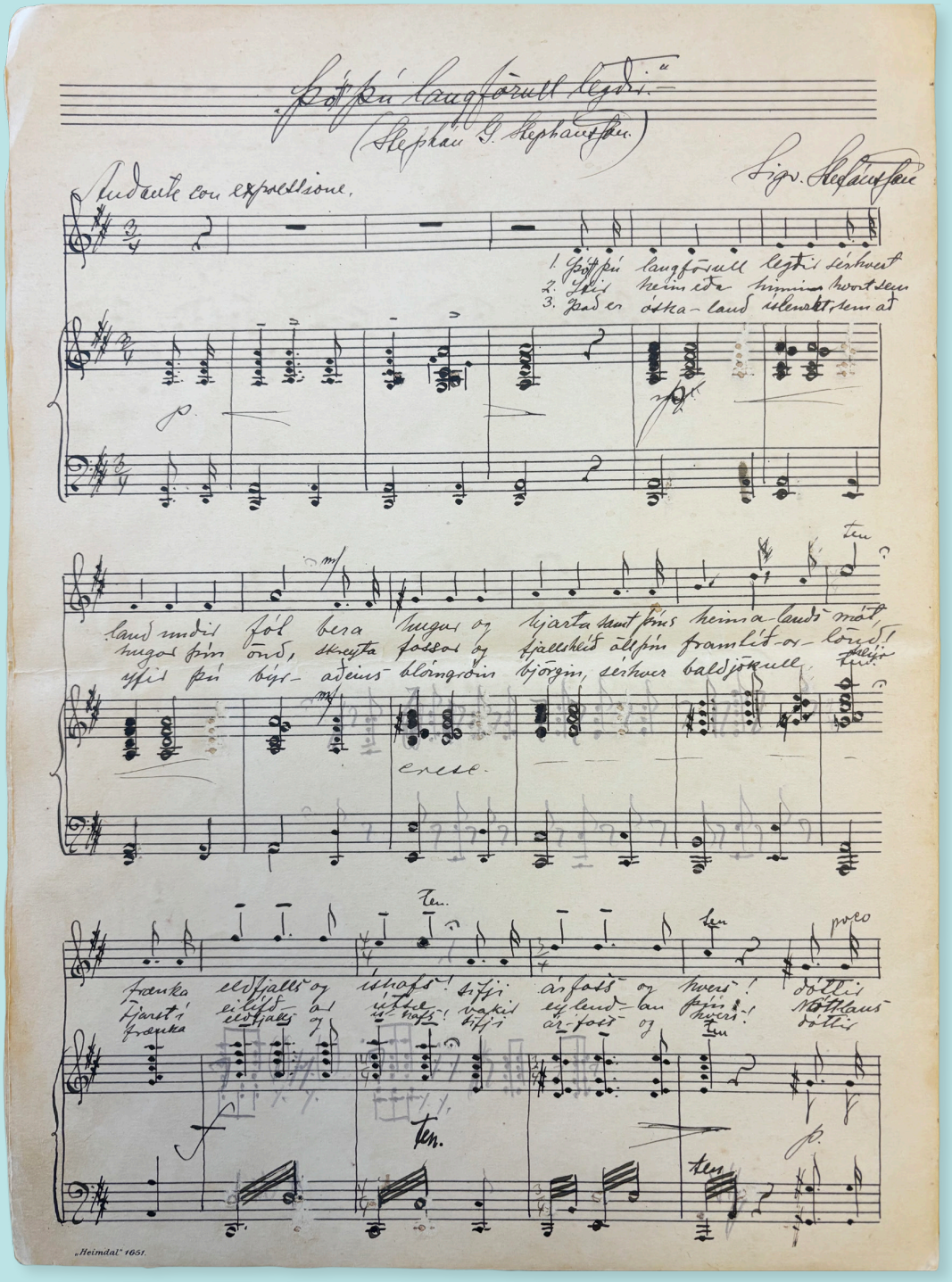
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



VIÐTAL

Hallgrímur Benediktsson læknir kom heim með nótur frá Sigvalda Kaldalóns í farteskinu

FRÆÐIGREIN

Sýnt hefur verið fram á að neysla einungis 50 gramma af lakkrís á dag í eina viku hækkar marktækt blóðþrýsting.

1915-2024

árgangur: 449-496

10/2024

Auglýsing

Það erfiðasta er eftir

– segir Mikael Smári Mikaelsson formaður samninganefndar Læknafélags Íslands um samningaviðræðurnar

Það nálgast ögurstund í kjaraviðræðum lækna við ríkið. Þær hafa nú staðið yfir frá því áður en samningar runnu út í lok mars. Að sögn formanns samninganefndar Læknafélags Íslands, Mikaels Smára Mikaelssonar, sem blaðamaður hitti að máli rétt fyrir mánaðamótin, hefur verið fundað stíft allan þann tíma, ef frá er talið stutt sumarfrí.



Mikael Smári Mikaelsson formaður samninganefndar LÍ. Mynd/ÞH

„Þetta er í annað sinn sem ég leiði samninganefnd lækna, við gerðum stuttan samning í fyrra, eins og flest stéttarfélög. Sá samningur rann út 31. mars sl. Við gerð þessa stutta kjarasamnings þurftum við að leggja til hliðar ýmislegt sem við vildum semja um, til að fylgja straumnum i samfélaginu, og gerðum skammtímasamning.“

– Hvernig hefur ykkur fundist þessi nýja samningalota hafa gengið?

„Þetta hefur gengið hægt og sígandi og verið mikil vinna. Við vísuðum deilunni fljótt til ríkissáttasemjara og síðan hefur verið fundað grimmt, ef svo má segja. Við höfum útskýrt fyrir félagsmönnum hver áhersluatriði okkar eru í viðræðunum og höfum ekki bakkað frá þeim. Í þeim eru þrjár meginstoðir: stytting vinnuvikunnar, leiðréttingar á gæsluvaktakerfinu (eins og bakvaktir lækna heita) og hækkun grunnlauna lækna, sem hafa dregist aftur úr öðrum stéttum. Við höfum unnið með þetta allt saman þó mesti tíminn hafi farið í styttingu vinnuvikunnar, enda læknar ein tveggja heilbrigðisstétta sem ekki hafa fengið þá styttingu. Búið er að leggja mikla en nauðsynlega vinnu í að gera það mögulegt fyrir samningsaðila að sjá hvernig styttingin kemur út. Nú er hins vegar komið að því að sjá hvort við náum að ljúka þessu. Þá fer að reyna á þá þætti kröfugerðarinnar sem munu líklega reynast erfiðastir.“

Síðustu hnútarnir erfiðir

– Hverjir eru þeir?

„Það er hvort við og ríkið náum að lenda nauðsynlegum og brýnum leiðréttingum á launakjörum lækna. Ég er bundinn trúnaði varðandi einstök atriði viðræðnanna en ýmis mikilvæg atriði í okkar kröfugerð hafa ekki enn verið rædd. Næstu 1-2 vikur munum við fara að ræða þessi atriði og þá kemur í ljós hvort hægt er að ná viðunandi niðurstöðu eða hvort þetta endar stál í stál. Ég er vongóður en ég veit ekki hversu bjartsýnn ég á að vera.“

– Er verið að stokka samningana upp frá grunni?

„Það má segja það að með vinnunni sem tengist styttingu vinnuvikunnar sé verið að horfa til talsverðrar uppstokkunar á þeim. En forsenda uppstokkunar verður alltaf að vera sú að allir komi betur út úr nýju kerfi. Öðruvísi er ekki hægt að gera þetta. Nýr samningur má ekki leiða til að einhver lækki í launum. Eins og í öllum samningum verður niðurstaðan alltaf misskipt, sumir fá meira og aðrir minna, en það er útilokað að gera kjarasamning sem ekki tryggir öllum kjarabætur.

Erum að falla á tíma

– Gæti þetta endað í verkfalli?

„Það ræðst á næstu örfáu vikum hvort það tekst að leysa þessa kjaradeilu án aðgerða. Vonandi lendum við þeim ágreiningsefnum, sem skipta lækna mestu máli í þessari kjaralotu, með samkomulagi. En reynist ríkið ófáanlegt til að mæta okkur í þeim atriðum sem við metum mikilvæg og nauðsynleg til að læknar samþykki kjarasamning, þá kann svo að fara að læknar verði að grípa til verkfallsaðgerða. Við erum búin að lofa félagsmönnum að láta þá vita á næstu vikum hver staðan er og hvernig mál eru að þróast.“

– Er hugur í læknum?

„Já, því miður má segja. Vinnuálag lækna, með tilheyrandi þreytu og kulnunareinkennum, og mannekla í hópi lækna er okkur mikið áhyggjuefni og á að vera stjórnvöldum áhyggjuefni. Dæmin eru alls staðar, löng bið eftir tíma hjá heilsugæslunni, plássleysi á Landspítalanum þar sem læknar eru keyrðir áfram undir miklu álagi, læknaskortur á landsbyggðinni. Kjör lækna og starfsumhverfið hér laða ekki lækna heim eftir sérnám. Það er ekkert heilbrigðiskerfi án lækna. Það þarf eins og gert var 2015 að ná kjarasamningi sem laðar lækna heim. Það er samfélagslega dýrt að mennta lækna, sem ekki skila sér heim.

Við höfum unnið mikla vinnu undir stjórn ríkissáttasemjara síðasta hálfa árið. Næstu vikur munu skera úr um hvert stefnir. Verkfall er ekki markmið í þessari kjaradeilu, en ef ekki næst fram það sem við teljum þurfa, þá kann að þurfa að koma til þess. Við vonum þó að okkur takist með ríkinu að lenda þessu farsællega, fyrst og fremst fyrir almenning, heilbrigðiskerfið og læknaþjónustuna í landinu,“ sagði Mikael Smári að lokum. –ÞH

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
Rósa Steinunn Sturludóttir
rosa@lis.is

Blaðamaður
Þröstur Haraldsson

Auglýsingar
Ingvar Freyr Ingvarsson
ingvar@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
1850

Áskrift
24.900,- m. vsk.
Lausasala
2490,- 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



455

Jóhann Páll Hreinsson

Rauðkyrningabólga í vélinda

Meðalaldur sjúkdóma er líklega talinn í árhundruðum og má því kalla sjúkdóm sem fyrst var lýst fyrir 47 árum síðan, „nýjan“



457

Ragnar Freyr Ingvarsson

Sjálfstæður rekstur er einn af hornsteinum íslenskrar heilbrigðisþjónustu

Flestum er ljóst að heilbrigðiskerfið okkar hefur átt undir högg að sækja á liðnum árum og allar hendur þarf á dekk til að komast í gegnum öldurót næstu ára og áratuga

FRÆÐIGREINAR

458

Helgi K. Sigmundsson, Einar S. Björnsson

Rauðkyrningabólga í vélinda hjá fullorðnum í íslensku og erlendu samhengi

Rauðkyrningabólga í vélinda er sjúkdómur sem hefur síðustu áratugi fengið aukna athygli og fleiri sjúkdómstilfelli af þessu tagi berast læknum með hverju árinu. Sjúklingar fá bæði langvinn einkenni með kyngingarerfiðleikum en koma einnig oft til lækna með bráðari einkenni eins og fasta fæðubita í vélinda. Lyfjameðferð er gagnleg og prótónupumpuhemlar eru lykilatriði í henni.

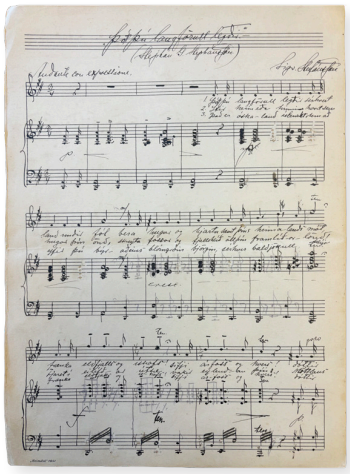
464

Ólafur Orri Sturluson, Birgir Jóhannsson, Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Lakkrísneysla getur verið lífshættuleg

Lakkrís þykir flestum góður, enda er hann notaður í sælgæti, tóbak, hóstasaft, hálsbrjóstsykur, bjór, malt, te og svo mætti lengi telja. Hjá flestum Íslendingum er hann í hávegum hafður, en hættan sem býr að baki neyslu hans er mörgum ekki eins ofarlega í huga. Neysla hans getur leitt af sér lífshættulegt ástand. Sýnt hefur verið fram á að neysla á einungis 50 g af lakkrís á dag í eina viku hækkar marktækt blóðþrýsting. Það jafngildir um einni lakkrísrúllu á dag.

Á FORSÍÐU



Músíkin lifir með læknunum

Sigvaldi Kaldalóns var ekki bara eitt ástsælasta tónskáld tuttugustu aldarinnar á Íslandi heldur var ævistarf hans og menntun á sviði læknisfræði. Hann var héraðslæknir, fyrst í Kaldalóni við Ísafjarðardjúp og síðar í Grindavík. Fyrir skemmstu fundust við flutninga vestur í Calgary í Kanada nokkur nótnablöð með einum níu lögum Sigvalda skrifuð af honum sjálfum og sennilega ætluð til útgáfu. Þar ritaði hann upphaflegt nafn sitt, Sigvaldi Stefánsson, undir nóturnar en Kaldalónið kom seinna til. Íslenskur læknir sem starfað hefur í Calgary mestallan sinn starfsaldur, Hallgrímur Benediktsson, fann nóturnar og kom með þær til Íslands í sumar og færði þær handritadeild Landsbókasafns til varðveislu. Meðal laganna var Þótt þú langförull legðir sem er orðið þjóðsöngur Vestur-Íslendinga.

Erratum: *Læknablaðið* biðst velvirðingar á röngum titli á grein Magnúsar Gottfreðssonar á bls. 435 og í efnisyfirliti, í síðasta tölublaði (9. tbl. 110.árg. 2024),
Réttur titill greinarinnar er „Verkefni fyrir íslenska lækna fyrr og nú.“
Höfundur er beðinn velvirðingar á þessu. Rétt er farið með titilinn á netinu.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

474

Einmanaleiki barna hefur tvöfaldast á áratug

Þröstur Haraldsson

Björn Hjálmarsson yfirlæknir á BUGL og kollegar hans hafa miklar áhyggjur af vaxandi einmanaleika, ótta og öryggisleysi hjá ungum Íslendingum sem festast yfir skjátækjum





478

Langförull lagði leið sína heim

Þröstur Haraldsson

Læknablaðið var viðstatt þegar Hallgrímur Benediktsson læknir afhenti nótur Sigvalda Kaldalóns og spjallaði við hann um þær og lög Hallgríms sjálfs

TÖLFRÆÐI

477

Sigrún Helga Lund

Góð ráð við gerð töflu 1

470 Fréttir

ÖLDUNGADEILD LÍ

482

Helga Ögmundsdóttir

Hvers vegna drukkna svona margir?

Bók eftir Elizabeth Meinhard

BRÉF TIL BLAÐSINS

480

Pálmi V. Jónsson

Nýsköpun og þróun í heilbrigðisþjónustu

481

Guðrún Aspelund

Bóluefnin björguðu mannslífum í Evrópu í COVID-19 faraldrinum

Nýlega birt rannsókn

110. ÁRGANGUR LÆKNABLAÐSINS

484-489

Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir

Hjartabilun þá og nú

Jón Steinar Jónsson

Frumkvöðlar í læknastétt

Orthopedic medicine – stoðkerfisfræði á Íslandi

Þröstur Haraldsson

Saga *Læknablaðsins* – Stafrænan getur verið bæði jákvæð og neikvæð

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

492-493

Fæðinga- og kvensjúkdómalækningar



Hulda Hjartardóttir

Meðganga og fæðing eru töfrar og leyndardómur



Ómar Sigurvin Gunnarsson

Leyfðu sérgreininni að velja þig!

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

473

Steinunn Þórðardóttir

Læknar eru lykillinn að hagkvæmni og gæðum



Því miður hefur þróunin á undanförnum árum víða verið á þann veg að vægi lækna og þekkingar þeirra hefur farið minnkandi í rekstri stofnana

BÓKIN MÍN

490

María Kristbjörg Árnadóttir

Vel skrifaðar kvenpersónur eru í miklu uppáhaldi



Ég var reglulegur gestur á bókasafninu og tók þátt í öllum lestraátökum líkt og um keppnisgrein á Ólympíuleikunum væri að ræða

DAGUR Í LÍFI LÆKNIS

491

Hera Birgisdóttir

Heimilislæknir í Skagafirði



21:00 Útkall, skurður í andliti á barni, þarf að sauma, ég og sérnámsgrunnslæknir græjum það

LIPUR PENNI

494

Berglind Bergmann

Er leikskólavandi Reykjavíkurborgar mannauðsvandi Landspítala?



Auglýsing

Rauðkyrningabólga í vélinda



Jóhann Páll Hreinsson,
Dósent og sérnámslæknir í meltingarlækningum, Sahlgrenska Háskóla-sjúkrahúsinu, Gautaborg, Svíþjóð.

Meðal lækna er fátt sem kyndir bál forvitni og fróðleiksfýsnar meira heldur en „nýir“ sjúkdómar. Meðalaldur sjúkdóma er líklega talinn í árhundruðum og má því kalla sjúkdóm sem fyrst var lýst fyrir 47 árum síðan[1] „nýjan“. Téður sjúkdómur er rauðkyrningabólga í vélinda (*eosinophilic esophagitis*) og áhugavert er að líta til baka og sjá hvernig þróunin hefur verið síðan honum var fyrst lýst. Rúmir tveir áratugir liðu þar til rauðkyrningabólga í vélinda var vel skilgreind.[2] Því næst líða tæp 15 ár þar til fyrstu klínísku leiðbeiningar fyrir rauðkyrningabólgu í vélinda líta dagsins ljós.[3] Þar eru mataræðisbreytingar og sykursterar nefnd sem höfuðmeðferðarúrræði, gildi prótónupumpuhemla er þó einnig tekið fram. Nýjustu klínísku leiðbeiningar vestan hafs,[4] í Evrópu,[5] og víðar[6] koma út fyrir 4-7 árum síðan. Í þessum leiðbeiningum skortir enn gögn til þess að mæla afgerandi með einni af meðferðunum þremur sem nefndar eru að ofan sem fyrstu meðferð. Nýleg rannsókn leiddi einmitt í ljós að það er enn talsvert misræmi á því hvernig rauðkyrningabólga í vélinda er meðhöndluð.[7] Þetta er raunin, þrátt fyrir að hálf öld sé liðin frá því að sjúkdóminum var lýst, dæmi síðan hver fyrir sig hvort það er langur eða stuttur tími. Það er þó þannig að vissir sjúkdómar líða fyrir tíðni sína, banvæni (eða skorts þar á) og á hvaða hóp okkar þeir herja. Hvort rauðkyrningabólga í vélinda hefur liðið, þori ég ekki að segja til um.

Í yfirlitsgreininni sem nú birtist í *Læknablaðinu* eru rauðkyrningabólgu í vélinda gerð góð skil. Greinin er í senn yfirgripsmikil og hnitmiðuð, tæpt er á því helsta og þannig dregin upp skýr mynd af sjúkdómsástandinu. Sterk afstaða er tekin til prótónupumpuhemla sem fyrstu meðferðar og er það vel. Greinin hefur ekki bara fróðleiksgildi heldur talsvert skemmtanagildi. Ég mæli því heils hugar með því að halla sér aftur og gefa sér eins og eina til tvær tylftir mínútna til yfirlestrar. Að því loknu má reisa sig við með þekkingu í farteskinu sem nægja ætti hverjum lækni þegar kemur að rauðkyrningarbólgu í vélinda.

Meðalaldur sjúkdóma er líklega talinn í árhundruðum og má því kalla sjúkdóm sem fyrst var lýst fyrir 47 árum síðan, „nýjan“

Heimildir

1. Dobbins JW, Sheahan DG, Behar J. Eosinophilic gastroenteritis with esophageal involvement. Gastroenterology 1977;72:1312-6.
2. Attwood SE, Smyrk TC, Demeester TR, et al. Esophageal eosinophilia with dysphagia. A distinct clinicopathologic syndrome. Dig Dis Sci 1993;38:109-16.
3. Furuta GT, Liacouras CA, Collins MH, et al. Eosinophilic esophagitis in children and adults: a systematic review and consensus recommendations for diagnosis and treatment. Gastroenterology 2007;133:1342-63.
4. Hirano I, Chan ES, Rank MA, et al. AGA Institute and the Joint Task Force on Allergy-Immunology Practice Parameters Clinical Guidelines for the Management of Eosinophilic Esophagitis. Gastroenterology 2020;158:1776-1786.
5. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias A, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. United European Gastroenterol J 2017;5:335-358.
6. Dellon ES, Liacouras CA, Molina-Infante J, et al. Updated International Consensus Diagnostic Criteria for Eosinophilic Esophagitis: Proceedings of the AGREE Conference. Gastroenterology 2018;155:1022-1033 e10.
7. Sorge A, Coletta M, Elli L, et al. Clinical practices and adherence to guidelines for eosinophilic esophagitis: A European survey. Dig Liver Dis 2024;56:1196-1203.

Eosinophilic esophagitis

Johann Pall Hreinsson,
Associate professor and resident in gastroenterology, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden.

doi 10.17992/lbl.2024.09.806



Okkar besta fólk leggur traust sitt á okkur

Okkar besta fólk í sjúkraflutningum hefur reitt sig á þjónustu okkar um árabil. Þau þurfa að geta treyst því að öll tæki og búnaður sé örugglega í lagi og virki eins og til er ætlast.

FASTUS

HEILSA

VINNUM MEÐ ÞEIM BESTU

Höfðabakki 7, 110 Reykjavík | expert.is

Sjálfstæður rekstur er einn af hornsteinum íslenskrar heilbrigðisþjónustu



Ragnar Freyr Ingvarsson
sérfræðilæknir á stofu og landspítala, formaður Læknafélags Reykjavíkur

Róðurinn í heilbrigðiskerfinu þyngist jafnt og þétt. Fregnir dynja stöðugt á okkur um bið eftir tíma hjá heimilislæknum og sérfræðilæknum, neyðarástand á bráðamóttökum, biðlista eftir skurðaðgerðum, hjúkrunarrýmum og svo má lengi telja. Lýðfræðilegir þættir eins fjölgun þjóðarinnar, öldrun hennar og vaxandi sjúkdómabyrði munu þyngja róðurinn.

Sjálfstæður rekstur á sér langa sögu

Saga stofulækna er samofin heilbrigðiskerfinu okkar, spannar meira en heila öld og er því engin nýlunda. Það hefur ríkt víðtæk sátt um þetta rekstrarform en nýlega var samið á sambærilegan hátt við sjúkraþjálfara og tannlækna.

Síðan 1909 hefur margendurtekið verið samið við sérgreinalækna, síðast sumarið 2023 eftir nokkurra ára samningsleysi. Samningurinn hefur bætt þjónustuna, læknar flutt heim. Fleiri sjúklingum hefur verið sinnt. Það er mikilvægur árangur.

Sjálfstæður rekstur er víða í heilbrigðiskerfinu, til dæmis Sjúkrahúsið Vogur, Reykjalundur og fjöldi hjúkrunarheimila. Þá er mikil ánægja með sjálfstæðar heilsugæslustöðvar eins og þjónustukannanir eru til vitnis um.

Róðurinn væri án efa enn þyngri ef þessara fyrirtækja nyti ekki við!

Sjálfstæður rekstur er mjög umfangsmikill

Sjálfstætt starfandi læknar á stofum sinna 512 þúsund læknisverkum á ári – viðtölum, rannsóknum og tugþúsund stórra og smærri aðgerða. Þetta eru mikil afköst og langt umfram það sem þekkist hjá hinu opinbera. Sjálfstæðar heilsugæslur veita á hverju ári um 45% allrar heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu.

Þessi mikilvæga starfsemi hefur aukið aðgengi landsmanna að nauðsynlegri heilbrigðisþjónustu. Aðgengi og árangur meðferðar er mjög góður á Íslandi borið saman við fjölda annarra landa, samanber rannsókn sem birtist í vísindaritinu *Lancet* árið 2016.[1] Framleiðni í heilbrigðiskerfum hefur einnig verið borið saman við önnur lönd og þar stöndum við Íslendingar einnig framarlega.[2]

En betur má ef duga skal.

Sjálfstæður rekstur léttir róðurinn svo um munar

Útgjöld vegna sjálfstætt starfandi lækna eru um 3,5% af heildarútgjöldum til heilbrigðismála, óbreytt að mestu í áraraðir. Og það er kaupanda þjónustunnar, ríkinu, hagkvæmt að færa hluta verkefna til sjálfstæðra fyrirtækja. Dæmin eru fjölmörg.

Liðskiptiaðgerðir á stofum lækna hafa leitt til þess að fleiri fá viðeigandi þjónustu en áður og biðlistar hafa styst – og ríkið hefur sparað peninga.

Slíkt á einnig við um brjósklosaðgerðir sem Landspítali segist ekki lengur geta sinnt og hefur óskað eftir aðkomu stofulækna. Þær eru nú gerðar á stofum, en án greiðsluþátttöku hins opinbera. Það er mikið réttlætismál fyrir sjúklinga að samið verði um þetta hið snarasta.[3]

Flest viðtöl og rannsóknir á stofum sérgreinalækna eru á hagstæðari kjörum fyrir hið opinbera. Slíkt má sjá þegar gjaldskrár Læknafélags Reykjavíkur eru bornar saman við verðskrá Landspítala (DRG).

Blandað kerfi hefur reynst okkur farsælt

Í meira en heila öld höfum við Íslendingar búið við blandað heilbrigðiskerfi sem hefur skilað okkur í fremstu röð hvað aðgengi, framleiðni og árangur varðar, þrátt fyrir að við verjum minna fé til heilbrigðisþjónustu sem hlutfall af vergri landsframleiðslu en margar nágrannaþjóðir.

Flestum er ljóst að heilbrigðiskerfið okkar hefur átt undir högg að sækja á liðnum árum og allar hendur þarf á dekk til að komast í gegnum öldurót næstu ára og áratuga.

Flestum er ljóst að heilbrigðiskerfið okkar hefur átt undir högg að sækja á liðnum árum og allar hendur þarf á dekk til að komast í gegnum öldurót næstu ára og áratuga.

Augljósasta leiðin er að efla það blandaða kerfi sem við þegar höfum og að hið opinbera auki kaup sín á þjónustu af sjálfstætt starfandi aðilum sem bæði er góð og hagkvæm.

Reynslan hefur sýnt okkur að sjálfstæð heilbrigðisþjónusta er eitt af þeim verkfærum sem getur létt róðurinn í heilbrigðiskerfinu verulega. Við höfum úr takmörkuðu fjármagni að spila og því mikilvægt að nýta það sem best, sjúklingum til heilla.

Heimildir

1. Fullman N, Yearwood J, Abay SM, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet 2018; 391: 2236–2271.
2. Australian Government Productivity Commission. Advances in measuring healthcare productivity, 2024, https://www.pc.gov.au/research/completed/measuring-healthcare-productivity september 2024).
3. Sjúklingum gert að greiða brjósklosaðgerðir úr eigin vasa. Læknablaðið, https://www.laeknabladid.is/tolublod/2024/0708/nr/8700 (accessed 22 September 2024).

Independent medical services are one of the cornerstones of icelandic healthcare

Ragnar Freyr Ingvarsson

Consultant rheumatologist, Rheumatology center and Landspítali. Chairman of the Reykjavík Medical Association

doi 10.17992/lbl.2024.09.807

Rauðkyrningabólga í vélinda hjá fullorðnum í íslensku og erlendu samhengi

• Yfirlitsgrein •

Helgi Kr. Sigmundsson[1] læknir

Einar S. Björnsson[1,2] læknir

[1]Meltingarlækningar, lyflækningasviði Landspítala,
[2]Læknadeild Háskóla Íslands,

Fyrirspurnum svarar Helgi K. Sigmundsson, *helgiksi@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 17. maí 2024,
samþykkt til birtingar 7. september 2024

ÁGRIP

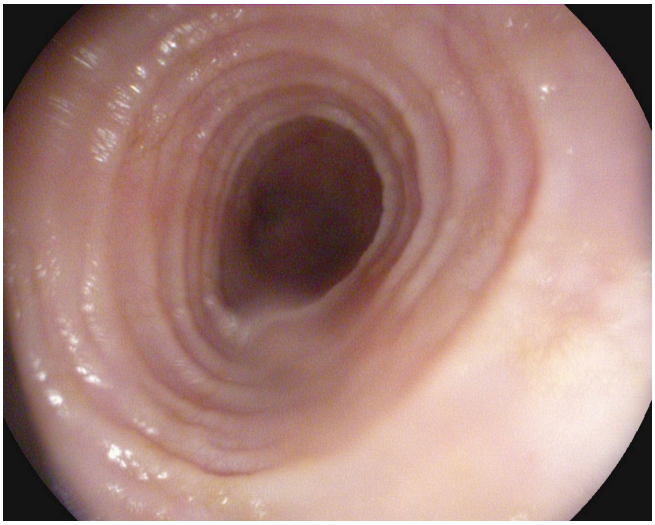
Rauðkyrningabólga í vélinda (*eosinophilic esophagitis*, EoE) er algeng orsök fyrir kyngingarerfiðleikum hjá börnum og fullorðnum. Nýgengi EoE hefur farið vaxandi síðustu áratugi, sem ekki skýrist eingöngu af betri greiningartækni. EoE er algengari hjá fullorðnum en börnum. Sýni frá slímhúð vélinda sem sýnir bólguíferð rauðkyrninga í miklum mæli staðfestir greiningu. Margir sjúklingar svara meðferð með prótónupumpuhemlum en sjúklingar með svæsið form af EoE þarfnast hugsanlega breytingar á mataræði, staðbundinna sykurstera og/eða víkkunar á þrengslum í vélinda. Í þessari yfirlitsgrein er farið yfir nýgengi, áhættuþætti, náttúrulegan gang, greiningu og meðferðarúrræði, í íslensku heilbrigðiskerfi en einnig í víðara samhengi.

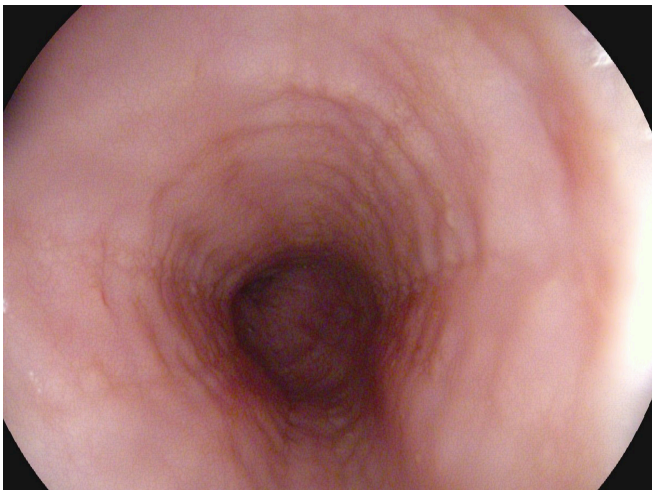
Inngangur

Rauðkyrningabólga í vélinda (*eosinophilic esopagitis*, EoE) er langvinnt bólguástand sem einkennist af bólgufrumum af ætt rauðkyrninga (*eosinophils*) í slímhúð og veldur kyngingarerfiðleikum bæði hjá börnum og fullorðnum. Þessum sjúkdómi var fyrst lýst fyrir rúmlega 30 árum.[1] EoE hefur á síðustu þremur áratugum aukist verulega, sem ekki skýrist eingöngu af auknum fjölda sýna tekinna úr vélinda við magaspeglanir. Lúther Sigurðsson og félagar lýstu tveimur sjúkratilfellum hjá börnum með EoE fyrir liðlega tíu árum.[2] Síðan þá hefur komið í ljós að EoE er algengara hjá fullorðnum en í börnum og þekking hefur aukist til muna á þessum sjúkdómi. Klínískar leiðbeiningar varðandi rannsóknir og meðferð EoE hafa líka tekið verulegum breytingum á síðasta áratug í takt við aukinn skilning á svipgerð og fjölda meðferðarrannsókna á EoE.[3-5] Nú er svo komið að EoE er algengt fyrirbæri hjá börnum og fullorðnum að minnsta kosti fram að miðjum aldri, sem sendir eru í magaspeglun og getur valdið erfiðum einkennum svo sem kyngingartregðu (*dysphagia*) og verkjum fyrir brjósti og veldur umtalsverðum kostnaði innan heilbrigðiskerfisins.

Sjúkratilfelli

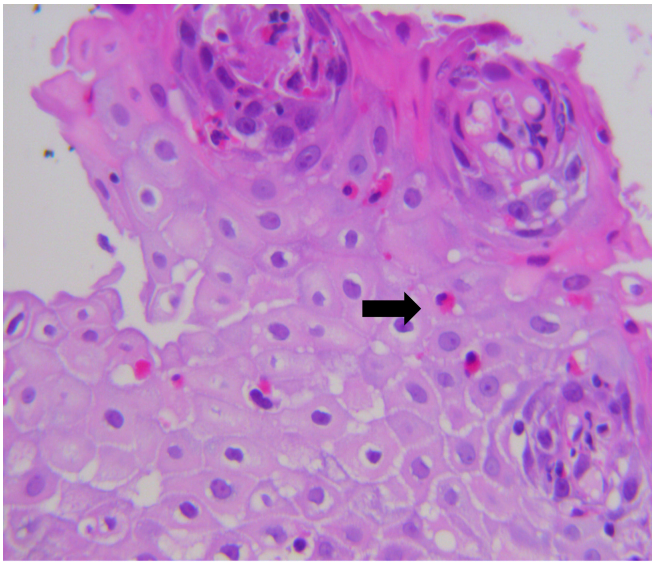
Um miðja nótt í júlímánuði árið 2015 er meltingarlæknir á vakt á Landspítalanum vakinn upp vegna 50 ára karlmanns sem hefur fastan bita í vélinda. Viðkomandi hafði verið við vinnu þetta laugardagskvöld og haldið síðan í sumarbústað í kjölfarið í skemmtiferð með félögum sínum. Heldur hann í sumarbústað þar sem gleðin hafði tekið völd. Ekki vildi betur til en svo að fyrsti kjötbitinn sem var á leið niður í tóman maga festist í vélinda og fór hvorki upp né niður. Maður þessi bar sig að vonum aumlega og vildu félagarnir ekki við þetta una og reyndu af „miklum“ mætti að spenna greipar um neðri hluta brjóstkassa og reyndu Heimlich-aðferð. Hún bar ekki árangur en hafði þær afleiðingar að ofan á allt saman verkjaði hann mjög yfir rifbeinsboga. Sjúklingurinn var kominn upp á speglunarstofu á Landspítala í Fossvogi og hafði, vegna hins klíníska rifbeinsbrots sem greindist á bráðamóttöku fengið morfín. Hann ráfaði fram og til baka og ekki hægt að hafa neinar skynsamlegar samræður við hann nema hvað ljóst var að hann gat ekki kyngt munnvatni og slefaði í plastpoka. Sjúklingurinn var snögglega sprautaður enn meira niður og magaspeglun





Mynd 1. *Myndir úr speglun sjúklings með EoE sem sýna dæmigerða hringi og lang-rákir.*

framkvæmd. Spegluninn leiddi í ljós nokkuð stóran kjötbita neðarlega í vélinda sem auðvelt var að fjarlægja með þrígripi og dæmigert útlit eins og við EoE, með hringamyndun og litlum rákum í slímhúð (mynd 1). Meinafræðirannsókn sýndi mikla íferð rauðkyrninga í slímhúð (mynd 2). Sjúklingurinn komst heim að morgni við sæmilega líðan. Hann var settur á háskammta prótónupumpuhemil og fyrirhugað eftirlit. Sjúklingurinn hringdi á bráðamóttökuna daginn eftir og vildi tala við meltingarlækninn. Það eina sem hann mundi frá næturheimsókninni á speglunardeildina var að meltingarlæknirinn var klæddur í stuttermabol merktan Íþróttafélaginu Þór frá Akureyri! Sjúklingurinn svaraði lyfjameðferðinn nokkuð vel og kom í nýja speglun nokkrum mánuðum síðar. Útlit á slímhúð var ekki ósvipað fyrri rannsókn en skv meinafræðirannsókn kom fram vægur millifrumnabjúgur í þekju og á stöku stað sáust rauðkyrningar í þekju. Mestur fjöldi rauðkyrninga er átta á hvert HPF (*high power field*). Í samanburði við fyrra sýni sjúklings hafði dregið úr fjölda rauðkyrninga. Tvíburabróðir sjúklings greindist svo fljótlega vegna kyngingarerfiðleika með EoE.

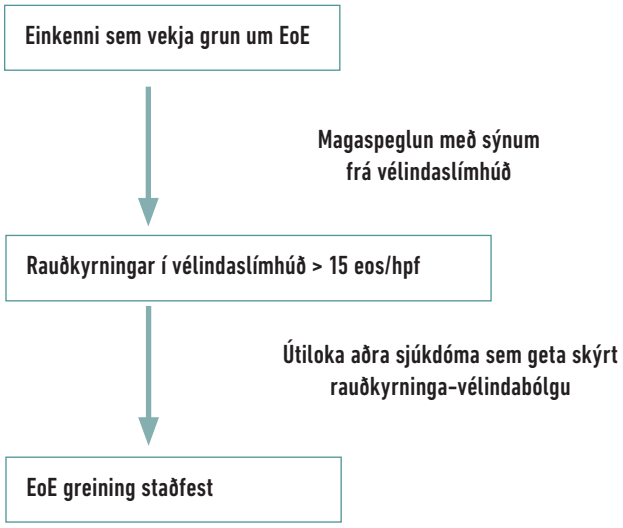


Mynd 2. *smásjármynd af sýni frá sjúklingi með rauðkyrninga vélindabólgu (EoE) úr sjúkratilfelli að ofan. Örin bendir á dæmigerðan rauðkyrning og sjá má fleiri síka á þessari mynd.*

Sjúklingurinn var sama sem einkennalaus við eftirlit og var ekki fyrirhuguð önnur meðferð en með prótonupumpuhemlum. Átta árum síðar, í ágústmánuði 2023, fær sjúklingurinn hins vegar meiri einkenni um bakflæði og er vísað til meltingarlæknis utan Landspítala. Eftir þá speglun fékk hann mikil hálssærindi, kastaði upp og gat ekki kyngt. Fór engu að síður heim að speglun lokinni en vegna versnandi einkenna fór hann með sjúkrabíl á bráðamóttöku nokkrum klukkutímum seinna. Þar komu í ljós teikn um rof á vélinda,þar sem hann hafði frítt loft í afturkoki, miðmæti og meðfram vélinda, þó ekki leki á skuggaefni sem gefið var um munn. Hann hafði mikil hálssærindi, en var nokkuð stöðugur. Hann var skoðaður á vegum háls-, nef- og eyrnalækna, fór í svæfingu í nýja vélindaspeglun sem var eðlileg fyrir utan nokkrar yfirborðskrámur á slímhúð. Hann fékk magasondu og sýklalyf og honum haldið fastandi. Hann lá á skurðdeild í sjö daga og var mjög lengi að jafna sig á þessum alvarlegu veikindum, sem hafði meðal annars áhrif á raddstyrk. Fyrst eftir nokkra mánuði var hann búinn að ná sér að fullu og hefur ekki teljandi kyngingarerfiðleika.

Faraldsfræði og náttúrulegur gangur

Nýgengi EoE hefur verið rannsakað í fjölmörgum lýðgrunduðum rannsóknum víða um heim. Samkvæmt safngreiningu á miklum fjölda rannsókna var meðalnýgengi EoE 3,7 tilfelli á hverja 100.000 íbúa á ári.[6] Nýgengið var allt frá 2 tilfellum á 100.000 íbúa árlega í Hollandi og hæst var það í Ohio í Bandaríkjunum, 12,8 tilfelli á hverja 100.000 íbúa.[6] Í þessari rannsókn kom fram að nýgengistölur voru hærri hjá fullorðnum en börnum.[6] Því miður eru ekki til faraldsfræðilegar rannsóknir frá Íslandi. Eins og að ofan greinir hefur nýgengi EoE aukist margfalt á síðustu tveimur áratugum eða svo. Þó freistandi sé að tengja þetta aukinni þekkingu á tilvist EoE með bættri greiningu, hafa margar rannsóknir sýnt að nýgengistölur hafa hækkað mun meira en fjöldi rannsókna með sýnatökum úr vél-



Mynd 3. *Greiningarferli rauðkyrningabólgu í vélinda (EoE).*

inda.[7] Hæsta hlutfall EoE er meðal sjúklinga sem leita til heilbrigðisþjónustunnar með einkenni um fastan matarbita og EoE er nú algengasta orsök fyrir föstum bita í vélinda meðal þeirra sem leita á bráðamóttökur.[8] Í íslenskri rannsókn, var nýgengi fasts bita í vélinda (*food impaction*) sem þurfti að fjarlægja 25 tilfelli á hverja 100.000 íbúa á árunum 2008-2013, og gera má ráð fyrir að á Landspítalanum séu 1-2 sjúklingar í hverri viku sem þurfa meðferðar við með speglun til að fjarlægja þessa bita sem oftast var kjöt (68%), fiskur (12%), grænmeti (4%) og önnur fæða/annað (16%).[9] Sjúklingar komu að nýju með sömu einkenni í 21% tilfella og af þeim voru 50% með EoE, í samanburði við 15% með aðrar orsakir fyrir föstum bita (p = 0,0001). Það tókst að fjarlægja bitann í 98% tilvika við fyrstu magaspeglun.[9] Fylgikvillar við speglun voru meðal annars fjórir (1,3%) tilfelli með ásvelgingu (*aspiration*), eitt rof á vélinda (0,3%), einn sjúklingur hafði Boerhaave-heilkenni fyrir speglun, báðir þeirra síðast nefndu voru með EoE.[9] Áhætta á rofi á vélinda er verulega aukin hjá sjúklingum með EoE[10-11] eins og því miður átti sér stað í okkar sjúkratilfelli. Ekki síst getur þetta gerst ef beitt er speglunartækni með svokölluðum stífum speglunarbúnaði, svo sem með stífu röri, oftast úr málmi, og við víkkanir á vélinda en einnig við greiningarspeglanir.[10-11] Þannig ber að fara að ítrustu gát við speglanir á sjúklingum með EoE.

Orsakir EoE eru óþekktar en umhverfisþættir virðast skipta miklu máli en einnig, en þó veikari, erfðaáhrif.[12] Athyglisvert er að fjölmargar rannsóknir hafa sýnt öfug tengsl (*inverse relationship*) á milli *Helicobacter pylori* og EoE.[13] Tíðni *Helicobacter pylori* hefur lækkað verulega meðal vestrænna þjóða og til dæmis eingöngu 2-3% íslenskra barna með mótefni gegn *Helicobacter pylori* í nýlegri rannsókn.[14] Náttúrulegur gangur virðist mjög mismunandi meðal sjúklinga sem greinast með EoE. Í mörgum rannsóknum eru sjúklingar á meðferð með mörgum meðferðarmöguleikum svo sem breyttu mataræði, staðbundnum sterum, prótonupumpuhemlum og víkkunum á vélinda, og því erfitt að meta náttúrulegan gang án meðferðar. Þó hefur verið sýnt fram á að eftir því sem greiningu EoE seinkar aukast breytingar í vélinda sem flokkast undir örvefsmyndun og þar með til dæmis þrengingar í vélinda.[15] EoE er mjög mismunandi ágengur sjúkdómur og sumir sjúklingar hafa svipgerð bólguforms (*inflammatory phenotype*) meðan aðrir fá þrengingar – svipgerð (*fibrostenotic phenotype*). Í svissneskri rannsókn sem fylgdi 30 sjúklingum án lyfjameðferðar í um það bil sjö ár, kom í ljós að kyngingarerfiðleikar og fjölgum rauðkyrninga voru viðvarandi hjá nánast öllum.[16] Athygisvert var að kyngingarerfiðleikarnir minnkuðu hjá 37%, voru stöðugir hjá 37% og versnuðu hjá 23%.[16] Nýlegar rannsóknir hafa sýnt fram á góðan árangur á meðferð með prótónupumpuhemlum.[17] Í mjög nýlegri safngreiningu frá Ítalíu var lýst niðurstöðum 59 faraldsfræðilegra rannsókna og 51 meðferðarrannsóknar.[18]

Greining

Sjúkdómsgreining EoE byggir á einkennum sjúklings, niðurstöðu magaspeglunar og vefjarannsóknar. Grunur um EoE vaknar gjarnan ef sjúklingur er með dæmigerð einkenni um EoE (Tafla I). Saga um ofnæmissjúkdóma (asthma, ofnæmisnefbólgu, ofnæmishúðbólgu og fæðuofnæmi) og/eða fjölskyldusaga um EoE styrkir grun um greininguna hjá sjúklingum með þessi dæmigerðu einkenni.

Vegna eðlis þessara einkenna (til dæmis kyngingarerfiðleika) er rétt að vísa þessum sjúklingum til magaspeglunar, en hún er forsenda þess að unnt sé að staðfesta greining á EoE. Einkennandi útlitsbreytingum á vélinda hefur verið lýst við speglanir. Þær eru bjúgur í slímhúð og vilsa, með lang-rákum (*linear furrows*) og hringjum (mynd 1). Hefur þetta einkennandi útlit verið nefnt „kattavélinda" (*feline esophagus*). Einnig geta sést þrengingar í vélinda. Vefjasýni frá vélindaslímhúð eru lykilatriði til staðfestingar á greiningu og ber að taka að minnsta kosti sex sýni frá vélinda. Jákvætt sýni telst hafa aukna íferð rauðkyrninga, það er meira en 15 rauðkyrninga í hverjum HPF.[3,19]

Aðrar rannsóknir kunna að vera hjálplegar. Kyngingarröntgenmyndir með baríum-skuggaefni geta leitt í ljós þrengingar sem speglun greinir ekki eins vel og þannig veitt viðbótar upplýsingar.[20] Starfrænar rannsóknir á vélinda (*high resolution impedance planimetry*) meta skert þan í vélindavegg og geta þannig endurspeglað örvefsmyndun (*fibrosis*) og þrengingar.[21] Slíkar rannsóknir hafa ekki verið framkvæmdar hér á landi í þessum tilgangi. Í þróun eru aðrar aðferðir eins og *esophageal string test* og svokallað *cytosponge* auk blóðrannsókna sem miða að IgG4 og CD4+ T-frumu örvunar prófum.[22-23] Fjölgun rauðkyrninga í blóðprufum er ekki algeng í EoE og því ekki hjálpleg til þess að greina þann sjúkdóm eða spá fyrir um magn bólgu eða sjúkdómsgang.

Greiningarferlið er dregið saman á mynd 3 og þar má sjá aftur að lykill að greiningu er að þekkja einkenni og framkvæma svo magaspeglun með sýnatöku frá vélinda.

Mismunagreiningar

Helstu mismunagreiningar EoE eru nokkrir tiltölulega sjald-

Tafla I. Mismunagreiningar rauðkyrninga vélindabólgu (EoE).

Mismunagreiningar EoE
Vélindalokakrampi (*achalasia*) - vanstarfsemi í taugakerfi vélindans
Ofnæmisæðabólga (*allergic vasculitis*) - ofnæmisbólga í æðum í vélinda
Crohn's sjúkdómur í vélinda - bólgusjúkdómur í vélinda vegna Crohns sjúkdóms
Ofnæmis-lyfjaviðbragð - skaði í vélinda af völdum lyfja
Esophageal leiomyomatosis - góðkynja vöðvaæxli í vélinda
Hýsilsótt (*graft-versus-host disease*) - bólgubreytingar í vélinda með örvefsmyndun
Rauðkyrninga heilkenni *(Hypereosinophilic syndrome)* - Kerfisbundin árás rauðkyrninga einnig utan vélinda
Vélindabakflæðissjúkdómur - bakflæði af sýru, algengasta mismunagreiningin

gæfir sjúkdómar fyrir utan vélindabakflæði (tafla I). En það getur einmitt verið erfitt að greina á milli þess og EoE, bæði vegna þess að þessir sjúkdómar geta verið til staðar á sama tíma í sama sjúklingi og útiloka alls ekki hvor annan. Í því samhengi er mikilvægt að gera klínískt mat til þess að unnt sé að greina einstaka þætti í sjúkdómsmyndinni sem geta gefið vísbendingar um hver sé líklegasta mismunagreiningin.

Meðferð

Við meðferð á EoE er beitt lyfjameðferð, aðlögun á mataræði í einstaka tilfellum eða speglunarinngripum. Sú nálgun er byggð á klínískri reynslu, áhorfsrannsóknum og klínískum lyfjarannsóknum. Markmið meðferðar er að bæta einkenni en einnig að draga úr eða uppræta rauðkyrningubólgu í vélinda.

Mataræði

Meðferð með mataræði getur talist rökrétt í ljósi þess að sumir sjúklingar með EoE eru með þekkt ofnæmi fyrir algengum fæðutegundum, til dæmis mjólkurvöru, glúteni, soja, eggjum, hnetum og sjávarfangi. Þetta er þó mun algengara hjá börnum og stundum er erfitt að sýna fram á þetta hjá fullorðnum. Í sumum tilfellum er talið að slíkt ofnæmi kunni að stuðla að þessari rauðkyrninga-bólgu meðal annars í vélinda. Slík aðlögun í mataræði gefur kost á meðferð sem er ekki háð lyfjagjöf og kann því að vera ákveðinn kostur. Hins vegar getur slík meðferð verið erfið og takmarkað næringu, og því erfitt að fylgja slíkum ráðum til lengdar. Sjúklingum er í sumum tilfellum hægt að vísa til ofnæmislækna og næringarfræðinga áður en meðferð með mataræði er hafin, sérstaklega ef fyrri saga er um ofnæmi.[24]

Lyfjameðferð

Fyrsta meðferð við EoE eru **prótónupumpuhemlar** (PPI-lyf) sem eru gefnir í fullum daglegum skammti. Mætti íhuga annað hvort að byrja með fullum skammti tvisvar á dag eða auka í þann skammt ef skortur er á klínískri svörun eftir fjórar vikur. Eftir átta til tólf vikur af þessari meðferð er rétt að endurmeta sjúkling klínískt og jafnvel endartaka speglun til að meta hvernig slímhúð hefur svarað og staðfesta þannig upprætingu rauðkyrningabólgu. Ef sjúklingur svarar meðferð með prótónpumpuhemlum er rétt að halda áfram með það lyf í minnsta skammti sem dugar til að koma í veg fyrir einkenni og bólgu.[25-27]

EoE og GERD virðast hafa tengingu, þannig að oft sést rauðkyrningabólga í sjúklingum með GERD. Einnig virðist meðferð með prótónpumpuhemlum geta dregið verulega úr rauðkyrningabólgu. Því hefur stundum verið rætt um sjúklinga sem svara prótónupumpuhemlum við rauðkyrningaslímhúðarbólgu í vélinda (*proton-pump inhibitor-responsive esophageal eosinophilia*, PPI-REE), en það er þó ekki lengur talið vera aðskilið fyrirbæri frá EoE.[26]

PPI-lyf minnka sýruframleiðslu í maga og draga þannig úr sýrubakflæði í vélinda. Það hafa þó verið leiddar að því líkur að áhrif þessara lyfja í EoE séu jafnvel enn flóknar en það. Í fyrsta lagi hafi þau margvísleg bólgueyðandi áhrif en í öðru lagi minnki þau gegndræpi þekjunnar í vélinda.[3]

Staðbundnir sykursterar (*local glucocorticoids*) eru lyf sem hefur um skeið verið beitt við EoE, sérstaklega ef PPI-lyf hafa ekki skilað tilskildum árangri. Þessi lyf draga úr bólguíferð rauðkyrninga í vélinda. Búdesóníð og flútikasón hafa mest verið rannsökuð í þessu sambandi. Rannsóknir hafa staðfest að lyfin draga úr rauðkyrningabólgu í vélinda og um leið einkennum sjúklinga. Bæði þessi lyf virðast hafa svipaða verkun á EoE en búdesóníð hefur þó verið notað meira og er með viðurkennda ábendingu frá FDA.[28]

Það er ákveðin áskorun að koma þessum lyfjum á verkunarstað. Nota má búdesóníð (pulmicort) úða 1-2 mg (0,5 mg/mL) sem er blandað saman við ORA-Plus eða Ora-Sweet, þannig að seigfljótandi miðli er kyngt tvisvar á dag í tólf vikur. Rétt er að taka það fram að þessar blöndur eru ekki til í apótekum og sjúklingurinn þarf sjálfur að framkvæma þessa blöndun heima hjá sér og leiðbeiningar um það krefjast því nokkurrar nákvæmni og útskýringa. Töflur með slíkum lyfjum sem leysast upp í munni eru til en ekki fáanlegar alls staðar, þar á meðal ekki hér á landi.[29] Rétt er að fylgja eftir þessari meðferð með endurtekinni speglun eftir átta til tólf vikur og staðfesta svörun við skoðun á speglun og í vefjasýnum.

Sjúklingar með EoE sem svara meðferð með sykursterum kunna að þurfa langvarandi viðhaldsmeðferð. Sérstaklega á það við um þá sjúklinga sem hafa sögu um mikla kyngingarörðugleika og/eða verulegar þrengingar í vélinda, sem hafa svarað vel meðferð með sykursterum. Í þeim tilvikum ætti að nota lægstu skammta af sykursterum sem duga til þess að halda aftur af einkennum. Hægt er að nota prednisólon 1-2 mg/kg daglega í tveimur skömmtum á dag (hámark 60 mg á dag) um munn í algjörum undantekningatilvikum og þar sem ekki verður öðrum aðferðum beitt. Þetta er líklega áhrifameiri meðferð en til dæmis búdesóníð um munn en mun meiri áhætta á aukaverkunum og alltént ekki góður kostur fyrir langtímameðferð.

Dupilumab er einstofna (manna) mótefni sem binst við IL-4 viðtaka og hemur þar með IL-4 og IL-13 boð. Það hafði í

slembirannsókn verulega hemjandi áhrif á rauðkyrningabólgu í slímhúð vélinda og um leið dró það úr bersýnilegum bólgum, sem og einkennum.[30] Kostnaður við þetta lyf er áætlaður um fjórar milljónir íslenskra króna fyrir hvern sjúkling á ári og það er ekki komið með samþykkta greiðsluþátttöku, hvorki á Íslandi né hinum Norðurlandanna. Þetta lyf hefur því ekki enn verið gefið í þessum tilgangi á Íslandi. Dupilumab kann þó að verða góð viðbót í mjög erfiðum tilfellum sem ekki hafa svarað annarri meðferð. Einnig væri hægt að færa rök fyrir því að beita þessu lyfi ef sjúklingar hafa þróað verulegar þrengingar eða fá þær snemma í sjúkdómsgangi. Dupilumab er notað í öðrum sjúkdómum eins og til dæmis asthma og öðrum ofnæmissjúkdómum. Það kann að vera að þetta lyf ætti að nota frekar eða fyrr í ferlinu hjá slíkum sjúklingum sem greinast með EoE, en rannsóknir skortir til að geta mælt með þessari meðferð nema fyrir einstaka sjúklinga sem hafa mjög alvarlegan sjúkdóm og önnur lyf hafa ekki dugað.

Inngrip í speglunum

Nokkuð algengt er að sjúklingar með EoE fái þrengingu á vélinda og þurfi víkkun á vélinda í speglun. Slík meðferð er oftast mjög árangursrík og tiltölulega örugg. Þó er hætta á vélindarofi um 1-2% og í rannsóknum hafa flestir þeirra sjúklinga verið meðhöndlaðir án skurðaðgerðar.[31]

Lokaorð

Rauðkyrningabólga í vélinda er sjúkdómur sem hefur síðustu áratugi fengið aukna athygli og fleiri sjúkdómstilfelli af þessu tagi berast læknum með hverju árinu. Sjúklingar fá bæði langvinn einkenni með kyngingarerfiðleikum en koma einnig oft til lækna með bráðari einkenni eins og fasta fæðubita í vélinda. Lyfjameðferð er gagnleg og prótónupumpuhemlar eru lykilatriði í henni. Breytt mataræði getur hjálpað og stundum eru sykursterar mjög gagnlegir. Fylgikvillar eins og þrengingar í vélinda eru oft meðhöndlaðir með víkkunum í speglun. Mikilvægt er að staðfesta greiningu sem fyrst og hefja meðferð til þess að fækka fylgikvillum og minnka þörf á bráðakomum á sjúkrahús.

Heimildir

1. Attwood SE, Smyrk TC, Demeester TR, et al. Esophageal eosinophilia with dysphagia. A distinct clinicopathologic syndrome. Dig Dis Sci. 1993 Jan;38(1):109-16.
2. Sigurdsson L, Agnarsson U, Axelsson AV. Rauðkyrningabólga í vélinda í börnum. Læknablaðið 2013: 99: 573-6.
3. Dellon ES, Liacouras CA, Molina-Infante J, et al. Updated international consensus diagnostic criteria for eosinophilic esophagitis: Proceedings of the AGREE conference. Gastroenterology 2018; 155(4): 1022-1033.
4. Lucendo AJ, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence based statements and recommendations for diagnosis and managements in children and adults. EUG 2017; 5: 335-358.
5. Papadopoulou A et al. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines on Childhood Eosinophilic Gastrointestinal Disorders Beyond Eosinophilic Esophagitis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2024; 78: 122-152.
6. Arias Á, Pérez-Martínez I, Tenías JM, et al. Systematic review with meta-analysis: the incidence and prevalence of eosinophilic oesophagitis in children and adults in population-based studies. Aliment Pharmacol ther 2016; 43: 3-15
7. Prasad GA, Alexander JA, Schleck CD, et al. Epidemiology of eosinophilic esophagitis over three decades in Olmsted County, Minnesota. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7: 1055-61.
8. Heerasing N, Lee SY, Alexander S, et al. Prevalence of eosinophilic oesophagitis in adults presenting with oesophageal food bolus obstruction. World J Gastrointest Pharmacol Ther 2015; 6:244-7.
9. Gretarsdottir H, Jonasson JG, Björnsson ES. Etiology and management of esophageal food impaction: a population based study. Scand J Gastroenterol 2015; 50: 513-8
10. Kaplan M, Mutlu EA, Jakate S, et al. Endoscopy in eosinophilic esophagitis: "feline" esophagus and perforation risk. Clin Gastroenterol Hepatol 2003; 1: 433-437.
11. Straumann A, Bussmann C, Zuber M, et al. Eosinophilic esophagitis: analysis of food impaction and perforation in 251 adolescent and adult patients. Clin Gastroenterol Hepatol2008 May;6(5):598-600.
12. Alexander ES, Martin LJ, et al. Twin and family studies reveal strong environmental and weaker genetic cues explaining heritability of eosinophilic esophagitis. J Allergy Clin Immunol 2014;134:1084-1092.
13. Dellon ES, et al. Inverse association of esophageal eosinophilia with Helicobacter pylori based on analysis of a US pathology database. Gastroenterology 2011; 141: 1586-92.
14. Asgeirsdottir GA, Kjartansdottir I, Olafsdottir AS, et al. Helicobacter pylori infection in Icelandic children. Scand J Gastroenterol 2017; 52: 686-690.
15. Schoepfer AM. Delay in diagnosis of eosinophilic esophagitis increases risk for stricture formation in a time-dependent manner. Gastroenterology 2013;145: 1230-36
16. Straumann A, Conus S, Degen L, et al. Long-term budesonide maintenance treatment is partially effective for patients with eosinophilic esophagitis. Clin gast Hepatol 2011; 9: 400-9
17. Lucendo AJ, Arias A, Molina-Infante J. Efficacy of Proton Pump Inhibitor Drugs for Inducing Clinical and Histologic Remission in Patients With Symptomatic Esophageal Eosinophilia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin gast Hepatol 2016; 14: 13-22.
18. Savarino EV, Barbara G, Bilò MB, et al. Eosinophilic esophagitis in adults and adolescents: epidemiology, diagnostic challenges, and management strategies for a type 2 inflammatory disease. Therap Adv Gastroenterol. 2024 ;17:17562848241249570.
19. Katzka DA. Eosinophilic Esophagitis. Ann Intern Med. 2020; 172(9): ITC65-ITC80.
20. Gentile N, Katzka D, Ravi K, et al. Oesophageal narrowing is common and frequently under-appreciated at endoscopy in patients with oesophageal eosinophilia. Aliment Pharmacol Ther. 2014; 40(11-12): 1333-40.
21. Hirano I, Pandolfino JE, Boeckxstaens GE. Functional Lumen Imaging Probe for the Management of Esophageal Disorders: Expert Review From the Clinical Practice Updates Committee of the AGA Institute. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017; 15(3): 325-334.
22. Furuta GT, Kagalwalla AF, Lee JJ, et al. The oesophageal string test: a novel, minimally invasive method measures mucosal inflammation in eosinophilic oesophagitis. Gut. 2013; 62(10): 1395-1405.
23. Januszewicz W, Tan WK, Lehovsky K, et al. Safety and acceptability of esophageal Cytosponge cell collection device in a pooled analysis of data from individual patients. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019; 17(4): 647-656.
24. Molina-Infante J. Nutritional and Psychological Considerations for Dietary Therapy in Eosinophilic Esophagitis. Nutrients. 2022; 14(8):1588
25. Lucendo AJ, Arieas A, Molina-Infante J. Efficacy of proton pump inhibitor drugs for inducing clinical and histological remission in patients with symptomatic esophageal eosinophilia: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016; 14 (1): 13-22.
26. Vazquez-Elizondo G, Ngamruengphong S, Khrisna M, et al. The outcome of patients with oesophageal eosinophilic infiltration after an eight-week trial of proton pump inhibitor. Aliment Pharmacol Ther. 2013; 38: 1312-19.
27. Gutiérrez-Junquera C, Fernández-Fernández S, Cilleruelo ML, et al. High prevalance of response to proton pump inhibitor treatment in children with esophageal eosinophilia. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016; 62(5): 704-710.
28. Dellon ES, Woosley JT, Arrington A, et al. Efficacy of budesonide vs fluticasone for initial treatment of eosinophilic esophagitis in a randomized controlled trial. Gastroenterlogy. 2019; 157(1): 65-73.
29. Miehlke S, Hruz P, Vieth M, et al. A randomized, double-blind trial comparing budesonide formulations and dosages for short-term treatment of eosinophilic oesophagitis. Gut. 2016; 65(3): 390-9.
30. Hirano I, Dellon ES, Hamilton JD, et al. Efficacy of Dupilumab in a Phase 2 Randomized Trial of Adults With Active Eosinophilic Esophagitis. Gastroenterology. 2020; 158(1): 111-122.
31. Moawad FJ, Cheatham JG, DeZee KJ. Meta-analysis: the safety and efficacy of dilation in eosinophilic oesophagitis. Aliment Pharmacol Ther. 2013; 38: 713-20.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2024.09.808

Eosinophilic esophagitis (EoE) in adults in Icelandic and international context

Helgi Kr. Sigmundsson[1]
Einar S. Bjornsson[1,2]

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

Correspondence: Helgi K. Sigmundsson , *helgiksi@landspitali.is*

Key words: *Esonophilic esophagitis, Review, Case report, Epidemiology, Diagnosis, Treatment*

Summary: Eosinophilic esophagitis (EoE) is a common cause of swallowing difficulties in both children and adults. The incidence of EoE has been increasing over the past decades, which cannot be solely attributed to improved diagnostic techniques. EoE is more common in adults than in children. The diagnosis is confirmed by a biopsy from the esophageal mucosa showing a significant infiltration of eosinophils. Many patients respond to treatment with proton pump inhibitors, but those with severe EoE may require dietary modifications, topical steroids, and/or dilation of esophageal strictures. This review covers the incidence, risk factors, natural course, diagnosis, and treatment options for EoE, both within the Icelandic healthcare system andi n a broader context.

MÁLÞING:

Lækningar og lýðheilsa

Þann 14. nóvember næstkomandi efnir Lýðheilsuráð LÍ til málþings að Hlíðasmára 8, Kópavogi.

Þingið hefst kl. 15 og stendur til kl. 18 með kaffihléi.

Óskað er eftir erindum um lýðheilsu sem brenna á læknum.

Markmið málþingsins er að skapa vettvang fyrir félaga LÍ til þess að fræða aðra félagsmenn um áhugasvið þeirra er snúa að lýðheilsu. Gjarnan eigin rannsóknir, fræðilegar samantektir um mál eða vangaveltur um lýðheilsu sem skapast í starfi lækna.

Miðað verður við 15-20 mínútna fyrirlestra og umræður í kjölfarið.

Lýðheilsuráðið vill gjarnan fá opið samtal við félagsmenn LÍ um hvaða lýðheilsumál á að skoða á komandi starfsári.

Við hvetjum áhugasama fyrirlesara til að hafa samband við formann Lýðheilsuráðs, Kristján G. Guðmundsson, fyrir 25. október í gegnum netfangið **kristjgg@landspitali.is** eða í síma **8602846**.

Lakkrísneysla getur verið lífshættuleg

• Sjúkratilfelli •

Ólafur Orri Sturluson[1] læknir
Birgir Jóhannsson[1] læknir
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir[1,2] læknir

[1]lyflækningasvið Landspítala, [2]læknadeild Háskóla Íslands

Fyrirspurnum svarar Ólafur Orri Sturluson, *oliorri@gmail.com*

Greinin barst til blaðsins 9. júní 2024
Samþykkt til birtingar 17. September 2024

ÁGRIP

71 árs karlmaður leitaði á bráðamóttöku Landspítala eftir aðsvif. Hann var með verulega lágt blóðgildi kalíums, 2,1 mmól/L (viðmið 4,8-3,5 mmól/L) samhliða inflúensu A sýkingu og slappleika í lærvöðvum. Við nánari rannsóknir kom fram gáttatif, nýtilkominn háþrýstingur og aukinn útskilnaður á kalíum í þvagi. Lækkun reyndist vera á blóðgildi aldósteróns og renins í blóði, sem benti til gervialdósterón-heilkennis (*pseudo-hyperaldosteronism*). Sjúklingur reyndist neyta umtalsverðs magns af lakkrís dagana fyrir komu, yfir 250g af lakkrískonfekti daglega, sem skýrði veikindi hans. Læknar þurfa að vera meðvitaðir um áhættu lakkrísneyslu og hafa hana í huga þegar sjúklingur greinist með háþrýsting og lækkað blóðgildi kalíums.

Inngangur

Lakkrís er vel þekkt sælgæti en hættan sem fylgir neyslu hans er ekki mörgum eins ofarlega í huga. Lakkrís er unninn úr rót plöntunnar *Glycyrrhiza glabra*. Plantan er fremur lágvaxin og líkist einna helst baunaplöntu. Hún vex villt víðsvegar um Miðjarðarhafið og Asíu. Nafn hennar er fengið úr grísku, *glykos* = sætt og *rhiza* = rót. Nafnið lýsir því vel hve sæt lakkrísrótin er, en hún mun vera margfalt sætari en sykur. Fyrstu heimildir um notkun lakkríss eru meira en 3500 ára gamlar. Lakkrís á sér langa sögu sem náttúrulyf en er einnig notaður í sælgæti, tóbak, hóstasaft, hálsbrjóstsykur, bjór, malt, te og svo mætti lengi telja. Við neyslu á lakkrís raskast salt- og sykursterabúskapur líkamans, sem getur leitt af sér lífshættulegt ástand.[1-4]

Tilfellalýsing

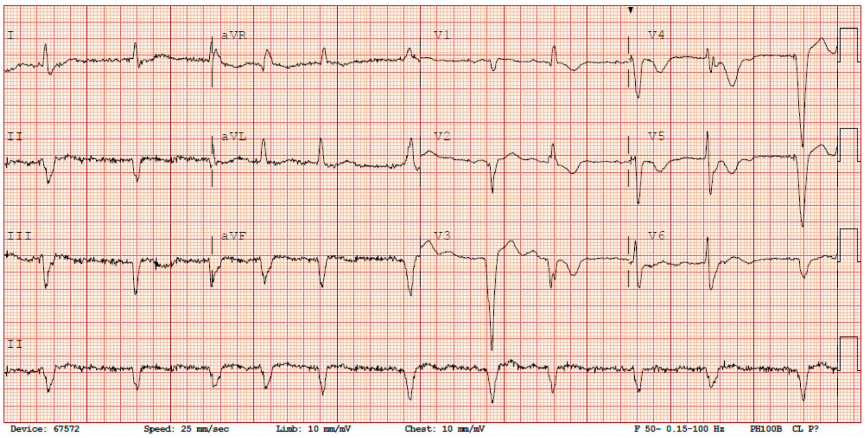
71 árs karlmaður kom með sjúkrabíl á bráðamóttöku Landspítala eftir aðsvif á baðherbergi heimilis síns. Hann lýsti við komu verulegum slappleika samhliða kvefeinkennum síðustu sjö daga. Í byrjun höfðu einkenni að mestu verið hiti, hósti, nefrennsli og hálsbólga. Kvefeinkennin fóru síðan skánandi en svo fór honum að líða verr. Hann upplifði hósta og mikinn slappleika sem lýsti sér í því að hann átti erfitt með að standa upp úr stól og að ganga á salernið. Þó voru ekki teljandi verkir í lærunum eða herðum en kraftar voru minnkaðir í lærvöðvum. Hann hafði lítið borðað að sögn en drukkið þokkalega af vökva. Engin áfengisneysla hafði átt sér stað síðustu ár. Mögulega hafði hann rekið höfuðið í við fallið fyrir komu á bráðamóttökuna. Hann neitaði mæði, takverk, niðurgangi, uppköstum, útbrotum, brjóstverkjum, meðvitunarleysi og svima.

Í fyrri heilsufarssögu kom fram saga um gáttatif, gangráð vegna AV-leiðslutruflana, skjaldvakabrest, langvinna lungnateppu og góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli.

Við komu á sjúkrahús var hann á eftirfarandi lyfjameðferð: T. apixaban 5mg 1x2, T. metoprólól 47,5mg 1x2, T. atorvastatín 10mg 1x1, T. tamsúlósín 0,4mg 1x1 og T. levóthýroxín 50 mcg á mánudögum en 100 mcg hina daga vikunnar.

Lífsmörk sjúklings við komu á bráðamóttöku: Hiti 36,9 °C, blóðþrýstingur 165/88 mmHg, púls 70 óreglulega óreglulegur, súrefnismettun 96% án viðbótarsúrefnis.

Við skoðun var hann ekki bráðveikindalegur. Hann var skýr og áttaður á stað og stund. Slímhúðir í munni voru rakar en roði var í koki. Við hjartahlustun heyrðust S1 og S2 tónar án auka- eða óhljóða, enginn bjúgur var á fótleggjum eða við spjaldhrygg. Við lungnahlustun var aðeins lengd útöndun en



Mynd 1. *Hjartalínurit sjúklings við komu á bráðamóttöku. Hér má sjá gáttatif. T-takkar í brjóstleiðslum virðast viðsnúnir og þar má einnig sjá U-bylgju.*

Tafla I. Niðurstöður blóðrannsókna sem teknar voru við komu sjúklings á bráðamóttöku.

Heiti rannsóknar	Niðurstöður	Viðmiðunargildi
Hvít blóðkorn	6,3 x10E⁹/L	4-10,5 x10E⁹/L
Blóðrauði	145 g/L	134-171 g/L
Blóðflögur	184 x10E⁹/L	150-400 x10E9/L
Natríum	142 mmól/L	137-145 mmól/L
Kalíum	**2,1 mmól/L**	3,5-4,8 mmól/L
Magnesíum	0,84 mmól/L	0,71-0,94 mmól/L
Fosfat	**0,75 mmól/L**	0,8-1,5 mmól/L
Kreatínín	**115 µmól/L**	60-100 µmól/L
CRP	**47 mg/L**	<10 mg/L
Glúkósi	**6,8 mmól/L**	4,0-6,0 mmól/L
ALAT	15 U/L	<70 U/L
TNT við komu	**42 ng/L**	<15 ng/L
TNT tekið 4 klst. frá komu	**34 ng/L**	<15 ng/L
TSH	0,78 mIU/L	0,3-4,2 mIU/L
pH (venugas)	**7, 50**	7,32-7,43
Standard bíkarbónat (venugas)	**31 mmól/L**	22-27 mmól/L
pCO2 (venugas)	43 mmHg	38-58 mmHg

hvorki brak né önghljóð. Kviður var mjúkur og eymslalaus. Garnahljóð heyrðust í öllum fjórðungum. Kraftar í fótleggjum voru samhverft vægt minnkaðir, sjúklingur gat gengið um en átti í erfiðleikum við að reisa sig fram úr rúminu, vegna slappleika í lærvöðvum. Kraftar í efri útlimum voru metnir eðlilegir miðað við aldur. Engin dofi var á útlimum og eðlileg sinaviðbrögð fengust fram við hné, ökkla og olnboga.

Á bráðamóttöku var tekið hjartalínurit sem sýndi að sjúklingur var í gáttatifi ásamt því að gangráður sló inn á milli. (sjá mynd 1). T-takkar í brjóstleiðslum virtust viðsnúnir og þar mátti einnig sjá U-bylgju. Röntgenmynd af lungum sýndi engar samhangandi íferðir og ekki aukna æðavídd. Þá var fengin tölvusneiðmynd af höfði þar sem sjúklingur var á blóðþynningu og hafði mögulega hlotið höfuðhögg. Engin blæðing eða annað markvert sást á tölvusneiðmyndinni.

Teknar voru blóðrannsóknir strax við komu á bráðamóttöku, niðurstöður þeirra má sjá í töflu I. Þar er markverðast veruleg lækkun á kalíum, 2,1 mmól/L í blóði samhliða efnaskiptalýtingu (*metabolic alcalosis*). Kreatínín hafði verið um 100 µmól/L í fyrri mælingum en hafði þó aldrei mælst jafn hátt og nú, 115 µmól/L. Brátt kransæðaheilkenni þótti ekki líklegt þar sem sjúklingur var ekki með brjóstverk og endurteknar TNT mælingar sýndu ekki fram á hækkandi styrk hjartaensíma. PCR (*polymerase chain reaction*) nefkoksstrok sýndi að sjúklingur var smitaður af inflúensu A af stofni (H1N1) pdm09 ásamt því að sýna vafasvar gagnvart enteróveiru.

Sjúklingur var settur í einangrun og lagður inn á lyflækningadeild. Síðar sama dag fékk hann hita, 38,5°C, og var ákveðið að hefja meðferð með oseltamivir (Tamiflu) 75mg tvisvar á dag þar sem talið var mögulegt að sjúklingur hefði fengið inflúensu ofan á fyrri veikindi af enteróveiru. Samhliða var hann settur í hjartarafsjá og gefin kalíumuppbót, bæði í töfluformi og mixtúru ásamt Ringer acetatvökva í bláæð með viðbættu 40 mmól af kalíum. Fylgst var náið með styrk kalíums í blóði sjúklings, sem hafði hækkað í 2,5 mmól/L einum sólarhringi frá innlögn.

Skýringin á kalíumlækkuninni var þó ekki ljós. Staðfast neitaði sjúklingurinn að hafa verið með uppköst eða niðurgang og honum hafði ekki verið ávísað neinum þvagræsilyfjum. Til að kanna nánar orsök kalíumlækkunar var tekið stakt

$$\frac{K^+ (þ) \times Osm (b)}{K^+ (b) \times Osm (þ)} = Píplukalíumhalli$$

Mynd 2. *Píplukalíumhalli er reiknaður með því að margfalda styrk kalíums í þvagi með osmólaliteti blóðvatns og deila því með margfeldi styrks kalíums í blóðvatni og osmólaliteti í þvagi.*
K^+ = kalíumstyrkur, Osm = osmólalitet, þ=þvag, b=blóðvatn.

þvagsýni og mælt kalíum og osmólalitet til að geta áætlað kalíumútskilnað í þvagi. Þvagsýnið sýndi þvag-kalíum 70 mmól/L og þvag-osmólalitet 449 mOsm/kg (viðmið 280-300 mOsm/kg). Píplukalíumhalli (*transtubular potassium gradient*), sjá mynd 2, reiknast 14,5 (viðmið <3) sem bendir til þess að kalíumútskilnaður um nýru sé allt of mikill miðað við hve lágt kalíum er í blóði. Samhliða þessu mældist sjúklingur ítrekað með hækkaðan blóðþrýsting í þessari sjúkrahúslegu, en hann hafði ekki sögu um slíkt í fyrri legu á hjartadeild. Þessi vitneskja ásamt því að þvagsýnið hafði sýnt fram á óeðlilega mikinn kalíumútskilnað vakti grun um aldósterón-heilkenni (*hyperaldosteronism*).

Í framhaldinu voru gerðar mælingar á aldósteróni og reníni í blóði, sjá töflu II. Bæði renín og aldósterón reyndust bæld, raunar var styrkur þeirra nær ómælanlegur í blóði. Sjúklingur var því með gervialdósterón-heilkenni (*pseudo-hyperaldosteronism).* Á þessum tímapunkti var sjúklingur spurður út í lakkrísneyslu sína. Viðurkenndi hann þá að hafa borðað töluvert magn af lakkrís undanfarið. Þegar kvefeinkennin hafi byrjað hafi hann samhliða aukið við lakkrísneyslu sína. Hann áætlaði að hafa borðað daglega yfir 250 g af lakkrískonfekti (lakkrís með marsípani) dagana fyrir komu á bráðamóttöku. Það má því áætla að hann hafi neytt yfir 125 g af hreinum lakkrís þegar þyngd marsípansins er dreginn frá. Hann var í framhaldinu greindur með lakkrísorsakaðan háþrýsting og fékk meðferð með áframhaldandi kalíumuppbót og spírónólaktón 25 mg, einni töflu á dag. Spírónólaktón hemur virkni aldósteróns og er því kjörlyf í aldósterón- og gervialdósterón-heilkenni. Samhliða fékk hann fyrirmæli um að hætta neyslu á lakkrís. Eftir það varð kalíum styrkur í blóði innan marka og blóðþrýstingur sömuleiðis. Sjúklingur útskrifaðist stuttu síðar við góða líðan, en samhliða kalíum hækkun í blóði hafði vöðvastyrkur komið til baka og hjartsláttur orðið reglulegur á ný.

Umræða

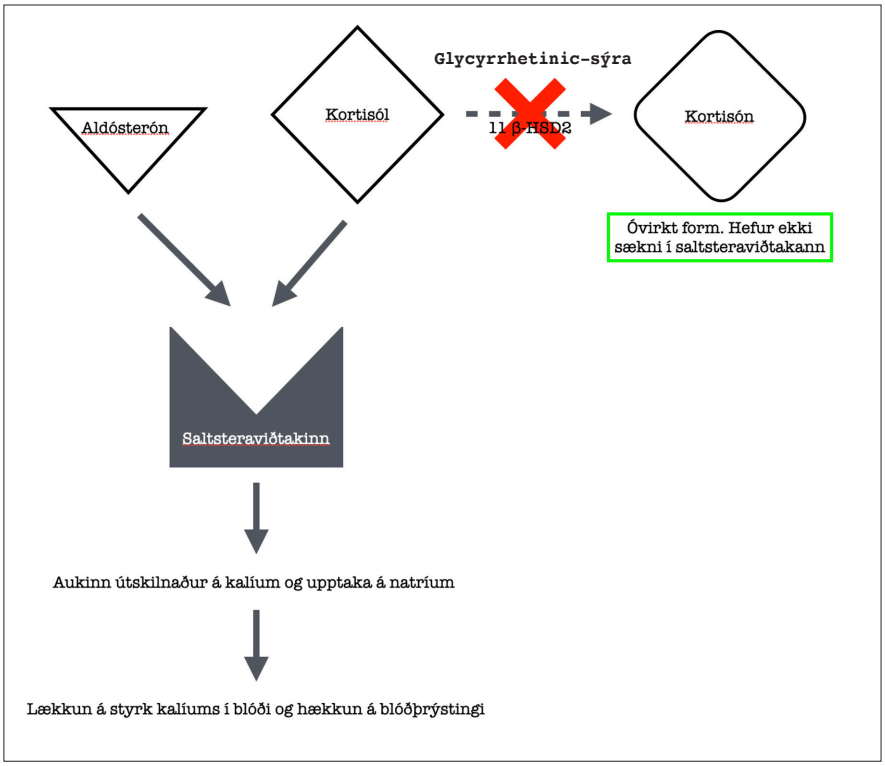
Skaðsemi lakkríss hefur lengi verið þekkt. Við inntöku á lakkrís verður röskun á bark- og saltsterabúskap líkamans. Virka efnið í lakkrís er glycyrrhetinic-sýra. Sýran hemur ensímið 11 β-hydroxysteriod-dehydrogenasa af týpu tvö (11 β-HSD2). Það ensím sér um að breyta virka forminu af barksteranum kortisól yfir í óvirka formið kortisón.[5,6] Þegar virkni þessa ensíms er ekki til staðar verður því röskun á hlutfallslegum styrk kortisóls á móti kortisón, það er helmingunartími blóðstyrks af kortisóli lengist.[7] Kortisól hefur jafn mikla sækni í barksteraviðtakann og aldósterón, sem leiðir af sér gervialdósterón-heilkenni,[8] sjá mynd 3. Viðbrögð líkamans við þessari miklu aldósterón-virkni kortisóls er að lækka styrk renins og þar með aldósteróns, það er að segja bæling verður á renín-angíótensín aldósterón kerfinu. En þar sem helmingunartími kortisóls er þeim mun meiri þegar virkni 11 β-HSD2 nýtur ekki við, þá verður samt sem áður mikil virkjun á aldósterónviðtakanum. Virkjun viðtakans leiðir af sér aukinn útskilnað á kalíum og aukna upptöku á natríum úr þvagi í safnrásum nýrnanna.[9,10] Hin klíníska mynd sem fæst þá er hár blóðþrýstingur og lækkun á styrk kalíums í blóði. Væg efnaskiptalýting getur einnig sést í alvarlegum tilfellum gervialdosterón-heilkennis á grunni lakkrísneyslu, líkt og sást í þessu tilfelli, auk viðsnúinna T-takka og U-bylgju í hjartalínuriti.

Tafla II. Niðurstöður blóðrannsókna sem teknar voru tveimur dögum frá komu sjúklings á bráðamóttöku.

Heiti rannsóknar	Niðurstöður	Viðmiðunargildi
Aldósterón	**<49 pmól/L**	49-643 pmól/L
Renín	**<2,0 mIU/L**	2,8-40 mIU/L
P/S - Kalíum	**3,3 mmól/L**	3,5-4,8 mmól/L
Þvag–kalíum, tekið á sama tíma og blóðsýni	72,9 mmól/L	
Osmólalitet blóðvatns	294 mOsm/kg	280-300 mOsm/kg
Osmólalitet þvags	449 mOsm/kg H2O	300-900 mOsm/kg H2O

Almennt þegar kalíum er lágt í blóði bregst líkaminn við því með því að draga úr útskilnaði á kalíum í þvagi. Í því ástandi er viðbúið að þvag-kalíum í þvagsýni sé á bilinu 5-15 mmól/L þegar kalíum tap er ekki um nýrun. Betra er að reikna svokallaðan píplukalíumhalla (*transtubular potassium gradient*). Það er gert með því að margfalda styrk kalíums í þvagi með osmólaliteti blóðvatns og deila því svo með margfeldi kalíums í blóðvatni og osmólaliteti í þvagi, sjá mynd 2. Píplukalíumhalli hærri en 3 bendir til aukins útskilnaðar á kalíumi í þvagi.[11] Ýmsir sjúkdómar geta valdið kalíumtapi um nýrun. Þar ber helst að nefna ýmsa erfðasjúkdóma, svo sem Barrter-, Gitelman- og Liddle-heilkenni sem yfirleitt koma fram í börnum en einnig *apparent mineralocoritocoid excess* (AME) og Cushings-heilkenni. Þegar vinna skal upp aukin kalíum útskilnað um nýru hjá fullorðnum einstaklingum er algengara að skýringin sé notkun á þvagræsilyfjum, svo sem furosemíð eða hydroklórtíazíð, aldósterón-heilkenni eða gervialdósterón-heilkenni sem er þá oftast vegna lakkrísneyslu.[12]

Mikil lækkun kalíums í blóði veldur vöðvaslappleika samhliða rákvöðvarofi (*rhabdomyolysis*) í svæsnustu tilfellum. Í þessu tilfelli var creatín kínasi (CK) í blóði því miður ekki mældur. Líklegt er að CK-hækkun hafi verið til staðar, sem hefði skýrt vægа hækkun á kreatíníni við komu. Sjúklingur fékk engu að síður ríkulega vökvameðferð sem einnig er með-



Mynd 3. *Skýringarmynd sem sýnir meinvirkni lakkríss. Virka efnið í lakkrís, glycyrrhetinic-sýra, óvirkjar ensímið 11 β-hydroxysteriod dehydrogenasa af týpu tvö (11 β-HSD2). Það leiðir af sér lengri helmingunartíma kortisóls í blóði og hlutfallslega aukningu á styrk kortisóls á móti kortisóni í útskilnaði í þvagi. Kortisól hefur sömu sækni í saltsteraviðtakann og saltsterinn aldósterón. Lengdur helmingunartími kortisóls í blóði leiðir því af sér aukna virkjun á saltsteraviðtakanum.*

ferðin við rákvöðvarofi. Lækkun á kalíum getur valdið lífshættulegum hjartsláttartruflunum, svo sem gáttatifi og sleggjulahraðtakti (*ventricullar fibrillation & torsade de pointes*) og slíkt getur komið fram við neyslu lakkríss.[13] Erfitt getur reynst að meðhöndla þessar hjartsláttartruflanir á meðan blóðgildi kalíums er undir viðmiðunarmörkum.[14] Breytingar á hjartalínuriti sem tengjast lágu kalíumi í blóði eru útbreiddar ST-lækkanir, viðsnúningur á T-tökkum og U-bylgjur.[13] Í þessu tilfelli var sjúklingur kominn yfir í gáttatif, en hann hafði verið í sínustakti við síðasta eftirlit fyrir komu, líklegt er að lækkunin á kalíum hafi stuðlað að hjartsláttatruflunum sjúklings.

Þessi sjúklingur var einnig smitaður af inflúensu A af gerð (H1)pdm09. Öndunarfæraeinkenni sjúklings skýrðust líklega af dæmigerðum inflúensu veikindum. Þessi stofn inflúensu A er sá sem olli heimsfaraldri árið 2009 og hefur verið nefndur svínaflensufaraldurinn.[15] Meðferð með oseltamivir getur stytt sjúkrahúslegu þeirra sem smituð eru af inflúensu. Rannsóknir erlendis hafa einnig sýnt að oseltamivir-meðferð getur stytt einkennatíma inflúensu um að meðaltali einn sólarhring og minnkað líkur á fylgikvillum sýkingarinnar, til dæmis bakteríulungnabólgum.[16,17] Í þessu tilviki var sjúklingur búinn að vera með öndunarfæraeinkenni í meira en viku og gagnsemi sértækra veirulyfja (oseltamivir) óljós. Þar sem hann var með hita við innlögn var ákveðið að beita slíkri meðferð. Ekki er talið að sýking með inflúensu A hafi haft bein áhrif á jafnvægi blóðsalta.

Í þessu tilfelli hafði sjúklingur borðað mikið magn af lakkrís. En þó getur tiltölulega lítið magn af lakkrís haft áhrif á blóðþrýsting og styrk kalíums í blóði. Sýnt hefur verið fram á að neysla á einungis 50 g af lakkrís á dag í eina viku hækkar marktækt blóðþrýsting.[8] Það jafngildir um einni lakkrísrúllu á dag. Eins er mikilvægt að læknar og almenningur séu meðvitaðir um að einstaklingur sem er með háþrýsting hækkar meira í blóðþrýstingi við lakkrísneyslu en einstaklingur sem ekki er greindur með háþrýsting.[4] Lakkrís er að finna í ýmsum neysluvörum eins og rakið var hér fyrst í þessari grein. Fólk getur því átt erfitt með að átta sig á því hversu mikinn lakkrís það er að neyta. Þetta tilfelli sýnir hve mikil áhrif lakkrísneysla getur haft á heilsu einstaklings.

Neysla á lakkrís hefur fylgt mannkyninu í fleiri þúsundir ára. Þegar Carter og félagar opuðu grafhýsi faraósins Tutankhamun í Egyptalandi árið 1922 fundu þeir meðal annars lakkrísrót, en faraóinn mun ekki hafa getað hugsað sér annað en að hafa lakkrís með sér í framhaldslífið.[19] Líklega mun lakkrís halda áfram að fylgja mannkyninu um ókomna tíð og því er afar mikilvægt að bæði læknar og almenningur séu upplýst um skaðsemi hans. Annars er hætt við að tilfellum lakkríseitrunar muni fjölga með aukinni neyslu á lakkrís.

Heimildir

1. Lucas R. Nature's Medicines (The folklore, romance, and value of herbal remedies. Parker Publishing Company, New York 1966).
2. Britannica, The Editors of Encyclopaedia. "licorice". Encyclopedia Britannica, 9 Apr. 2024, https://www.britannica.com/plant/licorice. Accessed 9 May 2024.
3. Ceccuzzi G, Rapino A, Perna B, et al. Liquorice Toxicity: A Comprehensive Narrative Review. Nutrients. 2023 Sep 5;15(18):3866.
4. Sigurjonsdottir HA, Manhem K, Axelson M, et al. Subjects with essential hypertension are more sensitive to the inhibition of 11 beta-HSD by liquorice. J Hum Hypertens. 2003 Feb;17(2):125-31.
5. Farese Jr RV, Biglieri EG, Shackleton CHL, et al. 1991. Licoroce-Induced Hypermineralocorticoidism. N Engl J Med 325:1223-1227.
6. Walker BR, Edwards CRW. Licorice-induced hypertension and syndromes of apparent mineralocorticoid excess. Endocrinol Metab Clin North Am 23:359-377
7. Stewart PM, Wallace AM, Valentino R, et al. 1987. Mineralocorticoid activity of liquorice: 11-beta hydroxysteriod-dehydrogenase deficiency comes of age. Lancet 10:821-824.
8. Arriza JL, Weinberger C, Cerelli G. 1987. Cloning of human mineralocorticoid receptor complementary DNA: Structural and functional kinship with the glucocorticoid receptor. Science 1987; 237:268.
9. Epstein MT, Espiner EA, Donald RA, et al. Effect on eating liquorice on the renin-angiotensin-aldosterone axis in normal subjects. BMJ 1:488-490.
10. Epstein MT, Espiner EA, Donald RA, et al. Liquorice toxicity and the renin-angiotensin-aldosterone axis in man. BMJ 1977;1:209-210.
11. Wu KL, Cheng CJ, Sung CC, et al. Identification of the Causes for Chronic Hypokalemia: Importance of Urinary Sodium and Chloride Excretion. Am J Med. 2017 Jul;130(7):846-855.
12. Gennari FJ. Hypokalemia. N Engl J Med. 1998 ;339(7):451-8.
13. Kormann R, Languille E, Amiot HM, et al. Dying for a cup of tea. BMJ Case Rep. 2012 Oct 19;2012:bcr2012006805.
14. Helfant RH. Hypokalemia and arrhythmias. Am J Med. 1986 Apr 25;80(4A):13-22.
15. Dhama K, Verma AK, Rajagunalan S, et al. Swine flu is back again: a review. Pak J Biol Sci. 2012 Nov 1;15(21):1001-9.
16. Butler CC, van der Velden AW, Bongard E, et al. Oseltamivir plus usual care versus usual care for influenza-like illness in primary care: an open-label, pragmatic, randomised controlled trial. Lancet. 2020 Jan 4;395(10217):42-52.
17. Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, et al. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet. 2015 May 2;385(9979):1729-1737.
18. Sigurjonsdottir HA, Ragnarsson J, Franzson L, et al. Is blood pressure commonly raised by moderate consumption of liquorice? J Hum Hypertens. 1995 May;9(5):345-8. PMID: 7623371.
19. Tutankhamun: Anatomy of an Excavation. www.griffith.ox.ac.uk.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2024.09.809

Licorice consumption can be life-threatening

Olafur Orri Sturluson[1]
Birgir Jóhannsson[1]
Helga Agusta Sigurjonsdottir[1,2]

[1]Department of Medicine, Landspitali University Hospital, [2]School of Medicine, University of Iceland

Correspondence: Olafur Orri Sturluson, *oliorri@gmail.com*

Key words: *liquorice, aldosterone, gervi aldósterón-heilkenni, licorice poisoning, pseudo-hyperaldosteronism, liquorice induced hypertension*

A 71-year-old man came to the emergency department (ED) at Landspitali University Hospital after collapsing at his home. He had a severely decreased serum potassium concentration of 2.1 mmol/L (ref. 3,5-4,8 mmol/L), along with an influenza A infection and thigh muscle weakness. Further investigations revealed atrial fibrillation, new-onset hypertension and increased urinary excretion of potassium. Serum values of aldosterone and renin were under the limit of detection. The patient had consumed a significant amount of liquorice with marzipan, over 250g per day, in the days preceding his visit to the ED. He was subsequently diagnosed with liquorice-induced hypertension and syndome of apparent mineralocordicoid excess (pseudohyperaldosteronism). This case emphasizes the need for clinicians to be aware of the dangers of liquorice consumption.

Auglýsing



Svanheiður Lóa Rafnsdóttir yfirlæknir á Brjóstamiðstöð Landspítalans og merki átaksverkefnisins Skrepp í skimun *sem hófst í fyrra og sendur enn yfir.*

Brjóstaskimun gengur vel, en mætingin mætti vera betri

Svanheiður Lóa Rafnsdóttir yfirlæknir segir að verið sé að nútímavæða þessa þjónustu fyrir allar konur á Íslandi

Þröstur Haraldsson

Nú er kominn október og eins og hefð hefur skapast fyrir þann mánuð er hann bleikur á litinn. Það merkir að nú er athyglinni beint að krabbameinsskimun í brjóstum kvenna hér á landi, hvort sem er íslenskra eða af erlendu bergi brotinna. Þeir sem fylgjast með fréttum vita að brjóstaskimun fluttist ekki alls fyrir löngu frá Krabbameinsfélagi Íslands til Landspítala.

BLEIKUR OKTÓBER

Þar er búið að koma þessari þjónustu fyrir og sú sem þar er yfirlæknir heitir Svanheiður Lóa Rafnsdóttir. Brjóstamiðstöð Landspítala heitir deildin og þar fer fram, auk skimunar, klínísk þjónusta við konur, forvarnir, greining og eftirlit með konum um allt land. Þar fer einnig fram tímabókun en boðun í skimun er á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Þurfum að gera betur

Svanheiður segir að starfsemin hafi farið vel af stað. Hinsvegar hafi hlutfallsleg þátttaka íslenskra kvenna lengi verið of lág, eða á bilinu 50-60%. Hún þurfi að vera yfir 70%. Þess vegna sé ánægjulegt að samkvæmt síðustu tölum hafi hún hækkað um 5,6% milli ára. „Við gerum fleiri rannsóknir, það koma fleiri konur í skimun, en við þurfum að gera betur," segir hún.

Í því skyni var hafið átak í fyrra undir heitinu Skrepp í skimun. „Það gengur út á að gera þessa þjónustu almennt sýnilegri eins og á samfélagsmiðlum og á landsbyggðinni. Við viljum sýna konum að það sé einfalt og fljótlegt að fara í skimun. Svo beinum við sjónum okkar að því hvaða hópa þurfi að hnippa sérstaklega í. Þar eru konur á Suðurnesjum augljóslega tregari en aðrar til að mæta svo þar ætlum við að gera sérstakt átak í haust.

Annar hópur sem við viljum nálgast betur eru konur af erlendum uppruna. Þátttaka þeirra í skimun er einungis 18% meðan hún er 61% hjá íslenskum konum. Nú í október verðum við með opið hús þar sem við fræðum konur um þessa þjónustu og reynum að nálgast þennan hóp."

Gervigreind og forbókanir

Brjóstamiðstöðin er í samstarfi við Samhæfingarstöð krabbameinsskimana um ýmsar nýjungar í starfseminni eins og að innleiða forbókun samhliða boðunarbréfum í skimun.

Einnig er gervigreindin að koma sterk inn í ár, þar sem Brjóstamiðstöðin hefur tryggt sér aðgengi að notkun gervigreindar við úrlestur skimunarmynda. „Þetta er ný tækni sem reynist vel við úrlestur skimunarmynda og við erum í fararbroddi með þetta verkefni. Hugmyndin er að nota gervigreindina samhliða brjóstaskimunarúrlestri röntgenlækna fyrir alla þjóðina. Gangi forprófanir vel gæti Ísland jafnvel orðið fyrsta land í Evrópu til þess að hagnýta gervigreind á þennan hátt þar sem hún les úr skimunarmyndum fyrir heila þjóð". segir Svanheiður.

Brjóstamiðstöðin hefur verið á ferð og flugi, starfsfólk miðstöðvarinnar er nýkomið frá Svíþjóð þar sem Sahlgrenska sjúkrahúsið var heimsótt. „Við stefnum að því að verða systurmiðstöð Sahlgrenska og læra af þeim, þar sem við horfum til evrópskrar vottunar. Við leggjum einnig kapp á að nútímavæða þjónustuna okkar. Hvað varðar aðgengi að brjóstaskimun leggjum við áherslu á þrennt: Í fyrsta lagi að gera þjónustuna sem aðgengilegasta og stefna að því að tímabókanir verði eingöngu á rafrænu formi. Í öðru lagi viljum við innleiða forbókun þannig að konur fái bókaðan tíma um leið og þær eru boðaðar í skimun. Í þriðja lagi viljum við að skimunin verði ókeypis eins og raunin er á Norðurlöndum. Hún kostar núna 6.098 krónur og sumar konur setja það fyrir sig. Þar þarf pólitíska ákvörðun sem okkur hefur enn ekki gengið að fá í gegn. En eru ekki kosningar á næstunni?" spyr Svanheiður Lóa Rafnsdóttir yfirlæknir kímin á svip.

Lyflæknaþing í aðsigi í Hörpu

Nú er undirbúningur XXVI. lyflæknaþingsins langt kominn en það verður haldið í Hörpu dagana 22. og 23. nóvember. Lyflæknaþing eru haldin á tveggja ára fresti og að sögn Signýjar Völu Sveinsdóttur formanns Félags íslenskra lyflækna var þingið fyrir tveimur árum sérdeilis vel heppnað. „Þá voru þátttakendur tæplega 300 talsins og við stefnum að ámóta fjölda þátttakenda núna," segir hún og bætir við að mikilvægt sé að skrá þátttöku sína sem fyrst, en skráning er hafin á athygliradstefnur.is

Dagskráin er fjölbreytt en þema þingsins verður *Listin í lyflæknisfræði* þar sem frásagnarlæknisfræði eða „narrative medicine" verður kynnt af erlendum fyrirlesara, enda aldrei of ríkt áhersla lögð á sögu sjúklingsins. Nýjungar í lyflæknisfræði, gervigreind og erfið tilfelli er meðal þess sem verður á dagskrá og svo á ég von á líflegum pallborðsumræðum um framtíð sérnáms íslenskra lækna," segir Signý Vala.

Á þinginu verður að vanda veggspjaldakynning á rannsóknum og veitt verðlaun fyrir bestu vísindaágrip.

Fundur ritstjórna norrænna læknablaða í Helsinki, Finnlandi

■■■ Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Árlegur fundur ritstjórna norrænu læknablaðanna var að þessu sinni haldinn í Helsinki í september. Fundarstaður var í nýendurgerðu húsnæði finnska læknablaðsins sem er á tveimur efstu hæðunum í háhýsi austan við miðbæinn og í góðu göngufæri þaðan. Athyglisverður fundarsalur læknablaðsins hefur að geyma ótrúleg listaverk eftir Salvador Dali, Picasso, Marc Chagall og fleiri finnska og erlenda listamenn. Myndirnar voru arfur frá ónefndum aðila og fylgdi arfinum að aldrei mætti selja myndirnar. Það var því óneitanlega hátíðlegt að funda í þessum salarkynnum. Ásamt ritstjóra var nýr ritstjórnarfulltrúi blaðsins með í för. Rósa Steinunn fékk hlýlegar móttökur í hóp annarra ritstjórnarfulltrúa og hefur nú fengið sambönd sem nýtast inn í framtíðina.

Finnskir starfsbræður okkar og systur tóku afar vel á móti okkur. Að loknum þéttum fundardegi var hópnum boðið í bátsferð og göngu með leiðsögn um eyju fyrir utan Helsinki, Suomenlinna/Sveaborg, þar sem mikil saga úr fyrri yfirráðum bæði Svía og Rússa átti sér stað.

Fundurinn var eins og áður segir afar gefandi. Ritstjórnir skiptust á skoðunum og umræðum um útgáfu blaða sinna í framtíð og fortíð. Afar margt er sameiginlegt með blöðunum en annað ólíkt. Flest blöð virðast vera að huga að gerð nýrrar heimasíðu. Auk fræðigreinanna eru blöðin öll með fasta pistla ásamt fréttum og athyglisvert að heyra hvað hugsunin er lík á milli blaðanna. Gaman að heyra að Finnar hafa tekið upp fastan pistil, Sérgreinin mín, eftir að þeir heyrðu af honum frá *Læknablaðinu* fyrir ári. Stærð blaðanna er verulega ólík og fjöldi útgefinna blaða á hverju ári líka. Öll blöðin eru nú bæði í prenti og á netinu og ekki fyrirhugaðar breytingar á því. Þetta samstarf blaðanna er verulega mikilvægt og gefur tengsl sem nýtast öllum þegar á þarf að halda.



Skrifstofur finnska Læknablaðsins eru á tveimur efstu hæðum í þessu háhýsi steinsnar við miðbæ Helsinki. Mynd/HÁS



Rósa fékk hlýlegar móttökur og ekki var ónýtt að vera í návígi við verk heimsfrægra listamanna. Mynd/HÁS



Þröstur Haraldsson og Rósa Steinunn Sturludóttir. Mynd/MEL

Breytingar meðal starfsmanna *Læknablaðsins*

Undanfarna mánuði hafa orðið breytingar á starfsliði *Læknablaðsins*. Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir sem áður var blaðamaður *Læknablaðsins* til nokkurra ára, tók að sér starf ritstjórnarfulltrúa blaðsins í 2 mánuði í vor/sumar áður en hún ákvað að hverfa til annarra starfa. *Læknablaðið* þakkar Gunnhildi samstarfið á liðnum árum og óskar henni velfarnaðar á nýjum starfsvettvangi.

Þröstur Haraldsson blaðamaður er lesendum *Læknablaðsins* vel kunnur. Auk þess að hafa starfað sem blaðamaður blaðsins á árum áður, hefur hann komið að ritstjórnarfulltúastarfinu og umbroti blaðsins. Á þessu 110 ára útgáfuafmæli *Læknablaðsins* tók Þröstur að sér að taka saman sögu *Læknablaðsins*, sem hefur verð athyglisvert að lesa í hverju blaði og verður áfram út árið. Auk þessa brást Þröstur skjótt við þegar leitað var til hans í sumar og tók að sér starf ritstjórnarfulltrúa með stuttum fyrirvara. Þegar nýr ritstjórnarfulltrúi tók til starfa, starfaði Þröstur við hlið hennar og tók einnig að sér viðtöl og fleira fyrir blaðið. *Læknablaðið* þakkar Þresti fyrir aðkomu hans að blaðinu og ánægjulegt samstarf á umbrotatíma.

Þann 1. september var Rósa Steinunn Solveigar Sturludóttir ráðin í starf ritstjórnarfulltrúa *Læknablaðsins*, eftir að hafa starfað við hlið Þrastar að hluta til í ágúst. Rósa Steinunn er með BA- og MA-próf í bókmenntafræði frá Háskóla Íslands með sérhæfingu í ritlist. Áður lærði hún leiklist í San Francisco, Bandaríkjunum, þar sem hún bjó í nokkur ár með fjölskyldu sinni og starfaði síðan sem flugfreyja hjá Icelandair í 18 ár áður en hún sneri sér að námi í bókmenntafræði sem hún lauk 2023. *Læknablaðið* býður Rósu Steinunni velkomna til starfa á þessum nýja vettvangi og hlakkar til samstarfsins.

■■■ Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

NÝ GAGNAÍLÁT

Aukið öryggi
aukin þjónusta





- Engir lyklar
- Snertilaust kort og/eða kóði opnar
- Trúnaðarstarfsmenn fá réttindi til að opna ílát
- Rafræn skráning á hver opnar ílát
- Einföld afturköllun réttinda
- Viðvörun ef ílát er skilið eftir opið

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

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

Örugg eyðing gagna

AAA NAID CERTIFIED

GAGNAEYÐING

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

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

Steinunn Þórðardóttir
öldrunarlæknir,
formaður Læknafélags Íslands



Læknar eru lykillinn að hagkvæmni og gæðum

Læknavísindunum hefur fleygt fram á undanförnum áratugum á mun meiri hraða en flestir gera sér grein fyrir. Sem dæmi má nefna CRISPR/Cas9 erfðatæknina þar sem hægt er að gera við erfðaefni lifandi einstaklings, virkja og afvirkja gen, CAR T-frumu meðferð þar sem ónæmiskerfi einstaklingsins sjálfs er virkjað til að deyða krabbameinsfrumur, að ekki sé minnst á öll líftæknilyfin sem meðal annars hafa valdið byltingu í meðferð sjálfsofnæmissjúkdóma. Nýjungar á við þessar eru oftar en ekki feykilega dýrar, aukaverkanir geta verið alvarlegar og því mikilvægt að þeir aðilar sem reka heilbrigðisþjónustu og taka þar afdrifaríkar ákvarðanir hafi þekkingu til að vega og meta áhættu, ávinning og gæði hvers kyns meðferðar á móti kostnaði. Hér getur þurft að taka erfiðar ákvarðanir á borð við hvort frekar eigi að veita fámennum sjúklingahópi aðgang að nýrri og dýrri meðferð með óræðum ávinningi eða nýta fjármagnið til að veita mun stærri sjúklingahópi ódýrari og gagnreyndari meðferð.

Svör við spurningum á borð við þessa eru ekki alltaf augljós, oft er mikið í húfi fyrir alla hlutaðeigandi, og því sérlega mikilvægt að ákvarðanatakan sé í höndum fólks með víðtæka þekkingu og reynslu á umræddu sviði. Flestum er fullkunnugt um þá gríðarlegu fjármuni sem heilbrigðiskerfið veltir og þá staðreynd að sú upphæð mun fara hratt vaxandi á komandi árum. Tölur frá Bandaríkjunum sýna að læknar þar í landi veita 2,3 billjónum dala inn í hagkerfið árlega með atvinnusköpun (12,6 milljónir starfa árlega á landsvísu), kaupum á vörum og þjónustu og skattgreiðslum.[1]

Ákvarðanataka lækna hleypur því á gríðarlegum fjárhæðum og reksturinn er enginn venjulegur rekstur heldur einn sá flóknasti sem um getur. Læknar hérlendis hafa lengi bent á þetta og þá augljósu staðreynd að íslenskir læknar með sína sérþekkingu og reynslu þurfa að koma með formlegum hætti að rekstri og stýringu heilbrigðisþjónustu á öllum sviðum. Ekki er nóg með að læknar hérlendis séu framúrskarandi fagmenn heldur hefur stór hluti hópsins reynslu af störfum í erlendum heilbrigðiskerfum og þekkir þar af leiðandi til ýmissa lausna sem aðrir beita við áskorunum sem hvarvetna eru til staðar. Erlendis hefur heilbrigðisþjónusta rekin af læknum sýnt sig að vera bæði ódýrari og í hærri gæðaflokki en þjónusta sem rekin er af öðrum. Í Bandaríkjunum hefur Mayo Clinic gjarnan trónað á toppnum sem besti spítali landsins og Cleveland Clinic komið fast á hæla hans – hvort tveggja spítalar sem læknar hafa alla tíð átt og rekið. Rannsóknir hafa sýnt að gæði þjónustu bandarískra spítala sem reknir eru af læknum eru 25% meiri en ella[2] og í nýlegri úttekt kom einnig fram að kostnaður við rekstur sjúkrahúsa sem læknar stýra er á bilinu 8-15% minni en þegar aðrir eru við stjórnvölinn.[3]

Hér á landi eiga og reka læknar ekki sjúkrahús heldur er um opinberar stofnanir að ræða. Því er erfitt að gera samanburð á borð við þann sem hér fór á undan hérlendis. Það er þó hægt að horfa til reksturs þjónustu sjálfstætt starfandi lækna, en þær starfsstöðvar eru í eigu læknanna sjálfra og reknar af þeim samkvæmt samningi við Sjúkratryggingar Íslands. Mikil ánægja er með þessa þjónustu af hálfu landsmanna og á sama tíma er hún hagkvæm. Því til stuðnings má meðal annars vísa í viðtal við Ragnar Frey Ingvarsson formann Læknafélags Reykjavíkur í 9. tölublaði *Læknablaðsins* árið 2023.

Svo vitnað sé beint í Ragnar: „Læknisheimsókn til gigtarlæknis á göngudeild Landspítala er verðmetin, samkvæmt DRG-kostnaðarkerfinu, á um 54.000 krónur árið 2022 en fyrir sömu komu eru greiddar um 18.000 krónur til stofulæknis. Hann á svo eftir að greiða skatta og skyldur, leigu, bókhald og bara allt saman. Ristilspeglun hjá sjálfstætt starfandi er um 4-5 sinnum ódýrari en hjá hinu opinbera.“

Því miður hefur þróunin á undanförnum árum víða verið á þann veg að vægi lækna og þekkingar þeirra hefur farið minnkandi í rekstri stofnana. Kvöðin um læknaráð á sjúkrahúsum landsins var fjarlægð úr lögum árið 2020 og afþakkaði Landspítalinn í framhaldinu starfskrafta þess. Í kjölfarið dró augljóslega úr tækifærum stjórnenda þar á bæ til að sækja í sérþekkingu lækna og er það mjög miður. Að sama skapi eru engir læknar í föstu starfi í heilbrigðisráðuneytinu í dag, þótt tveir læknar sinni þar sérverkefnum. Heilbrigðisráðuneytið er fagráðuneyti og því ótvíræður hagur af því fyrir ráðuneytið að tryggja að þar séu ávallt fastráðnir læknar. Jafnframt má horfa til fyrirkomulagsins á heilbrigðisstofnunum landsins þar sem framkvæmdastjóri lækninga gegnir burðarhlutverki og innleiða sambærilegt hlutverk í ráðuneytinu. Mikilvægt er að þekking lækna á rekstri heilbrigðisþjónustu og þau gæði og sparnaður sem henni fylgja fái notið sín sem víðast í íslensku heilbrigðiskerfi með tilheyrandi ávinningi og sparnaði.

Heimildir

1. https://www.ama-assn.org/about/research/economy-gets-bigger-boost-doctors-lawyers-higher-ed
2. https://www.physicianleaders.org/articles/why-the-best-hospitals-are-managed-by-doctors
3. Aseltine Jr. RH, Matthews GJ. The physician foundation 2023. A Study of the Cost of Care Provided in Physician-Owned Hospitals Compared to Traditional Hospitals. Vefslóð: https://www.phy sicansadvocacyinstitute.org/Portals/0/assets/docs/PAI-Research/Physician-Owned%20Hospitals%20Report%20-%203-11-24%20-%20for%20PAI.pdf?ver=3PXqdp1jqxCMxMwL2i9Bg-g%3d%3d

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

Einmanaleiki barna hefur tvöfaldast á áratug

Brýnt að bregðast við löngum skjátíma barna og ungmenna, segir Björn Hjálmarsson barna- og unglingageðlæknir og yfirlæknir á BUGL

Þröstur Haraldsson

Það er ekki bara aukinn lekandi sem angrar þetta samfélag. Nú hafa allir skiljanlegar áhyggjur af ungdómnum sem farinn er að vígbúast og, að því er manni skilst á fréttum, velta fyrir sér atvinnutilboðum frá sænskum krimmum sem þurfa að láta vinna mörg skítverk. Hvað er það sem veldur þessari þróun? Er það tölvuhangsið og samfélagsmiðlarnir? Þangað beinast mörg spjót þessa dagana. Um allan heim ræða menn nauðsyn þess að takmarka skjátíma barna og unglinga. Sem dæmi má nefna stjórnvöld í Ástralíu ræða nú um að meina börnum aðgang að samfélagsmiðlum upp að 14 ára aldri og krefjast samþykkis foreldra fyrir aðgang upp að 16 ára aldri.

Hvað segja íslenskir læknar um þessa þróun? Sjá þeir bein eða óbein tengsl milli skjánotkunar og þess að unglingar eru farnir að ganga með hnífa og stinga hver annan? *Læknablaðið* leitaði svara hjá Birni Hjálmarssyni barna- og unglingageðlækni og yfirlækni á Barna- og unglingageðdeild Landspítalans, BUGL.

Bullandi tákn um óöryggi

„Það er alltaf erfitt að sanna orsakasamband," segir hann, „en það sem við vitum er að Pisa-kannanir hafa leitt í ljós að einmanaleiki barna hefur tvöfaldast, úr 16% fyrir áratug upp í 32% í nýjustu könnuninni. Við sjáum það hér í bráðamálum að börnin eru að einangrast með sárar hugsanir, sársauka sinn og þjáningu. Það sem ég tel að sé undirrótin að þessum hnífaburði hjá börnum og unglingum er vaxandi óöryggi. Einhverra hluta vegna finna börn sig knúin til að bera hnífa til þess að verja sig ef á þau yrði ráðist. Auðvitað eru hnífarnir ekkert annað en bullandi tákn um óöryggi.

Það sem við vitum er að námsárangri hrakar hjá börnum, sérstaklega drengjum, og lestrarkunnáttu þeirra sömuleiðis. Kvíða- og þunglyndiseinkenni fara vaxandi. Nýlegar rannsóknir frá Kína sýna að mikil skjánotkun leiðir til minnistruflana og að barnið þróar frekar með sér kvíða og þunglyndi og hátt streitustig. Allt þetta getur valdið því að barnið á í meiri erfiðleikum með hegðun sína.

Að mínu mati er vandinn tvíþættur, annars vegar að þau börn sem horfa mikið á ofbeldisefni á netinu, hvaðan sem það kemur, úr tölvuleikjum, samfélagsmiðlum eða öðru, verða fyrir því sem við köllum afnæmingu, *desensitation*, sem Anderson og félagar gerðu safngreiningu um síðast 2010. Hún sýnir að ofbeldisefni á skjánum leiðir til aukinna ofbeldishugsana og -tilfinninga og dregur úr félagslegri og ásættanlegri hegðun. Þetta er önnur hliðin á peningnum.

Hin hliðin er sú að börn sem verja lunganum af vökutíma sínum í þessum tækjum fara á mis við uppbyggileg samskipti við fullorðna fólkið. Ég tala nú ekki um, séu foreldrarnir líka á fullu í tækjunum. Þá fækkar gæðastundum á heimilinu. Vandinn er sá að börn eru farin að ala upp börn. Þau spegla sig hvert í öðru. Um þetta segir Gabor Mate í bók sinni, *The Myth of Normal*, að við þetta verði þroskatap. Börnin læra ekki fíngerðar og þroskaðar tilfinningar eins og samkennd, samúð með öðrum, þessar eðlilegu tilfinningar í garð þeirra sem eru minnimáttar. Þær tilfinningar eru á undanhaldi vegna þess að skjátíminn er orðinn svo langur."

Frumkvöðlarnir þekktu hættuna

Og hann heldur áfram: „Þessir vinsælu byssu- og skotleikir verka á mann eins og við séum að búa börnin okkar undir stríð. Hvaða tilgangi þjóna þessir leikir? Ég er ákaflega ánægður með að bandarísku barnalæknasamtökin hafa borið höfuð og herðar yfir allar stofnanir í heiminum í að vara við skaðlegum áhrifum yfirdrifins skjátíma. Ég er líka ánægður með að Landlæknisembættið hefur tekið undir og skilgreinir skjátíma barna sem lýðheilsumál. Á Heilsuvera.is er kafli um skjáinn og börnin þar sem foreldrar geta farið inn og fengið aldurstengdar leiðbeiningar fyrir börnin sín. Sænska lýðheilsustofnunin hefur farið sömu leið og varðandi þessar áströlsku hugmyndir um að banna samfélagsmiðla innan ákveðins aldurs og að

það þurfi upplýst samþykki foreldra til að hleypa börnum þarna inn, það finnst mér mjög skynsamlegt. Við megum ekki gleyma því að frumkvöðlar þessarar stafrænu byltingar, Steve Jobs og Bill Gates, létu ekki börnin sín fá snjallsíma fyrr en þau voru orðin 14 ára gömul. Þeir vissu af hættunni. Það er óhugguleg til þess að vita að það séu fjölþjóðlegar stofnanir að beita algrímum, algóritmum, til þess að beina ofbeldisefni til barnanna okkar. Hafi barn einu sinni álpast inn á klám- eða ofbeldissíðu, þá er það bombarderað með þess konar efni. Þetta hlýtur að heyra undir barnaverndarlög.

En þarna eru gríðarlegir viðskiptahagsmunir. Í rauninni lít ég þannig á veraldarvefinn að þar vanti tilfinnanlega alla löggæslu. Það verður einhver alþjóðastofnun að taka að sér löggæslu á þessum vef.“

Í óreiðunni er ekkert frelsi

– En ertu þá ekki farinn að hamla frelsinu?

„Frelsið er eitthvert mest misnotaða orð í pólitískri orðræðu. Ég held að við séum öll sammála um að frelsi án ábyrgðar er merkingarlaust. Í óreiðunni er ekkert frelsi, og ef veröldin er að verða þannig að ungt fólk verður ofbeldisfullt og fer að svipta hvert annað lífi í einhverjum æðisköstum, hvar er þá frelsið til lífs? Núna er svo mikil óreiða á veraldarvefnum að það er ekkert frelsi.

Ef við myndum banna samfélagsmiðlana fyrir okkur öll, þá væri það ofuragi. Þetta er frábær tækni og við njótum afraksturs hennar á hverjum degi. Ég hef hins vegar verið að þróa hugtakið kjöraga sem fer meðalhófið milli óreiðunnar og ofuragans. Það er kjöragi sem hámarkar frelsið og í rauninni er alþjóðasamfélagið í leit að kjöraga gagnvart notkun á þessari tækni.“

– Hvernig líst þér á þessi tilmæli sænsku lýðheilsustofnunarinnar?

„Mér sýnast þau vera samhljóða íslensku leiðbeiningunum. Þessar eftirlitsstofnanir á borð við landlækni, sænsku lýðheilsustofnunina og bandarísku barnageðlæknasamtökin hafa komist að þeirri niðurstöðu á síðustu tíu árum að það verði að setja skorður við notkun barna á þessari tækni. Við verðum líka að muna að það er verið að nota sálfræði til að gera notendurna háða þessari tækni. Ég set stórt spurningamerki við hvort það sé siðlegt að gera börn og unglinga að stórnotendum tækninnar. Við þurfum að vernda börnin okkar gegn skaðlegum áhrifum tækninnar. Þetta höfum við raunar vitað nokkuð lengi. Það má því segja að skjátækin séu svikulasta barnapía sem til er.“



Björn Hjálmarsson yfirlæknir á BUGL: „Við þyrftum að koma okkur upp stafrænum afvötnunarstöðvum til þess að rétta kúrsinn af.“ Mynd/Þröstur Haraldsson

Geðlyf í stað aðstoðar?

– Að sögn Svíanna hefur skjárinn áhrif á sjálfsmynd barna, þeim finnst þau feit og ljót og ómöguleg, sem leiðir jafnvel til átraskana. Þekkið þið slík dæmi hér á BUGL?

„Já, við sjáum þetta. Afleiðingin er meðal annars sú að geðlyfjanotkun barna er ótrúlega umfangsmikil á Íslandi, svo mikil að við verðum að spyrja okkur sjálf þeirrar spurningar hvort við séum að nota geðlyf til að berja í félagslega bresti. Til þess að fá svar við henni þurfum við framskyggnar rannsóknir. Við vitum að svefnlyfjanotkun er gríðar-

lega mikil og í sögulegu hámarki, enda er margsannað að óhóflegur skjátími truflar svefn. Það geisar offitufaraldur meðal barna og unglinga, hvers vegna er það? Eitt er ljóst að þeim börnum sem hafa skjátæki í svefnherbergjum sínum er margfalt hættara til að þróa með sér offitu en öðrum börnum. Við sjáum líka að börn sem búa við langan skjátíma hafa engan tíma aflögu til þess að vera í tómstundastarfi eða umgangast hvert annað.

Það er svo merkilegt að það er línulegt samræmi milli mikils skjátíma og einmanaleikans. Jafnvel þótt börn eigi sér mikið tengslanet í skjátækjunum þá sest að þeim einmanaleiki ef þau einskorða samskipti sín við tækin. Samskipti við skjáinn eru ekki raunveruleg tengsl, þau næra ekki tengslaþörf okkar.

Ég líki skjánotkun barna við fólksbílinn þegar hann kom fyrst á markað. Þá voru engin öryggisbelti í honum, engin öryggisgrind né ABS-hemlabúnaður, engir loftpúðar. Hvað heldur þú að þetta hafi kostað mörg mannslíf áður en þessi öryggisbúnaður kom í bílinn? Samsvarandi öryggisbúnað verður að innleiða í snjalltæki fyrir börn, annað er siðferðilega óverjandi.“

Lítið vitað um skólaforðun

– Þessi langi skjátími, gerir hann börnin illfær um að eiga samskipti við jafnaldra sína?

„Já, þau missa af þroskatækifæri. Safngreiningar sýna að 7,5% fullorðinna á heimsvísu eru haldin fíkn í samfélagsmiðla og 2,5% tölvuleikjafíkn. Séu þeir foreldrar eru þeir sannarlega að vanrækja börnin sín því þeir eru svo mikið í skjátækjunum. Barn sem truflar foreldri í skjátækinu upplifir viðbrögð þess sem höfnun.

Við verðum að muna að frumtengslin okkar eru forsenda farsældar og hamingju. Þegar þau tengsl eru nærandi, örugg og stöðug þá byggja þau upp grunn fyrir barnið til að tengjast sjálfu sér. Séu þessi tengsl öflug, halda þau einmanaleikanum úti. Þegar þau bresta herjar einmanaleikinn á okkur. Þá koma einkenni eins og kvíði og þunglyndi, félagsleg vanvirkni, skólaforðun og þess háttar.

Það er til baga hversu litlar upplýsingar eru til um skólaforðun. Við hér á BUGL sjáum aðeins toppinn á ísjakanum en okkur sýnist sá vandi vera orðinn stærri, flóknari og erfiðari viðureignar



Mynd/Shutterstock

vegna þess að barnið flýr inn í skjáinn. Þau sjá ekki vanda sinn frekar en gerist í fíknisjúkdómum. Allir í kringum þau eru með bullandi áhyggjur af þeim, þau eru vanvirk, það er óregla á svefni og máltíðum, þau eru jafnvel farin að þyngjast hratt. Sjálf sjá þau ekkert athugavert við þetta en allir aðrir sem horfa á þau utanfrá sjá hvað er að gerast. Þetta sá japanskur geðlæknir fyrstur og kallaði „hikkikamori-fyrirbærið“ eða hin eilífa bernska. Þarna er einstaklingur sem hefur lokað sig frá samfélaginu, tekur ekki þátt í því og finnst bara allt í sómanum þótt allir aðrir séu mjög áhyggjufullir.“

Kominn tími á lagasetningu

– Nú erum við komin með þessi tilmæli og reglur, en hvernig á að framfylgja þeim? Þetta nær alveg inn í svefnherbergi barnanna.

„Ég hygg að það sé kominn tími á lagasetningu til að ramma þetta inn. Stundum verð ég yfir mig örvæntingarfullur yfir þessari þróun því ég hef haft áhyggjur af henni í rúman áratug. Árið 1913 kom fyrst fram að tóbaksreykingar valda krabbameini. Það tók mannkynið hundrað ár að útrýma óbeinum reykingum. Verði námskúrvan jafnhæg gagnvart skjátímanum verður þess langt að bíða að börnunum okkar takist að hámarka þau not sem hafa má af þessum tækjum en lágmarka skaðsemina. Um það snýst þetta. Tæknin er frábær en hún hefur þessa óhugnanlegu hlið.“

– Hvað segja börn um þetta hér, þau sem komin eru í einhvern vanda?

„Það er komið inn í greiningarkerfin okkar að þarna sé fíknihegðun að verki. Það er alveg ný vídd í meðferðarnálgun. Og þegar komin er upp fíknihegðun gagnvart þessum tækjum er það oftast þannig að þau eru ekki móttækileg fyrir ráðleggingum. Vandinn er sá að þessi flokkur vandamála er eiginlega munaðarlaus í kerfinu. Þetta heyrir undir barnaverndina, vanvirknin og geðrænu heilkennin heyra undir geðheilbrigðiskerfið, en í rauninni er þetta þannig að við þyrftum að koma okkur upp stafrænum afvötnunarstöðvum fyrir þennan hóp til þess að rétta kúrsinn af.

Fræðsla er náttúrulega til alls fyrst og vitundarvakning meðal þjóðarinnar er gríðarlega mikilvæg. Ég veit ekki hver orsökin fyrir auknum hnífaburði ungmenna er, en þó veit ég að hann er grundvallaður á miklu óöryggi. Börn sem horfa á mikið ofbeldi í tækjunum upplifa sig í einhvers konar stríðsástandi. Grunntraust þeirra er trúlega að molna og hvað þýðir það? Grunntraustið er ákaflega dýrmætt fyrir öruggt og stöðugt uppeldi og tengsl við sína nánustu. Þegar grunntraustið brotnar fer að styttast verulega í flótta og árásarviðbrögð.

Ég held að við séum að horfa upp á þá þróun í íslensku samfélagi. Sé það rétt, verður löggjafinn að stíga inn til þess að vernda viðkvæma samfélagsþegna,“ segir Björn Hjálmarsson að lokum.

Góð ráð við gerð töflu 1



Sigrún Helga Lund

prófessor í tölfræði við Háskóla Íslands

Flestar vísindagreinar í faraldsfræði og læknisfræði draga saman grunneinkenni úrtaksins í fyrstu töflu greinarinnar. Fyrir vikið gengur slík tafla undir nafninu „tafla 1“. Hún inniheldur hefðbundnar, einfaldar lýsistærðir sem lýsa úrtakinu og er lykilverkfæri við mat á innra og ytra réttmæti rannsóknarinnar. Hér á eftir verður fjallað um nokkrar góðar venjur þegar tafla 1 er gerð.

Hvaða lýsistærðir eru notaðar?

Einfaldasta útgáfan af töflu 1 samanstendur af einum dálki með lýsandi tölfræði fyrir allt úrtakið. Flokkabreytum er venjulega lýst með fjölda (n) og prósentum (%) en talnabreytum með meðaltali (± staðalfrávik) eða miðgildi (með fjórðungamörkum). Ef talnabreyturnar eru samhverfar með fáa útlaga skal meðaltalið notað en ef þær eru margtoppa, skekktar eða með mikla útlaga skal nota miðgildi. Með þessum lýsistærðum meta lesendur almenna eiginleika úrtaksins.

Lagskipting í dálka eftir lykilbreytu

Algengt er að breikka töflu 1 með því að lagskipta niðurstöðunum í dálka eftir útsetningu, meðferð eða annarri lykilbreytu rannsóknarinnar, þó ekki þeirri breytu sem mælir aðalútkomu hennar. Með því að bera lýsistærðirnar saman eftir dálkum getur lesandinn áætlað hvort hætta sé á að truflandi þættir bjagi útkomuna. Sé úrtakinu skipt upp í tilfelli og viðmið hjálpar slík framsetning einnig við að meta hvort viðmiðunarhópurinn endurspegli almennt þýði. Almennt er ekki ráðlagt að bæta ályktunartölfræði, eins og p-gildum, við töflu eitt. Það getur leitt til rangtúlkunar þar sem tölfræðilega marktækur munur helst ekki alltaf í hendur við klínískt mikilvægi.

Hvaða breytur skal sýna?

Línurnar í töflu 1 ættu að innihalda þær breytur sem notaðar eru í lykiltölfræðigreiningum rannsóknarinnar, þar á meðal hvers kyns truflandi þætti (gruggara) sem teknir eru til skoðunar. Einnig þarf að sýna viðeigandi lýðfræðilegar breytur, svo sem aldur og kyn, til að lesendur geti metið hversu alhæfanlegar niðurstöðurnar eru fyrir önnur þýði. Þar að auki ættu breytur sem tengjast öðrum hugsanlegum bjögum, til dæmis ástæðum fyrir útilokun þátttakenda eða tap á eftirfylgni, að fylgja þegar við á. Langsniðsrannsóknir ættu að sýna heildareftirfylgnitíma og ástæður fyrir lokum eftirfylgdar, þar sem þessir þættir geta haft áhrif á bæði innra og ytra réttmæti rannsóknarinnar.

Hver talnabreyta er sýnd í einni línu en flokkabreytur þurfa eina línu fyrir hvern flokk utan viðmiðunarflokks. Yfirleitt eru flokkaheitin inndregin til að auka skýrleika. Hugið einnig að því að skynsamleg röðun breytanna eftir línum getur aukið læsileika töflunnar til muna.

Vöntun mælinga og sértilfelli

Vöntun mælinga getur haft áhrif á réttmæti rannsókna. Því þarf tafla 1 að sýna skýrt hversu margar mælingar vantar fyrir hverja breytu. Ef eingöngu er notast við þá einstaklinga sem höfðu mælingar á öllum breytum, ætti tafla 1 að haldast svipuð ef hún er endurreiknuð með einungis þeim einstaklingum, annars er hætta á bjaga.

Þegar mælingar rannsóknarinnar eru vigtaðar, hvort heldur það er til að gera úrtakið sambærilegt almennu þýði eða til að jafna samanburðarhópa rannsóknarinnar, ætti tafla 1 að vera reiknuð með vigtuðum mælingum og jafnvel óvigtuðum að auki. Ef rannsóknin styðst við endurteknar mælingar á sömu einstaklingum, ætti tafla 1 að sýna lýsistærðir fyrir bæði breytur sem lýsa hverri mælingu og breytur sem lýsa hverjum einstaklingi.

Samræmi við aðalniðurstöður

Mikilvægt er að tafla 1 endurspegli nákvæmlega þau gögn sem notuð eru til að draga aðalályktanir rannsóknarinnar. Til dæmis, ef ákveðnir einstaklingar eru útilokaðir frá lykilgreiningum, ætti tafla 1 ekki heldur að byggja á þeim. Slík samkvæmni hjálpar lesendum að skilja nákvæmlega hvaða gögn voru notuð til að draga meginályktanir.

Ef vel tekst til, gefur tafla 1 lesendum snögga en glögga mynd af samsetningu úrtaksins og uppsetningu rannsóknarinnar og gerir þeim kleift að meta innra og ytra réttmæti hennar. Í þessum pistli var eingöngu tæpt á því helsta, áhugasömum lesendum er bent á ítarlegri umfjöllun í greininni sem hér er vísað til.[1]

Heimild

1. Hayes-Larson E, Kezios KL, Mooney SJ, et al, Who is in this study, anyway? Guidelines for a useful Table 1, Journal of Clinical Epidemiology 2019; 114:125-132.

Langförull lagði leið sína heim

Hallgrímur Benediktsson læknir í Calgary í Kanada kom færandi hendi með nótur frá Sigvalda Kaldalóns

Þröstur Haraldsson

Víða flækist landinn og viðmælandi *Læknablaðsins* að þessu sinni hefur að mestu haldið sig á slóðum þar sem mikið er af Íslendingum síðan hann lauk almennu læknaprófi frá Háskóla Íslands árið 1973. Fyrir blaðamann var sérlega gaman að hitta þennan langsiglda lækni því hann hafði gert þá misheppnuðu tilraun að kenna honum efnafræði í 4. bekk Menntaskólans í Reykjavík.

Að loknu læknisprófi starfaði Hallgrímur Benediktsson reyndar í rúmt ár á Rannsóknarstofu HÍ en hélt utan til sérnáms á Íslendingaslóðum í Kanada árið 1975. Þar nam hann meinafræði og starfaði við rannsóknir á því sviði fram til 1981 þegar þau hjónin fluttu til Íslands, en kona hans er Guðrún Jörundsdóttir arkitekt. Hér heima bjuggu þau í þrjú ár. Hallgrímur vann á Rannsóknastofu HÍ, sem nú heitir Meinafræðideild Landspítalans, en árið 1984 fluttu þau aftur vestur þegar Hallgrími bauðst staða við háskólann í Calgary í kírúrgíu og meinafræði nýrna. „Þar hef ég verið síðan og er enn í fullu starfi.“

– Þú varst ekki rekinn heim um sjötugt?

„Nei, en þetta vekur raunar upp spurninguna hvar er heima þegar maður hefur búið svona lengi í öðru landi. Auðvitað er Ísland alltaf heima, en það sama má segja um Kanada þar sem öll fjölskyldan býr. Við eigum fjögur börn, þrjú þeirra búa í Calgary og það fjórða í Victoria, sem er ekki langt frá, og barnabörnin tíu eru öll í Kanada. Við Guðrún vorum skólasystkin í menntó. Hún lærði ensku og málvísindi meðan ég var í læknanáminu en þegar við fluttum til Kanada skipti hún yfir í arkitektúr og starfaði sem slík eftir það.“

Nótur með óljóst erindi

Auk þess að heimsækja sitt gamla föðurland átti Hallgrímur ákveðið erindi til Íslands að þessu sinni, erindi sem tengist fjölskyldu Guðrúnar.

„Já, ég kom með nótur að nokkrum lögum eftir Sigvalda sem gegndi eftirnafninu Stefánsson en tók síðar upp eftirnafnið Kaldalóns. Þetta eru handskrifaðar nótur að nokkrum vel þekktum lögum og stöku minna þekktum. Þær eru skrifaðar áður en hann tók upp Kaldalónsnafnið, sem hann gerði árið 1916.

Nóturnar fundust í flutningum okkar vestur í Calgary og við teljum að þær hafi verið úr fórum afa Guðrúnar, Stefáns Stefánssonar, sem var mikill áhugamaður um bókband og batt heilmikið inn af bókum og nótum meðfram starfi sínu sem bankamaður. Kenning okkar er sú að nóturnar hafi verið á leiðinni í band fyrir útgáfu en hafi af einhverjum ástæðum dagað uppi hjá Stefáni. Þær gætu hins vegar einnig verið komnar frá Eyþóri Stefánssyni, bróður Sigvalda.“

Fallega handskrifuð lög

„Við þennan fund kviknaði spurningin: Hvað gerir maður við þetta? Ekki vildum við henda þessu svo ég hafði samband við Bjarka Sveinbjörnsson hjá Tónlistarsafninu, sem ég hef þekkt lengi, og hann vísaði mér á Landsbókasafnið þar sem nóturnar ættu heima. Þetta eru lög sem flestir þekkja og þau eru fallega handskrifuð með hans eigin hendi, afrit sem hann hefur viljað deila með einhverjum.

Ég veit ekki hvaða hátt menn höfðu á svona nótnaskrift á þessum árum í upphafi síðustu aldar. Þá var engin tækni komin til þess að fjölfalda svo eina leiðin var að afrita. En nú er þetta komið í hendur fagmanna sem geta borið nóturnar saman við aðrar sem varðveist hafa og séð hvort eitthvað er öðruvísi. Ég kíkti á nóturnar af *Þótt þú langförull legðir* og sá að það var örlítill munur á hljómum frá þeirri útgáfu sem ég hafði þekkt áður.“

– Þetta er þá orðið partur af þjóðarsögunni.

„Já, það má alltaf deila um hver hafi verið bestur en Sigvaldi er án nokkurs vafa eitt almerkasta tónskáld sönglagsins sem Íslendingar hafa nokkurn tíma eignast. Lögin hans eru bæði vel samin og sönghæf. Þar sem ég bý er ekki langt að fara á slóðir Stephans G. Stephanssonar sem orti ljóðið sem er fyrir löngu orðið þjóðsöngur Vestur-Íslendinga.“
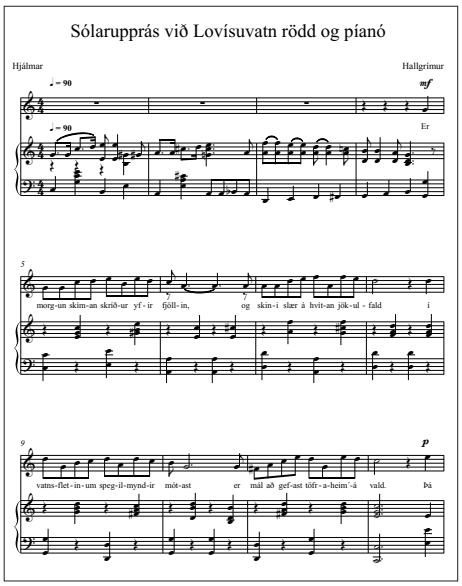
Hallgrímur segist ekki vita hvernig þessar nótur verði notaðar, nú séu þær til hér „og það eitt og sér er mikilvægt. Nú geta menn borið saman við endanlegar útgáfur laganna sem eru í Kaldalónssafninu. Auk þess er þetta svo vel skrifað og frágengið hjá tónskáldinu að það vekur með manni unun að skoða nóturnar.“

Vondur amatör

Eins og heyra má, hefur Hallgrímur einhverja reynslu af því að lesa nótur svo það lá beint við að spyrja hvort hann væri músíkant. „Ég hef nú verið vondur



Bragi Páll Ólafsson fagstjóri handritadeildar Landsbókasafnsins tekur við nótum Sigvalda úr hendi Hallgríms Benediktssonar. Bjarki Sveinbjörnsson fylgist grannt með. Ljósm. RSS



Nótur við lag Hallgríms við fyrsta ljóðið sem Hjálmar Freysteinsson orti fyrir hann um kanadíska náttúrufegurð.

amatör alla ævi, glamrað dálítið á píanó," segir hann af lítillæti. Hann bætir því við að hann hafi byrjað ungur í kór hjá Hirti Halldórssyni tónlistarkennara í MR og síðan verið í Fílharmóníunni hjá Róberti Abraham Ottóssyni. „Auk þess sótti ég píanótíma hjá Snorra Sigfúsi Birgissyni sem lagfærði handstöðuna hjá mér þegar við bjuggum hér á níunda áratugnum."

Hér grípur áðurnefndur Bjarki Sveinbjörnsson inn í – en hann er með okkur í viðtalinu – og segir blaðamanni að spyrja út í tónskáldið Hallgrím Benediktsson. „Öllu má nú nafn gefa," segir Hallgrímur en viðurkennir þó að Bjarki eigi í fórum sínum nótur og upptökur af fjórum lögum eftir hann.

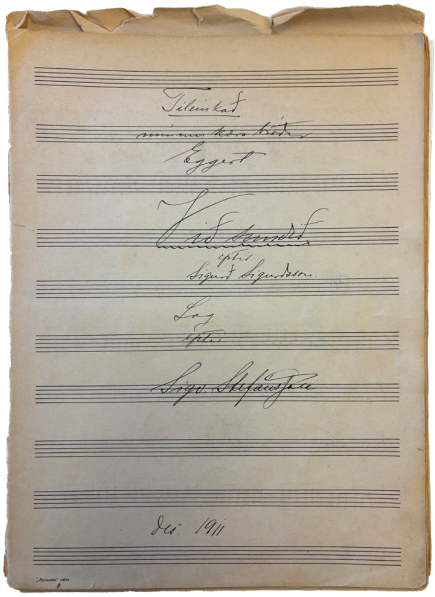
– Eru þetta sönglög?

„Ekki kannski eins og hjá Sigvalda, frekar í anda Sigfúsar Halldórssonar, eða hvað segir Bjarki um það?" – Jú, það er sá heimur, en það koma nú fleiri tónheimar við sögu, Cole Porter og aðrir, segir hann.

Fjögurra laga tónskáld

„Þetta varð þannig til að árgangurinn okkar í læknadeildinni hittist af og til og eitt sinn komu þau í heimsókn til mín í Calgary. Við fórum í ferðalag og komum meðal annars að vatni sem heitir Lake Louise sem er við rætur Klettafjallanna og þar er mikil náttúrufegurð. Þar fékk Ingimundur Gíslason augnlæknir þá vitrun að Hjálmar Freysteinsson bekkjarbróðir okkar ætti að yrkja ljóð um þessa miklu fegurð og ég að semja lag við kvæðið. Það var erfitt að skorast undan en ferðinni lauk og hópurinn fór heim.

Tveimur eða þremur vikum seinna fæ ég sent kvæði frá Hjálmari sem heitir *Sólarupprás við Lovísuvatn*. Nú varð ekki undan vikist, svo ég samdi lag við kvæðið sem við snurfussuðum saman og Ingimundur lagði blessun sína yfir það sem guðfaðir. Þetta var svo sungið þegar hópurinn mættist og okkur Hjálmari þótti þetta bara fjári gott. Hjálmar var einn snjallasti hagyrðingur landsins og það leið ekki á löngu þar til ég fékk annað kvæði frá honum og svo það þriðja. Síðasta kvæðið frá honum barst mér að honum látnum og það var með angurværum blæ en ekki í þessum kersknisstíl sem hann var þekktur fyrir. Við þessi fjögur kvæði samdi ég sem sagt lög," segir Hallgrímur að lokum.



Forsíða nótnaheftisins frá Sigvalda.

Nótur Sigvalda

Nóturnar sem Hallgrímur afhenti Handritadeild Landsbókasafnsins eru að níu lögum og dagsett í desember 1911. Svo virðist sem þetta hafi verið á leiðinni í bókband og útgáfu en ekki orðið af því. Safnið er tileinkað „mínum kæra bróður Eggerti" og inniheldur eftirfarandi lög og ljóð:

Við sundið eftir Sigurð Sigurðsson
Þú eina hjartans yndið mitt eftir Guðmund Geirdal („tileinkað konunni minni")
Í Betlehem er barn oss fætt („tileinkað mínum kæra vini sjera Friðrik Friðrikssyni")
Á Sprengisandi eftir Grím Thomsen
Draumur hjarðsveinsins eftir Steingrím Thorsteinsson
Þótt þú langförull legðir eftir Stephan G. Stephansson
Sofðu, sofðu góði eftir Guðmund Guðmundsson
Hinsta kveðja eftir Höllu Eyjólfsdóttur.

Loks er lag sem nefnist **Ljóssins knörr** sem erfitt er að átta sig á. Höfundar ljóðsins er ekki getið og skriftin á lagi og ljóði er önnur en á hinum lögunum.

Nýsköpun og þróun í heilbrigðisþjónustu



Pálmi V. Jónsson
lyf- og öldrunarlæknir
Prófessor emeritus

Síðastliðinn vetur skrifaði ég 15 pistla í *Morgunblaðið,* sem tóku til heilbrigðisþjónustu eldra fólks.[1] Leiðarstefið er að með bættum skilningi á tilurð og framvindu heilsubrests á efri árum skapast aukin tækifæri til bættrar meðferðar og eflingar lífsgæða fólks. Í framhaldsnámi í öldrunarlækningum við Harvard háskóla var okkur bent á ýmis heilræði sem að gagni gætu komið á starfsævinni. Meðal þeirra var að það er auðvelt fyrir önnum kafna lækna að týna sér í viðfangsefnum dagsins og missa sjónar á nýjum leiðum til að nálgast verkefnin.

Ég hef bent á margvísleg umbótaverkefni í gegnum árin. Tvö sem mér hafa verið hugleikin um árabil eru bráðasjúkrahúsið heima[2] og gagnadrifin öldrunarþjónusta.[3]

Bráðasjúkrahúsið heima gengur út á að þjónusta fólk tímabundið heima sem ella væri á sjúkrahúsi. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að fólk metur þjónustuna í betri gæðum heima. Þá er kostnaður 40% lægri en á sjúkrahúsi. Ætla mætti að á hverjum tíma gætu 25-30 manns á Landspítala nýtt sér slíkt úrræði. Það er nálægt þeim fjölda sem við heyrum ár eftir ár að bíði óeðlilega lengi innlagnar á bráðamóttöku. Landspítali hefur ekki nýtt sér þetta tækifæri til umbóta.

Nú er ómögulegt að segja hvert algengi sjúkdóma og viðfangsefna eldra fólks er. Það er eins og að aka á einbreiðum vegi í þoku. Með gagnadrifinni öldrunarþjónustu væri áreiðanlegum og gildum gögnum safnað með interRAI matstækjum sem nú þegar eru tilbúin til notkunar á íslensku. Með vönduðum gögnum má útfæra markvissa stefnu og fjölþætta þjónustu sem mætir hverjum og einum einstaklingi sem best má verða. Fyrirmyndir má sækja til Kanada, Finnlands og Nýja-Sjálands. Heilbrigðisráðuneytið hefur ekki innleitt þessa nálgun.

Mér verður hugsað til Keflavíkurvegar þar sem 52 banaslys urðu áður en vegurinn var breikkaður og akstursáttir aðskildar. Af hverju eiga borðleggjandi hugmyndir erfitt uppdráttar?

Mannlegir þættir geta hamlað nýsköpun og þróun.[4] Margir vilja frekar viðhalda núverandi stöðu og standa því gegn breytingum. Aðrir leita að upplýsingum sem staðfesta núverandi skoðanir þeirra og telja sig geta hunsað upplýsingar sem stangast á við þær. Viðnám einstaklinga gegn breytingum getur byggst á ótta um breytta persónulega hagi. Starfsmenn kunna því að kjósa kunnugleg verkfæri og ferla, jafnvel þótt þau séu óskilvirkari en ný tækni. Ófullnægjandi þjálfun eða menntun getur átt hlut að máli.

Vinnustaðamenning getur verið neikvæð og latt til nýsköpunar og þróunar, til dæmis með skrifræði eða skipuriti þar sem hugmyndir flæða ekki frjálslega milli þrepa. Það getur hægt á ákvörðunum og kæft skapandi hugsun, sem gerir nýjum hugmyndum erfitt að ná hljómgrunni. Þegar deildir eða teymi einangra sig og eiga ekki samskipti innan stofnunar eða út á við getur það komið í veg fyrir miðlun hugmynda og þekkingar sem leitt gæti til nýsköpunar. Innri samkeppni í stað samvinnu er með líku lagi skemmandi. Meðvitað þarf að skapa jarðveg til nýsköpunar.

Fagna ber skapandi hugsun starfsmanna og veita framsæknum hugmyndum brautargengi. Það felur í sér að leiðtogar skuldbindi sig til framþróunar með jákvæðu, opnu og styðjandi umhverfi. Þeim ber einnig að líta út fyrir eigin einingar og rækta samvinnu og samhæfingu alls heilbrigðiskerfisins.

Heimildir

1. Endurhanna þarf heilbrigðisþjónustu fullorðinna: Pálmi V. Jónsson, Morgunblaðið, 14. maí 2024.
2. Pandit JA, Pawelek JB, Leff B, et al. The hospital at home in the USA: current status and future prospects. npj Digital Medicine 2024;7(48): 1-7.
3. sjá: www.interrai.org
4. Hartnell CA, Ou AY, Kinicki A. Organizational Culture and Innovation Adoption. Meta-Analytic Review. Journal of Applied Psychology 2011;96(4): 677-694.

Bóluefnin björguðu mannslífum í Evrópu í COVID-19 faraldrinum

Nýlega birt rannsókn



Guðrún Aspelund
sóttvarnalæknir

COVID-19 bóluefnin fækkuðu dauðsföllum af völdum COVID-19 um 60% samkvæmt nýlegri rannsókn sem 34 af 54 Evrópuríkjum tóku þátt í. Rannsóknin leiddi í ljós að þau 2,2 milljón COVID-19 dauðsföll, sem vitað er um á Evrópusvæðinu, hefðu orðið allt að 4 milljónir án bólusetninganna. Er þetta í samræmi við aðrar fyrri rannsóknir en nær yfir lengra tímabil.

Á tímabilinu desember 2020 til mars 2023, meðal 25 ára og eldri, er áætlað að COVID-19 bóluefnin hafi bjargað 1,6 milljónum mannslífa (bil 1,5-1,7 milljónum). Flestum mannslífum var bjargað á tímabilinu þegar Omicron-afbrigðið var ríkjandi, frá desember 2021 til mars 2023. Mikill meirihluti voru 60 ára eða eldri, eða 96%, og 52% voru 80 ára eða eldri, en þetta eru þeir aldurshópar sem eru í mestri hættu á alvarlegum veikindum og dauða af völdum COVID-19.

Rannsóknin var birt 7. ágúst síðastliðinn í tímaritinu *The Lancet Respiratory Medicine* og var samstarf Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) og stofnana í 34 Evrópuríkjum, löndum og svæðum.

Sex aldurshópar voru skoðaðir (25-49 ára, 50-59 ára, ≥60 ára, 60–69 ára, 70-79 ára og ≥80 ára). Þátttökuþjóðir þurftu að hafa greint frá bæði COVID-19 bólusetningum og dánartíðni fyrir að minnsta kosti ≥60 ára eða nánar eftir eldri aldurshópunum og skilað vikulegum gögnum eftir aldri fyrir lágmark 90% tímabilsins. Prósentulækkun á fjölda dauðsfalla sem búast mátti við miðað við tilkynnt dauðsföll var reiknuð.

Á Íslandi komu COVID-19 bóluefnin í veg fyrir 542 dauðsföll á þessu 2,5 ára tímabili samkvæmt rannsókninni og meirihluti þeirra hefði verið í aldurshópnum eldri en 60 ára. Bólusetningar fækkuðu því dauðsföllum vegna COVID-19 um 70% hérlendis.

Í löndum þar sem bólusetningaráætlanir voru innleiddar snemma í faraldrinum og náðu til stórs hluta 60 ára og eldri varð hvað mestur ávinningur í fjölda mannslífa bjargað. Þetta á við Ísland og einnig Belgíu, Danmörku, Írland, Ísrael, Möltu, Holland og Bretland. Í þessum ríkjum varð fækkun meiri en 60%.

Taflan sýnir þau tíu ríki þar sem mest fækkun var á dauðsföllum meðal 25 ára og eldri.

Gagnsemi og öryggi bólusetninga

Almennar bólusetningar koma í veg fyrir 3,5 til 5 milljónir dauðsfalla af völdum sjúkdóma eins og barnaveiki, stífkrampa, kíghósta og mislinga á hverju ári á heimsvísu. Auk þess að koma í veg fyrir dauðsföll vernda bólusetningar gegn veikindum og alvarlegum fylgikvillum sjúkdóma, svo sem lungnabólgu, heilabólgu, blindu, heyrnarleysi og fleira.

Áður en bóluefni eru tekin í notkun undirgangast þau viðamiklar og strangar rannsóknir hjá mörg þúsund einstaklingum varðandi öryggi og árangur. Áfram er síðan fylgst náið með hugsanlegum aukaverkunum eftir að bóluefni eru tekin í notkun. Milljónum bólusetninga er því fylgt eftir við raunverulegar aðstæður til að finna mjög sjaldgæfar aukaverkanir. Niðurstöður slíkra rannsókna hafa sýnt að alvarlegar aukaverkanir bóluefna sem notuð eru í almennum bólusetningum eru afskaplega fátíðar. Með ónógri þátttöku í bólusetningum er hins vegar hætta á að smit breiðist út.

Framundan

Við erum nú komin út úr COVID-19 heimsfaraldrinum, en SARS-CoV-2 heldur áfram að smita fólk og leiða til sjúkrahúsinnlagna og dauðsfalla í Evrópu og heiminum.

WHO hvetur ríki til að halda áfram COVID-19 bólusetningum fyrir viðkvæma hópa og hvetur einstaklinga í áhættuhópum til að þiggja uppfært COVID-19 bóluefni nú í haust. Sömu ráðleggingar eiga við hérlendis.

Tafla. Bólusetningarþekjun, fjöldi dauðsfalla, mannslífum bjargað og fjöldi dauðsfalla sem búast mátti við á hverja 100.000 íbúa 25 ára og eldri. Þau tíu ríki þar sem var mest fækkun. Vika 50, 2020, til vika 12, 2023. Gögn frá Meslé o.fl. 2024, sjá heimild (1), bls. 772.

	Þekjun bólusetninga (%)		Mannslífum bjargað (fjöldi)		Dánartíðni per 100.000 íbúa		
Ríki/land/svæði	Fyrsti skammtur	Þriðji skammtur	Tilkynnt dauðsföll	Mannslífum bjargað	Tilkynnt dauðsföll	Dauðsföll sem búast mátti við	Fækkun dauðsfalla (%)
Ísrael	95	78	9397	41465	195	1053	82
England	93	82	174800	449241	325	1159	72
Finnland	91	77	8508	20836	149	513	71
Malta	90	84	504	1226	96	331	71
Skotland	94	84	10527	25386	262	895	71
Danmörk	93	84	7119	16998	124	419	70
Ísland	79	88	235	542	70	232	70
Belgía	88	82	15921	36304	140	459	69
Austurríki	82	74	17218	32106	189	542	65
Kýpur	84	73	1490	2824	175	506	65

Heimildir

1. Meslé MM, Brown J, Mook P, et al. Estimated number of lives directly saved by COVID-19 vaccination programmes in the WHO European Region from December, 2020, to March, 2023: a retrospective surveillance study. The Lancet Respiratory Medicine, 12(9), 714-727.
2. Meslé MM, Brown J, Mook P, et al. Estimated number of deaths directly averted in people 60 years and older as a result of COVID-19 vaccination in the WHO European Region, December 2020 to November 2021. Eurosurveillance, 2021;26(47), 2101021.
3. Ehreth, J. The value of vaccination: a global perspective. Vaccine, 21(27-30), 4105-4117.
4. WHO: https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1, sótt 18. sept, 2024.



Helga M. Ögmundsdóttir
prófessor emerita

Hvers vegna drukkna svona margir?

Bók eftir Elizabeth Meinhard

Nýlega var sagt frá því á RÚV að fleiri drukkni hlutfallslega á Íslandi en annars staðar á Norðurlöndum nema Finnlandi, 2,5 af 100 þús. Sumir bjargast en stundum er björgunin hermdargjöf, eins og margir muna enn af Skerjafjarðarslysinu fyrri nærri aldarfjórðungi. En Íslendingar eru með réttu stoltir af sund- og laugamenningu sinni og sækjast eftir að fá hana viðurkennda hjá Unesco.

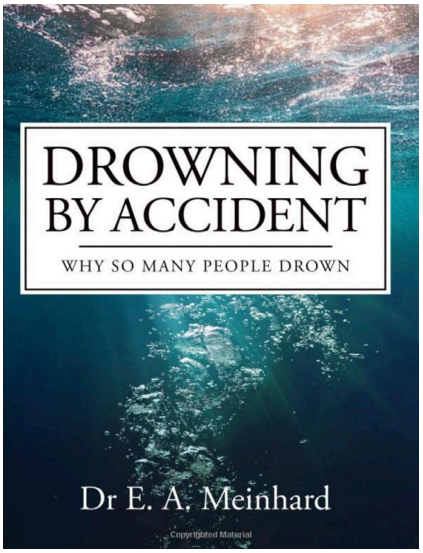
En hvers vegna drukknar fólk? Eftir lestur bókarinnar *Drowning by accident. Why so many People drown* eftir E.S. Meinhard er spurningin kannski öllu fremur hvers vegna fólk drukknar ekki þegar það álpast í umhverfi sem er fjandsamlegt mannskepnunni, þessari furðulegu skepnu sem venjulega hreyfist áfram hornrétt á lengd sina og er ekki náttúrulega synd. Höfundurinn, Elizabeth Meinhard er meinafræðingu sem starfaði síðan í tvo áratugi sem heimilislæknir. Hún er vinkona Katrínar Fjeldsted, sem gaukaði bókinni að mér með þeim orðum að það þyrfti að skrifa um þessa bók. Nú reyni ég að verða við þessari áskorun.

Bókin skiptist í fjóra hluta. Í þeim fyrsta er fjallað um vatnið sem fjandsamlegt umhverfi fyrir manneskjur. Í öðrum hluta er lýst fjölmörgum tegundum drukknunarslysa, þriðji hluti fjallar um viðbrögð við drukknunarslysum og í síðasta og stysta hluta er lögð áhersla mikilvægi forvarna.

Mannskepnan er ekki gerð til að lifa og hreyfa sig í vatni, ólíkt fiskum, en hún getur útskýrt með þekkingu sinni á eðlisfræði og líffeðlisfræði hvers vegna það er svo og vonandi lært af því. Þannig fjallar fyrsti hlutinn um samanburðinn milli fiska og manna. Þá kemur fyrst til lögmál Arkimedesar. Fiskar hafa nánast sömu eðlisþéttni og vatnið og það sem á vantar til að þeir geti flotið og stýrt á hvaða dýpi þeir eru, leysa þeir með sundmaganum. Það er þungt beinið í mannskepnunni (fimmtungur vigtar) og víst virkar Arkimedes líka fyrir okkur, en það dugir ekkert minna en björgunarvesti til að halda okkur á floti. Svo liggur þyngdarpunktur mannskepnunnar of neðarlega og mannslíkaminn hefur ekki eðlilegt jafnvægi í vatninu. Vatn er 800 sinnum þéttara en loft og því engin furða að okkur veitist erfiðara að hreyfa okkur í vatni en á landi. Í vatninu er þrenns konar viðnám: vegna lögunar, seigju og öldugangs. Fiskar eru straumlínulagaðir, hálir og synda fyrir neðan öldugang. Þrýstingurinn á 10 m dýpi er á við tvöfalda loftþyngd og á 50 m dýpi er þrýstingurinn eins og í óopnaðri kampavínsflösku. Þorskurinn leikur sér að því að fara daglega á milli tugmetra dýpis og jafnar með sundmaganum þar sem sérhæfðar æðar eiga súrefnisskipti. Köfunarveiki og orsök hennar, loftbólur með köfnunarefni í vöðvum, er vel þekkt. Í vatni verður ekkert ljósbrot við yfirborð augans enda hafa fiskar flata hornhimnu og nota linsuna til að ná fókus. Augu landdýra brjóta ljósið við yfirborð augans á hornhimnunni. Þetta virkar ekki í vatni og sundmaður með fullkomna sjón er nánast lögblindur í vatni. Þar við bætist að jafnvel í alveg tæru vatni nær aðeins helmingur af ljósinu á eins metra dýpi og á 10 m dýpi er það komið niður í 15%. Þegar við látum okkur sýga makindalega í heitan pott er snertingin við vatnið notaleg en snertiskyn okkar gefur ekki frekari upplýsingar. Fiskar eru sérhæfðir til að skynja nákvæmlega hreyfingar í vatninu með sérstökum skynfrumum sem eru sérlega ríkulegar í hliðarrákinni. Vatn stíflar ytri eyru og landkrabbinn er heyrnarlaus í vatni. Innra eyra fiska er sérlega næmt á lágtíðni hljóð sem berast lengra í vatni en lofti og sumir fiskar skynja úthljóð. Upprétt mannskepnan tapar áttum lárétt í vatni og vantar þyngdarkraft og sjónskyn, enda er sjóveiki vandamál í langsundi. Þegar við borðum fisk sjáum við augljóslega að vöðvar þeirra eru allt öðruvísi skipulagðir en í okkur, í stuttum einingum, sem sveigja fiskinn hratt í vatninu. Og svo hafa þeir ugga. Jafnvel Ólympíumeistarar í sundi ná tæpast góðum gönguhraða. Flestir fiskar svamla megnið af tímanum í mestu rólegheitum fyrir afli tiltölulega fárra rauðra vöðvaþráða sem nýta súrefni. Rétt eins og spretthlauparinn geta þeir gripið til loftfirrðra hvítra vöðvaþráða og ná þá 150 km/klst. á sekúndubroti. Sundmaðurinn þarf alltaf að hafa mikið fyrir því að halda sér á floti og safnar súrefnisskuld. Að einu leyti eru fiskar eins og menn, saltstyrkur líkamsvökva er 0,9%. Það þýðir að ferskvatnsfiskar eru saltari en vatnið umhverfis en sjávarfiskar lifa í fjórum sinnum saltara umhverfi. Samskiptin við vatnið fara fram að verulegu leyti með klórflutningsfrumum í tálknunum. Nýru ferskvatnsfiska framleiða mikið af saltlitlu þvagi en sjávarfiskar pissa litlu. Manneskja í vatni tapar vatni úr líkamanum með svita (við verðum þyrst í heita pottinum). Að auki veldur þrýstingur vatnsins flutningi blóðs frá útlimum til stóru æðanna sem

kallar á aukna þvagframleiðslu. Samdráttur útlægra æða í köldu vatni verkar eins. Þar við bætist að húðin er ekki fullkomlega vatnsheld. Við mjög langar setur í volgum potti lekur vatn inn fyrir áhrif osmósu en í sjó er þetta enn ein orsök þornunar sundmannsins. Vatn leiðir varma mun betur en loft og manneskjan tapar líkamshita í vatni sem er 35° heitt. Manneskja sem lendir skyndilega í vatni sem er kaldara en 15° fer í kuldalost með tilheyrandi misvísandi skilaboðum sympatíska og parasympatíska kerfisins og hættu á hjartsláttartruflunum. Kalt vatn er seigara en heitt og sundmaður getur örmagnast á örfáum mínútum. Fiskar hafa sama hitastig og umhverfið en mismunandi tegundir hafa ýmis ráð, þar á meðal er hæging á efnaskiptum, viðhald hita með varmaskiptandi æðum og frostlögur í blóði fiska í mjög köldum sjó. Loks er það súrefnið sem er öllu lífi nauðsynlegt. Tálknin nota flæðiskipti til að ná súrefni úr vatni sem inniheldur 40 sinnum minna af því en andrúmsloftið. Sundmaður þarf að anda lofti í lungu og þar sem allar hreyfingar eru mun erfiðari í vatni en lofti mæðist hann fljótt.

Eftir þessa fróðlegu útlistun á því hvernig og hvers vegna fiskar standa mönnunum framar í tilveru í vatni tekur við annar hluti með ítarlegri upptalningu í mörgum köflum á margvíslegum tilvikum drukknunar með dæmum og



tölfræði. Hætturnar leynast víða, allt frá busllaug í garðinum, til fljóta og fossa, sjávarflóða og sjávarfalla og jafnvel í baðkerinu. Seinasti kafli þessa hluta er nákvæm og ógnvekjandi lýsing á skrefum drukknunar. Eftir fyrstu örvæntingarfullu baráttu við að ná yfirborði og anda, lokar barkakrampi (laryngospasmi) fyrir öndunarveg. Súrefnisskorturinn leiðir til meðvitundarmissis, vatn fyllir lungun eftir að slaknar á barkakrampanum þótt berkjuholur (bronchiolur) loki um stund. Vatn berst í blóð, en drukknandi maður er oftast dáinn áður en þetta skiptir máli, það er hvort drukknun verður í ferskvatni eða sjó. Vatnið skemmir lungun. Eftir um það bil tvær mínútur reynir sá drukknandi ekki lengur að anda. Blóðið súrnar, lungnaæðar dragast saman, hægri slegill bilar, sleglarnir slá ekki lengur í takt, hjartað stoppar, heilinn deyr.

Í þriðja hluta bókarinnar sem fjallar um viðbrögð við drukknun, er áhugavert að lesa um tvenns konar viðbrögð sem voru þekkt, duttu úr tísku en eru nú aftur viðurkennd, það er munn-við-munn öndun og „Heimlich manoeuvre", sem fyrstu viðbrögð til að tæma vatn úr lungum. Síðasti hluti bókarinnar fjallar um forvarnir. Þar er meðal annars lögð áhersla á að hafa alltaf auga með börnunum í námunda við vatn, kenna þeim ungum að synda og hvernig þau eigi varast hættur. Að sjálfsögðu er mikilvægt að sundlaugaverðir og baðverðir séu vel þjálfaðir. Allir ættu að kunna skyndihjálp, og áfengi og sund eiga ekki samleið.

Til hverra á þessi bók erindi? Til allra þeirra sem sinna slysavörnum og björgunarstörfum. Kaflinn sem lýsir skrefum drukknunar ætti að vera skyldulesning þeirra. Sérhæft starfsfólk á bráða- og gjörgæsludeildum getur sjálfsagt líka lært margt. Sjálf tilheyri ég hvorugum þessum hóp en er enn haldin barnslegri forvitni og þannig höfðaði fyrsti hlutinn sérstaklega til mín.

Skrifað nálægt alþjóðlegum degi til forvarna gegn drukknunum, 25. júlí.

Læknadagar
20.- 24. janúar 2025
Takið dagana frá
Fræðslustofnun Læknafélags Íslands

Úr fyrsta árgangi Læknablaðsins 1915

Læknablaðið 1915; 12:180-183

Insufficientia cordis relativa chronica.

Útdráttur úr fyrirlestri í Læknafélagi Rvíkur 11. okt. 1915.

Eg hygg, að insuff. cordis relativa chron. sé nokkuð tíðari heldur en alment er álitið, einkanlega mun henni ekki vera veitt nægileg eftirtekt, þegar hún er á lágu stigi, þótt þá sé ef til vill helzt hægt eitthvað að gera við henni. Það eru líka mjög mismunandi kröfur, sem menn gera til þreks hjartans. Aflraunamaðurinn er kröfuharðari en t. d. skrifari. Merð öðrum orðum, til þess að cor. geti kallast sufficiens, verður srtarfsþol þess að svara til þeirrar áreynslu, sem hver maður leggur á sig. Það verður að hafa nægan vara-kraft. Þoli nú hjartað ekki þá áreynslu, sem annars er samboðin líkamsvexti og þreki, þá er um insufficienta relat. að ræða, sé ekki svo langt komið, að komin sé insufficientia absoluta […]

Meðferð. Fyrst og fremst er að hugsa um að insuff. verði ekki absoluta. Stafi hjartanu hætta af sjúkleik annara líffæra, þá er að lækna þau, ef þess er kostur. Hjartanu verður að forða frá allri ofraun, hvort sem hún stafar af sjúkd., líkaml. eða andl. erfiði, óhófi í mat eða drykk, tóbaki, kaffi, geðshræringum eða exress. sexual. Hjartað verður að fá hvíld. Specifik hjartameðöl koma ekki að miklum notum. Þó nota margir í viðlögum inf. fol. digit 1–280, nota það þá venjulega stöðugt í langan tíma, en hafa gát á eitrunareinkennum. Að öðru leyti er notuð fysiotherapi. Sjúkl. er fyrst látinn liggja í rúminu nokkrar vikur, síðan notuð kolsýruböð, rafmagn, ljóslækning, sjúkraleikfimi eða nudd. Áreynslan er smám saman aukin eftir þoli hvers sjúklings.

JÓN KRISTJÁNSSON.



Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir
hjartasérfræðingur

Hjartabilun þá og nú

Það hefur verið áhugaverður fyrirlesturinn um hjartabilun sem Jón Kristjánsson flutti á fundi Læknafélags Reykjavíkur 11. október 1915 og sem greinin í *Læknablaðinu* byggir á, enda hefur Jón verið nýlega heim kominn eftir dvöl við Finsens Institut. Það er merkilegt að sjá að hann byrjar á að tala um að sennilega sé sjúkdómurinn vangreindur, einkum á fyrri stigum, og má færa rök fyrir því að svo sé enn í dag, þrátt fyrir allar framfarir í greiningatækni og þá yfirgripsmiklu þekkingu sem við búum yfir í dag.

Skilgreiningin á hjartabilun sem sett er fram í greininni gengur út frá því að styrkur og þrek hjartans ráði ekki við þá áreynslu sem því er ætlað að standa undir. Greinarmunur er gerður á hvort hjartabilunin er hlutfallsleg eða alger (absoluta). Það má skynja tilraun með þessari skilgreiningu til tengingar við sjúkdómsmeinafræðina sem fjallað er um í næsta kafla í grein Jóns og raunar er hún ekki svo fjarri þeirri skilgreiningu sem stuðst hefur verið við fram til þessa.

Eftir því sem skilningur okkar á undirliggjandi áhættuþáttum, sjúkdómum og lífeðlisfræðilegum ferlum sem liggja að baki hjartabilunar hefur aukist, hefur skilgreining orðið flóknari. Í dag byggir greiningin þannig ekki einvörðungu á einkennum og teiknum, heldur þarf að liggja fyrir staðfesting á skertri hjartastarfsemi, hvort heldur er í hvíld eða við áreynslu.

Jón fjallar einnig um orsakir hjartabilunar og gerir þar allnokkuð úr álagi á hjarta, hvort heldur það er tengt sýkingum í öðrum líffærakerfum, eins og lungum og meltingarvegi, eða hverslags andlegu álagi. Hann nefnir „exress.sexual“ og dettur mér í hug að ósæðarlokuleki af völdum sárasóttar liggi að baki, en það kann að vera langsótt. Offita og áfengisdrykkja er orsök hjartabilunar, en síður snapsar en bjór. Greinilega höfðu læknar á þessum tímapunti dregið þá ályktun að það væri vökvamagnið fremur en áfengið sem ylli vandanum. Sjúkdómar í sjálfu hjartanu, eins og til að mynda kransæðasjúkdómur, æðaþelsbólga, hjartavöðvabólga eða gollurshússjúkdómur, koma nokkuð aftarlega í upptalningunni.

Það er athyglivert að menn gera sér vel grein fyrir að nýrnasjúkdómur og háþrýstingur sé algeng orsök hjartabilunar, en töldu hins vegar að háþrýstingur væri oftast orsakaður af nýrnasjúkdómi. Raunar má leiða líkur að því að oft hafi verið erfitt að greina á milli hvort hjarta- eða nýrnasjúkdómur lægi að baki bjúgsöfnunar og þreytu.

Síðan fylgir greinargóð lýsing á einkennum og kvörtunum sjúklings við hjartabilun og má til sanns vegar færa að sú framsetning stenst ágætlega tímans tönn, en þó blandast þar inn einkenni sem lýsa fremur hjartaöng en vökvaofhleðslu. Jón er víðsýnn og varar við að dæma sjúklinga sem taugaveiklaða, enda þótt einkennin séu lítil og óljós til að byrja með. Fyrir utan mæði, bjúg og orkuleysi, lýsir hann einkennum eins og lifrarbjúg, meltingartruflunum, megrun og bláma við áreynslu. Hjartahlustun kveður hann fremur gagnslausa til greiningar.

Það má til sanns vegar færa að mikil framþróun hefur orðið í greiningartækni hjartabilunar, þar sem ekki er lengur einvörðungu stuðst við sjúkrasögu og skoðun. Mestu framfarirnar urðu með tilkomu hjartaómskoðunar sem hefur þróast gríðarlega og gerir kleift að leggja mat á flesta þætti hjartastarfseminnar. Einnig getur segulómun af hjarta veitt viðbótarupplýsingar, meðal annars um bólgur, drep, ífarandi sjúkdóma, útstreymisbrot og fleira, að ógleymdum hjartaþræðingum og öðrum lífeðlisfræðilegum athugunum og myndgreiningu.

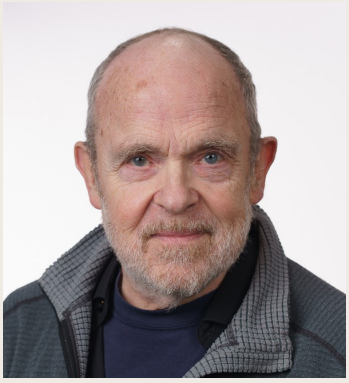
Ekki voru digrir meðferðarmöguleikar í boði á þessum tíma. Áhersla var lögð á að forða hjartanu frá allri ofraun, hvað svo sem henni olli, með rúmlegu og hvíld, endurhæfingu ásamt óhefðbundnari lækningum með ljósum, kolsýruböðum og rafmagni. Eina lyfið sem hægt var að grípa til var digitalis. Í dag höfum við yfir að ráða fjölþættri og gagnreyndri meðferð með ACE-hemlum, beta-hindrurum, aldósterón-hemlum, ARNI (valsartan/sakubitril), SGLT-2-hemlum, þvagræsilyfjum, tvíslegla gang-og bjargráðum og ef allt um þrýtur ígræðslu hjálparhjarta eða gjafahjarta.

Eftir stendur mikilvægi endurhæfingar og þverfaglegra göngudeilda, en fjöldi einstaklinga sem lifa með hjartabilun eykst ár frá ári með viðeigandi álagi á heilbrigðiskerfið og skerðingu á lífsgæðum. Þannig hlýtur markmið okkar að vera að hindra tilkomu hjartabilunar með öflugri meðferð áhættuþátta eins og háþrýstings, sykursýki, hreyfingaleysis og offitu, en þar er kannski mestan ávinninginn að finna.



Jón Steinar Jónsson
heimilislæknir

Orthopedic medicine – stoðkerfisfræði á Íslandi



Jósep Ó. Blöndal

Árið 1984 tók Jósep Ó. Blöndal læknir við stöðu yfirlæknis við heilsugæslustöðina og sjúkrahúsið á Patreksfirði eftir að hafa lokið læknanámi í Kaupmannahöfn og sérfræðinámi í almennum skurðlækningum í Svíþjóð. Eins og tíðkaðist á þeim tíma starfaði hann, eins og flestir skurðlæknar á litlum sjúkrahúsum á landsbyggðinni einnig sem heilsugæslulæknir. Stoðkerfisverkir eru eitt algengasta tilefni komu til heilsugæslulækna. Jósep áttaði sig snemma á því að kunnátta hans við greiningu og meðferð stoðkerfisverkja almennt, var takmörkuð og hafði áhuga á að læra meira um hreyfikerfi og stoðkerfi mannsins. Hann hafði vitað af störfum breska læknisins James Cyriax sem hafði skrifað merkar, brautryðjandi bækur um stoðkerfisfræði (*orthopedic medicine*), sem fyrst voru gefnar út á fæðingarári Jóseps 1947. Í aðdraganda þeirrar útgáfu hafði Cyriax unnið markvisst að þróun stoðkerfisfræði í 10-15 ár og er af mörgum talinn helsti frumkvöðull á þessu sviði og aðferðir hans sérstaklega varðandi sjúkdómsgreiningu, taldar hafa staðist vel tímans tönn.

Jósep komst í samband við Patricia (Patsy) Cyriax ekkju James Cyriax, en hann lést árið 1985. Hún bauð Jósep að koma til London og þar var hann næstu árin, með hléum í þjálfun og námi á sjúkraþjálfunardeild St. Thomas' Hospital og St. Andrews' Hospital, en einnig hjá sérfræðingi í stoðkerfisfræði í Harley Street. Hann sótti öll námskeið Cyriax Foundation (CF) í London og lauk þaðan diplomaprófi 1989 og kennaraprófi í stoðkerfisfræði. Í kjölfarið kom hann um tíma að kennslu við stofnunina.

Eftir því sem undirritaður kemst



Jósep á leið í fræðslufyrirlestur á SFS með með nauðsynleg hjálpargögn.

næst var Jósep þannig fyrsti læknirinn á Íslandi til að ljúka svo viðamiklu, formlegu námi í stoðkerfisfræði og mun vera fyrstur til að halda fyrirlestur á Íslandi um stoðkerfisfræði fyrir sjúkraþjálfara og lækna árið 1991. Á þessum tíma voru frumkvöðlar í nágrannalöndunum sem ruddu þar braut fyrir stoðkerfisfræði og stuðluðu að aukinni þekkingu, betri þjálfun, rannsóknum og þróun á greiningu og meðferð.

Jósep réðst sem yfirlæknir við St. Franciskuspítalann (SFS) í Stykkishólmi árið 1990. Honum var þá löngu orðin ljós sú brýna þörf sem var fyrir bætta þekkingu fagfólks í stoðkerfisfræði og fjölbreyttari úrræði fyrir sjúklinga með stoðkerfisverki, sérstaklega verki frá hálsi og baki. Með sína þekkingu og þjálfun í stoðkerfisfræði og skýra hugsjón að vopni hófst hann handa við að byggja upp Háls- og bakdeild við St. Franciskuspítalann í Stykkishólmi ásamt Luciu de Korte yfirsjúkraþjálfara á spítalanum, auk þess sem hann hófst handa við að koma á laggirnar námskeiðum fyrir fagfólk í stoðkerfisfræði.

Þekkingu miðlað – námskeið í stoðkerfisfræði

Það dugði ekki Jósep að hafa náð sér í staðgóða þekkingu og þjálfun í stoðkerfisfræði sem nýttist honum vel í daglegum störfum, heldur sá hann þörfina fyrir að miðla af þekkingu sinni og annarra til íslenskra lækna og sjúkraþjálfara. Af mikilli elju stóð Jósep fyrir árlegum námskeiðum, samtals í átta ár, í stoðkerfisfræði fyrir lækna og sjúkraþjálfara á tíunda áratug síðustu aldar. Skipuleggjendur og kennarar námskeiðanna voru frá Cyriax stofnuninni í London (CF), ásamt Jósep sjálfum. Námskeiðin sóttu samtals um það bil 200 læknar og sjúkraþjálfarar en þau voru haldin í íþróttahúsinu í Stykkishólmi við nokkuð góðar aðstæður þar sem þrautreynt kennaralið skilaði mjög öflugri fræðslu og þjálfun. Jósep hefur ekki legið á þeirri skoðun sinni að í aukinni samvinnu sjúkraþjálfara og lækna felist mikil tækifæri til að bæta þjónustu og ná betri árangri við greiningu og meðferð sjúklinga með stoðkerfisvandamál. En slík samvinna var einmitt leiðarljós Cyriax-stofnunarinnar í London. Undirritaður leyfir sér að fullyrða að Stykkishólmsnámskeiðin hafi aukið þekkingu og færni þeirra sem þau sóttu, á stoðkerfisfræði, og það hafi leitt til betri og markvissari þjónustu við skjólstæðinga þeirra með stoðkerfisvandamál.



Jósep ásamt Luciu de Korte sem er yfirsjúkraþjálfari á spítalanum í Stykkishólmi.

Ný meðferðarúrræði – Háls- og bakdeildin í Stykkishólmi

Með viðamikla þekkingu og eldmóð að vopni, ásamt hagstæðum aðstæðum á SFS sá Jósep tækifæri til að byggja upp meðferðarúrræði fyrir sjúklinga með verki og vandamál tengda hryggsúlu. Deildin á SFS var stofnuð árið 1992 og var hún frá byrjun byggð á teymisvinnu læknis, sjúkraþjálfara, hjúkrunarfræðinga (þar á meðal geðhjúkrunarfræðings) og sjúkraliða. Fyrirmynd starfseminnar var í upphafi sótt til San Francisco Spine Institute (SFSI) sem á þeim tíma var leiðandi í meðferð háls- og bakvanda. Grunnstef í starfi deildarinnar var mikið og náið samstarf Jóseps og sjúkraþjálfara deildarinnar sem hafa flestir unnið lengi á deildinni, öðlast mikla reynslu og tekið virkan þátt í þróun starfseminnar. Leiðarljós og kjarni í stoðkerfisfræði er að greina eins vel og auðið er hina raunverulegu orsök fyrir verk sjúklingsins, fyrst og fremst með sögu og markvissri klínískri skoðun. Það leiðarljós hefur einkennt starfsemi deildarinnar alla tíð og til viðbótar við klíníska skoðun hefur þróast og byggst upp þekking og færni í ómskoðun á vöðvum í hryggsúlu, sem byggðist á mikilvægum rannsóknum og reynslu frá Queensland University í Brisbane. Sprautuverk, sem staðbundin verkjameðferð, aðallega í bogaliði hryggjar hefur verið hluti af aðferðum deildarinnar. Þessi samsetning nákvæmrar greiningar, markvissrar meðferðar og staðbundinnar verkjameðferðar með það að markmiði að minnka verki, sérstaklega meðan sjúklingar stunda þjálfun og æfingar á deildinni, hefur einkennt starfsemina. Aðferðir deildarinnar hafa í gegnum árin þróast í takt við nýja þekkingu sem Jósep og hans samstarfsfólk hefur tileinkað sér, þar sem víðtækt tengslanet erlendis hefur skipt miklu máli.

Erlent tengslanet

Þekkingarleit Jóseps í stoðkerfisfræði, sérstaklega með áherslu á háls- og bakvandamál er fjölbreytt og viðmikil og hefur skapað grunn að þróun starfsemi Háls- og bakdeildar, svo og fyrir fræðslu til almennings og fagfólks. Hann hefur verið virkur meðlimur í International Spine Intervention Society og American Association of Orthopedic Medicine, sótt námskeið og námsdvalir hjá leiðandi fagfólki á sviði stoðkerfisfræði beggja vegna Atlantsála og í Ástralíu. Jósep hefur lengi haft mikinn áhuga á eðli bakverkja, orsökum og áhættuþáttum ekki síst út frá mannfræðilegum og þróunarfræðilegum þáttum. Á því sviði hefur hann einnig verið í alþjóðlegu samstarfi, sérstaklega við prófessor Robert T. Anderson mannfræðing í Kaliforníu.

Fræðsla til almennings

Jósep hefur verið óþreytandi að fjalla um og miðla af þekkingu sinni á verkjum tengdum hryggsúlu, bæði í ræðu, riti og viðtölum sérstaklega með áherslu á fræðslu til almennings, lesenda og hlustenda fjölmiðla, bæði hérlendis og erlendis.

Rannsóknir á hryggsúlu

Röntgenrannsóknir á hryggsúlu hafa þróast mjög mikið á undanförnum áratugum með tilkomu sneiðmynda og segulómrannsókna. Slíkar rannsóknir á hryggsúlu eru notaðar í miklum mæli og sennilega ofnotaðar. Jósep er einn þeirra lækna sem lengi og ötullega hefur bent á takmarkað gagn af þessum rannsóknum í eins miklum mæli og raun ber vitni, svo og hættuna á að niðurstöður þeirra geti jafnvel verið til ógagns. Röntgenrannsóknir af hryggsúlu geta ekki komið í stað markvissrar sjúkrasögu og klínískrar skoðunar og í dag tengist þessi umræða nálgun eins og „Choosing Wisely“ – Viturt val, verkefni sem mörg læknafélög á Vesturlöndum standa að, svo og því sem kallað er sjálfbærni í heilbrigðisþjónustu.

Framtíð stoðkerfisfræði á Íslandi – enn skal ryðja braut

Stoðkerfisverkir eru og munu verða stórt viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar en rannsóknir benda til að fimmti hver fullorðinn glími við langvinna verki, oftast í stoðkerfi og mjög oft tengda hryggsúlu. Bráðir, hálfbráðir verkir og endurteknir verkir eru mjög algeng viðfangsefni, ekki síst í heilsugæslu. Haldgóð þekking og þjálfun lækna, sérstaklega heimilislækna svo og sjúkraþjálfara, í stoðkerfisfræði en einnig aukin samvinna þessara fagstétta, eru mikilvæg forsenda fyrir bættum árangri í greiningu og meðferð stoðkerfisverkja. Þverfagleg meðferðarúrræði af fjölbreyttum toga, sérstaklega þegar um er að ræða langvinna og endurtekna verki, er mikilvægt að halda áfram að þróa hér á landi, ekki síst með áherslu á snemmtæka íhlutun. Háls- og bakdeildin í Stykkishólmi hefur haslað sér völl sem afar mikilvægur hlekkur í meðferð, þjálfun og endurhæfingu einstaklinga með langvinna verki frá hálsi og baki. Með ævistarfi sínu hefur Jósep Blöndal sannarlega rutt braut stoðkerfisfræði með fræðslu til almennings, þjálfun fagfólks og uppbyggingu mikilvægs meðferðarúrræðis og þannig skapað jarðveg til áframhaldandi þróunar stoðkerfisfræði á Íslandi. Þann jarðveg þarf að yrkja vel og efla enn frekar kennslu í stoðkerfisfræði bæði í grunnnámi í Læknadeild og í sérnámi, sérstaklega í heimilislækningum, en einnig að stuðla að áframhaldandi tilvist og þróun á Háls- og bakdeild SFS.

Stafrænan getur verið bæði jákvæð og neikvæð

110 árgangar þriðja elsta tímarits landsmanna skannaðir 1995–2004



Þröstur Haraldsson
blaðamaður

Áfram mjakast þessi saga og nú er svo komið að pistlahöfundur er kominn í stórhættu á að gerast sjálfhverfur sem gæti kostað mig trúverðugleikann ef ég gæti ekki að mér. Tuttugasta öldin er að syngja sitt síðasta þegar hér er komið sögu og þegar tæp þrjú ár lifðu af henni var ég ráðinn til starfa sem blaðamaður og síðar einnig umbrotsmaður *Læknablaðsins*.

Eins og nefnt var í síðasta pistli markaði árið 1994 tímamót í útgáfusögu blaðsins. Prentun þess fluttist heim frá Danmörku, Örn Bjarnason lét af störfum sem ritstjóri eftir langan og farsælan feril og Vilhjálmur Rafnsson tók við af honum. Blaðið var komið á blússandi gang, bæði að umfangi og efni. Í hverju tölublaði birtust allt upp í átta fræðigreinar og í félagslega hlutanum skapaðist oft lífleg umræða um heilbrigðismál og önnur hugðarefni ísenskra lækna.

Læknar voru duglegir að skrifa í blaðið og oft sáust þar skemmtileg tilþrif. Hér er lítið dæmi úr grein eftir Einar Stefánsson augnlækni þar sem hann ræðir erfiðan sjúkdóm:

„Ef til vill er sóun vinnutíma og fjármuna ekki alvarlegasta afleiðing fundafíknar. Versta afleiðing fundafíknar er sú ranghugmynd að raunverulegur árangur sé af fundasetu. Fundafíklar hafa á tilfinningunni að þegar málið hefur verið rætt á fundi, niðurstaða fengist og skýrsla skrifuð, þá sé málinu lokið. Fundasetur og skýrslugerðir verða markmið í sjálfu sér og raunveruleikinn verður útundan. … Skylt þessu er sú allsherjarlausn allra vandamála í nútíma þjóðfélagi að setja nefnd í málið eða halda ráðstefnu.“

Ekki veit ég hvernig Einar sá fyrir sér lækningu á þessu meini, en árangur hennar er að mér sýnist fremur lítill, ef einhver.

Rífandi gangur

Önnur umræða sem var töluvert áberandi á þessum árum var sú að réttast væri að bjóða rekstur *Læknablaðsins* út til fyrirtækja sem sérhæfðu sig í útgáfu blaða og bóka. Í það minnsta eitt slíkt fyrirtæki bar víurnar í blaðið en þær grænu hosur höfðu ekki árangur sem erfiði, enda vandséð að þær leystu annan vanda við útgáfu blaðsins en að tryggja téðu fyrirtæki aðgang að tekjum blaðsins, sem voru allverulegar á þessum árum. Þetta var blómatími lyfjaauglýsinga sem blaðið lifði og nærðist á, gerðu með öðrum orðum útgáfu þess arðbæra.

Þar er komin skýringin á því hvers vegna blaðið hefur aldrei verið umfangsmeira en á þeim áratug sem hér er til skoðunar. Árgangarnir voru í kringum 1.000 blaðsíður allan áratuginn og alls voru gefnar út 9.568 síður þessi ár. Hér er nokkuð erfitt um samanburð því það var ekki fyrr en við heimkomuna frá Danmörku sem farið var að telja auglýsingarnar með í blaðsíðutalinu. En samanburður við næsta áratug, þegar hið „svokallaða“ efnahagshrun átti sér stað, segir margt. Þá voru síðurnar ekki nema 8.136 og hefur fækkað enn meira síðan.

Stafræn bylting blaðsins

En á þeim áratug sem nú er skoðaður var hagur blaðsins með þvílíkum ágætum að margvíslegur árangur náðist. Útlit blaðsins tók stakkaskiptum þegar ákveðið var að stækka brotið upp í A4, ekki síst vegna þess að flestar auglýsingar voru hannaðar í þeirri stærð. Um leið var fenginn gamall kollega minn af *Þjóðviljanum* sáluga, Guðjón heitinn Sveinbjörnsson útlitshönnuður, sem tók að sér að hanna nýtt útlit. Það leit fyrst dagsins ljós í janúar árið 2000 og hefur að breyttu breytanda reynst vel og haldið sér í grófum dráttum til dagsins í dag.

Með þessari útlitsbreytingu færðist umbrot blaðsins og vinnsla inn á ritstjórnina þar sem blaðið var unnið í þar til gerðum forritum og er enn. Í framhaldi af því var hafist handa við að setja blaðið á netið og loks rættist langþráður draumur um að gera efni þess aðgengilegt á vísindavefnum PubMed eins og alvörufagblaði sæmir.

Gagnið af grunninum

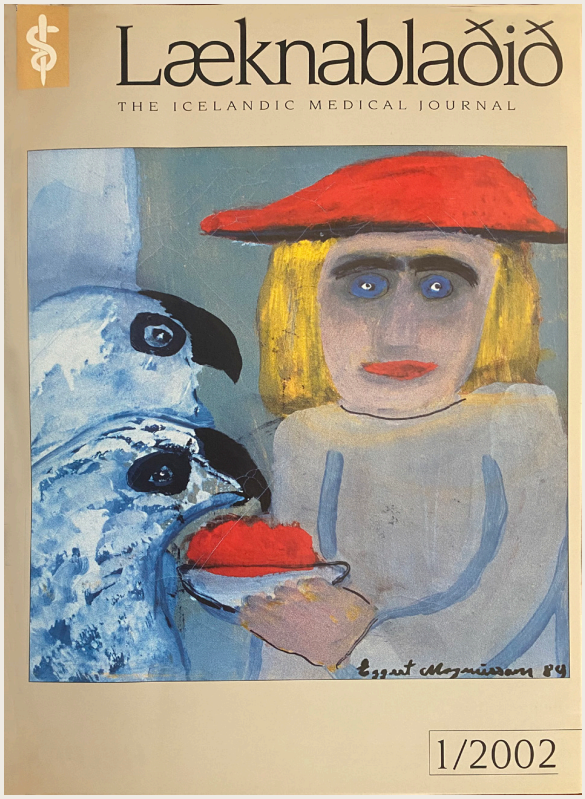
En þrátt fyrir þennan ágæta árangur var það þó eitt mál sem í baksýnisspegli mínum ber höfuð og herðar yfir aðra viðburði á þessum áratug. Þannig vildi til að ég var ráðinn til starfa í apríl 1998. Svo að segja sama daginn og ég mætti í Hlíðasmárann var lagt fram frumvarp á Alþingi sem átti eftir að draga verulegan dilk á eftir sér fyrir blaðið og raunar íslenska læknastétt næstu árin.

Umrætt stjórnarfrumvarp fjallaði um

miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði og fékk vægast sagt blendnar móttökur meðal lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks. Til marks um „sjokkeffektinn“ af því má nefna að í fyrsta tölublaðinu eftir að það birtist var fjallað um það á rúmlega 30 blaðsíðum í *Læknablaðinu*. Þar voru meðal annars fyrstu viðtöl mín í nýju starfi við tvo framámenn í læknastétt, þá Harald Briem og Einar Oddsson. Báðir voru þeir gagnrýnir á frumvarpið, Haraldur, sem þá sat í Tölvunefnd, forvera Persónuverndar, sagði nefndina gera ýmsar athugasemdir við þetta frumvarp sem hann kvað alveg „óþarft“. Einar, sem sat í Siðfræðiráði Læknafélags Íslands, tók dýpra í árinni og sagði: „Svonalagað er hvergi leyft í veröldinni“.

Að sjálfsögðu var blaðið opið fyrir öllum sjónarmiðum í málinu svo í næsta blaði fékk ég að taka viðtal við minn gamla kunningja og skólabróður Kára Stefánsson um hvað honum gengi til með þessum miðlæga gagnagrunni. Í næstu blöðum hélt þessi umræða áfram og blaðið var opið fyrir sjónarmiðum beggja fylkinga í þessu umdeilda máli. En af einhverjum ástæðum var eftirsóknin eftir plássi á síðum blaðsins meiri hjá þeim sem voru á móti frumvarpinu.

Deilan um gagnagrunninn stóð yfir með talsverðum hávaða á fjórða ár. Formlega lauk henni með sameiginlegri yfirlýsingu sem þeir undirrituðu Sigurbjörn Sveinsson formaður LÍ og Kári Stefánsson forstjóri Íslenskrar erfðagreiningar í fundarsal Læknafélaganna í Hlíðasmára í lok ágúst árið 2001. Tveimur árum síðar var felldur í Hæstarétti Íslands dómur í máli konu sem vildi ekki leyfa að heilsufarsupplýsingar látins föður hennar yrðu settar í miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði. Hún vann málið og það túlkaði bandaríska læknaritið *New England Journal of Medicine* sem dauðadóm yfir því litla sem eftir lifði af áætlun móðurfélags ÍE, deCODE, um að gera gagnagrunninn að veruleika. Síðan hefur lítið til hans spurst.



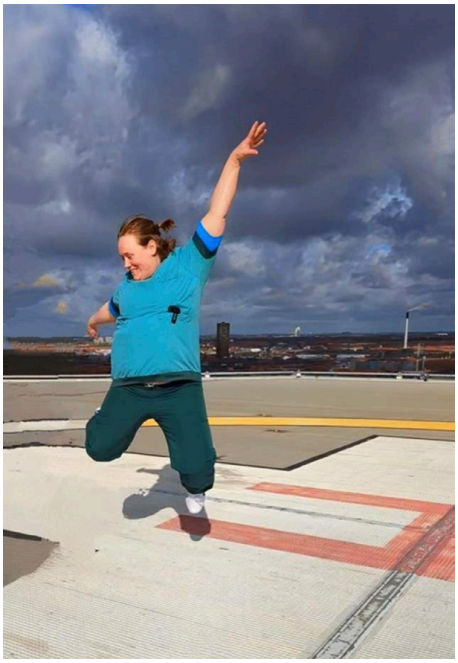
Svona leit forsíða blaðsins út eftir stækkun brotsins í A4, hér með mynd eftir listamanninn Eggert Magnússon.

Sameining og offita

En að sjálfsögðu gerðist ýmislegt í íslenskum heilbrigðismálum þessi ár annað en bröltið í kringum gagnagrunninn. Sjúkrahúsin tvö í Reykjavík höfðu sameinast og árið 2003 var gefin út skýrsla um árangur þeirrar sameiningar. Hún var þess eðlis að einn helsti andstæðingur sameiningarinnar, Tómas Helgason, lýsti því yfir að sameiningin hefði mistekist en tveir úr hinum herbúðunum drógu þá ályktun að þrátt fyrir vissa vankanta hefði sameiningin lukkast nokkuð vel.

Það voru líka að sjálfsögðu skrifaðar og birtar fjölmargar fræðigreinar eins og vera ber í ritrýndu fræðiriti um læknisfræði. Í 90 ára afmælisriti blaðsins eru birtar merkustu eða athyglisverðustu fræðigreinar hvers áratugar og mér finnst það segja sína sögu um þróun íslensks samfélags að sú sem varð fyrir valinu frá þeim áratug sem hér er skoðaður skuli hafa fjallað um „þróun ofþyngdar og offitu meðal 45-64 ára Reykvíkinga á árunum 1975-1994“.

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



María Kristbjörg Árnadóttir
svæfinga- og gjörgæslulæknir á sjúkrahúsinu á Akureyri

Vel skrifaðar kvenpersónur eru í miklu uppáhaldi

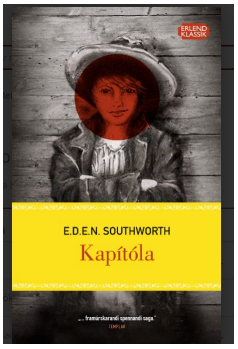
Bækur hafa alla tíð átt sérstakan stað í mínu hjarta. Að snerta pappírinn, fletta blaðsíðum, finna lyktina. Kannski ekki skrýtið, alin upp að hluta til hjá ömmu minni og afa, fjórða kynslóð í gömlu húsi stútfullu af gömlum bókum. Ég var reglulegur gestur á bókasafninu og tók þátt í öllum lestrarátökum líkt og um keppnisgrein á Ólympíuleikunum væri að ræða. Sem barni þótti mér skemmtilegast að lesa um snjallar, sterkar og ráðagóðar stelpur. Ein slík sögupersóna var Kapítóla Black, skrifuð af E.D.E.N. Southworth árið átjánhundruð og súrkál, gamaldags vissulega en stórskemmtileg frásögn. Ég rakst nýlega á kiljuna í bókabúð, en eintakið sem ég fékk í hendurnar á sínum tíma var um hundrað árum eldra.

Sögur kvenna, sögur um konur og vel skrifaðar kvenpersónur eru enn í miklu uppáhaldi hjá mér og bókin sem mig langar að skrifa um og mæla með er einmitt saga konu, skrifuð af konu. Bókin heitir *Kona í hvarfpunkti* og er eftir Nawal El Saadawi (1931-2021), afkastamikinn rithöfund, geðlækni, mannréttindafrömuð og baráttukonu. Bókin fjallar um ævi Firdaus, vændiskonu sem situr í fangelsi og bíður þess að vera tekin af lífi fyrir morð. Ofbeldi í öllum birtingarmyndum og valdaójafnvægi í samfélaginu einkenna líf aðalpersónunnar sem byggir á kvenfanga sem El Saadawi komst í kynni við þegar hún gerði rannsóknir á geðrænum vandamálum arabískra kvenna í hegningarhúsum Egyptalands. Þegar bókin kom út árið 1977 var það ekki í heimalandi höfundar, þar var hún bönnuð vegna efnistaka. Um tíma var El Saadawi í útlegð frá Egyptalandi og sat hún síðar í fangelsi eftir komuna heim. Þó svo að þessi bók hafi komið út fyrir rúmum 40 árum er hún mikilvæg lesning í nútíma heimi þar sem enn er vegið að réttindum og frelsi kvenna.

„... alin upp að hluta til hjá ömmu minni og afa, fjórða kynslóð í gömlu húsi stútfullu af gömlum bókum“

Því miður hefur tími til yndislestrar minnkað síðustu árin og bækurnar liggja hálfkláraðar í hinum ýmsu hillum, síðasta talning stóð á átta bókamerkjum í notkun plús þrjár bækur opnar á hvolfi. Það verður tekinn skurkur í lestri á næsta ári, já eða þar næsta. Best væri auðvitað að klára staflann áður en byrjað verður á listanum yfir áhugaverðar bækur, sem er galopinn fyrir tillögum.





Ég vil þakka Sigrúnu Lilju fyrir áskorunina (engar áhyggjur, mér liggur ekkert á að fá þessar bækur) og skora næst á Vöku Kristínu Sigurjónsdóttur, barnanýrnalækni, lektor við University of Miami og rannsakanda við Stanford.

Hera Birgisdóttir

Mikið er ég lánsöm að búa á Króknum

– Dagur í lífi heimilislæknis í Skagafirði



Hera Birgisdóttir heimilis- og héraðslæknir í Skagafirði.

07:20 Vekjaraklukkan hringir. Ég tala oft um að vera þræll A-fólksins, vinnudagurinn mætti nú alveg byrja aðeins seinna. Við eiginmaðurinn hjálpumst að við að koma börnunum af stað inn í daginn. Hleypi hundinum út og gef henni að borða. Var á vakt í gær svo ég er á vaktbíl, keyri í vinnuna, tekur 2 mínútur. Já maður græðir aukatíma í sólarhringinn úti á landi og þarf kannski ekki að vakna alveg eins snemma.

08:00 Morgunfundur. Farið yfir vaktina síðastliðinn sólarhring. Áhugaverð tilfelli rædd. Fáum okkur morgunmat. Er ekki enn byrjuð að drekka kaffi og hugsa að ég byrji ekkert úr þessu. Þaðan farið upp á röntgen og farið yfir röntgenmyndir frá deginum áður. Næst er það stofugangur. Nú liggja sjö sjúklingar inni og tveir í endurhæfingu, sem telst full deild. Ómetanlegt sem heimilislæknir að geta lagt inn skjólstæðinga með vandamál sem við getum sinnt hér, til dæmis eldra fólk sem vegna veikinda eða slysa getur ekki verið heima. Hef unnið annars staðar, bæði hérlendis og erlendis, og þá var eina lausnin að senda sjúklinga á bráðamóttöku. Við sendum síðan alvarlega veika einstaklinga á SAk til frekari rannsókna og meðferðar eða á LSH eftir því sem við á.

10:00 Móttakan byrjar, hitti þrjá skjólstæðinga og er með átta símatíma fyrir hádegi. Væri til í að hætta með símatíma, þeir draga úr mér alla orku, hefur einhver heyrt um símatímakvíða?

12:00 Hádegismatur. Reyni stundum að fara í ræktina í hádeginu á föstudögum en komst ekki í dag, var að aðstoða sérnámsgrunnslækni með tilfelli á vaktinni. Vaktirnar hér geta verið allskonar og það koma inn á milli mjög áhugaverð tilfelli en einnig krefjandi útköll. Við sinnum stóru héraði og vaktlæknir fer með sjúkrabíl í alvarleg útköll vegna veikinda og slysa.

13:00 Móttaka eftir hádegi. Hitti sex skjólstæðinga. Er á bakvaktinni. Sérnámsgrunnslæknir og sérnámslæknir banka stundum á hurðina og ræða málin. Mjög gefandi og skemmtilegt að handleiða og vera til staðar fyrir óreyndari lækna. Eins eru eldri kollegar mínir hér alltaf til í að hjálpa mér og öðrum hér. Mórallinn hér á Króknum er frábær og samvinna kollega til fyrirmyndar.

15:30 Kaffi, mikilvægt að hitta kollegana og fara yfir málin, gefst nú ekki alltaf tími til þess því miður.

16:00 Sagði einhver pappírsvinna? Kemst því miður aldrei heim á réttum tíma. Þarf að bæta það. Græja tvö endurhæfingarvottorð og tvær tilvísanir. Hringi út nokkrar niðurstöður og svara nokkrum skilaboðum í Heilsuveru.

18:00 Kemst heim og fer með hundinn í stutta göngu.

18:30 Kjúklingasúpa hjá mömmu. Mesti lúxusinn að hafa foreldra mína í næsta húsi. Við fjölskyldan njótum öll góðs af.

19:15 Æfingaleikur hjá meistaraflokki karla í körfubolta. Hálfur bærinn mættur að horfa á. Ótrúlegur áhugi fyrir þessu hér og ég og mín fjölskylda erum ekki undanskilin. Góður sigur hjá mínum mönnum, sem gefur góð fyrirheit fyrir veturinn.

21:00 Útkall, skurður í andliti á barni, þarf að sauma, ég og sérnámsgrunnslæknir grejum það. Set upp æðalegg hjá einum sem liggur inni á sjúkradeild. Þar kom nýja ómtækið sem við vorum að fá sér vel.

22:15 Kemst loksins heim. Við eiginmaðurinn skiptum liði með börnin og komum þeim í rúmið. Horfi á einn þátt af Emily in Paris og grip í prjónana.

23:00 Farin í háttinn. Hlusta á Storytel, er farin að stilla á að það slökkni eftir 5 mínútur svo fljótt sofna ég, kannski ágætis eiginleiki fyrir héraðslækni á vakt sem er stundum vakin nokkrum sinnum á nóttu.

Ég á helgarvaktina svo það er mæting á stofugang klukkan 10 í fyrramálið. Vonum að nóttin verði róleg. Mikið er ég lánsöm að búa á Króknum með fjölskyldunni minni og vinna svona skemmtilegt og gefandi starf.

Hvernig valdirðu sérgrein þína? Hvar lærðir þú og hvaða ráð viltu gefa ungum læknum?

Meðganga og fæðing eru töfrar og leyndardómur



Hulda Hjartardóttir
fæðingar- og kvensjúkdómalæknir

Ég ætlaði alls ekki að verða læknir þegar ég var í menntaskóla heldur hafði ég hugsað mér að leggja málvísindi fyrir mig. Ég hef alltaf haft gaman af tungumálum og fór í máladeild til að undirbúa mig fyrir nám því tengdu. En lífið tekur oft óvænta stefnu og þannig fór að ég varð ófrísk og fæddi frumburðinn á fyrsta ári í námi í málvísindum í Háskóla Íslands. Þetta ferli allt saman, meðgangan og fæðingin, vakti slíkan áhuga hjá mér að ég fór að viða að mér kennslubókum í Bóksölu stúdenta um þessi fræði og einnig að skoða námsvísi HÍ um læknisfræði. Ég ákvað að láta slag standa og skrá mig í læknisfræði næsta haust á eftir og hætta í málvísindunum.

Ég ætlaði bara að láta á það reyna hvort ég kæmist í gegnum numerus clausus þrátt fyrir lítinn undirbúning í raungreinum. Það tókst og ég fann fljótt að þetta átti mjög vel við mig og ég sá fyrir mér meira spennandi starf en það sem hefði legið fyrir hefði ég klárað málvísindin. Mér fundust flestar sérgreinar spennandi eftir því sem ég kynntist þeim í gegnum læknanámið og á kandidatsári en þó hafði fæðingarhjálpin alltaf yfirhöndina og ég fékk þjálfun á Kvennadeild Landspítalans í tvö ár eftir að kandídatsárinu lauk.

Ég velti auðvitað mikið fyrir mér hvert ég ætti síðan að stefna til að verða fullnuma í faginu. Mér fannst að þeir sérfræðingar sem höfðu fengið þjálfun sína í faginu í Bretlandi, með prófessorinn Reyni Tómas Geirsson í fararbroddi, væru mjög vel að sér bæði faglega og klínískt og einsetti mér að reyna að komast þangað. Til að greiða fyrir því tók ég fyrri hluta sérfræðiprófsins og fékk svo fyrir algjöra tilviljun stöðu í Leeds í Englandi. Þar og í nágrannaborginni Bradford var ég við sérnám í sjö ár.

Þarna voru góð sjúkrahús og mikill metnaður í starfinu. Ég kynntist bæði rannsóknastarfi og öllum hliðum kvensjúkdóma og fæðingarhjálpar og sérhæfði mig að auki í ómskoðunum á meðgöngu. Með þetta í farteskinu flutti ég aftur heim og hóf störf á Kvennadeild Landspítalans þar sem ég hef starfað óslitið síðan. Að vísu tók ég eins árs leyfi og vann á fæðingadeild í Stafangri í Noregi fyrir rúmum 10 árum og eignaðist þar góða vini og fékk uppörvun til að taka upp þráðinn í rannsóknum á nýjan leik. Það leiddi síðan til doktorsnáms og ritgerðar sem ég varði fyrir þremur árum.

Það sem heldur áhuganum á að starfa við þetta fag gangandi er sá leyndardómur og töfrar sem meðganga og fæðing eru. Mér hefur alltaf verið hugleikið að reyna að stuðla að því að sem flestar konur geti fætt eðlilega. Fæðing er lífsmótandi atburður og ef vel gengur eitt það jákvæðasta og sterkasta sem kona gengur í gegnum. Á hinn bóginn getur það verið það erfiðasta sem kona hefur upplifað og getur valdið henni langvarandi erfiðleikum á ýmsa lund og því mikilvægt að þessar konur séu eins fáar og hægt er.

Rannsóknavinna mín hefur því beinst að vaxtarbroddi innan fagsins þar sem ómskoðanir í fæðingu eru nú að auka skilning okkar á þessu flókna ferli. Í leiðinni uppgötvar maður hve mörgum spurningum er ósvarað og hve margt í þessu ferli er á huldu enn þann dag í dag. Í rannsóknum mínum gat ég sameinað bæði langa klíníska reynslu mína og þekkingu á ómskoðunum og vona að mér takist að örva fleiri til dáða í þeim efnum.

„Fæðing er lífsmótandi atburður og ef vel gengur eitt það jákvæðasta og sterkasta sem kona gengur í gegnum. Á hinn bóginn getur það verið það erfiðasta sem kona hefur upplifað ...“

FÆÐINGA- OG KVENSJÚKDÓMALÆKNINGAR

Leyfðu sérgreininni að velja þig!



Ómar Sigurvin Gunnarsson
fæðingarlæknir

Ég hef alltaf haft áhuga á mannlega þættinum, því húmanistíska. Hvað liggur að baki þeim persónum sem við hittum? Hvað hefur á daga þeirra drifið? Hvernig líður þeim? Það byrjaði þegar ég sem ungur drengur fékk að heimsækja ömmu mína í vinnuna hennar á sjúkra- og öldrunardeildinni á sjúkrahúsinu á Húsavík. Hún hafði svo mikinn áhuga á „fólkinu sínu", þeim sem hún sinnti. Ég gat varið heilu dögunum í að ræða við skjólstæðinga hennar og fylgjast með því sem á daga þeirra dreif. Þessi áhugi á mannlega þættinum gerði það síðar að verkum að ég var alfarið ákveðinn í að leggja stund á geðlækningar, jafnvel áður en ég komst inn í grunnnámið. Svo ákveðinn var ég að ég sótti um vinnu á Kleppi um leið og ég byrjaði námið og starfaði þar undir handleiðslu Guðfinns P. Sigurfinnssonar og fleiri nokkur sumur og meðfram kúrsinum í geðlæknisfræði. Að afloknu þeirri önn var komið að kúrsinum í fæðinga- og kvensjúkdómum og ég var sannfærður að sá kúrs snerist bara um að komast í gegnum hann án þess að lenda of mikið upp á kant við ljósmæðurnar og/eða vera sendur út úr herberginu við ólíkar aðstæður. En ég hafði svo ótrúlega rangt fyrir mér!

Kúrsinn var í alla staði frábær og starfsfólkið og sjúklingarnir einnig. Ég mun aldrei gleyma fyrstu fæðingunni sem ég var viðstaddur. Læknanemarnir fengu oft það hlutverk að vera sjálfir inni á stofunni á upphafsstigi fæðingar og þá reyndi maður mest að vera ekki fyrir og halda uppi léttu spjalli við konuna sem var í fæðingu og þá sem voru með henni. Í umræddri fæðingu benti lítið til, samkvæmt mínu mati, að nokkuð væri að gerast þar til allt í einu að konan, sem þá var standandi, fór að rembast. Ég spratt upp og hringdi bjöllunni og hjálpaði konunni upp í rúmið og skyndilega sá ég í höfuð barnsins. Á sama tíma kom ljósmóðirin inn og við hjálpuðumst að við fæðinguna. Að fæðingu lokinni settist ég inn á kaffistofu, felldi ófá gleðitár og það varð ekki aftur snúið. Þetta var mín sérgrein! Ekki spillti fyrir að áhugi minn á mannlega þættinum og geðlækningum kom að góðum notum í þessari sérgrein. Við vinnum mikið með hið sálræna og samband læknis og sjúklings skiptir ótrúlega miklu. Það gefur starfinu líka aukið gildi að vera forvitinn um sjúklingana og gefa af sér.

Ég var lengi á Íslandi að loknu kandídatsári. Ég öðlaðist mikla reynslu og fékk að vinna lengi á skurðdeild og svæfingadeild, ásamt því að sinna félagsmálum sem formaður Félags almennra lækna (FAL) og klára meistaranám. Þegar komið var að því að fara til útlanda varð Lundur fyrir valinu. Til Lundar kom ég 2016 og kláraði sérnám í upphafi árs 2018. Eftir það hef ég unnið sem sérfræðilæknir og verðandi yfirlæknir, ásamt því að stunda doktorsnám síðan 2020. Auk þess var ég virkur í félagsmálum í læknafélaginu hér í Svíþjóð 2016-2021. Klínískt sinni ég einkum konum í áhættumæðravernd og fer fyrir teyminu sem sinnir konum með fæðingahræðslu/ótta. Frá 2023 hef ég auk klínískra starfsins og doktorsnámsins einnig sinnt yfirmannsstöðu sem sviðsstjóri yfir sérnámslæknunum (ST sektionschef) á kvennadeildinni í Lundi. Þar erum við með um 20 sérnámslækna og það gefur starfinu nýja og spennandi vídd, þó það sé á stundum ansi mikið að gera.

Í ár voru 20 ár frá því ég byrjaði í læknisfræði. Ég hefði aldrei getað ímyndað mér að 20 árum síðar myndi ég vera starfandi fæðingarlæknir, vísinda- og yfirmaður. Að fá að sinna fæðingarþjónustu og upplifa hamingjuna og þakklætið sem fylgir því er ómetanlegt. Ég myndi ekki vilja skipta á minni sérgrein og nokkurri annarri og hvet alla til að láta hjartað ráða för og leyfa sérnáminu að velja sig!

„Að fæðingu lokinni settist ég inn á kaffistofu, felldi ófá gleðitár og það varð ekki aftur snúið"

Berglind Bergmann
sérnámslæknir í lyflækningum og læknir í Borgarnesi



Er leikskólavandi Reykjavíkurborgar mannauðsvandi Landspítala?

Það er áþreifanleg mannekla í heilbrigðiskerfinu okkar og umfram eftirspurn eftir þjónustu lækna. Á málþingi Embættis landlæknis um sjúklingaöryggi í septembermánuði sagði landlæknir að mikilvægasta leiðin til að efla sjúklingaöryggi í kerfinu okkar eins og staðan er, væri að efla mönnun.[1] Með fjölgun Íslendinga og öldrun þjóðar mun ástandið ekki batna nema gripið verði til róttækra aðgerða. Nú þegar fimm ár eru í opnun nýs Landspítala hefur heilbrigðisráðherra nýlega rætt um nauðsyn þess að stækka bráðamóttökuna í Fossvogi.[2] Legurýmum mun ekki fjölga á Nýjum Landspítala og því er farið að benda á nauðsyn þess að halda Landspítalanum í Fossvogi áfram gangandi eftir opnun Nýs Landspítala.[3] En hverjir eiga að manna allar þessar nýju stöður þegar manneklan er þegar til staðar?

Fleiri eru nú teknir inn í Læknadeild og margir stunda læknisfræði erlendis. Einhverjir horfa með vonaraugum á eflingu sérnáms á Íslandi sem eina helstu leiðina til að takast á við áskoranir framtíðar. Sérnám á Íslandi hefur svo sannarlega stóreflst síðustu árin og læknum sem taka sérnám sitt hérlendis að hluta eða að fullu hefur snarlega fjölgað og eru nú á þriðja hundrað,[4] þar af um 200 á Landspítala.[5] Afleiðingin er ört stækkandi hópur fótgönguliða á Landspítalanum sem manna staðarvaktir dag sem nótt og standa í framlínunni. Svipaða sögu má segja á heilsugæslunni. Þessir læknar, sem alla jafnan eru ungt fólk á barneignaraldri, vakna nú upp við vondan draum. Martröðin er leikskólavandi höfuðborgarsvæðisins, og þá sérstaklega Reykjavíkurborgar. Sé tekið mið af meðalaldri barna við inngöngu á leikskóla í Reykjavík, þurfa foreldrar að bíða í að minnsta kosti tíu mánuði eftir plássi í kjölfar fæðingarorlofs. Þann tíma velst annað foreldrið til þess að vera heima og gæta barns síns, án tekna og með tilheyrandi hléi á ferli sínum. Ég horfi á kollega drífa sig fyrr út í sérnám af þessum sökum, aðra minnka starfshlutfall eða jafnvel fara í launalaust leyfi til að vera heima með barninu sínu sem ekki fékk leikskólapláss. Dýr barnapössun fyrir samfélagið. Ég efast ekki um að svipuð sé raunin hjá hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum. Sjálf fann ég mig knúna til þess að gera hlé á sérnámi mínu í lyflækningum á Landspítala í kjölfar fæðingarorlofa. Ég flutti með eins og tveggja ára börn, hund og mann í Borgarnes, sem gerði mér kleift að starfa áfram sem læknir, tryggja börnum mínum leikskólapláss og maðurinn minn gat jafnframt sinnt sinni vinnu. Við sem höfum unnið á lyflækningasviði Landspítalans finnum áþreifanlegan mun þegar einn læknir dettur út vegna stuttra veikinda. Hvað þá að missa lækni úr vinnu í marga mánuði eða ár, sem vill vinna, en kubbar í staðinn heima hjá sér og gerir hlé á sérnámi sínu til að vera áfram heima með barnið sitt sem ætti að vera komið á leikskóla og fá þar sína félagslegu örvun og allt hið góða sem fylgir leikskóladvölinni?

Þessir læknar, sem alla jafnan eru ungt fólk á barneignaraldri, vakna nú upp við vondan draum.

Hér áður fyrr, þegar gamli Borgarspítalinn og Landspítalinn við Hringbraut voru aðskildar stofnanir, voru ýmsar góðar afleiðingar samkeppni um mannauðinn augljósar. Þá bauðst starfsfólki forgangur í leikskólapláss á Birkiborg ef það vann á Borgarspítala, svo dæmi séu nefnd. Aðrir hafa lagt til að Landspítali stofni leikskóla fyrir starfsfólk sitt[6,7] en fyrirmyndir að slíkum leikskólum má finna á Norðurlöndunum og í Bandaríkjunum. Fyrir 16 árum fóru forsvarsmenn Landspítalans þess á leit við Reykjavíkurborg að fá að koma á fót ungbarnaleikskóla til þess að vinna á manneklu,[8] en slíkt myndi óneitanlega brúa fyrrnefnt tíu mánaða bil þar sem foreldrarnir komast ekki í vinnu eins og staðan er í dag.

Það ætti að vera öllum ljóst að leikskólavandinn er svo sannarlega mannauðsvandi Landspítala. Það er mikil synd í ljósi þeirrar öflugu vinnu sem farið hefur í uppbyggingu sérnáms hérlendis, sem og blóðugur missir fyrir íslenskt heilbrigðiskerfi, að missa unga lækna úr vinnu sinni.

Heimildir

1. Málþing um sjúklingaöryggi (youtube.com) https://www.youtube.com/watch?v=y_T0zgC1h8E
2. https://www.visir.is/g/20242619127d/timabaert-ad-staekka-bradamottokuna-a-landspitalanum
3. https://www.visir.is/g/20242619594d/vill-halda-borgarspitalanum-opnum-thegar-ad-nyi-spitalinn-opnar
4. https://www.laeknabladid.is/tolublod/2024/03/nr/8595
5. Málþing um sérnám á Íslandi á Læknadögum 2024
6. Þegar von er á barni - Thelma Kristinsdóttir fyrir Læknablaðið tölublað 9/2024
7. https://vidreisn.is/2022/04/leikskoli-fyrir-landspitala/
8. https://www.visir.is/g/20081839931d/lsh-vill-reka-ungbarnaleikskola-til-ad-vinna-a-manneklu

Vísinda- og þróunarstyrkir

Haustúthlutun 2024

Félags íslenskra heimilislækna

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

Umsóknir um haustúthlutun fyrir styrkárið 2024 þurfa að berast sjóðnum **fyrir 21. október** næstkomandi. Umsóknir sem berast eftir þann tíma verða ekki teknar til greina.

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

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

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

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

Nánari upplýsingar veitir

Emil L. Sigurðsson (emilsig@hi.is)

Stjórn Vísindasjóðs FÍH

Heimilislæknaþingið 2024

Reykjavík 17.-18. október 2024

Heimilislæknaþing Félags íslenskra heimilislækna verður haldið í Gamla bíó í Reykjavík, 17.-18. október næstkomandi og hefst þingið á hádegi þann 17. október.

Samkvæmt venju verða kynntar rannsóknir, rannsóknaráætlanir og þróunarverkefni í formi erinda. Útdráttum (sbr. leiðbeiningar hér að neðan) skal skila til Margrétar Ólafíu Tómasdóttur á mot@hi.is og er skilafrestur til 30. september næstkomandi. Ágripin verða birt í sérstöku riti þingsins.

Þinginu lýkur með aðalfundi Félags íslenskra heimilislækna eftir hádegi föstudaginn 18. október. Á föstudagskvöldi verður matur, skemmtun og dans auk útskriftar sérnámslækna í heimilislækningum.

Nánari dagskrá og upplýsingar um skráningu verða sendar í tölvupósti til félagsmanna þegar nær dregur.

Fyrir hönd undirbúningsnefndar,

Margrét Ólafía Tómasdóttir og Björg Ólafsdóttir

Útdráttur úr rannsókn skal rúmast á einu A4-blaði með hefðbundnum spássíum og hægri jöfnun. Texti getur að jafnaði verið um 300-350 orð. Letur: Times New Roman. Leturstærð 16 í fyrirsögn og 14 í megintexta. Nota skal lágstafi í fyrirsögn. Á eftir fyrirsögn koma nöfn höfunda. Undirstrikið nafn flytjanda/aðalhöfundar ásamt vinnustað hans og tölvupóstfangi. Ef um hefðbundna megindlega rannsókn er að ræða, skal megintexta skipt í: Bakgrunnur; Tilgangur; Efniviður og aðferðir; Niðurstöður og Ályktanir. Framsetning eigindlegra rannsókna getur verið frjálslegri, en kaflaskipti æskileg. Að jafnaði er ekki gert ráð fyrir heimildalista í útdrætti.

Auglýsing