláæð (CFV) í gegnum fistilgang (hvít ör) milli æðanna. MPR-endursnið (hægri mynd) úr sömu rannsókn sýnir einnig fistilgang (hvít ör) milli hægri lærisslagæðar og bláæðar.*

Inngangur

Slagæð í læri (*common femoral artery*) er algengasti stungustaður fyrir aðgengi æðaþræðingar. Fjölmargir fylgikvillar geta fylgt í kjölfar ástungu vegna æðaaðgerða og er algengi þeirra háð mörgum þáttum en áætlað hlutfall þeirra er á milli 1-10%.[1,2] Margúll (*hematoma*), sýndargúlpur (*pseudoaneurysm*) og fistill eru meðal þeirra fylgikvilla, en tveir síðarnefndu eru sjaldgæfari[3] og er tíðni fistilgangs á milli slag- og bláæðar innan við 1%. Fistilmyndun getur stuðlað að blóðaflfræðilegum (*hemodynamic*) breytingum í formi slag- og bláæðaveita (*arteriovenous shunt*). Þótt slag- og bláæðaveita sé gjarnan lítil og einkennalaus getur viðvarandi og stærri fistill orsakað næga blóðaflfræðilega breytingu sem getur meðal annars lýst sér sem einkenni blóðþurrðar í ganglim eða hjartabilun með háu útfalli.[4-6]

Tilfelli

83 ára kona með sögu um hjartabilun og ósæðarlokuskipti greindist með fistil milli slag- og bláæðar í nára á tölvusneiðmynd sem framkvæmd var til undirbúnings fyrir enduraðgerð með ósæðarlokuaðgerð með þræðingartækni (*Transcutaneous Aortic Valve Implantation*, TAVI). Fyrir átta árum hafði hún farið í lokuskipti með líffrænni ósæðarloku og hjáveitu í opinni aðgerð, en stuttu áður fór hún í hjartaþræðingu sem hluta af uppvinnslu fyrir aðgerðina. Árin fyrir tölvusneiðmyndina hafði hún fundið fyrir vaxandi mæði, þreytu og orkuleysi. Regluleg hjartaómskoðun á þeim tíma sýndi versnandi þrengingu í ósæðarlokunni og leka. Því var ákveðið að stefna á nýja ósæðarloku með þræðingartækni og var tölvusneiðmynd tekin.



Mynd 2. *Þrívíddarendursnið úr skuggaefnisfylltum æðum sýnir slagæðar (rauðmerktar) beggja vegna en einungis bláæð hægra megin (blámerkt) vegna flæðis skuggaefnis yfir í bláæðina í gegnum fistilganginn (ekki sýndur).*



Mynd 3. *Axial-tölvusneiðmynd í slagæðafasa sem tekin var eftir aðgerð. Skuggaefni sést í lærisslagæð (CFA) en nú er ekkert skuggaefni í lærisbláæð (CFV) eftir að fistilganginum hefur verið lokað.*

Á tölvusneiðmynd reynist hún vera með mikla og snemmkomna skuggaefnisfyllingu í hægri læris bláæð (*common femoral vein*) sem var einnig markvert víkkuð. Fistilgangur sést einnig á milli slag- og bláæðar læris. Að auki reynist hún vera með sýndargúlp frá slagæð í hægri lærisslagæð.

Greinilegt er að fistilgangurinn hefur mikil blóðaflfræðileg áhrif og því var ákveðið að taka sjúkling til aðgerðar. Í aðgerðinni sást að bláæðin er þanin með miklu þreifanlegu nötri. Örvefur var á milli lærisslagæðar og bláæðar, klippt var síðan á hann og sást þá fistilgangur sem var að minnsta kosti 6 mm í þvermál. Eftir að lokað var fyrir fistilganginn og blóðflæði hleypt aftur á lagðist bláæðin saman við minnsta þrýsting og hefur síðan haft eðlilegt bláæðarflæði á Doppler. Tölvusneiðmynd var framkvæmd tveimur vikum seinna og sást engin snemmkomin skuggaefnisfylling í bláæð og því ljóst að fistilgangurinn var lokaður.

Í kjölfar aðgerðar höfðu einkenni sjúklings einnig batnað að hluta og því var ákveðið að fresta fyrirhugaðri ósæðarlokuaðgerð í bili.

Umræða

Slag- og bláæðaveita af læknisvöldum er sjaldgæfur fylgikvilli í kjölfar æðaþræðingar. Í flestum tilfellum eru fistilgangar á milli slag- og bláæða (*arteriovenous fistula*, AVF) einkennalausir og lokast af sjálfu sér, þá langoftast innan árs.[4,7] Í einkennagefandi tilvikum getur slag- og bláæðaveita meðal annars lýst sér með verk, bólgu og hjartabilun í alvarlegri eða langvarandi tilfellum. Við klíníska skoðun getur verið þreifanlegt nötur, sláandi fyrirferð eða dynur við hlustun.[1,8,9] Þrátt fyrir að AVF sé afleiðing fyrri áverka eða inngrips eru tengslin ekki endilega augljós í greiningarferlinu árum síðar eins og í þessu tilfelli.[10,11] Þegar klínískur grunur vaknar um slag- og bláæðaveitu vegna fistilgangs í nára er ómskoðun góð fyrsta rannsókn í flestum tilfellum. Ómskoðun með litadopplerhrifum og flæðismælingum er almennt fullnægjandi til greiningar. Við ómskoðun er iðuflæði (*turbulent flow*) í fistilganginum sem sést þó ekki nema í hluta tilfella. Í slagæðinni er lækkað viðnám með auknu hlébilsflæði (*diastolic*) og skertu slagæðaflæði fjarlægt (*distally*) við fistilganginn. Eðlilegar flæðisbylgjur við djúpöndun í bláæðinni hverfa og þess í stað er óreiðukennt eða slagæðaflæði innan bláæðarinnar sem, eftir atvikum, er sýnilega víkkuð. Á TS-æðarannsókn (*CT-angiography*) í slagæðafasa er snemmkomin skuggaefnisfylling í bláæð dæmigerð og ætti að vekja grun um AV-fistil þó fistilgangurinn sjáist ekki alltaf.[7,9,12] Þó ekki séu til ákveðin skilmerki um hvenær skal meðhöndla sjúkling er almennt miðað við inngrip í tilvikum þar sem fistilgangur veldur blóðaflfræðilegum óstöðugleika eða lokast ekki á tveimur vikum, þó réttlætanlegt væri að bíða í rúmlega ár ef ástand sjúklings leyfir. Meðferðarmöguleikar AVF eru opin aðgerð eða innæðameðferð, en sú síðarnefnda er almennt fyrsta val og fer fjölgandi.[7,10,13] Meðferðarmöguleikar með innæðameðferð eru annars vegar slagæðastíflun (*embolization*) og hins vegar ísetning á stoðneti (*stent*). Slagæðastíflun er háð því að fistilgangur sé nógu lítill til að forðast slagæðastíflun yfir í bláæð. Ísetning á klæddu stoðneti hefur góðan tæknilegan árangur þó langtímaárangur sé fremur óljós. Þetta er meðal annars háð líffærafræðilegri stöðu og efnisinnihaldi. Hvort tveggja hefur þetta áhrif á hvort stoðnetið nái að innsigla flæðið með fullnægjandi hætti og hvort það þoli töluvert ytra álag til lengri tíma þegar það er til dæmis lagt á jafn hreyfanlegt svæði og í nára.[13,14]

Þakkir

Þökkum sérstaklega Hjalta Má Þórissyni röntgenlækni á æðaþræðingar-inngripsröntgendeild Landspítala.

Heimildir

1. Chun EJ. Ultrasonographic evaluation of complications related to transfemoral arterial procedures. Ultrasonography 2018; 37: 164-73.
2. Naddaf A, Williams S, Hasanadka R, et al. Predictors of Groin Access Pseudoaneurysm Complication: A 10-Year Institutional Experience. Vasc Endovasc Surg 2019; 54: 42-6.
3. Al-Momani MS, AbuRuz ME. Incidence and predictors of groin complications early after coronary artery intervention: a prospective observational study. BMC Nurs 2019; 18: 24.
4. Porter J, Al-Jarrah Q, Richardson S. A case of femoral arteriovenous fistula causing high-output cardiac failure, originally misdiagnosed as chronic fatigue syndrome. Case Rep Vasc Med 2014; 2014: 510429.
5. Perings SM, Kelm M, Jax T, et al. A prospective study on incidence and risk factors of arteriovenous fistulae following transfemoral cardiac catheterization. Int J Cardiol 2003; 88: 223-8.
6. Stern AB, Klemmer PJ. High-output heart failure secondary to arteriovenous fistula. Hemodial Int 2011; 15: 104-7.
7. Kelm M, Perings SM, Jax T, et al. Incidence and clinical outcome of iatrogenic femoral arteriovenous fistulas: implications for risk stratification and treatment. J Am Coll Cardiol 2002; 40: 291-7.
8. Wenzl FA, Miljkovic SS, Dabestani PJ, et al. A systematic review and individual patient data meta-analysis of heart failure as a rare complication of traumatic arteriovenous fistulas. J Vasc Surg 2021; 73: 1087-94.
9. Davison BD, Polak JF. Arterial injuries: a sonographic approach. Radiol Clin North Am 2004; 42: 383-96.
10. Jayroe H, Foley K. Arteriovenous Fistula. StatPearls Publishing LLC, Treasure Island (FL) 2022.
11. Şahin M, Yücel C, Kanber EM, et al. Management of traumatic arteriovenous fistulas: A tertiary academic center experience. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2018; 24: 234-8.
12. González SB, Busquets JC, Figueiras RG, et al. Imaging arteriovenous fistulas. AJR Am J Roentgenol 2009; 193: 1425-33.
13. Işık M, Tanyeli Ö, Dereli Y, et al. Gradual Treatment of Arteriovenous Fistula in Femoral Vessels as a Complication of Coronary Angiography. Braz J Cardiovasc Surg 2018; 33: 631-3.
14. Jhajj S, Kar R, Teruya TH, et al. Repair of a high-flow superficial femoral arteriovenous fistula using a bell-bottom iliac limb endoprosthesis. J Vasc Surg Cases Innov Tech 2022; 8: 98-101.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.04.740

Latrogenic femoral AV-fistula

Jón Bjarnason[1]
Helgi Már Jónsson[2]
Björn Flygenring[3]

[1]Diagnostic and Interventional Radiology, Landspitali National University Hospital, [2]Dept. of Radiology, Landspitali National University Hospital, [3]Dept. of Cardiology, Landspitali National University Hospital.

Correspondence: Fyrirspurnum svarar Jón Bjarnason, *jonbjarnason92@gmail.com*

Key words: *arteriovenous fistula, computed tomography, arteriovenous shunt, congestive heart failure.*

The common femoral artery is a widely used for access in endovascular interventions. Various complications, such as hematoma, pseudoaneurysm and AV-fistula (AVF), can arise from arterial punctures with estimated prevalence between 1-10%. AVF is a rare complication with prevalence <1%. AVF can cause a hemodynamic change in the form of a arteriovenous shunt (AV-shunt). AV-shunts in the groin are usually small and asymptomatic but tend to be symptomatic with larger and persistent AVFs which can present with leg claudication or high outpute heart failure.



Aðalsteinn Guðmundsson öldrunarlæknir, sem var leiðbeinandi í náminu, Ófeigur Tryggvi Þorgeirsson kennslustjóri í sérnámi lyflækninga, Vilhjálmur Steingrímsson, Tómas Þór Ágústsson framkvæmdastjóri lækninga og Gunnar Thorarensen yfirlæknir sérnáms á Landspítala. Mynd/Helga Ágústa Sigurjónsdóttir.

Vilhjálmur sá fyrsti sem útskrifast úr sérnámi í lyflækningum

Vilhjálmur Steingrímsson valdi að verða læknir eftir að hafa starfað í greiningardeild Kaupþings við bankahrunið. Hann segir ekki hafa verið erfitt ákveða að setjast aftur á skólabekk enda verið að velja starfsferil til lífstíðar

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Vilhjálmur Steingrímsson varð sá fyrsti til að útskrifast úr 5 ára sérnámi í lyflækningum hér á landi 17. mars síðastliðinn. Sérnámið er kennt í samstarfi við Royal College of Physicians í Bretlandi og hóf Vilhjálmur námið 2016. Hann stundaði doktorsnám samhliða og varði ritgerð sína haustið 2021.

„Hlutirnir ganga gjarnan upp þegar maður eltir áhugann og reynir að vera praktískur í leiðinni," segir Vilhjálmur sem á sama tíma stofnaði fjölskyldu með Kristrúnu Gunnarsdóttir hljóðverkfræðingi.

„Við hjónin eignuðumst fjölskyldu, eigum tvo stráka. Svo hefur starfið hjá konunni minni kallað á að við værum hérna á Íslandi. Þetta er stór ástæða fyrir því að ég kaus að stunda sérnámið hér heima," segir hann og er hógvær yfir því að útskrifast fyrstur.

„Fyrst og fremst er gaman að þetta skuli hafa gengið eftir. Frábært að prógrammið hafi gengið svona vel og ég hafi getað klárað allt námið hérna heima. Góðir vinir mínir eru að útskrifast úr prógramminu næstu vikur og mánuði. Það var ekki keppikefli að vera fyrstur."

Hann er ánægður með sérnámið. „Kalt mat: Það er hrikalega gott. Ég held að í alþjóðlegum samanburði standi það framarlega. Þetta var stundum erfitt, eins og sérnám í lækningum er yfirleitt, en líka þar sem þessi rúmlega 10 manna hópur sem var í fararbroddi og þurfti að finna upp hjólið og takast á við áskoranir og finna lausnir á þeim," segir hann og tekur verklega PACES-prófið í Bretlandi á þriðja ári sem dæmi.

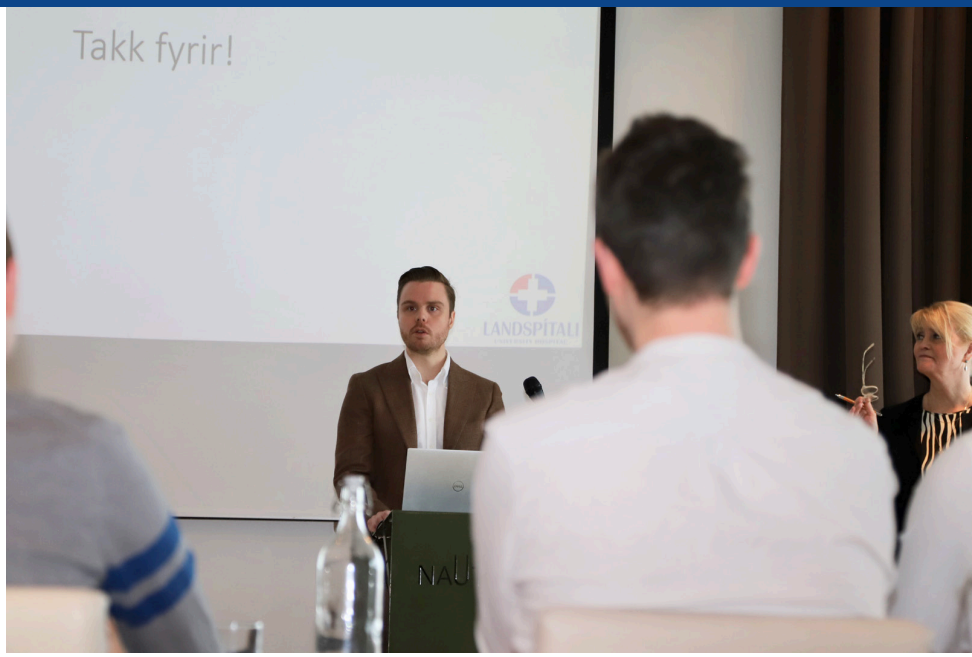
„Það var mjög ólíkt þeim prófum sem við höfðum farið í á námsferlinum. Það er gaman að sjá hvernig prógrammið hér hefur náð góðum tökum á því að undirbúa sérnámslæknana sína fyrir prófið sem reyndist áður stóra hindrunin þessi fimm ár."

Vilhjálmur útskrifaðist úr læknisfræði árið 2015 og skráði sig til leiks eftir efnahagshrunið, en hafði verið stærðfræðingur í vinnu í greiningardeild í Kaupþingsbanka.

„Ég var að vinna þar haustið 2008," segir hann og þekkt er að þá hrundu íslensku bankarnir. „Það voru umbrotatímar og maður þurfti að fara í naflaskoðun og endaði ég á fara í læknisfræðina," segir hann en að hugmyndin hafi kviknað nokkuð skyndilega.

„Ég vildi nýta stærðfræðina við rannsóknir tengdar heilbrigðisvísindum og fór þá að hugsa: Af hverju ekki að fara í læknisfræði?" En var ekki erfitt að setjast aftur á skólabekk, búinn að kynnast föstum tekjum? „Nei, það var ekki erfið ákvörðun miðað við að velja starfsferil fyrir lífstíð."

Vilhjálmur er sérfræðingur í almennum lyflækningum í Fossvogi. „Nú skoða ég hvort ég ætla að fara í undirsérgrein og þá hvenær."





Kristján Torfi (efri myndin) og Arna Rut (neðri myndin) messa á Rannsóknarráðstefnu sérnámslækna í lyflækningum á Nauthól í febrúarlok. Á neðri myndinni eru Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, Karl Andersen, Björn Guðbjörnsson, Vilmundur Guðnason, Sigurður Guðmundsson og Guðmundur Þorgeirsson. Myndir/gag

Sérnámslæknar fóru yfir rannsóknir sínar

Tengsl eru á milli lífssögu um ofbeldi og algengi hjartaáfalla og áhættuþátta hjarta- og æðasjúkdóma. Þetta er niðurstaða rannsóknar Rebekku Lynch og félaga sem hún kynnti á Rannsóknarráðstefnu sérnámslækna í lyflækningum á Nauthól í febrúar. Algengi var hæst meðal kvenna með mikla ofbeldissögu. Ráðstefnan var vel sótt í ár. Fimmtán erindi voru á dagskránni og hélt Sigurður Yngvi Kristinsson prófessor hátíðarfyrirlestur. Ráðstefnan er haldin til að hvetja sérnámslækna til vísindastarfa og fara yfir afrakstur þeirra.

Arna Rut Emilsdóttir og Kristján Torfi Örnólfsson voru meðal fyrirlesara í ár. Hún hélt fyrirlestur um krabbamein í eggjastokkum, eggjaleiðurum og lífhimnu á Íslandi 2005-2018. Hann sagði frá lýðgrundaðri rannsókn á horfum sjúklinga með PBC, *primary biliary cholangitis* (frumkomin gallskorpulifur), og tengslum sjúkdómsins við aðra sjálfsofnæmissjúkdóma.

Halla ný í ritstjórn

Halla Viðarsdóttir, kviðarholsskurðlæknir á Landspítala, er ný í ritstjórn *Læknablaðsins*. Hún tekur við keflinu af Huldu Maríu Einarsdóttur sem einnig er kviðarholsskurðlæknir.

„Ég er komin með fyrstu fræðigreinina í hendur frá *Læknablaðinu*," segir Halla sem hóf störf á Landspítala í október eftir 11 ára búsetu í Helsingjaborg í Svíþjóð. Þar stundaði hún sérnám sitt og varði svo doktorsritgerð sína í Lundi árið 2021. Halla hefur frá námsárunum stundað rannsóknir. „Ég byrjaði á því sem læknanemi í 3. árs verkefni og hélt áfram sem deildarlæknir, bæði með Páli Helga Möller og Tómasi Guðbjartssyni." Hún er spennt fyrir starfinu í ritstjórninni og á Landspítala.



Halla Viðarsdóttir er ný í ritstjórn Læknablaðsins.

„Já, það er gaman í vinnunni. Nóg að gera," segir hún. „Mér finnst yndislegt að koma heim, enda vinnur frábært fólk á skurðlækningasviði."

Læknablaðið býður Höllu velkomna í ritstjórnin um leið og það þakkar Huldu Maríu fyrir góð kynni og störf.

Landspítalinn úr þriggja ára óvissustigi

Landspítali var færður af óvissustigi vegna COVID-19 þann 14. mars 2023. Spítalinn var þann 30. janúar 2020 settur á óvissustig vegna atburða í Wuhan-borg í Kína. Frá þeim tíma hefur hann 19 sinnum verið færður á óvissustig, hættustig eða neyðarstig. Samkvæmt heimasíðu spítalans var hann nú færður af óvissustigi þar sem sjúkdómurinn virðist búinn að ná jafnvægi í samfélaginu.

„Þrátt fyrir þennan gleðilega áfanga á langri og strangri leið er full ástæða til að fylgjast vel með og vera á tánum gagnvart nýjum afbrigðum kórónuveirunnar (SARS-CoV-2), breyttri sjúkdómsmynd og nýjum farsóttum," segir á vef spítalans.

ATHYGLI
RÁÐSTEFNUR





Aragrúi möguleika

Óteljandi lausnir

OKKAR VINNA – **ÞINN ÁVINNINGUR**

Þórunn Dögg Johnsen Harðardóttir
thorunn@athygliradstefnur.is
899 5878

Þorbjörg Þráinsdóttir
tobba@athygliradstefnur.is
862 4752

Kristjana Magnúsdóttir
kristjana@athygliradstefnur.is
820 4339

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

Ragnar Freyr Ingvarsson
formaður Læknafélags Reykjavíkur, gigtarlæknir hjá Gigtarmiðstöðinni og lyflæknir á Landspítala



Með stöðu sjúkratrygginga og sérgreinalækna á heilanum

Læknafélag Reykjavíkur á sér langa og merkilega sögu. Félagið var stofnað 18. október 1909 gagngert til að gera samninga við nýstofnað Sjúkrasamlag Reykjavíkur, gæta hagsmuna lækna, sjá um samskipti við sjúkrasamlagið og semja um gjaldskrá fyrir félagsmenn. Það kom að stofnun *Læknablaðsins* og seinna að stofnun Læknafélags Íslands. Nú sem endranær hefur aðgengi sjúklinga að viðeigandi heilbrigðisþjónustu verið félagsmönnum sérstakt stefnumál.

Ég þreytist seint á að segja frá starfi sérgreinalækna á stofu – en það er mjög umfangsmikið og spannar flest svið læknisfræðinnar. Árið 2021 leituðu Íslendingar að meðaltali 1,4 sinnum til sérgreinalækna – samtals 510.000 sinnum. Það eru fleiri komur en til lækna á heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og til lækna á göngudeildum Landspítala samanlagt. Afköstin eru mikil, en hver stofulæknir sinnir meira en 1280 læknisverkum árlega. Þjónustan er samfélaginu sérstaklega hagkvæm – kostnaður við læknisheimsókn hjá sérgreinalækni á stofu er brot af því sem það kostar að leysa sama vandamál á göngudeild á sjúkrahúsi. Í því ljósi er ótrúlegt að hugsa til þess að sérgreinalæknar hafa verið án samnings við ríkið í meira en fjögur ár og þrjá mánuði!

Hvað er að vera sjúkratryggður á Íslandi?

Víða er þrengt að heilbrigðisþjónustu á landinu og ljóst að eftirspurn er langtum meiri en framboð. Það sést á löngum biðtímum eftir viðtali hjá heimilislækni, bið eftir mati sérgreinalækna, bið á bráðamóttöku, eftir innlögn og aðgerðum, endurhæfingu, hjúkrunarrýmum og heimahjúkrun og hér mætti lengi telja. Ljóst er að vandinn mun vaxa með fjölgun þjóðarinnar og öldrun hennar.

Hið opinbera hefur endurtekið sagt að vandamálið sé í raun einfalt – þetta sé bara spurning um verð og magn.

Fram til þessa hefur gengið brösuglega að ná saman um verð en kannski enn síður um magn. Hversu margar heimsóknir vill ríkið kaupa? Hversu margar ristilspeglanir? Hversu mörgum börnum á að sinna hjá barnalæknaþjónustunni? Hversu mörg geðviðtöl? Eða ofnæmispróf?

Hið opinbera verður að ákveða hvaða réttindi eiga að teljast til almannatrygginga og hvað eigi að standa fyrir utan. Þetta eru krefjandi viðfangsefni sem stjórnmálamenn og embættismenn verða að reyna að leysa. Hvað þýðir það að vera sjúkratryggður á Íslandi?

Hvað vilja sérgreinalæknar?

Tryggja þarf nýliðun sérgreinalækna svo sjúklingar geti komist að innan nokkurra vikna frá því að tilvísun berst. Samkvæmt skilgreiningu landlæknis frá 2016 er ásættanleg bið innan við 30 dagar. Ljóst er að þeim markmiðum hefur ekki verið náð en víða er meira en þriggja mánaða bið og jafnvel miklu lengri. Samkvæmt bráðabirgðatölum frá Sjúkratryggingum Íslands virðist þjónusta sérgreinalækna hafa dregist saman um 4,7% árið 2022 borið saman við árið á undan. Staðan er grafalvarleg og ljóst að blása þarf til sóknar ef tryggja á eðlilegt aðgengi að sérgreinalæknum.

Nýjungar þarf að innleiða með skynsamlegum og skjótum hætti. Það leiðir til betri niðurstöðu fyrir sjúklinga. Vilji til að taka upp nýjar meðferðir, nýjungar við greiningu og meðferð sjúklinga þurfa að eiga greiða leið inn í gjaldskrá sjálfstætt starfandi lækna en hún hefur tekið sárafáum breytingum á liðnum áratug. Það hefur ekki staðið á læknum að vilja innleiða nýja þekkingu sjúklingum til hagsbóta.

Leiðrétta þarf verð til lækna, en það hefur ekki verið gert í meira en þrjú ár og hafa læknar verið nauðbeygðir til að leiðrétta gjaldskrár sínar til að standa undir kostnaðar- og launahækkunum. Ef hið opinbera hefði leiðrétt verð til lækna væru álögur á sjúklinga mun minni. Þetta þarf að laga sem fyrst svo tryggja megi aðgengi að mikilvægri þjónustu sérgreinalækna, óháð efnahag. Með samningsleysi hefur því markmiði verið stefnt í voða.

Að lokum

Samkvæmt úttekt Öryrkjabandalags Íslands hafði samningsleysið kostað sjúklinga nærri tvo milljarða árið 2020. Framreiknað til dagsins í dag má ætla að kostnaður sjúklinga sé kominn í 10 milljarða frá árinu 2019, þegar samningar runnu út. Þetta eru geysilegar fjárhæðir sem ríkið hefði lögum samkvæmt átt að greiða.

Síðustu ár hafa verið krefjandi fyrir sjálfstætt starfandi lækna en fyrst og fremst krefjandi fyrir sjúklingana. Sérstaklega fyrir þá sem lifa á örorkubótum eða hafa lítið á milli handanna. Úr þessu verður að bæta sem fyrst.

Mér finnst ávallt einkennilegt til þess að hugsa hvað þessi mikilvægu málefni fá lítið pláss í fréttum eða í samfélagslegum umræðum. Þess vegna skrifa ég þennan pistil – sem er kannski keimlíkur fyrri skrifum mínum um þessi mál – enda er ég með þetta á heilanum.

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
Katrín Ragna Kemp

HPV-veiran veldur líka krabbameini í munni og hálsi

Skoða ætti að gefa fleiri en einum árgangi drengja bóluefni gegn HPV-veirunni nú þegar ákveðið hefur verið að bólusetja þá við þessum veirum. Þetta segir Erna Milunka Kojic, nýr yfirlæknir smitsjúkdómadeildar Landspítala. Erna er nýkomin heim frá Bandaríkjunum þar sem hún bjó í 27 ár. Hún var yfirlæknir smitsjúkdómadeildar Mount-Sinai West/ Morningside sjúkrahússins í New York

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Mér finnst að forgangsraða ætti eftir því hve mikið af efninu er til fyrir stráka frá 11-12 ára aldri. Bólusetja þá að 15 ára aldri og svo nota bóluefnið upp að 26 ára aldri ef nóg er til af því," segir Erna Milunka Kojic, nýr yfirlæknir smitsjúkdómadeildar Landspítala.

Samkvæmt upplýsingum heilbrigðisráðuneytisins hefur verið ákveðið að hefja bólusetningu óháð kyni frá árgangi 2011 í haust með Gardasil 9 bóluefninu.

Erna segir að stöðugt komi í ljós að veiran skaði meira en áður hafi verið talið. Krabbamein í koki, hálsi, tungu og endaþarmi sem og kynfærum kynjanna. Ástæðan eru krabbameinsvaldandi týpur veirunnar. Aðrar veirur, eins og HPV 6 og 11, orsaki svo ýmsar tegundir af vörtum.

„Hér áður var til að mynda talið að krabbamein í hálsi og munni væru aðallega vegna reykinga en nú er að skýrast að veiran á einnig sinn þátt í þeim," segir Erna og bendir á að HPV-veiran valdi um 50% krabbameina í háls og koki (*pharynx*).

„Veiran veldur 70% af endaþarmskrabbameini og nánast öllum leghálskrabbameinum." Erna segir að með skimunum í leghálsi hafi tekist að fækka leghálskrabbameinum hjá konum en talan á endaþarmskrabbameinum hækki nú bæði hjá körlum og konum.

„Fyrir skimun greindust 40-50 af hverjum 100.000 með leghálskrabbamein á ári en tíðnin lækkaði niður í 8 eftir að hún var tekin upp," segir hún sem merki um mikilvægi skimana. „Vitneskjan hefur aukist mikið á síðustu 10-15 árum. Það að HPV-veiran valdi hálskrabbameini er til að mynda tiltölulega nýtt á læknisfræðilegri tímalínu." Mikilvægt sé því að auka þekkinguna á bóluefnum gegn HPV-veirum. „Fólk leitar ekki eftir bóluefni sem það veit ekkert um."

Erna bendir á að frá árinu 2015 hafi verið mælt með bóluefninu Gardasil 4/9 og tveimur skömmtum í stað þriggja. Frá því í desembermánuði síðastliðnum hvetji Alþjóðaheilbrigðisstofnunin, WHO, til þess að nota í það minnsta einn frekar en engan skammt. „Ástæðan er sú að í COVID hefur bólusetningum barna fækkað í heiminum og því er þetta hvatningin til að minnka dreifingu veirunnar." Einn skammtur sé því betri en enginn.

Eftirbátar hér á landi

„Íslendingar eru eftirbátar helstu samanburðarlanda þegar kemur að þessum bólusetningum," segir Erna og að allt frá árinu 2015 hafi verið þekkt að fá mætti bóluefni sem hindraði smit á týpum sem valda 90% af leghálskrabbameinum. „Þekkt var að nota ætti Gardasil 9 í stað Gardasil 4 sem hindrar 70% þeirra, eða týpur 16 og 18. Það er því gleðilegt að við stefnum nú loksins á að nota þetta breiðara bóluefni hér," segir hún.

„Það smitast nánast allir sem stunda kynlíf af HPV-veiru á lífsleiðinni," segir hún. „Í einni rannsókn var sýnt að 70% af nýsmituðum losi sig við veiruna innan árs og 90% innan tveggja." Hún malli hjá öðrum í mörg ár, sem geti þá valdið krabbameini á 20 ára tímabili. Hæsta tíðni smita sé hjá 20-24 ára konum og 25-29 ára körlum.

Erna segir framangreint sýna að bólusetja þurfi drengi til að viðhalda ekki veirunni og verja þá fyrir kynfærakrabbameinum. Mælt sé með að hefja bólusetningar stúlkna frá 9-12 ára aldri en 11-12 ára hjá drengjum. Ráðgjafanefnd um bólusetningaraðferðir í Bandaríkjunum, ACIP, segi að gefa megi drengjum bóluefni að 26 ára aldri og hún hvetji því yfirvöld til að skoða það hér.

Tilfinningarússíbani í COVID

Erna er nýkomin heim frá Bandaríkjunum og segir að hún hafi alltaf hálfvegis verið á heimleið. „En svo komu alltaf upp ný spennandi verkefni. Í gegnum tíðina hef ég ákveðið að klára þau," segir



Erna Milunka Kojic er nýr yfirlæknir smitsjúkdóma á Landspítala. Hún kom til landsins um miðjan desembermánuð, líst vel á spítalann og segir að ef eitthvað fái hana til að snúa aftur til New York sé það veðrið. Mynd/gag

hún, en tvíburarnir hennar, Karl Milutin og Júlía Guðrún, sem eru á þrítugsaldri, eru farin að heiman.

„Þau eru komin með sitt sjálfstæða líf og ég allt í einu komin á þann stað að vilja koma heim.“ Dóttirin er meistari í lýðheilsu frá Michigan-háskóla og komin hingað heim og starfar á Vogi. Sonurinn hins vegar í hagfræðinámi, fyrst í Harvard en nú MIT. „Hann er ekkert að koma til Íslands en það að dóttirin fór heim spilaði inn í ákvörðun mína.“

Erna stóð í ströngu í COVID í New York síðustu ár sín þar. „COVID skall á með þvílíkum krafti og offorsi. Það bjóst enginn við þessari stærðargráðu,“ segir hún en New York er lendingarstaður stórs hluta heimsins og sýkingarnar því úr mörgum heimshornum. „Holskefla varð því í New York.“ Hún var þá yfirmaður smitsjúkdóma á stærsta spítala Manhattan þar sem gripið var til alls konar ráða til að eiga við fjöldann.

„Þetta er í mars 2020. Við vissum ekkert. Sem dæmi má nefna að við vorum að reyna að draga þekkingu af SARS-COV-1. Þá átti alls ekki að gefa stera og setja fólk á öndunarvélar sem fyrst. Þessi veira hagaði sér hins vegar öðruvísi og þetta hentaði henni ekki,“ segir hún.

Fyrstu viðbrögð hafi verið fálmkennd. „Við vorum að prófa okkur áfram. Við fórum í mikla rannsóknarvinnu, bera saman og setja fólk á ólíkar meðferðir. Sumar reyndust góðar en aðrar ekki, gagnslausar, jafnvel skaðlegar,“ segir hún og lýsir því hvernig tjaldað var yfir heilu göturnar á Manhattan til að koma sjúklingum fyrir. „Ég hugsaði: Hvert er ég komin?“ Fyrst hafi allir verið í sjokki.

„En það var ákveðin spenna í lofti.

„Ég hélt að hér væri allt í hræðilegum ólestri. Það er ekki þannig. Landspítali glímir við sömu vandamál og önnur sjúkrahús. Þau eru flóknir vinnustaðir og fyrirbæri þar sem margt spilar inn í“

Hollywood-kastljós á HPV-krabbamein

Fréttir af Hollywood-leikurunum Förruh Fawcett og Michael Douglas hafa varpað ljósi á HPV-veirukrabbamein.

„Hún deyr úr endaþarmskrabbameini árið 2009 og hann fékk hálskrabbamein. Hann kom út og sagði að hann hefði fengið krabbamein vegna munnmaka. Hann sagði það í gríni en þetta vakti athygli á veirunni,“ segir Erna Milunka Kojic, smitsjúkdómalæknir.

„Ég ber endaþarmskrabbamein saman við leghálskrabbamein. Þetta er sama anatómían, sama veiran sem veldur sama sjúkdómi,“ segir Erna. Því sé mikilvægt að skima endaþarm rétt eins og legháls. Vandi steðji þó að.

„Hægt er að skera leghálsinn úr en að taka hluta af endaþarmi er meiriháttar mál. Þrátt fyrir það ætti að taka áhættuhópa út og skima.“



Erna segir að hún hafi búist við að ganga inn í hörmungarástand á spítalanum af umfjölluninni að dæma þegar hún flutti heim. Hún sjái hins vegar með sínu gestsauga að margt sé vel gert.

Allt var nýtt, nýr smitsjúkdómafaraldur. Við héldum að við gætum tekið á þessu og sigrað. Ég var alltaf á spítalanum, fannst gaman. En svo breyttist andrúmsloftið. Það fór fljótt úr því að vera spennandi yfir í að vera erfitt bæði andlega og líkamlega. Svo varð maður þreyttur, svo hálf reiður yfir að vera föst í sömu sporum. Þetta var andlegur rússíbani," lýsir Erna.

Alls störfuðu 19 læknar undir stjórn Ernu á smitsjúkdómadeildinni á Mount-Sinai West. „Þar er nóg af öllu og aðgengi að öllu. Hér á Landspítala þurfum við að pæla í hvað er til og að panta sumt frá útlöndum," segir hún og skellir létt upp úr spurð um samanburð.

„Maður finnur fyrir smæðinni. Læknar eru beðnir um að gera fleiri hluti hér en úti. Þar eru sviðin afmarkaðri og stuðningur meiri við lækna. Þar er einfaldlega meira af fólki en hér er fjöldinn takmarkaður. Það eru því allir að gera allt," segir hún en vill þó ekki kvitta undir að COVID-þreytan hafi fleytt henni heim. „Enda er þessi veira komin til að vera með okkur. Við verðum að læra að lifa með henni og hún orðin eins og hver önnur inflúensuveira."

Í Serbíu á sumrin

Foreldrar Ernu, Guðrún Ottesen Óskarsdóttir og Milutin Kojic, kynntust Í New York. „Pabbi er fæddur í sveit í Serbíu. Hann var sendur eftir síðari heimsstyrjöldina til vinnu á Manhattan. Þar hittir hann mömmu árið 1954. Hún ætlaði í tískuskóla en giftist pabba þremur mánuðum seinna í Belgrad," segir hún, og hvernig hún varði sumrum í sveitinni þeirra í Zakúta í Serbíu.

„Tengslin við bæði löndin voru því alltaf mikil," segir Erna. „Pabbi var alltaf sterktengdur gömlu Júgóslavíu," segir Erna sem heldur í ræturnar. „Ég á fullt af ættingjum þar." Heimsfaraldrar og stríð hafa því komið við Ernu og ekki hægt annað en nefna Balkanstríðið 1996.

„Þetta stríð var afskaplega flókið. Balkanskagi er einn suðupottur. Þar úir og grúir af fólki af ólíkum uppruna enda Balkanskaginn hvarfpunktur frá austri til vesturs. Í gegnum tíðina eru landamærin mjög óskýr. Þau hafa alltaf verið að færast. Þá eru trúarbrögðin mismunandi. Á þessum árum voru stjórnmálamenn við völd sem horfðu ekki til langs tíma og því sauð allt upp úr," segir hún.

En kvikna þá tilfinningar nú við Úkraínustríðið? „Mér finnst skelfilegt hvað mannskepnan man ekkert. Það eru endalaus stríð og yfirtökur. Þetta er svo klikkað. Enn lifir fólk sem tók þátt í síðari heimsstyrjöldinni og við erum aftur komin í þá stöðu að ein þjóð taki yfir annað land. Það er óskiljanlegt," segir hún.

Nýr kafli í lífinu

Erna er á kaflaskilum í lífi sínu. „Já, ég sé líf mitt í köflum. Kaflinn sem krakki, kaflinn í læknadeildinni, kaflinn á Manhattan, kaflinn þegar ég var með börnin mín lítil og nú spyr ég mig: Hvernig verður þessi Íslandskafli," segir hún og lýsir því hvernig hún hafi talið að hún gengi inn í algjört hörmungarástand á spítalanum af umfjölluninni að dæma.

„Væntingarnar voru engar. Ég hélt að hér væri allt í hræðilegum ólestri. Það er ekki þannig." Landspítali glími við sömu vandamál og önnur sjúkrahús. „Þau eru flóknir vinnustaðir og fyrirbæri þar sem margt spilar inn í," segir hún.

„Við eigum alltaf að halda áfram að betrumbæta og vinna að því að gera betur en þetta gestsauga sem ég hef núna sýnir mér að margt er vel gert. Ég tel að upp á vinnustaðamóral sé mikilvægt að stoppa aðeins, horfa til baka og sjá hvar við gerum vel." Erna er því ekki að spá í að stökkva til baka eftir þessa fáu mánuði heima.

„Nei, ef það er eitthvað sem fær mig til að stökkva til baka er það veðrið. Það rignir neðan frá. Það hefur verið óveður síðan ég lenti 16. desember," segir hún að lokum.

Má eyða sjúkragögnum?



Sjúkragögn eru í dag að mestu orðin rafræn og varðveitt til lengri tíma.
En fjölmörgum viðkvæmum skjölum og rafrænum afritum þarf að farga með öruggum hætti.

Við vinnum samkvæmt vottuðu og öruggu ferli þegar við tökum við, flytjum og eyðum gögnum. Eyðingin sjálf gerist með tætingu og fer kurlið til endurvinnslu hjá viðurkenndum vinnsluaðilum.

Hafðu samband!

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

Örugg eyðing gagna

GAGNAEYÐING

Gagnaeyðing ehf. · Skútuvogi 13 · 104 Reykjavík · Sími 568 9095 · www.gagnaeyding.is · gagnaeyding@gagnaeyding.is

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

„Ég hef trú á verkefninu“

„Fátt hefur komið mér á óvart þetta fyrsta ár í starfi,“ segir Runólfur Pálsson, forstjóri Landspítala. Já, það er komið ár. Nýtt skipurit, starfar með nýrri stjórn. Breytingar eru í farvatninu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég vonaðist til að hægt væri að hrinda af stað veigameiri breytingum og árangurinn myndi skila sér fyrr,“ segir forstjóri Landspítala eftir ár í starfi.

Runólfur segir margt á teikniborðinu en á þessu ári hefur legunóttum á bráðamóttökunni fjölgað, samkvæmt starfsemisupplýsingum, um 66% milli janúarmánaða á einu ári. Olíuskipið Landspítali haggast vart né breytir um kúrs en hann er ekki búinn að missa móðinn. Þó má heyra á máli hans að vandinn sé stór, lausn á einum stað skapi upplausn á öðrum. Svo hvar á að byrja og hvernig gengur?

„Við erum á miðri leið og eigum eftir að vinna að stórum skipulagsbreytingum innan stóru sviðanna. Það hefur ekki verið gert undanfarna tvo áratugi eða frá sameiningu spítalanna í Reykjavík.“ Vanda þurfi til verka og því hafi hann fengið McKinsey til stuðnings.

„Ekki er ætlunin að koma með breytingar til þess eins að brydda upp á nýjungum heldur að skoða hvar við þurfum að styrkja okkur,“ segir Runólfur. Færa þurfi ákvarðanatöku nær framlínu og valdefla þannig framlínustjórnendur.

„En það hefur komið mér á óvart og valdið persónulegum vonbrigðum að við erum í sömu hjólförunum og fyrir ári.“ Nefnir hann bráðaþjónustuna og bága nýtingu skurðstofa. „Við höfum ekki enn náð þeim árangri sem ég hefði viljað.“ Hann vill losa um teppu á bráðamóttöku og vinna niður aðgerðabiðlistana.

Sérnámið heim stórt skref

Runólfur horfir yfir stóra sviðið. „Við erum í rauninni að glíma við afleiðingar stórfelldra samfélagsbreytinga varðandi verkefnin en líka mannauðinn,“ segir hann. „Við höfum komist af með ótrúlega fáa lækna í gegnum tíðina.“ Hann lítur 10-15 ár aftur í tímann. Þá hafi spítalinn haft fáa lækna á framhaldsnámsstigi. Sérnám á spítalanum sé því mikil framför og nýverið hafi fyrstu læknarnir útskrifast.

„Það er eitt stærsta skref sem hefur verið stigið í læknis- og heilbrigðisþjónustu á Íslandi í áratugi. Hefðum við ekki gert það, hefðum við ekki getað tryggt fullnægjandi nýliðun.“

Heilbrigðiskerfið er á ákveðnum krossgötum. „Við ráðum ekki við öll verkefni. Það er of mikið af þeim. Þau passa ekki inn í skipulagið.“ Því þurfi að hugsa út fyrir rammann. Runólfur horfir til 30 lokaðra legurýma á spítalanum.

„En jafnvel þó að við gætum mannað öll þau rými, myndi það ekki duga til.“ Vandinn er ekki séríslenskur. Við hann er glímt víða á Vesturlöndum. „Mannfjöldi hér eykst stöðugt. Við höfum talað mikið um þessa þróun á síðustu tveimur áratugum en ekki brugðist við henni fyrr en núna.“

Margt jákvætt sé þó á borðinu. „Hér er framúrskarandi þjónusta veitt og við höfum gögn um það.“ Horft sé til þeirra hluta sem halli á. „Þá eru skurðaðgerðirnar nærtækt dæmi,“ segir hann. „Einkarekin þjónusta er að færa sig upp á skaftið því verkefnin eru ærin. Það er skiljanlegt og eðlilegt.“

Opnun tilboða Sjúkratrygginga Íslands frá einkaaðilum á 700 liðskiptaaðgerðum fyrir um milljarð þann 6. mars endurspegli stöðuna. „Það er vegna þess að Landspítali hefur ekki getað annað eftirspurninni,“ segir Runólfur.

Skoða mönnun skurðstofa

„Við höfum átt erfitt uppdráttar undanfarið.“ Ekki hefur tekist að gera allar þær aðgerðir sem stefnt var að á síðasta ári. „Vegna þess að við höfum ekki nægilegt svigrúm á skurðstofunum.“ Hann sér ekki í kortunum að spítalinn geti næstu árin sinnt öllum þeim liðskiptaaðgerðum sem þurfi innan viðunandi tíma.

„Því er eðlilegt að skipta verkefnun-



Runólfur Pálsson hefur nú verið forstjóri Landspítala í eitt ár. Hann hefði viljað sjá stöðuna batna fyrr en hefur trú á að starfsfólkið hjálpi honum að sigrast á áskorununum sem spítalinn stendur frammi fyrir. Mynd/gag

um með þessum hætti.“ Þó skipti máli hvernig þeim sé skipt. „Við þurfum að viðhalda mannafla, ekki síst skurðlæknum, sem stendur hér vaktir og tekst á við bráð vandamál. Ef of stór hluti þessara aðgerða fer af spítalanum er hætta á að starfsfólkið fylgi með og að við sitjum uppi með manneklu sem okkur hefði ekki órað fyrir.“

En verða þá fleiri svona ákvarðanir um að útvista af Landspítala teknar? Hann svarar óbeint. „Við verðum að manna skurðstofurnar okkar og opna þær með öllum tiltækum ráðum. Við getum ekki haft okkar sérhæfðu skurðlækna aðgerðalausa. Þá fara þeir annað.“ Vandinn sé fjölþættur og einn þeirra sé mönnunarlíkanið á skurðstofum spítalans.

„Það tekur tíma að breyta því en við þurfum að finna lausnir sem tryggja meiri sveigjanleika,“ segir hann. „Við getum ekki haldið áfram svona til lengdar.“ Spítalinn verði að geta rækt skyldur sínar. „Þótt við höfum ekki nægan mannafla getum við ekki látið verkefnin lönd og leið. Við verðum að sinna þeim og berum þá ábyrgð.“

Spara með útvistun

Sjá mátti gríðarlegan mun á kostnaðaráætlun Landspítala annars vegar og Sjúkratrygginga Íslands hins vegar fyrir liðskiptaaðgerð á mjöðm og hné í útboðinu. Hann er 46% hærri fyrir mjöðm og 77% hærri fyrir hné hjá spítalanum og tilboð einkafyrirtækjanna mörg enn lægri en mat Sjúkratrygginga, sérstaklega fyrir mjöðm. Óttast Runólfur ekki að þessar tölur verði nýttar til að sýna fram á fjársóun spítalans?

„Ég held ekki,“ segir hann. „Það verður að vera skilningur á því að ekki er hægt að bera saman sjálfstæða starfsemi þar sem fáar tegundir aðgerða eru fram-

Stytting vinnuvikunnar misheppnuð

„Mér finnst líklegt að samið verði við lækna eins og við aðra; til skamms tíma, eins árs, og að það verði ekki ráðist í endurskoðun á gildandi kjarasamningi. En ég tel hins vegar að það þurfi að gera. Það gildir ekki aðeins um lækna heldur einnig aðrar heilbrigðisstéttir,“ segir forstjóri Landspítala. Kjarasamningarnir þurfi að ríma við skipulag og þarfir spítalans.

„Frítaka, sem ég hef fullan skilning á, þarf að vera útfærð þannig að hún komi ekki niður á starfseminni,“ segir forstjórinn. „Stytting vinnuvikunnar er gott dæmi um þetta. Sú útfærsla misheppnaðist hér innan spítalans í mínum huga,“ segir hann.

„Við erum smáþjóð sem hefur náð gríðarlega langt fyrir atbeina fólksins í landinu. Það hefur með dugnaði og eljusemi byggt upp samfélag á hæsta stigi – þar með talið heilbrigðisþjónustu þar sem læknar eiga stóran hlut að máli. Við erum núna komin á þann stað að við erum með háþróað samfélag. Við verðum að útfæra störf og starfsemi okkar á þann veg að það gangi upp,“ segir hann.

„Við getum ekki ráðist í mikla styttingu vinnutíma ef ekki er nægur mannafli við störf. Ég hef fullan skilning á að hér þurfi að tryggja lífsgæði og að vinnan verði ekki þannig yfirþyrmandi í lífi fólks að það dragi úr lífsgæðum.“ En útfærslan þurfi að henta.

„Við verðum að líta á þá staðreynd að ef ekki er völ á því að fjölga starfskröftunum nægilega, þá er ekki hægt að ráðast í breytingar sem draga úr mannaflanum sem er við störf hverju sinni þannig að við ráðum ekki við verkefnið.“



Forstjóri Landspítala segir spítalann hafa mikinn styrk og byggja verði á honum. Mynd/gag

kvæmdar aftur og aftur og sjúklingar valdir sem eru í lítilli áhættu. Auk þess er Landspítali bráðasjúkrahús sem þarf að hafa umfangsmikla innviði til að geta sinnt allrahanda verkefnum," segir hann.

Stjórn var sett yfir Landspítala um mitt ár í fyrra. Runólfur segir það bæði hafa verið ánægjulegt og lærdómsríkt að starfa með henni. „Umræðan innan stjórnarinnar endurspeglar glögglega hvað Landspítali skiptir samfélagið miklu máli. Það vilja allir að spítalanum vegni vel," segir hann. „Það er ekki komin mikil reynsla á fyrirkomulagið en ég upplifi stuðning og aðhald og finnst reynslan jákvæð."

Sigrast á áskorunum

Spurður að lokum hvort hann hefði tekið þetta að sér vitandi hvað biði hans, segist hann hafa vitað hvað í starfinu felst.

„Þetta er krefjandi verkefni en ég geri mér líka grein fyrir því að störf annarra hérna á spítalanum eru mörg hver mjög krefjandi. Það er mikið álag og ef ég væri ekki hér væri ég örugglega í annasömum og krefjandi verkefnum á öðrum vettvangi innan spítalans," segir hann og horfir yfir sviðið.

„Það verður að byggja á því sem við höfum og við vitum að við höfum mikinn styrk," segir hann og bendir á að heilbrigðisstarfsfólk hér á landi sé eitt það allra best menntaða á heimsvísu. „Við verðum að hafa trú á því að saman getum við unnið bug á öllum þeim áskorunum sem við stöndum frammi fyrir. Ég hef það."

Forstjórinn kominn með vísindin á sitt borð

„Vísindastarfseminni hefur hnignað og mér finnst að birting upplýsinga um vísindastarf hafi ekki verið í forgrunni," segir forstjóri Landspítala sem hefur því tekið þau undir sinn verndarvæng. Þau heyra nú beint undir hann. Runólfur Pálsson segir verulega hnignun hafa átt sér stað á síðustu árum í samanburði við Norðurlöndin.

„Ég efast ekki um að aðrir hafi færst fram en við kannski setið eftir í þeirri þróun." Málið sé flókið. „En það eru sóknarfæri." Auka þurfi fjármuni sem eru skilgreindir fyrir vísindastarfsemi.

„Við þurfum að huga að vísindamönnunum sem við höfum. Okkur hefur ekki tekist að rækta þann garð nægilega. Við þurfum að halda vísindafólki okkar á lofti til að laða að nemendur og aðra."

Ekki aðeins þurfi að finna fjármagn heldur líka tækifæri. „Við erum lítil þjóð og þurfum að líta á okkur sem eina heild. Ég horfi því til Háskólans, Íslenskrar erfðagreiningar og Hjartaverndar." Á hinum Norðurlöndunum hafi háskólasjúkrahúsin afmarkaðra hlutverk og hærra hlutfall af akademísku starfsfólki.

„Við verðum að setja okkur háleit markmið og komast út úr aðstæðunum hér. Landspítali er mjög öflugur þótt við séum í erfiðleikum á vissum sviðum í dag. Það á líka við um þekkt sjúkrahús úti í heimi sem glíma við erfiðleika af svipuðum toga og hjá okkur," segir hann.

„En starfsfólkið okkar má vera stolt af því sem það gerir hér því það vinnur frábært starf alla daga. Við þurfum að byggja upp þetta stolt og það gerum við með samtali við starfsfólk og sé það þátttakendur í að efla og þróa starfsemina verður Landspítali framúrskarandi sjúkrahús."



Lára í vinnunni sinni á Landspítala um daginn. Mynd/vinkona hennar

Dagur í lífi sérnámslæknis í bráðalækningum

Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen

06:30 Vekjaraklukkan hringir en ég er nú þegar vakandi því litla 30 vikna bumbukrílinu mínu finnast næturnar vera tilvalinn tími fyrir sparkæfingar. Hún hefur greinilega hug á ferli sem knattspyrnukona. Læðist niður til þess að vekja ekki manninn minn og dóttur mína. Meira að segja hundurinn nennir ekki að vakna svona snemma og færir sig úr eldhúsinu inn í myrkrið í forstofunni til þess að fá frið.

07:00 Legg af stað niður á Landspítalann á Hringbraut. Um þessar mundir er ég að vinna á svæfinga- og gjörgæsludeild, sem er hluti af sérnáminu í bráðalækningum. Sérnámslæknar í bráðalækningum vinna í 6 mánuði á svæfinga- og gjörgæsludeild til þess að fá þjálfun í svæfingum, öndunarvegameðferð og innsýn í meðferð sjúklinga á gjörgæslumeðferð.

07:15 Renni í hlað á Landspítala. Helstu kostirnir við það að dagurinn á svæfingunni byrjar snemma er að umferðin er lítil og hægt að velja úr bílastæðum!

07:30 Morgunfundur hjá svæfingalæknum. Farið yfir stöðuna á gjörgæslunni, þar sem ég er staðsett þessa vikuna, og dagskipulagið á skurðganginum.

08:00 Læknarnir sem eru á gjörgæslunni þessa vikuna fá ítarlegra rapport frá næturvaktinni um þá sjúklinga sem eru inniliggjandi. Við skiptum með okkur sjúklingunum og vinnan hefst. Sem sérnámslæknir í bráðalækningum er mjög lærdómsríkt að vinna á gjörgæslunni undir handleiðslu svæfinga- og gjörgæslulækna. Hér fæ ég að vera hinum megin við borðið og sinna áframhaldandi meðferð bráðveikra sjúklinga sem í sumum tilfellum flytjast beint af bráðamóttöku á gjörgæsluna. Undanfarið hefur verið nokkuð um sjúklinga með alvarlegar, ífarandi streptókokkasýkingar þar sem gjörgæslumeðferð hefur verið nauðsynleg. Sjúklingurinn sem ég sinni í dag lagðist inn með sýklasótt vegna alvarlegrar streptókokkasýkingar en er nú á batavegi eftir gjörgæslumeðferð og kemst líklegast á deild í dag.

15:30 Dagurinn líður hratt enda hefur enginn skortur verið á verkefnum. Þar sem dagurinn á gjörgæslunni byrjar aðeins fyrr er hann líka búinn aðeins fyrr. Ég næ því yfirleitt að vera á undan umferðinni heim til þess að sækja tímanlega á leikskólann.

16:00 Rölti yfir götuna til þess að sækja þriggja ára dóttur mína á leikskólann. Hún er alger félagsvera og hleypur alltaf í burtu þegar hún sér foreldra sína koma. Dagurinn í dag er engin undantekning. Hún er úti að leika sér með vinum sínum og er alls ekki tilbúin til þess að yfirgefa partýið. Ég neyðist til þess að kjaga fram og til baka á leikskólalóðinni áður en ég næ að króa hana af inni í leikkofa. Eftir nokkuð strangar samningaviðræður fellst hún á að koma heim gegn því að fá kex og áframhaldandi útiveru . . .

16:30 Við sækjum heimilishundinn Sölku og förum í fjölskyldugöngutúr niður að Rauðavatni. Litlu dömunni þykir æðislegt að henda steinum í vatnið og Salka fylgist áhugasöm með en er ekki hrifin af því að blotna.

20:00 Háttatími hjá barninu. Bókin sem varð fyrir valinu í kvöld fjallar um hænu sem keypti sér of þröngar gallabuxur en fann á endanum sjálfstraustið til að ganga í þeim óháð því hvað hinum dýrunum fannst. Allt er gott sem endar vel.

20:30 Fullorðinstími! Undanfarin ár hef ég stundað doktorsnám við læknadeild Háskóla Íslands. Rannsóknarverkefnið fjallar um áhrif heilahristings hjá íþróttakonum á sálræna líðan, taugasálfræðileg próf og á heiladingulsstarfsemi og er unnið í samvinnu sálfræðideild Háskólans í Reykjavík. Nú stendur til að framkvæma nokkur hormónapróf til viðbótar svo kvöldið fer í að hringja og senda tölvupóst á þátttakendur. Verðlaunin mín þegar því lýkur eru sjónvarpsgláp og prjónaskapur. Heimferðarsett bumbukrílisins sem er væntanlegt í vor prjónar sig ekki sjálft . . .

Bryður bein og byggir upp hryggi á heimaslóðum

Ný hryggsjá á Akureyri breytir öllu. Hún gerir aðgerðirnar öruggari, einfaldari og fljótlegri, segir hryggjarskurðlæknirinn Freyr Gauti Sigmundsson sem flýgur þrisvar til fjórum sinnum á ári á heimaslóðirnar og sker með Bjarka Karlssyni sjúklinga með hryggjarvanda sem áður þurfti að skera erlendis. Hér lýsir hann einni fyrstu skurðaðgerðinni fyrir norðan þar sem hryggsjáin nýttist

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég er uppalinn á Akureyri, er Akureyringur og foreldrar mínir eru ennþá búsett þar og þar á ég bróður. Ég á nánustu fjölskyldu mína á Akureyri," segir Freyr Gauti Sigmundsson, yfirlæknir bæklunardeildar Háskólasjúkrahússins í Örebro.

Hann venur komur sínar á æskuslóðirnar og gerir einar flóknustu bakaðgerðirnar sem gerðar eru hér á landi – nú með glænýrri hryggsjá sem Hollvinasamtök sjúkrahússins gáfu spítalanum og tekin var í notkun í byrjun árs. Þessi bakgrunnur Freys Gauta er ein ástæða þess að sérhæfðar bakaðgerðir hafa blómstrað á Sjúkrahúsinu á Akureyri. „Mjög hæft starfsfólk er á skurðstofum og legudeild spítalans."

Freyr Gauti fór ekki hefðbundna leið í læknisfræði því námið varð að víkja um stund fyrir júdóæfingum. Hann keppti á Ólympíuleikunum 1992, aðeins tvítugur, lagði stund á íþróttina og útskrifaðist svo úr Verkmenntaskólanum 27 ára gamall. Kandídatsárið sitt tók hann svo á sjúkrahúsinu á Akureyri. „Ég fór í sérnám í Svíþjóð og skrifaði doktorsritgerð í Lundi 2014." Nú yfirlæknir á Örebro háskólasjúkrahúsinu, stekkur hann þó reglulega á Karólínska og sker fram á kvöld.

„Ég hringi eftir vaktina klukkan 22," svarar hann pósti frá Stokkhólmi þegar blaðamaður vill ræða betur um eina fyrstu aðgerðina í hryggsjánni nýju. Fjölskyldan býður í Örebro. Eiginkonan Sylvía Húnfjörð tannlæknir og þrír táningar þeirra. Hann er þó ekki einn á Karólínska. „Hér á ég líka bróður, Þóri svæfingalækni. En það er þó ekki sjálfgefið að ég hitti hann í þessum ferðum," segir hann og hlær. „Þetta er svo stór spítali."

Meiri nákvæmni með sjánni

Freyr Gauti lýsir hlýjum tilfinningum til sjúkrahússins á Akureyri. Þar eigi hann góða kollega. „Þannig að ég hef viljað koma og hjálpa þeim öðru hverju." Aðgerðirnar gerir hann með Bjarka Karlssyni bæklunarlækni sem lærði í Svíþjóð og hafa þeir unnið þar saman frá árinu 2016. „Síðan ég varð sérfræðingur hef ég komið 3-4 sinnum á ári og við gert erfiðustu aðgerðirnar saman."

Eina slíka gerði hann nú í janúar á 37 ára konu. Skar upp bak og spengdi. Freyr Gauti lýsir því hvernig ofan við neðstu skrúfurnar hafi „diskurinn" verið ónýtur og ekki þolað álag. „Þar var skekkjan mest. Svo heldur skekkjan áfram eftir lendarhryggnum. Við settum skrúfur í hryggjarbolinn og neðri hluta brjósthryggjar. Þar var liðskrið sem ég þurfti að laga," segir hann og lýsir því hvernig hryggjarbolur ofan við neðstu skrúfurnar hafi verið skriðinn til hliðar. „Þá tek ég diskinn, set búr og fylli með beini."

Aðgerðin tók allt í allt 2,5-3 klukkustundir og var sú önnur sem hann gerði með aðstoð nýju hryggsjárinnar. „Við höfum gert svona aðgerðir áður en með nýju hryggsjánni er hún nákvæmari," segir hann.

„Aðgerðin er gerð í gegnum bak, en sumar aðgerðir gerum við í gegnum síðuna eða magann og þá með hjálp æðaskurðlækna á Akureyri. Þetta er hefðbundin, hryggskekkjuaðgerð þar sem við opnum hrygginn. Við nýtum hryggsjána sem siglingatæki. Þá setjum við loftnet á sjúklinginn og skönnum inn og tengjum við þessa hryggsjá. Þegar við gerum aðgerðina sjáum við inn í líkamann, inn í hryggbolinn, setjum skrúfuna um leið og við horfum á skjá fyrir framan á okkur. Með hryggsjánni er alltaf meiri nákvæmni."

Freyr Gauti segir að það taki sjúklinga oft langa tíma að ná sér eftir svona aðgerðir. Meta þurfi vel hvort inngripið sé þess virði því eftir langan tíma með verki geti aðgerð verið eins og að hella bensíni á eld. Verkirnir hverfi þá ekki þar sem hryggjarliðir sem legið hafi í þessari skökku stöðu lengi séu allir skemmdir og slitnir.

Skrúfur og stög í bakið

Hann segir að skrúfurnar sem settar eru séu í aldrei teknar. „Svo nota ég stög til að skrúfa hrygginn í rétta stöðu." Tek



Freyr Gauti Sigmundsson, yfirlæknir bæklunardeildar Háskólasjúkrahússins í Örebro, kemur reglulega til Akureyrar og gerir flóknar bakaðgerðir með Bjarka Karlssyni; aðgerðir sem áður voru gerðar erlendis. Mynd/Skapti Hallgrímsson/Akureyri.net

síðan bein, brýt upp og mala og legg yfir hryggbolinn þannig að það grói.“ Hann einfaldar málið til að lýsa fyrir blaðamanni, lýsir því hvernig hann raði hryggnum upp með hálfgerðum legókubbum úr beini. „Það sést á L2-L4 á myndunum.“ Það sé tímafrekast og erfiðast. „Þar fer ég framhjá taugaknippum. Set 2-4 kubba.“

En hvernig tilfinning er það þegar vel tekst til? „Mér finnst þetta skemmtilegt, krefjandi aðgerðir þar sem maður getur rétt fólk við og séð lífsgæði sjúklinga aukast,“ segir hann. „Ef manni tekst að rétta við og minnka verki er það mjög gefandi.“

Freyr Gauti lýsir aðgerðinni á ungu konunni sem meðalstórri. Hana hefðu þeir Bjarki gert án nýju hryggsjárinnar. „Það er hægt að gera þessar aðgerðir án hennar en óvissunni er eytt með henni. Hún gerir aðgerðina bæði öruggari og fljótlegri. Á flestum sjúkrahúsum í hinum siðaða heimi er svona tækjabúnaður og svipað tæki má finna á Landspítala. Með svona hryggsjá setjum við þessi ígræði á besta hátt til að rétta hrygginn. Smáatriðin skipta svo miklu,“ segir hann.

En mænan, er hún aldrei í hættu? Mænan er bara að hluta til þarna. Hún verður að taugaknippi sem við fylgjumst með í sérstöku tæki sem mælir taugaleiðni. Svo setjum við skrúfurnar í brjósthrygginn. Hættan er afskaplega lítil. Við erum vanir og vinnum með siglingatækið og höfum verið með þessa taugaleiðnimælingar (*nevromonitoring*) til stuðnings,“ segir hann og að sérfræðingar frá Þýskalandi hafi komið sérstaklega til landsins til þess verks. „Þeir hafa setið og fylgst með mænunni þegar við gerum aðgerðina.“



Hér má sjá teymið á skurðstofunni. Bjarki Karlsson læknir, Elva Ásgeirsdóttir og Hulda Birgisdóttir skurðhjúkrunarfræðingar, og Freyr Gauti Sigmundsson læknir. Mynd/Skapti Hallgrímsson/Akureyri.net

Freyr Gauti lýsir því hvernig þeir Bjarki hafi smátt og smátt gert flóknari aðgerðir á spítalanum á Akureyri enda sé það sérsvið hans í Svíþjóð. Núna starfi hann á Akureyri fjórar vikur á ári. „Sjúkratryggingar hafa stutt við bakið á sjúkrahúsinu í þessum verkefnum.“ Þeir fái gesti á skurðstofuna sem fylgist með.

„Já, já, síðast frá Svíþjóð. Þetta eru sömu aðgerðir og ég geri hér í Svíþjóð í daglegri vinnu. Geri við hryggskekkju, en það eru ekki margir sjúklingar á Íslandi sem þurfa slíka meðferð. Ég hef stundum tekið þá til Svíþjóðar en stundum gert aðgerðir á Akureyri. Eftir að við fengum þessa hryggsjá er engin þörf á að flytja þá út,“ segir hann.

Vill sjá fleiri valaðgerðir

En er Sjúkrahúsið á Akureyri nægilega stórt fyrir svona flóknar aðgerðir? „Við þurfum góða svæfingalækna og góða gjörgæslu fyrir þessa sjúklinga. Kostur-

inn við Akureyri er hvað mönnunin á skurðstofunni er góð. Þar hefur fólk unnið lengi. Við höfum byggt upp teymið. Hollvinir hafa reynst okkur vel. Keypt hryggjarborð, röntgentæki og smásjá. Við höfum smám saman, í yfir áratug, byggt upp. Allir vita hvað þeir eru að gera og við höfum ekki þurft meira bakland fyrir þessar aðgerðir," segir hann.

„En ég tek þær aðgerðir sem þurfa samstarf við brjóstholsskurðlækna eða heila- og taugaskurðlækna út til Svíþjóðar."

Freyr Gauti sér fyrir sér að sjúkrahúsið á Akureyri geti enn vaxið, sérstaklega litið til valaðgerða. „Þar er ekki mikið flæði bráðaaðgerða. Þar er stöðug mönnun, góðir svæfingalæknar. Það hefur sýnt sig í gegnum tíðina að sjúkrahúsið hefur staðið sig vel þegar ráðist hefur verið í átak í valaðgerðum. Ég tel að sjúkrahúsið sé hæfilega stórt fyrir slíkt."

Hann er ekki óvanur uppbyggingu því frá árinu 2019 hefur hann stýrt bæklunarlækningastofu Örebro-háskólasjúkrahússins. „Örebro er yngsta háskólasjúkrahúsið í Svíþjóð. Þar vildu þau byggja upp starfsemina, sérstaklega varðandi slysalækningar, vegna staðsetningar í miðri Svíþjóð. Ég var þá í Malmö en hefði verið tvisvar til þrisvar hjá þeim á ári og hjálpað þeim með þessar fáu hryggjaraðgerðir. Núna gerum við um 250 aðgerðir á ári." Svo kíkir hann á Karólínska.

„Í Malmö gerði ég aðgerðir á börnum með flókna hryggjarsjúkdóma. Ég vildi halda því við og hef nú í hálft ár verið 50% þar, 2-3 daga í viku en hina í Örebro." Það er alveg ljóst að margt er á prjónunum hjá Frey Gauta – eða réttara sagt: skurðarhnífunum.

„Ég hef haft svo mikið að gera og fengið svo mörg tækifæri til að læra og gera skemmtilega og krefjandi hluti. Það er bæði gaman og dýrmætt fyrir mig að geta komið til Akureyrar og hjálpað til."



Kona á fertugsaldri gekkst undir aðra aðgerðina með nýju hryggsjánni nú í janúar. Freyr Gauti lýsir því hvernig hann notar stög til að skrúfa hrygginn í rétta stöðu, brýtur upp bein og malar og leggur yfir hryggbolinn. Hann raði hryggnum upp með hálfgerðum legókubbum úr beini. „Það sést á L2-L4 á myndunum," bendir hann á.

Horfir fram á betri tíma

37 ára tveggja barna móðir lýsir því hvernig hún datt úr klifurgrind á harðan steininn 7 ára gömul, missti andann, var rifin upp og send í myndatöku. Þar hafi brákaðir hryggjarliðir sést en ekki verið ljóst fyrr en við myndatöku eftir tvö bílslys síðar á lífsleiðinni að þeir höfðu ekki gróið. Hryggskekkjan hafi verið orðin mikil og eyðing í bakinu og hryggurinn að falla saman. Setja hafi þurft bein í bakið.

„Ég vissi ekki fyrir aðgerðina að til væri beinabanki. Nú ber ég bein úr annarri manneskju í mér," segir hún við *Læknablaðið* tveimur mánuðum eftir aðgerðina á Sjúkrahúsinu á Akureyri. „Ég var orðin algjörlega óvinnufær vegna verkja og hef ekkert unnið síðan í fyrravor. „Það er mjög erfitt fyrir mig þar sem ég er virk manneskja."

Nú bíði hún eftir að komast í vinnu á ný. „Já, það styttist í það," segir hún vongóð við *Læknablaðið*. Verkirnir hafi að lokum kallað á stóra verkjalyfjaskammta.

„Ég tók 8 parkódín forte á dag, tramadól og gigtarlyfið Celecoxib, svo ég var á miklum verkjalyfjum." Hún komst ekki að hjá verkjateymi á Landspítala og því sá heimilislæknir hennar um verkjastillinguna. Hún hefur einnig verið á lyfjum vegna Crohns-sjálfsofnæmissjúkdóms, þjáðst af endómetríósu og gigt. Nú eftir aðgerð sé hún nær verkjalyfjalaus.

„Ég er nánast hætt á öllum verkjalyfjum. Er á paratabs og taugalyfinu gabapentin kvölds og morgna. Fékk flott niðurtröppunarskema sem ég fylgdi og hef ekki fundið nein fráhvörf. Ég er orðin betri núna en fyrir aðgerðina. Já, ég er betri," segir hún. „Ég geri ekki ráð fyrir að þetta sé aðgerð til eilífðar en vonast til að þeir hafi náð að leysa vandann í ágætis tíma."

Hún hlakkar til að lifa lífinu eins og hún gat gert áður. „Geta til dæmis farið í göngutúra án þess að vera að drepast á eftir," segir hún. „Nú eru að koma 8 vikur frá aðgerðinni. Mér skilst að ég hafi hækkað um 3 cm. Ég hallaði alveg til hægri. Svo var komin mikil kryppa. Núna stend ég teinrétt."

Hvaða bók hefur fylgt þér lengst,
þú hefur lesið oftast eða haft mest áhrif á þig?



Ljósmynd/Vilhelm Gunnarsson

Engilbert Sigurðsson
geðlæknir og fyrrum ritstjóri og
ábyrgðarmaður Læknablaðsins

Marglaga orðagaldur sem dýpkar með auknum þroska við hvern lestur

Erfðir og uppeldi ráða mestu um hvernig maður er og verður, en svo lengi lærir sem lifir, segir máltækið. Bóklestur hefur mótað skilning minn á heiminum frá unga aldri og einnig verið forsenda þess náms sem ég hef lokið. Vissulega sogast maður oftar djúpt inn í heim bókanna framan af ævi en þegar líða tekur á lífshlaupið. Ljóð eiga jafnan greiðasta leið að tilfinningum okkar. Þar er róið á enn dýpri mið í tjáningu tilfinninga og reynslu en í skáldsögum. Nýlega las ég verðlaunabókina *Máltaka á stríðstímum*. Það er lítið kver um þungbær mál. Hin rússneska Natasha S. yrkir þar:

Galdur
orðin eru galdur
leiða í óvissa átt
breyta huganum
sjónarhorni
sjálfsmynd
lífi

til að galdurinn virki
þarf að orða hlutina
af nákvæmni
svo hægt sé
að rjúfa álögin
setja punkt
á bakvið þetta allt

Þessi orð hennar komu upp í hugann þegar ég var beðinn um að skrifa um uppáhaldsbókina mína nú þegar ár er liðið frá innrás Rússa í Úkraínu.

Eftirminnilegustu bækurnar hafa opnað nýja sýn, glætt skilning, hreyft við tilfinningum, eða verið svo spennandi, vel stílaðar eða áhugaverðar að erfitt var að leggja þær frá sér. Sumar fundust mér ekki eins góðar þegar ég las þær aftur síðar, en þær bestu voru marglaga og maður sá glitta í nýja þræði við hvern lestur.

Ég lifi um ævi Martin Gray var líklega áhrifamesta bókin sem ég las á bernskuárunum. Hún lýsir grimmd og ómennsku í seinni heimsstyrjöldinni, en einnig mögnuðum viljastyrk. *Sjálfstætt fólk* var önnur bók sem ég varð gagntekinn af, raunar svo mjög að ég man enn eftir því flæði innlifunar sem fylgdi fyrsta lestri hennar. Ellefu sumur í sveit á bernskuárum hafa þar sjálfsagt haft sitt að segja. Ég var raunar bókstaflega hátt uppi við lesturinn milli hífinga uppi í byggingarkrana 18 ára gamall, nýkominn með réttindi sem kranamaður. *Sjálfstætt fólk* las ég næst 35 ára, þá nýorðinn sérfræðingur í geðlækningum, og í þriðja sinn fimmtugur, árið 2014. Mér finnst nóbelskáldinu ótvírætt hafa tekist sá galdur sem Natasha S. lýsir að ofan. *Sjálfstætt fólk* er því mest uppáhalds. Þar glitti í dýpri skilning á mannlegum örlögum með auknum þroska við hvorn endurlestur.

Af bókmenntum seinni ára hefur veröld skáldskaparins náð mestum tökum á mér hjá Jóni Kalman og Hallgrími Helgasyni. Lestur bóka eins og *Sumarljós og svo kemur nóttin* og *Konan við 1000 gráður* var sannkallaður unaðslestur. *Karitas án titils* eftir Kristínu Mörju Baldursdóttur er einstaklega myndræn bók sem gleymist ekki.

Suðuramerískt töfraraunsæi hefur jafnan höfðað til mín, ekki síst bækur Gabriels Garcia Marquez og Isabel Allende, til dæmis *Ástin á tímum kólerunnar, Hundrað ára einsemd* og *Hús andanna*.

Þær fræðibækur sem hafa hreyft mest við rökhugsun minni og sýn á samfélög manna, lýðheilsu og hvernig við læknar getum unnið að bættri heilsu og betri heimi eru *The Strategy of Preventive Medicine* eftir Geoffrey Rose, *Thinking Fast and Slow* eftir Daniel Kahneman, *Sapiens* eftir Yuval Noah Harari og *Factfulness* eftir Hans Rosling.

Ég skora á Önnu Kristínu Gunnarsdóttur að rifja upp sína uppáhaldsbók og segja lesendum frá henni.



Jakob Falur Garðarsson framkvæmdastjóri Frumtaka, Anna Lilja Gunnarsdóttir fundarstjóri, Runólfur Pálsson, forstjóri Landspítala, Líneik Anna Sævarsdóttir, formaður velferðarnefndar Alþingis, Haraldur Benediktsson, varaformaður fjárlaganefndar, Tina Taube frá Evrópusambandi lyfjaiðnaðar og félagasamtaka, Kristina Levan, verkefnastjóri við ATMP Centrum við Sahlgrenskaháskólasjúkrahúsið og Hans Tómas Björnsson læknir. Mynd/gag

Stöndum í miðri byltingu

„Við þurfum að byggja upp getuna til að taka þátt í klínískum rannsóknum á erfðasjúkdómum," segir Hans Tómas Björnsson erfðalæknir

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Lyfjaprófanir við erfðasjúkdómum eru ein leið til að gefa sjúklingum okkar kost á að fá meðferð eins fljótt og hægt er, áður en hún fer í gegnum alla fasana. Svona rannsóknir draga auðæfi inn í kerfið."

Þetta sagði Hans Tómas Björnsson, yfirlæknir í klínískri erfðafræði við Landspítala og prófessor í færsluvísindum sem og barnalækningum við Háskóla Íslands í pallborðsumræðum á ráðstefnu um tækifæri og áskoranir sem felast í gena- og frumumeðferðum. Á annað hundrað mættu á ráðstefnuna sem haldin var af Frumtökum, Landspítala og heilbrigðisráðuneytinu á Grand hóteli. Runólfur Pálsson forstjóri Landspítala tók undir orðin.

Hans Tómas benti í erindi sínu á mikinn kostnað við þessi lyf sem hafi verið samþykkt síðustu ár til að meðhöndla erfðasjúkdóma í Bandaríkjunum. Gera mætti ráð fyrir 30 milljón króna árlegum kostnaði við lyfjameðferð við slímseigjusjúkdómi, 30 milljónum á ári vegna vöðvaslens tengdu mænutaugum og 55 milljónum króna við transthyretín amýlóíð-sjúkdómi.

Ólíkt milli heimsálfa

Hans Tómas segir við *Læknablaðið* að nálgunin sé ólík milli Bandaríkjanna og Evrópu þegar komi að þessum nýju lyfjum. „Opnast hafa flóðgáttir í Ameríku á meðan Evrópa er íhaldssamari. Við höfum reynt að fylgja Evrópu en miðað við hraðra framþróun þurfum við að hafa ferlana okkar á hreinu."

Bylting hafi orðið við að greina ástæður þroskaskerðingar með raðgreiningu heils erfðamengis. Áhrifin af því að vita greininguna geti verið mikil. Meðlimum í Einstökum börnum hafi til að mynda fjölgað hratt og árið 2020 hafi 150 greinst með genaprófunum hér á landi sem einnig uppfylltu kröfur Einstakra barna um inngöngu þegar biðlistar voru unnir upp hjá Landspítala.

Líneik Anna Sævarsdóttir, formaður velferðarnefndar Alþingis, sagðist í pallborðsumræðum átta sig á því að við séum stödd í byltingunni miðri. „Við getum ekki beðið og þurfum að takast á við verkefnið núna. Ég held að við séum öll spennt fyrir því, hvort sem við erum sérfræðingar í erfðavísindum, störfum í heilbrigðisgeiranum, stjórnsýslunni eða stjórnmálunum," sagði hún.

„En við eigum eftir að móta stefnu og verklag og við verðum að gera það í samvinnu við nágrannaþjóðirnar. Þetta er of stórt verkefni fyrir okkur ein hér á Íslandi," sagði hún. Ráðast þyrfti í að móta styðjandi verklag um forgangsröðun verkefna.

Hans Tómas sagði frá ávinningi lyfjanna fyrir börn með taugahrörnunarsjúkdóminn SMA (*Spinal muscular atrophy*). „Þetta eru krakkar sem voru á spítala í mörg ár. Með hjúkrun allan sólarhringinn." Nú geti þau fengið reglulegar sprautur sem hindra framgang sjúkdómsins. Því séu bæði lífsgæði og kostnaður þess virði fyrir þessa ákveðnu meðferð.

Hann benti að lokum á að hái kostnaðurinn sem nú væri myndi með tímanum lækka þegar einkaleyfi rynnu út og samheitalyf þróuð.

Ættum að raðgreina alla með erfðasjúkdóma

„Er ekki augljóst að öllum sem eru með sjaldgæfa sjúkdóma ætti að vera boðin genaráðgjöf og genapróf," spurði Guðjón Sigurðsson, formaður MND-félagsins á ráðstefnunni. Líta þurfi á heildarmyndina: „Hvað kostar að halda mér uppi heila ævi ef hefði verið hægt að lækna mig strax í upphafi?"

Hans Tómas Björnsson, yfirlæknir í klínískri erfðafræði við Landspítalann, sagðist sammála. „Við erum að reyna að byggja upp svokallaða Miðstöð sjaldgæfra sjúkdóma til að gera þetta betur," sagði hann og benti á að möguleikarnir til meðferða væru oft ekki þekktir fyrr en eftir erfðapróf.

„Einhverjar þessara nýju aðferða eru tengdar ákveðnum genum og því er gríðarlega mikilvægt að finna það út. Það getur opnað dyr hvort sem fólk tekur þátt í rannsóknum hér eða erlendis."

Hans Tómas benti á að íslenska þjóðin væri mest raðgreinda þýði veraldar vegna starfs Kára Stefánssonar og Íslenskrar erfðagreiningar. „Við gætum því fengið þessar meðferðir fyrr til Íslands og orðið miðstöð til að prófa þessar meðferðir, sérstaklega í sjúkdómum sem eru algengir hjá okkur."

Tímamótarannsókn í baráttunni við sýklalyfjaónæmi

61% kvenna með þvagfærasýkingu náðu fullum bata með Lyngonia*



Tvíblind, slembiröðuð samanburðarrannsókn með lyfleysu sem leidd var af læknum Háskólasjúkrahúsa í Þýsklandi sýndi fram á að með notkun Lyngonia* sem upphafsmeðferð við þvagfæra-sýkingum hjá konum fækkaði sýklalyfjaávísunum um 63,6%.

Lyngonia er ætlað til meðferðar við endurteknum þvagfæra-sýkingum hjá konum. Lyfið hefur bakteríudrepandi verkun og verkar staðbundið í þvagrás. Fæst án lyfseðils.

Virka efnið: Arbútín. Hver tafla inniheldur 361-509 mg af þurrum útdrætti af *Arctostaphylos uva-ursi* (sortulyngslauf), sem jafngildir 105 mg af hýdrókínónafleiðu reiknað sem vatnsfrítt arbútín. **Ábending:** Jurtalyf sem hefð er fyrir, notað til að draga úr einkennum vægrar, endurtekinnar sýkingar í neðri hluta þvagfæra, svo sem brunatilfinningu við þvaglát og/eða auknum þvaglátum hjá konum, eftir að alvarleg veikindi hafa verið útilokuð af lækni. Þetta lyf er jurtalyf sem hefð er fyrir og tilgreinda ábendingin fyrir notkun þess er eingöngu byggð á langri sögu um notkun lyfsins. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum eða truflun á nýrnastarfsemi. **Markaðsleyfishafi:** Florealis ehf. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is. Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) dags. 07. júní 2019. Ef óskað er eftir frekari upplýsingum er hægt að hafa samband á info@florealis.com. Rannsóknin var framkvæmd samkvæmt gildandi reglum um klínískar rannsóknir.

Heimild: Ildikó G, *et al*. *Clin Microbiol Infect*. 2021; 27 (10): 1441-1447.
*Lyngonia er markaðssett undir heitinu Arctuvan í Þýskalandi

FLOREALIS

Ertu með hugmynd að dagskrá fyrir Læknadaga 15.–19. janúar 2024?

Þau sem vilja leggja til efni í dagskrá Læknadaga eru beðin að fylla út umsóknarblað á innra neti Læknafélags Íslands og senda til Margrétar Aðalsteinsdóttur – margret@lis.is fyrir 10. maí næstkomandi.

Aðalfundur Læknafélags Íslands 2023 verður haldinn 27. október

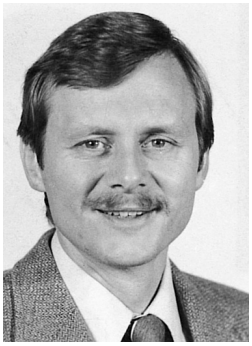
í Hlíðasmára 8 í Kópavogi





Úr Ísafjarðardjúpinu: Fjöldskylda á litlum báti kemur til bólusetningar með börnin sín.
Allar myndirnar tók Karl H. Proppé sumarið 1966.

Neðri myndin er tekin á Súðavík. „Börnin á bryggjunni að dorga eru mér minnisstæð, enda alinn upp í sjávarplássi vestra," segir Karl í svari til Læknablaðsins, *hann bætir við: „Hitt er að þarna er bátur. Veturinn eftir fórst fiskibátur og síðan annar bátur veturinn þar á eftir. Fórust allir með bátunum frá þessu litla sjávarplássi."*



Karl H. Proppé
meinafræðingur

Ísafjörður og Súðavík sumarið 1966 – litið um öxl

Það bráðvantaði lækni á Ísafjörð og einhvern veginn æxlaðist það svo að tveir læknanemar, Davíð Gíslason og undirritaður, voru beðnir að hlaupa í skarðið og vera í þrjá mánuði hvor. Starfið var tvískipt, annars vegar staða aðstoðarlæknis á sjúkrahúsinu og hins vegar staðgengill héraðslæknis fyrir kaupstaðinn og Ísafjarðardjúp. Fyrrum bjó héraðslæknirinn í Súðavík en nú var Súðavík og Ísafjarðardjúpi þjónað frá Ísafirði. Þetta var stórt hérað og akvegir takmarkaðir. Hins vegar fór báturinn Fagranesið reglulegar ferðir um Djúpið.

Skömmu eftir að ég hóf störf var ég kallaður ásamt ljósmóðurinni út í sveit að taka á móti barni. Á þessum tíma var ekki búið að leggja rafmagn á alla bæi og þegar fór að rökkva kom í ljós að ljósavélin fór ekki í gang. Um síðir fannst kerti og fæddist barnið við kertaljós. Ég hugsaði til fyrri tíma og hve erfitt starf lækna hafði verið á landsbyggðinni.

Ljósmóðirin sá um bólusetningaskrá barnanna og dag einn sagði hún að kominn væri tími til að bólusetja börnin í Djúpinu. Við tókum okkur far með Fagranesinu og létum boð út ganga um sveitir að róa skyldi með börnin að borði þar sem ekki væri hægt að lenda. Gekk þetta allt vel þótt börnin væru misánægð. Það var athyglisvert að sjá hvað sumstaðar var harðbýlt en fólkið myndarlegt og krakkarnir pattaralegir. Fjöllin spegluðust í lygnum sjó og ég var hugsi. Íslendingar voru hvað fremstir



Fjaran á Súðavík árið 1966, fjallið Kofri gnæfir yfir þorpið.

meðal þjóða með lágan barnadauða og mikið langlífi. Enginn hafði skotið sér undan að róa að borði með börnin í bólusetningu. Fólk var samhuga um að hugsa vel um börnin sín. En ég átti einnig eftir að sjá hvernig samfélagið hugsaði um sameiginlega velferð og eins þá sem þurftu stuðning.

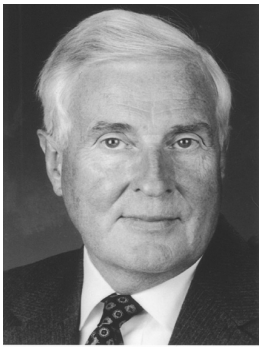
Það gekk slæm pest með niðurgangi og uppköstum á Ísafirði. Sumir urðu illa veikir. En ég tók eftir því að það urðu engir veikir í Súðavík eða nágrannasveitum. Gat vatnið á Ísafirði verið mengað? Ég kynnti mér vatnsbólið en það safnaði yfirborðsvatni sem rann niður hlíðarnar fyrir ofan bæinn. Þar var ekkert að sjá athugavert en þarna var þó sauðfé út um grænar grundir eins og gengur og gerist. Stuttu síðar var mér gengið að kvöldi til niður að höfn. Fjöllin spegluðust í firðinum en í huga mér var ungbarn sem ég hafði áhyggjur af. Ég hafði sagt foreldrunum að það sakaði ekki að sjóða allt neysluvatn. Og þarna við bryggjuna var hið glæsilega þýska seglskip og skólaskip Gorch Foch að taka vatn um borð. Í bakgrunninum var fiskvinnslan. Það var kominn tími til að láta reyna á hvort grunur minn um vatnið reyndist réttur. Ef svo, þá væri það erfitt mál. Nokkrum dögum síðar fékk ég hringingu frá Reykjavík. Vatnið reyndist mjög mengað og óhæft til neyslu. Nú voru góð ráð dýr.

Áhyggjur mínar af því hvernig ég skyldi bera mig að fuku út í veður og vind daginn eftir þegar bæjarblaðið birti forsíðufrétt þess efnis að allir yrðu að sjóða neysluvatn sitt. Samfélagið tók þetta í sínar hendur, pestin fór að dvína og umræður fóru fljótlega af stað um hvernig leysa skyldi úr vatnsmálum Ísfirðinga. Já, ég varð var við meðvind frá bæjarbúum. Þeir tóku þessu með alvöru og um síðir leystust þessi mál farsællega.

Fljótlega varð ég þó fyrir annarri reynslu sem varpaði öðru ljósi á samhug fólksins. Í Súðavík bjó gömul kona með slæma slímhúðarbólgu í augum og byrjaður að myndst örvefur. Ég hafði reynt ýmislegt og var í sambandi við sérfræðinga og þar kom að þeir mæltu með að hún kæmi á Landspítala í meðferð. Gamla konan bað um umhugsunarfrest. Hún bjó rétt utan við þorpið og á tilsettum tíma gekk ég til hennar. Þar beið mín uppdekkað borð og kaffi. Hún ræddi fyrst um daginn og veginn og var hin kurteisasta en svo kemur hún sér að efninu. Hún segist sjaldan hafa farið að heiman og alltaf verið því fegnust að koma til baka. Hún hefði aldrei komið til Reykjavíkur og þangað muni hún ekki fara „en í Súðavík þekki ég alla og allir þekkja mig og hér verð ég blind."

Ég geng hugsi niður traðirnar. Þar var kominn gamall maður að dytta að girðingarhliði. Hann tók mig tali og vissi vel hvernig viðtali mínu við gömlu konuna hafði lokið. Sló hann því upp í glens og með sínum vestfirska húmor talaði hann um ellina, lífið og tilveruna og hver endalok okkar allra yrðu. Að lokum segir hann: „Þú gerðir þitt besta en nú sjáum við um gömlu konuna."

Að verða læknir á landsbyggðinni var leiðin sem ekki var valin. Þegar litið er um öxl 56 árum síðar og spurt hvort valið hafi verið rétt, verður fátt um svör. Að starfa sem sérfræðingur á stóru sjúkrahúsi hefur verið gefandi en að vera partur af og leggja sitt af mörkum til minna samfélags á landsbyggðinni gefur lífinu sérstaka ánægju og fyllingu, sem vart verður fundin annars staðar. En þegar öllu er á botninn hvolft skiptir mestu máli að gamli maðurinn við hliðið segi: „Þú gerðir þitt besta."

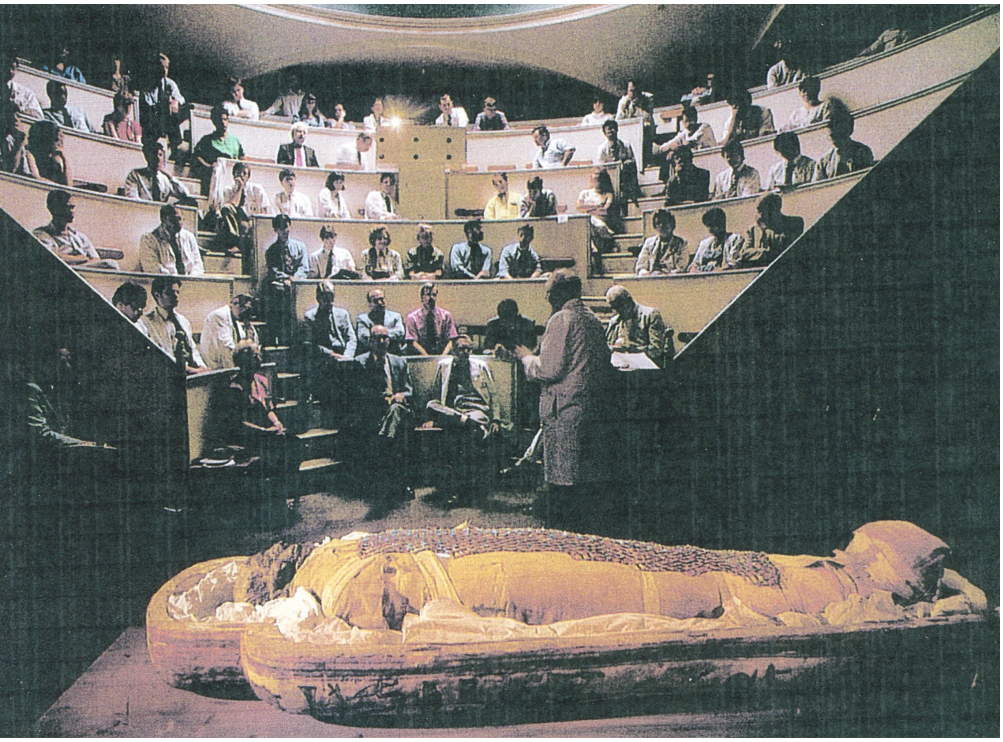


Ólafur Jónsson
Höfundur var á sínum tíma við sérfræðinám á Massachusetts General Hospital í Boston. Síðar svæfingalæknir á Borgarspítalanum í 33 ár.

Upphaf svæfinga og Eterhvelfingin í Boston

Hér verður sagt frá merkum atburði í sögu lækninganna sem átti sér stað í Boston fyrir tæpum 180 árum. Sýnt var fram á að hægt væri að gera skurðaðgerð án þess að sjúklingur fyndi sársauka. Þetta var á Massachusetts General Hospital 16. október 1846. Skurðaðgerðin var vegna æxlis í kjálka sjúklings. Svæfingalyfið var Diethyl Eter og var í glerkúlu sem í var svampur, mettaður með lyfinu. Sjúklingurinn, Gilbert Abbot, andaði etergufunni að sér meðan á aðgerðinni stóð og virtist sofandi. Þegar aðgerðinni lauk og hann hafði rankað við sér sagðist hann ekki hafa fundið sársauka. Skurðlæknirinn John Collins Warren, sem var forseti læknadeildar Harvard-háskóla, sagði þá fræg orð: „Gentlemen, this is no humbug." Sá sem annaðist svæfinguna hét William T. Morton og var tannlæknir. Á legstein á gröf hans stendur: „Inventor and revealer of inhalation anaesthesia. Before whom, in all time, surgery was agony. By whom pain in surgery was averted and annullet. Since whom, science has control of pain." Fréttin af þessum atburði barst fljótt til Evrópu og víðar þar sem aðferðin var tekin upp. Nýir tímar í sögu lækninganna voru hafnir.

Fyrir tíma svæfinganna var staða skurðlækna og sjúklinga erfið vegna þess að nær engin úrræði voru til þess að stilla sársauka við skurðaðgerðir. Mikil áhersla var á mikinn hraða við aðgerðir, svo sem aflimanir, vegna geysilegs sársauka sjúklinga. Vegna þess munu skurðstofur hafa verið hafðar nokkuð afsíðis svo síður heyrðust sársauka- og örvæntingarvein sjúklinganna.



Ether Dome og múmían Padihershef. Gömul mynd/ljósmyndarinn óþekktur.

Skurðstofan þar sem þetta gerðist var í elstu byggingu spítalans. Hann var stofnaður árið 1811 og var sá fyrsti í Nýja-Englandi. Þessi bygging stendur enn og mun í fullri notkun. Hún ber nafn arkitektsins, Charles Bulfinch. Efst í byggingunni fyrir miðju undir veglegu hvolfþaki var skurðstofan sem síðar fékk nafnið Ether Dome.

Þessi skurðstofa var í notkun til 1867. Síðan var hún notuð sem geymsla, svefnskáli og síðar matstofa hjúkrunarkvenna. Frá árinu 1892 hefur húsnæðið verið notað til fræðslustarfa. Þar er hátt til lofts og upphækkaðar sætaraðir í tæpan hálfhring og nútímatækni til staðar.

Nálægt 150 ára afmæli atburðarins var ákveðið að minnast þessa með viðeigandi hætti. Nokkrir læknar tóku sig saman og fengu til liðs við sig listmálara, myndatökumenn og förðunarmeistara. Í leikhúsi fengu þeir búninga tíðarandans. Settu svo atburðinn á svið. Afraksturinn var málverk sem nú er á áberandi stað í Ether Dome.

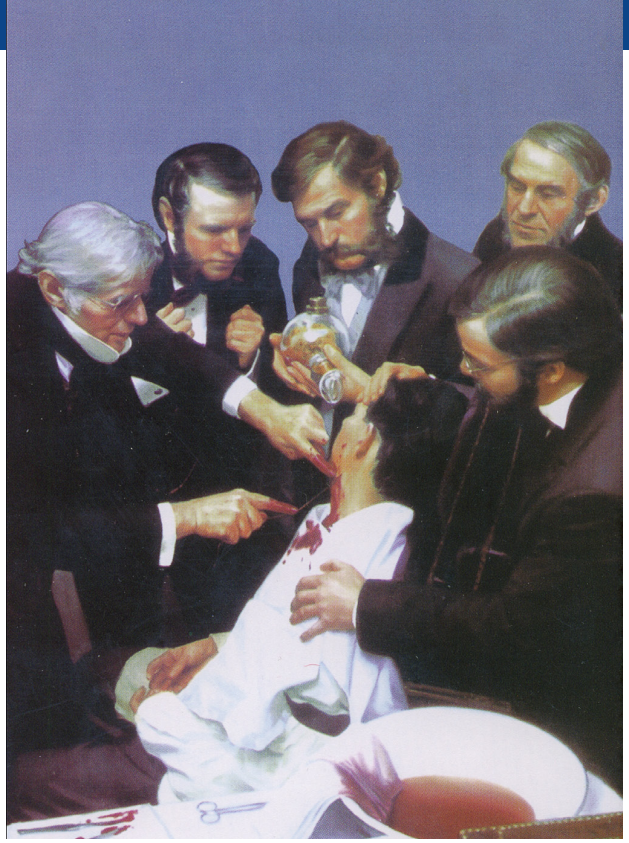
Til gamans má geta þess að árið 1823 var spítalanum gefin múmía frá Egyptalandi. Hún hefur áratugum saman verið geymd í Ether Dome og verið rannsökuð ítarlega, síðari árin með nútímatækni. Árið 1960 gat fræðimaður lesið myndletur (hýeróglífur) í kistunni. Múmían var af karlmanni sem uppi var í borginni Þebu um 600 f. Kr. á tímum 26. konungsættar. Hann hét Padihershef og starfaði sem leitarmaður að heppilegum grafarstæðum.

Þá er þarna stytta af guðinum Apolló sem meðal annars var guð visku og lækninga, sbr. upphaf hins forna Hippókratesareiðs: „Ég sver við Apolló, sem læknar, Asklepíus … að ég mun framkvæma eftir kunnáttu minni og dómgreind þennan eið." Styttan var gefin spítalanum árið 1845. Þetta er afsteypa

af styttu sem fannst í Róm á tímum endurreisnarinnar og er geymd í Páfagarði.

Árum saman hefur í Ether Dome farið fram fræðslustarfsemi ýmiss konar og fundir. Þar hafa meðal annars lengi farið fram vikulegar, formlegar, vandaðar, fræðandi og skemmtilegar æfingar í sjúkdómsgreiningum. Vel lærður læknir er látinn spreyta sig á greiningu á strembnu sjúkratilfelli og meðferð rædd. Þetta efni hefur síðan birst í *New England Journal of Medicine* undir heitinu: „Case Records of the Massachusetts General Hospital."

Þessi staður hefur þótt sögulega merkur og árið 1965 var Ether Dome skráð sem „National Historic Site" og mun opið almenningi.



Atburðurinn frá 1846 sviðsettur.
Ljósmynd af málverki/Andrew Ryan

HEILBRIGÐISSTOFNUN VESTURLANDS

Framkvæmdastjóri lækninga við HVE

Laus er til umsóknar staða framkvæmdastjóra lækninga við Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Akranesi.

Umsóknarfrestur til og með 21. apríl 2023

Heilbrigðisstofnun Vesturlands veitir fyrsta og annars stigs heilbrigðisþjónustu í heilbrigðisumdæmi Vesturlands í samræmi við lög og reglur á hverjum tíma. Þjónustan er veitt íbúum umdæmisins og öðrum sem eftir henni leita. Kjarnastarfsemin skiptist á þrjú svið eftir meginviðfangsefnum þ.e. heilsugæslu-, hjúkrunar- og sjúkrasvið.

Hæfnikröfur

- Fullgild réttindi sem læknir með sérfræðimenntun og íslenskt starfsleyfi
- Menntun og/eða reynsla á sviði stjórnunar í heilbrigðisþjónustu æskileg
- Góð þekking á íslensku heilbrigðiskerfi og lagaumgjörð
- Reynsla af mannauðsmálum og teymisvinnu
- Leiðtogahæfileikar, frumkvæði, áreiðanleiki, metnaður, jákvætt viðmót og samskiptahæfileikar
- Góð íslenskukunnátta og færni til að tjá sig í ræðu og riti

Helstu verkefni og ábyrgð

- Yfirmaður allrar læknisþjónustu stofnunarinnar og ber faglega ábyrgð á þeirri þjónustu sem undir hann heyrir skv. skipuriti
- Skipuleggur, samræmir og hefur umsjón með mönnun og framkvæmd læknisþjónustunnar
- Situr í framkvæmdarstjórn og ber ábyrgð með henni á áætlanagerð, rekstri og þjónustu auk annars
- Umsjón og eftirlit með gæðamálum, sýkingarvörnum ofl.
- Er formaður viðbragðsstjórnar og á sæti í lyfjanefnd

Nánari upplýsingar og umsóknir eru á : www.hve.is eða www.starfatorg.is. Laun skv. Læknafélagi Íslands

Starfshlutfall er 100% eða eftir samkomulagi. Þátttaka í klínísku starfi er eftir samkomulagi. Staðan veitist frá 1. september 2023.

Umsókn skal fylgja ítarlegar og staðfestar upplýsingar um nám og fyrri störf ásamt staðfestu afriti af starfsleyfi og prófskírteinum. Umsóknum fylgi kynningarbréf með rökstuðningi fyrir hæfni og sýn á starfið. Viðtöl verða höfð við umsækjendur og byggir ákvörðun á ráðningu á innsendum gögnum, umsögn stöðunefndar, viðtölum og umsögnum. Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin.

Nánari upplýsingar veitir: Jóhanna F. Jóhannesdóttir, forstjóri. Johanna.johannesdottir@hve.is

Sérfræðilæknar svara: – Hvernig varð sérgrein þeirra fyrir valinu? Hvar lærðu þeir? Hvaða ráð gefa þeir ungum læknum?



Haraldur Briem
fyrrverandi sóttvarnalæknir

Smitsjúkdómalækningar

Það var fyrir 49 árum. Ég var að ljúka héraðsskyldu minni í Vestmannaeyjum. Tími var kominn til að ákveða hvaða sérnám skyldi velja. Valið stóð á milli meinefnafræði og lyflækninga. Hafði starfað eitt eftirminnilegt ár á meinafræðideild Landspítala. Ég leitaði til Ólafs Ólafssonar landlæknis um ábendingar um framhaldsnám í lyflækningum í Svíþjóð. Hann tvínónaði ekkert, tók upp símann og hringdi í yfirlækni smitsjúkdómadeildar sjúkrahússins í Eskilstuna. Þar höfðu nokkrir íslenskir læknar auk Ólafs gert garðinn frægan, án þess þó að leggja smitsjúkdómalækningar fyrir sig sem sérgrein. Yfirlæknirinn vildi fá mig þegar í stað.

Það kom flatt upp á mig að smitsjúkdómalækningar skyldu nefndar til sögunnar. Þær höfðu ekki verið í sviðsljósinu í læknadeild enda litu margir svo á að smitsjúkdómar væru ekki vandamál lengur og tímabært að snúa sér að öðru. Sýklalyf og bólusetningar hefðu leyst málið. Enginn starfandi sérfræðingur í smitsjúkdómalækningum var hér á landi og fyrirmyndir því engar. Ég tók þegar í stað þá ákvörðun að leggja þessa sérgrein fyrir mig, kannski vegna þess að ég taldi að enginn annar væri að gera það eða kannski vegna þess að ekki væri allt sem sýndist. Eftir að ég hélt til framhaldsnáms í Svíþjóð frétti ég af öðrum lækni, Sigurði B. Þorsteinssyni, sem var í sérnámi í smitsjúkdómalækningum í Texas. Sigurður varð brautryðjandi í smitsjúkdómalækningum hér á landi og kom fræðigreininni á kortið. Hann stuðlaði að því að ég gat snúið heim að loknu sérnámi og var samvinna okkar náin í áratugi.

Eftir að ég kom til Eskilstuna lá leið mín til Stokkhóms á smitsjúkdómaspítala borgarinnar, mekku fræðigreinarinnar þar í landi. Mér er það minnisstætt þegar prófessorinn í faginu kallaði mig nýkominn á fund sinn og gerði mér það ljóst að ef til þess kæmi að hagsmunir klínískrar vinnu og rannsókna rækjust á, skyldi klíníska vinnan víkja fyrir rannsóknum! Mér brá nokkuð en skildi hann sem svo að ekki mætti slá slöku við vísindin. Ég held að mér hafi tekist að gæta nokkurs jafnvægis milli þessara sjónarmiða í starfinu. Smitsjúkdómar eru þess eðlis að þeir geta lagst á öll líffæri. Í doktorsnáminu kom sér reynslan frá meinefnafræðideild Landspítala vel þegar ég rannsakaði áhrif sýkinga á miðtaugakerfið. Þessu lauk svo með doktorsprófi frá Karolinska Institutet 1982.

Eftir heimkomuna til Íslands í ársbyrjun 1983 eftir 8 ára dvöl í Svíþjóð gerðust veður öll válynd. Alnæmisfaraldurinn var í aðsigi og óvissan mikil. Mikil búbót var þegar eldhuginn Sigurður Guðmundsson bættist í hóp smitsjúkdómalækna og síðar fylgdu fleiri í kjölfarið sem efldu stéttina. Við HÍ kenndi ég faraldsfræði smitsjúkdóma sem ég vil nefna farsóttafræði. Þessa fræðigrein þarf að stórefla enda mikilvæg til að skilja útbreiðslu farsótta og þróa viðbrögð við þeim.

Stjórnvöldum varð ljóst að bæta þyrfti löggjöf og stjórnsýslu sóttvarna og 1986 hófst vinna við það. Tók ég þátt í henni sem leiddi til nýrra sóttvarnalaga 1997. Eftir aldamótin 2000 og tilkomu fuglainflúensunnar og annarra ógna vegna sýkla og eiturefna beindust sjónir manna mjög að heilbrigðisöryggi á alþjóðavísu. Á þessum tíma var Davíð Á. Gunnarsson ráðuneytisstjóri áhrifamaður innan WHO. Ný alþjóðaheilbrigðisreglugerð WHO var samþykkt árið 2005 eftir talsverð átök. Ég var þá sóttvarnalæknir og kom að þeirri vinnu að hans tilhlutan.

Heillandi heimur smitsjúkdóma



Davíð Ólafsson
smitsjúkdómalæknir

Ég fékk áhuga á smitsjúkdómalækningum vegna þess góða fordæmis sem smitsjúkdómalæknar á Landspítala sýndu með vilja þeirra til að kenna og hafa samskipti við læknanema og sérnámslækna (sérstaklega þegar þeir reyndu að fá þig til að stoppa sýklalyf!)

Ég var einstaklega lánsamur að hafa haft tækifæri til að vinna með Sigurði Guðmundssyni þegar hann ákvað að enda ferilinn í „klíník“. Ég var á smitsjúkdómadeildinni og sýklafræðideildinni á sjötta árs valtímabilinu í læknadeild og var eftirminnilegt atvik frá því valtímabili þegar Sigurður bað mig um að hitta sig á skolinu á A7 og þegar ég kem þar inn sé ég hálfvandræðalegan Sigurð blanda saman hægðum, úr rennilåspoka, í bikarglas og svo sía blönduna með kaffisíu til undirbúnings fyrir saurörveruígræðslu. Það setti annan snúning á gefa skít í sjúklinginn!

Ég fór í kjölfarið til Bandaríkjanna sumarið 2019 þar sem ég lærði lyflækningar við University of Iowa og útskrifaðist þaðan sumarið 2022. Ég hafði ekki tekið lokaákvörðun um að sérhæfa mig í smitsjúkdómum þó það væri efst á blaði og á tímabili, þegar ákveðin veirupest var að ganga um, missti ég næstum allan áhuga á smitsjúkdómum og daðraði við gigtarlækningar, ónæmisfræði eða lungnalækningar.

Sem betur fer sá ég villu míns vegar og nú legg ég stund á sérnám í smitsjúkdómalækningum við Washington University í Saint Louis sem ég mun klára í júlí 2024. Starf mitt þar hefur kveikt áhuga minn á fíknisjúkdómum og tengdum fylgikvillum sem ég mun vinna nánar með og stunda rannsóknir á.

Félags íslenskra heimilislækna

Vísinda- og þróunarstyrkir
Vorúthlutun 2023

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna (FÍH) úthlutar styrkjum til vísinda- og þróunarverkefna á sviði heilsugæslu tvisvar á ári. Lögð er áhersla á að styrkja rannsóknir í heimilislækningum, um heimilislækningar og á forsendum heimilislækninganna sjálfra. Sjóðurinn veitir einnig **sérstaka starfsstyrki** til slíkrar vinnu.

Umsóknir um vorúthlutun fyrir styrkárið 2023 þurfa að berast sjóðnum **fyrir 20. apríl** næstkomandi. Umsóknir sem berast eftir þann tíma verða ekki teknar til greina.

Umsóknum ber að skila rafrænt til Margrétar Aðalsteinsdóttur (**margret@lis.is**), hjá Læknafélagi Íslands, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi, ásamt rannsókn- ar- og fjárhagsáætlunum eða framgangsskýrslu ef um endurumsókn sama verkefnis er að ræða.

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

Starfsstyrkir geta verið allt frá 1 til 12 mánaða í senn. Upphæð starfsstyrks miðast við fasta upphæð sem svarar til dagvinnulauna styrkþega og er þá tekið mið af menntun og starfsaldri, þó aldrei hærri en sem svarar dagvinnulaunum yfirlæknis í heilsugæslu. Sé styrkþegi starfandi á heilbrigðisstofnun innan heilsugæslunnar leggur stjórn Vísindasjóðsins til að styrkurinn verði greiddur beint til þeirrar stofnunar. Á móti komi að forsvarsmenn stofnunarinnar sjái til þess að styrkþegi haldi áfram starfi sínu, óbreyttum launum og réttindum, en fái jafnframt tíma til að sinna rannsóknarstörfum á dagtíma. Sjóðurinn veitir að jafnaði starfsstyrki til verkefna sem krefjast minnst tveggja mánaða vinnu eða meir.

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

Nánari upplýsingar veitir

Emil L. Sigurðsson (emilsig@hi.is)

Stjórn Vísindasjóðs FÍH

Samfélagsmiðlar, fjölmiðlar og óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu



Dögg Pálsdóttir
framkvæmdastjóri og lögfræðingur LÍ

Í vaxandi mæli verða læknar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn fyrir því að sjúklingar eða aðstandendur þeirra nota samfélagsmiðla til að fjalla um samskipti sín og heilbrigðiskerfisins, ekki síst ef þeir telja að eitthvað hafi farið úrskeiðis í þeim samskiptum. Sjúklingar og aðstandendur fjalla, eins og gefur að skilja, eingöngu um samskiptin eins og þau blasa við þeim, en hika þó oft ekki við að nafngreina heilbrigðisstarfsfólk sem kom að meðferð þeirra, án samþykki þeirra.

Leikurinn hér er því býsna ójafn. Bæði lagaákvæði, sem gilda um trúnaðar- og þagnarskyldu starfsmanna í heilbrigðisþjónustu og siðareglur allra sem sett hafa sér slíkar reglur, geyma fortakslausa reglu um að óheimilt sé að fjalla opinberlega um málefni sjúklinga nema með samþykki þeirra.

Þetta kemur meðal annars fram í nýjum siðareglum lækna frá 2021. Í 2. mgr. 11. gr. siðareglnanna segir um trúnað:

> Lækni er óheimilt að skýra frá heilsufari, sjúkdómsgreiningu, horfum, meðferð eða öðrum einkamálum sjúklinga eða afhenda gögn með upplýsingum sem sjúklingar hafa skýrt honum frá eða hann hefur með öðrum hætti fengið vitneskju um í starfi sínu nema með samþykki sjúklings, eftir úrskurði dómara eða samkvæmt lagaboði. Þetta á einnig við eftir andlát sjúklings.

Og jafnframt:

> Læknir skal ávallt gæta persónuverndar. Gæta skal sérstakrar varúðar við notkun samfélagsmiðla og í netsamskiptum. Læknir skal ekki hefja samskipti um tölvupóst eða spjallrásir nema með samþykki sjúklings og setja skýr mörk á milli faglegrar umfjöllunar og ráðgjafar annarsvegar og persónulegra málefna læknis hinsvegar.

Lagaákvæðin sem gilda um trúnaðar- og þagnarskyldu allra sem starfa í heilbrigðisþjónustu, eru jafnskýr. Í 1. mgr. 12. gr. laga um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 segir:

> Starfsmaður í heilbrigðisþjónustu skal gæta fyllstu þagmælsku um allt það sem hann kemst að í starfi sínu um heilsufar sjúklings, ástand, sjúkdómsgreiningu, horfur og meðferð ásamt öðrum persónulegum upplýsingum. Þagnarskyldan helst þó að sjúklingur andist og þó að starfsmaður láti af störfum.

Samkvæmt 2. mgr. 13. gr. sömu laga getur samþykki sjúklings eða forráðamanns leyst starfsmann undan þagnarskyldu. Sambærileg fyrirmæli um trúnaðar- og þagnarskyldu eru í 1. og 2. mgr. 17. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012.

Umfjöllun sjúklinga eða aðstandenda á samfélagsmiðlum um samskipti sín við heilbrigðiskerfið ratar iðulega í fjölmiðla. Blaðamenn leita oftast, áður en frétt er birt, eftir viðbrögðum viðkomandi starfsmanns. Undantekningarlaust tjáir viðkomandi sig þó ekki. Hann telur fyrrgreind ákvæði laga- og siðareglna um trúnaðar- og þagnarskylduna, binda hendur sínar og gera sér óheimilt að tjá sig um málið, jafnvel þó málflutningur sjúklingsins eða aðstandenda sé bjagaður, misvísandi og mögulega beinlínis rangur. Fjölmiðlar birta því eingöngu hlið sjúklings, en bæta stundum myndbirtingu við, án samþykkis heilbrigðisstarfsmanns.

Með svona umfjöllun fær almenningur einhliða mynd af málavöxtum Dómstóll götunnar hikar þó ekki við að fella dóma og frásögnin grefur undan trausti almennings á heilbrigðiskerfinu, veldur viðkomandi starfsmanni, fjölskyldu hans og raunar heilbrigðisstarfsfólki almennt, ómældu hugarangri og ama, með ófyrirsjáanlegum afleiðingum.

Það er mikilvægt að óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu séu rannsökuð og skoðuð. Ekki til að finna sökudólga til að refsa af dómstóli götunnar á samfélagsmiðlum eða í fjölmiðlum, heldur til að „finna á þeim skýringar og tryggja eftir því sem kostur er að slík atvik eigi sér ekki aftur stað“ eins og segir í 2. mgr. 10. gr. laga um landlækni og lýðheilsu.

Heilbrigðiskerfið glímir við mönnunarvanda. Óvægin umfjöllun um óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu er síst til þess fallin að bæta þann vanda. Þvert á móti er hún líkleg til að fæla heilbrigðisstarfsmenn frá því að vinna lengur í þessu kerfi og er sú þróun mögulega þegar hafin. Allt heilbrigðisstarfsfólk getur speglað sig í þeim kringumstæðum að lenda í að óvænt atvik verði á þeirra vakt og má ekki til þess hugsa að lenda í því fárviðri sem reynslan sýnir að getur fylgt á samfélagsmiðlum og í fjölmiðlum. Víða í nágrannalöndum okkar eru mun strangari reglur en hér sem gilda um nafn- og myndbirtingar. Læknafélagið hefur bent á að setja þurfi skýr ákvæði hér á landi til að verja starfsfólk fyrir nafn- og myndbirtingum, ekki síst meðan mál eru á rannsóknarstigi. Samhliða þarf að skoða hvort ekki þurfi að leyfa heilbrigðisstarfsfólki að minnsta kosti að leiðrétta frásagnir sjúklinga og aðstandenda þeirra af óvæntum atvikum, reynist þær bjagaðar, misvísandi eða rangar.

Læknafélag Íslands hefur margsinnis vakið athygli heilbrigðisyfirvalda á hversu varhugaverð og jafnvel hættuleg þessi þróun er og kallað eftir aðgerðum. Það ætlar enginn heilbrigðisstarfsmaður að valda óvæntu atviki í meðferð sinni á sjúklingi. Telja fjölmiðlar sem ganga hart fram í umfjöllunum um mál af þessu tagi að ásetningur hafi legið að baki því sem úrskeiðis fór? Staðreyndin er sú að þegar eitthvað fer úrskeiðis í heilbrigðisþjónustu, er ástæðan oftast kerfislæg, til dæmis mönnunarvandi og of mikið álag. Það er sjaldnast einum um að kenna og jafnvel tilviljun hvaða heilbrigðisstarfsmaður er á vaktinni þegar hið óvænta atvik verður.

Doktorsvörn frá Háskóla Íslands:
Tómas Andri Axelsson

Tómas Andri Axelsson varði doktorsritgerð sína í læknavísindum við læknadeild Háskóla Íslands 17. mars 2023. Ritgerðin heitir: *Árangur eftir kransæðahjáveituaðgerðir.*

Andmælendur voru Ivy Modrau, dósent og hjartaskurðlæknir við Háskólasjúkrahúsið í Árósum, og Katrín Ragna Kemp Guðmundsdóttir, hjartalæknir á Landspítala og á Hjartamiðstöðinni. Umsjónarkennari og leiðbeinandi var Tómas Guðbjartsson, prófessor, og auk hans sátu í doktorsnefnd Arnar Geirsson, prófessor við Yale, Karl Andersen og Sigurbergur Kárason, prófessorar við læknadeild Háskóla Íslands.

Úr ágripinu

Kransæðasjúkdómur er algengasta dánarorsök í heimi. Meðal alvarlegra fylgikvilla sjúkdómsins eru drep í hjartavöðva, hjartabilun, alvarlegar hjartsláttartruflanir og skyndidauði. Kransæðahjáveituaðgerð er talin besta meðferð við dreifðum kransæðasjúkdómi eða þrengslum í vinstri höfuðstofni. Doktorsverkefnið byggist á fjórum vísindagreinum sem lýsa rannsóknum sem höfðu það markmið að kanna árangur af kransæðahjáveituaðgerðum og afdrif skilgreindra undirhópa sjúklinga sem gangast undir slíkar aðgerðir.



Tómas Axel í anddyri Háskóla Íslands daginn sem hann varði doktorsritgerð sína. Mynd/Gunnar Sverrisson

Doktorinn

Tómas Andri er stúdent frá náttúrufræðibraut MR 2008 og lauk embættisprófi frá læknadeild HÍ 2014. Hann leggur stund á þvagfæraskurðlækningar á Danderyd-sjúkrahúsinu í Stokkhólmi.

Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildir þú verða læknir?

Ég hafði áhuga á líffræði og mannslíkamanum í gegnum skólagönguna. Eftir menntaskóla lá beinast við að þreyta inntökuprófið án þess að mér hafi fundist það vera stór ákvörðun þá. Fyrstu árin fannst mér ekkert svakalega gaman fyrir utan einstaka fög en þegar klínísku árin komu fannst mér þetta smella og ákvörðunin vera rétt.

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

Fyrir mig reyndi þetta mikið á, sérstaklega lokahnykkurinn þar sem ég var kominn djúpt í sérnám í allt öðru fagi (7/10).

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Ég held það séu fá störf jafn erfið og að vera heilbrigðisráðherra. Heilbrigðiskerfið er svo margslungið og margt sem þarf að huga að. Þó ég hafi ekki unnið á Íslandi í 5 ár virðist uppsafnaður vandi með skort á leguplássum hrjá Landspítala. Ég myndi þess vegna reyna að gera allt til þess að auka fjölda leguplássa og flæði sjúklinga yfir á aðrar stofnanir en Landspítala eftir að meðferð þar er lokið. Einnig er nauðsynlegt að hafa gott samstarf milli sjálfstætt starfandi sérfræðinga og Landspítalan.

Hvaða bók, þættir, músík, líkamsrækt er best?

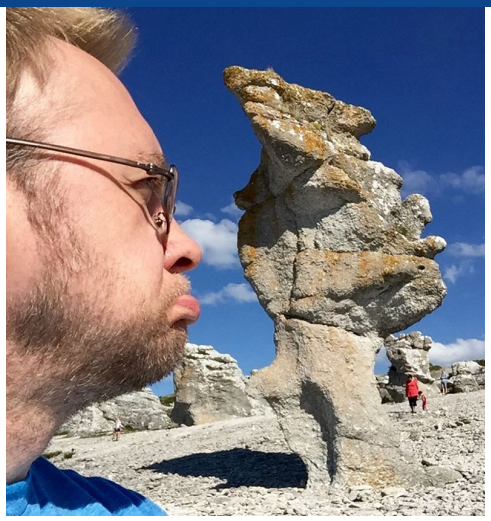
Af þeim bókum sem ég hef lesið á síðustu árum er *Hyperion* sú eftirminnilegasta, ég er hrifinn af vísindaskáldsögum. *Seinfeld* eru alltaf bestu þættirnir, *Curb Your Enthusiuasm* í öðru sæti.

Ég hlusta mest á Mac De Marco og Unknown Mortal Orchestra undanfarið.

Eina líkamsræktin sem ég hef tíma fyrir undanfarið er að hlaupa, þó mér finnist það ekki endilega það skemmtilegasta eða besta. Myndi heldur kjósa golf eða fótbolta ef ég hefði tíma.“

Hvað er skemmtilegast að gera þegar þú ert ekki í vinnunni?

Hreyfa mig, eyða tíma með strákunum mínum og horfa á góða mynd eða þáttaröð. Það er því miður ekki meira spennandi en það! Hart rútínulíf þegar maður á tvö börn undir 5 ára aldri og bæði ég og sambýliskona mín í fullri vinnu.



Ragnar Logi Magnason
heimilislæknir og verðandi öldrunarlæknir

Kuldatíð

Læknar eru undantekningarlítið duglegt og drífandi fólk sem gengur í gegnum ýmsa herðandi hreinsunarelda í sínu starfsþroskaferli. Þar er sáð hugmyndinni um hinn sterka ólýjandi fagmann sem getur orðið stór hluti sjálfsmyndarinnar. Ef maður hneigðist til stéttarmonts gæti maður freistast til að halda því fram að seiglustig læknahópsins sé að líkindum í hærra lagi og skrápurinn hita- og kuldaþolnari en gengur og gerist.

Flest okkar hafa synt lengi í straumþungu álagsfljóti með reglulegum vatnavöxtum. Á mínu svamli áður fyrr talaði ég um „franskbrauðsvæðingu" þjóðfélagsins í tengslum við fjölgun fólks með „svokallaða kulnun". Launin fyrir hrokann voru stór sneið af hógværðarböku þegar undirritaður varð sjálfur fyrir kælivagninum á Háannastræti. Eftir ákeyrsluna tók við löng glíma við að nálgast kjörhitastig þar sem öllum brögðum var beitt.

Í glímunni velti ég fyrir mér hvort persónuleikaþættir útsettu lækna fyrir kulnun. Óhófleg samviskusemi eða fullkomnunarhyggja, meðfædd eða áunnin. Rannsókn á 855 pólskum læknanemum 2017 kannaði hvort þeir hefðu ríkari tilhneigingu en aðrir til áráttu og þráhyggju. Rannsóknin benti ekki til þess, sem er ekki í samræmi við mína tilfinningu að eiginleikarnir séu útbreiddir í okkar hóp. Sjálfur hefur maður verið staðinn að verki í vinnu (og heima) við óskilvirkt og tímafrekt snurfus eða dítl-umdútl og vændur um að vera ekki eins og fólk er flest. Fyrst er afneitunin alger í þéttri vörn en svo lítur maður inn á við í augnablik og viðurkennir að hugsanlega gæti verið í gangi „oggu ponsu OC, en ekki með D-inu sko".

Langir vinnudagar hafa verið nefndir í kulnunarumræðunni. Þetta getur varla verið meginskýring þar sem læknar hafa alla tíð unnið mikið. Stórkostleg aukning á ónauðsynlegu áreiti alls staðar frá er hugsanlega stór orsakaþáttur.

Vottorðavinna, samfélagsleg skaðabótavæðing, skráningarskylda og stöðugur ínáanleiki eru nú alls ráðandi. Maður verður hálftómur eftir langan dag með því sem á ensku heitir bullshit work. Í sístreymi frétta- og samfélagsmiðla hafa því miður farið fram mannorðsaftökur okkar fólks án dóms og laga fyrir ætluð mistök, án þess að það geti, sökum trúnaðarskyldunnar, borið hönd fyrir höfuð sér. Umkvartendur geta hins vegar tjáð sig óhindrað og þannig fengið einhverja útrás fyrir þá vanlíðan og sorg sem að steðjar, hvort sem grundvöllur ásakana er traustur eður ei.

Minnast verður á breytt lífsmynstur fjölskyldna í fuglabjargi áreitisins. Skyldi staðalímynd feðraveldisins vera útdauð eða var hún nokkurn tímann til? Hann er í það minnsta ekki auðfinnanlegur virðulegi læknirinn og y-berinn sem kemur heim eftir góðan vinnudag þar sem hann upplifir gagnsemi, virðingu og mannsæmandi laun sem duga lipurlega fyrir snyrtilegu húsi þar sem eftir vinnu bíður hugguleg fjölskyldan, velgdir inniskór, dagblaðið, síðdegislúrinn og þar á eftir borðhald við kótelettur í raspi með Ora grænum og inniföldu uppvaski.

Nei, eftir nútíma vinnudag hefst hin tilveran, heimilishald og uppeldi þar sem karlar eru að koma sterkari inn en foreldrarnir með samhverfu litningana bera þó ennþá þyngri byrðar.

Ekki þykir duga lengur að börnin gangi um símalaus, sjálfala, með lykil um háls og hor út á kinn eins og í den. Nú skal „hámarka" og „besta" uppeldið með skutli bæjarenda á milli á íþróttaæfingar, í tónlistarnám og til sálfræðinga á námskeið í sjálfsstyrkingu og vináttuþjálfun. Svo er brunað í sjúkraþjálfun til að vinna með vöðvabólgu og ranga líkamsstöðu þar sem snjalltæki koma klárlega við sögu en við tökum þar samt hálfmeðvitaða ákvörðun um að stinga höfðinu í sandinn af ótta við að hugsa afleiðingar snjalltækninnar til enda.

Foreldrar eiga að fylgjast með námi barna sinna af kostgæfni og ekki duga lengur foreldrafundir, stjörnukladdar og heimsendir kennaramiðar með hrósi eða lasti. Það þarf að gjörgæsluvakta heimasíður og samskiptaforrit og lesa þar úr torræðum skilaboðum á stofnanamáli sem vönustu vottorðasmiðir klóra sér í kollinum yfir. Á foreldrafundinum er svo rætt um það hvar hver situr með hverjum en minna en áður rætt um tæpan lestrarskilning. Hugsanlega spilar þar inn í að einkunnir eru orðnar illtúlkanlegri eftir að kerfinu var breytt í anda jafnaðarsinnaðrar hugtakaverðbólgu og virðast nú allir krakkar fá B í einkunn því það má helst engan styggja. Hvort það sé B með plús eða mínus getur svo reyndar skipt sköpum fyrir framtíð barnsins, samkvæmt smáa letrinu.

Helsti aflgjafi eilífðarvélar streitu er samfélagsdrifið samviskubit og óttavæðing framleidd af frétta- og félagsmiðlum fyrir fleiri smelli en markaðssálfræðingar hafa fyrir þó nokkru fundið út að 2H nálgunin framleiðir flesta smellina (hrós og hræðsla). Bak við allt saman virðast svo vera öfl sem eiga það sameiginlegt að vera að selja eitthvað. Útburðir voru meðal skelfilegustu drauga fyrri alda. Þá var þegar þekktur annar er Samanburður heitir. Hann var þá ekki talinn sérlega öflugur en hefur nú vaxið mjög og eflst, orðinn hræðilegastur allra drauga. Sammi er þó ekki alslæmur og drífur okkur stundum til góðra verka, stunda útlits- og heilsurækt, til að mynda með maraþonhlaupum, fylliefnum og Everestklifri enda vill maður ekki missa heilsuna, hún er jú dýrmætust.

Auglýsing

Auglýsing