Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



LEIÐARAR Ingileif Jónsdóttir, Michael Clausen

RITRÝND GREIN Brjóstagjöf íslenskra kvenna. Tímalengd og þróun á heilli öld

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ Oddur Steinarsson

RÖNTGENLÆKNINGAR Birna Jónsdóttir, Hjalti Már Þórisson

12/2023 109. árgangur: 541-592



Ábendingar:[1]

Staðfestur kransæðasjúkdómur

Praluent er ætlað fullorðnum með staðfestan kransæðasjúkdóm **til að draga úr hættu á hjarta- og æðasjúkdómum með því að lækka gildi LDL-kólesteróls**, sem viðbótar-meðferð við leiðréttingu á öðrum áhættuþáttum:

- í samsetningu með hámarksskammti af statíni sem þolist, með eða án annarri fitulækkandi meðferð eða,
- eitt og sér eða í samsetningu með annarri fitulækkandi meðferð hjá sjúkingum sem ekki þola statín eða þegar frábending er fyrir notkun statíns.

Sjá kafla 5.1 vegna niðurstaðna rannsókna á áhrifum á LDL-kólesteról, hjarta- og æðatilvik og þýði sem var rannsakað.

Frumkomin kólesterólhækkun í blóði og blönduð blóðfituröskun

Praluent er ætlað, til viðbótar við ákveðið mataræði, til notkunar hjá fullorðnum með frumkomna kólesterólhækkun í blóði (arfblendna ættgenga kólesteról-hækkun og kólesterólhækkun sem ekki er arfgeng) eða blandaða blóðfituröskun:

- í samhliðameðferð með statíni eða statíni með öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ná ekki viðmiðunarmörkum LDL-kólesteróls með hámarks þolanlegum skammti af statíni eða
- í einlyfjameðferð eða samhliða öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ekki þola statín eða mega ekki nota statín.

1. Samantekt á eiginleikum Praluent, www.serlyfjaskra.is.

Praluent 75 mg, 150 mg og 300 mg stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna
Praluent 75 mg og 150 mg stungulyf, lausn í áfylltri sprautu

Heiti virkra efna
Alirocumab.

Ábendingar

Frumkomin kólesterólhækkun í blóði og blönduð blóðfituröskun
Praluent er ætlað, til viðbótar við ákveðið mataræði, til notkunar hjá fullorðnum með frumkomna kólesterólhækkun í blóði (arfblendna ættgenga kólesterólhækkun og kólesterólhækkun sem ekki er arfgeng) eða blandaða blóðfituröskun: í samhliðameðferð með statíni eða statíni með öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ná ekki viðmiðunarmörkum LDL-kólesteróls með hámarks þolanlegum skammti af statíni eða; í einlyfjameðferð eða samhliða öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ekki þola statín eða mega ekki nota statín.

Staðfestur kransæðasjúkdómur
Praluent er ætlað fullorðnum með staðfestan kransæðasjúkdóm til að draga úr hættu á hjarta og æðasjúkdómum með því að lækka gildi LDL-kólesteróls, sem viðbótarmeðferð við leiðréttingu á öðrum áhættuþáttum: í samsetningu með hámarksskammti af statíni sem þolist, með eða án annarri fitulækkandi meðferð, eða; eitt og sér eða í samsetningu með annarri fitulækkandi meðferð hjá sjúklingum sem ekki þola statín eða þegar frábending er fyrir notkun statíns. Sjá SmPC vegna niðurstaðna rannsókna á áhrifum á LDL-kólesteról, hjarta og æðatilvik og þýði sem var rannsakað.

Frábendingar
Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.

Markaðsleyfishafi
Sanofi Winthrop Industrie.

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

SAIS.ALI.23.10.01 - Október 2023

vistor

sanofi



Linda Ósk Árnadóttir er sérnámslæknir í skurðlækningum á Västerås-sjúkrahúsinu og verður fullnuma eftir eitt ár. Hún er meðal annarra í fararbroddi lækna sem fordæma árásir á Gaza. Mynd/aðsend

Læknar hlusti á neyðaróp kollega á Gaza

„Ég vil hvetja lækna til að halda áfram að hafa áhrif og hlusta á neyðaróp kollega sinna sem standa í óhugsandi aðstæðum á Gaza að öllu leyti," segir Linda Ósk Árnadóttir læknir. 400 læknar hvetja stjórnvöld til aðgerða

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Mér finnst átakanlegt að sjá að ríkisstjórnin á Íslandi beitir sér ekki á neinn hátt fyrir friði," segir Linda Ósk Árnadóttir, sérnámslæknir í skurðlækningum á Västerås-sjúkrahúsinu í Svíþjóð.

400 læknar og 254 hjúkrunarfræðingar sendu í nóvember hvor sitt bréfið til íslenskra stjórnvalda með þeirri einlægu ósk og kröfu um að óskað yrði eftir tafarlausu vopnahléi á Gaza. Þeir vilja að árásir Ísraels á óbreytta borgara og heilbrigðisþjónustu á Gaza verði fordæmdar og báðu stjórnvöld um að beita sér fyrir því að meintir stríðsglæpir Ísraela gagnvart íbúum Palestínu yrðu rannsakaðir. Þeir minntu einnig á ákvæði fjórða Genfarsáttmálans.

„Læknar og hjúkrunarfræðingar og aðrir þeir sem hjálpa fórnarlömbum stríðsins verða að geta unnið starf sitt. Ekki má ráðast á sjúkrabíla eða sjúkrahús eða annað húsnæði þar sem særðum er hjúkrað," er áréttað af læknunum 400.

Linda, Stella Rún Guðmundsdóttir og Ragna Sigurðardóttir hrundu ákalli læknanna af stað. Linda ferðast reglulega til Palestínu, var sjálfboðaliði þar árið 2009 með International Solidarity Movement, og var um nokkurra mánaða skeið sjálfboðaliði á meðal annars færanlegum heilsugæslustöðvum og vann sem læknanemi á skurðsjúkrahúsi í Nablus. Maðurinn hennar, Yousef Ingi Tamimi svæfingahjúkrunarfræðingur, er af palestínskum ættum og leiddi hvatningu hjúkrunarfræðinganna ásamt Önnu Tómasdóttur.

„Já, þessi staða hefur gífurleg áhrif á fjölskylduna," segir Linda en þau Yousef Ingi eiga tvo syni og hann föðurfjölskyldu á Vesturbakkanum og í Jerúsalem. „En við erum meðvituð um að þetta er ekki okkar harmleikur heldur þeirra sem standa í skotlínunni. En við reynum að vera sterk og gera eitthvað." Þau skipuleggi mótmæli, mæti í þau og skrifi greinar. „Heimilishaldið hefur því verið ólíkt því sem er vanalega undanfarinn mánuð," segir hún.

Forkólfar Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar hafa líkt norðurhluta Gaza við grafreit. Tedros Adhanom Ghebreyesus, framkvæmdastjóri stofnunarinnar, sagði árás Ísraelshers á Al-Shifa, stærsta sjúkrahús Gaza, ólíðandi. Sjúkrahús væru ekki vígvellir. Fréttir eru sagðar af því að nær ómögulegt sé að reka sjúkrahús þar vegna átakanna og rafmagnsleysis.

Fréttastofa RÚV greindi frá því um miðjan mánuðinn að 200 manns lægju í fjöldagröf við Al-Shifa-spítalann, 2000 manns væru innlyksa á sjúkrahúsinu og kæmust hvergi. Rauði hálfmáninn segði 14.000 nú á næststærsta spítalanum, Al-Quds. Al-Sweidi-klíníkin hefði verið eyðilögð og þá 500 innandyra. Ekkert útlit væri fyrir að erfið staða á sjúkrahúsum Gaza breyttist í bráð.

Linda segir átökin snerta alla þætti læknisstarfsins. „Læknarnir gera aðgerðir án svæfinga og verkjalyfja. Þeir sjá um nýfædd börn og fyrirbura, og almenna borgara, án þess að geta veitt þeim rétta meðferð." Þá mæti meðferðir vegna krabbameina og annarra sjúkdóma afgangi. Heilbrigðisstarfsfólk og fjölskyldur þeirra séu jafnvel skotmörk. „Læknar ættu því að leggja sitt af mörkum til að hjálpa almennum borgurum í Palestínu."

Linda segist strax hafa fundið mikinn stuðning lækna. „Ég upplifi það í þessum læknahópi og almennt í samfélaginu að fólk finni sig máttvana en vilji hafa áhrif. Það upplifi að geta ekkert gert til að hafa áhrif á ástandið. En ég er ósammála því. Við getum öll haft einhver áhrif og við læknar erum bæði í ábyrgðar- og forréttindastöðu til að hafa áhrif á stjórnvöld."

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Berglind Jónsdóttir
Halla Viðarsdóttir
Lilja Sigrún Jónsdóttir
Oddur Ingimarsson
Ólöf Jóna Elíasdóttir
Sæmundur Rögnvaldsson

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



547

Ingileif Jónsdóttir

Nóbelsverðlaunin í líf- eðlisfræði eða læknisfræði 2023

Nóbelsverðlaunin í læknisfræði voru í ár veitt Katalin Karikó og Drew Weissman fyrir grundvallaruppgötvanir þeirra á breytingum á núkleósíðbösum, sem gerðu kleift að þróa verndandi mRNAbóluefni gegn COVID-19 á methraða.



549

Michael Clausen

Brjóstagjöf og brjóstamjólk er heilsuávinningur fyrir móður og barn

Í skýrslu frá UNICEF kemur fram að börn í velferðarríkjum eru ólíklegri til að vera á brjósti borið saman við börn í fátækari löndum. Þau eru einnig ólíklegri til að vera eingöngu á brjósti fyrstu fimm mánuði ævinnar. Meltingarflóra ungbarna í þróunarríkjum verður fyrr fjölbreyttari og með hagstæðari bakteríum fyrir ónæmiskerfið en í velferðarríkjum.

FRÆÐIGREINAR

551

Þóra Steingrímsdóttir, Ingibjörg Eiríksdóttir, Elín Ólafsdóttir, Laufey Tryggvadóttir

Brjóstagjöf íslenskra kvenna, tímalengd og þróun á heilli öld

Aukning sem varð á lengri brjóstagjöf á síðustu áratugum á Íslandi er í samræmi við rannsóknaniðurstöður frá Evrópulöndum 1975-2000, þar sem Norðurlöndin og flest Norður-Evrópulönd efldu brjóstagjöf á svipuðum tíma. Hár líkamsþyngdarstuðull og reykingar móður eru mikilvægar áhrifsbreytur í rannsóknum á brjóstagjöf og í þessari rannsókn eru vísbendingar um neikvæð áhrif á tímalengd brjóstagjafar.

560

Rebekka Rós Tryggvadóttir, Páll Helgi Möller, Halla Viðarsdóttir

De Garengeot-kviðslit – sjúkratilfelli mánaðarins

Algengasta birtingarmynd De Garengeot-kviðslits er aum fyrirferð í nára hægra megin. Roði í nára er algengari ef rof er á botnlanganum. Þessi líffærafræðilegu þrengsli gera það að verkum að líkur á að sýking dreifist yfir í kviðarholið eru minni en ef botnlanginn er innan kviðarhols og því yfirleitt ekki merki um líffhimnubólgu hjá einstaklingum með De Garengeot-kviðslit.

564

Magnús Haraldsson

Klínísk skoðun og aðferðafræði. Geðskoðun

Við mat á geðrænum veikindum er lykilatriði að gera vandaða geðskoðun. Geðskoðun er oftast samtvinnuð töku sjúkrasögu og söfnun heilsufarsupplýsinga. Eins og við líkamsskoðun er best að geðskoðun sé gerð skipulega þar sem horft og spurt er eftir ákveðnum þáttum í útliti, hegðun og hugsun einstaklingsins.

Á FORSÍÐU



Nóbelsverðlaun

Alfred Bernhard Nóbel (1833-1896) var sænskur efnafræðingur og uppfinningamaður. Hann var sannur endurreisnar- og málamaður, altalandi á sænsku, ensku, þýsku, frönsku, rússnesku og ítölsku, og reyndi fyrir sér í skáldskap. Nóbel var vart einhamur, fékk meðal annars 355 einkaleyfi, og stofnaði Bofors-vopnaverksmiðjurnar. – Nítróglýcerín var uppgötvað skömmu fyrir miðja 19. öld, en var mjög óstöðugt efni. Árið 1867 tókst Alfred að auka stöðugleika þess með því að blanda því við kísilgúr. Hann kallaði efnið dýnamít. Eins og nærri mátti geta í fallvöltum heimi var það ekki eingöngu notað í friðsamlegum tilgangi. Í erfðaskrá Nóbels var miklum fjármunum varið til að koma á fót verðlaunum á fimm sviðum: bókmenntum, efnafræði, eðlisfræði, læknisfræði og líffeðlisfræði, og jafnframt sérstök verðlaun til að styrkja og ákalla frið í heiminum.

Úr grein Sigurðar Guðmundssonar á bls. 578

UMFJÖLLUN OG GREINAR

570

„Ég er ekki hættur“

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Landspítali framleiðir nokkurn fjölda hjúkrunarsjúklinga á hverju ári sem ekki hefðu þurft að verða það, segir Jón Snædal öldrunarlæknir og prófessor. Hann fer yfir ferilinn með *Læknablaðinu* í aðdraganda málþings honum til heiðurs en segist þó hvergi hættur. Stoltastur er hann af Minnismóttökunni og mest krefjandi á ferlinum sé biðin eftir þjónustu sem of margir þurfa að þola



574

Blóðbankinn biðlar til yfirvalda að fá að vera í fremstu röð

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Um 20 landsmenn fara árlega í blóðmyndandi stofnfrumumeðferð eftir kröftugar krabbameinsmeðferðir. Áður voru sjúklingar sendir úr landi. Blóðbankinn hefur barist fyrir að blóð hans verði kjarnsýruskimað. Sveinn Guðmundsson yfirlæknir vill sjá Ísland verða með fyrstu löndum til að fá rauðu blóðkornin smithreinsuð

576

Á toppnum í Nepal



Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



„Já, þetta er svolítið ég. Ég er svo fljótur að ákveða mig,“ segir Tómas Guðbjartsson læknir og lýsir því hvernig hann stökk til Nepal þegar sænskur skurðlæknir leysti hann af á skurðdeildinni. Hann kleif Island Peak, eða Imja Tse-fjallið, 6165 metra hátt, í fjallasal Nepal og nýtti ferðina til góðs. 400 börn hafa nú fengið hlý föt frá Íslandi

578

Sigurður Guðmundsson

Nóbelsverðlaun í bráð og lengd

Nóbelsverðlaunin eru með þekktari fyrirbærum í heiminum og í þeim fólginn heiður sem margir sækjast eftir en fáum hlotnast

580

Stefán Þórarinsson, Sveinn Magnússon, Jóhann Ágúst Sigurðsson

Egilsstaðarannsóknin: Upphaf rafrænnar sjúkraskrár og tímamót í sögu rannsókna í heilsugæslu

ÖLDUNGADEILDIN

586

Björn Árdal

Við starfslok

Nú er ég hættur störfum og er frjáls eins og fuglinn en sakna samt svolítið starfsins. Ég sný mér þá að öðru í ríkara mæli og talandi um fugla hef ég gaman af að fylgjast með þeim

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

588-589

Röntgenlækningar



Birna Jónsdóttir



Hjalti Már Þórisson

566

Fréttir

585

Nýr doktor: Íris Kristinsdóttir

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



569

Oddur Steinarsson

Fækkun heilsugæslustöðva og hvar eru heimilislæknarnir?

Fjöldi heimilislækna á höfuðborgarsvæðinu eru um 100; einn sérfræðingur á 2600 íbúa. Þar sem mönnunin er verst er einn læknir á 5000 skráða

BÓKIN MÍN



573

Ólafur Skúli Indriðason

„...En eilíft líf er ekki til, því miður“

Faðir minn var mikill bókasafnari og hefði hann ekki eytt peningunum í bækur hefði fjölskyldan kannski gert eitthvað annað. En kannski ekki

DAGUR Í LÍFI GIGTARLÆKNIS Á REYKJALUNDI



587

Lovísa Leifsdóttir

19.30

Whats-appa við eiginmanninn í Svíþjóð

LIPUR PENNI



590

Ævar Örn Úlfarsson

Íslenska leiðin

Nokkrir hjartalæknar funduðu með erlendum lækni sem misbauð óreiðan og skipulagsleysið. „Here we do it the Icelandic way“ sagði þá einn góður kollegi, – þurfti ekkert að ræða þetta frekar

ATTR-CM ER LÍFSHÆTTULEGUR SJÚKDÓMUR



VYNDAQEL HYLKI TIL INNTÖKU

GETA HJÁLPAÐ SJÚKLINGUM AÐ LIFA LENGUR

MEÐ FÆRRI SJÚKRAHÚSINNLÖGNUM [1,2]

NÚ MEÐ GREIÐSLUÞÁTTTÖKU

Fyrsta og eina samþykkta meðferðin hjá sjúklingum með villigerðar eða arfgengan transtýretín mýlildis hjartavöðvakvilla (ATTR-CM)

Vyndaqel® (tafamidis)

ATTR-CM = transthyretin amyloid cardiomyopathy

1. Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni B, et al. Tafamidis treatment for patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy. N Engl J Med. 2018;379(11):1007-1016.
2. SmPC 15. febrúar 2023 www.serlyfjaskra.is

▼ Vyndaqel (tafamidis) 61 mg mjúk hylki

▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi þess komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skal Lyfjastofnun um **allar** aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu.
Ábendingar: Vyndaqel er ætlað til meðferðar við villigerðar (wild-type) eða arfgengu transtýretín mýlildi (transthyretin amyloidosis) hjá fullorðnum sjúklingum með hjartavöðvakvilla (ATTR-CM).
Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.
Nálgast má upplýsingar um lyfið og samantekt á eiginleikum þess, fylgiseðil, verð og greiðsluþátttöku á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is
Markaðsleyfishafi: Pfizer Europe MA EEIG. Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC): 15. febrúar 2023.
Sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér fræðsluefni (RMP) fyrir lyfið áður en notkun lyfsins hefst.
Ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

Pfizer

PFI-23-05-02 Maí 2023 ©Pfizer Inc.

Nóbelsverðlaunin í lífeðlisfræði eða læknisfræði 2023



Ingileif Jónsdóttir
prófessor emerita í ónæmisfræði við læknadeild Háskóla Íslands og deildarstjóri smit- og bólgusjúkdóma hjá Íslenskri erfðagreiningu

Uppgötvanir nóbelsverðlaunahafanna Katalin Karikó og Drew Weissman skiptu sköpum fyrir þróun mRNA-bóluefna gegn SARS-CoV-2 veirunni sem veldur COVID-19. Karikó er ungverskur lífefnafræðingur sem vann að þróun aðferða til að nota mRNA til meðferðar en Weissman er bandarískur ónæmisfræðingur sem vann að rannsóknum á angafrumum, en þær gegna lykilhlutverki við að greina sýkla og ræsa T-frumur og vekja ónæmissvar gegn sýklum og bóluefnum. Samstarf Karikó og Weissman við Háskólann í Pennsylvaníu um rannsóknir á áhrifum ólíkra gerða mRNA á ónæmiskerfið leiddi til uppgötvana sem gjörbreyttu skilningi okkar á þeim og voru forsenda þess að það tókst að þróa bóluefni gegn COVID-19.

Bólusetning vekur ónæmissvar gegn sýkli og getur verndað einstaklinga gegn sjúkdómi af hans völdum. Sum bóluefni vernda líka gegn sýkingu, smiti og dreifingu sýkils og geta jafnvel útrýmt sýklum, eins og bólusóttarveirunni sem var útrýmt árið 1979. Flest veirubóluefni byggja á dauðum eða skaðlausum veikluðum veirum, einstökum veirusameindum eða veiruferjum, sem innihalda gen fyrir yfirborðsprótein veira.

Tímafrek frumuræktun er flöskuháls við framleiðslu hefðbundinna veirubóluefna. Þróun DNA- og mRNA-bóluefna hófst fyrir um 30 árum[1,2] og framleiðsla þeirra er fljótvirkari og án frumuræktunar. DNA-bóluefni vekja dauf ónæmissvör í mönnum, þrátt fyrir lofandi niðurstöður rannsókna í tilraunadýrum. Þegar tókst að framleiða mRNA án frumuræktar með *in vitro* umritun fæddust hugmyndir um notkun mRNA til að þróa bóluefni og meðferðarúrræði. mRNA getur ekki innlimast í erfðamengi lífvera, sem er mikilvægt öryggisatriði. Ókostur *in vitro* framleidds mRNA er óstöðugleiki, svo hjúpun í fituagnir er nauðsynleg til að forða niðurbroti. Annar ókostur *in vitro* framleidds mRNA, sé því sprautað í lífverur, er myndun bólgusvars, sem er óæskilegt fyrir klíníska notkun.

Karikó og Weissman uppgötvuðu að mRNA sem er framleitt *in vitro* er ólíkt því sem myndast í okkar frumum og angafrumur greina *in vitro* framleitt mRNA sem framandi og mynda bólgusvar. Þau framleiddu því mRNA *in vitro* sem innihélt samskonar núkleósíðbasabreytingar og verða á mRNA sem frumur líkamans framleiða og gátu þannig komið í veg fyrir bólgusvar angafrumna. Breyttir núkleósíðbasar draga úr tengingu mRNA við viðtakana TLR3, TLR7 og TLR8, en hlutverk þeirra er að greina veiru-RNA og virkja angafrumur. Aðeins breytt úridín (m5U, s2U og Ψ) koma alveg í veg fyrir bólguvirkjun angafrumna. Niðurstöðurnar voru birtar í tímamótagrein 2005,[3] sem styrkti trú manna á að hægt yrði að nota mRNA í lækningaskyni. Þau skilgreindu breytingar á *in vitro* mRNA sem auka stöðugleika þess og próteinframleiðslu, auk þess að fyrirbyggja bólgusvörun.[4,5] Ein slík, methýl-pseudoúridín, er í öllum mRNA-bóluefnum í dag.

Þróun mRNA-bóluefna tók stökk um 2010, meðal annars gegn Zika-veiru og MERS, sem er náskyld SARS-CoV-2. Í janúar 2020 var ljóst að skæður heimsfaraldur var að hefjast og tókst að raðgreina SARS-CoV-2 veiruna. Þá hófst þróun á tveim núkleósíðbasabreyttum bóluefnum úr mRNA fyrir broddprótín SARS-CoV-2. Þau veittu um 95% vernd gegn COVID-19 (BioNTech/Pfizer og Moderna) og fengu leyfi lyfjastofnana í desember 2020. Kostir mRNA-bóluefna eru að próteinin myndast inni í frumum þess bólusetta og vekja svipað ónæmissvar eins og við veirusýkingu. Einnig að hraðvirk framleiðsla á stórum skala er auðveld, sem skiptir sköpum í faraldri, og auðvelt er að breyta mRNAinu til að auka virkni gegn breyttum veirustofnum. Bóluefnin hafa komið í veg fyrir milljónir dauðsfalla og verndað gegn alvarlegum veikindum. Með sömu aðferðafræði er unnið að þróun mRNA-bóluefna gegn öðrum veirum og lyfja til að meðhöndla krabbamein.

Nóbelsverðlaunin í læknisfræði voru í ár veitt Katalin Karikó og Drew Weissman fyrir grundvallaruppgötvanir þeirra á breytingum á núkleósíðbösum, sem gerðu kleift að þróa verndandi mRNA-bóluefni gegn COVID-19 á methraða.

Uppgötvanir nóbelsverðlaunahafanna eru stórmerkar. Í fyrsta lagi uppgötvuðu þau grundvallarmun á viðbrögðum ónæmiskerfisins við mRNA sem er framleitt af okkar eigin frumum og mRNA sem er framleitt in vitro. Í öðru lagi fundu þau út hvernig núkleósíðabasabreytingar geta gert in vitro framleitt mRNA skaðlaust og stöðugt. Þessar uppgötvanir eru gott dæmi um hvernig grundvallarþekking á líffræðilegum ferlum skipti sköpum fyrir byltingarkennda þróun bóluefna gegn einni mestu heilsuógn samtímans.

Heimildir

1. Tang DC, DeVit M, Johnston SA. Genetic immunization is a simple method for eliciting an immune response. Nature 1992; 356: 152-4.
2. Martinon F, Krishnan S, Lenzen G, et al. Induction of virus-specific cytotoxic T lymphocytes in vivo by liposome-entrapped mRNA. Eur J Immunol 1993; 23: 1719-22.
3. Karikó K, Buckstein M, Ni H, et al. Suppression of RNA Recognition by Toll-like Receptors: The impact of nucleoside modification and the evolutionary origin of RNA. Immunity 2005: 23; 165-75.
4. Karikó K, Muramatsu H, Welsh FA, et al. Incorporation of pseudouridine into mRNA yields superior nonimmunogenic vector with increased translational capacity and biological stability. Mol Ther 2008: 16; 1833-40.
5. Anderson BR, Muramatsu H, Nallagatla SR, et al. Incorporation of pseudouridine into mRNA enhances translation by diminishing PKR activation. Nucleic Acids Res 2010: 38: 5884-92.

The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2023

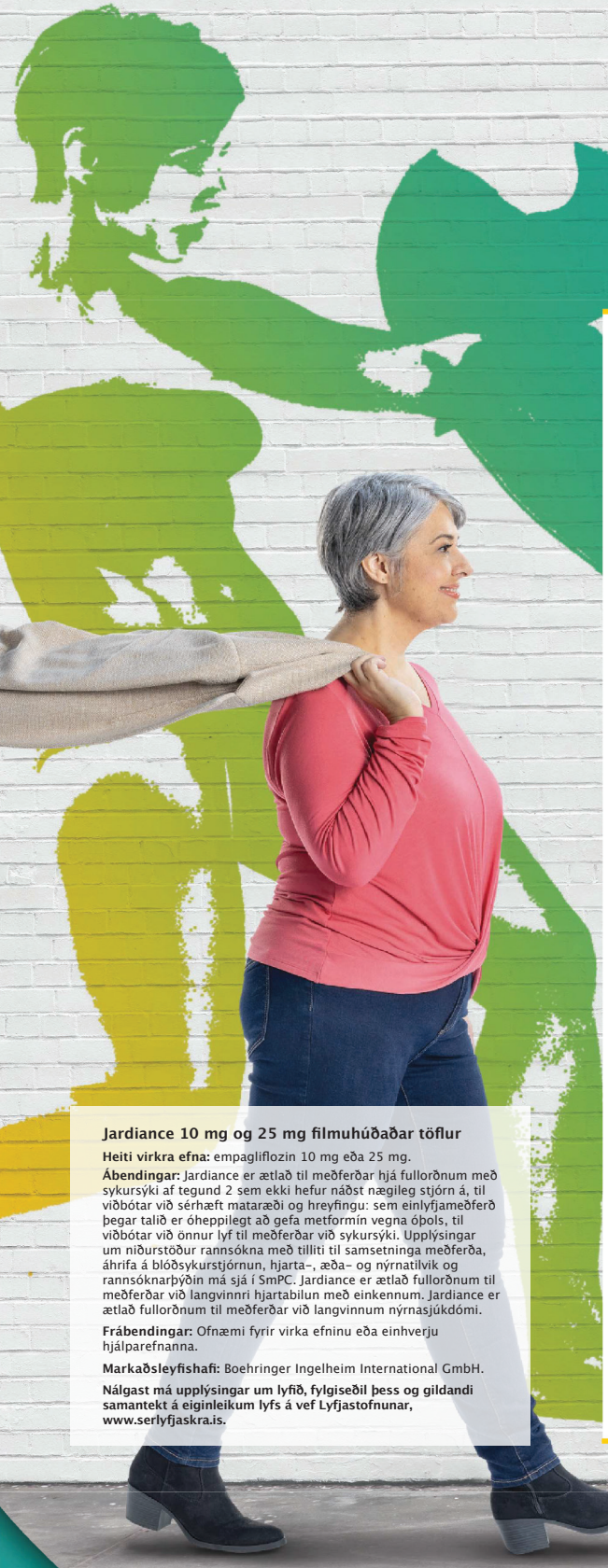
Ingileif Jónsdóttir,
Fil.Dr. Professor of immunology, Faculty of Medicine, University of Iceland, Head, infectious and inflammatory diseases, deCODE genetics, Reykjavik, Iceland

doi 10.17992/lbl.2023.12.769

NÚ SAMÞYKKT TIL MEÐFERÐAR VIÐ LANGVINNUM NÝRNASJÚKDÓMI

LÍFFÆRAVERND MEÐ JARDIANCE

Jardiance® (empagliflozin)



Þreföld vörn

Jardiance® veitir sjúklingum vörn sem eru með:

Sykursýki af tegund 2
Minni hætta á dauðsföllum af völdum hjarta- og æðasjúkdóma hjá sjúklingum með sykursýki af tegund 2 og hjarta- og æðasjúkdóma.[1]

Langvinnur nýrnasjúkdómur
Minni hætta á dauðsföllum af völdum hjarta- og æðasjúkdóma eða versnun nýrnasjúkdóms.[2,3]

Hjartabilun
Minni hætta á dauðsföllum af völdum hjarta- og æðasjúkdóma eða hjartabilun sem krefst innlagnar á sjúkrahús.[4,5]

Sýnt hefur verið fram á öryggi og þolanleika í fjölda rannsókna[2]

Einföld skömmtun: Til inntöku einu sinni á sólarhring, engin skammtastilling[2]

Jardiance 10 mg og 25 mg filmuhúðaðar töflur

Heiti virkra efna: empagliflozin 10 mg eða 25 mg.

Ábendingar: Jardiance er ætlað til meðferðar hjá fullorðnum með sykursýki af tegund 2 sem ekki hefur náðst nægileg stjórn á, til viðbótar við sérhæft mataræði og hreyfingu: sem einlyfjameðferð þegar talið er óheppilegt að gefa metformín vegna óþols, til viðbótar við önnur lyf til meðferðar við sykursýki. Upplýsingar um niðurstöður rannsókna með tilliti til samsetninga meðferða, áhrifa á blóðsykurstjórnun, hjarta-, æða- og nýrnatilvik og rannsóknarþýðin má sjá í SmPC. Jardiance er ætlað fullorðnum til meðferðar við langvinnri hjartabilun með einkennum. Jardiance er ætlað fullorðnum til meðferðar við langvinnum nýrnasjúkdómi.

Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.

Markaðsleyfishafi: Boehringer Ingelheim International GmbH.

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

Heimildir: 1. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. EMPA-REG OUTCOME® investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015;373(22):2117–2128 (EMPA-REG OUTCOME® results and the publication's Supplementary Appendix). 2. Samantekt á eiginleikum JARDIANCE®, www.serlyfjaskra.is. 3. Herrington WG, Staplin N, Wanner C *et al*. EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. *N Engl J Med* 2023;388(2):117–127 (EMPA-KIDNEY results and the publication's Supplementary Appendix). 4. Packer M, Anker SD, Butler J *et al*. EMPEROR-Reduced® trial investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. *N Engl J Med* 2020;383(15):1413–1424 (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix). 5. Anker SD, Butler J, Filippatos G *et al*. EMPEROR-Preserved® trial investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2021;385(16):1451–1461 (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix).

IS-October2023

Boehringer Ingelheim á Íslandi/Vistor
www.vistor.is | vistor@vistor.is
sími 535 7000

vistor

Boehringer Ingelheim

Brjóstagjöf og brjóstamjólk er heilsuávinningur fyrir móður og barn



Michael Clausen
barna- og ofnæmislæknir

Brjóstamjólk er besta fæða ungbarnsins. Hún inniheldur öll þau næringarefni sem barnið þarf til að vaxa, dafna og þroskast. Í brjóstamjólkinni eru einnig fjölmörg efni sem hafa góð áhrif á vöxt og þroska barnsins auk þess að verja það fyrir sýkingum fyrstu mánuðina. Það er margt sem hefur áhrif á samsetningu brjóstamjólkurinnar: heilsufar móður og fæða hennar, lengd meðgöngu, lyf sem móðirin tekur, þyngdarstuðull hennar og félagsstaða, auk annarra þátta.

Broddur nefnist mjólkin sem kemur frá móðurinni fyrstu 2-5 dagana eftir fæðingu barnsins. Broddurinn er sérlega næringarríkur og auðmeltur fyrir nýfædda barnið. Þar er próteininnihald hærra en seinna verður, en fita og sykrungar lægri. Í broddinum eru einnig mótefni, sérstaklega IgA, sem ver barnið gegn sýkingum, ásamt lactoferrín og ýmsum gerðum hvítra blóðkorna og öðrum þáttum ónæmiskerfisins.[1]

Broddurinn hefur einnig losandi áhrif á görn barnsins og stuðlar þannig að skjótri losun á fósturhægðum. Um það bil tveimur vikum eftir fæðingu er brjóstamjólkin orðin svipuð því sem hún verður svo áfram.[2]

Í meltingarvegi ungbarna er mjög víðtækt ónæmis- og taugakerfi. Samspil baktería við þessi kerfi leggja grunninn að góðri heilsu barnsins strax í upphafi og í framtíðinni. Nýlegar rannsóknir hafa leitt getum að því að röskun á þessu jafnvægi í frumbernsku stuðli að truflun í ónæmiskerfinu sem síðar meir getur birst í ýmsum bólgusjúkdómum eins og ofnæmissjúkdómum og sjálfsofnæmissjúkdómum. Þessir sjúkdómar hafa einkum verið tengdir vestrænum lifnaðarháttum en eru mun fátíðari í þróunarlöndum. Erfðaþættir skipta einnig miklu máli í tilurð þessara sjúkdóma sem oft eru kallaðir velferðarsjúkdómar.

Í skýrslu frá UNICEF kemur fram að börn í velferðarríkjum eru ólíklegri til að vera á brjósti borið saman við börn í fátækari löndum. Þau eru einnig ólíklegri til að vera eingöngu á brjósti fyrstu 5 mánuði ævinnar.

Brjóstagjöf er einnig heilsuverndandi fyrir mæður. Að gefa brjóst lengi hefur verið tengt við minnkaða áhættu á hjarta- og æðasjúkdómum, krabbameinum sem tengjast kvenlíffærum, efnaskiptavillu og sykursýki auk annarra jákvæðra þátta. Allir þessir þættir tengjast parasympatískri-virkjun, hormónaþáttum og oxytocinergri-virkjun sem er til staðar meðan á brjóstagjöf stendur. Þá eru ótalin þau jákvæðu áhrif sem brjóstagjöf hefur á andlega líðan móður og tengslamyndun við barnið sem margar rannsóknir hafa sýnt.[3]

Í þessu hefti *Læknablaðsins* er mjög athyglisverð vísindagrein: Brjóstagjöf íslenskra kvenna, tímalengd og þróun á heilli öld.[4] Höfundar sýna fram á að meðaltími brjóstagjafar var í lágmarki á sjöunda áratugnum, eða innan við þrjá mánuði. Upp úr 1970 fer meðaltími brjóstagjafar nokkuð hratt vaxandi og er um átta mánuðir í lok tímabilsins. Þessi minnkun í brjóstagjöf um miðbik síðustu aldar er í samræmi við ástand mála í Bandaríkjunum á sama tímabili. Ýmsar félagslegar skýringar gætu verið á þessu en þó ekki síst ofurtrú á þurrmjólkurdufti úr kúamjólk í stað brjóstamjólkur. Höfundar sýna einnig að hlutfall barna sem eru enn á brjósti við 12 mánaða aldur hefur nánast þrefaldast á síðustu rúmum 20 árum sem er mikil framför. Þeir sýna enn fremur fram á að fyrir 1980 skipti aldur kvenna við fæðingu fyrsta barns ekki máli hvað varðar meðallengd brjóstagjafar. Eftir 1980 jókst hins vegar meðallengd brjóstagjafar með hækkandi aldri móður við fæðingu fyrsta barns. Það má einnig benda á að á sama tíma jókst almenn velmegun á Íslandi. Höfundar fundu að offeitar konur og þær sem reyktu eða höfðu reykt voru með börn sín skemur á brjósti en þær sem voru í kjörþyngd og höfðu ekki reykt.

Í skýrslu frá UNICEF kemur fram að börn í velferðarríkjum eru ólíklegri til að vera á brjósti borið saman við börn í fátækari löndum. Þau eru einnig ólíklegri til að vera eingöngu á brjósti fyrstu fimm mánuði ævinnar. Meltingarflóra ungbarna í þróunarríkjum verður fyrr fjölbreyttari og með hagstæðari bakteríum fyrir ónæmiskerfið en í velferðarríkjum.

Það eru ekki allar konur sem geta haft barnið sitt á brjósti en sem betur fer eru framleiddar margar gerðir af þurrmjólk í dag sem uppfylla alla næringarþörf barnsins. Slík þurrmjólk er næst besti kosturinn þegar brjóstamjólkur nýtur ekki við.

Aukin þekking og skilningur á því hvernig brjóstamjólk stuðlar að heilbrigði og þroska barnsins og er mikilvæg fyrir heilsu móðurinnar ætti að vera enn meiri hvatning til þess að öll börn fái að njóta brjóstamjólkur og þann tíma sem þau þurfa. UNICEF og WHO hafa lagt til að leggja eigi barn á brjóst innan við klukkustund frá fæðingu þess, og að það eigi eingöngu að vera á brjósti fyrstu sex mánuðina og síðan með fastri fæðu til tveggja ára aldurs. Í breyttri samfélagsmynd þurfum við að takast á við að þetta markmið náist.

Heimildir

1. Masi AC, Stewart CJ. Untangling human milk oligosaccharides and infant gut microbiome. iScience 2022; 25: 103542.
2. Notarbartolo V, Giuffrè M, Montante C, et al. Composition of Human Breast Milk Microbiota and Its Role in Children's Health. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr 2022; 25: 194-210.
3. Notarbartolo V, Giuffrè M, Montante C, et al. Breastfeeding-Related Health Benefits in Children and Mothers: Vital Organs Perspective. Medicina 2023; 59: 1535.
4. Steingrímsdóttir Þ, Eiríksdóttir I, Ólafsdóttir E, et al. Brjóstagjöf íslenskra kvenna, tímalengd og þróun á heilli öld. Læknablaðið 2023; 109: 551-8.

Breastfeeding benefits both mother and child

Michael Clausen MD
Children´s Hospital and Dept. of Allergy, Landspitali University Hospital, 101 Reykjavik, Iceland

doi 10.17992/lbl.2023.12.770

GE HealthCare

Nýtt

Vscan Air SL

Tveir ómhausar:
„Sector-phased" ómhaus, til að meta ástand hjarta, og linear ómhaus.



Vscan Air CL

Tveir ómhausar:
Abdominal
og linear ómhaus .



Vscan Air

Vscan Air CL og SL eru lítil og nett ómskoðunartæki sem hvort um sig hafa tvo mismunandi ómhausa sem skila kristaltærum myndum beint í spjaldtölvu eða síma.

Nánari upplýsingar og ráðgjöf veita:
Guðmundur Hreiðarsson: gh@fastus.is – S: 891 6109
Erna Dís Brynjúlfsdóttir: erna@fastus.is – S:843 3919

HealthCo

FASTUS

Brjóstagjöf íslenskra kvenna, tímalengd og þróun á heilli öld

Ingibjörg Eiríksdóttir[1] sérfræðiljósmóðir
Elínborg J. Ólafsdóttir[2] sérfræðingur
Laufey Tryggvadóttir[2,3] faraldsfræðingur
Þóra Steingrímsdóttir[1,3] fæðinga- og kvensjúkdómalæknir

[1]Kvennadeild Landspítala, [2]Rannsókna- og skráningarsetri Krabbameinsfélagsins, [3]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Þóra Steingrímsdóttir, *thoraste@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 27. júní 2023,
samþykkt til birtingar 2. nóvember 2023.

ÁGRIP

INNGANGUR

Heilsueflandi áhrif brjóstagjafar á börn og mæður þeirra eru ótvíræð, hvar sem er í heiminum. Tíðni og tímalengd brjóstagjafar eru mjög breytilegar á alþjóðavísu en birtar rannsóknarniðurstöður um algengi og áhrifaþætti brjóstagjafar íslenskra kvenna eru fáar og fjalla um litla hópa en markmiðið með þessari rannsókn er að lýsa faraldsfræði brjóstagjafar og áhrifaþáttum með stóru úrtaki heillar þjóðar í næstum heila öld.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin er lýsandi og faraldsfræðileg á gögnum sem safnað var á afturskyggnan hátt með spurningalistum fyrir Heilsusögubanka Krabbameinsfélags Íslands 1964-2008, um brjóstagjöf 81.889 barna, 36.537 frumburða og 45.352 yngri systkina þeirra. Tíðni og tímalengd brjóstagjafar voru skoðaðar með tilliti til aldurs, líkamsþyngdarstuðuls (n=4950, gögnum safnað 1979-2008) og reykinga (n=32.087, gögnum safnað 1995-2008) móður, fæðingarárs barns og raðar þess í systkinahópi.

NIÐURSTÖÐUR

Börnin fæddust á árunum 1917-2008. Skömmu fyrir 1980 tók meðaltímalengd brjóstagjafar að aukast, í öllum aldurshópum mæðra, og jókst hratt úr þremur mánuðum í 7-8 mánuði. Um svipað leyti lengdist brjóstagjöf eftir fæðingarröð barnanna, yngri börn fengu brjóst í lengri tíma en eldri systkini þeirra. Konur í kjörþyngd höfðu börn sín lengst á brjósti en offeitar konur styst. Konur sem reyktu, eða höfðu reykt, höfðu börn sín skemur á brjósti en hinar sem aldrei höfðu reykt.

ÁLYKTUN

Aukningin sem varð á lengri brjóstagjöf á síðustu áratugum á Íslandi er í samræmi við samantekt rannsóknaniðurstaðna í gagnagrunni Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar frá Evrópulöndum 1975-2000, þar sem Norðurlöndin og flest Norður-Evrópulönd efldu brjóstagjöf á svipuðum tíma. Hár líkamsþyngdarstuðull og reykingar móður eru mikilvægar áhrifsbreytur í rannsóknum á brjóstagjöf og í þessari rannsókn eru vísbendingar um neikvæð áhrif þeirra á tímalengd brjóstagjafar.

INNGANGUR

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) og Barnahjálp Sameinuðu þjóðanna (UNICEF) ráðleggja þjóðum heims að börn séu lögð á brjóst innan klukkustundar frá fæðingu og fái eingöngu brjóstamjólk fyrstu sex ævimánuðina, hvorki vatn né aðra fæðu. Frá sex mánaða aldri fái þau holla fæðu með brjóstamjólkinni og brjóstagjöf sé fram haldið til tveggja ára aldurs eða enn lengur.[1-3] Þessar ráðleggingar gilda fyrir allar þjóðir, óháð efnahag, og eru byggðar á niðurstöðum rannsókna á heilsueflandi áhrifum brjóstagjafar á börn og mæður þeirra. Brjóstamjólkin sem næring og orkugjafi heldur lífi í börnunum og er sá þáttur líklega þýðingarmeiri í fátækum löndum, en ónæmiseflandi áhrif eru jafnmikilvæg í öllum heimshlutum. Brjóstagjöfin gefur meira en nærandi og ónæmisstyrkjandi mjólk: athöfnin sjálf, oft á dag í mánuði og ár, styrkir tengslamyndun móður og barns og bætir með því líkur á góðri andlegri heilsu beggja.[4,5] Ráðleggingarnar eiga við um öll börn, heilbrigð og sjúk, fyrirburða og fullburða börn.[1,2,5] Fjölmargar alþjóðlegar rannsóknir hafa sýnt fram á jákvæð áhrif brjósta-

gjafar á heilsu barna í bráð og lengd. Þar er helst um að ræða lægri tíðni dauðsfalla, sýkinga, astma og ofnæmissjúkdóma, sykursýki og offitu.[6-12] Áhrif á vitrænan þroska og hjarta- og æðasjúkdóma eru óljósari[6,11,13] og margt er enn lítt rannsakað.[11,12] Rannsóknir á áhrifum brjóstagjafar á heilsu móður hafa meðal annars leitt í ljós minni hættu á brjóstakrabbameini, eggjastokkakrabbameini og sykursýki og vel er þekkt að brjóstagjöf tefur egglos og er þannig mikilvæg getnaðarvörn.[12,14-16] Niðurstöður um tengsl við þunglyndi[12,14,16] og beinrýrnun[12,13] eru síður afgerandi.[12-14,16]

Í umræðu um lýðheilsu hefur verið bent á að brjóstagjöf er mikilvægur uppbyggjandi þáttur sem gerir öllum börnum gagn og minnkar heilsufarslegt misvægi milli ríkra og fátækra.[7]

Tíðni og tímalengd brjóstagjafar eru mjög breytilegar í heiminum. Ef horft er til hátekjulanda er algengið einna hæst á Norðurlöndum, öðrum Evrópulöndum og Ástralíu, en aftur á móti er það lágt í Bretlandi og Bandaríkjunum.[7,9,10,17] Í flestum lágtekjulöndum er brjóstagjöf algeng og víðtæk.[7,12] Helstu áhrifaþættir í hverju landi og heimshluta eru aldur, menntun, bæri (*parity*), fjárhagur og hjúskaparstaða kvennanna og heilbrigði og sjúkleiki barnanna.[12,14-16,18]

Í nýlegu riti Norrænu ráðherranefndarinnar er gerð grein fyrir birtum kerfisbundnum yfirlitum og ráðleggingum um næringu og er þar fjallað um brjóstagjöf í einum kafla. Segja má að þar komi fram staðfesting á jákvæðum heilsufarslegum áhrifum brjóstagjafar á mæður og börn.[19]

Birtar heimildir um algengi brjóstagjafar íslenskra kvenna eru fáar og byggja á litlum hópum.[20-25] Ein allra fyrsta rannsóknin á brjóstagjöf á Íslandi birtist 1993 og fjallaði um þróun brjóstagjafar í Reykjavík í tvo áratugi þar á undan.[24]

Einstakar aðstæður eru á Íslandi þar sem gögnum um brjóstagjöf var safnað hjá Krabbameinsfélagi Íslands fyrir nánast heila þjóð yfir langt tímabil. Með þeim er sögð saga brjóstagjafar á landinu í marga áratugi.

Markmiðið með þessari rannsókn er að lýsa breytingum á brjóstagjöf á Íslandi á næstum einni öld, tengslum tímalengdar brjóstagjafar við áhrifaþættina aldur móður, líkamsþyngdarstuðul og reykingar, fæðingarár barns og röð þess í systkinahópi. Hér er því um að ræða lýsandi, faraldsfræðilega rannsókn.

Efni og aðferðir

Notuð voru gögn úr Heilsusögubanka Krabbameinsfélagsins, en í hann var upplýsingum safnað þegar konur komu í legháls- og brjóstakrabbameinsleit á árunum 1964-2008 og svöruðu spurningum um áhættuþætti brjóstakrabbameins. Gagnasöfnun var afturskyggn og spurningarnar lagðar fram með spurningalistum. Gögnin sem unnið var með í þessari rannsókn, um tímalengd brjóstagjafar, fóru inn í bankann á árunum 1979-2008. Hver kona getur átt fleiri en eitt svar. Mæður sem höfðu svarað um brjóstagjöf frumburða sinna voru 39.967 talsins. Fyrir 103 þeirra barna vantaði upplýsingar um fæðingarár og voru þau því útilokuð úr rannsóknarhópnum, sem og þau börn (n=3327) sem fæddust árið sem svarað var, eða árið á undan, þar sem mögulegt er að brjóstagjöf hafi ekki verið lokið þegar svarað var. Heildarfjöldi mæðra í rannsókninni var 36.537 og heildarfjöldi barna 81.889 en börnin fæddust 1917-2006.

Árin 1979-1994 var ekki spurt um aðskilda tímalengd brjóstagjafar fyrir hvert barn og því einungis hægt að skoða tímalengdina fyrir konur sem höfðu ekki átt önnur börn en frumburðinn er þær svöruðu. Árin 1995-2008 var tímalengdin hins vegar gefin upp fyrir sérhvert barn og þar eru til aðskildar upplýsingar um tvö til átta börn fyrir 24.997 konur (68% rannsóknarhópsins).

Breytur sem notaðar voru úr Heilsusögubankanum eru: Fæðingarár barns, aldur móður við fæðingu fyrsta barns, tímalengd brjóstagjafar, líkamsþyngdarstuðull móður og hvort móðir hefði reykt á lífsleiðinni. Unnið var með tímalengd brjóstagjafar í heilum mánuðum, þar sem mánuður er talinn fjórar vikur. Brjóstagjöf undir einni viku flokkaðist sem engin brjóstagjöf. Brjóstagjöf í 1-6 vikur var talin standa í einn heilan mánuð, 7-10 vikur voru taldar tveir mánuðir og svo framvegis. Upplýsingum um hæð og þyngd hafði verið safnað í Heilsusögubankann á árunum 1979-2008. Eingöngu voru notaðar upplýsingar um líkamsþyngdarstuðul innan fimm ára fyrir fæðingu fyrsta barns. Hefðbundin þyngdarflokkun (26) var viðhöfð: Offita: ≥30; ofþyngd: 25-29,9; kjörþyngd 18,5-24,9; undirþyngd <18,5. Konur voru flokkaðar eftir reykingasögu í tvo hópa: Aldrei reykt eða einhvern tíma reykt. Aðeins ein færsla, sú nýjasta, var notuð fyrir reykingasögu hverrar konu. Upplýsingum um reykingasögu var safnað á árunum 1995-2008.

Tölfræðiúrvinnsla

Samanburður á meðaltölum tímalengdar brjóstagjafar var gerður með t-prófi og í fjölbreytugreiningu var tvíkosta (lógistískri) aðhvarfsgreiningu beitt til að meta gagnlíkindahlutfall (OR) og 95% öryggisbil. Öll próf voru tvíhliða og p-gildi <0,05 metið marktækt. Lýsandi tölfræði var unnin í STATA/IC 14.2 fyrir Windows.

Vísindasiðanefnd veitti leyfi fyrir rannsókninni 2012. Tilkynning var send Persónuvernd sama ár. Leyfi Krabbameinsfélags Íslands fékkst einnig sama ár fyrir aðgangi að gögnum úr Heilsusögubankanum.

Niðurstöður

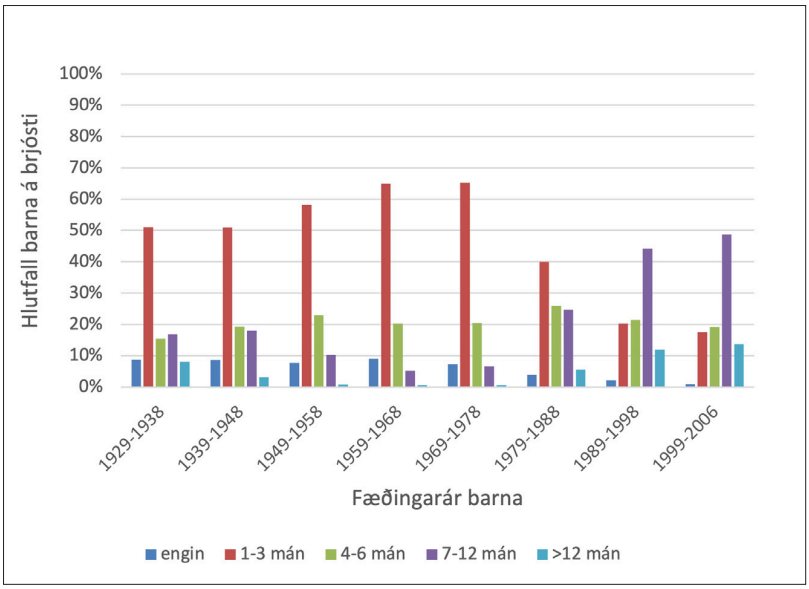
Heildarfjöldi mæðra og frumburða í rannsókninni var 36.537 og árin 1995-2008 voru skráðar upplýsingar fyrir 45.352 síðar fædd börn, samtals 81.889 börn. Í töflu I eru skráðar tölulegar niðurstöður fyrir allar breyturnar. Þar sést að 81% barnanna fæddist árin 1969-1998.

Mynd 1a sýnir breytingar með tímanum á hlutfalli kvenna sem gáfu brjóst í tiltekinn mánaðafjölda fyrir sérhvert barn konu, frumburði og yngri börn fædd 1929-2006. Meðaltími brjóstagjafar frumburða lengdist kringum fæðingarárið 1979 og er marktækt lengri árin 1979-2007 heldur en árabilið 1917-1978 (6,1 mánuður á móti 3,3 mánuðum; p<0,001). Fram til árabilsins 1979 til 1988 höfðu milli 50% og 65% kvenna börn sín

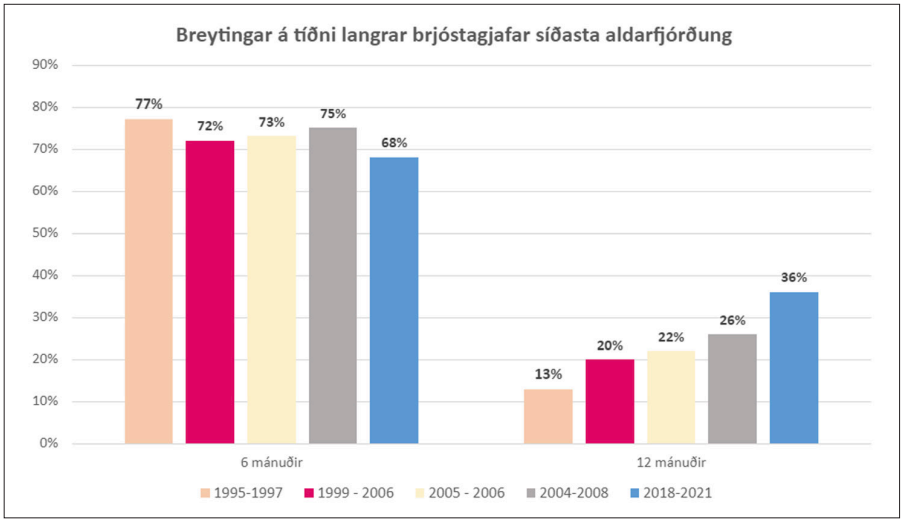
Tafla I. Meðaltími (mánuðir) brjóstagjafar fyrsta barns eftir fæðingarári, aldri móður við fæðingu fyrsta barns, líkamsþyngdarstuðli móður, reykingasögu móður (36.537 mæður og frumburðir) og röð barns í systkinahópi (81.889 börn).

	Fjöldi (%)	Engin brjóstagjöf (%)	Meðaltími brjóstagjafar í mánuðum [spönn]
Fæðingarár fyrsta barns			
1917-1928	8 (<1)	0 (0)	3,1 [0-6]
1929-1938	150 (<1)	13 (9)	4,4 [0-24]
1939-1948	616 (2)	57 (9)	4,0 [0-22]
1949-1958	1317 (4)	113 (9)	3,3 [0-24]
1959-1968	3184 (9)	252 (8)	2,9 [0-36]
1969-1978	10278 (28)	522 (5)	3,1 [0-60]
1979-1988	10988 (30)	331 (3)	5,0 [0-60]
1989-1998	8314 (23)	146 (2)	7,3 [0-60]
1999-2006	1682 (5)	9 (1)	7,7 [0-42]
Aldur móður við fæðingu fyrsta barns			
11-19	8609 (24)	423 (5)	3,4 [0-49]
20-24	16716 (46)	652 (4)	4,5 [0-60]
25-29	7769 (21)	225 (3)	6,3 [0-60]
30-34	2536 (7)	101 (4)	7,1 [0-60]
35-39	715 (2)	35 (5)	7,1 [0-48]
40-44	175 (<1)	5 (3)	7,0 [0-48]
45+	17 (<1)	2 (12)	6,6 [0-36]
BMI (kg/m^2)[a]			
Undirþyngd (≤18,5)	269 (5)	10 (4)	6,9 [0-26]
Kjörþyngd (18,6-24,9)	3825 (77)	67 (2)	7,3 [0-60]
Ofþyngd (25,0-29,9)	696 (14)	28 (4%)	6,8 [0-48]
Offita (≥30,0)	160 (3)	7 (4)	5,9 [0-36]
Vantar upplýsingar	31587		
Reykingar[b]			
Aldrei	12290 (38)	387 (3)	5,8 [0-60]
Einhvern tímann	19797 (62)	763 (4)	4,5 [0-60]
Vantar upplýsingar	4450		
Fæðingarröð			
1. barn	36537 (45)	1443 (4)	4,9 [0-60]
2. barn	24997 (31)	858 (3)	5,9 [0-60]
3. barn	14392 (18)	556 (4)	6,6 [0-60]
4. barn	4589 (5)	224 (5)	7,0 [0-60]
5. barn	989 (1)	64 (6)	7,0 [0-60]
6. barn	263 (<1)	26 (10)	6,1 [0-48]
7. barn	89 (<1)	7 (8)	5,1 [0-36]
8. barn	33 (<1)	3 (9)	4,9 [0-36]

[a]Líkamsþyngdarstuðull (BMI) móður innan 5 ára fyrir fæðingu fyrsta barns. Upplýsingar voru til fyrir um 13,5% mæðra (n=4950) og gögnum var safnað 1979-2008.
[b]Upplýsingar um reykingar eru úr nýjasta svari konu í Heilsusögubankanum. Upplýsingar voru til fyrir um 87,8% mæðra (n=32087) og gögnum var safnað 1995-2008.



Mynd 1a. *Breytingar með tímanum á hlutfalli kvenna sem gáfu brjóst í tiltekinn mánaðafjölda fyrir sérhvert barn konu, frumburði og yngri börn. Börn fædd á fyrstu árunum (1917-1928) eru undanskilin vegna fárra svara um brjóstagjöf þeirra. Heildarfjöldi kvenna, n=36.529.*



Mynd 1b. *Hlutfall barna (fædd 1995-2021) á brjósti við 6 og 12 mánaða aldur á Íslandi. Dökkbleiku súlurnar sýna hlutaniðurstöður þessarar rannsóknar fyrir fæðingarárin 1999-2006, ljósbleiku súlurnar sýna stöðuna fyrir aldamótin (21) (fæðingarár 1995-1997) en ljósgulu súlurnar stöðuna eftir aldamót (26) (fæðingarár 2005-2006) og gráu súlurnar endurspegla birtar tölur Embættis landlæknis (22, 23) (fæðingarár 2004-2008) og þær bláu endurspegla nýjustu tölur Þróunarmiðstöðvar íslenskrar heilsugæslu (24) (fæðingarár 2018-2021).*

á brjósti í aðeins þrjá mánuði. Undir lok rannsóknartímans, á fæðingarárum barnanna 1999-2006, voru 72% þeirra á brjósti við 6 mánaða, 45% við 9 mánaða og 20% við 12 mánaða aldur. Þetta er sýnt á mynd 1b í samanburði við heimildir um brjóstagjöf á Íslandi á síðasta aldarfjórðungi.[20-23,25]

Í töflu I og á mynd 2, sem einungis á við um frumburði, má einnig sjá að meðaltíminn var fram undir 1980 nokkuð stöðugur, þrír til fjórir mánuðir, en eftir það jókst hann jafnt og þétt og náði 7 til 8 mánuðum eftir 1990. Stystur var tíminn, undir þremur mánuðum, á árunum 1960-1974.

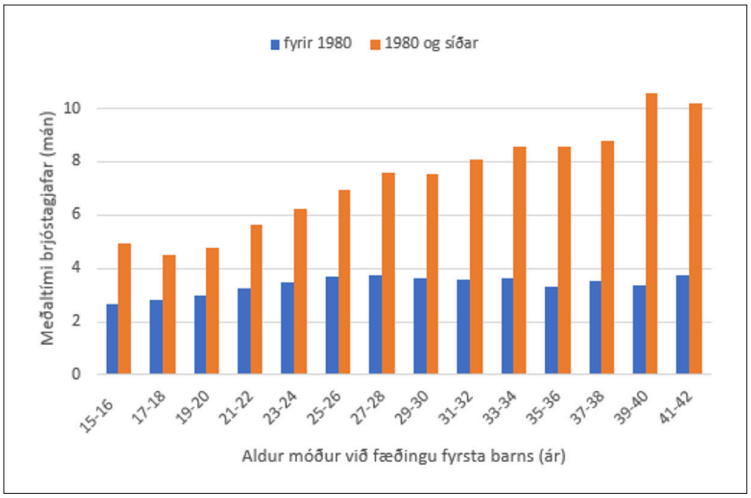
Á mynd 3 og í töflu I er aldri frumbyrja gerð skil sem áhrifsbreytu. Þar er tímabilinu skipt um árið 1980. Fyrir 1980 er ekki marktækt samband milli aldurs móður og tímalengdar brjóstagjafar frumburðar, sem er þá nálægt þremur mánuðum. Eftir 1980 er brjóstagjöfin lengri ($p<0,001$), fjórir til 10 mánuðir í öllum aldurshópum mæðra, auk þess sem brjóstagjöf lengdist með hækkandi aldri móður ($p<0,001$).

Á mynd 4a og í töflu I sést að meðal offeitra var hæst hlutfall (35%) sem hafði börn sín á brjósti aðeins í einn til þrjá mánuði. Konur í kjörþyngd höfðu börn sín lengst á brjósti en konur í undir- og ofþyngd fylgja þeim fast á eftir. Meðaltími brjóstagjafar var lengstur hjá konum í kjörþyngd og stystur hjá offeitum konum (7,3 mánuðir á móti 5,9 mánuðum; $p<0,001$).

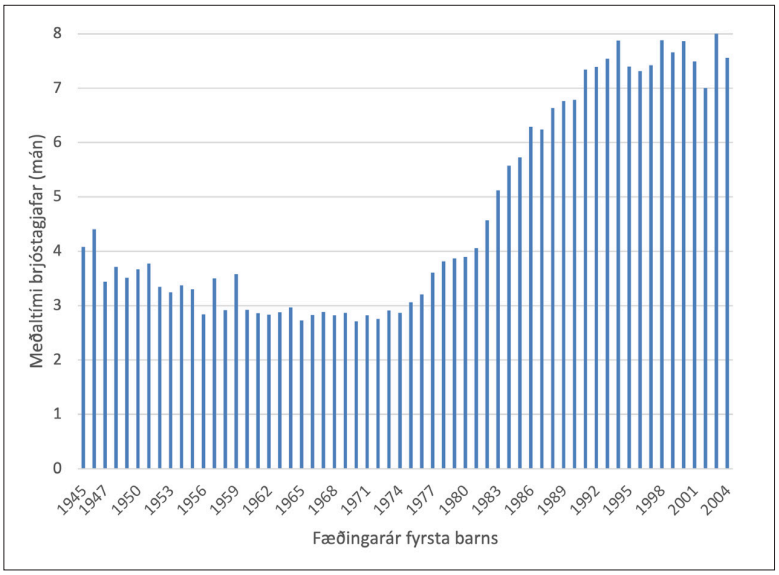
Mynd 4b og tafla I sýna að hæst hlutfall kvenna, sem höfðu einhvern tímann reykt, gaf börnum sínum brjóst í skamman tíma, og hærra hlutfall kvenna, sem aldrei höfðu reykt gaf þeim brjóst í lengri tíma. Meðaltíminn var lengri hjá þeim sem aldrei höfðu reykt en þeim sem einhvern tímann höfðu reykt (5,8 mánuðir á móti 4,5 mánuðum; $p<0,001$).

Mynd 5 og tafla I sýna meðaltímalengd brjóstagjafar barna eftir fæðingarröð í systkinahópi og fæðingarári hvers barns. Lítill munur var á lengd brjóstagjafar eftir fæðingarröð í systkinahópi á fyrri hluta tímabilsins, en þegar brjóstagjöfin jókst almennt eftir 1980 varð dreifingin meiri og yngri börn mæðranna fengu brjóst í lengri tíma en þau eldri. Meðaltími brjóstagjafar fyrir þriðja til fimmta barn var heldur lengri en fyrir færri og fleiri börn, en á myndinni má sjá tilhneigingu til aukinnar tímalengdar með auknum barnafjölda.

Tafla ll sýnir niðurstöður fjölbreytugreiningar á áhrifaþáttum tímalengdar brjóstagjafar (>3 mánuðir á móti 0-3 mánuð-



Mynd 3. *Meðaltímalengd brjóstagjafar og aldur móður við fæðingu fyrsta barns, frumburði fædda 1917-1979 annars vegar (n=16.784) og 1980-2008 hins vegar (n=19.686). Mæður yngri en 15 ára og eldri en 42 ára voru fáar og eru því undanskildar hér.*



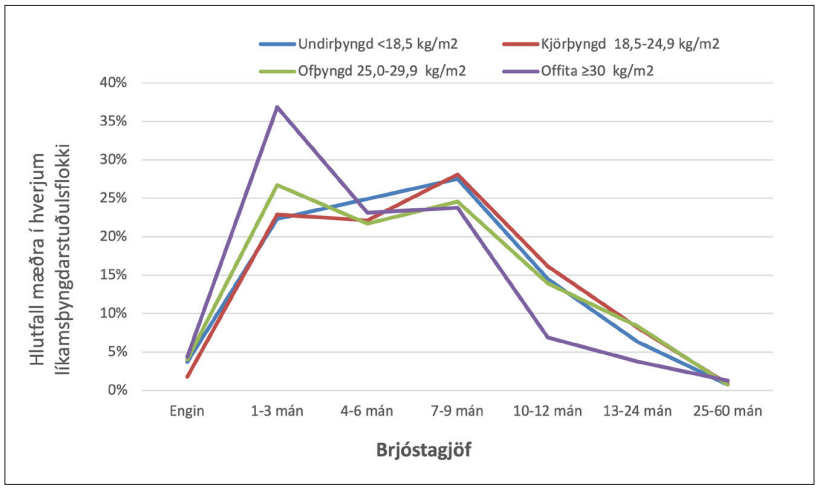
Mynd 2. *Meðaltími brjóstagjafar fyrsta barns, eftir fæðingarári þess, á 60 ára tímabili á síðustu öld. Börn fædd fyrir 1945 og eftir 2004 voru fá í rannsóknarhópnum og eru því undanskilin hér. (n=36.016)*

um) fyrsta barns. Fjórfalt meiri líkur eru á að tímalengdin fari yfir þrjá mánuði hjá börnum fæddum 1980 eða síðar, miðað við fyrra tímabil, og jafnframt nær tvöfaldast líkurnar ef móðirin er 25 ára eða eldri. Hins vegar eru aðeins helmingslíkur á brjóstagjöf yfir þremur mánuðum ef móðir er offeit eða ef hún hefur reykt. Prófað var að leiðrétta enn frekar fyrir tíma með því að taka inn fæðingarár barns sem samfellda breytu, en það hafði engin áhrif á sambandið, hvorki milli ofþyngdar og brjóstagjafar né milli reykinga og brjóstagjafar.

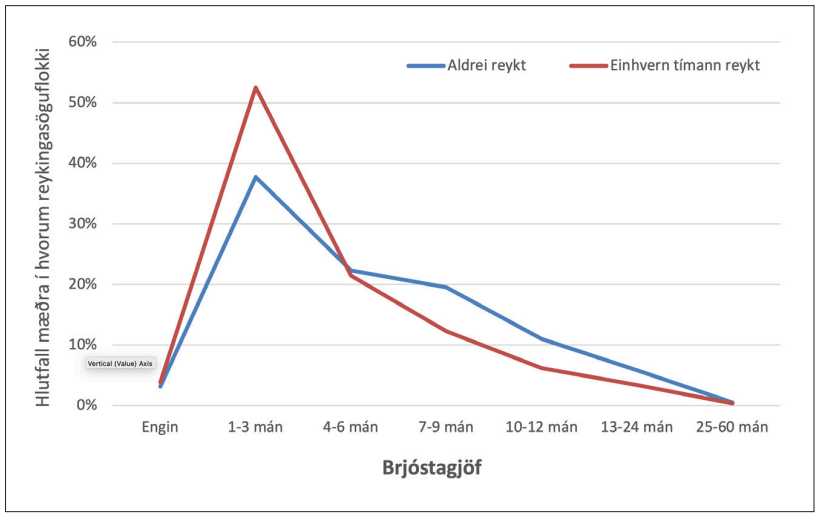
Umræður

Rannsóknin leiddi í ljós að á áttunda áratugnum tók tímalengd brjóstagjafar að aukast í öllum aldurshópum mæðra, hjá frumbyrjum og fjölbyrjum. Meðaltíminn hækkaði á 15 árum úr þremur mánuðum upp í 7-8 mánuði og þessu fylgdi að brjóstagjöf lengdist eftir fæðingarröð í systkinahópi, þannig að yngri börn fengu brjóst í lengri tíma en eldri systkini þeirra. Óvíst er þó hvort systkinaröðin hafði raunverulega áhrif eða hvort tímaþátturinn, hin almenna aukning brjóstagjafar með tíma, var þar að verki. Líkamsþyngdarstuðull og reykingasaga tengdust brjóstagjöfinni þannig að konur í kjörþyngd höfðu börn sín lengst á brjósti en hinar offeitu skemmst. Konur með reykingasögu höfðu börn sín skemur á brjósti en þær sem aldrei höfðu reykt.

Í rannsókninni voru á öllu tímabilinu, 1917-2008, 25% barnanna (frumburðir) á brjósti sex mánaða, 11% 9 mánaða og 4% 12 mánaða gömul. Allar eru þessar tölur mun lægri en íslenskar rannsóknir hafa leitt í ljós enda eru hinar síðarnefndu gerðar á 21. öldinni eða um aldamót, en við sýndum fram á mikla aukningu brjóstagjafar á níunda áratug síðustu aldar, sem hefur síðan haldist í horfinu.[20-23] Í okkar rannsókn eru síðustu 8 fæðingarárin (1999-2006) helst til samanburðar við birtar tölur um brjóstagjöf á Íslandi, sjá mynd 1b. Í yfir 20 ára gamalli rannsókn á slembivöldu úrtaki (n=250) íslenskra barna (fædd 1995-1997) kom fram að 77% voru á brjósti 6 mánaða og 13% við 12 mánaða aldur.[20] Rannsóknastofa í næringarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala birti niðurstöður rannsóknar á mataræði ungbarna á öllu landinu, þar sem tölur um brjóstagjöf sýndu að á fæðingarárunum 2005-2006 (n=345) voru 73% barnanna á brjósti við sex mánaða aldur og 22% við 12 mánaða aldur.[25] Á vef Embættis landlæknis má einnig finna saman-



Mynd 4a. *Hlutfallsleg dreifing meðaltíma brjóstagjafar frumburða í hverjum hinna fjögurra flokka líkamsþyngdarstuðuls mæðra. n alls=4950; n í undirþyngd=269 (5%); n í kjörþyngd=3825 (77%); n í ofþyngd=696 (14%); n í offituhópi=160 (3%).*

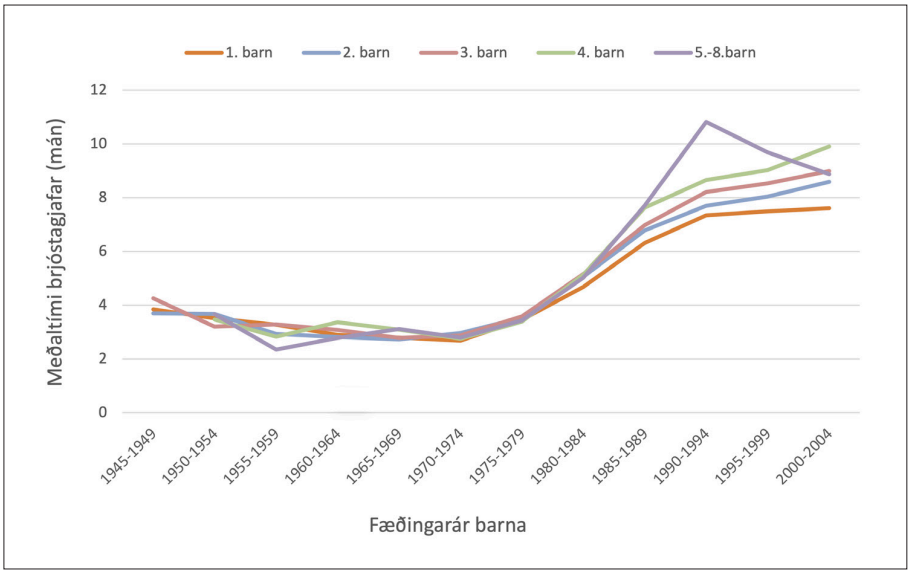


Mynd 4b. *Hlutfallsleg dreifing meðaltíma brjóstagjafar frumburða eftir reykingasögu móður. n=32.087; aldrei reykt n=12.290 (38%); einhvern tímann reykt n=19.797 (62%).*

burðartölur en þar er birt úttekt á skráningu Heilsugæslunnar á brjóstagjöf á höfuðborgarsvæðinu 2004-2008. Þar kemur fram að 75% fengu brjóstamjólk við sex mánaða aldur og 26% við 12 mánaða aldur.[22] Nýjustu tölur er að finna í skýrslu Þróunarmiðstöðvar íslenskrar heilsugæslu um brjóstagjöf á árunum 2018 til 2021 og þar kemur fram að 67-69% barna voru á brjósti sex mánaða gömul og 33-38% barna voru enn á brjósti við 12 mánaða aldur.[23]

Á mynd 1b eru okkar niðurstöður sýndar í samhengi við niðurstöður úr ofanskráðum íslenskum rannsóknum. Þar má sjá vísbendingu um hvernig tímalengd brjóstagjafar á Íslandi hefur breyst á síðasta aldarfjórðungi: brjóstagjöf við sex mánaða aldur virðist vera mikil og stöðug á þessu tímabili en núna eru fleiri börn á brjósti í lengri tíma, það er fram yfir eins árs aldur.

Aukningin sem varð á lengri brjóstagjöf á síðustu áratugum 20. aldar á Íslandi er í samræmi við samantekt rannsóknaniðurstaðna í gagnagrunni Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar frá Evrópulöndum 1975-2000, þegar Norðurlöndin og flest Norður-Evrópulönd efldu brjóstagjöf (tíðni) á svipuðum tíma.[27] Um þetta leyti voru settar fram ráðleggingar öflugra, ráðandi stofnana, sem beita sér í heilbrigðis- og velferðarmálum á heimsvísu. Innocenti-yfirlýsingin á vegum UNICEF 1990 fjallar um eflingu brjóstagjafar kvenna á vinnumarkaði og lagði grunninn að vitundarvakningu sem hleypt var af stokkunum árið 1991 og nefnt Barnvænt sjúkrahús (Baby Friendly Hospital). Barnvænt sjúkrahús byggir á 10 skrefum fyrir fæðingastofnanir sem miða að því að vernda, stuðla að og styðja við brjóstagjöf.[5] Áður, eða 1981, hafði Alþjóðaheilbrigðisstofnunin samþykkt reglur um markaðssetningu þurrmjólkur til að draga úr letjandi áhrifum hennar á brjóstagjöf.[28] Á 9. áratugnum varð til ný stétt fagfólks, brjóstagjafarráðgjafar (IBLCE = International Board of Lactation Consultant Examiner) sem öðlast hafa samræmdan, alþjóðlegan sess og vinna að eflingu brjóstagjafar í öllum heimsálfum.[29] Samhljóða okkar niðurstöðum, um eflingu brjóstagjafar á síðustu áratugum 20. aldar, er rannsókn Marga Thome, sem sýndi að brjóstagjöf í að minnsta kosti þrjá mánuði jókst úr 16% árið 1973 í 78% 1991, í Reykjavík. Marga þakkar þetta aukinni fræðslu heilbrigðisstétta til kvenna um brjóstagjöf, samfara aukinni uppbyggingu á þjónustu heilsugæslu og kvennadeildar Landspítala.[24] Höfundar telja að í lok síðustu aldar hafi nokkur mikilvæg skref leitt til þessarar eflingar brjóstagjafar, einkum aukin samvera móður og barns, það er vöggustofur á fæðingadeildum voru lagðar niður, mæðurnar útskrifaðar af sjúkrahúsi skömmu eftir fæðingu, og ljósmæður og hjúkrunarfræðingar héldu ráðgjöf og fræðslu áfram í heimahúsi.



Mynd 5. *Meðaltímalengd brjóstagjafar barna eftir fæðingarröð í systkinahópi og fæðingarári hvers barns. Börn fædd fyrir 1945 og eftir 2004 voru fá í rannsóknarhópnum og eru því undanskilin hér. (n=87.006).*

Niðurstöður rannsóknarinnar um samband brjóstagjafar og reykingasögu eru samhljóða allmörgum erlendum rannsóknum.[30-33] Áhrif líkamsþyngdarstuðuls í þessari rannsókn eru einnig í góðu samræmi við niðurstöður annarra.[7,8] Samanburður niðurstaðna á sér þó oft takmarkanir, þar sem þýði eru ekki alveg sambærileg og mismunandi skilgreiningar notaðar.

Styrkleika þessarar rannsóknar má telja að Heilsusögubanki Krabbameinsfélags Íslands er mikilsverður þar sem mikill meirihluti kvenna heillar þjóðar gaf upplýsingar í hann á tilteknu árabili. Til dæmis eru þarna svör frá rúmlega 90% íslenskra kvenna sem fæddust árin 1920-1958.[34] Úrtakið er stórt og gögnum var safnað yfir langt tímabil. Niðurstöður gefa því raunhæfa mynd af sögu brjóstagjafar á Íslandi á síðastliðinni öld. Þó verður ekki fram hjá því litið, og verður að teljast til takmarkana rannsóknarinnar, að hún er afturskyggn og konurnar gáfu upplýsingar eftir minni, stundum langt aftur í tímann. Til dæmis gildir það um upplýsingar um þyngd og reykingar og þannig mætti búast við einhverri rangflokkun á þessum breytum. En slík rangflokkun er ekki líkleg til að tengjast tímalengd brjóstagjafar og þegar um slíkar tilviljanakenndar rangflokkanir er að ræða eru minni líkur á að við náum að finna samband sem þó er til staðar. Þannig má segja að sambandið sé líklega sterkara í raun en það sem við sjáum. Í úrtakinu eru konur sem komu í leghálss- og brjóstakrabbameinsskimun. Ekki er vitað hversu vel sá hópur endurspeglar alla kvenþjóðina, en stærð úrtaksins vegur þar upp á móti. Á tímabilum voru hæð og þyngd mældar við komu en á öðrum tíma gáfu konurnar þær upplýsingar sjálfar, það er uppruni gagnanna er ekki alltaf einsleitur. Þessi rannsókn er langstærst þeirra fáu sem gerðar hafa verið á brjóstagjöf á Íslandi og einnig mjög stór á alþjóðavísu.

Mikilvægt er að haldið verði áfram að skrá gögn framskyggnt um tíðni og tímalengd brjóstagjafar á aðgengilegan hátt í heilbrigðiskerfinu og liggur þá beinast við að það verði í heilsugæslunni. Núorðið er skráning þar vissulega fyrir hendi en á vantar að auðvelt sé að taka þau gögn út og senda áfram í gagnagrunn Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar svo hægt sé að nota þau í samanburðarrannsóknum innan lands og utan.

Einnig er fyllsta ástæða til að lýsa eftir stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda um brjóstagjöf og næringu barna, þar sem markaðsöflum eru settar skorður varðandi framleiðslu og dreifingu þurrmjólkur og annarra matvæla ætluðum ungbörnum. Í nýlegri þverskurðarrannsókn er ástandi á íslenska markaðnum lýst35 og í nýlegum greinaflokki í Lancet eru þessu málefni gerð skil, enda um alþjóðlegan vanda að ræða á sviði heilbrigðisstjórnmála.36

Tafla II. Gagnlíkindahlutfall (OR) og 95% öryggisbil fyrir það að hafa frumburð á brjósti í meira en þrjá mánuði, eftir fæðingarári barns og aldri, líkamsþyngdarstuðli og reykingum móður. n=4771

	OR*	95% CI**	p-gildi
Fæðingarár barns			
<1980	1,00		
≥1980	4,35	2,18-8,66	<0,001
Aldur móður			
<25 ára	1,00		
≥25 ára	1,87	1,63-2,15	<0,001
Líkamsþyngdarstuðull móður			
<30 kg/m^2	1,00		
≥30 kg/m^2	0,49	0,35-0,68	<0,001
Reykingar móður			
Aldrei reykt	1,00		
Einhvern tímann reykt	0,50	0,44-0,58	<0,001

*Fjölbreytugreining þar sem leiðrétt er fyrir öðrum þáttum í töflunni. **CI=Confidence Interval = öryggisbil.

Heimildir

1. World Health Organization. Breastfeeding recommendation. World Health Organization, Genf 2020. who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2 - október 2023.
2. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2012; 8: Cd003517.
3. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. 2003.
4. Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. Pediatrics 2006; 118: e1436-43.
5. World Health Organization. Implementing guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the reviseted Baby-Friendly Hospital Initiative. 2018.
6. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr 2015; 104: 3-13.
7. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016; 387: 475-90.
8. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr 2015; 104: 30-7.
9. Hörnell A, Lagström H, Lande B, et al. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. Food Nutr Res 2013; 57:
10. Callen J, Pinelli J. Incidence and Duration of Breastfeeding for Term Infants in Canada, United States, Europe, and Australia: A Literature Review. Birth 2004; 31: 285-92.
11. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr 2015; 104: 85-95.
12. Horta BL, Victora CG, World Health O. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. World Health Organization, Genf 2013.
13. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatrica 2015; 104: 14-9.
14. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatrica 2015; 104: 96-113.
15. Tryggvadóttir L, Tulinius H, Eyfjord JE, et al. Breastfeeding and Reduced Risk of Breast Cancer in an Icelandic Cohort Study. Am J Epidemiol 2001; 154: 37-42.
16. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes In Developed Countries. AAP Grand Rounds 2007; 18: 15.
17. Simpson DA, Quigley MA, Kurinczuk JJ, et al. Twenty-five-year trends in breastfeeding initiation: The effects of sociodemographic changes in Great Britain, 1985-2010. PLoS One 2019; 14: e0210838.
18. Dennis C-L. Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. J Obstetr Gynecol Neonat Nurs 2002; 31: 12-32.
19. Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2023 : Integrating Environmental Aspects. Norræna ráðherranefndin, Kaupmannahöfn 2023: 388.
20. Þórsdóttir I, Atladóttir H, Pálsson G. Matarræði Íslenskra ungbarna. Háskólaútgáfan, Reykjavík 2000.
21. Gunnlaugsson G. Brjóstagjöf á Íslandi. Talnabrunnur, Embætti landlæknis, Reykjavík 2011.
22. Sigurbjörnsdóttir HB, Gunnarsdóttir BE. Brjóstagjöf og næring ungbarna á Íslandi sem fædd eru 2004-2008. Talnabrunnur, Embætti landlæknis, Reykjavík 2012.
23. Guðmundsdóttir S, Magnúsdóttir ÓK. Hlutfall barna á brjósti á öllum heilsugæslustöðvum landsins. 2018-2022 (óbirt skýrsla). 2022.
24. Thome M. Þróun brjóstagjafar í Reykjavík í tvo áratugi. Hjúkrun 1993; 69: 11-23.
25. Þórsdóttir I, Þórisdóttir ÁV, Pálsson GI. Matarræði íslenskra ungbarna. Niðurstöður rannsóknar á mararæði, vexti og járnbúskap ungbarna 2005-2007. Rannsóknarstofa í næringarfræði, Reykjavík 2008.
26. World Health Organization. Obesity and overweight 2006. who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight - október 2023.
27. Yngve A, Sjostrom M. Yngve A, et al. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends [published erratum appears in Public Health Nutr 2001; 4: 1306]. Public Health Nutr 2001; 4: 631-45.
28. Piwoz EG, Huffman SL. The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices. Food Nutr Bull 2015; 36: 373-86.
29. Wambach K, Spencer B. Breastfeeding and human lactation. Jones & Bartlett Learning Burlington, MA 2021.
30. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, et al. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. Am J Epidemiol 1997; 146: 128-33.
31. Amir LH, Donath SM. Does Maternal Smoking Have a Negative Physiological Effect on Breastfeeding? Epidemiol Evid Birth 2002; 29: 112-23.
32. Giglia R, Binns CW, Alfonso H. Maternal cigarette smoking and breastfeeding duration. Acta Paediatr 2006; 95: 1370-4.
33. Brown CR, Dodds L, Legge A, et al. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. Can J Public Health 2014; 105: e179-85.
34. Thorbjarnardottir T, Olafsdottir EJ, Valdimarsdottir UA, et al. Oral contraceptives, hormone replacement therapy and breast cancer risk: a cohort study of 16 928 women 48 years and older. Acta Oncologica (Stockholm) 2014; 53: 752-8.
35. Thorisdottir B, Odinsdottir T, Thorsdottir I. A repeated cross-sectional analysis of the Icelandic baby food market surveyed in 2016, 2019 and 2021. Matern Child Nutr 2023: e13476.
36. Rollins N, Piwoz E, Baker P, et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. Lancet 2023; 401: 486-502.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.12.771

Breastfeeding in Iceland: Changes in prevalence and duration over a century

Ingibjörg Eiríksdóttir[1]

Elínborg J. Ólafsdóttir[2]

Laufey Tryggvadóttir[2,3]

Þóra Steingrímsdóttir[1,3]

[1]Department of Obstetrics and Gynecology, Landspitali-The National University Hospital, Iceland, [2]Research and Registration Center, The Icelandic Cancer Society, [3]Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland.

Correspondence: Þóra Steingrímsdóttir, *thoraste@landspitali.is*

Key words: *breastfeeding, breastfeeding duration, body mass index, smoking.*

INTRODUCTION: Worldwide, the health-promoting effects of breastfeeding on children and their mothers are indisputable. The frequency and duration of breastfeeding varies greatly internationally but studies on prevalence and influencing factors of breastfeeding in Iceland are scanty and the published ones deal with small groups. The aim of this research is to describe the epidemiology of breastfeeding duration and its influencing factors in Iceland among a large cohort in a whole population over almost one century.

MATERIAL AND METHODS: This is a historical cohort study, using data from The Cancer Detection Clinic Cohort of The Icelandic Cancer Society, collected retrospectively by questionnaires during the years 1964-2008. The data consisted of mothers´ reported information on breastfeeding of their 81,889 children, 36,537 first-borns and 45,352 younger siblings. The frequency and duration of breastfeeding was calculated and the effects of the following exposure variables were assessed: Maternal age, BMI (N=4950, data collected 1979-2008) and smoking (N=32.087, data collected 1995-2008), the child's year of birth and its order in the sibling group.

RESULTS: The children were born in the period of 1917-2008. In the late 1970s, the average duration of breastfeeding began to increase, in all age groups of mothers, increasing rapidly from 3 months to 7-8 months. At about the same time, the breastfeeding duration increased depending on the birth order of the children, younger children were breastfed for longer than their older siblings. Women with normal weight (BMI 18.5 to 24.9) breastfed their babies the longest, while obese women breastfed the shortest. Women with any history of smoking reported shorter duration of breastfeeding than women who had never smoked.

CONCLUSION: The increase in the average duration of breastfeeding in Iceland a few decades ago is in accordance with the information in the World Health Organization's database from European countries 1975-2000, where the Nordic countries and most Northern European countries promoted breastfeeding at a similar time. High BMI and maternal smoking are important variables when studying breastfeeding and this study indicates their negative association with the duration of breastfeeding.

Yfir 30 ára reynsla

1991 - 2023

Við þökkum traustið



Hvað gerir þú við gamla farsímann?



Hvað verður um tölvubúnaðinn þinn?



Geymir þú viðkvæmar upplýsingar á USB lykli?



Hvað verður um skjölin þín?

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

Hafðu samband!

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

Örugg eyðing gagna

AAA NAID CERTIFIED

GAGNAEYÐING

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

De Garengeot-kviðslit

• Sjúkratilfelli •

Rebekka Rós Tryggvadóttir[1] læknir
Páll Helgi Möller[1,2] læknir
Halla Viðarsdóttir[1] læknir

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

Fyrirspurnum svarar Rebekka Rós Tryggvadóttir, *rebekktr@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 14. september 2023,
samþykkt til birtingar 10. nóvember 2023.

Höfundar fengu leyfi sjúklingsins fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

ÁGRIP

Læriskviðslit er ein mismunagreining fyrirferðar í nára. Í sjaldgæfum tilfellum inniheldur slíkt kviðslit botnlangann og kallast þá De Garengeot-kviðslit eftir skurðlækninum sem lýsti því fyrstur. Hér á eftir verður farið yfir tilfelli 79 ára gamallar konu sem var greind og meðhöndluð á kviðarholsskurðdeild Landspítala vegna slíks kviðslits.

Inngangur

De Garengeot-kviðslit er læriskviðslit *(femoral hernia)* sem inniheldur botnlangann og er nefnt eftir franska skurðlækninum René-Jacques Croissant De Garengeot sem lýsti þessu fyrstur árið 1731. Fjórum árum síðar var fyrsta skráða botnlangatakan framkvæmd og þá vildi svo til að botnlanginn var staðsettur í nárakviðsliti *(inguinal hernia)* en það fyrirbæri tekur nafn sitt frá öðrum frönskum skurðlækni og kallast Amyand-kviðslit.[1] Læriskviðslit eru einungis 3% allra kviðslita og þar af eru De Garengeot-kviðslit aðeins um 1%. Enn sjaldgæfara er þegar bólginn botnlangi er til staðar en það kemur fyrir í 0,08-0,13% allra læriskviðslita. Læriskviðslit eru algengari hjá konum og kemur því ekki á óvart að það sama eigi við um De Garengeot-kviðslit en þar er hlutfallið einn karl á móti hverjum fjórum konum.[2] Hér er lýst tilfelli af De Garengeot-kviðsliti með bólgnum botnlanga hjá 79 ára gamalli konu.

Tilfelli

Um var að ræða 79 ára gamla konu með sögu um frumkomið rauðkornablæði (*polycythemia vera*), gláku og háþrýsting. Fyrri aðgerðarsaga er markverð fyrir legnám og gallblöðrutöku þar sem hún reyndist óvænt vera með gallblöðrukrabbamein og gekkst því í kjölfarið undir hlutabrottnám á lifur.

Henni var vísað til mats á kviðarholsskurðdeild vegna tæplega tveggja vikna sögu um fyrirferð í hægri nára ásamt verkjum í neðri hluta kviðar. Hún hafði ekki verið með hita, ógleði eða lystarleysi. Við skoðun var hún ekki bráðveikindaleg að sjá né meðtekin af verk og lífsmörk voru eðlileg. Kviðurinn þreifaðist mjúkur og var eymslalaus en í hægri nára þreifaðist hörð, um það bil þriggja cm stór fyrirferð. Það var ekki roði, hiti né bólga yfir fyrirferðinni en væg eymsli. Tölvusneiðmynd af kviðarholi sýndi nárakviðslit sem innihélt botnlangann. Það sáust einnig bólgumerki og vökvi umhverfis botnlangann (mynd 1).

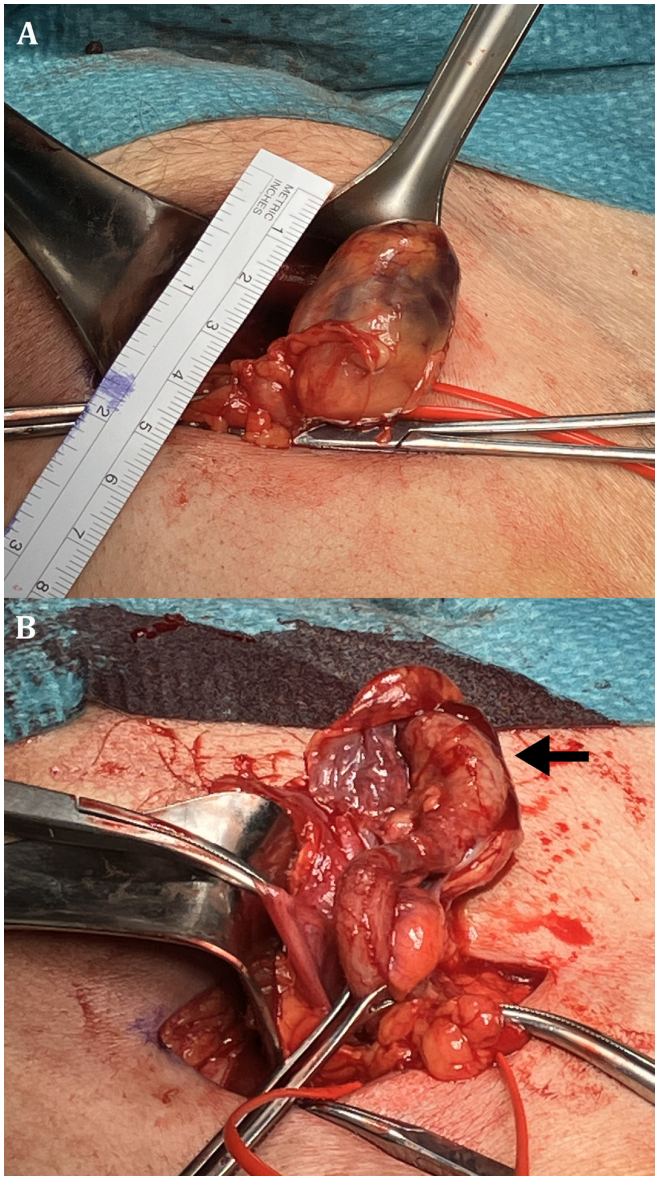
Eftir að greining lá fyrir var reynt að ýta innihaldi kviðslitsins aftur inn, sem tókst ekki. Hún var tekin samdægurs til opinnar kviðslitsaðgerðar að hætti Nyhus og reyndist þá vera með innklemmt (*incarcerated)* læriskviðslit. Kviðslitssekkurinn var dreginn til baka úr lærisganginum (*femoral canal)* og opnaður. Í honum var bólginn botnlangi og því tekin ákvörðun um að fjarlægja hann (mynd 1 og 2). Því næst var komið fyrir neti sem huldi lærisganginn og síðan var skurðinum lokað. Konan útskrifaðist heim degi síðar og við eftirlit fjórum vikum síðar var hún við ágæta heilsu og skurðsárið vel gróið. Vefjarannsókn á botnlanganum sýndi bólguíferð í gegnum öll vegglög botnlangans.

Umræða

Eins og áður kom fram er De Garengeot-kviðslit algengara í konum, en það hefur verið rakið til breytinga sem eiga sér stað á meðgöngu. Aðrir þættir eru meðal annars aukinn þrýstingur



Mynd 1. *Tölvusneiðmynd af kviðarholi sem sýnir læriskviðslitið með kviðslitssekk sem inniheldur botnlangann í krúnu- og áslægu sniði (rauð ör).*



Mynd 2. *Frá aðgerð. Kviðslitssekkurinn þegar búið er að fjarlægja hann úr lærisganginum (A) og botnlanginn þegar kviðslitssekkurinn hefur verið opnaður. Endi botnlangans er þrútinn og bólginn (ör) (B).*

í kviðarholi, hækkandi aldur, reykingar og vöðva- og bandvefssjúkdómar.[3,4]

Tilhneiging botnlangans að leita í lærisganginn má hugsanlega rekja til aukinnar stærðar og hreyfanleika botnristils (*caecum*), botnristils sem liggur neðarlega í grindarholinu á grunni vansnúnings (*malrotation*) á görn eða ef um er að ræða langan botnlanga. Botnlangabólga í De Garengeot-kviðsliti er yfirleitt í kjölfar utanaðkomandi þrýstings frá lærisganginum fremur en vegna hindrunar innan botnlangans, til dæmis vegna hægðasteins, líkt og algengara er við hefðbundna botnlangabólgu.[1]

Algengasta birtingarmynd De Garengeot-kviðslits er aum fyrirferð í nára en yfirgnæfandi fjöldi þeirra koma fyrir hægra megin. Roði í nára finnst í þriðjungi tilfella en er algengari ef um er að ræða rof *(perforation)* á botnlanganum. Það er meiri hætta á að læriskviðslit séu innklemmd eða að innihald kviðslits verði fyrir blóðþurrð *(strangulation)* samanborið við önnur kviðslit og stafar það líklega af því hversu þröngur lærisgangurinn er. Þessi líffærafræðilegu þrengsli gera það hins vegar að verkum að líkur á að sýking dreifist yfir í kviðarholið eru minni en ef botnlanginn er innan kviðarhols og því yfirleitt ekki merki um lífhimnubólgu hjá einstaklingum með De Garengeot-kviðslit.[1,3] Mismunagreiningar við De Garengeot-kviðslit eru meðal annars aðrar gerðir læriskviðslits, nárakviðslit, stækkaðir náraeitlar, fituæxli, ígerð og bláæðabólga.[5]

De Garengeot-kviðslit greinast oftast í aðgerð en einungis þriðjungur tilfella hefur staðfesta greiningu fyrir aðgerð og þá oftast með tölvusneiðmynd eins og í ofangreindu tilfelli. Tölvusneiðmynd hefur þó aðeins í kringum 60-70% næmi í að greina De Garengeot-kviðslit.[1,2,6] Staðfest greining fyrir aðgerð hefur verið tengd við lægri tíðni fylgikvilla og styttri sjúkrahússlegu í kjölfar aðgerðar.[1]

Vegna þess hve sjaldgæf de Garengeot-kviðslit eru, hafa

engar rannsóknir verið gerðar þar sem mismunandi meðferðarúrræði hafa verið skoðuð. Meðferðin er háð reynslu og mati skurðlæknisins ásamt ástandi sjúklingsins hverju sinni.[2] Almennt er mælt með botnlangatöku og síðan viðgerð á kviðslitinu, með eða án nets.[7] Guenther og félagar lögðu til flokkunarkerfi á de Garengeot-kviðsliti með tilliti til þess hve bólginn botnlanginn er við aðgerð (tafla I) ásamt fjórum tillögum sem er ætlað að aðstoða við frekari ákvörðun á meðferð. Samkvæmt þeirra kerfi á að íhuga kviðsjáraðgerð hjá klínískt stöðugum einstaklingum með fyrirfram greint De Garengeot-kviðslit en varast það ef grunur er um rof á botnlanga eða ígerð (*abscess*) í kjölfar þess (flokkur 5). Þá leggja þeir til botnlangatöku hjá öllum þeim sem eru með bólginn botnlanga (flokkur 2 og hærra) en ef botnlangi er eðlilegur þarf að skoða hvert tilfelli fyrir sig með tilliti til þess hvort æskilegt sé að fjarlægja hann. Ef framkvæmd er opin aðgerð og það er mögulegt að fá botnlangann í heild sinni fram í sárið þá er ekki talin þörf á að fara inn í kviðarhol. Hins vegar þarf að íhuga kviðsjárspeglun ef um er að ræða einkenni garnastíflu, ef myndrannsóknir fyrir aðgerð sýna annað innhald í lærisganginum fyrir utan botnlangann eða ef ekki er hægt að tryggja að hægt sé að draga kviðslitssekkinn til baka að fullu. Loks er ráðlagt að leggja net ef lítill grunur er um mengað aðgerðarsvæði þegar kviðslitið er lagfært til að minnka líkur á endurkomu.[1] Almennt er samstaða um það að ef botnlanginn er ekki rofinn eða ígerð á aðgerðarsvæðinu að þá sé mögulegt að leggja net án aukinnar sýkingarhættu.[2,3,5]

Þrátt fyrir að De Garengeot-kviðslit sé sjaldgæft fyrirbæri er mikilvægt að hafa það í huga sem mismunagreiningu við uppvinnslu á sjúklingi með fyrirferð í nára. Á það sérstaklega við um eldri konur með einkenni og teikn um blóðþurrð í innihaldi kviðslitsins. Íhuga ætti tölvusneiðmynd fyrir aðgerð ef ástand sjúklings leyfir þar sem það hefur verið tengt við betri árangur. Mikilvægt er fyrir skurðlækna að vera viðbúna því að taka ákvörðun um meðferð ef De Garengeot-kviðslit greinist fyrir eða í aðgerð.

Tafla I. Flokkun á De Garengeot-kviðsliti út frá útliti botnlangans í aðgerð.[1]

Flokkur	Lýsing
1	Eðlilegur botnlangi
2A	Aukin æðateikning, bólginn eða þrútinn botnlangi
2B	Aukin æðateikning, bólginn eða þrútinn botnlangi og aukin æðateikning á botnristli eða öðrum hluta ristils eða smágirnis
3A	Drep í botnlanga sem einskorðast við enda hans
3B	Drep í öllum botnlanga
4	Drep í botnlanga og drep í botnristli eða öðrum hluta ristils eða smágirnis
5	Rofinn botnlangi, ígerð eða fistill

Heimildir

1. Guenther TM, Theodorou CM, Grace NL, et al. De Garengeot hernia: a systematic review. Surg Endoscopy 2021; 35: 503-13.
2. Fousekis FS, Christou PA, Gkogkos S, et al. A case of De Garengeot's hernia with acute appendicitis and literature review. Int J Surg Case Rep 2018; 49: 55-7.
3. Kalles V, Mekras A, Mekras D, et al. De Garengeot's hernia: a comprehensive review. Hernia 2013; 17: 177-82.
4. Talini C, Oliveira LO, Araújo ACF, et al. De Garengeot hernia: Case report and review. Int J Surg Case Reports 2015; 8: 35-7.
5. Sommerhalder B, Burger R, Bueter M, et al. An unusual reason for an inguinal swelling: De Garengeot's hernia. J Surg Case Rep 2021; 3: rjab083.
6. Linder S, Linder G, Månsson C. Treatment of de Garengeot's hernia: a meta-analysis. Hernia 2019; 23: 131-41.
7. Piperos T, Kalles V, Al Ahwal Y, et al. Clinical significance of de Garengeot's hernia: A case of acute appendicitis and review of the literature. Int J Surg Case Rep 2012; 3: 116-7.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.12.772

De Garengeot hernia – a case report

Rebekka Rós Tryggvadóttir[1]

Páll Helgi Möller[1,2]

Halla Viðarsdóttir[1]

[1]Department of Surgery, Landspitali University Hospital, [2]Faculty of Medicine, University of Iceland.

Correspondence: Rebekka Rós Tryggvadóttir, *rebekktr@landspitali.is*

Key words: *De Garengeot hernia, femoral hernia, appendix vermiformis.*

We report a case of a 79-year-old woman with a previous history of polycythemia vera, glaucoma and hypertension. Her previous surgeries included a cholecystectomy with an incidental finding of a gallbladder carcinoma with following partial liver resection and a hysterectomy. The surgery department was consulted regarding this patient due to abdominal pain in her lower abdomen and tumor in her right groin. A CT scan of the abdomen was obtained that showed a hernia with the appendix vermiformis in the hernia sac. She was operated with a preperitoneal open approach and an inflamed appendix from a femoral hernia sac was removed and a herniorrhaphy with a mesh was performed. The patient was discharged the day after the surgery.

Femoral hernia with the appendix in the hernia sac is a rare type of hernia first descriped by Rene-Jacques De Garengeot in 1731 and now bearing his name.

Læknadagar í Hörpu
15.-19. janúar 2024

YFIRLIT DAGSKRÁR

Mánudagur 15. janúar

09:00-12:00 Konur, hormónar og krabbamein
09:00-12:00 Sóun í heilbrigðiskerfinu?
09:00-12:00 Gervigreind

12:10-13:00 Geðsjúkdómar og 19. aldar skáldin
12:10-13:00 Umhverfisveikindi, margvíslegar birtingarmyndir

13:10-16:10 Alþjóðaheilsa – Global Health
13:10-16:10 Skimun fyrir meðgöngueitrun og notkun hjartamagnýls í fyrirbyggjandi skyni
13:10-16:10 Vísindavinna á Íslandi

16:20 Opnunarhátíð Læknadaga

Þriðjudagur 16. janúar

09:00-12:00 Klínísk viðfangsefni I
09:00-12:00 Endurhæfing á Íslandi – fyrri hluti
09:00-12:00 Nokkur tilfelli af Barnaspítala Hringsins
09:00-12:00 MSK ómskoðun – vinnubúðir

12:10-13:00 Lifandi kappræður
12:10-13:00 Aðgangur að sjúkraskrárupplýsingum

13:10-16:10 Klínísk viðfangsefni II
13:10-16:10 Endurhæfing á Íslandi – síðari hluti
13:10-16:10 Smitsjúkdómar og saga. Viðbrögð einstaklinga og samfélags við aðsteðjandi ógnum
13:10-16:10 Líkamsskoðun – vinnubúðir

16:20-18:00 Opin vinnurými á heilbrigðisstofnunum

Miðvikudagur 17. janúar

09:00-12:00 Geðheilbrigðisþjónusta við fanga
09:00-12:00 Endurhæfing eldra fólks
09:00-12:00 Everyday radiology

12:10-13:00 Mat á sjálfsvígshættu
12:10-13:00 Nærrannsóknir

13:10-16:10 Ónæmisherferð gegn krabbameini
13:10-16:10 Sarklíki
13:10-16:10 Axlir og olnbogar – yfirferð yfir nokkur algeng vandamál
13:10-16:10 Liðskoðun – vinnubúðir

16:20-18:00 Umhverfismál í heilbrigðisþjónustu

Fimmtudagur 18. janúar

09:00-12:00 Þverfaglegt málþing um briskrabbamein
09:00-12:00 Lengi býr að fyrstu gerð
09:00-12:00 Lýðheilsuáherslur og offita, kynning á niðurstöðu starfshóps

12:10-13:00 Þitt hlutverk í eigin heilsu – ristilkrabbi
12:10-13:00 Áföll og áfallastreita: Nýjungar í úrvinnslu og meðferð

13:10-16:10 Vestrænn lífsstíll – vestræn bólga
13:10-16:10 Hvað er nýtt af nálinni? I
13:10-16:10 Sérnám í læknisfræði

16:20-18:00 Kjaramálafundur

Föstudagur 19. janúar

09:00-12:00 Grunngildi heimilislækninga og sjálfbærni
09:00-12:00 Innkirtlalækningar nútímans: erfðir og skilvirkari nálgun
09:00-12:00 Lögfræðileg málefni

12:10-13:00 Láttu í þér heyra!
12:10-13:00 Eitranir á bráðamóttöku

13:10-16:10 Héraðslækningar
13:10-16:10 Nútímaþjónusta við fólk með langvinna sjúkdóma, lærdómur af þróun þverfaglegrar þjónustu við fólk með sykursýki
13:10-16:10 Hvað er nýtt af nálinni? II
13:10-16:10 Almost as good as continuity: Developing a trusting relationship at the first encounter – workshop

16:20 Lokadagskrá Læknadaga

NÁNARI DAGSKRÁ VERÐUR BIRT Í JANÚARTÖLUBLAÐI LÆKNABLAÐSINS OG Á HEIMASÍÐU LÆKNAFÉLAGSINS, LIS.IS

Dagskráin er birt með fyrirvara um breytingar



Magnús Haraldsson
geðlæknir á geðsviði Landspítala,
læknadeild Háskóla Íslands

Geðskoðun

Við mat á geðrænum veikindum er lykilatriði að gera vandaða geðskoðun. Geðskoðun er oftast samtvinnuð töku sjúkrasögu og söfnun heilsufarsupplýsinga. Eins og við líkamsskoðun er best að geðskoðun sé gerð skipulega þar sem horft og spurt er eftir ákveðnum þáttum í útliti, hegðun og hugsun einstaklingsins. Hér verða rakin helstu atriði geðskoðunar.

Útlit og hegðun:

Geðskoðun hefst í raun um leið og litið er á einstaklinginn og því liggur beint við að byrja á því að meta útlit og hegðun. Líkamshirða, svipbrigði, augnsamband og hvernig einstaklingur ber sig og hreyfir veitir oft mikilvægar vísbendingar um andlegt ástand. Þunglyndir horfa gjarnan niður, mynda lítið augnsamband og eru með hnykklaðar brúnir og niðurdregin munnvik. Léleg líkamshirða sést hjá einstaklingum með neysluvanda, vitræna skerðingu eða langvinna geðrofssjúkdóma.

Tal:

Líðan einstaklings endurspeglast oft í hraða og styrk tals. Hægt og lágróma tal sést oft hjá þunglyndum en þeir sem eru í örlyndi (maníu) tala gjarnan hratt með hækkaðan róm og tala oft mikið.

Geðslag:

Með geðslagi er átt við hvert tilfinningalegt ástand viðkomandi er á þeirri stundu sem matið fer fram. Byggir matið bæði á lýsingu einstaklingsins á eigin líðan og hlutlægu mati þess sem skoðar. Best er að biðja viðkomandi um að lýsa líðan sinni með eigin orðum. Geðslag getur til dæmis verið lýst með kvíða, depurð, reiði, pirringi eða kæti. Í örlyndi upplifir viðkomandi sig oft hátt uppi eða kátan og er þá talað um hækkað geðslag en lækkað geðslag þegar þunglyndi er til staðar. Þegar geðslag er metið innan eðlilegra marka og einstaklingur lýsir vellíðan er talað um að hann sé jafnlyndur eða að geðslag sé hlutlaust.

Hugsun:

Við geðskoðun er bæði lagt mat ferli eða flæði hugsunar og einnig hvort innihald hugsana sé sjúklegt eða tengist geðröskun. Þegar hugsanaferli eru óeðlileg er talað um að viðkomandi sé með hugsanatruflanir. Þær lýsa sér með því að skipulag og flæði hugsana er truflað. Tengsl milli hugsana verða þá gjarnan órökrétt og erfitt getur reynst að skilja hvað viðkomandi er að segja. Slíkar truflanir geta lýst sér með því að viðkomandi virðist stöðugt tala í kringum hlutina eða flakka á milli hugsana. Þetta getur komið fram hjá einstaklingum í örlyndi þar sem tengsl hugsana verða losaraleg og órökrétt. Hugsanatruflanir koma einnig oft fram í alvarlegu geðrofi og lýsa sér með því að viðkomandi heldur illa þræði og talar samhengislaust. Þetta getur náð því stigi að tal verði með öllu óskiljanlegt og líkist helst einhvers konar orðasalati.

Við mat á hugsanainnihaldi er athugað hvort til staðar séu til dæmis ranghugmyndir, þráhyggjuhugsanir eða sjálfsvígshugsanir. Ranghugmyndir eru hugmyndir sem einstaklingurinn trúir staðfastlega þó svo að skýr rök eða sannanir séu fyrir því að þær geti ekki átt sér stoð í raunveruleikanum. Aðsóknarranghugmyndir eru algengar í geðrofi og getur viðkomandi til dæmis haldið að nágrannar hans stjórni honum með rafsegulbylgjum. Tilvísunarranghugmyndir eru einnig algengar og lýsa sér með því að einstaklingur telur að ýmsir hlutir eða atburðir í umhverfinu hafi sérstaka merkingu sem beint sé til hans, til dæmis að auglýsingaskilti eða persóna í sjónvarpsþætti sé að senda honum skilaboð. Enn önnur tegund eru stjórnunarranghugmyndir sem snúast gjarnan um að einstaklingnum sé stjórnað af einhverjum utanaðkomandi öflum. Við mat á sjálfsvígshugsunum er byrjað á því að spyrja opinna spurninga um líðan og ef til staðar er depurð og vonleysi er spurt stig af stigi hvort viðkomandi finni fyrir lífsleiða, dauðahugsunum, dauðaóskum og sjálfsvígshugsunum.

Skynjun:

Skyntruflanir geta komið fram í öllum skilningarvitum en tengjast oftast heyrnarskyni hjá einstaklingum með geðraskanir. Rangskynjun (*illusion*) er þegar til staðar er skynáreiti en það er mistúlkað, til dæmis þegar skuggi virðist vera ljóslifandi vera. Þegar einstaklingur skynjar eitthvað án skynáreitis kallast það ofskynjun. Heyrnarofskynjanir eru algengastar. Lýsa þær sér oftast með því að viðkomandi heyrir rödd eða raddir sem tala til eða um einstaklinginn. Raddir þessar lýsa gjarnan hegðun viðkomandi eða vara hann við einhverri aðsteðjandi hættu. Best er að forðast að nota orð eins og ranghugmyndir og ofskynjanir í viðtali. Betra er að spyrja hvort viðkomandi heyri eða skynji eitthvað sem aðrir virðast ekki skynja eða hvort einstaklingurinn hafi upplifað eitthvað óvenjulegt eða yfirnáttúrulegt. Þegar rætt er við einstakling með geðrofseinkenni er mikilvægt að fara ekki í rökræður um einkennin þar sem þau eru oftast mjög raunveruleg fyrir viðkomandi þó að þau séu fjarstæðukennd. Einnig er mikilvægt að tala rólega í mildum tón og sýna samkennd og skilning á því að fyrir einstaklinginn eru þessar upplifanir mjög raunverulegar og geta valdið mikilli vanlíðan og streitu.

Vitræn geta:

Í geðskoðun er rétt að leggja mat á vitræna getu. Áttun er könnuð með því að biðja einstakling um að segja deili á sér og spyrja um stund og stað. Í viðtali kemur oft fram hvort merki eru um vitræna skerðingu eða truflanir á meðvitund og ef ekki eru merki um slíkt er oftast óþarfi að gera ítarlegt vitrænt mat. Þegar merki um skerðingu koma fram er rétt að meta það ítarlegar. Til eru ýmis einföld og fljótleg próf til að meta vitræna þætti eins og minni, einbeitingu og hafa þau þá kosti að þau eru næm fyrir að greina verulega skerðingu og hægt er að nota þau til að fylgjast með breytingum á vitrænni getu í framhaldi.

Innsæi:

Í lok viðtals ætti að vera hægt að leggja mat á það hversu mikið innsæi einstaklingur hefur í einkenni sín, hvernig þau geta hamlað honum og hvaða meðferð eða aðstoð hann þarf að fá. Skortur á innsæi er vísbending um að einstaklingur sé síður líklegur til að fylgja leiðbeiningum eða þiggja þá meðferð sem talin er nauðsynleg. Innsæi er oft á rófi frá því að vera lítið til þess að vera fullt. Til dæmis getur einstaklingur áttað sig á að hann er veikur en hefur ekki innsæi í hvaða meðferð er viðeigandi.

Lausasölulyf við svefnvandamálum og kvíða

Raunhæfur kostur til að draga úr svefnlyfjanotkun



Sefitude getur stytt tímann sem það tekur að sofna og bætt svefngæði. Lyfið inniheldur útdrátt úr garðabrúðurót, en róandi áhrif jurtarinnar hafa verið staðfest í klínískum samanburðarrannsóknum. Sefitude hefur þekkta GABA virkni og hafa klínískar rannsóknir sýnt sambærilega virkni garðabrúðurótar og lágskammta oxazepam, en garðabrúðurót þolist mun betur.*

Sefitude er hvorki sljóvgandi né ávanabindandi og er skráð í sérlyfjaskrá. Sefitude er lausasölulyf og fæst í öllum apótekum.

Viðurkennt jurtalyf við svefntruflunum og vægum kvíða. Sefitude inniheldur útdrátt af garðabrúðurót (445mg/tafla) og fæst án lyfseðils. Notkun við svefntruflunum: 1 tafla ½-1 klst fyrir svefn fyrir 12 ára og eldri. Notkun við vægum kvíða: 1 tafla 1-3 sinnum á dag fyrir fullorðna og 1 tafla 1-2 á dag fyrir 12-18 ára. Hámarksskammtur fyrir 12-18 ára eru 2 töflur en 4 töflur fyrir fullorðna. Ekki ætlað yngri en 12 ára, þunguðum konum eða konum með barn á brjósti. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða öðrum innihaldsefnum. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast á serlyfjaskra.is. Dags. síðustu samþykktar um eiginleika lyfs: jan 2019. Florealis ehf, info@florealis.com.

*Ziegler G. et al. (2002). Eur. J. Med. Res. 7(11), 480-6.

FLOREALIS

Blóðprufur við Alzheimer breyta leiknum

Sænski vísindamaðurinn Henrik Zetterberg hefur með teymi sínu tekist að greina Alzheimer með blóðprufum. Strax eftir áramót verði þær notaðar klínískt í stað mænustungna. Hann vonar að hægt verði að byrja á Íslandi á sama tíma og í Svíþjóð

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Henrik Zetterberg er Íslandsvinur og hefur margoft komið til landsins. „Er farið gjósa?“ spyr hann hressilega. „Ég elska útsýnið, andrúmsloftið og hef unnið með íslenskum kollegum, eins og Jóni Snædal.“ Hann stefnir á að leigja bíl og keyra um. Vera nokkra daga. Mynd/ Elin Lindström, Göteborgs Universitet

„Afsakið að ég gat ekki tekið símann fyrr. Ég var að koma frá Silvíu drottningu hér í Stokkhólmi sem verðlaunaði ungan vísindamann, Jacob Vogel, fyrir hönd sænsku Alzheimer-samtakanna. En ég er kominn út og rölti hérna að lestarstöðinni,“ segir Henrik Zetterberg, prófessor í taugaefnafræði við Háskólann í Gautaborg og yfirlæknir í klínískri efnafræði við Sahlgrenska. Hann er einnig gestaprófessor við Wisconsin-Madison háskólann. „Já, þetta er ekki venjulegur dagur. Hann er yfirleitt þétt-setinn hefðbundnum fundum.“

Zetterberg er afslappaður í miðjum umferðarkliðnum þegar *Læknablaðið* hringir. Þarna eru aðeins 10 dagar í fyrirlestur hans á fræðslufundi lyflækninga í Blásölum um þetta vísindaafrek að þróa blóðprufur til að greina glöp. Zetterberg vonast til að efla samstarfið við íslenska kollega.

Verðlaun drottningarinnar hafa árlega frá 2014 verið afhent ungum Alzheimer-vísindamanni en drottningin hefur verið bandamaður vísindamannanna enda þjáðist móðir hennar af heilabilun og bróðir hennar lést úr Alzheimer.

Zetterberg, sem einnig fékk viðurkenningu á dögunum þegar hann fékk afhent Ingvars-verðlaun Sænska læknafélagsins fyrir framúrskarandi rannsóknir á vitsmunalegum sjúkdómum, hefur náð miklum árangri. Teymið hans, sem samanstendur af 80 sérfræðingum, hefur umbreytt mænuvökvaprófunum fyrir Alzheimer í blóðprufu eftir fyrstu vísbendingarnar fyrir 10 árum. Hann stefnir á að mæla aðra heilabilunarsjúkdóma með þessum hætti.

„Þessi blóðlífmerki virka merkilega vel fyrir Alzheimer,“ segir Zetterberg og leggur áherslu á að með blóðprufunum verði hægt að grípa Alzheimer fyrr og því fyrr sem sjúkdómurinn greinist sé útkoma meðferða betri.

„Lífmerkin greinast strax og amyloid-skellur byrja að myndast,“ segir hann. Hann segir blóðprufurnar sýna hvort einstaklingur þjáist af elliglöpum en þær greina ekki hverrar gerðar, séu þau önnur en Alzheimer. Helmingur elliglapa flokkist til Alzheimer en hinn ekki en hann vonist til að ná einnig þeim áfanga að grípa Lewy body-glöp og framheilaskaða (*frontotemporal dementia*), sem sjá megi á prótínum, með blóðprufum.

„Bíddu nú aðeins á meðan ég stekk inn í lestina,“ segir hann. „Hvar vorum við?“ Viðtalið heldur áfram og Zetterberg segir frá því að hann stefni á að nota blóðgreininguna í klínísku starfi strax eftir áramót. Almennt þurfi aðeins klínískt efnafræðigreiningartæki til. „Við þurfum engin sérúrræði, sem er mjög gott,“ segir hann og því auðvelt að hefja leika í Evrópu.

„Svo búumst við við því að byrja í Bandaríkjunum í kjölfarið. En við getum byrjað strax í Svíþjóð og Íslandi,“ segir hann. „Við þurfum ekki að bíða eftir staðfestingu yfirvalda“ og hann muni á fundinum hvetja íslenska kollega til að vera með frá byrjun.

En hverju breyta blóðprufur í stað mænustunga fyrir sjúklinga? „Þetta er auðveldara greiningarferli,“ segir hann og að almennir læknar geti þá greint glöpin. „Já, við sjáum að leikar eru að breytast um þessar mundir þegar kemur að klínískri vinnu.“



Ólöf Jóna Elíasdóttir

Breytingar í ritstjórn *Læknablaðsins*

Ólafur Árni Sveinsson taugalæknir hefur ákveðið að víkja úr ritstjórn *Læknablaðsins* eftir tæplega þriggja ára setu. Fyrir hönd *Læknablaðsins* eru honum þökkuð vel unnin störf og hann fær bestu óskir um góðan framgang í framtíðarstörfum sínum.

Ólöf Jóna Elíasdóttir sérfræðingur í taugalækningum á Landspítala kemur nú inn í ritstjórn. Hún lauk læknanámi frá Háskóla Íslands 2008 og doktorsprófi frá sama skóla 2020. Hún lauk sérnámi í taugalækningum í Linköping í Svíþjóð árið 2016. Hún starfaði á neuromuscular centrum á taugadeild Sahlgrenska-sjúkrahússins í Gautaborg 2017-2022.

Hún hefur verið leiðbeinandi sérnámslæknis í taugalækningum og kennt við Gautaborgarháskóla.

Ólöf Jóna var meðlimur í vinnuhóp um klínískar leiðbeiningar í taugasjúkdómum í Svíþjóð og teymi um sjaldgæfa taugasjúkdóma hjá Socialstyrelsen. Hún var auk þess virk í kennslu við Gautaborgarháskóla og leiðbeiningum sérnámslækna í taugalækningum.

Ritstjórn býður Ólöfu Jónu velkomna í hópinn og væntir mikils af samstarfinu við hana.



Hundurinn Alex var í vinnunni rétt eins og aðrir sem hlýddu á fyrirlestur stjórnarformanns Landspítala og forstjóra Karólínska, Björns Zoëga, sem talaði frá Svíþjóð. Fundarstjóri var Kristján Kristjánsson. Mynd/gag

Heilbrigðisþing í sjötta sinn

„Við stjórnum ekki náttúrunni en við stýrum aðgerðum okkar," sagði Guðni Th. Jóhannesson forseti Íslands þegar hann benti á að aðgerðir í Grindavík, nú þegar jörðin skelfur og líkur eru á eldgosi, væru byggðar á gögnum ólíkt því sem var í Vestmannaeyjum fyrir 50 árum.

Þétttsetið var í Norðurljósasal Hörpu þegar Heilbrigðisþing 2023 fór fram þann 14. nóvember. Þetta var sjötta þingið og hafði norræna skírskotun vegna formennsku Íslands í Norrænu ráðherranefndinni. Útgangspunkturinn var Gögn og gervigreind: framtíð sjálfbærrar heilbrigðisþjónustu.



Katrín Þórarinsdóttir er formaður Fræðsluráðs sem stendur að Læknadögum. Þeir verða dagana 15.-19. janúar 2024. Mynd/gag

Þrjátíu málþing á Læknadögum

Læknirinn, vísindamaðurinn og frumkvöðullinn Özlem Türeci, prófessor við Helmholtz-stofnun krabbameinslækninga og Johannes Gutenberg-háskólann í Mainz, verður meðal erlendra fyrirlesara á Læknadögum í janúar. Türeci var meðal stofnenda líftæknifyrirtækisins BioNTech. Það þróaði árið 2020 fyrsta mRNA-bóluefnið sem samþykkt var til notkunar gegn COVID-19.

„Já, ég hlakka mikið til að hlusta á erindið hjá Özlem um þróun nýrra bóluefna og heyra hennar framtíðarspá í þessum efnum," segir segir Katrín Þórarinsdóttir, formaður Fræðsluráðs og gigtarlæknir. „Mér finnst einkennandi fyrir Læknadaga nú hvað það er mikil fjölbreytni í efnisvali og einnig hversu mikill metnaður hefur verið lagður í málþingin."

Sex málþing á dag, 30 í heildina, verða á Læknadögum í janúar auk síðdegisþinga. Þá verða um 15 hádegisfundir og fimm vinnubúðir. Katrín segir búist við 850-1000 manns. „Við vonumst auðvitað til að læknar fjölmenni á Læknadaga og við viljum einnig hvetja annað heilbrigðisstarfsfólk til þess að mæta." En er eitthvert málþing sem hún ætlar ekki að missa af? „Ég get eiginlega ekki gert upp á milli þeirra. Þetta á eftir að verða erfitt val þegar kemur að sjálfum Læknadögum."

Læknadagar eru umfangsmiklir að vanda og verður þriðjudagurinn þemadagur: *Klínísk viðfangsefni tengd lyflæknisfræði* fyrir og eftir hádegi og *Endurhæfing á Íslandi* fyrir og eftir hádegi, svo eitthvað sé nefnt. „Læknadagar eru frábært tækifæri fyrir okkur lækna að fræðast og sjá nýjungar í læknisfræði en líka að hitta kollegana og styrkja böndin. Það er því synd að sleppa þeim," segir hún í léttum tóni.

Opnað verður fyrir skráningu á Læknadaga í byrjun desember.

Medtronic
Engineering the extraordinary

Simplera nýr sykurnemi og snjallpenni

Því að samfelld glúkósamæling ein og sér er ekki nóg. Neminn skráir sjálfkrafa rauntíma glúkósasveiflur, insúlínskammta, nemur virkt insúlín, reiknar máltíðar- og leiðréttingarskammta.



InPen snjallpenni
Sendir upplýsingar um insúlíngjafir í snjallforrit. Forritið sameinar upplýsingar um insúlíngjafir og rauntíma glúkósa til að reikna út hæfilega máltíðarskammta.

Simplera sykurnemi
Fyrirferðarlítill og einfaldur í uppsetningu.

Snjallpennakerfi
Ráðleggur sjálfkrafa insúlíngjafir eftir þörfum.

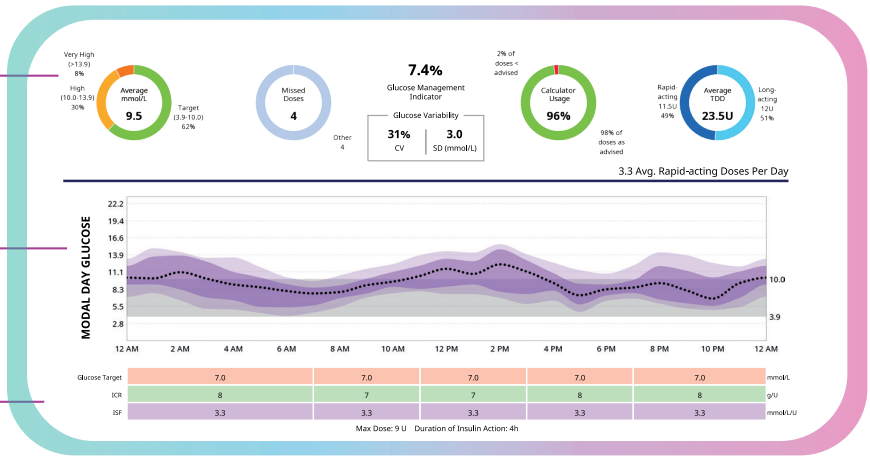
Ítarlegar samfelldar upplýsingar um glúkósasveiflur, insúlínskammta og máltíðir
Skýrslurnar veita þér góða innsýn í sykurstjórn skjólstæðinga og auðvelda þér meðferðarráðleggingar.

Yfirlitsskýrsla

Tölfræði
M.a. gleymdir skammtar

Dagssveiflur glúkósa

Breytanlegar stillingar
Meðferðarstillingar fyrir insúlíngjafir



AZMedica. PARTNERS Medtronic

Skemmuvegur 6 Blá gata | 200 Kópavogur | 564 5055 | Skemmuvegur 6 Blá gata | 200 Kópavogur | medica.is

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

Oddur Steinarsson
heimilislæknir og framkvæmdastjóri
Heilsugæslunnar á Kirkjusandi



Fækkun heilsugæslustöðva og hvar eru heimilislæknarnir?

Árið 2016 voru boðnar út þrjár nýjar heilsugæslustöðvar á höfuðborgarsvæðinu. Aðeins tveir aðilar sóttu um og opnuðu tvær nýjar heilsugæslur árið 2017. Í október það ár voru 213.000 manns skráðir á 19 heilsugæslur á höfuðborgarsvæðinu. Sex árum síðar, í október 2023, eru 255.000 skráðir á höfuðborgarsvæðinu, sem gerir um 13.400 að meðaltali á hverja stöð. Æskileg stærð stöðva er um 8-12.000 skjólstæðingar og er varað við að fara yfir 15.000 skráða. Minni heilsugæslur reknar af og í eigu lykilstarfsmanna hafa komið best út í nágrannalöndunum.

Hver er staðan hér í dag?

Fyrir um einu og hálfu ári var tilkynnt um myglu í húsnæði Heilsugæslunnar í Grafarvogi. Þá var starfsemin flutt að mestu yfir í Heilsugæsluna í Árbæ. Á sama tíma var læknamönnun í Grafarvogi orðin mjög léleg. Síðan hefur ekki verið rekin heilsugæslustöð í Grafarvogi og ekki er alveg ljóst hvenær breyting verður á því. Nýlega hefur starfsmönnum heilsugæslustöðvanna í Breiðholti verið tilkynnt um sameiningu á starfsemi þeirra. Þá er jafnframt rætt um hvort sameina eigi fleiri heilsugæslur á höfuðborgarsvæðinu vegna manneklu. Þannig gætu verið 15 til 16 starfandi heilsugæslur fyrir 255.000 manns innan árs. Þá verður meðalskráning á stöð 16.-17.000 manns.

Þetta raungerist á sama tíma og stjórnvöld hafa talað um styrkingu heilsugæslunnar. Komugjöld hafa verið lækkuð og verkefni flutt til heilsugæslunnar. Ef skoðað er nánar hvað hefur verið gert, eru viðbæturnar helst geðheilsumiðstöðvar og önnur þjónusta en grunnheilsugæsla. Sálfræðiþjónusta hefur verið efld, en fjármögnun til lækninga og hjúkrunarþjónustu hefur ekki verið aukin. Fjármögnunin hefur ekki fylgt fólksfjölgun og auknum verkefnum. Fyrir ári síðan voru þrjár sjálfstæðar stöðvar í töluverðum rekstrarvanda, var þá loksins brugðist við og bætt inn nokkru fé. Þetta voru jafnframt þær þrjár stöðvar sem komu best út úr síðustu gæða- og þjónustukönnun. Meinið hér á landi er að fjármögnun fylgir yfirleitt ekki launaþróun eða fjölgun verkefna og skjólstæðinga. Það er talað um upphæðir inn í kerfi, en því miður eru þetta oftast plástrar. Það geta ekki færri unnið meira og meira, ár eftir ár. Þá sporar úr.

Félag íslenskra heimilislækna kannaði í vor fjölda setinna stöðugilda heimilislækna. Samkvæmt því voru um 100 stöðugildi setin á höfuðborgarsvæðinu. Þetta gerir um einn sérfræðing á tæplega 2600 skráða í dag. Þar sem mönnunin er verst, var einn heimilislæknir á um 5000 skráða. Viðmið félagsins er 1200 skráðir skjólstæðingar á lækni í fullu starfi í þéttbýli. Þau viðmið eru jafnframt mjög hógvær eins félaginu er jafnan tamt. Ef við skoðum viðmið í nágrannalöndunum, þá eru viðmið Svía 1100 skráðir á lækni og þar er eftirfylgd ADHD-lyfjameðferðar ekki á höndum þeirra. Norðmenn miða við 1000-1200 skráða á lækni og Danir hafa verið að lækka töluna í 1300-1500 skráða á lækni. Stór samlög hafa verið tengd við skert aðgengi, minni samfellu þjónustu, verri frammistöðu í forvörnum, minni heilsueflingu og lakari eftirfylgd langvinnra sjúkdóma. Samkvæmt rannsóknum er „gullin tala“ talin vera á bilinu 1000-1500 skráða á lækni.

Sérnámið

Það eru um eitt hundrað læknar í sérnámi í heimilislækningum á Íslandi, sem er mjög jákvætt og þar hafa frumkvöðlar í hópi heimilislækna unnið þrekvirki. Þetta er þó á landsvísu og ástandið víða úti á landi er slæmt og ekki síður brýnt að bæta mönnun þar. Einnig eru um 75 heimilislæknar að komast á aldur næsta áratuginn. Það þarf því að bæta enn í til að ná upp mönnunarskorti og ná takti við fólksfjölgun. Þetta sérnám hefur því miður ekki verið stutt eins og ég hefði viljað sjá. Í Svíþjóð, þar sem ég starfaði, var hver sérnámsstaða fjármögnuð sérstaklega og kennslustjórum fjölgað í takt við stækkandi hóp sérnámslækna. Þetta var gert af myndarskap af yfirvöldum þar, en vantar mjög upp á hér. Enn eru tillögur um sambærilegt að velkjast um í ráðuneytunum þrátt fyrir starfshóp um efnið og að undirritaður hafi endurtekið bent á þetta síðastliðin níu ár á fundum.

En hvað nú?

Heilbrigðisráðuneytið hefur synjað óskum um að stöðva nýskráningar skjólstæðinga utan upptökusvæðis stöðva, þrátt fyrir að stöð sé fullsetin. Embætti landlæknis fékk afrit af þeim samskiptum en aðhafðist ekki. Ég er með nokkur dæmi um lækna sem hafa hætt í heilsugæslunni eða minnkað starfshlutfall vegna álags, og þá er ekki minnst á veikindi. Þessi þróun er ekki boðleg áfram og það þarf að bregðast við og það með aðgerðum, ekki enn einni nefndinni.

Fjármagna þarf í takt við launaþróun, verkefni og mönnunarþörf. Fjármagna sérnámið almennilega. Endurskoða komugjöld, önnur gjöld og fjárstýringar. Forgangsraða þarf til að vernda þann mannskap sem stendur vaktina nú. Hvað er mikilvægast að gera? Endurskoða þarf Heilsuveru. ADHD-lyf og eftirlit, á það ekki að vera hjá þeim sem greina og setja viðkomandi á meðferð? Gera eitthvað róttækt í vottorðamálum og minnka aðra skriffinnsku. Hollenskir heimilislæknar fóru víst í vottorðaverkfall fyrir 20 árum og það er ljóst að heimilislæknar hér munu ekki sætta sig við óbreytt ástand.

Stjórn Læknafélags Íslands Steinunn Þórðardóttir formaður **Félag almennra lækna** Sólveig Bjarnadóttir, Teitur Ari Theódórsson
Félag íslenskra heimilislækna Margrét Ólafía Tómasdóttir, Oddur Steinarsson **Félag sjúkrahúslækna** Theódór Skúli Sigurðsson, Magdalena Ásgeirsdóttir
Læknafélag Reykjavíkur Ragnar Freyr Ingvarsson, Katrín Ragna Kemp

„Ég er ekki hættur“

Landspítali framleiðir nokkurn fjölda hjúkrunarsjúklinga á hverju ári sem ekki hefðu þurft að verða það, segir Jón Snædal öldrunarlæknir og prófessor. Hann fer yfir ferilinn með *Læknablaðinu* í aðdraganda málþings honum til heiðurs en segist þó hvergi hættur. Stoltastur er hann af Minnismóttökunni og mest krefjandi á ferlinum sé biðin eftir þjónustu, sem of margir þurfa að þola

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Sjúklingar koma inn á bráðamóttökuna með einhver veikindi, sem oft eru lítil en leggjast ofan á önnur. Ef fólk fær svo að vera í hreyfingarleysi, iðjuleysi, á spítalanum er þetta fólk í töluverðri hættu,“ segir Jón Snædal, öldrunarlæknir og prófessor, og bendir á að við spítalainnlögn sé fólk almennt merkt bráðveikt, síðan í endurhæfingu og að endingu er niðurstaðan að lítið sé hægt að gera. „Þá eiginlega stoppar allt.“ Aldraðir einstaklingar sem þurfi að liggja fyrir og bíða séu því settir í lífshættu.

„Þetta er ekki flóknara en svo að fólk þarf að fá rétta þjónustu á réttum stað og tíma. Ef það gerist verður vandamálið minna.“ Jón segir að efla mætti Kragasjúkrahúsin til að taka við fólki í skammtímaendurhæfingu eftir dvöl á spítala. „Ég veit að þetta er gert í vissum mæli en þetta mætti auka.“ Samgöngur séu orðnar það góðar. Hann horfi vongóður til aðgerðaráætlunarinnar „Gott að eldast.“ Unnið sé gegn tvíverknaði í kerfinu.

„Ég hef alltaf áhyggjur þegar ég þarf að senda fólkið mitt á bráðamóttökuna. Hún er eins og harmonika. Oft er allt í stakasta lagi og þjónustan hröð og góð, en alltof oft er löng bið eftir innlögn eftir að búið er að ákveða að þess sé þörf. Stóra málið er að koma fólki á réttan stað þegar búið er að vinna það upp á bráðamóttöku.“

Málþingið í nóvember

Málþing til heiðurs Jóni var haldið 3. nóvember. Steinunn Þórðardóttir, formaður Læknafélagsins, sagði frá þróun Alzheimerlyfja og frá störfum Jóns fyrir Alþjóðalæknafélagið, WMA. Hreinn Stefánsson, yfirmaður miðtaugakerfisrannsókna hjá Íslenskri erfðagreiningu, sagði frá rannsóknum á erfðabreytileika í meinmyndum Alzheimer-sjúkdómsins, Knut Engedal, prófessor emeritus við Oslóarháskóla, sagði frá Alzheimerferðalaginu síðustu 40 ár og Guðlaug Guðmundsdóttir hjúkrunarfræðingur þakkaði honum fyrir samstarfið á Minnismóttökunni á Landakoti. Sjálfur talaði hann um Alzheimer nú, þá og í framtíðinni. En þarf hann þá að hætta nú 73 ára?

„Nei, ég er ekki hættur og hugsa að fólkið verði fyrir vonbrigðum þegar ég svo mæti í vinnuna á mánudeginum.“ Hann hlær og útskýrir stöðuna. „Ég er með nokkur verkefni sem byggja á samningum sem spítalinn hefur gert við aðra aðila, ber ábyrgð á þeim. Þetta eru verkefni sem ekki má hlaupa frá en sem betur fer eru þetta verkefni sem mér finnast skipta máli og eru ánægjuleg, en fyrr eða síðar þurfa aðrir að taka við.“

Jón hefur fylgst grannt með þróun Alzheimermála. Bakslag varð í þróuninni um aldamótin og lítið fréttist af nýjungum þar til í sumar að væntingarnar voru blásnar upp með lyfinu Lekanemab. Er hann ekki svekktur að fylgja þeirri þróun ekki eftir? „Ég hef upplifað þessa tilfinningu áður vegna þess að á tíunda áratug síðustu aldar kom hver nýjungin á fætur annarri. Mikil bjartsýni var ríkjandi. Það voru að koma ný lyf á markaðinn sem menn vissu að yrðu bara fyrstu lyfin og mikill bjartsýni með framhaldið. Þá voru að koma nýjar tilgátur fram og hver rannsóknin á fætur annarri styrkti hana,“ lýsir hann og vísar til amyloid-tilgátunnar.

„Frá og með janúar 2000 hrynur allt saman. Þá var fyrsta rannsóknin á fólki með þessum mótefnum stöðvuð af því að alvarlegar aukaverkanir komu fram. Menn fóru til baka í tilraunaglösin og dýratilraunir.“ Næstu 15 ár hafi vísindamenn upplifað tóm vonbrigði þar til nú.



Málþing til heiðurs Jóni Snædal var haldið í húsnæði Læknafélags Íslands 2. nóvember og mættu um 100 manns. Jón hélt sjálfur erindi á þinginu um Alzheimer þá og nú. Mynd/gag

Ónákvæmni við val á þátttakendum í rannsóknum hafi skekkt niðurstöður.

„Einnig var eðlilega mikil hræðsla við aukaverkanir og nú vitum við að skammtar voru of litlir þegar farið var af stað að nýju. Komið hefur í ljós að aðeins hæstu skammtarnir duga," segir hann, og að aukaverkanirnar séu ekki eins hættulegar og menn héldu. Bjúgur í heila myndist þegar líkaminn hreinsi amyloid-próteinið út. Það gerist hjá um fimmtungi sjúklinga en 1-2% fái einkenni. Þá geti komið fram háræðablæðingar í heila (*microbleeds*). Lærdómskúrfa í notkun lyfjanna sé því framundan.

„En við hér á Íslandi höfum rætt við rannsakendur vestanhafs og austan um að safna saman gögnum um alla sem fara á nýju lyfin í þeim tilgangi að sjá öryggisatriði sem allra fyrst og fá vísbendingar um hverjum þau gagnast best."

Með pabba í vinnuna

Það er ekki tilviljun að Jón er læknir. Pabbi hans, Gunnlaugur Snædal, var kvensjúkdómalæknir og afabróðir hans, Gunnlaugur Einarsson, var háls-, nef- og eyrnalæknir. Pabbi hans var sendur 12 ára til nafna síns til mennta eftir föðurmissi. Dóttir Jóns, Sunna, er svo nýrnalæknir þannig að keðjan hefur enn lengst.

Glæsilegur fulltrúi á alþjóðasviðinu

„Af öðrum ólöstuðum má segja að Jón sé okkar glæsilegasti fulltrúi á alþjóðasviðinu," sagði Steinunn Þórðardóttir, formaður Læknafélags Íslands, þegar hún talaði á málþinginu til heiðurs Jóni Snædal í byrjun nóvember. Hann hafi einn íslenskra lækna orðið forseti Alþjóðalæknafélagsins (World Medical Association, WMA) á árunum 2007-2008.

„Jón var virkur í félaginu í mörg ár á undan og er enn. Hann er minn helsti stuðningsaðili á þessum vettvangi og algjörlega frábært að hafa svona viskubrunn sér við hlið."

Steinunn sagði helstu arfleifð hans þar endurskoðun á siðareglum lækna. Einu orði hafi verið breytt sem hafi falið í sér grundvallarbreytingu. Skyldum lækna til að varðveita (*preserve*) mannslíf hafi verið breytt í að virða (*respect*) mannslíf.

„Þetta undirstrikar það að læknar eiga í raun ekki að leggja alltaf ofuráherslu á að viðhalda lífi sama hvað, sama hvort það felast í því íþyngjandi rannsóknir, íþyngjandi meðferðir, heldur er stundum rétt fyrir lækna að bakka, beita líknandi nálgun og virða reisn og óskir síns skjólstæðings."



Jón Snædal sver eið að hollustu sinni í forsetastóli Alþjóðafélags lækna. Fornaður stjórnar félagsins, Bandaríkjamaðurinn Edward Hill, þjónar eiðinn. Til hægri er Nachiappan Arumugan læknir frá Malasíu en hún lækar við forsetaembættina af honum.

Jón Snædal forseti Alþjóðafélags lækna

Tákn Alþjóðafélags lækna: Societas mundi medica AD MCMXLVII.

Dagana 3.-6. október sl. hélt Alþjóðafélag lækna 58. aðalfund sinn á Marriott-hótelinu í Kaupmannahöfn. Helstu tíðindi þaðan eru þau að Jón Snædal tók formlega við embætti sem forseti samtakanna til eins árs, en á fundi félagsins í Suður-Afríku síðastliðið haust var þetta afráðið með kosningu fundarins og í hönd fór þarmeð eins árs skeið sem fól í sér eiraskonar undirbúning þessa. Í sjónmáli eru því ævintega fráfarandi, núverandi og verðandi forseti og hefur hver sín verkefni fyrir félagið. Næsti aðalfundur verður haldinn í október 2008 í Seúl í Kóreu, og þar mun Israelinn Yoram Blachar sem er formaður Israelska læknasamtakanna taka við af Jóni sem forseti.

Hlutverk forseta er að koma fram fyrir hönd samtakanna við ýmis tækifæri, sitja fundi og halda erindi í nafni samtakanna. Hvert embætti er þó ævintega litað af þeim skoðunum og þeirri menntun sem viðkomandi embættismaður hefur, þannig bentí Jón sem er öldrunarlæknir

764 LÆKNAblaðið 2007/93

Ein síða úr Læknablaðinu, nóvember 2007, – þar sem sagt var frá forsetavígslu Jóns Snædal inn í WMA sem haldin var í Kaupmannahöfn í októberbyrjun árið 2007. Myndir/VS

„Pabbi tók okkur stundum með. Við strákarnir fórum til dæmis á aðfangadag á hverju ári með pabba á spítalann. Jafnvel á stofugang, sem væri nú ekki gert í dag. Stundum vorum við hafðir úti á gangi, þegar læknarnir fóru inn á stofurnar sem þá geymdu yfirleitt fjóra til sex á hverri," segir hann, og hvernig hann hafi þá séð að það væri eftirsóknarvert að starfa sem læknir. Hann hafi þó ekki upplifað þrýsting og völdu bræður hans tveir annað starf.

Jón valdi að verða öldrunarlæknir. „Á fjórða ári í læknadeild fórum við í sumarvinnu og ég fór á Sólvang í Hafnarfirði þar sem Þór Halldórsson var tekinn við sem yfirlæknir. Hann hafði brennandi áhuga á þessu sviði og fyrsti yfirlæknirinn í öldrunarlækningum." Gott hafi verið að vinna með honum og hann gefið honum hæfilega ábyrgð.

„Þór byrjar með þá hugmyndafræði að koma eldra fólki til heilsu aftur. Þetta er ekki meira en 15-20 árum eftir að öldrunarlækningar byrja í Bretlandi." Áður hafi ekkert verið gert fyrir fólk annað en að veita því fæði og húsaskjól. Nú sé þjónusta til staðar frá því að greining liggi fyrir. Jón lýsir því hvernig hann hafi svo fengið áhuga á heilabilun í sérnámi sínu í Lundi. „Á meðan við getum ekki læknað öldrunarsjúkdóma er aðalatriðið að sjá til þess að heilsa fólks sé sem best, bæði andleg og líkamleg og að lífsgæðin séu sem mest."

Þegar hann hættir störfum stefnir Jón að því að ferðast með konu sinni Guðrúnu Karlsdóttur en samtals eiga þau sjö börn. „Við eigum bæði sumarbústað í Kjósinni og hús í Danmörku," segir hann og að hann vilji sinna fjölskyldunni, ganga og ferðast.

„Svo er mjög gaman að geta verið í tengslum við þetta fag og vinna fyrir og með Læknafélaginu." Hann hvetur lækna til félagsstarfa því það sé eitt af því sem verji þá fyrir útbruna. „Þá kemstu í samband við kollega sem þú hefðir aldrei hitt annars. Skynjar hvað þeir eru að gera og hvað er sameiginlegt. Með því að víkka sjóndeildarhringinn og stunda rannsóknir, vinnur þú einnig gegn kulnun því þetta vinnur gegn rútínuálaginu sem leiðir til langtímakulnunar."

Stoltur af Minnismóttökunni

En hverju er hann stoltastur af?

„Minnismóttökunni," svarar hann um göngudeildina á Landakoti sem sér um greiningu heilabilunar og minnissjúkdóma. Hún var stofnuð árið 1995 á svipuðum tíma og í samanburðarlöndum. Hann lýsir því hvernig henni var komið upp af kænsku.

„Við vitum öll að þegar brydda þarf upp á nýjungum kostar það mikla eftirgangsmuni að fá fjármagn því það er aldrei á lausu. Við báðum því ekki um neitt heldur endurskipulögðum göngudeildina og okkar eigin tíma. Með því fengum við þó ekki mikið svigrúm en við gátum byrjað." Þá hafi verið tilviljun að tveimur árum síðar var sameining öldrunarlækninga á Landakoti og þá jókst svigrúmið verulega.

„Frá einu ári til annars fimmfaldaðist fjöldinn sem kom til okkar," segir Jón um þessa bröttu byrjun. „Ein helsta ástæða þess að þetta heppnaðist vel var að það var þörf. Eftirspurnin varð því fljótt mikil og við komumst í vanda með að mæta henni almennilega," segir Jón.

„Það hefur þó gengið vel og sérlega vel síðasta vetur. Efling á sérnámi hefur þar hjálpað okkur og við erum með sérnámslækna í margar vikur hjá okkur." Með því að þeir taki meiri af grunnvinnunni með stuðningi sérfræðilækna hafi afköstin aukist. „Mér sýnist þetta verða metár hjá okkur á Minnismóttökunni."

En hvað hefur þá verið mest krefjandi á ferlinum? „Það er bið sjúklinga eftir þjónustu," segir Jón. „Bið er oft mjög erfið fólki í vanda. Þú sem læknir hefur alltaf þá tilfinningu að þú berir ábyrgð á biðinni, þótt þú gerir það ekki." Læknar hafi vald til að upplýsa og þurfi því að stýra væntingunum í takti við raunveruleikann.

„Það er oft erfitt að horfa upp á fólk sem þarf að bíða lengi eftir úrræðum sem þú veist að skipta miklu máli." En er þá ekki þægilegra að vera í vísindastarfinu? „Jú, jú og nú er ég kominn þangað," segir Jón og hlær.

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



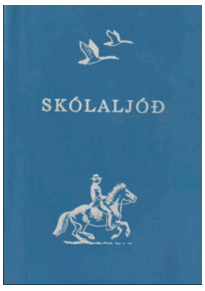
Ólafur Skúli Indriðason
nýrnalæknir

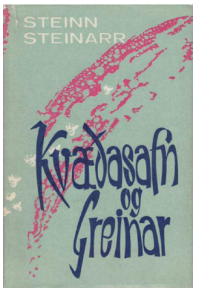
„...En eilíft líf er ekki til, því miður“

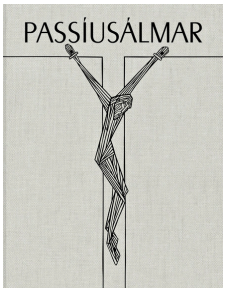
En Magga, ég les eiginlega aldrei neitt, varð mér að orði þegar skorað var á mig. Ja, það er ekki spurt um lestur heldur bækur sagði hún. Og það verður svosum að viðurkennast að bækur hafa spilað hlutverk í mínu lífi. Faðir minn var mikill bókasafnari og hefði hann ekki eytt peningunum í bækur hefði fjölskyldan kannski gert eitthvað annað. En kannski ekki. Mér datt þetta bara í hug þegar ég fór að huxa um bækur. Hann var mjög stoltur af safninu sínu. Sérsmíðaður bókaskápur sem tók yfir nær alla langhliðina í stofunni þótti prýði. Man eftir að hann benti mér einhverntímann á eina hilluna og sagði: hér er ein milljón (sem þótti nokkur peningur í þá daga). Held hann hafi litið á þetta sem ákveðna fjárfestingu og gott að hann var ekki hér þegar við systkinin vorum að ganga frá safni foreldra okkar fyrir tveimur árum.











Ég las reyndar nokkuð mikið í æsku, enda þessi bókaáhugi á mínu heimili. Oft var farið í bókasafnið, Bókamarkaðurinn vinsæll og bækur voru tíðar gjafir. Ég man sérstaklega eftir tveimur bókum frá þessum árum, *Tómas miðframherji* og *Kolskeggur*. Tómas var nýr í liðinu og mjög góður í fótbolta en líka góður strákur. Eimreiðin, sem svo var kallaður vegna hraða, var keppinauturinn. Hann lenti í því að drekka gosdrykk í hálfleik og kastaði upp í framhaldinu, gosinu kennt um. Kannski er það þessvegna sem ég hef haft vissan ímugust á gosdrykkjum. Ýtarleg lýsing á hjólhestaspyrnu Tómasar er líka sennilegasta skýringin á að ég hef margoft reynt slíka spyrnu á ferlinum, held ég hafi rifbrotnað í einni slíkri fyrir nokkrum árum. Þeir urðu samt vinir og sigruðu að lokum. *Kolskeggur* er skemmtileg saga um strák og hest, góð samsetning.

Ég var reyndar alltaf frekar leingi að lesa og tók myndasögubókum því opnum örmum, Ástríks- og Tinnabækurnar þar í uppáhaldi. Sú bók sem ég held þó að hafi haft mest áhrif á mig er *Skólaljóðin*, bláa bókin sem ég kynntist í 10 ára bekk. Þar er safnað saman vísum og ljóðum eftir marga höfunda og þegar vel er að gáð er um að ræða mörg betri ljóða þeirra. Þarna hreifst ég af hrynjandi og því hvernig myndir og hugsanir eru settar fram í hnitmiðuðu máli. Ekki laust við að ég „…leitaði að ljóði, lærði að smíða stöku“ („Þá var ég ungur“ eftir Örn Arnarson). Mörg af þeim ljóðum sem ég las þarna og lærði hafa fylgt mér síðan.

Í menntó var það svo Steinn Steinarr – *Kvæðasafn og greinar*, sem fangaði hugann og mikið spáð í ljóð Steins með félögunum. Í framhaldinu hef ég hrifist af ljóðum Hannesar Péturssonar, sem einkennast af einstakri hrynjandi og mýkt, auk annarra skálda. Ljóðin hafa sumsé verið það form bókmennta sem hefur höfðað mest til mín og á náttborðinu eru alltaf einhverjar ljóðabækur (auk *Skólaljóðanna*). Ég fékk nær allar ljóðabækurnar úr safni foreldra minna og gríp ég af og til bók úr skápnum og les ljóð af handahófi. Þeim fylgir líka lyktin úr stofunni í Barmahlíð sem vekur ýmis hughrif. Úr því safni eru nú á náttborðinu meðal annars skáldkonurnar Halla frá Laugabóli og Erla, skil ekki alveg hversvegna þær náðu ekki inn í *Skólaljóðin*, en það er annað mál.

Jónas og Jón Helgason eru þarna reyndar líka en sú bók sem er þar og ég les á hverju ári er *Passíusálmarnir*. Hana fékk ég frá föður mínum til lestrar meðan ég var í sérnámi í Bandaríkjunum, að hans sögn vegna þess að „einatt er með þeim illu einföldum búið slys“ (11. sálmur).

Passíusálmarnir eru skemmtilegur aldarspegill, þar sem takast á trú og siður. Þeir leiða hugann að hinu eilífa lífi. „...En eilíft líf er ekki til, því miður.“ („Þriðja bréf Páls postula til Korintumanna“ eftir Stein Steinarr.)

Ég skora á Hans Jakob Beck lungna- og endurhæfingarlækni að skrifa næsta pistil!

Blóðbankinn biðlar til yfirvalda að fá að vera í fremstu röð

Um 20 landsmenn fara nú árlega í eigin blóðmyndandi stofnfrumumeðferð hér á landi eftir kröftugar krabbameinsmeðferðir. Áður voru sjúklingar sendir úr landi. Blóðbankinn hefur barist fyrir að blóð hans verði kjarnsýruskimað. Sveinn Guðmundsson yfirlæknir segir að hann vilji sjá Ísland verða með fyrstu löndum í heiminum til að fá rauðu blóðkornin smithreinsuð

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Fjögur hundruð Íslendingar með illkynja blóðsjúkdóma, svo sem merg- eða eitlaæxli, hafa á síðustu 20 árum fengið eigin blóðmyndandi stofnfrumur hér á landi í kjölfar kröftugra krabbameinsmeðferða.

„Allflestir fóru til Stokkhólms fyrir árið 2003," segir Sveinn Guðmundsson, yfirlæknir hjá Blóðbankanum. Meðferðin hafi þróast og bjóðist nú enn fleirum en áður. „Gert var ráð fyrir að um fimm sjúklingar fengju þessar meðferðir á ári en þeir eru nú að meðaltali um 20." Stofnfrumumeðferðin sé unnin í samstarfi Blóðbankans og blóðlækningadeildar Landspítala. „Þetta er vaxtarbroddur fyrir framtíðarfrumumeðferðir af ýmsu tagi í hér á landi."

Blóðbankinn fagnar í ár sjötugsafmæli sínu. Þriðja ráðstefna ársins af því tilefni fór fram þann 17. nóvember. Þar var lögð áhersla á að Ísland yrði áfram leiðandi í smithreinsun á heimsvísu.

„Við innleiddum smithreinsun fyrir blóðvökva og blóðflögueiningar á árunum 2012-14. Smithreinsun á rauðum blóðkornum verður fyrst aðgengileg árið 2025 og þar sem við stöndum svona framarlega skorum við á heilbrigðisyfirvöld að tryggja að þá verði hún einnig í boði hér á landi," segir Sveinn. Með smithreinsuninni sé hægt að grípa veirur sem berist með blóði. Fólk geti þá gefið blóð þrátt fyrir að óþekkt veira geri vart við sig.

„Þetta hefur margvíslega þýðingu; eykur öryggi blóðþega og stækkar þann hóp sem getur gefið blóð."

Þetta er ekki eina framfaraskrefið sem stefnt er að, en Blóðbankinn hefur einnig barist síðustu ár fyrir að gerð verði NAT-kjarnsýruskimun á blóði hjá sýkla- og veirufræðideild Landspítala. Samkvæmt svörum spítalans hefur það verið afdráttarlaus stefna spítalans.

„Vonir standa til að þær geti hafist á næsta ári," segir í svörum spítalans við fyrirspurn *Læknablaðsins* um stöðuna. Samræður um kostnaðinn standi yfir við heilbrigðisráðuneytið. Sveinn segir grundvallarmun á NAT-skimun og þeirri skimun sem nú fari fram.

„NAT-greining er nákvæmari og grípur svokallað gluggatímabil þar sem blóðið getur borið sóttkveikju án þess að hún greinist með mótefnaprófum." Því sé rétt að taka skimunina upp. Hún sé stunduð í flestum Evrópulöndum og öllum Norðurlöndum utan Íslands og Svíþjóðar.

Vill þjálla kerfi um ráðningar frá útlöndum

„Nýliðun í heilbrigðiskerfinu mun í auknum mæli koma frá útlöndum," segir Sveinn Guðmundsson yfirlæknir Blóðbankans. „Þetta er staðreynd og gera þarf ferlið þjálla."

„Þetta er áskorun sem heilbrigðiskerfið þarf að taka á með áþreifanlegum hætti. Það þarf að bæta innviðina og skapa þægilega umgjörð þegar fólk er ráðið til starfa," segir hann. Einfalda og flýta þurfi yfirferð á skjölum og pappírum svo hægt sé að leyfa fólki sem góð reynsla er af erlendis að taka hratt og örugglega til starfa hér á landi.

Fjöldi starfsfólks með erlendan bakgrunn vinnur nú gott starf í Blóðbankanum, meðal annars frá Filippseyjum, Indlandi, Ástralíu, Danmörku og Íran. „Þetta er fólk sem hefur komið hér til starfa, skilað góðu verki og verið mikilvæg viðbót."



Ína Björg Hjálmarsdóttir deildarstjóri, Erna Knútsdóttir gæðastjóri, Sveinn Guðmundsson yfirlæknir og Níels Árni Árnason einingastjóri stofnfrumuvinnslu í Blóðbankanum. Mynd/gag

Sveinn fer á þessum tímamótum yfir helstu áskoranir bankans og nefnir að gripið hafi verið til kynningarátaks til að fjölga virkum blóðgjöfum í kjölfar COVID-19 en þá hafi staðan verið mjög krefjandi.

„Talsverð pressa var að geta uppfyllt óskir heilbrigðisþjónustunnar um blóðhluta.“ Vel heppnuð kynningarherferðin hafi hins vegar snúið þeirri áskorun í tækifæri. Virkir blóðgjafar séu nú 6000. 4000 karlar en 2000 konur – fleiri en þeir hafi verið á síðustu átta árum. Hann vill sjá kynningarátakinu haldið áfram og konur hvattar enn frekar til að gefa blóð.

„Í nágrannalöndunum eru konur 45-50% blóðgjafa en hér um þriðjungur.“ Engin fagleg rök séu fyrir því að konur gefi ekki blóð. „Við fylgjumst vel með járnbirgðum kvenna þar sem 10-25% þeirra glíma við járnskort og látum þær vita ef svo er.“ Sveinn segir aukna þörf fyrir blóð á næstu árum og áratugum. Þjóðin eldist og landsmönnum fjölgi hratt, auk fleiri ferðamanna. Því þurfi fleiri á blóði að halda.

Blóðbankinn var stofnaður 1953. „Hann var settur á stofn af stórhuga frumkvöðlum og við viljum vera stórhuga í því starfi sem okkur er fengið,“ segir Sveinn sem hefur verið í bankanum frá 1993, yfirlæknir frá 1995. Valtýr Bjarnason og Níels Dungal hafi fyrst hreyft við hugmyndinni um Blóðbanka árið 1949 og starfsmenn verið fjórir við stofnun hans. Nú séu 60 manns í 50 stöðugildum.

En hverju er hann stoltastur af á starfsferlinum í Blóðbankanum? „Að vinna í hópi mjög margra starfsmanna Blóðbankans af öllum stéttum: Líffræðinga, lífeindafræðinga, hjúkrunarfræðinga og annars starfsfólks. Það þarf samhentan hóp og skýr markmið. Það þarf styrka umgjörð gæðakerfis til þess að geta staðið undir þeim framförum sem við höfum séð á síðustu árum og áratugum.“

Fleiri vottuð handtök þurfi í heilbrigðiskerfinu

Mikilvægt er að vottuð heilbrigðiskerfi hefji innreið sína á sem allra flestum sviðum í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Veita skuli heilbrigðisþjónustu undir merkjum og innan ramma vottaðs gæðakerfis. Það haldi utan um og tryggi rétt handtök. Þetta segir Sveinn Guðmundsson yfirlæknir Blóðbankans. „Við hvorki gætum né vildum sinna okkar starfi öðruvísi en að hafa vottað gæðakerfi,“ segir hann. „Það hefur verið okkar gæfa síðustu 25 árin að vinna mjög markvisst á því sviði og þar held ég að aðrir þættir heilbrigðiskerfsins þurfi að hugsa sinn gang. Það þýðir ekki alltaf að segja að við þurfum að stefna að eða að við erum á ákveðinni gæðavegferð heldur þarf að stíga skrefið til fulls,“ hvetur hann til.

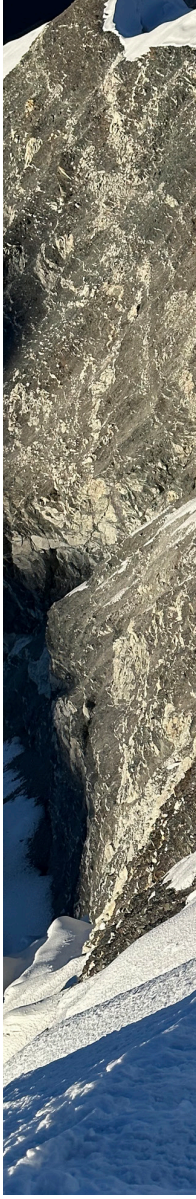
Blóðbankinn fékk ISO 9001 vottun allrar starfseminnar árið 2000. „Við höfum síðan bætt við faggildingu á sviðum eins og vefjaflokkunarstarfsemi og stofnfrumumeðferð. Við teljum að það eigi ekki og sé ekki hægt að veita blóðbankaþjónustu öðruvísi en að það sé vottað gæðakerfi sem sé tekið út af óháðum aðilum.“











Á toppnum í Nepal



Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Já, þetta er svolítið ég. Ég er svo fljótur að ákveða mig," segir Tómas Guðbjartsson læknir og lýsir því hvernig hann stökk til Nepal þegar sænskur skurðlæknir leysti hann af á skurðdeildinni. Hann kleif Island Peak, eða Imja Tse-fjallið, 6165 metra hátt, í fjallasal Nepal og nýtti ferðina til góðs. 400 börn hafa nú fengið hlý föt frá Íslandi.

„Þetta var stórkostleg ferð. Hún var ákveðin með nokkurra daga fyrirvara. Það hefur verið mikið álag í vinnunni, margar vaktir síðustu mánuði," segir Tómas Guðbjartsson, hjartaskurðlæknir og prófessor. Fríið hafi því verið kærkomið.

Ekki er annað hægt en að fylgjast með Tómasi. Ef það eru ekki vísindagreinar eða uppskurðir á Landspítala, stekkur hann til Nepal eða dýfir sér í Arnarfjörðinn þar sem hann á athvarf. Hann er pólitískur og berst fyrir umhverfinu. Berst gegn ýmsum virkjanakostum og hvalveiðum. Í Læknavarpinu segir Tómas frá Nepal-förinni, ævintýraþránni, háfjallaveiki, styrktarverkefninu og afa sínum, Vigfúsi Sigurðssyni, sem fór yfir Grænlandsjökul í leiðangri danska höfuðsmannsins Koch árin 1912-1913.

„Forsendurnar voru að Dendi Sherpa, vinur minn sem býr í Katmandu, var laus og ekki með hóp þannig að við skelltum okkur tveir upp í fjöllin, eins og við gerðum í fyrra og tókum tvo bræður hans með sem eru í þjálfun í að verða fjallaleiðsögumenn. Við fjórir roguðumst með fjallgöngubúnað, vorum með töluvert af lyfjum og föt fyrir fátæk börn í heimabæ Dendi, Taksindu."

„Þetta er eitt fátækasta svæðið í Nepal, tekjur mjög lágar og margir búa við kröpp kjör." Þeir hafi því safnað peningum á Íslandi, yfir tveimur milljónum króna, og keypt föt, skólabúninga og flíspeysur, handa hátt í 400 nemendum í þremur skólum, saumuð í Nepal, til að veita sem flest störf. Framhald verður á verkefninu.

„Það er svo kalt þarna," segir Tómas. „Þetta er í 3000 metra hæð og skólarn-













1. Tómas með Dendi Sherpa á toppi Island Peak, Imja Tse. 2. Ungir verðandi munkar í flíspeysum sem þeir fengu í fyrri ferð Tómasar til Nepal í fyrra. 3. Stúlkur í nýju skólabúningunum prýddum íslenska fánanum. 4. Tómas í reipi á leið á toppinn. 5. Leiðin á toppinn er stórfengleg. 6. Við lón í fjallgarðinum. 7. Tómas afhendir skurðáhöldin sem hann kom með frá Íslandi. 8. Þrír á fjalli. 9. Lógó góðgerðarsamtakanna. 10. Dendi og Tómas með blómakransana, þakklætisvottinn, um hálsinn.

ir eru lítið hitaðir upp. Vegna stríðsins, sérstaklega í Úkraínu, hefur gas og olía hækkað svo mikið og skólastofurnar eru nánast ekkert hitaðar upp. Þannig að fólk er látið klæða þetta af sér en margir eiga ekki hlý föt."

Hann lýsir því hvernig fólk hafi leitað til hans í ferðinni þegar það vissi að hann væri læknir. Þorpin í fjöllum Nepal séu fjarri læknum og fólkið gangi dögum saman til að fá aðstoð. „Oft er það svo leyst út með röngum lyfjum." Hann hafi sjálfur orðið vitni að því.

„Það er gefandi að gera svona," segir hann og lýsir því hvernig hann hafi getað látið gott af sér leiða á stuttum göngudögum og aðstoðað veikt fólk. „Heilbrigðiskerfið þarna er vægast sagt lélegt. Það eru engar almannatryggingar. Ekkert net sem grípur unga krakka. Ungbarnadauði, þau sem deyja innan 12 mánaða, er 150-faldur á við það sem við sjáum á Íslandi," segir hann.

„Þessar tölur eru skelfilega háar í Nepal." Erlendir læknar, oft á eftirlaunaaldri, opni þjónustu árlega – til að mynda til að fyrirbyggja blindu – og annan vanda sem laga megi með ódýrum hætti. En hvernig vann hann þar?

„Þetta voru ekki flóknar lækningar en ég var með skurðstofusett sem hætt var að nota af Landspítala og gat framkvæmt smáar aðgerðir í staðdeyfingu og hreinsað sár en þetta var langmest öndunarfæra- og mjúkvefjasýkingar. Ég fór með 20 skammta af zitromaxim, sem er dýrt lyf hérna heima og næstum ófáanlegt í Nepal, og fékk Lyfjaver á Íslandi til að styrkja mig með stuttum fyrirvara. Ég notaði hvern einasta skammt." Þá hafi hann kynnt Diamox við háfjallaveiki en sjálfur hafi hann notað lyfið í 4-5 ár.

„Mér hefur aldrei liðið svona vel í hæð," segir hann.

Tómas kleif Aconcagua í Andesfjöllunum í Argentínu í febrúar. Fjallið er enn hærra, eða rétt nærri 7000 metrum. Nepal hefur þó vinninginn. „Þar eru hæstu fjöllin, mesti snjórinn og hrikalegasta umhverfið en líka þessi kúltur í kringum sjerpana," segir hann og lýsir því þegar þeir Dendi komu í skóla og fengu 300 blómakransa um hálsinn sem þakklætisvott fyrir fötin.

„Það er eitthvað sem maður gleymir aldrei og ég sagði við Dendi að kannski væri þetta stærsta upplifunin í ferðinni, stærri en fjallið, að sjá þessa fátækt og hvað hægt er að gera mikið fyrir lítið fé," segir hann. „Við erum rétt að byrja. Okkur langar til að halda áfram með söfnunina."

Sigurður Guðmundsson
lyflæknir og fyrrum landlæknir



Nóbelsverðlaun í bráð og lengd

Le marchand de la mort est mort

Alfred Bernhard Nóbel (1833-1896) var sænskur efnafræðingur og uppfinningamaður. Hann var sannur endurreisnarmaður, flugfær í sænsku, ensku, þýsku, frönsku, rússnesku og ítölsku, reyndi fyrir sér í skáldskap. Nóbel var vart einhamur, fékk meðal annars 355 einkaleyfi, og stofnaði Bofors-vopnaverksmiðjurnar. Nítróglýcerín hafði verið uppgötvað skömmu fyrir miðja 19. öldina, en var mjög óstöðugt. Bróðir Alfreds, Emil, fórst ásamt fjórum öðrum í sprengingu af völdum nítróglýceríns, en þremur árum seinna, 1867, tókst Alfred að auka stöðugleika þess með því að blanda því við kísilgúr. Hann kallaði efnið dýnamít. Eins og nærri mátti geta í fallvöltum heimi var það ekki eingöngu notað í friðsamlegum tilgangi. Sagan segir að í kjölfar andláts bróður Alfreds, Ludvigs, hafi ýmis dagblöð birt minningargreinar um Alfred, sem var mun þekktari Nóbel en bróðirinn. Í frönsku blaði var sagt að *Le marchand de la mort est mort*. Alfred hnykkti við og ákvað að gefa eigur sínar til að koma verðlaununum á laggirnar. Óvíst er hvort sagan sé sönn, en ágæt samt. Árið 1895 gekk Alfred frá erfðaskrá þar sem miklum fjármunum var ánafnað til að koma á fót verðlaunum á fimm sviðum: bókmenntum, efnafræði, eðlisfræði, læknisfræði og líf-eðlisfræði, og til eflingar friði í heiminum. Skyldu þeir hljóta verðlaunin sem mest höfðu lagt af mörkum til mannkyns á liðnu ári. Verðlaunum í hagfræði var komið á fót 1968 þegar Sveriges Riksbank veitti Nóbelsstofnuninni fjármuni í tilefni af 300 ára afmæli bankans til að stofna til verðlauna í minningu Alfreds Nóbel. Alfred lést 1896. Verðlaunin voru svo veitt fyrst árið 1901.

Nóbelsverðlaunin eru með þekktari fyrirbærum í heiminum og í þeim fólginn heiður sem margir sækjast eftir en fáum hlotnast. Sænska vísindaakademían veitir öll verðlaunin árlega nema friðarverðlaunin sem norska Nóbelsnefndin sér um. Er það samkvæmt erfðaskrá Nóbels sem gaf hins vegar engar skýringar á því hvers vegna Norðmenn skyldu bera ábyrgð á friðarverðlaununum en Svíar á öllum hinum.

Hvers vegna eru Nóbelsverðlaunin svona mikilvæg?

Þau eru öflugur mælikvarði á getu mannsins, sköpunarkraft hans, seiglu, styrk og innsæi. Margar merkustu uppgötvanir mannsins skarta Nóbelsverðlaunum. Þeim fylgja alþjóðleg áhrif, virðing og frægð. Þau eru hvatning til afreka og mikilvægur hvati þróunar í vísindum. Þau eru pólitísk í eðli sínu, ekki síst friðarverðlaunin, og hvetja þannig alþjóðasamfélagið til bættra verka, þótt þess sjái ekki nógu oft stað eins og dæmi Úkraínu og Palestínu sanna.

Verðlaunin í 122 ár

Alls hefur 621 verðlaunum verið veitt til 1000 manna, stofnana og félagasamtaka frá 1901 til 2023. Nokkrir hafa fengið verðlaun oftar en einu sinni og því hafa alls 965 einstaklingar og 27 félagasamtök/stofnanir fengið þau. Einungis hafa 65 verðlaun komið í hlut 64 kvenna, Marie Curie fékk þau tvisvar.

Tveir hafa neitað að taka við verðlaunum. Annar var Jean-Paul Sartre 1996, sem ekki vildi taka við neinum opinberum verðlaunum, sama hvaða nafni þau nefndust, hinn er Lê Đức Thọ sem hafnaði friðarverðlaunum 1973, fékk þau með Henry Kissinger. Hann taldi ástandið í Víetnam ekki vera tilefni til verðlauna, enda var þessi verðlaunaveiting harðlega gagnrýnd.

Fjórir verðlaunahafar hafa verið þvingaðir til að hafna verðlaunum, þrír að kröfu Adolfs Hitlers. Einn þeirra var Gerhard Domagk sem átti að fá verðlaunin 1939 fyrir uppgötvun prontosils (sulfanilamíðs) sem var fyrsta súlfalyfið. Síðar fengu þeir þó medalíuna og diplómað, en ekki peningana. Sá fjórði var Boris Pasternak, sem þáði bókmenntaverðlaunin 1958, en varð síðar að hafna þeim að kröfu Krústsjoffs.

Fimm manns hafa verið í fangelsi þegar þeim voru veitt verðlaunin, í öllum tilvikum friðarverðlaunin. Þar á meðal er handhafi friðarverðlaunanna í ár, 2023, Narges Mohammadi frá Íran, en verðlaunin fékk hún fyrir baráttu gegn kúgun kvenna í heimalandi sínu.

Er vísindaakademínan óskeikul?

Við viljum að Nóbelsnefndirnar séu óskeikular. Þó hafa þær skriplað á skötu.

Ýmis dæmi eru um það sem tilefni hefði að margra mati verið að veita verðlaunin fólki sem aldrei fengu þau. Slíkar vangaveltur hljóta þó að vera hálfgerður samkvæmisleikur; þeir eru þó ekki bannaðir. Til dæmis fengu rithöfundar á borð við Leo Tolstoy, Henry James, Anton Chekhov, Mark Twain, Henrik Ibsen, Marcel Proust, Joseph Conrad, James Joyce, Thomas Hardy, Jorge Luis Borges, W.H. Auden, John Updike og Vladimir Nabokov aldrei Nóbelsverðlaun. Mahatma Gandhi fékk aldrei friðarverðlaunin og Sigmund Freud ekki verðlaun í læknisfræði. Fleiri má telja til, Dmitri Mendeleev sem bjó til lotukerfið, Thomas Edison, stjarneðlisfræðingarnir Fred Hoyle og Joyelin Bell-Burnell, en hún uppgötvaði tifstjörnur (*pulsars*). Kennari hennar fékk hins vegar verðlaunin fyrir uppgötvun hennar, enda hún einungis

stúdent og kona í þokkabót (!). Ekki síður frægt dæmi er af Lise Meitnar sem lýsti kjarnaklofningi, en samverkamaður hennar fékk verðlaunin 1944, og var hennar að litlu getið. Enn ein konan sem ekki fékk verðlaunin er Rosalind Franklin, en röntgengeislagreining hennar á DNA lagði grunn að uppgötvun DNA-spíralsins, en fyrir það fengu Watson og Crick verðlaunin 1962.

Frederick Banting og John Macleod fengu verðlaunin 1923 fyrir uppgötvun insúlíns, en raunverulegur samverkamaður Bantings, Charles Best, ekki. Macleod hafði léð þeim afnot af rannsóknastofu meðan hann var fjarverandi. Banting deildi hins vegar verðlaunafé sínu með Best.

Jonas Salk fékk ekki verðlaunin fyrir uppgötvun mænuveikibóluefnis, en stofnunin sem við hann er kennd hefur lagt til fimm verðlaunahafa síðar. Albert Sabin fékk verðlaunin ekki heldur.

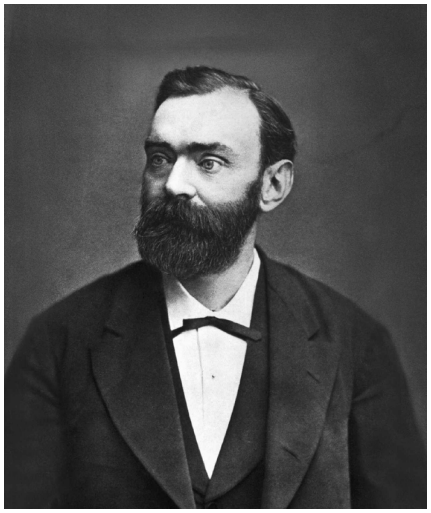
Að margra mati er þó mesti skandall Nóbelsverðlaunanna þegar Egas Moniz frá Portúgal fékk þau fyrir frontal lóbótomíu 1949.

Þrátt fyrir þetta hafa nær allir verðlaunahafar átt þau skilið og verið vel að þeim komnir, enda hefðu verðlaunin aldrei orðið sú táknmynd mannlegrar snilldar og vísindalegrar getu ef ekki væri fyrir þau sem verðlaunin hafa fengið.

Lífeðlisfræði og læknisfræði

Frá 1901 hafa 114 verðlaun verið veitt til 227 einstaklinga. Af þeim eru einungis 13 konur, þar á meðal Katalin Karikó sem fékk verðlaunin nú í ár, 2023, fyrir rannsóknir sem meðal annars leiddu til þróunar mRNA-bóluefna. Fleiri konur á þessum lista eru eftirminnilegar, Rosalyn Yalow (1977, fyrir radioimmunoassay), Françoise Barré-Sinoussi (2008, fyrir uppgötvun HIV ásamt Luc Montagnier, en Robert Gallo fékk verðlaunin ekki eins og frægt var), Elizabeth H. Blackburn og Carol W. Greider (2009, fyrir telomer), Tu Youyou (2015, fyrir uppgötvun artemisinis gegn malaríu).

Ekki hafa öll verðlaun sem veitt eru fyrir byltingarkenndar rannsóknir í lífvísindum verið veittar fyrir læknisfræði. Nýlegasta og besta dæmið er í efnafræði 2020 þegar Emmanuelle Charpentier og Jennifer Doudna fengu verðlaunin fyrir uppgötvun CRISPR-Cas9 sem á tvímælalítið eftir að hafa mikil áhrif á hvernig sjúkdómar verða greindir og meðhöndlaðir á komandi áratugum. Hins vegar var þeim sem fyrst uppgötvaði CRISPR sem fyrirbæri sleppt, Francisco Mojica, spænskum sýklafræðingi við háskólann í Alicante.



Alfred Bernhard Nóbel



Verðlaunapeningur Nóbels.

Þegar allur listinn yfir verðlaunahafa er skoðaður, koma fram margar af merkustu, eftirminnilegustu og mestu uppgötvunum í læknisfræði og lífvísindum. Ekki er rými til að telja margar þeirra upp, en ég vil fá að nefna nokkrar til viðbótar.

Sá fyrsti var von Behring sem fékk verðlaun 1901 fyrir serummeðferð gegn barnaveiki. Niels Finsen, fæddur í Færeyjum, alinn upp á Íslandi, skólaður í Danmörku, fékk verðlaunin 1903 fyrir ljósameðferð á *lupus vulgaris*. Sennilega er of langt seilst að telja hann okkar mann. Listinn er endalaus, Koch 1905 fyrir berkla, Erlich 1908 fyrir ónæmi, Landsteiner 1930 fyrir blóðflokka, Einthoven 1924 fyrir hjartarit, Fleming og samverkamenn 1945 fyrir penicillin, Krebs 1953 fyrir Krebshringinn, (fyrirbæri sem enn sendir ljúfsáran hroll niður hrygglengjuna á mér yfir minningunni um næturlærdóm fyrir próf í lífefnafræði), Crick, Watson og Wilkins 1962 fyrir tvöfalda kjarnsýruspíralinn, Rous 1966 fyrir æxlisveirur, Baltimore, Dulbaco og Temin 1975 fyrir víxlrita, Cormack og Hounsfield 1979 fyrir tölvusneiðmyndir, Bergström, Samuelson og Vane 1982 fyrir prostaglandin, Brown og Goldstein 1985 fyrir kólesteról viðtaka, Gilman og Rodbell 1994 fyrir G-prótein, Prusiner 1997 fyrir prion, Lauterbur og Mansfield 2003 fyrir segulómun, Marshall og Warren 2005 fyrir *Helicobacter pylori*, Edwards 2010 fyrir tæknifrjóvgun (mjög gagnrýnt af kaþólsku kirkjunni), Allison og Honjo 2018 fyrir sértæka ónæmishemla (anti-CTLA-4; anti-PD-1), Alter, Houghton og Rice 2020 fyrir lifrarbólguveiru C, Svante Paabo 2022 fyrir raðgreiningu Neandertalsmanna og Denisova og mikilvægi þess fyrir skilning á þróun mannsins, og loks Katalin Karikó, 2023, fyrir rannsóknir sem meðal annars leiddu til þróunar mRNA-bóluefna.

Að lokum

Hver er hlutur okkar Íslendinga? Hann er vissulega smár, en þó verðugur fyrir smáa þjóð. Laxness fékk bókmenntaverðlaunin 1955; Gunnar Gunnarsson var reyndar tilnefndur líka. Vafalítið hafa fleiri landar okkar verið tilnefndir, meðal annars í lífvísindum, en upplýsingum um slíkt er haldið leyndum í 50 ár. Mörgum hefur þótt að Björn Sigurðsson læknir á Keldum hefði verið vel að verðlaununum kominn fyrir uppgötvun sína á hægfara veirusýkingum; orðið æ ljósara eftir að menn áttuðu sig á vægi sjúkdóma af völdum retroveira og priona. Verðlaunin eru hins vegar ekki veitt eftir andlát en Björn lést langt fyrir aldur fram 1959.

Niðurstaðan er sú að Nóbelsverðlaunin standa keik sem vitnisburður um afrek mannsandans, um snilld, þrautseigju og þolinmæði einstaklinga. Þau eru ekki einungis viðurkenning til hins liðna, heldur ekki síður hvatning til að menn leiti til stjarnanna, þótt leiðin þangað sé oftast torsótt.

Aðalheimild: NobelPrize.org



Stefán Þórarinsson
fyrrverandi héraðslæknir og framkvæmdastjóri lækninga Heilbrigðisstofnunar Austurlands



Sveinn Magnússon
fyrrverandi yfirlæknir Heilsugæslunnar í Garðabæ og skrifstofustjóri í heilbrigðis- og velferðarráðuneytinu



Jóhann Ág. Sigurðsson
heilsugæslulæknir í Efstaleiti, fyrrverandi prófessor í heimilislæknisfræði í HÍ og NTNU-háskólanum í Þrándheimi

Önnur grein af þremur um fyrstu skref heilsugæslulækna inn í rafræna sjúkraskrá. Þriðja og síðasta greinin verður birt í janúar.

Egilsstaðarannsóknin:

Upphaf rafrænnar sjúkraskrár og tímamót í sögu rannsókna í heilsugæslu

„Tölvuvæðing heilsugæslustöðva er í mínum huga stærsta skref sem stigið hefur verið í gæðaþróun í heilbrigðismálum hér á landi“[1]
Ólafur Ólafsson landlæknir

Um miðja síðustu öld voru fáar rannsóknir til um læknisþjónustu heilsugæslu. Enda þótt sjúkraskrár heimilislækna geymdu mikilvægar upplýsingar um tíðni sjúkdóma og kvilla utan sjúkrahúsa var skráningarmátinn tilviljanakenndur og óhentugur til vísindavinnu. Guðmundur Sigurðsson læknir á Egilsstöðum átti frumkvæðið að því að koma á öguðum og skipulögðum vinnubrögðum við skráningu sjúkragagna í heilsugæslu, svonefndri heilsuvandaskrá, sem greint hefur verið frá fyrr í *Læknablaðinu*. Þessi skráningarmáti var síðar forsenda vandaðra rannsókna og gæðaþróunar í heilsugæslunni. Jafnframt var Guðmundur frumkvöðull að tölvuskráningu samskipta í heilsugæslu. Egilsstaðarannsókn Guðmundar og félaga frá árunum 1974-1978 markaði tímamót í sögu heilsugæslu á Íslandi. Í þessari grein segir frá aðdraganda þessarar merku rannsóknar.

Upp úr miðri síðustu öld var vaxandi áhugi á því að efla heimilislækningar, einkum í hinum vestræna heimi. Háskólar í Bandaríkjunum og víðar tóku upp kennslu í faginu í grunnnámi og kröfum um „nútíma heimilislækna“ óx fiskur um hrygg.[2,3] Árið 1978 samþykktu fulltrúar 134 ríkisstjórna og 67 samtaka og stofnana í lok ráðstefnu sem haldin var í Alma Ata, höfuðborg Kazakstan, afar merka yfirlýsingu sem kennd er við borgina, Declaration of Alma-Ata. Í yfirlýsingunni er mikilvægi heilsugæslu lyft fram sem grunneiningu heilbrigðiskerfa og fyrsta tengiliðar sjúklinga við heilbrigðisþjónustu. Yfirlýsingin varð um leið lýsing á gæðakröfum þeirrar þjónustu.

Efling rannsókna í heilsugæslu var eðlileg afleiðing þessarar þróunar. Fáar rannsóknir voru hins vegar tiltækar um vandamál fólks og sjúkdómamynstur utan sjúkrahúsa og umfang þeirrar þjónustu, einkum skortur á rannsóknum sem náðu yfir langt tímabil. Sjúkraskrár heimilislækna geymdu að vísu mikilvægar upplýsingar, en skráningarmátinn var tilviljanakenndur og óhentugur til vísindavinnu.[4]

Einn af frumkvöðlum vísinda í heimilislækningum, Bent Guttorm Bentsen, gerði heiðarlega tilraun til fylla í eyðurnar.[5] Bitur reynsla hans varð mjög lærdómsrík fyrir frekari þróun rannsókna og því getið stuttlega hér. Bentsen var heimilislæknir í Nes, litlu landbúnaðarhéraði í Noregi með um 5800 íbúa. Á árunum 1952-1956 gerði hann ýtarlega rannsókn á sjúkdómum, kvörtunum fólks og úrlausnum á þessu fimm ára tímabili.[6] Rannsóknir hans voru unnar úr sjúkraskrám. Hann skrifaði doktorsritgerð um efnið og sendi til varnar hjá Oslóarháskóla 1960. Ritgerðinni var hafnað, einkum á þeirri forsendu að rannsóknin væri unnin afturskyggnt úr óskipulagðri sjúkraskrá. Að auki taldi dómnefndin að skráning og rannsóknir á einkennum (svo sem hósta) væru ýmsum vandkvæðum háð.[5] Nú var flestum ljóst að rannsóknir af þessu tagi yrðu að vera skipulagðari. Lausnin fólst meðal annars í vandaliðaðri sjúkraskrá (*problem oriented medical record*).[4]

Í fyrri grein[4] gerðu höfundar grein fyrir frumkvöðlastarfi Guðmundar Sigurðssonar læknis varðandi vandaliðaða sjúkraskrá á heilsugæslustöðinni á Egilsstöðum um og upp úr 1974. Hér var þá komið öflugt skráningarkerfi sem hentaði einnig til gæðaeftirlits, kennslu og rannsókna.[7-9] Nú gerðist margt í senn, sem eðlilega átti þó lengri aðdraganda. Ný lög um heilsugæslustöðvar tóku gildi 1974 með kröfum og væntingum um þjónustuhlutverk, þar með talið gæðaþróun og vísindavinnu. Ólafur Ólafsson landlæknir og félagar kynntu rannsókn á læknisþjónusu 40 lækna utan sjúkrahúsa sem spannaði viku tímabil í september 1974.[4,10] Jafnframt benti landlæknir á nauðsyn langtímarannsókna á þessu sviði. Sama ár tók Ísland þátt í störfum norrænu nefndarinnar um staðtölugerð á sviði heilbrigðismála, NOMESKO, sem er undirnefnd Norðurlandaráðs. Á þeim



Heilsugæslustöðin á Egilsstöðum veturinn 1978.



Guðmundur Sigurðsson í vitjun.



vettvangi var ljóst að upplýsingar skorti um umfang læknisþjónustu utan sjúkrahúsa á Íslandi.

Egilsstaðarannsóknin í mótun

Svo virðist sem Guðmundur hafi frá upphafi séð fyrir sér samhliða skráningu vandaliðaðar sjúkraskrár og notkun tölvu við skráningu og úrvinnslu þeirra gagna, enda þótt hún væri afar skammt á veg komin á þessum tíma og miðað við það sem nú er.

Tölvuskráning heilsufarsgagna til lengri tíma var hins vegar umfangsmikið og tímafrekt verkefni. Guðmundur hafði komið til starfa á Egilsstöðum 1971, en fyrir var Þorsteinn Sigurðsson héraðslæknir.[4] Starfssvæði héraðsins var stórt, samgöngur iðulega torveldar og íbúatala samtals 2700.[11]

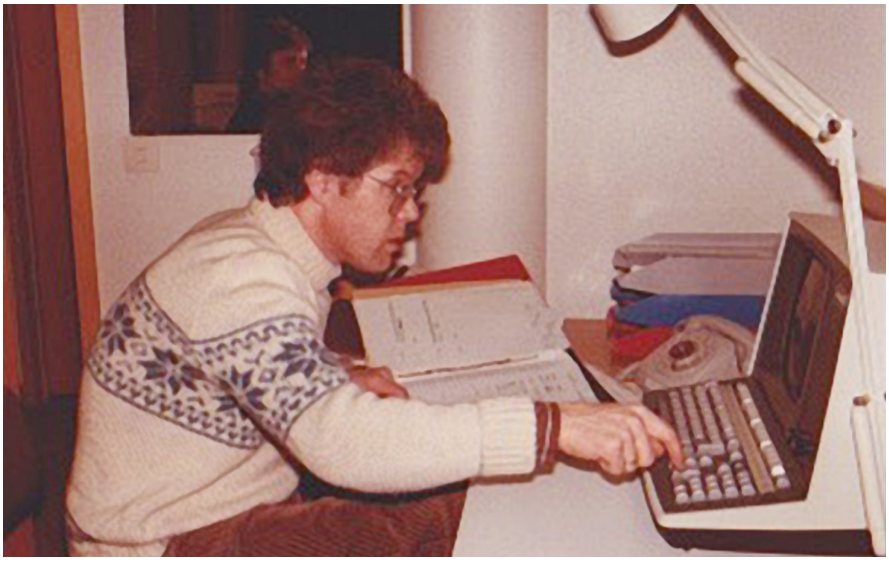
Þrátt fyrir að Guðmundi væri ljóst hvílíkt risaverkefni það væri fyrir fáliðaða stöð að fylgja eftir könnun landlæknis með langtímarannsókn á verkefnum heilsugæslunnar, áttaði hann sig á því að annars staðar frá væri hennar ekki að vænta og hélt því óhikað áfram.

Helgi Sigvaldason verkfræðingur og frumkvöðull í rafrænni gagnaskráningu segir svo frá:

> Árið 1975 fórum við Guðmundur Sigurðsson heilsugæslulæknir á Egilsstöðum á NOMESKO-fund í Finnlandi. Á leiðinni á flugvöllum og í flugvélum kynnti Guðmundur fyrir mér hugtakið POMR (*Problem Oriented Medical Record*) eða heilsuvandamiðuð skráning, sem er aðferð við skráningu samskipta á heilsugæslustöðvum og ég kynnti fyrir honum möguleika tölvu í því sambandi. Þegar heim var komið var nánast fullmótuð hugmyndin að véltæku skráningakerfi, sem Guðmundur fékk svo stuðning landlæknisembættisins og NOMESKO til þess að prófa. Keypt var lítil Wang-tölva fyrir Egilsstaði fyrir innslátt, ... en þar sem diskur sem var nauðsynlegur til þess að halda utan um skrána og úrvinnslu hennar var býsna dýr, voru upplýsingar sendar daglega yfir síma í tölvu Krabbameinsskrárinnar, unnar þar og sendar til baka. ... Kerfið forritaði ég í BASIC, en seinna tók Jón Ingi Jósafatsson við því og forritaði það fyrir PC-tölvur. Kerfið var notað á um helmingi heilsugæslustöðva þegar mest var, en var vanþróað að því leyti að það var ekki nægilega vinnusparandi við pappírsvinnu, enda hugsað fyrst og fremst til þess að halda utan um gögnin og að vinna tölfræðilega úr þeim.[12]

Fyrir tilstuðlan NOMESKO-nefndarinnar veitti Norðurlandaráð styrk til rannsóknar á tölvuskráningu samskipta á Heilsugæslustöðinni á Egilsstöðum. Rannsókn Guðmundar og félaga hlaut nafnið Egilsstaðarannsóknin. Markmið hennar var „að þróa aðferðir við að skrá, telja og flokka samskipti íbúa tiltekins svæðis við heilsugæslustöð. Í þessu skyni var prófað: 1. Nýtt sjúkraskrárform fyrir heilsugæslu. 2. Notkun samskiptaseðils við skrásetningu upplýsinga um samskipti íbúanna og heilsugæslustöðvarinnar. 3. Gagnsemi og hagkvæmni þess að nota tölvu við skráningu, geymslu og úrvinnslu upplýsinga.“[11]

Í Endurminningum Ólafs Ólafssonar landlæknis fjallar hann meðal annars um glímur sínar við nefndarmenn í fjárlaganefnd Alþingis vegna kostnaðar við heilbrigðiskerfið.



Fyrstu skref tölvuvæðingar – Guðmundur Sigurðsson lyklar gögn af samskiptaseðli í Wang-tölvu.

> Fyrstu fjárveitingar til tölvuskráningar sjúkraskráa á heilsugæslustöðvum fengust eftir miklar umræður. Sú skráning var í upphafi þróuð á heilsugæslustöðinni á Egilsstöðum. ... Aðal fjárveitingin, ein millljón norskra króna, kom þó frá Norrænu ráðherranefndinni! (NOMESKO).[1]

Leiða má að því líkur að undirbúningur þessarar viðamiklu rannsóknar og eindreginn stuðningur Ólafs landlæknis hafi orðið þess valdandi að samþykkt var staða þriðja læknis á Egilsstöðum og hóf héraðsbúinn og læknakandídatinn Gunnsteinn Stefánsson störf 1. apríl 1976.[13] Létti hann mikilli klíniskri vinnu af Guðmundi meðan á lokaundirbúningi rannsóknarinnar stóð.

Formlegur skráningarhluti rannsóknarinnar hófst 1. júlí 1976 en rannsóknin hafði verið undirbúin og prófuð árið og mánuðina á undan. Læknar, hjúkrunarfræðingar og ljósmæður handskráðu áfram vinnu sína við „sjúklinga“ á samskiptaseðla, ritarar vélrituðu upplýsingarnar inn í möppur íbúanna eins og framar er lýst en nú bættist við daglega vinnu þeirra Helgu Aðalsteinsdóttur og síðar einnig Katrínar Ásgeirsdóttur að lykla breytur samskiptaseðlanna: *tilefni* komu, *greiningar* heilbrigðisstarfsmanna og úrlausnir og skrá inn í tölvuskrá sem send var daglega til Krabbameinsfélagsins þar sem Hrafn Túlinius, dyggur samherji og samstarfsmaður Guðmundar við rannsóknina, var í forsvari. Tóku nú nýstárlegar og áhugaverðar töflur að berast austur til Guðmundar, sem með hjálp ritaranna tók saman mánaðarlegar og árlegar úrvinnslur á ýmsum þáttum starfseminnar.

Keyrslu rannsóknarinnar lauk 31. desember 1978. Þá hófst vinna við að gera grein fyrir rannsókninni og niðurstöðum hennar. Ritari rannsóknarinnar var Ingimar Einarsson félagsfræðingur hjá Landlæknisembættinu en þau Guðmundur og Helga lögðu einnig mikla vinnu í 197 blaðsíðna lokaskýrslu NOMESKO um verkefnið sem kom út 1980.[14] Landlæknisembættið gaf einnig út samantekt um Egilsstaðarannsóknina og helstu niðurstöður hennar sem fylgirit við *Heilbrigðisskýrslur* 1980.[15] Þar er einnig að finna stutta grein um rannsóknina eftir Guðmund Sigurðsson.[11] Margir lögðu frekari hönd á plóg við mótun rannsóknarinnar. Auk þeirra sem komu við sögu í þessari grein má einkum nefna Guðjón Magnússon aðstoðarlandlækni og Erik Allander prófessor í Svíþjóð.

Niðurlag

Egilsstaðarannsóknin og þær niðurstöður sem hún aflaði höfðu mikil áhrif á þróun heilsugæslunnar á fyrstu áratugum hennar, ásamt öðrum störfum Guðmundar. Heilsugæslustöðin markaði sér sess sem fyrirmynd. Unglæknar sóttust eftir störfum eystra á dögum Guðmundar – má þar nefna höfunda þessarar greinar. Þar mótuðust vinnubrögðin og aðferðafræðin við kerfisbundna skráningu heilsuvanda í sjúkraskrár heilsugæslunnar hér á landi, sem nýttist vel til kennslu og rannsókna. Margar rannsóknir samskiptaskráninga á heilsugæslustöðvum fylgdu svo í kjölfarið, sem byggðu á skráningarkerfi Egilsstaðarannsóknarinnar. Nánar verður gerð grein fyrir helstu niðurstöðum og arfleifð hennar í þriðju greininni í *Læknablaðinu*, í janúarblaðinu.

Heimildir

1. Kristinsson VG. (ritstj.). Ólafur landlæknir. Endurminningar. Vaka-Helgafell, Reykjavík 1999: 87.
2. McWhinney I. Principles of Family Medicine. In: A Textbook of Family Medicine, 2nd ed, Ed. Ian R. McWhinney. Oxford University Press, Oxford 1997.
3. Sigurdsson JA, Beich A, Stavdal A. A Saga-In-Progress: Challenges and Milestones on Our Way Toward the Nordic Core Values and Principles of Family Medicine/General Practice. Front Med (Lausanne) 2021; 8: 681612.
4. Þórarinsson S, Magnússon S, Sigurðsson JA. Frumkvöðlastörf Guðmundar Sigurðssonar. Vandaliðuð sjúkraskrá – upphaf tölvufærslu í heilsugæslu. Læknablaðið 2023; 109: 532-4.
5. Sigurdsson JA. The 40th Anniversary of the Scandinavian Journal of Primary Health Care. Scand J Prim Health Care 2023; 41: 105-7.
6. Bentsen BG. Illness and general practice. Universitetsforlaget, Oslo 1970.
7. Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med 1968; 278: 593-600.
8. Slack WE, Hicks GP, Reed CE, et al. A computer-based medical-history system. N Engl J Med 1966; 274: 194-8.
9. Smith JG, Crounse RG, Ga A. Problem-oriented records. Arc Derm 1972; 105: 534.
10. Sigvaldason H, Einarsson I, Björnsson O, et al. Könnun á læknisþjónustu á landsbyggðinni 16.-22. september 1974. Fylgirit við heilbrigðisskýrslur 1974. Skrifstofa Landlæknis, Reykjavík 1978.
11. Sigurðsson G. Egilsstaðarannsóknin: Sjúkraskrár fyrir heilsugæslustöðvar og tölvufærsla upplýsinga. Fréttabréf um HEILBRIGÐISMÁL 1/1980: 18-22.
12. Sigvaldason H. Tölvuvæðing læknisfræðigagna. Læknablaðið 2015; 101: 40.
13. Haraldsson G. (ritstj.). Gunnsteinn Snævarr Stefánsson. Læknar á Íslandi I. Læknafélag Íslands, Þjóðsaga, Reykjavík 2000: 590.
14. Sigurðsson G, Magnússon G, Sigvaldason H, et al. Egilsstaðir-Projektet. Problemorienterad journal och individbaserat informationssystem för primärvård. NOMESKO Nordisk Medicinal-Statistisk Kommitté, 1980: 1-197.
15. Sigurðsson G, Magnússon G, Sigvaldason H, et al. Egilsstaðarannsóknin. Sjúkraskrár fyrir heilsugæslustöðvar og tölvufærsla upplýsinga. Heilbrigðisskýrslur. Fylgirit 1980/1. Landlæknisembættið, Reykjavík 1980: 1-87.

Rafbílaútsala

Stórlækkað verð til áramóta!



Volkswagen ID.4 Pro 4MOTION

Útsöluverð: 7.490.000 kr.
Verð áður: 8.290.000 kr.



Volkswagen ID.4 GTX

Útsöluverð: 7.890.000 kr.
Verð áður: 8.790.000 kr.



Volkswagen ID.5 GTX

Útsöluverð: 8.180.000 kr.
Verð áður: 9.380.000 kr.



Volkswagen ID.Buzz Cargo

Útsöluverð: 7.440.000 kr.
Verð áður: 8.440.000 kr.

Hleðslustöð fylgir öllum útsölubílum



Audi Q4 e-tron Sportback

Útsöluverð: 9.630.000 kr.
Verð áður: 10.630.000 kr.



Audi Q4 e-tron

Útsöluverð: 8.170.000 kr.
Verð áður: 9.170.000 kr.

Hekla

Laugavegi 174, 105 Reykjavík ⌁ Sími 590 5000 ⌁ www.hekla.is
Höldur Akureyri ⌁ Bílasala Selfoss ⌁ Bílakjarninn Reykjanesbæ ⌁ BVA Egilsstöðum

Læknablaðið kallar eftir umfjöllun um sjúkratilfelli

Ritstjórn vill virkja lækna í öllum greinum til að senda blaðinu forvitnileg og lærdómsrík sjúkratilfelli. Sjúkratilfellin fara í gegnum ScholarOne, fá ritrýni, vísindalega viðurkenningu, doi-númer og skráningu á PubMed

Sjúkratilfelli eru fyrst og fremst vettvangur til að kynna fátíða sjúkdóma eða sjaldgæfa birtingarmynd sjúkdóma og meðferð við þeim. Mikilvægt er að tilfellið sé lærdómsríkt og hafi kennslugildi fyrir hinn almenna lækni fremur en þröngan hóp sérfræðinga. Æskilegt er að auðga kynninguna með myndefni, verði því við komið. Sjúkratilfellum er oftast skipt í þrjá kafla, a) ágrip, bæði á íslensku og ensku, b) stuttan inngang, c) tilfellið sjálft og c) umræðu. Í lýsingu á tilfellinu þarf að greina frá birtingarmynd og einkennum sjúklingsins, helstu atriðum í sögu og skoðun, niðurstöðum rannsókna og í hverju meðferðin fólst. Einnig er mikilvægt að nefna hvernig sjúklingnum reiddi af. Í umræðukaflanum þarf að útskýra af hverju þetta tiltekna tilfelli var valið til birtingar. Umræðuna þarf að tengja tilfellinu og draga fram sérstöðu þess með vísun í aðrar rannsóknir eða tilfelli. Koma þarf skýrt fram hvað hægt sé að læra af þessu tilfelli. Sjúkratilfelli mega ekki vera lengri en 2500 orð og ágripið skal ekki vera lengra en 100 orð. Hægt er að birta samtals 3 myndir og/eða töflur og vísa í allt að 15 heimildir. Sjúkratilfellum þurfa að fylgja 4-6 lykilorð á ensku.

Handritaviðtökukerfi *Læknablaðsins* í ScholarOne:
https://mc.manuscriptcentral.com/laeknabladid

Orlofshús Læknafélags Íslands og atburðirnir í Grindavík

Kæru félagar

Í kjölfar atburðanna í Grindavík í síðustu viku leituðu stjórnvöld til ýmissa aðila, meðal annars stéttarfélaga, varðandi húsnæðiskosti fyrir Grindvíkinga sem þurftu fyrirvaralaust að yfirgefa heimili sín og óvíst er hvenær komast heim aftur.

Í kjölfarið samþykkti stjórn Orlofssjóðs með stuðningi stjórnar LÍ að bjóða fram orlofshúsakosti Læknafélags Íslands í þetta verkefni.

Íbúðin í Sóltúni var strax afhent til afnota fyrir félagsmann sem varð heimilislaus vegna atburðanna.

Verið er að vinna úr því á vegum stjórnvalda hvort þörf sé á þessu húsnæði Orlofssjóðsins. Meðan sú athugun fer fram hefur verið lokað fyrir allar bókanir á orlofshúsum Læknafélagsins. Engum bókunum hefur verið aflýst nema bókunum í Sóltúni út árið og fram í janúar.

Komi í ljós að stjórnvöld þiggja einhverja orlofshúsakosti Læknafélagsins í þetta verkefni þarf mögulega að aflýsa fleiri bókunum. Komi til þess verður félagsmönnum að sjálfsögðu skýrt strax frá því og þeim endurgreitt gjaldið sem þau hafa innt af hendi.

Stjórn Orlofssjóðsins og stjórn LÍ þakka félagsmönnum fyrir þann skilning sem þau hafa sýnt þessu aðgerðum.

Með félagskveðju,

Stjórn Orlofssjóðs Læknafélags Íslands
Stjórn Læknafélags Íslands

Doktorsvörn frá Háskóla Íslands:
Íris Kristinsdóttir



Mynd/Gunnar Sverrisson

Íris Kristinsdóttir varði doktorsritgerð sína í læknavísindum við læknadeild Háskóla Íslands þann 27. október 2023. Ritgerðin ber heitið: *Sjúkdómar sem fyrirbyggja má með bólusetningum hjá börnum, unglingum og ungu fólki á Íslandi – rótaveira, meningókokkar og inflúensa: Er þörf á umbótum?*

Andmælendur voru Hanna Nohynek, yfirlæknir og staðgengill forstöðumanns við Finnish Institute for Health and Welfare í Finnlandi og Nigel Curtis, prófessor og yfirlæknir við Royal Children's Hospital Melbourne og Murdoch Research Institute Melbourne. Umsjónarkennari var Ásgeir Haraldsson prófessor, leiðbeinandi var Valtýr Stefánsson Thors, lektor og meðleiðbeinandi var Karl G. Kristinsson prófessor. Auk þeirra sátu í doktorsnefnd Magnús Gottfreðsson prófessor og Þórólfur Guðnason sérfræðingur.

Úr ágripinu

Bólusetningar eru á meðal mikilvægustu uppgötvana læknavísindanna. Mikilvægt er að bólusetningarskemu taki mið af framförum í þróun bóluefna og faraldsfræði smitsjúkdóma. Markmið doktorsverkefnisins var að meta þörf á umbótum á bólusetningum barna, unglinga og ungs fólks á Íslandi, með tilliti til rótaveiru, meningókokka og inflúensu. Doktorsverkefnið samanstóð af fjórum rannsóknum.

Doktorinn

Íris Kristinsdóttir er stúdent frá Verzlunarskóla Íslands. Íris lauk kandídatsprófi í læknisfræði frá læknadeild Háskóla Íslands árið 2019 og hóf doktorsnám í læknavísindum við HÍ sama ár. Íris starfar sem læknir á Landspítala.

Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildir þú verða læknir?

Mig langaði til að starfa við eitthvað þar sem ég gæti látið gott af mér leiða, íhugaði ýmsa möguleika en endaði í læknisfræði.

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

Það er nokkuð breytilegt eftir tímabilum, oftast er þetta bæði krefjandi og skemmtilegt, stundum fyrst og fremst skemmtilegt og á köflum aðallega erfitt. Ætli meðaltalið sé ekki um 7.

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Að bæta rótaveirubólusetningum við bólusetningarskemað!

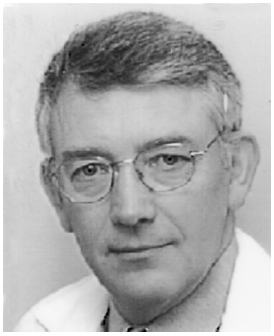
Hvaða bók, þættir, músík, líkamsrækt er best?

Bók: *When Breath Becomes Air* eftir Paul Kalanithi kemur fyrst upp í hugann, mjög fallega skrifuð bók um hverfulleika lífsins.

Þættir: Ég er ekki alveg með puttann á púlsinum hvað þætti varðar en *Gilmore Girls* hafa verið í uppáhaldi í gegnum tíðina, enda þættir um konur sem elska bækur, tónlist og kaffi (veit þó ekki hversu vel þeir hafa elst). Annars finnst mér gaman að horfa á *The Great British Bake Off*.
Músík: Best er að hafa tónlistina fjölbreytta en Arctic Monkeys eru uppáhalds. Ég hlusta líka mikið á Bríeti, Gabríel Ólafs og Tame Impala.
Líkamsrækt: Skvass hefur vinninginn þar, ekki spurning.

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

Glamra á píanóið, fara á tónleika og sötra kaffi í góðum félagsskap.



Björn Árdal
barnalæknir

Við starfslok

Við starfslok er gaman að rifja upp starfsferilinn. Ég var búinn að vera lengi að. Ég var farinn að sjá þriðja ættlið, hafði séð mömmuna sem barn og ömmuna líka sem barn! Eftir að ég kom heim frá námi í Bandaríkjunum og Kanada réðst ég til starfa á Barnaspítalanum og starfaði þar í ein 34 ár. Þar var mikið af góðu og samviskusömu fólki sem gott var að vinna með. Þar var líka oft léttleiki og góðir húmoristar sem léttu störfin og gerðu þau skemmtilegri. Jafnvel á röntgenfundum var oft hlegið að bröndurum þeirra. Þá heyrðust hlátrasköllin fram á gang á röntgendeildinni og kollegar af öðrum deildum gengu framhjá stofunni og sögðu kímnir á svip: „Þessir barnalæknar!“ Ég var með göngudeild og fékk ég tíma frá kl 9-11 á þriðjudagsmorgnum. Fljótlega fjölgaði bókunum mjög á göngudeildina og einn morguninn þegar ég mætti þar var búið að bóka hjá mér 16 einstaklinga. Þá gafst ég upp, sagði upp hluta af 100% stöðu minni og opnaði stofu úti í bæ.

Ég starfaði á stofu þangað til um síðustu áramót. Lengst af hafði ég ritara, hana Sirrý, sem var frábær, þekkti skjólstæðinga mína og undirbjó tíma minn vel. Ýmislegt skemmtilegt hefur komið uppá. Kona var með ungabarn hjá mér, nokkuð fullorðin til að vera mamman og hélt ég að hún væri amman. Það segir maður að sjálfsögðu ekki og var ég afar varkár. Þegar ég spurði um meðgönguna hló konan og sagðist vera langamman! Hún hafði haft gaman af því hvað ég var varkár. Vinna mín var alltaf áhugaverð og aldrei leiðinleg. Börnin oft afar skemmtileg. Ekki voru þó allir ánægðir með störf mín. Ég ráðlagði fólki sem átti kött að losa sig við hann. Barn þeirra var með ofnæmi fyrir köttum og var oft með einkenni, meira að segja astma af þess völdum. Þau enduðu á að losa sig við köttinn! Nokkru síðar var ég á tónleikum. Í hléi heyrði ég mér til skelfingar sagt með hárri sópranröddu: „Þú þarna kattarmorðinginn þinn“! Þetta var þá afkomandi hennar kattar.

Þegar ég kom til starfa hér heima 1977 var álit margra að astmi og ofnæmi væri fátítt meðal barna á Íslandi. Annað kom í ljós og er tíðni astma og ofnæmis svipað hér á landi og hjá nágrönnum okkar. Tíðni þessara vandamála jókst mjög í lok síðustu aldar en aukningin hefur ekki verið eins mikil síðan.

Það er mikilsvert að barnalæknir komi rétt fram við foreldra. Og eru kollegar mínir upp til hópa góðir í því. Einhvern tíma heyrði ég unglækni segja við móður þegar hún hafði sagt skoðun sína á vandamáli barnsins: „Jæja góða heldurðu það“. Hann vissi ekki að sagt er að mamman viti best og barnalæknar virða alltaf skoðun foreldranna. Auðvitað þarf stundum að leiðrétta málin og útskýra. Oft er starf okkar fyrst og fremst í því fólgið að róa foreldra, til dæmis getur fólk orðið hrætt við mikil útbrot sem eru hættulaus, að maður tali nú ekki um hitakrampa. Þá er fólk oft mjög óttaslegið. Ég sagði stundum við foreldrana að þau væru í meiri hættu af ofsahræðslu en barnið sem fékk krampann. Ég verð að segja að ég skil þessa foreldra vel. Ég vandist aldrei að sjá barn með krampa, mér fannst það alltaf óþægilegt.

Nú er ég hættur störfum og er frjáls eins og fuglinn en sakna samt svolítið starfsins. Ég sný mér þá að öðru í ríkara mæli og talandi um fugla, hef ég gaman af að fylgjast með þeim. Rúsína var svartþrastarkerling sem vandi komur sínar til okkar í sumarbústaðinn. Hún borðaði rúsínur nánast úr lófa, vildi þó frekar að ég setti þær fyrir framan hana. Þegar ég kom í sumarbústaðinn minn mætti hún tístandi og tvívegis elti hún mig inn í hús þegar ég fór að sækja rúsínur. Skógarþröstur sem ég kallaði Orm elti mig upp í móa þegar ég gekk út með skóflu til taka holur fyrir trjáplöntur. Hann tíndi upp ormana sem komu úr holunni og varð ég að vera varkár með skófluna.

Himbrimi, sá magnaði fugl, er í uppáhaldi. Ég var á bátnum mínum að fylgjast með þegar ungi var að fara úr hreiðri. Mávarnir hringsóluðu yfir. Báðir foreldrarnir voru til staðar og fylgdust með mávunum og létu heyrast hátt í sér. Þegar unginn var kominn á vatnið flugu mávarnir í burtu. Þá sneri karlinn sér að mér, buslaði upp á afturendann með gogginn fram. Ég greip árarnar og flúði!

Það er líf eftir starfslok, trjárækt, fuglaskoðun og tónlist, bæði tónleikar og kórsöngur.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Óttar Guðmundsson formaður
Helga M. Ögmundsdóttir ritari
Sigurður Guðmundsson gjaldkeri
Friðrik Yngvarsson
Gísli Einarsson

Öldungaráð
Guðmundur Viggósson
Jóhannes M. Gunnarsson
Kristófer Þorleifsson
Margrét Georgsdóttir
Reynir Þorsteinsson

Ritstjóri vefsíðu og síðu Öldungadeildar í Læknablaðinu:
Helga M. Ögmundsdóttir



Lovísa tók þessa mynd af sér þriðjudaginn 21. nóvember 2023, – og skýjafarið yfir Reykjalundi stillir sér upp og gefur ekkert eftir.

Dagur í lífi gigtarlæknis á Reykjalundi

Lovísa Leifsdóttir

06:00 Vakna, kem mér fram úr, set í gang sturtuna og bíð í margar mínútur að því mér finnst allavega, eftir að vatnið hitni sæmilega. Ég er ekki fyrir kaldar sturtur og hef ekki getað tileinkað mér köld böð, mér verður bara svo kalt! Kannski einhvern tímann.

Eftir sturtu er það fyrsti kaffibollinn sem ég nýt í ró og næði, restin af fjölskyldunni ekki vöknuð. Ég renni yfir fjölmiðlana, það er ekki farið að gjósa, ég hef heldur varla fundið fyrir neinum skjálftum síðustu daga hérna í Hafnarfirði, en það var alveg ágætis hristingur hérna fyrir nokkrum dögum, þegar götur og eignir fóru sundur í Grindavík.

06:45 Morgunverkin hefjast, ég vek soninn og svo fljótlega eftir það dótturina.

07:25 Ég legg af stað í vinnuna, í dag er ég á bíl og get því lagt af stað frekar seint.

08:00 Dagurinn byrjar á Grensásdeild þar sem er sameiginlegur vikulegur fræðslufundur lækna á Reykjalundi og Grensás. Í dag er Anna Lilja Gísladóttir með fræðslu. Hún er kennslustjóri sérnámslækna í endurhæfingarlækningum og hún fræðir okkur um kennslu og marklýsingu endurhæfingarlæknisfræði á Íslandi.

09:00 Ég keyri upp á Reykjalund. Sólin er að koma upp í austri og það er falleg ljóstýra við sjóndeildarhringinn fyrir utan Grensásdeild.

09:30 Móttaka hefst, ég hitti hluta af þeim sjúklingum sem eru að koma til endurhæfingar á gigtarsvið í þessari viku.

11:00 Teymisfundur gigtarteymis hefst, við tökum stöðuna á þeim sem eru í endurhæfingu á okkar vegum, hverjir eru að koma inn, hverjir eru að útskrifast í vikulok, hvernig hefur gengið, hvort breyta þurfi meðferð einhvers staðar, senda fólk ef til vill í fleiri rannsóknir.

12:15 Teymisfundur dróst aðeins á langinn, hádegishlé fer í útréttingar vegna mála í Svíþjóð, ég missi af Wallenbergare-bollunum í matsalnum.

13:00 Móttaka heldur áfram, ég hitti einn sjúkling til innskriftar í viðbót.

14:00 Pappírsvinna og vottorðaskrif. Ég þarf enn og aftur að leita að vottorði í Sögukerfinu. Man svo að ég er ekki loggуð inn á réttum stað, ég kemst ekki inn á öll vottorð í blessuðu kerfinu nema vera loggуð inn á heila Reykjalund. Alveg óþarfa flækjustig, finnst mér!

15:30 Ég skýst upp á Miðgarð sem er hjúkrunardeild á Reykjalundi fyrir þá sem þurfa meiri endurhæfingu og aðhlynningu en boðið er upp á á dagdeildunum 8-16, ég er á vaktinni, athuga hvort eitthvað sé sem þurfi að fylgja eftir í kvöld.

16:15 Ég legg af stað heim. Umferðin er verulega treg, það tekur mig alveg um 40 mínútur að komast í Hafnarfjörðinn. Ég hleyp inn í tónlistarskólann og sæki selló sonarins sem skilur það eftir þar eftir tíma þegar hann hjólar beint í fótboltann, kem við í Krónunni.

17:30 Skutla dótturinni í félagsmiðstöðina, sem reyndar þarf yfirleitt ekki. Mér finnst alveg dásamlegt að vera hér í Hafnarfirði þar sem allt er einhvern veginn innan seilingar og í göngufæri, því-líkur munur frá því sem var í Gautaborg þar sem skutlin gátu verið mjög löng.

18:30 Ég elda mat, sonurinn óskaði eftir því að fá taco, honum verður að ósk sinni.

19:30 Whats-appa við eiginmanninn í Svíþjóð.

Dagur að kveldi kominn og það líður að háttatíma.

Ágætis dagur.

Hvernig varð sérgrein lækna fyrir valinu? Hvar lærðu þeir? Hvaða ráð gefa þeir ungum læknum?

Birna Jónsdóttir
röntgenlæknir og fyrrum formaður Læknafélags Íslands



Lengi má sneiða

Þegar ég lauk námi í læknadeild Háskóla Íslands langaði mig mest að fara aðra umferð, því allt hafði mér þótt skemmtilegt að læra. Þar var einn kennari sem ég öfundaði af vinnuaðstöðu sinni. Sá var Kolbeinn Kristófersson, sérfræðingur í geislalækningum.

Röntgenlæknir er þátttakandi í greiningarvinnu langflestra annarra sérgreina. Við eigum mest samskipti við aðra lækna en minni við sjúklingana sjálfa.

Þegar kom að því að velja námsstað valdi ég Uppsali í Svíþjóð. Svíar stóðu framarlega í röntgen og í Uppsölum voru á þessum tíma tugir íslenskra unglækna í sérnámi. Við grínuðumst með það að á midsommar væri Akademiska Sjukhuset rekið af Íslendingum.

Vísindavinna var hluti af sérnáminu og allir tóku þátt. Rannsóknarverkefni mitt var mat og meðferð á lifrarmetastösum.

Miklar framfarir urðu á námstíma mínum 1980-1985, tölvuöld reið í garð og ein af fyrstu segulómsjám á Norðurlöndum var sett upp í Uppsölum. Þarna var ég svo heppin að hafa frábæran kennara í tölvusneiðmyndatækni, Anders Magnusson. Undir hans handleiðslu lærði ég að keyra tækin sjálf.

Þegar heim kom fór ég að vinna á Borgarspítalanum. Þar var meðal annarra góður kennari, Kristján Sigurjónsson, einkum miðlaði hann vel samskiptum við bæði samstarfsfólk og sjúklinga. Komin heim bjóst ég við að vinna á Borgarspítalanum þar til ég kæmist á eftirlaun, sú varð þó ekki raunin. Árið 1991 flutti ég mig á Landakot sem var, undir lok tuttugustu aldar, eitt þriggja bráðasjúkrahúsa í Reykjavík sem skiptu með sér vöktum. Hin tvö voru Landspítali Hringbraut og Borgarspítali. Nokkur sérhæfing var milli þessara húsa en öll höfðu almenna lyf- og skurðdeild, rannsókn og röntgen.

Sameiningar sjúkrahúsa fóru af stað undir aldamót þar sem byrjað var á því að leggja niður Landakot. Þarna skapaðist grundvöllur fyrir okkur, fimm sérfræðilækna í myndgreiningu sem sagt var upp, að setja á stofn eigið fyrirtæki. Undir forystu gamla yfirlæknisins okkar, Þorkels Bjarnasonar, varð Röntgen Domus til. Við byrjuðum með röntgentæki, ómsjá, tölvusneiðmyndatæki og ísótópatæki. Tveimur árum seinna bættist við „hin ólöglega“ segulómsjá Domus. Sjúkratryggingar stefndu okkur fyrir að nota gjaldskrá sem þeir höfðu samið við okkur um en ætluðust til að yrði ekki notuð. Við unnum málið.

Þegar kom að því að velja námsstað valdi ég Uppsali í Svíþjóð. Svíar stóðu framarlega í röntgen og í Uppsölum voru á þessum tíma tugir íslenskra unglækna í sérnámi. Við grínuðumst með það að á midsommar væri Akademiska Sjukhuset rekið af Íslendingum

Um aldamót fékk ég styrk til vísindastarfa og fylgdi fjölskyldunni til Washington DC í Bandaríkjunum. Þar er dásamlegt safn, Smithsonian Institute. Á mannfræðideildinni var tölvusneiðmyndatæki og þarna tók ég að mér að skoða 70 múmíur frá Aljúta-eyjum í Alaska. Um er að ræða gróðursnauðar eldfjallaeyjar, leifar af Barentseiðinu, sem kafteinn Cook sigldi til um miðja átjándu öld og fann þar fyrir 20.000 frumbyggja sem töldu sig vera eina fólkið í heiminum. Niðurstöður úr þessari rannsókn kynnti ég á þingi í múmíufræðum sem haldið var í Nuuk á Grænlandi árið 2002.

Ég seldi hlut minn í Röntgen Domus þegar ég var 67 ára og fór á eftirlaun. Þegar ég lít til baka er ég hæstánægð með sérgreinarvalið. Skemmtilegast var að fylgja þróun tölvusneiðmynda. Hæst ber stofnun Röntgen Domus og þá öðlinga sem þar unnu saman.

RÖNTGENLÆKNINGAR

Hjalti Már Þórisson
röntgenlæknir



Myndgreining og myndstýrð inngrip

Ég ætlaði ekki einu sinni að verða læknir. Frá því að ég man eftir mér var ég stöðugt spurður hvort ég ætlaði að verða læknir þar sem MJÖG margir í minni fjölskyldu hafa farið þá leið. En svarið var alltaf það sama: Nei – kemur ekki til greina – allt nema læknisfræði. En þegar til kastanna kom ákvað ég að skella mér í læknisfræði þar sem mér leist ekki á neitt annað.

Í læknadeild hallaðist ég að því að ég færi í skurðlækningar (eins og ansi margir í minni fjölskyldu – við erum ekki frumlegasta fólk í heimi). Þegar ég var á 6. ári í deildinni fékk ég að taka skurðlæknisfræðikúrsinn á sjúkrahúsi í Bandaríkjunum. Það var á þeim tíma sem ég kynntist fyrst „interventional radiology“ sem er ýmist kallað myndstýrð inngrip eða inngripsröntgen á íslensku. Ég var í kúrsi hjá æðaskurðlæknum á Yale-New Haven Hospital og einn af læknunum á deildinni lagði til að ég fengi að vera á IR í tvo daga til að fylgja eftir sjúklingum sem fóru í æðaþræðingu. Á IR-deildinni opnuðust augu mín fyrir faginu. Sérstaklega var eitt eftirminnilegt atvik sem hafði mikil áhrif á mig. Ég var á IR-deildinni að fylgjast með sérnámslækni ströggla við tilfelli og sérfræðilæknirinn sat fyrir utan æðaþræðingastofuna og lét fleyg orð falla: „Son – it looks like you are trying to get out of a greenside bunker with a 3-wood. It may be possible but it is certainly not the best tool for the job“. Við þetta kviknaði ljós í kollinum á mér. Golfsamlíking sem ég skildi á augabragði enda verið ákafur golfari frá barnsaldri. Samlíkingin fékk þannig á mig að ég fór að velta fyrir mér IR sem sérgrein og möguleikunum sem það gæti boðið upp á, einkum með tilliti til aukinna möguleika til innæðameðferðar í framtíðinni.

Þegar heim til Íslands var aftur komið reyndi ég að forvitnast um IR-starfsemi á Landspítala. Þannig kynntist ég Kristbirni Reynissyni og Jóni Guðmundssyni röntgenlæknum. Þeir tóku áhuga mínum vel og ég fékk að kynnast starfsemi spítalans. Báðir hafa reynst mér afbragðs vel, fyrst sem lærifeður en síðar sem samstarfsmenn.

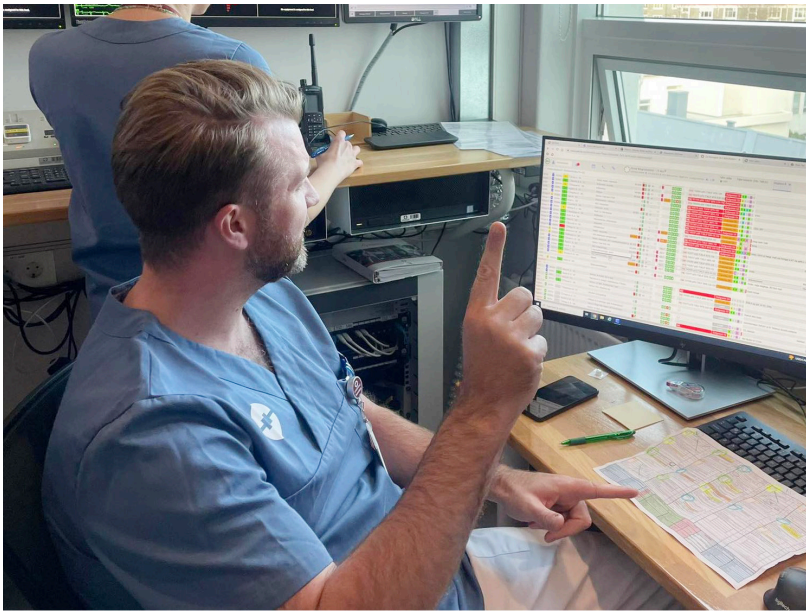
Á kandídatsárinu tók ég valmánuð á röntgendeild og eftir það varð ekki aftur snúið. Á kandídatsárinu fór ég einnig í heimsókn til Haraldar Bjarnasonar röntgenlæknis á Mayo Clinic í Bandaríkjunum. Þar var ég í fjórar vikur og sannfærðist um að IR væri framtíðarfag og rétt val fyrir mig. Innan geirans var mikil gerjun og nýjungar að spretta upp stöðugt.

Fór í sérnám við Yale-New Haven Hospital í Bandaríkjunum en þar stundaði ég bæði sérnám í myndgreiningu og framhaldsnám í myndstýrðum inngripum en alls voru þetta sex ár ytra. Árið 2009 flutti fjölskyldan heim til Íslands og ég hóf störf á Landspítala

Ég var deildarlæknir á Landspítala í eitt ár eftir kandídatsárið og síðan var haldið út í sérnám við Yale-New Haven Hospital í Bandaríkjunum en þar stundaði ég bæði sérnám í myndgreiningu og framhaldsnám í myndstýrðum inngripum en alls voru þetta sex ár ytra. Árið 2009 flutti fjölskyldan heim til Íslands og ég hóf störf á Landspítala.

Á árunum 2012-2018 vann ég einnig hjá Læknisfræðilegri myndgreiningu ásamt spítalanum en frá 2018 hef ég starfað sem yfirlæknir inngripsröntgen- og æðaþræðingadeildar Landspítala í fullu starfi. Starfsemin hefur aukist gríðarlega og viðfangsefnin eru ærin. Meðal annars höfum við tekið upp segabrottnám við bráðu slagi og ýmislegt annað nýtt hefur gerst síðastliðin ár.

Ég er afskaplega ánægður með mitt val á sérgrein. Mér finnst fagið vera ögrandi en um leið gefandi að fá að stunda og flestir dagar í vinnunni eru góðir (það eru gríðarleg forréttindi). Og næg verkefni framundan :)



Undirritaður nýlentur og strax farinn að segja vaktstjóranum á hjartadeild fyrir verkum. Mynd/Bylgja Kærnested

Ævar Örn Úlfarsson
hjartalæknir

Íslenska leiðin

Ég er semsagt nýi gæinn á háskólasjúkrahúsinu. Nýkominn heim eftir 10 ár í Svíþjóð og mér finnst allt æðislegt á þessari eyju. Kollegar mínir eru reyndar duglegir við að segja mér að eymdin og vesældin byrji að bíta um það bil sex mánuðum eftir heimkomu en ég held að þau séu bara að plata mig. Vextir, verðbólga og veður truflar mig bara ekki neitt.

Titlinum á þessum stutta pistli laust niður í mig á þriðjudagseftirmiðdegi. Sátum við nokkrir hjartalæknar samráðsfund þar sem erlendum hjartaskurðlækni misbauð eitthvað óreiðan og skipulagsleysið. „Here we do it the Icelandic way“ flaug þá úr góðum kollega mínum, það þurfti ekkert að ræða þetta mál frekar.

En hvaðan kemur þetta íslenska fyrirbæri, þessi reddingarviðleitni sem er svo stórkostleg? Sænskir kollegar mínir hafa allavega oft orð á því hvað það sé magnað hvað íslenskir læknar eru lausnamiðaðir, það er allt græjað, alveg sama hvað kemur upp. Að vísu fékk ég líka að heyra að ég kynni alls kyns ósiði en ég passaði samt upp á að láta ekki Svíana taka þá af mér, ég lærði þá nefnilega í sveitinni. Þarf ekki eitthvað að fara að skoða það að senda alla unglækna í hérað eins og gert var hérna áður fyrr? Mér er nefnilega mjög umhugað um þessa ósiði og þessa reddingarmenningu, þetta er eiginleiki sem má ekki glatast. Kannski er þetta eitthvað arfgengt, einhver gömul landbúnaðar- og sjóaragen sem Íslensk erfðagreining þarf að skoða nánar. Allavega reddast það einhvern veginn allt að lokum.

Gekk til að mynda á milli húsa með dóttur minni að sníkja nammi á þeirri núorðið alíslensku hátíð Halloween, hvað varð um öskudag? Nei bíddu nú við, virðist sem nammið hafi klárast hjá góðum granna. Það hefði nú allt farið á hliðina í þessum aðstæðum hjá hinum hefðbundna Svía en ráðagóði íslenski blóðmeinafræðingurinn sem býr á móti mér var fljót að leysa vandann með Honey Nut Cheerios og börnin svona líka hoppandi kát.

Ég er samt duglegur að reyna að aðlagast íslensku samfélagi. Kominn í einkaþjálfun, takk Hjalti Guðmunds fyrir hvatninguna! Ég dró Halldór vin minn með, sem er líka nýkominn heim frá Lundi. Fæ reyndar alltaf bölvaðan móral því hann er kominn á rafmagnsbíl en ekki ég, skilst að allir þurfi að kaupa slíkan fyrir áramót svo ætli ég verði ekki að biðja um fleiri vaktir. Svo er Halldór líka miklu sterkari en ég en það er skiljanlegt þar sem hann er ortópati. Ég er líka búinn að panta skíðaferðina í febrúar eins og allir hinir, hef samt aldrei stigið á skíði áður, ég verð kannski bara í spainu. En þessar skíðagræjur kosta sitt svo ég þurfti að fá mér kreditkort. Af hverju skyldi ég aldrei hafa átt slíkt í Svíþjóð, þetta er voða sniðugt, ég ætla kannski að nota það til að panta Teneferðina um páskana.

Ég er nú samt staðráðinn í að reyna að halda í einhverjar sænskar hefðir í smá stund í viðbót. Held að minnsta kosti tryggð við Kåvepenin og kanelsnúða og er búinn að skipuleggja allar helgar út júní á næsta ári, það er eitthvað.

Jæja, best að fara að leggja pennann frá sér. Er að sjálfsögðu á síðustu stundu með þetta verk en hugga mig við að ég fæ ríflega greitt fyrir þennan pistil enda á gæsluvaktarkaupi. Þarf bara að muna að kíkja á fimleikaskutl-excelskjalið fyrir vikuna áður en ég fer að sofa. Reyndar hefur betri helmingurinn staðið sig talsvert betur en ég í þeim málum, þarf að fara að gyrða mig í brók. Blessuð börnin, þvílíka álagið sem fylgir þessum atvinnuíþróttatómstundum á þessu landi.

SKREF Í ÁTT AÐ VARANLEGU ÞYNGDARTAPI#



15-17%

15-17% meðalþyngdartap sem var viðhaldið í 68 vikur[1§]

EINU SINNI Í VIKU

Vikuleg notkun GLP-1 viðtaka-örva sem stjórnar matarlyst á lífeðlisfræðilegan hátt[1]

Marktækur ávinningur með tilliti til áhættuþátta hjarta- og efnaskipta-sjúkdóma og líkamlegs ástands[1,2*]

Wegovy 0,25 mg; 0,5 mg; 1 mg; 1,7 mg; 2,4 mg FlexTouch stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna
Heiti virkra efna: semaglútíð. **Ábendingar:** Fullorðnir: Wegovy er ætlað sem viðbót við hitaeiningaskert mataræði og aukna hreyfingu til þyngdarstjórnunar, þ.m.t. þyngdartaps og þyngdarviðhalds, hjá fullorðnum með upphafslíkamsþyngdarstuðulinn (BMI) ≥30 kg/m^2 (offita), eða ≥27 kg/m^2 til <30 kg/m^2 (ofþyngd) og sem eru með a.m.k. einn þyngdartengdan fylgisjúkdóm, eins og blóðsykursröskun (skert sykurþol eða sykursýki af tegund 2), háþrýsting, blóðfituröskun, teppukæfisvefn eða hjarta- og æðasjúkdóm. Unglingar (≥12 ára): Wegovy er ætlað sem viðbót við hitaeiningaskert mataræði og aukna hreyfingu til þyngdar-stjórnunar hjá unglingum 12 ára og eldri með offitu$^{\Delta}$ og líkamsþyngd yfir 60 kg. Stöðva skal meðferð með Wegovy og endurmeta hjá unglingum ef BMI hefur ekki lækkað um a.m.k. 5% eftir 12 vikur með skammtinum 2,4 mg eða hámarksskammti sem þolist. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi**: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danmörk. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.**

GLP-1-viðtakaörvi, glúkagon-líkur peptíð-1 viðtakaörvi.
Í viku 68 var meðalþyngdartap 14,9% hjá þeim sem fengu Wegovy samanborið við 2,4% hjá þeim sem fengu lyfleysu í STEP 1.[1]
§ Gögn úr STEP 1 og 4 rannsóknunum eru byggð á upplýsingum úr myndum 1 og 3 í samantekt á eiginleikum lyfsins þar sem meðalþyngd í upphafi var 105,4 kg í STEP 1 og 107,2 kg í STEP 4 og upplýsingar um brottfall eru áætlaðar með tilreiknuðu gildi.
* Samanborið við lyfleysu lækkaði semaglútíð marktækt slagbilsþrýsting um 5,1 mmHg [-6,3; -3,9], p<0,001], HbA_{1c} (hjá sjúklingum með sykursýki af tegund 2) um 13,5 mmól/mól [-15,5; -11,4], p<0,0001, ummál mittis um 9,4 cm [-10,3; -8,5], p<0,0001 og bætti líkamlegt ástand samkvæmt almennum heilsutengdum lífsgæðaspurningalista (SF-36) (1,80 (1,18; 2,42), p<0,001) hjá einstaklingum með offitu. Í rannsókn hjá sjúklingum með sykursýki af tegund 2 sem fengu meðferð með semaglútíði 0,5 mg eða 1,0 mg dró semaglútíð úr hættu á alvarlegum tilvikum sem tengjast hjarta- og æðastarfsemi um 26% samanborið við lyfleysu.
Δ Offita (BMI ≥95. hundraðsmark) eins og hún er skilgreind á BMI vaxtarferlum fyrir aldur og kyn (CDC.gov).

IS/DK225EMO00114 September 2023

novo nordisk®

Novo Nordisk Denmark A/S
Kay Fiskers Plads 10
2300 København S
www.novonordisk.dk

vistor
Hörgatúni 2
210 Garðabæ
vistor@vistor.is

EINU SINNI Í VIKU
wegovy®
semaglútíð stungulyf **2,4 mg**

Heimildir: 1. Samþykkt samantekt á eiginleikum Wegovy. **2.** Bohannon RW, DePasquale L. Physical Functioning Scale of the Short-Form (SF) 36: internal consistency and validity with older adults. J Geriatr Phys Ther. 2010;33(1):16-18.

Kesimpta®

ofatumumab 20 mg

Eina B-frumumeðferðin við MS
með köstum sem sjúklingar
geta gefið sér sjálfir

Til meðferðar hjá fullorðnum sjúklingum með heila- og mænusigg með köstum (relapsing multiple sclerosis, RMS) með virkan sjúkdóm skilgreindan samkvæmt klínískum þáttum eða myndgreiningu[1]

Einu sinni í mánuði*



KES 2023/04-17/IS

Heimild 1: Samantekt á eiginleikum Kesimpta, 09.02.2023
*Upphafsskammtar gefnir í viku 0, 1 og 2 og síðan mánaðarlegir skammtar í kjölfarið, gjöf hefst í viku 4.

Kesimpta 20 mg stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna
Heiti virks efnis: ofatumumab. **Ábendingar:** Kesimpta er ætlað til meðferðar hjá fullorðnum sjúklingum með heila- og mænusigg með köstum (relapsing multiple sclerosis, RMS) með virkan sjúkdóm skilgreindan samkvæmt klínískum þáttum eða myndgreiningu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með alvarlega ónæmisbælingu. Alvarleg, virk sýking þar til hún gengur til baka. Þekktur og virkur illkynja sjúkdómur. **Markaðsleyfishafi:** Novartis Ireland Limited. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.**

NOVARTIS vistor

Vistor hf., Hörgatúni 2,
210 Garðabæ. Sími: 535 7000