Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



LEIÐARI
Komum í veg fyrir alnæmi, greinum HIV tímanlega

LIPUR PENNI
Á ÉG að votta það?

NÝDOKTORAR
Daði Þór Vilhjálmsson
Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen

VIÐTAL
Ólafur Helgi Samúlesson

1915-2024

árgangur: 497-548

11/2024

Auglýsing



Flæðið í lausninni er gott og við erum sérstaklega stolt af sjúkraskráningarhlutanum þar sem er búið að hugsa fyrir minnstu smáatriðum," segja Davíð Þórisson og Matthías Leifsson. Mynd/HS

„Leviosa komið til fyrstu notenda"

segja Davíð Þórisson og Matthías Leifsson

■■■ Hávar Sigurjónsson

Davíð Þórisson og Matthías Leifsson hafa unnið ásamt samstarfsfólki að þróun nýs sjúkraskrárkerfis undanfarin tvö ár. Þeir urðu góðfúslega fyrir svörum um nýja kerfið.

Hvað er Leviosa?

Framleiðnitól! Leviosa er fyrsta sjúkraskráningarkerfið á Íslandi sem keyrir á vafra og er hýst í skýinu – það eitt og sér býður upp á ótal nýja möguleika. Leviosa er nútímalegt og gerir heilbrigðisstarfsfólk margfalt skilvirkara. Og úthvíldara þegar tæknin minnkar skriffinnskuna!

Hver er tilgangurinn með kerfinu?

Að einfalda vinnu heilbrigðisstarfsfólks með því að straumlínulaga klínískt vinnulag í nútímalegu notendaviðmóti. Okkar djúpa þekking á störfum lækna, þörfum þeirra og heilbrigðiskerfinu almennt gerir okkur kleift að hugsa upp á nýtt hvað er útópískt sjúkraskrárkerfi sem setur notandann í fyrsta sæti.

Er kerfið tilbúið til notkunar?

Já – en við þurfum að bæta í verkfærakistuna til að ná stærri og flóknari stofum og erum á hraðri leið með að tikka í þau box. Við erum afar stolt af því að hafa á um tveimur árum þróað heildstætt sjúkraskrárkerfi sem er komið þetta langt og í rekstur. Leviosa hefur allar grunneiningar tilbúnar í dag – sjúkraskrárhlutann, dagatal og skipulag og reikningagerð. Samþætting við Heklunetið, Sjúkratryggingar, Þjóðskrá, SMS-þjónustu og fleira er komin í loftið. Styrkleiki okkar felst í klínískri þekkingu í þróun lausnarinnar – auk þess sem við erum með öflugt 11 manna teymi sem brennur fyrir verkefnið.

Viðbrögð notenda?

Kerfið fór í loftið í vor og við höfum fengið afar góð fyrstu viðbrögð. Við vorum heppin að fá þolinmóða notendur með okkur til að byrja með þar sem eðlilega þurfti að hrista nokkra „barnasjúkdóma" úr kerfinu en það hefur gengið vel og við uppfærum kerfið á 1-2 vikna fresti og þróumst því hratt. Við vinnum náið með notendum okkar að besta flæðið í gegnum stofurnar þeirra og aðlaga að þeirra óskum. Við erum að bæta við fleiri læknastofum í vetur og hlökkum mikið til frekara samstarfs – og minnum á að við erum alltaf tilbúin í kaffibollaspjall við stéttina þarna úti.

Hver er samkeppnisstaða ykkar gagnvart öðrum kerfum?

Það hefur ekki komið nýtt sjúkraskrárkerfi á íslenskan markað í um 20 ár og einkennist markaðurinn í dag af fákeppni með einum markaðsráðandi aðila. Megnið af innviðum og framþróun síðastliðin 20 ár í sjúkraskrármálum hafa verið kostuð af hinu opinbera og farið í gegnum eitt fyrirtæki sem stuðlar að ósamkeppnishæfu umhverfi. Í flestum nágrannaríkjum okkar er búið að vinda ofan af slíkum viðskiptasamböndum til að efla framþróun með hagsmuni heilbrigðisstarfsfólks og sjúklinga að leiðarljósi. Við sjáum líka erlendis að þar er áherslan í heilbrigðistækni svipuð og Stafrænt Ísland hefur byggt upp innviði hérna heima, leggja grunninn að samtengingum og þjónusta svo aðila jafnt í heilbrigðu samkeppnisumhverfi. Þetta er auðvitað svekkjandi staða en við höfum fyrst og fremst nýtt mótbyrinn í hvatningu fyrir okkur til að hafa áhrif á þennan markað.

Hvernig hafið þið fjármagnað þróunarvinnuna?

Að megninu til er þróunarvinnan fjármögnuð af styrkjum og englafjárfestum – en við héldum einnig kynningu fyrir hundruði lækna og eru um 120 þeirra fjárfestar og þátttakendur í Leviosa-vegferðinni í dag. Það er skýrt ákall um eitthvað nýtt og betra.

Á hvaða hátt er ykkar kerfi betra en það sem nú þegar er í notkun?

Okkar viðskiptavinir eru hvað ánægðastir með hraða. Leviosa einfaldlega virkar og frýs ekki eða hrynur á ögurstundu. Flæðið í lausninni er gott og við erum sérstaklega stolt af sjúkraskráningarhlutanum þar sem er búið að hugsa fyrir minnstu smáatriðum þannig að læknirinn geti „bara unnið". Hann á ekki að þurfa að berjast við músina eða fara krókaleiðir til að klára einföld verkefni. Þessum árangri höfum við náð með nánu samstarfi við lækna og annað heilbrigðisstarfsfólk.

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
Hávar Sigurjónsso

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



503

Elías Ólafsson

Flysjun heilaæða

Um aldamótin 2000 kom fram ný tækni til æðamyndatöku af heilaæðum. Nú var hægt að nota sneiðmyndir án inngrips (non-invasive) og við það fjölgaði verulega greiningum á flysjun, sem orsök slags.



505

Guðrún Aspelund

Komum í veg fyrir alnæmi, greinum HIV tímanlega

HIV er ekki læknanlegur sjúkdómur en hægt er að halda einkennum niðri með lyfjameðferð og flestir sem fá meðferð hafa góðar lífshorfur.

FRÆÐIGREINAR

506

Iðunn Andradóttir, Brynhildur Thors, Ólafur Sveinsson

Hálsæðaflysjun á Íslandi: faraldsfræði, meðferð og horfur

Hálsæðaflysjun (cervical artery dissection) er algeng orsök blóðþurrðarslags í ungum og miðaldra einstaklingum. Vegna framfara í myndrannsóknum og aukinnar vitneskju greinast flysjanir nú mun oftar en áður. Markmið rannsóknarinnar var að rannsaka nýgengi hálsæðaflysjunar á Íslandi á tímabilinu 2005-2023.

512

Katrín Hólmgrímsdóttir, Sæmundur Rögnvaldsson, Telma Huld Ragnarsdóttir, Erna Milunka Kojic

Allir geta smitast af HIV en enginn ætti að fá alnæmi – tvö tilfelli alnæmis hjá íslenskum konum

HIV getur haft margvíslegar birtingarmyndir og án meðferðar getur það leitt til alnæmis og alvarlegra fylgikvilla. Við eigum öflug lyf við sjúkdómnum og viljum meðhöndla alla með HIV áður en kemur til alvarlegs sjúkdómsástands en forsenda þess er að einstaklingar fari í HIV-próf. HIV á að vera á mismunagreiningalista heilbrigðisstarfsfólks hjá einstaklingum með óútskýrð einkenni, óháð áhættuþáttum fyrir HIV-sýkingu þar sem oft er auðvelt að vanmeta þá. Við lýsum hér tveimur nýlegum tilfellum alnæmis hjá íslenskum konum sem þóttu ekki hafa áhættuþætti fyrir HIV og gengu í gegnum langa uppvinnslu sem leiddi til þess að þær voru komnar með alnæmi við greiningu.

516

Guðrún Margrét Viðarsdóttir, Hulda María Einarsdóttir, Jón Gunnlaugur Jónasson, Páll Helgi Möller

Meckels-sarpbólga með rofi – sjúkratilfelli og umfjöllun um sjúkdóminn

Meckels-sarpur er algengt meðfætt frávik í fósturþroska dausgarnar. Meckels-sarpur er yfirleitt einkennalaust fyrirbæri en fylgikvillar á borð við blæðingar og sarpbólgu geta komið fyrir. Við kynnum tilfelli hjá rúmlega fertugum manni sem greindist með Meckels-sarpbólgu með rofi en hann hafði einnig fyrri sögu um blæðingu frá meltingarvegi.



Á FORSÍÐU

Forvarnir kynsjúkdóma

Of mikill vöxtur er í nýgengi kynsjúkdóma hér á landi. Flestir vita að besta vörnin gegn þeim er smokkurinn. Til að draga úr kynsjúkdómum og minna á mikilvægi smokksins tók sóttvarnarlæknir nýlega þátt í samstarfi við félagið Ástráð, kynfræðslufélag læknanema við Háskóla Íslands. Samstarfið felst í forvörnum kynsjúkdóma með birtingu myndbanda á samfélagsmiðlum sem miðlað var til ungs fólks. Verkefnið var styrkt af Embætti landlæknis.

Erratum: Á blaðsíu 479 í síðasta tölublaði *Læknablaðsins*, var rangt farið með nafn dr. Braga Þorgríms Ólafssonar, fagstjóra Handritasafns Landsbókasafns Íslands. Er beðist velvirðingar á þessum leiðu mistökum. Þau hafa verið leiðrétt á heimasíðu blaðsins.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

524

Öldrunarendurhæfing er samfélaginu nauðsynleg

Hávar Sigurjónsson

„Það er samfélagslegur ávinningur að sístækkandi hópur eldra fólks haldi heilsu sem lengst í víðasta skilningi þess hugtaks en það eru auðvitað ekki síður einstaklingsbundin gæði“ segir Ólafur Helgi Samúelsson





526

Lítið þokast frá því í vor

Hávar Sigurjónsson

Margrét Ólafía Tómasdóttir segir að innan Félags heimilislækna sé starfandi faghópur „...sem hefur það verkefni að skilgreina starf heimilislækna betur og þannig sé ljóst af okkar hálfu hvað eigi heima innan heilsugæslunnar og hverju væri betur sinnt annars staðar.“

528

Draumastaðan að biðtími verði þrír mánuðir

Hávar Sigurjónsson

„Við höfðum einu sinni komið til Íslands um helgi árið 2008 og fannst landið dásamlegt. Þegar við bættist möguleikinn á að taka þátt í að byggja upp þjónustu við transfólk hér, þá var þetta í rauninni engin spurning heldur mjög spennandi“ Hávar tók hjónin Elizabeth Henderson Mcelrea og David John Rodgers tali.



534

Doktorsvörn frá háskólanum í Lundi

Daði Þór Vilhjálmsson

535

Doktorsvörn frá Háskóla Íslands

Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen

520 Fréttir

LÖGFRÆÐI 52. PISTILL

533

Dögg Pálsdóttir

Ábyrgð lækna á læknisvottorðum

110. ÁRGANGUR LÆKNABLAÐSINS

536-539

Þóra Steingrímsdóttir

Spegillinn:

Ecclampsia – Leiftur

Runólfur Pálsson

Frumkvöðlar í læknastétt:

Upphaf nýrnaskilunar á Íslandi

BRÉF TIL BLAÐSINS

532

Anna Margrét Halldórsdóttir
Þórólfur Guðnason

Vitundarvakning um sýklalyfjaónæmi og ný aðgerðaáætlun íslenskra stjórnvalda

ÖLDUNGADEILD LÍ

540

Ingimundur Gíslason

Þrír minnisverðir augnatburðir

541

100 öldunga-deildarfélagar í 30 ára afmæli

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

544-545

Barna- og unglingageðlækningar





Gísli Baldursson

Myndi velja að nýju

Hanna Sesselja Hálfdánardóttir

Krefjandi og lærdóms-ríkur rússíbani

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



523

Oddur Steinarsson

Heilbrigðisstefna til 2030 – hvernig gengur?

Greiðslukerfin í þjónustunni hafa lítið breyst á undanförnum árum og ekki þróast í takt við heilbrigðisstefnu.

BÓKIN MÍN



542

Vaka Kristín Sigurjónsdóttir

Óþrjótandi uppspretta fróðleiks og nýrra hugmynda!

Bókasmekkurinn útvíkkaði með aldrinum, spannaði allt frá heimsbókmenntum til góðra krimma.

DAGUR Í LÍFI LÆKNIS



543

Anna María Birgisdóttir

Bráðalækningar, börn og boltaleikir

07:40 Fer út í kalt morgunloftið og þarf að skafa bílrúðurnar í fyrsta sinn þennan veturinn.

LIPUR PENNI



546

Indriði Einar Reynisson

Á ÉG að votta það?

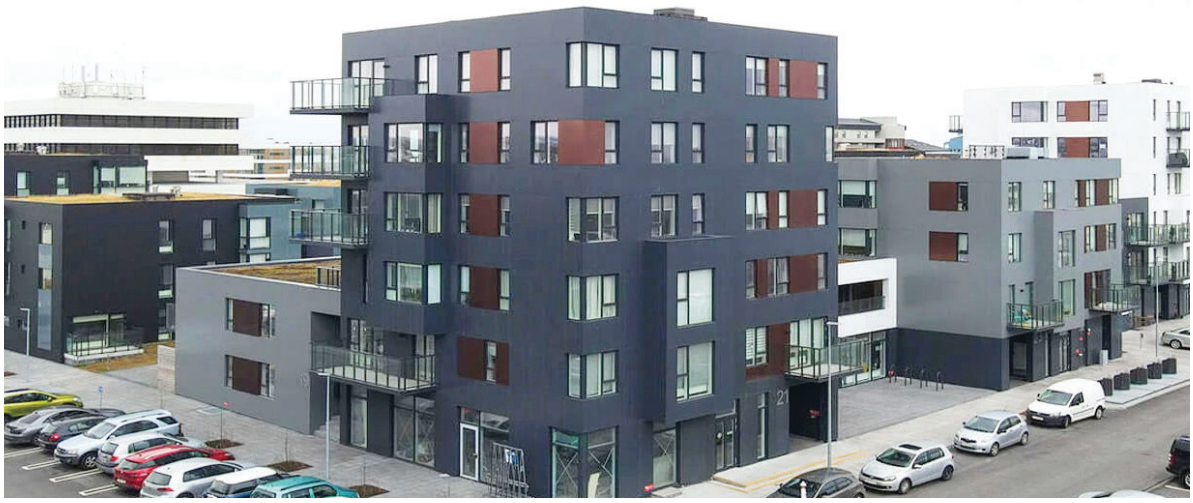
Okkar virðulega vottorðabákn er mikið á milli tanna meðal lækna. Ekki af ástæðulausu.

Læknastofur Reykjavíkur

Tvær nýjar, glæsilegar og fullbúnar skurðstofur, vöknun og góð móttökurými. Allt með nýjasta búnaði sem uppfyllir allar kröfur, viðurkennt af Embætti Landlæknis Íslands.
Hjá okkur er samhentur hópur fagfólks og umhverfi sem býður upp á framúrskarandi heilbrigðisþjónustu.

Við höfum áhuga á að bæta við læknum í okkar raðir og hlökkum til að kynna fyrir ykkur framúrskarandi aðstöðu og umhverfi.

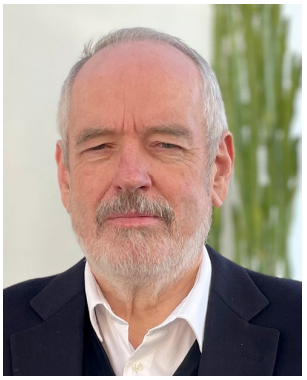
Ágúst Birgisson
Lýta- og bæklunarlæknir





info@laeknastofurreykjavikur.is
S: 551-1225
Efstaleiti 27C

Læknastofur Reykjavíkur



Elías Ólafsson
fyrrum prófessor í tauga-sjúkómafræði og yfirlæknir taugalækningadeildar Landspítalans

Flysjun heilaæða

Flysjun í heilaæðum er vel þekkt orsök slags (heilablóðfalls), og finnst hjá allt að fjórðungi þeirra sem fá slag undir 50 ára aldri.[2] Við flysjun á slagæðum til heila (*carotis* eða *vertebral* æðar) myndast rifa í innsta lag æðarinnar og blóðstraumurinn kemst inn í æðavegginn. Þetta getur lokað æðinni að hluta eða öllu leyti og valdið drepi í heila.

Æðamyndataka er nauðsynleg til greiningar flysjunar og árið 1959 var flysjun á heilaæðum fyrst lýst greinilega sem orsök slags.[1] Á þeim tíma var skuggaefni dælt inn í æðakerfið við rannsóknina, en þetta var sjaldan gert við bráðaslag, meðal annars af því að einkenni slags gátu versnað við þá rannsókn. Næstu áratugina var flysjun því sjaldan greind sem orsök slags, og þá helst þegar grunur um flysjun var sterkur, til dæmis þegar slagið kom eftir áverka á hálsi, til dæmis vegna bílbeltis.

Um aldamótin 2000 kom fram ný tækni til æðamyndatöku af heilaæðum. Nú var hægt að nota sneiðmyndir án inngrips (*non-invasive*) og við það fjölgaði verulega greiningum á flysjun, sem orsök slags. Í þessu hefti *Læknablaðsins* birtist mikilvæg rannsókn sem lýsir tíðni slags vegna flysjunar hér á landi, eftir að æðamyndatökur án inngrips, komu til sögunnar.

Algengustu einkenni slags eru helftarlömun, málstol og skerðing á sjónsviði. Einkenni eru mismikil, frá vægum og tímabundnum (TIA) til viðvarandi lömunar eða dauða.

Einkennin slags vegna flysjunar eru þau sömu og við slag almennt. Stundum sjást önnur einkenni dögum og jafnvel vikum á undan slaginu. Algengast er verkur öðru megin í andliti og höfði, eða Horner-heilkennið (þrengra ljósop, sigið augnlok). Því er nauðsynlegt að hugleiða flysjun hjá öllum sem greinast með Horner-heilkennið.

Algengast er að ekki finnist sérstök skýring á flysjun í slagæðum til heila, en það er vel þekkt að veruleg högg á háls geta leitt til flysjunar, og einkenni slags komið fram dögum og jafnvel vikum eftir áverkann. Oft hefur verið reynt að tengja flysjun við minni háttar höggi á háls, eða óvenjulegar og snöggar höfuðhreyfingar, en orsakasambandið er enn óljóst, þótt mikið hafi birst af einstökum tilfellum. Hnykklækningar hafa verið tengdar við flysjun á heilaslagæðum, en það hefur ekki verið staðfesta með rannsóknum. Flysjun hefur einnig verið tengd ýmsum sjúkdómum sem sumir stuðla að veikleika í æðaveggjum.

Segaleysandi meðferð er notuð við bráðaslagi vegna flysjunar. Einnig er hægt að nota segabrottnám þegar blóðtappar myndast í slagæðum fremri blóðveitu heilans, útlægt (*distalt*) við flysjunina.

Tíðni flysjunar á heilaæðum hefur verið lýst í nýlegum þýðisrannsóknum frá Evrópu og Ameríku og íslenska rannsóknin, sem hér birtist, sýnir okkur að tíðnin hér á landi er mjög sambærileg. Þessi íslenska rannsókn er mikilvægt innlegg í þekkingu okkar á faraldsfræði heilasjúkdóma hér á landi, en mikilvægt er að fylgjast vel með tíðni heilaæðasjúkdóma hér á landi, þar sem við megum eiga von á fjölgun tilfella með hækkandi aldri þjóðarinnar.

Um aldamótin 2000 kom fram ný tækni til æðamyndatöku af heilaæðum. Nú var hægt að nota sneiðmyndir án inngrips (*non-invasive*) og við það fjölgaði verulega greiningum á flysjun, sem orsök slags.

Heimildir

1. Anderson R, Schechter MM. A case of spontaneous dissecting aneurysm of internal carotid artery. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1959; 22:195-201.
2. Nedeltchev K, der Maur TA, Georgiadis D et al. Ischaemic stroke in young adults: predictors of outcome and recurrence. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2005;76(2):191–195

Dissection of cerebral arteries

Elias Olafson MD, PhD, former professor of Neurology and Chairman, Department of Neurology, Landspitali University Hospital

doi 10.17992/lbl.2024.09.810



Okkar besta fólk leggur traust sitt á okkur

Okkar besta fólk í heilbrigðisgeiranum 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

Komum í veg fyrir alnæmi, greinum HIV tímanlega



Guðrún Aspelund
sóttvarnalæknir

Í blaðinu er lýst nýlegum sjúkratilfellum alnæmis hjá tveimur ungum íslenskum konum, sem greindust fyrst eftir að upp komu alvarlegir fylgikvillar.[1]

Sjúkratilfellin

Báðum konunum var vísað á Landspítala eftir margra mánaða samskipti við lækna. Heilsu þeirra hafði hrakað vegna ýmissa versnandi einkenna og þær voru með áberandi þyngdartap og klínísk teikn um bólgu/sýkingu.

Fyrri konan var við komu á Landspítala með alvarleg öndunarfæraeinkenni og var á meðferð vegna lungnabólgu eftir að dreifðar hélubreytingar höfðu sést í báðum lungum. Hún hafði sögu um hvítsveppasýkingu í vélinda og endurtekna keiluskurði vegna hááhættu HPV-sýkingar.

Seinni konan kom fyrst á Landspítala vegna versnandi mæði og óljósra dreifðra einkenna. Hún hafði einnig sögu um hááhættu HPV-sýkingu og klamydíu. Konan var send heim frá spítalanum en kom aftur viku seinna og var þá bráðveik og þurfti gjörgæslumeðferð. Lungnamynd sýndi hélubreytingar beggja vegna og hún reyndist einnig með hvítsveppasýkingu í vélinda.

Lungnabólgan reyndist í báðum tilfellum vera af völdum *Pneumocystis jirovecii* sveppasýkingar. Báðar konurnar reyndust HIV-jákvæðar og aðrar rannsóknir staðfestu greiningu á alnæmi.

Lærdómur af sjúkratilfellum

Vitaskuld skyldi fara varlega í að alhæfa út frá stökum atburðum en við getum dregið þýðingarmikinn lærdóm af þessum tilfellum. Birtingarmynd tilfellanna tveggja er í raun dæmigerð fyrir alnæmi en full ástæða er til að vekja sérstaka athygli á þeim.

Eins og bent er á í greininni geta allir smitast af HIV þótt ákveðnir áhættuþættir auki líkur á smiti.[2] HIV er ekki læknanlegur sjúkdómur en hægt er að halda einkennum niðri með lyfjameðferð og flestir sem fá meðferð hafa góðar lífshorfur. Ómeðhöndluð HIV-sýking getur hins vegar leitt til alnæmis með alvarlegum tækifærissýkingum og meðallifun einstaklinga með alnæmi án meðferðar er aðeins um 2 ár.[3]

Höfundar benda á að HIV virðist of neðarlega á lista yfir mismunagreiningar heilbrigðisstarfsfólks. Þó ákveðnir áhættuþættir auki líkur á smiti þá geta allir smitast. Þar sem umræddar konur voru ekki með augljósa áhættuþætti, þá hvarflaði HIV-smit ekki að læknum sem þær leituði til yfir margra mánaða tímabil vegna óútskýrðra einkenna. Þröskuldur fyrir að prófa fyrir HIV-smiti ætti að vera lægri.

Annar mikilvægur lærdómur hér er að ef einstaklingur greinist með einn kynsjúkdóm ætti alltaf að huga að prófum vegna annarra kynsjúkdóma. Önnur konan hafði farið í endurtekin klaymdíu- og lekanda próf en hafði samt sem áður aldrei verið prófuð fyrir HIV. Höfundar benda á að prófa ætti öll þau sem greinast með kynsjúkdóm að minnsta kosti einu sinni fyrir HIV. Verið er að vinna að slíkum verklagsreglum.

Ákall til aðgerða

Aukning hefur verið á greiningum kynsjúkdómanna klamydíu, lekanda og sýfilis undanfarin ár meðal karla og kvenna í Evrópu.[4] Þörf er á frekari aðgerðum gegn útbreiðslu þessara sjúkdóma, sem á líka við hérlendis.[5] Við þurfum að auka aðgengi að greiningarprófum til að einstaklingar fái tímanlega rétta meðferð og til að draga úr smiti til annarra. Efla þarf aðgang að forvörnum eins og smokkinum og hugsanlega bæta fræðslu til almennings um afleiðingar sjúkdómanna.

Sjúkratilfellin í blaðinu eru einnig ákall til lækna um að vera vakandi fyrir möguleika á HIV smiti hjá öllum.[1] HIV hefur fjölbreytta birtingarmynd en HIV getur einnig verið einkennalaus sjúkdómur og má ætla að hér á landi sem annars staðar séu einstaklingar sem eru ógreindir. Því ætti að prófa öll þau sem greinast með kynsjúkdóm einnig fyrir HIV og suma oftar en einu sinni. Varast þarf fyrirfram ákveðnar hugmyndir um hver getur hafa smitast af HIV og almennt eigum við að hafa lágan þröskuld fyrir að framkvæma HIV-próf. Eins og höfundar benda á er tímanleg greining mikilvæg og meðferð við HIV öflug svo enginn ætti að fá alnæmi á Íslandi í dag.

HIV er ekki læknanlegur sjúkdómur en hægt er að halda einkennum niðri með lyfjameðferð og flestir sem fá meðferð hafa góðar lífshorfur.

Heimildir

1. Hólmgrímsdóttir K, Rögnvaldsson S, Ragnarsdóttir T, et.al. Allir geta smitast af HIV en í dag ætti enginn að fá alnæmi. Tvö tilfelli alnæmis hjá íslenskum konum. Læknablaðið 2024:110 bls. 512-515.
2. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, et al. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. 2014;28:1509-19.
3. Poorolajal J, Hooshmand E, Mahjub H, et al. Survival rate of AIDS disease and mortality in HIV-infected patients: a meta-analysis. Public Health. 2016;139:3-12.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis in Europe. Sóttvarnastofnun Evrópusambandsins ECDC. September 2024. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/systematic-review-chlamydia-gonorrhoea-trichomoniasis-and-syphilis-prevalence
5. Ársskýrsla sóttvarna 2023. Embætti landlæknis. Júní 2024. https://island.is/smitsjukdomar-ao/farsottaskyrsla

Early HIV Detection: Key to Preventing AIDS

Gudrun Aspelund

Chief Epidemiologist, Directorate of Health, Iceland

doi 10.17992/lbl.2024.11.811

Hálsæðaflysjun á Íslandi: faraldsfræði, meðferð og horfur

Iðunn Andradóttir[1] læknanemi
Brynhildur Thors[2] læknir
Ólafur Sveinsson[1,2] læknir

[1] Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Taugalækningadeild Landspítala

Fyrirspurnir sendist til Ólafs Sveinssonar, *olafursv@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 17. júlí 2024,
samþykkt til birtingar 29. september 2024

ÁGRIP

INNGANGUR

Hálsæðaflysjun (*cervical artery dissection*) er algeng orsök blóðþurrðarslags í ungum og miðaldra einstaklingum. Vegna framfara í myndrannsóknum og aukinnar vitneskju greinast flysjanir nú mun oftar en áður. Markmið rannsóknarinnar var að rannsaka nýgengi hálsæðaflysjunar á Íslandi á tímabilinu 2005-2023.

EFNI OG AÐFERÐIR

Framkvæmd var afturskyggn rannsókn þar sem upplýsingum var safnað úr sjúkraskrám einstaklinga sem greindust með hálsæðaflysjun á tímabilinu frá 1. janúar 2005 til 31. desember 2023, á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri. Eftirfarandi þættir voru skoðaðir: kyn, greiningarár, aldur við greiningu, einkenni, áhættuþættir, rannsóknarniðurstöður, meðferð og horfur. Úrvinnsla fór fram í Excel® og í Rstudio.

NIÐURSTÖÐUR

Rannsóknarúrtakið samanstóð af 107 einstaklingum, 37 konum og 70 körlum. Yfir allt tímabilið var meðalnýgengið 1,62/100.000 manns á ári. Meðalnýgengið hækkaði á tímabilinu og var 2,7 falt hærra á seinni hluta tímabilsins samanborið við þann fyrri. Meðalaldur var 50 ár (18-101 ár). Algengasta einkennið var verkur (72%) og önnur algeng einkenni voru skyntruflun (67%), hreyfitruflun (49%) og Horner-heilkenni (36%). Helmingur fékk blóðþurrðarslag (51%). Fimm (4,6%) fengu endurtekna flysjun á eftirfylgdartímabilinu. Flysjunin varð í innri hálsslagæð í 56% tilfella og í hryggslagæð í 44% tilfella. Allir sjúklingarnir voru settir á blóðflöguhemjandi eða blóðþynningarmeðferð. Eftir 3-6 mánuði höfðu 77% enga eða væga fötlun eftir flysjunina (0-2 á modified Rankin-skalanum).

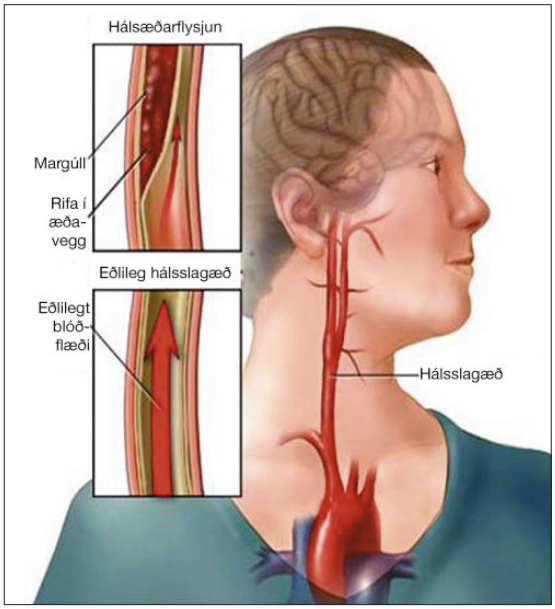
ÁLYKTANIR

Nýgengi hálsæðaflysjunar á Íslandi er í samræmi við erlendar rannsóknir. Greiningum hefur fjölgað á undanförnum árum og meðalnýgengið hækkað. Meirihluti sjúklinganna náði góðum bata, sem bendir til skilvirkrar greiningar og meðferðar á hálsæðaflysjun á Íslandi.

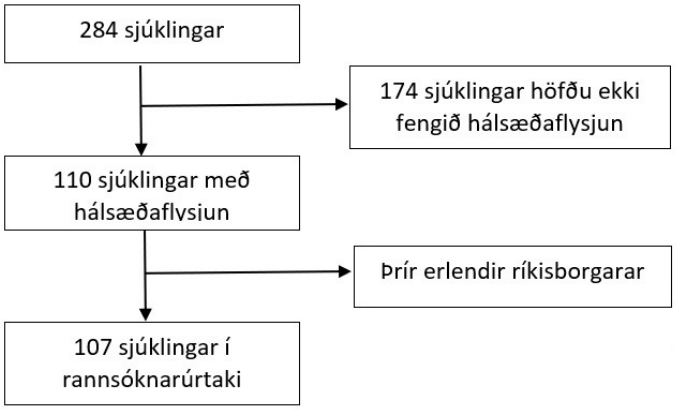
Inngangur

Hálsæðaflysjun (*cervical artery dissection*) er algeng orsök blóðþurrðarslags í ungum og miðaldra einstaklingum.[1-2] Vegna framfara í myndrannsóknum og aukinnar vitneskju greinast flysjanir nú mun oftar en áður. Hálsæðaflysjun vísar til innri hálsslagæðar (*internal carotid artery*) og hryggslagæðar (*vertebral artery*) sem eru tvíhliða æðar, sín hvorum megin við hrygginn. Nýgengi hálsæðaflysjunar í erlendum rannsóknum er 2,6-3,0 tilfelli á hverja 100.000 einstaklinga á ári hverju.[3]

Flysjun hefst með rofi á æðaþelinu, sem annaðhvort getur verið sjálfssprottið eða vegna utanaðkomandi áverka. Rofið veitir blóðinu aðgang til að þrýstast milli æðalaganna og kljúfa þau í sundur (mynd 1). Blóð getur þrengt sér annaðhvort á milli innlagsins og miðlagsins (*subintimal*) eða miðlagsins og útlagsins (*subadventitial*). Blæðing á milli innlags og miðlags getur valdið þrengingu eða lokun á holrúmi æðarinnar og myndað falskt holrúm (*false lumen*). Blóð safnast því fyrir í falska holrýminu og myndar margúl (*hematoma*). Blæðing á milli miðlags og útlags getur leitt til víkkunar á ytra borði æðarinnar og myndun falsks æðagúlps (*pseudoaneurysm*).



Mynd 1. *Flysjun í hálsslagæð, blóð sést á milli laga og myndar margúl í æðarveggnum.*
Birt með leyfi Mayo Fondation for Medical Education and Research, öll réttindi áskilin.



Mynd 2. *Flæðirit sem sýnir val á rannsóknarúrtaki*

Þrenging eða lokun á holrúmi æðarinnar getur truflað blóðflæðið til heilans og blóðflæðið orðið iðukennt (*turbulent*). Við rof á æðaþeli og iðustreymi blóðs hafa forsendur til segamyndunar skapast. Sega, sem verða til í hálsæðunum, geta rekið til heilans og valdið blóðþurrð sem getur svo leitt til heiladreps.[2]

Hálsæðaflysjun hefur verið tengd við ýmsa erfðasjúkdóma. Til að mynda hefur aukinni áhættu á flysjun verið lýst hjá einstaklingum með bandvefs- og vöðvamisvöxt, Ehler-Danlos-heilkenni, Marfans-heilkenni, erfðaríkjandi blöðrunýru og beinstökkva (*osteogenesis imperfecta*). Einnig eru til dæmi um tilfelli flysjana í sömu fjölskyldunni, sem bendir til útsetningar á grundvelli ættlægs þáttar en þau tilfelli eru þó sjaldgæf og engin erfðamörk (*genetic marker*) hafa verið staðfest.[2, 4] Bandvefs-og vöðvamisvöxtur (*fibromuscular dysplasia*) er talinn einn algengasti undirliggjandi sjúkdómurinn sem liggur til grundvallar flysjun.[5] Lítill hluti hálsæðaflysjana hefur verið tengdur við eingena bandvefssjúkdóma, eða um 2%.[6] Bandvefsbreytingar sem gefa til kynna galla í myndun utanfrumuefnisins (*extra cellular matrix*) hafa sést í hálsæðaflysjunum. Slíkar breytingar eru vanmyndaðir elastín þræðir og kollagen sem leiðir til vanstarfsemi í slagæðaveggjum og ýtir undir áhættu á flysjun.[7] Auk þess sýndi nýleg rannsókn með 2485 manna úrtak á aldrinum 18-45 fram á að saga um mígreni, þá sérstaklega mígreni án áru, sé áhættuþáttur fyrir hálsæðaflysjun.[8]

Ytri þættir, svo sem alvarlegir eða vægir áverkar, spila hlutverk í myndun hálsæðaflysjana. Vægir eða minniháttar áverkar geta orðið í kjölfar daglegra athafna, svo sem við að lyfta þungum hlutum, stunda íþróttir, kraftmikil uppköst eða hósta og hnerra. Vægir áverkar eru taldir leiða til um 41% af sjálfsprottnum flysjunum.[9]

Sýkingar virðast geta ýtt undir flysjun. Árstíðarbundinn munur á tíðni flysjana hefur sést óháð landsvæðum þar sem flysjanir greinast oftar á haustin og veturna.[10] Æðatengdir þættir, svo sem háþrýstingur, virðast auka áhættu á flysjun og einnig lægri líkamsþyngd og líkamsþyngdarstuðull (BMI). Rannsóknir hafa sýnt að blóðfituröskun (*hypercholesterolemia*) hefur engin tengsl eða jafnvel verndandi tengsl við hálsæðaflysjun.[4]

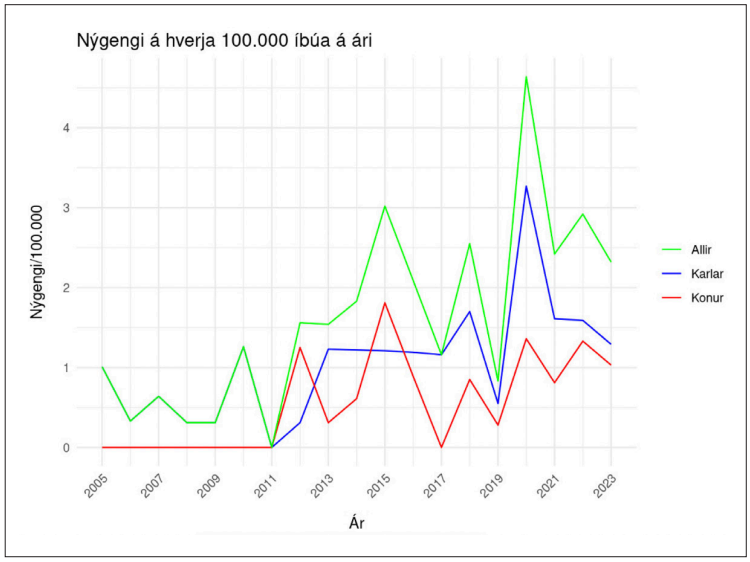
Hálsæðaflysjun getur annars vegar valdið staðbundum einkennum, eins og verkjum, og hins vegar blóðþurrðaráhrifum, svo sem blóðþurrðarslagi (*ischemic stroke*) og skammvinnu blóðþurrðarkasti (*transient ischemic attack*).[11] Meðferð sjúklinga með hálsæðaflysjun er sambærileg og fyrir önnur tilfelli blóðþurrðarslags. Fyrst er metið hvort við hæfi sé að gefa segaleysandi meðferð í æð eða framkvæma segabrottnám. Í kjölfarið er blóðflöguhemjandi eða blóðþynnandi meðferð beitt til að minnka líkur á frekari heilablóðþurrð. Mestar líkur á endurteknu blóðþurrðarslagi eru innan tveggja vikna frá flysjun.[12]

Tíðni hálsæðaflysjunar hefur ekki verið könnuð áður á Íslandi. Markmið rannsóknarinnar var rannsaka nýgengi hálsæðaflysjunar og að kanna áhættuþætti, einkenni, meðferð og horfur á Íslandi yfir tímabilið 2005-2023.

Efniviður og aðferðir

Framkvæmd var afturskyggn rannsókn sem náði yfir tímabilið frá 2005 til 2023. Þýðið samanstóð af einstaklingum sem hlutu greiningarkóða I67.0, I72.0, I72.5, I72.6, I72.8, I72.9 á legudeildum, göngudeildum eða bráðamóttöku Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri. Greiningarkóðarnir eru í samræmi við Alþjóðlegt flokkunarkerfi sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála 10.

Rannsóknarþýðið samanstóð af 284 einstaklingum en af þeim höfðu 174 ekki fengið flysjun og voru því ekki talin með í rannsókninni (mynd 2). Þrír sjúklingar voru erlendir ferðamenn sem greindust með hálsæðaflysjun. Þar með voru 107 einstaklingar í þýði rannsóknarinnar. Upplýsinga var aflað úr Sögukerfi og Heilsugátt. Eftirfarandi gögnum var safnað: Greiningarár, kyn, aldur við greiningu, áhættuþættir fyrir heilaslagi (háþrýstingur, sykursýki, blóðfituröskun, reykingar og ættarsaga heilaslags), saga um mígreni, lyf við greiningu



Mynd 3. *Nýgengi hálsæðaflysjunar á hverja 100.000 íbúa á ári*

Tafla I. Lýðfræði, gerð og tegund flysjunar

	Heildarfjöldi N=107 (%)	Konur N=37 (%)	Karlar N=70 (%)
Meðalaldur (ár)	50	46	53
Flysjun eftir áverka	27 (25)	11 (30)	16 (23)
Sjálfsprottin flysjun	80 (75)	26 (70)	54 (77)
Fær blóðþurrðarslag	55 (51)	17 (46)	38 (54)
Endurtekin flysjun	5 (4,7)	2 (5,4)	3 (4,3)
Innri hálsslagæðaflysjun	60 (56)	17 (46)	43 (61)
Hryggslagæðaflysjun	47 (44)	20 (54)	27 (39)
Tvíhliða flysjun (bilateral)	7 (6,5)	2 (5,4)	5 (7,1)

Tafla II. Áhættuþættir flysjunar

	Heildarfjöldi N=107 (%)	Konur N=37 (%)	Karlar N=70 (%)
Fyrri saga um flysjun	1 (0,93)	0 (0)	1 (1,4)
Þekkt ættarsaga um heilaslag	15 (14)	9 (24)	6 (8,6)
Nýlegur áverki	27 (25)	11 (30)	16 (23)
Reykingar	37 (35)	11 (30)	26 (37)
Sykursýki	8 (7,5)	2 (5,4)	6 (8,6)
Blóðfituröskun	18 (17)	5 (14)	13 (19)
Háþrýstingur	39 (36)	7 (19)	32 (46)
Mígreni	16 (15)	6 (16)	10 (14)
Þekktur bandvefssjúkdómur	1 (0,93)	1 (2,7)	0 (0)

(blóðflöguhamlandi eða blóðþynnandi lyf), áverkasaga sem undanfari flysjunar, tegund flysjunar (innri hálsslagæð eða hryggslagæð, einhliða eða tvíhliða, utankúpu eða innankúpu), klínísk einkenni við upphaf og greiningu, saga um bandvefssjúkdóma, myndrannsóknarniðurstöður við greiningu sem og 3-6 mánuðum eftir greiningu, tegund meðferðar (blóðþynnandi, blóðflöguhamlandi, segaleysandi meðferð eða segabrottnám), lengd meðferðar, hvort einstaklingur fékk heilaslag í kjölfar flysjunar, afdrif sjúklinga 3-6 mánuðum eftir flysjun samkvæmt modified Rankin Scale (mRS), staða einstaklingsins í dag, hvort andlát varð í kjölfar flysjunar og hvort einstaklingurinn hlaut aðra flysjun og þá eftir hversu langan tíma.

Rannsóknarupplýsingum var safnað í Microsoft Excel® skjal. Tölfræðileg úrvinnsla gagnanna var framkvæmd í R. Tölfræðileg marktækni var miðuð við $p<0,05$.

Við upphaf rannsóknar lágu fyrir leyfi frá Vísindasiðanefnd (VSN 23-09-V1) og Vísindarannsóknarnefnd Landspítala og sjúkrahúsinu á Akureyri.

Niðurstöður

Rannsóknarúrtakið samanstóð af 107 einstaklingum sem greindust með hálsæðaflysjun á árunum 2005-2023. Fjöldi flysjana á ári var á bilinu 0-17 og að meðaltali voru tilfellin 5,6 á ári. Meðalnýgengi hálsæðaflysjana yfir tímabilið var 1,62 tilfelli á hverja 100.000 íbúa á ári. Flestar greiningar hálsæðaflysjana voru árið 2020 er 17 tilfelli greindust (4,64/100.000 manns árið 2020). Fæst tilfelli greindust árið 2011 er ekkert tilfelli greindist. Mynd 3 sýnir nýgengi hálsæðaflysjunar fyrir hverja 100.000 íbúa á ári á Íslandi yfir rannsóknartímabilið, flokkað eftir kyni. Marktækur munur var á meðalnýgengi kvenna og karla yfir tímabilið en meðalnýgengi karla var 1,1 tilfelli á ári en kvenna var 0,6 tilfelli á ári ($p=0,0258$). Sé tímabilinu skipt í fyrri (2005-2014) og seinni hluta (2015-2023) sést marktækur munur á meðalnýgengi á milli tímabila ($p=0,00279$). Meðalnýgengið var 2,7 falt hærra á seinni hluta tímabilsins.

Tafla I sýnir lýðfræði og nánari upplýsingar um gerð hálsæðaflysjunar. Um 35% voru konur (n=37) og 65% karl-

Tafla III. Einkenni flysjunar og blóðþurrðarslags

	Heildarfjöldi N=107 (%)	Konur N=37 (%)	Karlar N=70 (%)
Verkur	77 (72)	28 (76)	49 (70)
Skyntruflun	72 (67)	27 (73)	45 (64)
Hreyfitruflun	52 (49)	13 (35)	39 (56)
Horner-heilkenni	38 (36)	8 (22)	30 (43)
Svimi	37 (35)	13 (35)	24 (34)
Ógleði	36 (34)	17 (46)	19 (27)
Sjóntruflun	34 (32)	13 (35)	21 (30)
Þvoglumælgi	29 (27)	8 (22)	21 (30)
Kyngingartruflun	17 (16)	5 (14)	12 (17)
Málstol	16 (15)	3 (8,1)	13 (19)
Ataxia	10 (9,3)	5 (14)	5 (7,1)
Verkstol	7 (6,5)	2 (5,4)	5 (7,1)
Tvísýni	6 (5,6)	0 (0)	6 (8,6)

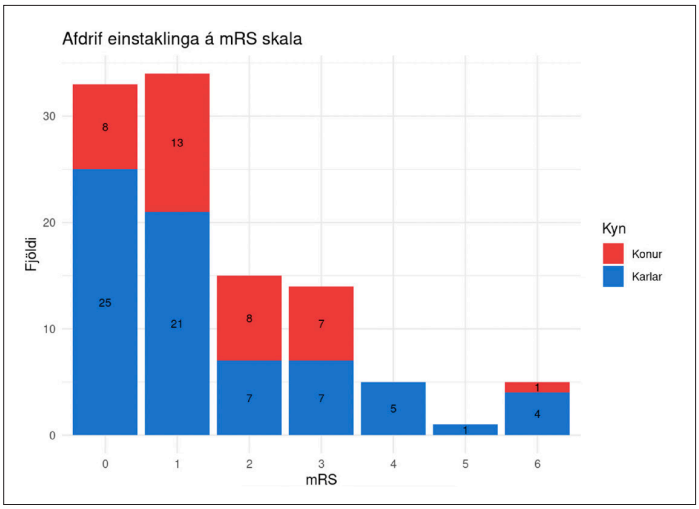
ar (n=70). Meðalaldur var 50 ár (18-101 ár). Meðalaldur karla var 53 ár og marktækt hærri en meðalaldur kvenna, 46 ár (p=0,02443). Flysjanir í kjölfar áverka voru 25% allra tilfellanna og sjálfsprottnar 75%. Rétt rúmlega helmingur þýðisins fékk blóðþurrðarslag í kjölfar flysjunarinnar (51%). Eftirfylgdartímabilið var að meðaltali 75 mánuðir. Aðeins fimm einstaklingar fengu endurtekna flysjun á eftirfylgdartímabilinu, eða 4,6% alls þýðisins. Flysjunin varð í innri hálsslagæð í 56% tilfella og í hryggslagæð í 44% tilfella. Konur fengu oftar flysjun í hryggslagæð, eða í 54% tilfella, og karlar fengu oftar flysjun í innri hálsslagæð eða í 61% tilfella. Flysjunin var beggja megin (*bilateral*) í sjö tilfellum (6,5%).

Tafla II sýnir áhættuþætti flysjunar. Algengustu áhættuþættirnir hjá konum voru nýleg saga um áverka og reykingar, en hvort tveggja var til staðar hjá 30% þeirra. Algengasti áhættuþátturinn hjá körlum var háþrýstingur, sem var til staðar hjá 46% þeirra. Reykingar voru til staðar hjá 37% karla og saga um nýlegan áverka hjá 23%. Þekkt ættarsaga um heilaslag var til staðar hjá 14% þýðisins og þar af hjá töluvert stærri hluta kvenna en karla, eða 24% á móti 8,6%. Blóðfituröskun var til staðar hjá 17% og þar af 14% kvenna og 19% karla. Saga um mígreni var til staðar hjá 15% og þar af 16% kvenna og 14% karla. Einungis einn sjúklingur hafði þekktan bandvefssjúkdóm og aðeins einn einstaklingur hafði þekkta sögu um fyrri flysjun.

Tafla III sýnir skráð einkenni sem sjúklingarnir fundu fyrir við flysjunina og/eða blóðþurrðarkastið. Algengasta einkennið var verkur, sem var til staðar í 72% tilfella. Verkurinn var aðallega höfuðverkur en einnig verkur í hálsi. Önnur algeng einkenni voru skyn- og hreyfitruflanir, Horner-heilkenni, svimi og ógleði. Skyntruflanir komu fram í 67% tilvika og hreyfitruflanir í 49%. Horner-heilkenni var til staðar í 36% tilvika, svimi hjá 35% og ógleði í 34%. Karlar fengu oftar Horner-heilkenni, eða 43% þeirra, en 22% kvenna. Konur fundu hins vegar oftar fyrir ógleði heldur en karlar, eða 46% þeirra en einungis 27% karla.

Tafla IV. Meðferð flysjunar

	Heildarfjöldi N=107 (%)	Konur N=37 (%)	Karlar N=70 (%)
Segaleysandi meðferð	11 (10)	3 (8,1)	8 (11)
Segabrottnám	7 (6,5)	4 (11)	3 (4,3)
Blóðflöguhemill	101 (94)	35 (95)	66 (94)
Blóðþynning	43 (40)	15 (41)	28 (40)
Blóðflöguhemill og blóðþynning	37 (35)	13 (35)	24 (34)
Blóðflöguhemill eða blóðþynning	107 (100)	37 (100)	70 (100)



Mynd 4. *Afdrif einstaklinga 3-6 mánuðum eftir flysjun á mRS-skala*

Tafla IV sýnir þá meðferð sem sjúklingarnir fengu í kjölfar flysjunar. Allir 107 einstaklingarnir fengu annaðhvort blóðflöguhemjandi eða blóðþynnandi meðferð í kjölfar flysjunar. Í bráðafasanum fengu auk þess 10% segaleysandi meðferð og 6,5% gengust undir segabrottnám. Alls fengu 94% blóðflöguhemil og 40% blóðþynningu. Algengasta blóðflöguhemjandi lyfið var asetýlsalicýlsýra (86%), 41% fengu bæði asetylsalicýlsýru og klópídógrel og þrír fengu einungis klópídógrel. Algengustu blóðþynnandi lyfin voru enoxaparín (28%), warfarin (13) og 9,3% fengu bæði enoxaparín og warfarín. Af þeim 11 sem gengust undir segaleysandi meðferð fékk einn einstaklingur heilablæðingu. Að minnsta kosti 57 manns (53%) voru ennþá á blóðflöguhemjandi eða blóðþynnandi lyfi í lok eftirfylgdartímans (1. mars 2024).

Mynd 4 sýnir horfur einstaklinga í þýðinu samkvæmt modified Rankin-skala (mRS). Um það bil þremur til sex mánuðum eftir flysjun höfðu 77% sjúklinganna 0-2 stig á mRS-skalanum, sem merkir að þau höfðu litla eða enga fötlun. Fimm manns létust í kjölfar flysjunarinnar og fengu því 6 stig.

Framkvæmd var samanburðarmyndataka hjá meirihluta sjúklinga 6 mánuðum eftir flysjunina. Æðin sem flysjunin varð í hafði jafnað sig hjá 36 manns (34%), hún hafði ekki jafnað sig að fullu hjá 40 manns (37%) og ekki var framkvæmd samanburðarmyndataka eða hún framkvæmd annars staðar en á Landspítalanum hjá 23 einstaklingum. Af þeim einstaklingum þar sem æðin hafði orðið eðlileg aftur eftir 6 mánuði, voru 24 (67%) með 0-1 stig á mRS en að sama skapi gilti þetta um 29 (73%) af þeim sem æðin hafði ekki orðið eðlileg hjá eftir 6 mánuði.

Í lok eftirfylgdartímabilsins (1. mars 2024) var einstaklingum þýðisins gefin ný einkunn samkvæmt mRS-skala. Sú einkunn var byggð á nýjustu upplýsingum um heilsufar einstaklinganna í sjúkraskrám. 97 manns voru enn á lífi í lok eftirfylgdartímabilsins og af þeim voru 57 manns með 0 stig á mRS-skala og höfðu því 24 einstaklingar færst af efri stigum niður í 0 stig.

Umræða

Í þessari rannsókn var nýgengi hálsæðaflysjunar á Íslandi rannsakað ásamt áhættuþáttum, einkennum, meðferð og horfum. Stór hluti þeirra sem greindist á tímabilinu voru karlar á aldrinum 40-60 ára. Konur greindust sjaldnar en karlar og voru yngri við greiningu. Algengasti áhættuþáttur karla var háþrýstingur en einnig voru reykingar og nýlegur áverki nokkuð oft til staðar. Algengustu áhættuþættirnir hjá konum voru saga um nýlegan áverka og reykingar. Algengasta einkennið var verkur en einnig voru skyn- og hreyfitruflanir algengar. Allir sjúklingarnir fengu annaðhvort blóðflöguhemjandi eða blóðþynnandi meðferð. Flestir sjúklingarnir náðu góðum bata. Lítill hluti lést og sjaldgæft var að einstaklingarnir fengju aðra flysjun á eftirfylgdartímabilinu.

Meðalnýgengið á seinni hluta tímabilsins (2015-2023) var 2,7 falt hærra heldur en á fyrri hluta þess (2005-2014). Þetta aukna meðalnýgengi má helst rekja til betri greiningartækni, lægri þröskuldar fyrir notkun myndgreiningar og aukinnar meðvitundar um flysjanir. Meðalnýgengi síðustu ára á Íslandi hefur verið 2,4 tilfelli á hverja 100.000 íbúa, sem samræmist erlendum rannsóknum sem sýna að nýgengið sé 2,6-2,9 tilfelli á hverja 100.000 íbúa.[13] Karlar voru í meirihluta þýðisins, eða 65%, sem er sambærilegt við ýmsar erlendar rannsóknir, þá aðallega evrópskar, en norður-amerískar rannsóknir sýna hins vegar hærri tíðni hjá konum.[4] Meðalaldur fólks við greiningu (50 ár) samræmist erlendum rannsóknum, sem sýna meðalaldur á bilinu 43 til 54 ár.[4] Meðalaldur kvenna var marktækt lægri við greiningu samanborið við meðalaldur karla. Meðalaldur kvenna er einnig lægri í erlendum rannsóknum. Í finnskri rannsókn greindust konur einnig yngri, eða 41,0 árs, en karlar 46,4 ára.[14]

Flysjun í innri hálsslagæð (63%) var algengari en flysjun í hryggslagæð (37%), sem samræmist öðrum rannsóknum.[4, 15] Rétt rúmlega helmingur (51%) fékk blóðþurrþarslag í kjölfar flysjunar, sem einnig samræmist erlendum rannsóknum (>50%).[15]

Skoðaðir voru níu ólíkir áhættuþættir flysjunar. Algengustu áhættuþættir kvenna voru saga um nýlegan áverka og reykingar, sem voru til staðar hjá 30% þeirra. Algengasti áhættuþátturinn hjá körlum var háþrýstingur, sem var til staðar hjá 46%. Flysjun í kjölfar áverka er 12-40,5% í erlendum rannsóknum, sem samræmist niðurstöðum þessarar rannsóknar.[16, 17] Ítölsk rannsókn frá 2023 með 1468 manna úrtaki sýndi að 27,4% höfðu háþrýsting og 53,5% höfðu sögu um reykingar. Rannsóknin sýndi einnig að 28,3% höfðu sögu um mígreni. Einstaklingar í rannsókninni voru ólíklegri en samanburðarhópurinn til að hafa sykursýki og blóðfituröskun.[18] Aðrar rannsóknir benda einnig til þess að ekki sé munur á tíðni háþrýstings, sykursýki, reykinga og blóðfituröskunar milli heilbrigðra og þeirra sem fengið hafa hálsæðaflysjun.[19]

Einungis einn einstaklingur í þýðinu hafði þekkta sögu um fyrri flysjun (0,9%) og fimm einstaklingar fengu endurtekna flysjun á eftirfylgdartímabilinu (4,6%). Tíðni endurtekinna flysjana í þýðinu var því lægri en sést í erlendum rannsóknum, sem gera ráð fyrir að 4% fái endurtekna flysjun innan árs og 7% eftir rúmlega 7 ár.[17, 20] Önnur rannsókn sýndi fram á enn hærri tölur en þá höfðu 16% fengið endurtekna flysjun innan árs.[11] Einnig var einungis einn í þýðinu með þekktan bandvefssjúkdóm. Þessar niðurstöður samræmast ekki erlendum rannsóknum, sem gera ráð fyrir hærri tíðni bandvefssjúkdóma.[16, 21, 22] Að minnsta kosti fimm einstaklingar voru sendir í erfðarannsókn vegna gruns um bandvefssjúkóms en fengu allir neikvæða niðurstöðu úr rannsókninni. Þó skal tekið fram að líklega vantaði upp á skráningu á bandvefsbreytileika í sjúkraskrám, svo sem óeðlilega teygjanlega húð eða ofurhreyfanleika.

Algengasta einkennið sem sjúklingarnir sýndu var verkur en 72% fundu fyrir höfuðverk og/eða verk í hálsi. Hlutfallið samræmist erlendum rannsóknum þar sem hlutfall þeirra sem finna fyrir höfuð- og/eða hálsverk er á bilinu 65-95%.[15] Horner-heilkenni var til staðar hjá 36% sjúklinganna en erlendar rannsóknir sýna fram á að það sé til staðar í 25-39% tilfella.[4, 23]

Allir sjúklingarnir fengu blóðþynnandi eða blóðflöguhemjandi lyf. Í bráðafasanum fengu 10% blóðsegaleysandi meðferð og 6,5% gengust undir segabrottnám. Algengustu lyfin voru asetylsalicýlsýra, enoxaparín og warfarín. Að minnsta kosti 57 manns (53%) voru ennþá á blóðflöguhemjandi eða blóðþynnandi lyfi í lok eftirfylgdartímabilsins. Meðferðin sem gefin er á Íslandi samræmist því sem tíðkast erlendis. Erlendar rannsóknir hafa ekki sýnt fram á mun á gæðum meðferðar hvort sem notuð er blóðflöguhemjandi eða blóðþynnandi meðferð.[4, 24]

Eftir um það bil 3-6 mánuði voru 77% einstaklinga (82 einstaklingar) með 0-2 stig á mRS-skalanum, sem merkir að þeir höfðu litla eða enga fötlun í kjölfar flysjunarinnar. Þar af voru 33 einstaklingar með 0 stig og höfðu því engin eftirköst. Þau sem höfðu 0-1 stig á mRS voru 63% þýðisins, sem er ívið lægra en erlendar rannsóknir sýna en þar er gert ráð fyrir að 75-82% hafi 0-1 stig og að allt að 92% hafi 0-2 stig.[4, 25] Tuttugu manns höfðu 3-5 stig á mRS-skalanum og höfðu því umtalsverða fötlun eftir 3-6 mánuði. Fimm manns létust í kjölfar flysjunarinnar, eða 4,7%, en erlendar rannsóknir nefna dánartíðni <5% í kjölfar flysjunar.[4] Þegar einstaklingum þýðisins var gefin ný einkunn samkvæmt mRS-skala í lok eftirfylgdartímabilsins kom í ljós að nokkur fjöldi hafði færst frá efra stigi niður á neðra, þá aðallega frá stigi 1 niður á stig 0, sem sýnir að einstaklingum fór fram í hæfni á eftirfylgdartímabilinu.

Rannsóknin hefur fyrst og fremst þann styrkleika að ná yfir heila þjóð og langt tímabil. Rannsóknin er einnig sú fyrsta sem kortleggur nýgengi og faraldsfræði hálsæðaflysjunar á Íslandi. Þær upplýsingar sem var aflað við gerð rannsóknarinnar gefa bætta innsýn í eðli hálsæðaflysjana á Íslandi og geta gefið einstaklingum sem fá hálsæðaflysjun sem og heilbrigðisstarfsfólki betri hugmynd um framgang flysjunar og horfur.

Rannsóknin hefur þann veikleika að þýðið er fremur lítið, sem endurspeglar lága tíðni hálsæðaflysjunar á heimsvísu, Einnig skal hafa í huga að líklega er hálsæðaflysjun vangreind þar sem oft og tíðum er hún einkennalaus eða einkennalítil. Greining flysjunar getur einnig verið vandasöm. Því er líklegt að fleiri einstaklingar hafi fengið væga flysjun án staðfestrar greiningar. Í upphafi tímabilsins voru mun færri tilfelli greind en á seinni hluta tímabilsins, sem endurspeglar betri greiningaraðferðir og aukna meðvitund um tilurð hálsæðaflysjana.

Heimildaskrá

1. Downer J, Nadarajah M, Briggs E, et al. The location of origin of spontaneous extracranial internal carotid artery dissection is adjacent to the skull base. J Med Imaging Radiat Oncol 2014;58(4):408-14.
2. Sveinsson ÓÁ, Kjartansson Ó, Valdimarsson EM. Flysjun í slagæðum á hálsi. Læknablaðið 2011;97:237-43.
3. Béjot Y, Daubail B, Debette S, et al. Incidence and outcome of cerebrovascular events related to cervical artery dissection: the Dijon Stroke Registry. Int J Stroke 2014;9(7):879-82.
4. Omran S. Cervical Artery Dissection. Continuum 2023;29(2):540-65.
5. Talarowska P, Dobrowolski P, Klisiewicz A, et al. High incidence and clinical characteristics of fibromuscular dysplasia in patients with spontaneous cervical artery dissection: The ARCADIA-POL study. Vasc Med 2019;24(2):112-19.
6. Grond-Ginsbach C, Debette S. The association of connective tissue disorders with cervical artery dissections. Curr Mol Med 2009;9:210-14.
7. Brandt T, Morcher M, Hausser I. Association of cervical artery dissection with connective tissue abnormalities in skin and arteries. Front Neurol Neurosci 2005;20:16-29.
8. De Giuli V, Grassi M, Lodigiani C, et al. Association Between Migraine and Cervical Artery Dissection: The Italian Project on Stroke in Young Adults. JAMA Neurol 2017;74(5):512-518.
9. Engelter S, Grond-Ginsbach C, Metso T, et al. Cervical artery dissection: trauma and other potential mechanical trigger events. Neurology 2013;80(21):1950-7.
10. Paciaroni M, Georgiadis D, Arnold M, et al. Seasonal variability in spontaneous cervical artery dissection. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2006;77(5):677-9.
11. Debette S, Grond-Ginsbach C, Bodenant M, et al. Differential features of carotid and vertebral artery dissections: the CADISP study. Neurology 2011;77(12):1174-81.
12. Larsson S, King A, Madigan J, et al. Prognosis of carotid dissecting aneurysms: Results from CADISS and a systematic review. Neurology 2017;88(7):646-52.
13. Blum C, Yaghi S. Cervical Artery Dissection: A Review of the Epidemiology, Pathophysiology, Treatment, and Outcome. Arch Neurosci 2015;2(4):e26670.
14. Metso A, Metso T, Debette S, et al. Gender and cervical artery dissection. Eur J Neurol 2012;19(4):594-602.
15. Keser Z, Chiang C, Benson J, et al. Cervical Artery Dissections: Etiopathogenesis and Management. Vasc Health Risk Manag 2022;18:685-700.
16. Micheli S, Paciaroni M, Corea F, et al. Cervical artery dissection: emerging risk factors. Open Neurol J 2010;4:50-5.
17. Debette S. Pathophysiology and risk factors of cervical artery dissection: what have we learnt from large hospital-based cohorts? Curr Opin Neurol 2014;27:20-8.
18. Del Zotto E, Grassi M, Zedde M, et al. Risk Profile of Patients with Spontaneous Cervical Artery Dissection. Ann Neurol 2023;94(3):585-95.
19. Arnold M, Pannier B, Chabriat H, et al. Vascular risk factors and morphometric data in cervical artery dissection: a case-control study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009;80(2):232-4.
20. Lounsbury E, Niznick N, Mallick R, et al. Recurrence of cervical artery dissection: A systematic review and meta-analysis. Int J Stroke 2024;19(4):388-96.
21. Giossi A, Ritelli M, Costa P, et al. Connective tissue anomalies in patients with spontaneous cervical artery dissection. Neurology 2014;83(22):2032-37.
22. Gunduz M, Kadirvel R, Kallmes D, et al. Spontaneous cervical artery dissection: is it really a connective tissue disease? A comprehensive review. Front Neurol 2023;14:1241084.
23. Kikkeri N, Nagarajan E, Sakuru R, et al. Horner Syndrome Due to Spontaneous Internal Carotid Artery Dissection. Cureus 2018;10(9):e3382.
24. Liu S, Zhang X, Bai X, et al. Antiplatelet vs. Anticoagulation in Cervical Artery Dissection: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Front Neurol 2021;12:745106.
25. Lee V, Brown R, Mandrekar J, et al. Incidence and outcome of cervical artery dissection: a population-based study. Neurology 2006;67(10):1809-12.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2024.09.812

Cervical artery dissection in Iceland: epidemiology, treatment and prognosis

Idunn Andradottir[1]
Brynhildur Thors[2]
Olafur Sveinsson[1,2]

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

Correspondence: Olafur Sveinsson, *olafursv@landspitali.is*

Key words: *cervical dissection, incidence, stroke, trauma*

Background: Cervical artery dissection is a common cause of ischemic stroke in young adults and middle-aged individuals. Due to advances in imaging techniques and increased knowledge, dissections are now diagnosed much more frequently than before. This study aimed to investigate the incidence of cervical artery dissection in Iceland from 2005 to 2023.

Methods: A retrospective study was conducted using medical records of individuals diagnosed with cervical artery dissection in Iceland between January 1, 2005, and December 31, 2023. The factors examined included gender, year of diagnosis, age at diagnosis, symptoms, risk factors, treatment, and prognosis. Data processing was performed using Excel® and Rstudio.

Results: The study sample consisted of 107 individuals, including 37 women and 70 men. The average incidence was 1.62 per 100,000 people per year. The incidence increased over the period, being 2.7 times higher in the latter half compared to the former. The average age of diagnosis was 50 years (range 18-101 years). The most common symptom was pain (72%), followed by sensory disturbances (67%), motor disturbances (49%), and Horner's syndrome (36%). Half of the patients experienced an ischemic stroke (51%). Five individuals (4.6%) had a recurrent dissection during the follow-up period. Dissections occurred in the internal carotid artery in 56% of cases and the vertebral artery in 44% of cases. All patients received antiplatelet and/or anticoagulant therapy. After 3-6 months, 77% had no or mild disability (0-2 on the modified Rankin scale).

Discussion: The incidence of cervical artery dissection in Iceland is consistent with findings from other studies. Diagnoses have increased in recent years, and the average incidence has risen. The majority of patients achieved good recovery, indicating effective diagnosis and treatment of cervical artery dissection in Iceland.

Allir geta smitast af HIV en enginn ætti að fá alnæmi

• Tvö tilfelli alnæmis hjá íslenskum konum •

Katrín Hólmgrímsdóttir[1] læknanemi
Sæmundur Rögnvaldsson[1,2] læknir
Telma Huld Ragnarsdóttir[2] læknir
Erna Milunka Kojic[2] læknir

[1]Læknadeild, Háskóla Íslands, [2]Lyflækningasvið, Landspítala

Fyrirspurnum svarar Erna Milunka Kojic, *ernamk@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 26. ágúst, 2024
Samþykkt til birtingar 1. október, 2024

Höfundar fengu samþykki sjúklinga fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

ÁGRIP

HIV getur haft margvíslegar birtingarmyndir og án meðferðar getur það leitt til alnæmis og alvarlegara fylgikvilla. Við eigum öflug lyf við sjúkdómnum og viljum meðhöndla alla með HIV áður en kemur til alvarlegs sjúkdómsástands en forsenda þess er að einstaklingar fari í HIV-próf. HIV á að vera á mismunagreiningalista heilbrigðisstarfsfólks hjá einstaklingum með óútskýrð einkenni, óháð áhættuþáttum fyrir HIV-sýkingu þar sem oft er auðvelt að vanmeta þá. Við lýsum hér tveimur nýlegum tilfellum alnæmis hjá íslenskum konum sem þóttu ekki hafa áhættuþætti fyrir HIV og gengu í gegnum langa uppvinnslu sem leiddi til þess að þær voru komnar með alnæmi við greiningu.

Inngangur

Human immunodeficiency veira (HIV) er ónæmisbælandi veira sem getur smitast manna á milli. Hún herjar á CD4-jákvæðar eitilfrumur og brýtur þannig niður varnir sértæka ónæmiskerfisins og gerir einstaklinga útsettari fyrir tækifærissýkingum og illkynja sjúkdómum.[1,2] Lyf eru notuð til að halda veirunni í skefjum og flestir sem taka þau eftir fyrirmælum eru með ómælanlegt veirumagn í blóði og hafa góðar lífshorfur.[2-4] Ef sjúkdómurinn er ekki meðhöndlaður getur hann á endanum leitt til alnæmis sem veldur alvarlegum tækifærissýkingum, en meðallifun einstaklinga með ómeðhöndlað alnæmi er um 2 ár.[1,2,5] Alnæmi er skilgreint út frá mælingu CD4-jákvæðra eitilfruma undir 200 frumur/mm^3 en viðmiðunarmörkin eru 500-1500 frumur/mm.[3,4,6] Önnur greiningarskilmerki alnæmis (*AIDS-defining illnesses*) eru meðal annars endurteknar lungnabólgur, lungnabólga vegna *Pneumocystis jirovecii*, hvítsveppasýking í öndunar- eða meltingarfærum, leghálskrabbamein, meðferðarþráar frumubreytingar í leghálsi, ýmsar gerðir eitilfrumuæxla, Kaposi-sarkmein og fleira [4,7,8]. HIV greindist fyrst á Íslandi árið 1983. Á tímabilinu 1983-2023 greindust 596 einstaklingar með HIV á Íslandi. Algengasta smitleiðin var samfarir milli líffræðilegra karlmanna.[9,10] Árið 2023 greindust 44 einstaklingar með HIV hérlendis og þar af voru 12 konur. Af þessum greiningum voru 17 þeirra innlendar nýgreiningar.[11] HIV getur verið einkennalaust til lengri tíma, jafnvel í áratugi, og áætlaði Alþjóðaheilbrigðismálastofnun ásamt Sóttvarnastofnun Evrópusambandsins árið 2023 að 28% HIV-smitaðra í Evrópu væru ógreindir.[12] Þetta er talið stafa af skömm og fordómum í garð einstaklinga með HIV sem getur orðið þess valdandi að færri fari í HIV-próf.[12,13] Ekki er ástæða til að ætla að annað sé uppi á teningnum á Íslandi og mögulega er hlutfall ógreindra enn hærra þar sem sjúkdómurinn hefur ekki verið mikið í umræðunni. Við lýsum hér tveimur nýlegum tilfellum alnæmis hjá íslenskum konum sem greindust með stuttu millibili eftir langa uppvinnslu og fengu að lokum alvarlega fylgikvilla sem leiddu til greiningar.

Sjúkratilfelli

Fyrra tilfellið fjallar um 46 ára konu sem var vísað á bráðadagdeild Landspítala vegna alvarlegra öndunarfæraeinkenna og hrakandi heilsufars. Hún hafði verið í uppvinnslu í 6 mánuði vegna óljósra, versnandi einkenna frá mörgum líffærakerfum. Meðal einkenna og teikna var þróttleysi, hiti, höfuðverkur, hósti með grænum uppgangi, dreifðir lið- og vöðvaverkir, stöðugur vatnskenndur niðurgangur, lystarleysi og 14 kg þyngdartap. Á þessu tímabili undirgekkst hún ítarlega upp-

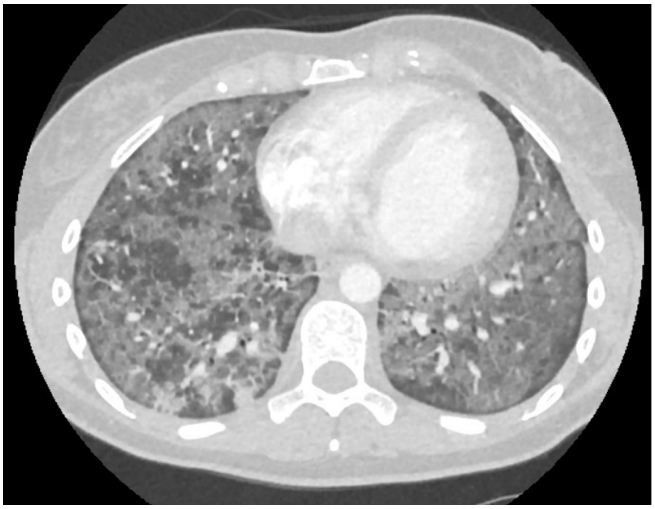
vinnslu sem sýndi endurtekið merki um langvinna bólgu. Hún reyndist vera með hækkað sökk og blóðfrumufæð, hvítsveppasýkingu í vélinda, eitlastækkanir í garnahengi og stóran eitil í nára. Einnig var hún með dreifðar hélubreytingar í báðum lungum og var sett á lungnabólgumeðferð vegna þessa. Hún var með fyrri sögu um sýkingu af völdum hááhættu Human HPV-veiru (*Human papilloma virus*) í leghálsi og endurtekna keiluskurði vegna frumubreytinga í leghálsi.

Við komu á bráðadagdeild höfðu öndunarfæraeinkenni, meðal annars hósti, uppgangur og mæði, versnað síðustu vikurnar þrátt fyrir lungnabólgumeðferðina. Tekið var sýni úr eitli í nára sem sýndi ódæmigerða eitilfrumufjölgun. Loks var fengið HIV-próf þar sem hún reyndist vera HIV-jákvæð. Eitilfrumudeilitalning sýndi fjölda CD4-jákvæðra eitilfrumna 52 frumur/mm^3 (<200 frumur/mm^3 skilgreina alnæmi) eða 8,1% og veirumagn 653.000 eintök. Hún var því greind með alnæmi og við frekari uppvinnslu reyndist lungnabólgan vera af völdum *Pneumocystis jirovecii* auk þess sem hvítsveppasýking í vélinda hafði tekið sig upp að nýju.

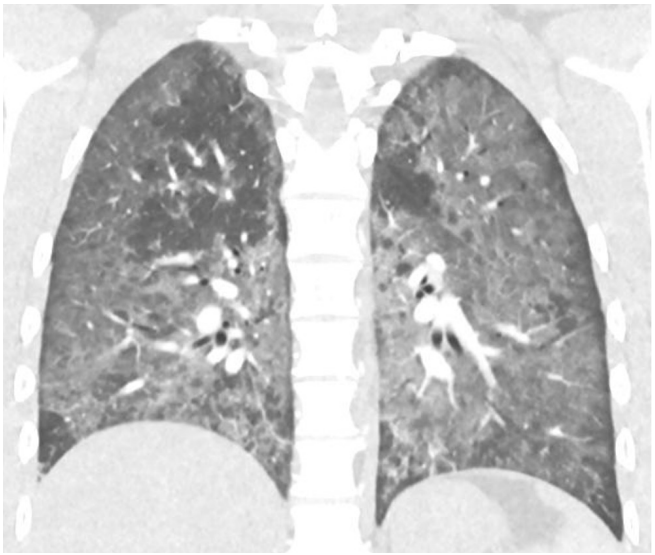
Seinna tilfellið fjallar um 31 árs konu sem var vísað á bráðadagdeild Landspítala vegna versnandi mæði og óljósra, dreifðra einkenna sem höfðu mikil áhrif á hennar daglega líf. Hún hafði leitað endurtekið til læknis yfir 6 mánaða tímabil vegna þessa og samanstóðu einkennin og teiknin af slappleika, úthaldsleysi, mæði, hröðum hjartslætti, hita, hósta, takverk, vöðvaverkjum, lystarleysi og þyngdartapi. Niðurstöður uppvinnslu á þessu tímabili samræmdust langvinnri bólgu. Hún var með hækkað sökk, hækkaðan D-dimer, blóðfrumufæð og sérfræðingsálit á blóðstroki lagði til uppvinnslu með tilliti til veirusýkingar vegna fjölda virkra eitilfruma. Mótefni gegn Epstein-Barr-veiru og Cytomegaloveiru reyndust neikvæð. Tölvusneiðmynd af lungnaslagæðum benti ekki til lungnablóðsegareks. Hún var almennt heilsuhraust áður fyrir utan sögu um hááhættu HPV-sýkingu í leghálsi og klamydíusýkingu.

Skömmu eftir fyrstu komu á bráðadagdeild var henni vísað þangað brátt frá Læknavaktinni vegna aukinnar mæði, hósta, hita og lágrar súrefnismettunar í blóði. Við komu á bráðadagdeild reyndist súrefnismettun vera 91%, sem lagaðist á meðan á veru hennar þar stóð. Hún var ekki metin súrefnisþurfi og var hleypt heim. Rúmri viku síðar kom hún aftur inn á deildina vegna sömu einkenna. Hún var bráðveik við komu, stóð illa undir sér, hvíldarmóð, með hraðan hjartslátt, lága súrefnismettun og var í bráðri öndunarbilun. Tölvusneiðmynd af lungnaslagæðum sýndi að bæði lungu voru alsett hélubreytingum (sjá myndir 1a og 1b). Útlit breytinganna vakti grun um lungnabólgu af völdum *Pneumocystis jirovecii* og var ákveðið að fá HIV-próf og bráða berkjuspeglun með berkjuskoli. Hún reyndist vera HIV-jákvæð, eitilfrumudeilitalning sýndi fjölda CD4-jákvæðra eitilfrumna 85 frumur/mm^3 (<200 frumur/mm^3 skilgreina alnæmi), eða 12,4%, og veirumagn 621.000 eintök. Hún var því með alnæmi, berkjuskol staðfesti *Pneumocystis jirovecii* í lungum og í magaspeglun greindist hún jafnframt með hvítsveppasýkingu í vélinda.

Báðar konurnar eru í eftirliti á Landspítalanum og fá lyfjameðferð við HIV. Lungnabólgan af völdum *Pneumocystis jirovecii* og hvítsveppasýkingin í vélinda voru upprættar hjá þeim báðum. Sú seinni veiktist sérlega alvarlega, þurfti á gjör-



Mynd 1a. *Tölvusneiðmynd af lungnaslagæðum í þverskurði. Dreifðar hélubreytingar í báðum lungum af völdum* Pneumocystis jirovecii *sýkingar.*



Mynd 1b. *Tölvusneiðmynd af lungnaslagæðum í þykktarskurði. Dreifðar hélubreytingar í báðum lungum af völdum* Pneumocystis jirovecii *sýkingar.*

gæslumeðferð að halda og var súrefnisþurfi í marga daga. Hvorug þeirra er með alnæmi í dag og stefnt er að því að þær nái ómælanlegu veirumagni í blóði en ljóst er að báðar konurnar veiktust mjög alvarlega.

Umræður

HIV hefur fjölbreytta birtingarmynd og getur verið alvarlegur en meðhöndlanlegur sjúkdómur, sérstaklega ef það er greint tímanlega. Framangreind tilfelli sýna fram á mikilvægi þess að hafa HIV í huga þegar einstaklingar eru með langvinn, óútskýrð einkenni en sýna jafnframt að HIV er oft allt of neðarlega á mismunagreiningalista heilbrigðisstarfsfólks á Íslandi. Viðvörunarbjöllur ættu alltaf að fara í gang við *Pneumocystis jirovecii* lungnabólgu og hvítsveppasýkingu í vélinda en það eru algengustu tækifærissýkingarnar meðal einstaklinga með

Tafla I. Ábendingar fyrir HIV-prófi samkvæmt Sóttvarnarstofnun Bandaríkjanna.

Hverjir eiga að fara í HIV-próf?	Hvenær?
Allir einstaklingar	Að minnsta kosti einu sinni fyrir 65 ára aldur
Allir með áhættuþætti fyrir HIV	Árlega
Allir sem greinast með annan kynsjúkdóm en HIV	Að minnsta kosti einu sinni á ævinni
Allir með einkenni sem gætu samrýmst HIV	Eins oft og á þarf að halda

alnæmi.[14] Mikilvægt er að gleyma sjúkdómnum ekki þar sem meðferðin við HIV er öflug. Einstaklingar sem eru á virkri meðferð og með ómælanlegt veirumagn í blóði eru ekki smitandi og því er til mikils að vinna að meðhöndla sjúkdóminn. Meðferðina ætti að hefja strax við greiningu. Einnig er hægt að veita einstaklingum sem eru HIV-neikvæðir meðferð til að koma í veg fyrir smit.[2, 15] Vegna árangursríkrar meðferðar ráðleggur Sóttvarnastofnun Bandaríkjanna að prófa alla einstaklinga yngri en 65 ára fyrir HIV að minnsta kosti einu sinni um ævina, einstaklinga með áhættuþætti fyrir HIV árlega, alla sem greinast með annan kynsjúkdóm og alla sem eru með einkenni sem geta samræmst HIV (sjá töflu I).[16,17] Það er hægt að bera HIV í langan tíma án þess að grunur vakni um smit og tilfelli kvennanna styðja við nauðsyn þess að allir séu prófaðir fyrir HIV. Þannig ættu allir á Íslandi að láta prófa sig fyrir HIV að minnsta kosti einu sinni á lífsleiðinni.

Helstu smitleiðir HIV eru með líkamsvessum, nánar tiltekið blóði, brjóstamjólk, sæði, legganga- og endaþarmsseyti. Mikilvægt er að hafa hugfast að allir geta smitast af HIV en þó eru ákveðnir áhættuþættir sem auka líkur á smiti.[4,18] Þar má nefna vímuefnanotkun í æð en blóðsmit getur orðið ef nálum er deilt. Algengast er að einstaklingar smitist af HIV við óvarðar samfarir og er mesta hættan við endaþarmsmök en áhætta við samfarir um leggöng er minni en um endaþarm. Einnig ber að nefna að börn geta smitast frá móður á meðgöngu, við fæðingu eða með brjóstagjöf.[18] Þessir áhættuþættir eru mis algengir eftir svæðum í heiminum. Á Íslandi er algengasta smitleiðin óvarðar samfarir en mjög fá smit verða frá móður til barns en það er til dæmis mun algengara í Afríku og mikill meirihluti smitaðra barna í heiminum búa þar.[9, 19, 20] Í íslensku samfélagi hefur verið aukin umræða um fjölkær sambönd og „swing“, það getur meðal annars falið í sér að pör skiptist á mökum til samfara, hópsamfarir og fleira, en fjöldi bólfélaga getur verið áhættuþáttur fyrir kynsjúkdóma, þar meðtalið HIV.[21, 22] Mat á áhættuþáttum sjúklinga er að stórum hluta byggt á sögutöku og huglægum þáttum, sem getur leitt til þess að læknar vanmeti áhættuþætti sjúklinga sinna.[23, 24] Þessi tvö tilfelli sýna glögglega hvernig einstaklingar án bersýnilegra áhættuþátta geta smitast af HIV og hvernig vanmat á hættunni á HIV getur haft alvarlegar afleiðingar. Konurnar voru báðar fæddar og uppaldar á Íslandi, eru mæður og í langtíma samböndum með íslenskum mönnum. Veiran er í íslensku samfélagi og allir geta smitast. Því er rétt að muna eftir HIV, óháð áhættuþáttum.

Það vekur sérstaka athygli að báðar konurnar höfðu greinst endurtekið með hááhættu HPV-sýkingar í leghálsi og önnur þeirra hafði gengist undir endurtekna keiluskurði vegna frumubreytinga í leghálsi. Meðal einstaklinga með HIV eru hááhættu HPV-sýkingar, forstigsbreytingar í leghálsi og leghálskrabbamein mun algengari en í almennu þýði.[25-28] Algengi þessa eykst eftir því sem að CD4 jákvæðum eitilfrumum fækkar.[25, 26] Leghálskrabbamein er eitt af greiningarskilmerkjum alnæmis og er algengasta krabbameinið meðal kvenna sem leiðir til greiningar á alnæmi.[7, 8, 27] Dánartíðni kvenna með HIV af völdum leghálskrabbameins er rúmlega tvöföld á við tíðnina meðal kvenna án sjúkdómsins.[27] Samkvæmt erlendum leiðbeiningum þarf að skima tíðar og ævilangt fyrir HPV-sýkingum í einstaklingum með HIV vegna aukinnar áhættu á leghálskrabbameini.[29] Vegna samspils þessa tveggja veira ætti jafnframt að prófa alla sem greinast með endurteknar og viðvarandi hááhættu HPV-sýkingar eða frumubreytingar í leghálsi fyrir HIV.[30]

Það ber að benda á að seinni konan hafði farið reglulega í kynsjúkdómapróf fyrir klamydíu og lekanda og hafði nýlega greinst með klamydíu. Það eru auknar líkur á HIV-smiti meðal einstaklinga sem greinast með aðra kynsjúkdóma.[4] Það er ekki í verklagi á Íslandi að senda alla sem greinast með aðra kynsjúkdóma í HIV-próf en í raun ætti að prófa alla sem greinast með einhverja kynsjúkdóma fyrir HIV að minnsta kosti einu sinni.[17] Ef það hefði verið gert í tilfelli seinni konunnar hefði líklega verið hægt grípa inn í hennar sjúkdómsgang áður en hún fékk alnæmi og alvarlega fylgikvilla.

Þessi tvö tilfelli sýna greinilega hvað ónóg meðvitund um HIV á Íslandi getur haft alvarlegar afleiðingar. Konurnar í tilfellunum voru báðar með atriði í sinni heilsufarssögu sem hafa sterk tengsl við HIV og uppfylltu greiningarskilmerki alnæmis, sem gefur til kynna langt genginn og alvarlegan sjúkdóm. Staðreyndin er sú að þær hefðu geta greinst fyrr, en HIV virðist ekki vera ofarlega í huga heilbrigðisstarfsfólks og það vantar skýrar verklagsreglur á Íslandi sem ítreka að það eigi að fá HIV-próf þegar slík atriði koma upp. Nú er verið að vinna að slíkum verklagsreglum. Eins og tilfellin sýna, getur birtingarmynd sjúkdómsins verið mismunandi og hann kemur ekki aðeins hjá einstaklingum með bersýnilega áhættuþætti. Við viljum vekja heilbrigðisstarfsfólk og almenning til umhugsunar, það eru ógreindir einstaklingar með HIV í íslensku samfélagi og við viljum greina þá og meðhöndla. Mikill hagur er af meðferðinni og mikilvægi hennar er ótvírætt. Við ættum að hafa lágan þröskuld fyrir því að taka HIV-próf af öllum í samfélaginu því það á enginn að greinast með alnæmi á Íslandi í dag.

Heimildir

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV. 2022. https://www.cdc.gov/hiv/index.html - apríl 2024.
2. Tómasdóttir A. Að vera HIV jákvæður. Landspítali, Reykjavík 2008.
3. US. Food & Drug Administration (FDA). HIV and AIDS: Medicines to Help You. FDA Office of Women's Health. 2020. https://www.fda.gov/consumers/free-publications-women/hiv-and-aids-medicines-help-you - apríl 2024.
4. World Health Organization (WHO). HIV and AIDS. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids#:~:text=Human%20immunodeficiency%20virus%20(HIV)%20is,cells%2C%20weakening%20the%20immune%20system - apríl 2024.
5. Poorolajal J, Hooshmand E, Mahjub H, et al. Survival rate of AIDS disease and mortality in HIV-infected patients: a meta-analysis. Public Health 2016; 139: 3-12.
6. World Health Organization (WHO). HIV. 2024. https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1 - ágúst 2024.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). AIDS-defining Conditions. 2008. https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5710a2.htm - apríl 2024.
8. Maiman M, Fruchter RG, Clark M, et al. Cervical cancer as an AIDS-defining illness. Obstetrics & Gynacology 1997; 89: 76-80.
9. Embætti Landlæknis. HIV/Almæmi eftir kyni, aldri, ríkisfangi, smitleið og smitlandi. 2021. https://island.is/smitsjukdomar-tolur - apríl 2024.
10. Embætti Landlæknis. Smitsjúkdómar - tölur. 2024. https://island.is/smitsjukdomar-tolur - ágúst 2024.
11. Ársskýrsla sóttvarna 2023. Embætti Landlæknis, Reykjavík 2024.
12. European Centre for Disease Prevention and Control og World Health Organization Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2023 - 2022 data. ECDC, Stokkhólmur 2023.
13. World Health Oraganization (WHO). No time to waste: to tackle its HIV epidemic, the European Region must urgently increase testing and address persistent stigma. 2023. https://www.who.int/europe/news/item/28-11-2023-no-time-to-waste-to-tackle-its-hiv-epidemic-the-european-region-must-urgently-increase-testing-and-address-persistent-stigma - apríl 2024.
14. Buchacz K, Lau B, Jing Y, et al. Incidence of AIDS-Defining Opportunistic Infections in a Multicohort Analysis of HIV-infected Persons in the United States and Canada, 2000-2010. J Infect Dis. 2016; 214: 862-872.
15. Gandhi RT, Bedimo R, Hoy JF, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2022 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. JAMA 2023; 329: 63-84.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Getting tested for HIV. 2024. https://www.cdc.gov/hiv/testing/index.html - apríl 2024.
17. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines 2021; 70: 1-187.
18. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, et al. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS 2014; 28: 1509-1519.
19. Volmink J og Marais B. HIV: mother-to-child transmission. BMJ Clinical Evidence 2008; 2: 909.
20. Kassa GM. Mother-to-child transmission of HIV infection and its associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis 2018; 18: 216.
21. Vísir. Swing og hópkynlíf fyrir byrjendur! 2024. https://www.visir.is/g/20242563677d/swing-og-hopkynlif-fyrir-byrj-endur- - maí 2024.
22. Armstrong HL, Roth EA, Rich A, et al. Associations between sexual partner number and HIV risk behaviors: implications for HIV prevention efforts in a Treatment as Prevention (TasP) environment. AIDS Care 2018; 30: 1290-1297.
23. Bogacheva N, Kornilova T og Pavlova E. Relationships Between Medical Doctors' Personality Traits and Their Professional Risk Perception. Behav Sci (Basel) 2019; 10: 6.
24. Grant K og Ragsdale K. Sex and the 'recently single': perceptions of sexuality and HIV risk among mature women and primary care physicians. Culture, Health & Sexuality 2008; 10: 495-511.
25. Liu G, Sharma M, Tan N, et al. HIV-positive women have higher risk of human papilloma virus infection, precancerous lesions, and cervical cancer. AIDS 2018; 32: 795-808.
26. Clifford GM, Franceschi S, Keiser O, et al. Immunodeficiency and the risk of cervical intraepithelial neoplasia 2/3 and cervical cancer: A nested case-control study in the Swiss HIV cohort study. Int J Cancer 2016; 138: 1732-1740.
27. Dryden-Peterson S, Bvochora-Nsingo M, Suneja G, et al. HIV Infection and Survival Among Women With Cervical Cancer. J Clin Oncol 2016; 34: 3749-3757.
28. Kojic EM, Cu-Uvin S, Conley L, et al. Human papillomavirus infection and cytologic abnormalities of the anus and cervix among HIV-infected women in the study to understand the natural history of HIV/AIDS in the era of effective therapy (the SUN study). Sex Transm Dis 2011; 38: 253-259.
29. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents With HIV. National Institutes of Health, Centers for Disease Control and Prevention, HIV Medicine Association and Infectious Diseases Society of America. 2024. https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/whats-new - apríl 2024.
30. Looker KJ, Ronn MM, Brock PM, et al. Evidence of synergistic relationships between HIV and Human Papillomavirus (HPV): systematic reviews and meta-analyses of longitudinal studies of HPV acquisition and clearance by HIV status, and of HIV acquisition by HPV status. J Int AIDS Soc 2018; 21: e25110.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2024.09.813

Anyone can contract HIV but no one should get AIDS

Katrin Holmgrimsdottir[1]
Saemundur Rognvaldsson[1,2]
Telma Huld Ragnarsdottir[2]
Erna Milunka Kojic[2]

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

Correspondence: Erna Milunka Kojic, *ernamk@landspitali.is*

Key words: *HIV, AIDS, HIV-testing, HIV in women, AIDS-defining illness, HPV-infection.*

HIV can have various clinical manifestations and without treatment it can progress to AIDS and have severe complications. We have effective treatments against the infection and want to treat everyone with HIV before it progresses to AIDS. The premise for that is HIV testing. HIV infection should be on the differential when patients present with signs and symptoms not otherwise explained. We describe here two recent cases of AIDS in Icelandic women that did not have perceived risk factors resulting in a significant delay in HIV diagnosis leading to AIDS

Meckels-sarpbólga með rofi

• Sjúkratilfelli og umfjöllun um sjúkdóminn •

Guðrún Margrét Viðarsdóttir[1] læknir
Hulda María Einarsdóttir[1] læknir
Jón Gunnlaugur Jónasson[2,3] læknir
Páll Helgi Möller[1,3] læknir

[1]Kviðarholsskurðdeild Landspítala, [2]Meinafræðideild Landspítala, [3]Læknadeild Háskóla Íslands

Fyrirspurnum svarar: Guðrún Margrét Viðarsdóttir, *gudrunmv@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 9. júlí, 2024
Samþykkt til birtingar 11. október, 2024

Höfundar fengu samþykki sjúklingsins fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

ÁGRIP

Meckels-sarpur er algengt meðfætt frávik í fósturþroska dausgarnar. Meckels-sarpur er yfirleitt einkennalaust fyrirbæri en fylgikvillar á borð við blæðingar og sarpbólgu geta komið fyrir. Við kynnum tilfelli hjá rúmlega fertugum manni sem greindist með Meckels-sarpbólgu með rofi en hann hafði einnig fyrri sögu um blæðingu frá meltingarvegi.

Inngangur

Meckels-sarpur (*Meckel's diverticulum*) er meðfætt frávik í fósturþroska dausgarnar (*ileum*) og er nefnt eftir þýska vísindamanninum Johann Meckel sem lýsti fyrirbærinu ítarlega árið 1809. Fyrirbærið hafði þó verið þekkt frá árinu 1598. Meckels-sarpur orsakast af ófullkominni lokun á blómarás (*omphalomesenteric duct*) í fósturþroska. Þetta er algengt frávik sem finnst hjá um 2-4% einstaklinga.[1] Meckels-sarpur er yfirleitt einkennalaus en í um 4% tilfella koma upp fylgikvillar eins og blæðing eða teppa (*obstruction*) frá meltingarvegi, og sarpbólga (*diverticulitis*).[1–3] Fylgikvillar Meckels-sarps eru mun algengari hjá börnum en fullorðnum og flestir fylgikvillar greinast hjá börnum undir tveggja ára aldri.[4] Hér er lýst tilfelli af Meckels-sarpbólgu með rofi sem greindist hjá rúmlega fertugum manni með fyrri sögu um blæðingu frá meltingarvegi.

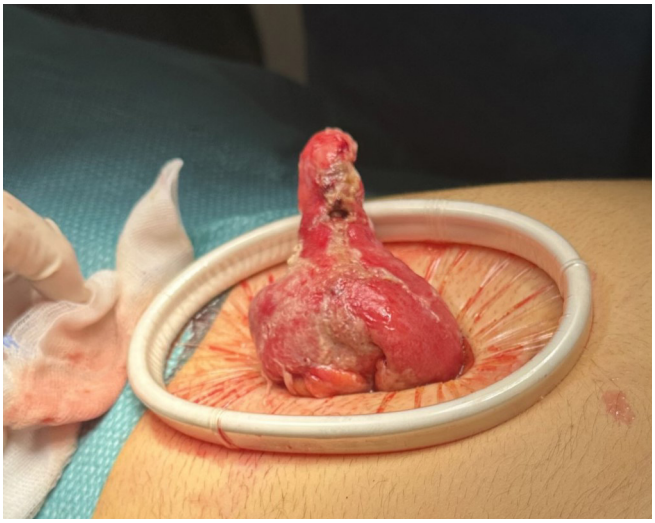
Tilfelli

Um er að ræða 42 ára hraustan karlmann sem lagðist fyrst inn á spítala ári fyrir greiningu. Hann var þá fluttur á bráðamóttöku Heilbrigðisstofnunar Suðurlands (HSU) vegna blóðugs niðurgangs og yfirliðs. Hann hafði tveggja daga sögu um krampakennda kviðverki og niðurgang. Í framhaldi byrjaði að blæða fersku blóði frá endaþarmi við hægðalosun og í kjölfar einnar mikillar blæðingar leið yfir manninn. Hringt var á sjúkrabíl og var hann fluttur á bráðamóttöku HSU. Þar leið yfir hann aftur og aftur blæddi frá endaþarmi. Í kjölfarið var maðurinn fluttur á bráðamóttöku Landspítala. Við komu þangað fann hann ekki fyrir ógleði eða kviðverk og var hitalaus. Hann var aðeins fölur að sjá en vakandi og áttaður. Kviður var mjúkur og óþaninn en til staðar voru dreifð eymsli við þreifingu, mest í neðri vinstri fjórðungi kviðar. Vöðvavörn og sleppieymsli voru ekki til staðar. Við endaþarmsskoðun sást ekki ytri gyllinæð, sár eða teikn um blæðingu. Hemóglóbín mældist vægt lækkað, 125 g/l. Vegna gruns um blóðþurrðarristilbólgu (*ischaemic colitis*) var fengin tölvusneiðmynd af kvið sem reyndist neikvæð. Maðurinn var lagður inn á lyflækningadeild til eftirlits og pöntuð ristilspeglun. Í legu hélt blæðing um endaþarm áfram og hemóglóbíngildi fór lækkandi, tveimur dögum eftir innlögn mældist það 103 g/l.

Ristilspeglun var framkvæmd tveimur dögum eftir innlögn. Sást þar blóð um allan ristil og upp í enda dausgarnar (*terminal ileum*). Ekki sást ákveðinn blæðingarstaður, ekki voru merki um ristilbólgu eða æxli. Einnig var framkvæmd magaspeglun og reyndist hún eðlileg. Grunur vaknaði um blæðingu frá smágirni og því mælt með myndhylkisrannsókn. Manninum leið betur og var útskrifaður heim eftir þriggja



Mynd 1. *Tölvusneiðmynd af kviðarholi sem sýnir Meckels-sarpbólgu.*

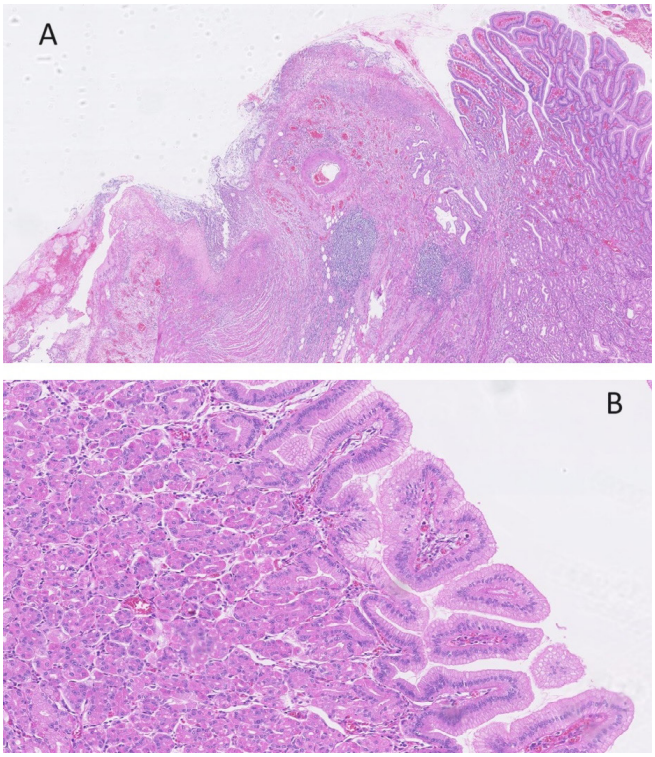


Mynd 2. *Mynd úr aðgerð þar sem sjá má bólginn Meckels-sarp með rofi.*

daga innlögn. Matareitrun ásamt bólgum í görn var talið skýra blæðinguna. Myndhylkisrannsókn var framkvæmd mánuði síðar sem sýndi bólgu ofarlega í smágirni en ekki sár eða blæðingarstað.

Ári síðar leitaði maðurinn aftur á bráðamóttöku HSU vegna skyndilegra krampakenndra kviðverkja sem hófust samdægurs. Verkirnir voru slæmir og þurfti hann mikla verkjastillingu. Tölvusneiðmynd af kvið vakti grun um Meckels-sarpbólgu (Mynd 1). Í kjölfarið var maðurinn fluttur á kviðarholsskurðdeild Landspítala. Kviðskoðun var tormetin þar sem manninum reyndist erfitt að slaka á kvið og spennti mikið á móti. Til staðar voru þreifieymsli um neðanverðan kvið og í vinstri neðri fjórðungi. Blóðhagur og CRP (*C-reactive protein*) voru innan eðlilegra marka. Maðurinn lagðist inn, fékk sýklalyf og magasýruhemjandi lyf í æð. Ástand hans var stöðugt og því var ákveðið að framkvæma skurðaðgerð daginn eftir og gera hlutabrottnám á smágirni.

Daginn eftir innlögn var maðurinn með viðvarandi slæma kviðverki, aukna þenslu á kvið og vöðvavörn við skoðun. Grunur vaknaði um rof á görn. Síðar sama dag var hann tekinn til aðgerðar. Aðgerð var framkvæmd í kviðsjá. Þegar komið var inn í kviðarhol blasti við mikil lífhimnubólga með fíbrínskánum og gruggugum fríum vökva í kviðarholi. Það sást að til staðar var rof á görn og leki úr smágirni. Við nánari skoðun var greinilegt að um væri að ræða Meckels-sarpbólgu með rofi. Gerður var 5 cm skurður í miðlínu neðan nafla og smágirni tekið þar út (Mynd 2). Sá hluti smágirnis sem innihélt Meckels-sarpinn var fjarlægður og gerð tenging milli garnanna. Maðurinn hélt áfram á sýklalyfjum í æð eftir aðgerðina og byrjaði á fljótandi fæði daginn eftir. Líðan eftir aðgerð var góð og útskrifaðist hann heim á fjórða degi eftir aðgerð. Við símaeftirfylgd 11 dögum eftir aðgerð lét maðurinn vel af sér. Vefjagreining sýndi Meckels-sarpbólgu sem innihélt að hluta til magaslímhúð ásamt ætisári (*peptic ulcer*) og rofi með áberandi bólgubreytingum í hálu (*serosa*) (Mynd 3).



Mynd 3. *Myndir úr vefjagreiningu sem sýna sársvæði í Meckels-sarpi með heillegri slímhúð til hægri en rof á veggnum yfir á háluyfirborð til vinstri (A) og magaslímhúð í Meckels-sarpi með sýrumyndandi gerð slímhúðar (B).*

Umræður

Meckels-sarpur er algengasta meðfædda frávik sem fyrirfinnst í meltingarvegi.[1] Hann myndast við ófullkomna lokun á blómarás í fósturþroska. Blómarásin tengir miðgirni (*midgut*) við blómapoka (*yolk sac*) í fósturþroska meltingarvegarins. Venjulega rýrnar blómarásin snemma í fósturþroska og hverf-

ur. Ef galli verður í rýrnunarferli blómarásarinnar geta ýmis frávik komið upp. Algengasta birtingarmynd slíks galla er myndun á Meckels-sarpi, en einnig getur myndast blaðra (*omphalomesenteric cyst*), fistill eða trefjastrengur sem tengir smágirni við nafla.

Meckels-sarpur er sannur sarpur (*true diverticulum*) þar sem hann inniheldur öll lög smágarnarveggjarins. Þar sem sarpurinn er uppruninn frá smágirni er innra byrði hans almennt þakið smágirnisslímhúð. Meckels-sarpur getur þó einnig innihaldið rangstæðan (*ectopic*) vef. Algengasti rangstæði vefurinn sem finnst í Meckels-sarpi er magaslímhúð en ýmsar aðrar vefjagerðir geta komið fyrir, svo sem brisvefur, skeifugarnarvefur, ristilvefur og lifrarvefur.[4] Ekki er vitað hver fósturfræðileg upptök þessara rangstæðu vefja eru. Þegar magaslímhúð er til staðar í sarpinum, eins og í þessu sjúkratilfelli, eykur það líkur á blæðingu þar sem magasýruframleiðsla ýtir undir myndun sára.[4]

Meckels-sarpur er til staðar hjá um 2-4% einstaklinga en aðeins um 4% þeirra þróa með sér fylgikvilla yfir ævina.[1-3] Tíðni einkennagefandi Meckels-sarps í þýðinu er því lág og tíðnitölur um fylgikvilla hans mismunandi milli rannsókna. Helstu fylgikvillar sem geta fylgt Meckels-sarpi eru blæðingar, teppa í meltingarvegi, sarpbólga, rof og æxlismyndun. Ein nokkuð stór rannsókn innihélt 1476 einstaklinga með Meckels-sarp og þar af voru 180 með einkennagefandi sarp. Í þeirri rannsókn var blæðing algengasti fylgikvillinn og kom fram hjá 38% þeirra með einkennagefandi sarp. Teppa í meltingarvegi var næst algengust með 34% tíðni og sarpbólga kom fram hjá 28% einstaklinga.[5] Aðrar rannsóknir hafa sýnt tíðni blæðingar sem fylgikvilla hjá 8-63% fullorðinna einstaklinga, teppu í meltingarvegi hjá 14-40% og sarpbólgu hjá 13-58% einstaklinga.[4] Algengasta undirliggjandi orsökin fyrir teppu er garnasmokkun (*intussusception*) á sarpinum.[4] Hjá börnum eru blæðingar og teppa í meltingarvegi algengustu fylgikvillarnir en sarpbólga er sjaldgæf.[5] Rof á Meckels-sarpi er mjög sjaldgæft en algengast er að slíkt gerist í kjölfar stíflu vegna lokunar á sarpinum af völdum saursteins (*fecolith*) sem leiðir til bólgu, drepmyndunar og loks rofs. Rof getur einnig komið fyrir vegna áverka af völdum aðskotahlutar í meltingarvegi eða vegna sáramyndunar eins og gerðist í þessu tilfelli.[4] Æxlismyndun innan Meckels-sarps er sjaldgæf, eða um 0,5-3,2% fylgikvilla.[6] Hinsvegar er æxlismyndun algengari innan Meckels-sarps en annars staðar í smágirni. Algengasta æxli sem finnst í Meckels-sarpi er krabbalíki (*carcinoid tumor*).[6]

Meckels-sarpur getur fundist fyrir tilviljun á myndgreiningu eða í kviðarholsaðgerð af öðrum orsökum. Algengara er þó að hann greinist í kjölfar fylgikvilla eins og í ofangreindu tilfelli. Erfiðlega getur reynst að greina Meckels-sarp án fylgikvilla frá smágirnislykkju á hefðbundnum myndgreiningarrannsóknum eins og tölvusneiðmynd og segulómun. Meckels-sarpurinn var ekki greinanlegur á myndrannsóknum í þessu tilfelli fyrr en sarpbólga var komin fram. Mögulegt er að greina Meckels-sarp í speglunarrannsókn af smágirni eða myndhylkisrannsókn, ef opið inn í sarpinn sést í rannsókninni.[7] Framkvæmd var myndhylkisrannsókn hjá einstaklingnum í þessu tilfelli en ekki náðist að greina Meckels-sarpinn. Einkenni sem fylgikvillar Meckels-sarps valda eru ósértæk og kvillinn því oft ranggreindur í upphafi líkt og í þessu tilfelli.[1,7] Einkenni Meckels-sarpbólgu geta verið mjög lík einkennum botnlangabólgu. Ef sjúklingur sem er grunaður um að hafa botnlangabólgu reynist vera með eðlilegan botnlanga í skurðaðgerð er mælt með því að leita að Meckels-sarpbólgu.[4]

Meðferð við einkennagefandi Meckels-sarpi felst í að fjarlægja hann með skurðaðgerð. Annars vegar er hægt að framkvæma aðgerð þar sem aðeins sarpurinn er fjarlægður (*diverticulectomy*) með því að hefta eða sauma yfir sarpinn. Hins vegar er hægt að fjarlægja þann hluta smágirnis sem inniheldur sarpinn og gera endurtengingu á görninni eins og framkvæmt var í umræddu tilfelli. Aðgerð þar sem aðeins sarpurinn er fjarlægður er einfaldari í framkvæmd en hætta er á því að þrenging verði í meltingarvegi eftir aðgerðina eða að rangstæður vefur verði eftir. Mælt er með því að gera frekar brottnám með endurtengingu garnar í þeim tilfellum þar sem sarpurinn er stuttur og situr á breiðum grunni til að minnka líkur á að skilja eftir rangstæðan vef.[8] Aðgerðir geta verið framkvæmdar sem opnar aðgerðir eða í kviðsjá en útkomur fyrir sjúklinga eru sambærilegar.[9]

Meckels-sarp sem finnst fyrir tilviljun á myndgreiningu ætti ekki að fjarlægja.[7] Hins vegar er umdeilt hvað skuli gera við Meckels-sarp sem finnst fyrir tilviljun í skurðaðgerð sem framkvæmd er af öðrum ástæðum. Með brottnámi Meckels-sarpsins er hægt að koma í veg fyrir mögulega fylgikvilla síðar meir. En skurðaðgerðinni sjálfri geta fylgt fylgkvillar og þarf að meta hvort ávinningur aðgerðar sé meiri en áhættan. Niðurstaða sumra rannsókna er að mæla með fyrirbyggjandi skurðaðgerð en aðrar rannsóknir mæla gegn því. Rannsókn Zani og félaga frá 2008 sýndi að til að koma í veg fyrir eitt dauðsfall vegna fylgikvilla Meckels-sarps þyrfti að gera skurðaðgerð á 758 einstaklingum. Í þeirri rannsókn var tíðni fylgikvilla tengd fyrirbyggjandi skurðaðgerðum 5,3% á meðan áhætta á þróun fylgikvilla Meckels-sarps var 1,3%.[10] Aðrar rannsóknir hafa sýnt fram á minni áhættu tengda fylgikvillum skurðaðgerðar og mæla með brottnámi á öllum Meckels-sörpum sem finnast fyrir tilviljun.[11] Rannsókn Thirunavukarasu og félaga frá 2011 mælir með fyrirbyggjandi brottnámi Meckels-sarps vegna aukinnar áhættu á æxlismyndun.[6] Enn aðrar rannsóknir hafa lagt til að framkvæma fyrirbyggjandi aðgerð á einstaklingum sem hafa undirliggjandi þætti sem auka áhættu á fylgikvillum Meckels-sarps. Þeir þættir eru til dæmis karlkyn, aldur undir 50 ára, lengd sarps meira en tveir sentimetrar og tilvist rangstæðs vefjar í sarpinum.[5,7]

Til er þumalputtaregla sem er hægt að nýta sér til að muna helstu þætti sem tengjast Meckels-sarpi. Á íslensku mætti kalla hana „tvenndarregluna“ (*Rule of twos*) þar sem talan tveir kemur endurtekið fyrir. Þar kemur fram að Meckels-sarpur sé til staðar hjá 2% einstaklinga og fylgikvillar séu tvöfalt algengari hjá körlum en konum. Einnig að staðsetning Meckels-sarps sé innan tveggja feta (60 cm) frá dausgarnar- og botnristilsloku (*ileocecal valve*) og lengd sarpsins sé um tvær tommur (5 cm). Þá eru um 2-4% einstaklinga með Meckels-sarp sem þróa með sér fylgikvilla, oftast undir tveggja ára aldri. Einnig finnast oft tvær gerðir rangstæðs vefjar í Meckels-sarpi, annars vegar

magaslímhúð og hins vegar brisvefur. Þessari þumalputtareglu skal þó taka með fyrirvara en tölfræðin sem sett er fram í reglunni er aðeins til viðmiðunar og ekki um nákvæm gildi að ræða.

Í þessu tilfelli er lýst tveimur mismunandi fylgikvillum Meckels-sarps hjá sama einstaklingi. Hægt er að leiða líkur að því að blæðingin frá meltingarvegi hafi átt uppruna sinn frá hinum ógreinda Meckels-sarpi þar sem engin önnur útskýring fannst við uppvinnslu. Þó var talið líklegt að blæðingin ætti uppruna sinn í smágirni en myndhylkisrannsóknin gat ekki sýnt fram á blæðingarstað né greint Meckels-sarpinn. Vefjagreining sýndi fram á magaslímhúð í Meckels-sarpinum sem eykur líkur á blæðingu og styður því tilgátuna að blæðingin hafi átt uppruna sinn þar. Sjúklingurinn þróaði einnig með sér sarpbólgu sem leiddi til rofs á sarpinum en slíkt er mjög sjaldgæft. Þetta tilfelli minnir á mikilvægi þess að íhuga fylgikvilla Meckels-sarps sem mismunagreiningu við bráðum einkennum frá meltingarvegi, svo sem bráðum kviðverkjum og blæðingu.

Heimildir

1. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. J R Soc Med. 2006; 99: 501-505.
2. Al Laham O, Albrijawy R, Alsamman MI, et al. Spontaneously perforated Meckel's diverticulum due to diverticulitis with histopathological finding of gastric mucosa in an adult female - A case report. Int J Surg Case Rep. 2021; 89: 106619.
3. Almas T, Alsubai AK, Ahmed D, et al. Meckel's diverticulum causing acute intestinal obstruction: A case report and comprehensive review of the literature. Ann Med Surg. 2022; 78.
4. Lequet J, Menahem B, Alves A, et al. Meckel's diverticulum in the adult. J Visc Surg. 2017; 154(4): 253-259.
5. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, et al. Meckel Diverticulum: The Mayo Clinic Experience With 1476 Patients (1950–2002). Ann Surg. 2005; 241(3): 529-533.
6. Thirunavukarasu P, Sathaiah M, Sukumar S, et al. Meckel's Diverticulum—A High-Risk Region for Malignancy in the Ileum: Insights from a Population-Based Epidemiological Study and Implications in Surgical Management. Ann Surg. 2011; 253(2): 223-230.
7. Hansen CC, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. Medicine (Baltimore). 2018; 97(35): e12154.
8. Varcoe RL, Wong SW, Taylor CF, et al. Diverticulectomy is inadequate treatment for short Meckel's diverticulum with heterotopic mucosa. ANZ J Surg. 2004; 74(10): 869-872.
9. Ezekian B, Leraas HJ, Englum BR, et al. Outcomes of laparoscopic resection of Meckel's diverticulum are equivalent to open laparotomy. J Pediatr Surg. 2019; 54(3): 507-510.
10. Zani A, Eaton S, Rees CM, et al. Incidentally Detected Meckel Diverticulum To Resect or Not to Resect? Ann Surg. 2008; 247(2): 276-281.
11. Cullen JJ, Kelly KA, Moir CR, et al. Surgical management of Meckel's diverticulum: An epidemiologic, population-based study. Ann Surg. 1994; 220(4): 564-569.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2024.09.814

Meckel's diverticulitis with perforation – a case report and discussion of the disorder

Gudrun Margret Vidarsdottir[1]
Hulda Maria Einarsdottir[1]
Jon Gunnlaugur Jonasson[2,3]
Pall Helgi Moller[1,3]

[1]Department of General Surgery, Landspitali University Hospital, [2]Department of Pathology, Landspitali University Hospital, [3]Faculty of Medicine, University of Iceland

Correspondence: Gudrun Margret Vidarsdottir, *gudrunmv@landspitali.is*

Key words: *Meckel´s diverticulum, Gastro-intestinal bleeding, Comlipcations, Ectopic, Resection*

Meckel's diverticulum is a common congenital anomaly in embryonic development of the ileum. Meckel's diverticulum is most often asymptomatic, but complications can arise, such as gastrointestinal bleeding and diverticulitis. We present a case report of a 42-year-old man who was diagnosed with Meckel's diverticulitis with perforation and had a previous history of gastrointestinal bleeding.

Norræn rafbók handa læknanemum í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum

Þóra Steingrímsdóttir

Samtök félaga fæðinga- og kvensjúkdómalækna á Norðurlöndum, NFOG (*Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology*) gefur út rafbók fyrir læknanema í greininni. Bókin er á ensku, með opnum, ókeypis aðgangi.

Kaflarnir eru 60 talsins, ríkulega búnir skýringamyndum, og margir innihalda stutt myndbönd af ýmsu tagi. Hverjum kafla fylgja margar krossaspurningar með útskýringum við rétt og röng svör. Krossaspurningarnar hafa ýmsir samið, meðal annarra íslenskir læknanemar. Höfundar megintextans eru um 170 talsins, langflestir eru meðlimir NFOG, einnig höfundar myndefnis. Stefnt hefur verið að því að 3-5 höfundar skrifi hvern kafla og að þeir séu af að minnsta kosti þrennu þjóðerni.

Útgáfuár telst vera 2020 en kaflarnir eru í stöðugri endurskoðun og unnið er einnig að því að endurnýja í höfundahópunum og yngja þar upp, sem og að endurnýja í ritstjórninni smám saman.

Helsta áskorun ritstjórnar hefur verið að hemja innihald bókarinnar á þekkingarstigi læknanema; tilhneiging sérfróðra höfunda hefur oft verið að fara óþarflega djúpt í efnið. Bókin er ætluð læknanemum en sérnámslæknar í byrjun sérnáms geta haft gott gagn af henni og einnig sérnámslæknar í öðrum greinum, til dæmis heimilislækningum.

En sjón er sögu ríkari, hér er slóð á bókina og QR kóði, skoðið að vild og hlaðið niður í tölvu og eða símann ykkar.



Myndin er tekin á fundi ritstjórnar 11. október 2024 í Reykjavík. Frá vinstri: Alexander Smárason, prófessor á Akureyri og forseti NFOG, sem var gestur ritstjórnar, þá Niels Uldbjerg prófessor í Árósum, aðalritstjóri, Jone Trovik, prófessor í Bergen, Rebekka Oxenvad Svarrer fæðinga- og kvensjúkdómalæknir í Horsens á Jótlandi, ritstjórnarfulltrúi, Oskari Heikinheimo, prófessor í Helsinki, Kristina Gemzell Danielsson, prófessor í Stokkhólmi og Þóra Steingrímsdóttir, prófessor emeritus, Háskóla Íslands. Þessi ritstjórn hefur starfað frá upphafi, 2017, og var Ulla Breth Knudsen, prófessor í Árósum með fyrstu fimm árin. Mynd/aðsend

QR kóðinn að bókinni sem gerir einfalt að hlaða henni niður í símann:

hyperlink á bókina: NFOG Textbook

Logo bókarinnar og NFOG

Árshátíð LÍ 2025!
laugardaginn 25. janúar í Gullhömrum
Takið kvöldið frá!

Nýtt mælaborð sóttvarnalæknis

Rósa Steinunn Solveigar Sturludóttir



Anna Margrét Guðmundsdóttir, yfirlæknir á sótt-varnarsviði embættis landlæknis

Í ljósi þess hve tíðni kynsjúkdóma hefur aukist hér á landi er ekki úr vegi að benda á gagnvirt mælaborð sótt-varnalæknis þar sem hægt er að sjá tölulegar upplýs-ingar á nýgengi greininga á Íslandi. Mælaborð smitsjúk-dóma, þar sem fjórir helstu kynsjúkdóm-arnir sjást, er uppfært árlega. Nýja mæla-borðið er lekandi og klamydía, en það uppfærist ársfjórðungslega, því eru tölu-r fyrir 2024 komnar inn. Upplýsingarn-ar eru byggðar á smitsjúkdómaskrá frá rannsóknarstofum. Á mælaborðinu má sjá að árið 2023 er mikil aukning á lek-andagreiningum. Einnig má sjá að sára-sótt hefur verið í vexti en að sögn Önnu Margrétar Guðmundsdóttur, yfirlæknis á sóttvarnarsviði Embættis landlæknis, greindust færri með sárasótt fyrstu sex mánuði í ár, en fyrstu sex mánuði ársins 2023. Þó að mælaborðið sýni einungis tölur frá 2010 er vitað að annað eins hef-ur ekki sést síðan á síðustu öld. Ætla má að árið í ár verði með svipuðum hætti hvað varðar lekandasmit.

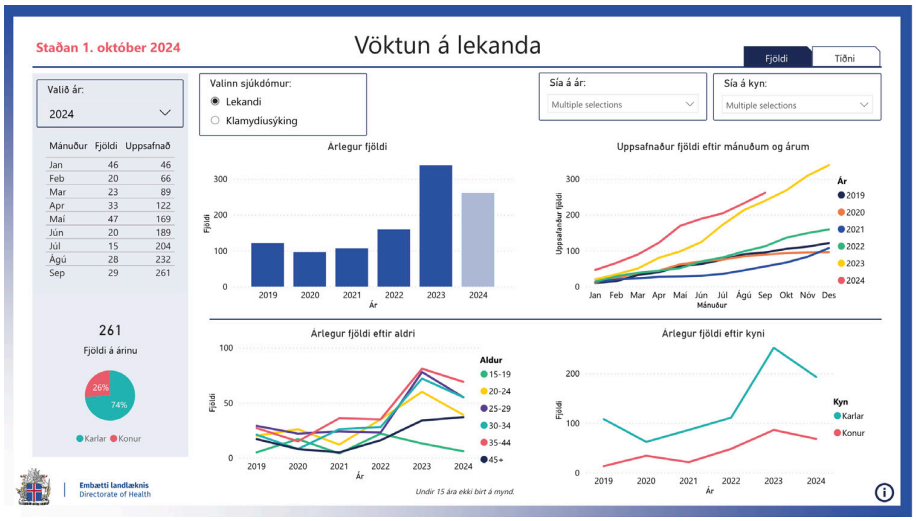
Hvað er til ráða við þessari aukningu á tíðni smita á Íslandi? „Það er ekki vitað með vissu hvað veldur þessari auk-ningu kynsjúkdóma á Íslandi á síðustu árum en sama þróun hefur sést í öðrum Evrópulöndum. Líklega eru fleiri en ein skýring á þessari aukningu en eitt af því sem nefnt hefur verið er minnkuð notk-un smokka. Einn liður í aðgerðum til að draga úr kynsjúkdómum er að upplýsa og fræða, meðal annars um smokkinn, en rannsóknir hafa sýnt að rétt notkun smokka við kynlíf dregur verulega úr smiti kynsjúkdóma.“ Segir Anna Mar-grét.

Flestir vita að besta vörnin gegn kyn-sjúkdómum er smokkurinn og kannski er ráð að við hér á landi færum í átak líkt og ráðist var í fyrir um 35 árum síðan þegar Landlæknisembættið fór í herferð með áherslu á vitundarvakningu al-mennings um notkun smokksins. Þá var alheimsfaraldur HIV í algleymingi og lífsspursmál að fræða fólk um smitleið-ir og forvarnir. Fólk sem var áberandi á fjölum leikhúsa, tónlistarfólk, fjölmiðla-fólk, talsmenn mismunandi hópa unga fólksins svo eitthvað sé nefnt var fengið til að sitja fyrir á mynd með smokk. Sú herferð vakti almenna lukku og fékk mikla athygli. Afrit af einu þessara vegg-spjalda má sjá hér til hliðar og mynd af nýju mælaborði Sóttvarnarlæknis hér fyrir neðan. Sem liður í aðgerðum til að draga úr kynsjúkdómum og minna á mikilvægi smokksins tók sóttvarnar-læknir nýlega þátt í samstarfi við félag-ið Ástráð, kynfræðslufélag læknanema við Háskóla Íslands. Samstarfið felst í forvörnum kynsjúkdóma með birtingu myndbanda á samfélagsmiðlum (TikTok, Instagram og facebook reels) sem miðl-



Smokkaveggspjald: herferð Landlæknisembættis árið 1987, vakti almenna lukku og fékk mikla athygli.

að var til ungs fólks. Verkefnið var styrkt af Embætti landlæknis. Myndböndin hafa fengið tæp 43 þúsund áhorf. Þau verða áfram inni á Instagramsíðu Ást-ráðs og verða auglýst aftur af og til.



Hér má sjá skjáskot af nýja mælaborðinu.



Við varðveitum gögnin þín

- Þú hringir í 587 9800 eða sendir okkur tölvupóst
- Við komum með tóma kassa og strikamerki
- Þú skráir gögnin, setur í kassana, límir strikamerkin á og lætur okkur vita
- Við komum og förum með kassana í örugga geymslu þar sem þú hefur alltaf aðgang að þeim
- Við pössum gögnin í vöktuðu rými við bestu aðstæður þangað til þú vilt fá þau aftur, skoða þau eða taka til þín

Einfalt ekki satt

GAGNAGEYMSLAN

Gagnageymslan ehf. · Smiðshöfða 1, 110 Reykjavík · 587 9800
www.gagnageymslan.is · gagnageymslan@gagnageymslan.is

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

Heilbrigðisstefna til 2030 – hvernig gengur?



Oddur Steinarsson
sérfræðingur í heimilislækningum,
varaformaður Læknafélags Íslands

Árið 2019 samþykkti Alþingi heilbrigðisstefnu til 2030 og nú er um helmingur þess tíma liðinn. Eitt er að skrifa svona stefnu, en annað að framkvæma. Það er margt gott í stefnunni og vitnað meðal annars í greiningar erlendra aðila og umsagnir Ríkisendurskoðunar. Ekki er nóg að teikna hús, það þarf að byggja húsið. Í stefnunni eru meðal annars eftirfarandi setningar:

„Fjármögnun og greiðslukerfi heilbrigðisþjónustunnar þarf að fela í sér hvata sem stuðla að því að tekið sé á heilbrigðisvanda sjúklinga með heildstæðum hætti fremur en að horft sé til einstakra heimsókna til heilbrigðisstarfsfólks eða sjúkrahússinnlagna.“

„Kaup hins opinbera á heilbrigðisþjónustu – Fjármögnunarkerfi sem stuðla að gæðum og hagkvæmni veittrar þjónustu.“

„Vel mönnuð heilsugæsla er fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Unnið er í teymum og umbótastarf virkt.“

„Mönnun er sambærileg við það sem best gerist erlendis, samræmist umfangi þjónustunnar og tryggir gæði og öryggi hennar.“

„Sjúkratryggingar Íslands annast alla samningagerð um kaup á heilbrigðisþjónustu fyrir hönd ríkisins, hvort sem um er að ræða þjónustu opinberra aðila eða einkaaðila.“

Greiðslukerfin í þjónustunni hafa lítið breyst á undanförnum árum og ekki þróast í takt við heilbrigðisstefnu. Það er í hrópandi ósamræmi við gildandi heilbrigðisstefnu að hafa fjármögnun heilsugæslu án nokkurra hvata til að veita þjónustu umfram lágmarkskröfur ásamt því að bera hvata sem gerir það rekstrarlega óhagkvæmt að vera með starfandi lækna á sama tíma og annars stigs þjónusta er að mestu á afkastamiðuðum samningum.

Sjúkratryggingar sjá enn ekki um framkvæmd fjármögnunar, nema fyrir hluta þjónustunnar, og ráðuneytið er oftar en ekki með bein afskipti af framkvæmd fjármögnunar. Þá eru óskýrar línur milli þessara aðila um hver gerir hvað og oftar en ekki verið að vísa á aðra að klára málin. Það eru 16 ár frá því að lög um Sjúkratryggingar Íslands voru sett og enn eru Sjúkratryggingarnar ekki komnar með fullt umboð til að uppfylla sitt hlutverk.

Hvað varðar fyrsta stigs þjónustuna þá var tekið upp kerfi að sænskri fyrirmynd 2017 og boðnar út nýjar heilsugæslustöðvar samhliða því. Fyrstu árin á eftir batnaði aðgengið nokkuð, meðal annars með tilkomu tveggja nýrra heilsugæslustöðva, og fjölgaði töluvert í sérnáminu. En því kerfi hefur ekki verið leyft að þróast eðlilega. Samkeppni á að vera hvati í því kerfi, en í núverandi ástandi er hún ekki til staðar og aðilar meðal annars komnir með stöðvun skráninga nýrra skjólstæðinga utan þeirra svæðis. Þá er fjármögnunin byggð að mestu á fjölda skjólstæðinga. Í sjúkraþjálfun og annars stigs læknisþjónustu á stofum er aftur á móti greitt eftir verkum. Þar er sjálfstæður rekstur ráðandi meðan lítið gerist í heilsugæslunni. Í dag er oftast mun auðveldara að komast til sjúkraþjálfara vikulega en að hitta sama heimilislækninn tvisvar sinnum á ári. Við höfum haft sömu greiðslukerfin og samninga áratugum saman. Það virðist vanta kunnáttu og vilja til þess að koma á kerfum hér á landi sem eru til samræmis við heilbrigðisstefnuna. Þá hefur „efling“ heilsugæslunnar undanfarin ár falist helst í nýjum miðstöðvum með annars stigs þjónustu og 1700 símans. Grunnþjónusta heilsugæslunnar situr á hakanum og innan við helmingur landsmanna er með skráðan heimilislækni. Ráðuneytið styrkir aðeins um 20 stöður sérnámslækna og fer það fjármagn til útvalinna heilbrigðisstofnana, en fylgir ekki sérnámslæknunum. Þá hafa Sjúkratryggingar aðeins samning við og umdæmi yfir þeim fimm heilsugæslum sem eru sjálfstætt starfandi í landinu, ekki öllum hinum stöðvunum þótt þær eigi að vera inni í sama líkani og fylgja kröfulýsingum.

Það er ljóst að framkvæmd heilbrigðisstefnu gerist ekki að sjálfu sér. Ef að markmið hennar eiga að nást á næstu áratugum, þarf að koma málum í framkvæmd og vinna markvisst að þeim. Að hafa helstu hvatakerfin aðeins í annars stigs þjónustunni gengur ekki. Breyta þarf hvötum á öllum stigum þjónustunnar og skilgreina betur hver á að gera hvað. Ekki er nóg að ýta verkefnum á þjónustuaðila, það þarf mannskap og fjármuni til þess að framkvæma það sem stjórnvöld hafa ætlað sér. Það þarf að vera sami aðilinn sem greiðir fyrir fyrsta, annars og þriðja stigs þjónustuna sem gætir þess að rétt þjónusta sé veitt á réttum stað. Þá þarf að gera heilsugæsluna að meira aðlaðandi starfsvettvangi fyrir lækna og aðrar heilbrigðisstéttir. Því miður hafa verið teikn um að það halli aftur undan í nýmönnun í heilsugæslunni og því verður að snúa við. Hver sem tekur við keflinu í Heilbrigðisráðuneytinu, þarf að dusta rykið af Heilbrigðisstefnunni og öðrum ágætum skýrslum sem finnast í skúffum ráðuneytisins. Kominn er tími til að framkvæma, ekki er nóg að byggja nýjan Landspítala, heilbrigðisþjónusta byggist helst á mannauði og honum þarf að hlúa að!

Heimildir

Stjórnarráðið 28. júní 2019 Heilbrigðisráðuneytið, Heilbrigðisstefna til 2030, https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Heilbrigdisstefna_4.juli.pdf

Stjórnarráð Íslands, Heilbrigðisráðuneytið. (2019). Heilbrigðisstefna, Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030. https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Heilbrigdisstefna_A5.pdf

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

Öldrunarendurhæfing er samfélaginu nauðsynleg

Á hjúkrunarheimilinu Eir í Grafarvogi hefur frá árinu 2007 verið rekin öldrunarendurhæfing með góðum árangri og hefur starfsemin aukist með árunum að sögn Ólafs Helga Samúelssonar framkvæmdastjóra lækninga á hjúkrunarheimilunum Eir, Skjóli og Hömrum.

Hávar Sigurjónsson

„Við byrjuðum með 12 pláss árið 2007 og rekum frá því fyrir 2 árum deild með 44 plássum. Deildin er rekin með daggjöldum frá Sjúkratryggingum og í samstarfi við Landspítalann. Vísað er til okkar eldri skjólstæðingum sem þurfa á endurhæfingu að halda eftir heilsufarsáföll, einkum byltur og brot en líka önnur bráð veikindi. Einnig er samvinna um að taka við fólki sem þarf endurhæfingu eftir valkvæðar liðskiptaaðgerðir. Inntökuskilmerki eru helst að bráðaveikindi séu yfirstaðin, að helstu uppvinnslu sé lokið og skjólstæðingurinn sé í endurhæfingarhæfu ástandi. Í því mikla álagi sem er á Landspítala kemur fyrir að þessara skilmerkja sé ekki nægilega gætt en slíkt getur dregið úr skilvirkni og aukið tíðni endurinnlagna. Við eigum í mjög góðu samstarfi við útskriftarteymi Landspítalans og göngudeild öldrunarlækningadeildar á Landakoti en þaðan er einnig vísað til okkar skjólstæðingum eftir uppvinnslu í einhverjum mæli," segir Ólafur Helgi í upphafi samtals okkar.

Hjúkrunarheimilið Eir var opnaði í áföngum árið 1993. Á fjórðu hæð heimilisins voru frá upphafi rekin 12 hvíldarinnlagnar- og 12 biðpláss fyrir eldra fólk í bið eftir varanlegu rými.

„Að frumkvæði Sigurbjörns Björnssonar þáverandi yfirlæknis og samstarfsfólks var helmingur plássa lagður undir endurhæfingu árið 2007 og í endurhæfingu einvörðungu frá 2016. Deildin stækkaði svo í 44 endurhæfingarpláss 2022. Ég hef starfað við heimilið frá aldamótum og því tekið þátt í þessu spennandi verkefni frá upphafi. Eins og áður er lýst eru skilmerki nauðsynleg til að svona starfsemi sé skilvirk. Á síðasta ári voru um 350 innskriftir hjá okkur, 85% útskrifuðust heim að lokinni endurhæfingu en endurinnlagnir á Landspítalann voru um 13%. Þetta er hærri tala miðað við fyrri ár og endurspeglar breiðari og viðkvæmari hóp sem verið er að sinna. Það eru alltaf einhverjir sem ekki er raunhæft að útskrifa heim og fara þá í færni- og heilsumat og bið eftir hjúkrunarrými. Á síðasta ári var sá hópur um 2% af innskriftum á deildina. Það verður að teljast eðlilegt að einhverjir lendi í þessari stöðu, annars væru inntökuskilmerki of þröng og hætt við að skjólstæðingar sem hefðu gott gagn af endurhæfingu kæmust ekki að. Meðallegutími á síðasta ári var um 40 dagar en fólk er hjá okkur allt frá nokkrum dögum upp í einhverja mánuði. Endurhæfingarmatið fer fram á Landspítalanum en við metum einnig endurhæfingarþörfina og hversu viðeigandi tilvísun á deildina er í góðu samstarfi við útskriftarteymi Landspítalans."

Aldur er ekki gott viðmið

Samkvæmt samningi Eirar við Landspítalann er tekið við fólki sem orðið er 67 ára eða eldra en Ólafur segir aldursmiðið ekki verulega strangt. „Aldur er ekki gott viðmið í heilbrigðisþjónustu heldur er betra að miða við þarfir og getu viðkomandi og tegund færniskerðingar. Við tölum frekar um eldri einstaklinga og mér er ekki vel við að skilgreina þörf á þjónustu eftir kennitölu. Við höfum því tekið við fólki sem er allt frá rúmlega sextugu og upp í yfir hundrað ára aldur. Meðalaldur skjólstæðinga er þó um 84 ár."

Endurhæfing eldra fólks er sérhæfð þjónusta og er að sögn Ólafs byggð á teymisvinnu og heildrænni nálgun." Teymið samanstendur af sérfræðingi í öldrunarlækningum, ásamt hjúkrunarfræðingi, sjúkraþjálfara, iðjuþjálfa og félagsráðgjafa. Svo er auðvitað hópur sjúkraliða og umönnunarstarfsfólks sem tekur þungann af allri umönnun á deildinni. Við höfum teymisfundi vikulega og förum yfir ástand sjúklings og leggjum upp áætlun fyrir endurhæfingu sem er fjölþætt og felur í sér heildrænt mat. Það er ekki einungis verið að takast á við áfallið sjálft heldur oftar en ekki fjölþætt undirliggjandi veikindi, lyfjameðferð og mat á líkamlegri og vitrænni getu. Megináhersla er á sjúkra- og iðjuþjálfun og sinnir því öflugur hópur fagfólks. Mönnun hér er langt undir því sem gerist á spítalanum og við alvarleg bráð veikindi getur þurft að leggja viðkomandi aftur inn á spítalann. Við reynum að sinna bæði meðferð og ófyrirséðri uppvinnslu vandamála eins og hægt er en upphæð daggjalda setur deildinni skorður við hverju raunhæft er að sinna.



„Aldur er ekki gott viðmið í heilbrigðisþjónustu heldur er betra að miða við þarfir og getu viðkomandi og tegund færniskerðingar," segir Ólafur Helgi Samúelsson framkvæmdastjóri lækninga á hjúkrunarheimilunum Eir, Skjóli og Hömrum. Mynd/HS

Útskriftarplön eru gerð snemma svo hægt sé að átta sig á hvaða þjónustu viðkomandi gæti þurft við heimferð, áframhaldandi heimaþjónustu, þjálfun og eftirlit. Það er viss framtíðardraumur að koma upp dagþjónustu og jafnvel göngudeild til að geta fylgt skjólstæðingum betur eftir. Það væri mjög gagnlegur og spennandi kostur sem gæti stytt tímann á deildinni. Slíkt fyrirkomulag hefur gefist vel sums staðar erlendis. Verkefni sem væri spennandi að sinna meira væri undirbúningur undir valkvæðar liðskiptaaðgerðir þar sem fólk sem lengi hefur þjáðst af slitgigt fengi endurhæfingartímabil áður en það fer í liðskiptaaðgerð og væri þannig betur undirbúið fyrir aðgerðina og fljótara að ná sér".

Lífið í árunum skiptir meira máli

Ólafur segir ört stækkandi hóp eldra fólks í samfélagsinu auka þörf og gildi öflugrar endurhæfingar .

„Í ársbyrjun 2024 voru um 26% þjóðarinnar 65 ára og eldri og sú tala fer hratt hækkandi og hraðast í elstu hópunum. Ein birtingarmynd þess að okkur sem samfélagi hefur ekki tekist að mæta þessari fjölgun er ástandið á bráðamóttöku Landspítalans. Stöðugt ákall um fleiri biðrými sem sístækkandi hópur dvelur lengur og lengur í mun aldrei ná utan um þessar breytingar og mikilvægt að hugsa út fyrir kassann. Vissulega er ýmislegt í gangi núna til að fjölga úrræðum fyrir þennan hóp. Það er mikil breidd í hópi eldri einstaklinga og mikilvægt að úrræði séu fjölbreytt á ólíkum stigum og einstaklingsmiðuð. Ýmsir aðilar geta tekið við verkefnum sem Landspítalinn er að sinna í eftirmeðferð en mikilvægt að á bakvið slíkt liggi fagmennska og góð greining á þörfum til að úrræði séu viðeigandi og gagnleg. Lykilatriði í slíkri greiningu er heildrænt öldrunarmat. Fjármögnun þarf svo að fylgja til að úrræði standi undir nafni. Svo er annað mál að starfsemi bráðasjúkrahússins sjálfs þarf að þróast með breyttum hópi skjólstæðinga. Samfélagið í heild þarf svo að mæta þessari breytingu á samsetningu á ýmsum sviðum og ekki bara varðandi heilbrigðismál heldur ekki síður í regluverki, umhverfisskipulagi, möguleika á virkri þátttöku og fleiru. Heilsuefling almennt er mikilvæg og markmiðið hlýtur að vera að lengja tímabil góðrar heilsu og færni og möguleika til að njóta sín út ævina.

Langlífi er samfélagslegur sigur

Það er samfélagslegur ávinningur að sístækkandi hópur eldra fólks haldi heilsu sem lengst í víðasta skilningi þess hugtaks en það eru auðvitað ekki síður einstaklingsbundin gæði. Gott er að gera sér snemma grein fyrir hvað eykur líkur á góðri heilsu á efri árum. Það eru gömul sannindi og ný að hreyfing og næring gegna þar lykilhlutverki en ekki síður félagslegt samneyti. Að einstaklingar hafi möguleika á að njóta sín þrátt fyrir færniskerðingu eða hrumleika hlýtur að vera markmið. Að taka þátt í lífinu sem lengst; hafa tilgang. Lífið í árunum skiptir flesta meira máli en árin í lífinu. Það þarf að verða vakning í samfélaginu til að hætta að líta á sívaxandi hóp þjóðarinnar sem óvirka þjónustuþega. Fjölgun eldra fólks á ekki bara við Ísland heldur er þetta staðreynd sem heimurinn stendur frammi fyrir. Það hefur aldrei gerst áður í sögu mannkyns að eldra fólk sé þetta stór hluti samfélagsins. Það er stórkostlega mikilvægt að við missum ekki svo stóran hóp í langvarandi vanheilsu og óvirkni og mikilvægt að fólk geri sér snemma grein fyrir hvernig auka megi líkur á góðri heilsu á langri ævi. Hér spila auðvitað inn í margir þættir: Lífsstílstengdir og umhverfi sem hafa má áhrif á. En einnig efnahagslegir og erfðatengdir. Ekki eru allir að glíma við það sama en mikilvægt að hver og einn fái að njóta sín. Það má margt gera til að vaxandi langlífi sé mannkyni sá samfélagslegi sigur sem það ætti að vera."

Verkefni sem væri spennandi að sinna meira væri undirbúningur undir valkvæðar liðskiptaaðgerðir þar sem fólk sem lengi hefur þjáðst af slitgigt fengi endurhæfingartímabil áður en það fer í liðskiptaaðgerð

Lítið þokast frá því í vor

segir Margrét Ólafía Tómasdóttir formaður Félags heimilislækna

Hávar Sigurjónsson

Í vor stungu heimilislæknar við fótum og hættu að skrifa tilvísanir til barnalækna í mótmælaskyni við kerfi sem greinilega var að ekki að virka eins og ætlað var í upphafi. Tilgangurinn með því að setja á tilvísunarkerfi til barnalækna var að draga úr kostnaði. Láta heimilislækninn meta hvort þörf væri á aðkomu sérfræðings eða ekki. Þetta hafði þau áhrif að heimilislæknar og fulltrúar heilbrigðisráðuneytis áttu fundi um málið og breytingar voru boðaðar í kjölfarið.

„Það hefur því miður þokast afskaplega hægt og þrátt fyrir góða fundi og góð orð í vor af hálfu heilbrigðisráðuneytis þegar við hættum að skrifa tilvísanir til barnalækna þá hefur í raun lítið breyst," segir Margrét Ólafía Tómasdóttir formaður Félags heimilislækna og kennslustjóri sérnáms í heimilislækningum.

„Kerfinu var að vísu aðeins breytt og tilvísanir teknar út að hluta en við erum enn að skrifa út tilvísanir sem okkur finnast vera óþarfar."

– Hvað eru óþarfa tilvísanir?

„Þetta er flókin spurning, í raun snýst þetta um að við höfum reynt að afmarka tilvísanir við þau skipti þegar það er okkar faglega mat að barnið þurfi tilvísun áfram til barnalæknis. Oft hefur þetta verið eins og pöntunarþjónusta, gegnum símtöl eða skilaboð og jafnvel þegar barnið liggur á aðgerðarborðinu í röraísetningu eða hálskirtlatöku og vantar blað frá okkur einfaldlega bara til að foreldrar þurfi ekki að borga eins mikið. Þá höfum við jafnvel verið að skrifa tilvísanir nánast eftirá – algjörlega án faglegs tilgangs.

Við höfum reiknað út að tíminn sem fer í að skrifa tilvísanir til barnalækna jafngildir fimm stöðum heimilislækna. Allt að sextíu prósent af vinnutíma heimilislækna fer í alls kyns pappírsvinnu sem er að hluta nauðsynleg en alls ekki öll og ef við mættum taka út þó ekki væri nema endurnýjun á vottorðum vegna endurhæfingarlífeyris þá myndi losna um tugþúsundir viðtala heimilislækna á árinu. Þetta kallar á sáralitla kerfisbreytingu sem myndi breyta mjög miklu í daglegu starfi lækna."

Starfshópur skipaður

„Í kjölfar funda sem við áttum með ráðuneytinu í vor var myndaður starfshópur sem átti að fara í saumana á þessum vottorðamálum sem taka gífurlega mikinn tíma frá okkur. Starfshópinn skipa fulltrúar ýmissa aðila sem krefja okkur um vottorð fyrir alls kyns hlutum, vottorð sem aðrir gætu sinnt og við þar með fengið meiri tíma til að sinna læknisstörfum. Enn hefur ekkert komið frá starfshópnum þó hann hafi hist tvisvar svo mér sé kunnugt um.

Það átti einnig að taka á Heilsuveru og mynda annan starfshóp til að endurmeta hvernig væri hægt að gera það kerfi skilvirkara. Sá hópur hefur ekki enn verið skipaður og við áttum að fá fund með ráðherra í september. Nú er kominn október og enn ekki komin dagsetning á þann fund.

Það er því orðið þyngra fyrir fæti að fá fram raunverulegar breytingar og satt að segja hafa hlutirnir verið meira í orði en á borði. Það eru því ákveðin vonbrigði að sáralítið hafi enn þokast til breytinga þrátt fyrir góð orð. Það virðist vera sem stjórnkerfið okkar sé óskaplega þungt í vöfum og lengi að taka við sér þrátt fyrir að mörgu af því sem við erum að tala um sé í rauninni sáraeinfalt að breyta. Það er reyndar margt í heilbrigðiskerfinu sem kallar á tvíverknað og lengir alla ferla sem full þörf er á að breyta. Sem dæmi má nefna að ef sjúklingur er sendur með greiningu um nýrnastein af heilsugæslunni til bráðamóttöku þá er greiningin endurtekin allt að þrisvar sinnum áður en raunveruleg meðferð hefst. Þessu væri til dæmis auðvelt að breyta og þarf ekki reglugerð eða lagabreytingu til.

Innan Félags heimilislækna hefur verið starfandi faghópur sem hefur það verkefni að skilgreina starf heimilislækna betur og þannig sé ljóst af okkar hálfu hvað eigi heima innan heilsugæslunnar og hverju væri betur sinnt annars staðar. Næsta útspil okkar sem aðgerðahópurinn innan félagsins hefur lagt til er að setja upp heilsudaga heimilislækna. Það yrði vika þar sem heimilislæknar myndu eingöngu sinna því sem teldist læknisfræðileg þjónusta við sjúklinga en engum óþarfa verkefnum. Þetta gæti orðið til þess að sýna hversu mikið af vinnutíma okkar fer í að sinna öðrum verkefnum en læknisfræði."

Sérnámið vinsælt

Margrét Ólafía er kennslustjóri sérnáms í heimilislækningum og aldrei hafa fleiri verið í sérnáminu en nú.

„Sérnám í heimilislækningum hefur verið starfrækt hér á Íslandi í 25 ár og í upphafi voru sérnámslæknarnir tveir. Þegar ég útskrifaðist fyrir tíu árum þá voru sérnámslæknarnir fjörutíu og í dag



„Allt að sextíu prósent af vinnutíma heimilislækna fer í alls kyns pappírsvinnu sem er að hluta nauðsynleg en alls ekki öll og ef við mættum taka út þó ekki væri nema endurnýjun á vottorðum vegna endurhæfingarlífeyris þá myndi losna um tugþúsundir viðtala heimilislækna á árinu," segir Margrét Ólafía Tómasdóttir formaður Félags heimilislækna. Mynd/HS

eru þeir eitt hundrað og tveir. Við viljum meina að vinsældir sérnáms í heimilislækningum stafi fyrst og fremst af því hversu vel skipulagt það er. Það er vel haldið utan um sérnámið, kennslan er góð og mikil, hópeflisferðir eru reglulegar og andinn í hópnum er einstaklega góður sem skiptir miklu máli til að skapa góða stéttarvitund til framtíðar.

Það má líka segja að þrátt fyrir mikið álag í heilsugæslunni þá endurspegli vinsældir sérnámsins að þrátt fyrir allt er hún eftirsóttur vinnustaður. Á hinn bóginn má líka segja að skortur á heimilislæknum í heilsugæslunni auðveldi okkur að hafa sérnámsstöðurnar svo margar. Ef manneklan væri minni þá væri meiri samkeppni um sérnámsstöðurnar. En við viljum líka leggja áherslu á nauðsyn þess að hafa svo margar sérnámsstöður til að mæta mönnunarþörfinni til framtíðar.

Það er heldur ekki svo að sérnámslæknarnir komi í stað sérfræðinga eða heilsugæslan spari með því að hafa svo marga í sérnámi, því það tekur talsverðan tíma fyrir sérfræðingana að sinna kennslunni svo vel sé."

Aukinn rannsóknaráhugi

„Hluti af minni vinnu sem kennslustjóri sérnámsins í heimilislækningum er að sjá um rannsóknar- og gæðaverkefni. Það hefur verið nokkur uppgangur í rannsóknarverkefnum í heimilislækningum undanfarin ár. Nýlega útskrifaðist einn doktor í heimilislækningum og annar er á lokametrunum í sínu doktorsnámi. Hann heitir Steindór Ellertsson og hefur rannsakað hvernig hægt er að nýta gervigreind til að auðvelda okkur vinnuna og sem hliðarverkefni er hann að þróa mállíkan sem getur auðveldað vottorðaskrif og Heilsuveruskilaboð.

Ég get nefnt að tveir sérnámslæknar voru að fá styrki frá Landlæknisembættinu til þess að þróa stafrænt tímastjórnunartól. Það myndi hjálpa heimilislæknum verulega að hafa yfirsýn yfir dagleg verkefni og áætla hversu langan tíma tæki að sinna afleiddri vinnu. Vinnulistinn okkar er þannig samsettur að talsverður tími getur farið í að ná yfirsýn, svo þetta gæti sparað talsverðan tíma. Síðan eru þrír sérnámslæknar sem hafa mikinn áhuga á doktorsnámi og við erum að þróa rannsóknarverkefni fyrir þau. Þetta er jákvæð þróun því til þessa hafa ekki verið margir doktorsnemar í heimilislækningum."

Kostir þess að bjóða sérnámið heima

Á undanförnum árum hefur framboð hér heima á sérnámi í ýmsum greinum læknisfræðinnar aukist verulega og í sumum greinum, eins og heimilislækningum, er hægt að taka allt sérnámið heima. Því má spyrja að hvaða leyti það sé kostur og að hvaða leyti galli að sækja ekki hluta af sérnáminu erlendis.

„Það hefur bæði kosti og galla. Kostirnir eru augljóslega þeir að við höldum vinnuaflinu hér heima í stað þess að missa sérnámslæknana til útlanda eftir 2-3 ár. Klassíska svarið er að með því að fara í sérnám erlendis þá aukist víðsýni og þekking á öðrum kerfum og hvernig gera megi hlutina öðruvísi. Nú er staðan einfaldlega gerbreytt því allt að helmingur sérnámslækna á Íslandi hafa sótt sér grunnmenntun í læknisfræði erlendis og heimurinn hefur einfaldlega breyst; það er miklu auðveldara að sækja sér þekkingu og nýjar hugmyndir en áður var. Það er því til mikils að vinna að hafa sérnámið hér heima. Hvað heimilislækna varðar sérstaklega þá skiptir verulegu máli að hafa allar tengingar á hreinu og þekkja ferlana í kerfinu. Sérnámið skiptist í þrjú ár á heilsugæslu og tvö ár á spítala og það er mjög mikilvægt fyrir heimilislækna að þekkja spítalakerfið og hafa góð tengsl þar. Ég vil því leyfa mér að segja að kostirnir við að taka allt sérnámið í heimilislækningum hér heima séu margfalt fleiri en mögulegir gallar."

Draumastaðan að biðtími verði þrír mánuðir

Segir Elizabeth Henderson Mcelrea, sem veitir transteymi Landspítala forstöðu, í viðtali við *Læknablaðið* ásamt eiginmanni sínum David John Rodgers sem starfar hjá fíknigeðdeild Landspítalans.

Hávar Sigurjónsson

„Við erum bæði heimilislæknar frá Norður-Írlandi, lærðum þar og fluttum strax til Nýja-Sjálands að loknu læknanáminu. Það var árið 2008 og upphaflega ætluðum við aðeins að vera eitt ár en þau urðu sextán," segja hjónin Elizabeth Henderson Mcelrea og David John Rodgers sem fluttust til Íslands í febrúar síðastliðnum. Hún var ráðin sem yfirlæknir við transteymi Landspítala og hann starfar við fíknigeðdeild Landspítalans.

Á Nýja-Sjálandi bjuggu þau í borginni Napier við Hawkes Bay og sérmenntuðu sig í heimilislækningum, ráku þar eigin lækningastofu og eignuðust þrjá drengi, svo eitthvað sé nefnt af því sem þau tóku sér fyrir hendur.

„Þetta tók allt sinn tíma en í sem stystu máli þá bauðst okkur að taka við læknastofunni og kaupa hús, drengirnir bættust við svo þetta varð mun lengri dvöl en til stóð í upphafi," segja þau.

Elizabeth kveðst hafa byrjað árið 2015 að vinna við heilsugæslu barna og unglinga í borginni og þar hafi hún kynnst fyrsta transsjúklingi sínum. „Ég gerði mér fljótt grein fyrir að það var engin þjónusta í boði fyrir transfólk svo ég hafði samband við kollega og þeir ráðlögðu mér að sækja ráðstefnur og fræðast um málið. Ég sótti fyrstu Wpath-ráðstefnuna mína í Amsterdam 2016 og hóf að sinna transfólki við heilsugæsluna en frá 2019 sinnti ég transfólki á minni eigin stofu."

Gerðist ekki á einni nóttu

Á þessum sama tíma vann David sem heilsugæslulæknir en sinnti einnig ráðgjöf um rekstur og stjórnun fyrir heilbrigðisyfirvöld á svæðinu og hafði því aðgang að spítala- og sérfræðiþjónustu. Með stuðningi hans gátu þau sett upp þverfaglegt teymi og tengt það við barnalækna og aðra spítalasérfræðinga.

„Við þurftum einnig á fjármagni að halda til að sinna þessari þjónustu og sérfræðingarnir á spítalanum voru mjög ánægðir með okkar þjónustu og voru reiðubúin til að vinna með okkur. Fjöldinn af trans fólki sem var að koma fram jókst mjög hratt svo þessi samvinna milli okkar og spítalanna var nauðsynleg til að ráða við þetta."

Eins og gefur að skilja gerðist þetta ekki á einni nóttu og skrefin voru mörg og sum erfið. „Í upphafi var mér ráðlagt að halda bara áfram að berja á dyr og ég gerði það," segir Elizabeth. „Á þessum árum átti sér einnig stað mikil vitundarvakning um transfólk, bæði á heimsvísu og í Nýja-Sjálandi. Árið 2021 var komið á fót svæðisþjónustu fyrir transfólk á öllum aldri," bætir hún við.

„Það er aldrei auðvelt að ná fram breytingum og sérstaklega er erfitt að færa fjármagn frá spítalaþjónustu yfir í heilsugæsluþjónustu. Við þurftum einnig að fást við fordóma gagnvart transfólki en heilt yfir tókst þetta nokkuð vel," segir David.

„Fyrsta rannsóknin á velferð transfólks á Nýja-Sjálandi var birt um þetta leyti og hafði verulega jákvæð áhrif á afstöðu almennings með aukinni meðvitund um hversu viðkvæmur þessi hópur er, hve sjálfsvígshættan er mikil, há tíðni þunglyndis og kvíðaraskana og atvinnuleysi og heimilisleysi einnig algengari. Þetta gaf okkur rökstuðning fyrir því að þessi hópur yrði að fá sérhæfða þjónustu frá heilbrigðiskerfinu."

Mörg hundruð manns á biðlista

Þau voru reyndar farin að hugsa um að flytja til Evrópu árið 2019 en þá skall Covid á svo öll plön um flutning voru sett á ís. „Í fyrra sá ég svo auglýsingu um starf hér á Íslandi þar sem auglýst var eftir lækni sem hefði áhuga á að vinna með transfólki. Við ræddum þetta og niðurstaðan var einfaldlega, hví ekki?"

Við höfðum einu sinni komið til Íslands um helgi árið 2008 og fannst landið dásamlegt. Þegar við bættist möguleikinn á að taka þátt í að byggja



„Mikill vilji hér til að gera vel og Landspítalinn vill veita góða þjónustu," segja norður-írsku læknahjónin Elizabeth og David sem hófu störf við Landspítalann í febrúar á þessu ári. Mynd/HS

upp þjónustu við transfólk hér þá var þetta í rauninni engin spurning heldur mjög spennandi," segir Elizabeth.

Árið 2019 voru samþykkt lög á Alþingi um kynfrelsi og kynvitund sem kveða skýrt á um skyldur og hlutverk heilbrigðiskerfisins í þjónustu við transfólk. Allir eru sammála um að lögin eru framsækin og setja Ísland í fremstu röð í þessum málaflokki en fjármagnið til að fylgja lögunum eftir hefur látið á sér standa.

Barna-og unglingageðdeild Landspítalans (BUGL) hefur sinnt börnum og unglingum að 18 ára aldri með góðum árangri en um skamma hríð vantaði nokkuð uppá þjónustuna við eldri einstaklingana. Á vegum Landspítalans var þjónustunni sinnt af geðlækni, sálfræðingi og innkirtlasérfræðingum og biðlistinn var orðinn býsna langur.

„Þegar staðan var auglýst í fyrra þá hafði geðlæknirinn hætt vegna aldurs og innkirtlasérfræðingarnir gátu ekki haldið áfram. Það vantaði ekki viljann hjá spítalanum til að sinna þessu, svo þegar ég var ráðin, þá var stofnað teymi hjúkrunarfræðings, tveggja sálfræðinga og félagsráðgjafa auk mín. Frá því í ágúst höfum við til umráða mjög góða aðstöðu í húsi Krabbameinsfélagsins við Skógarhlíð. Biðlistinn er ennþá mjög langur, milli 600 og 700 manns bíða eftir þjónustunni og eins og er þá er biðin eftir viðtali við mig um eitt ár. Margir þessara einstaklinga hófu hormónameðferð fyrir talsverðu síðan og þurfa á endurmati að halda. Við erum reyndar, eftir fremsta megni, að vinna að því að stytta biðina og draumastaðan væri að bið eftir viðtali og meðferð sé ekki lengri en þrír mánuðir. Þannig myndi aðeins einn mánuður líða á milli viðtala við hjúkrunarfræðing, félagsráðgjafa og mig," segir Elizabeth.

David bætir við að þessi staða sé eins og að smíða flugvélina samtímis því sem henni er flogið, enda ekki einungis um að ræða uppbyggingu deildar og meðferðar heldur einnig fullkominn ókunnugleiki á íslenska heilbrigðiskerfinu. „Við höfum þurft að læra á allt kerfið hér, þessi daglegu smáatriði sem allir nema við kunna skil á og finnst kannski óþarfi að eyða tíma í útskýringar. Það er skiljanlegt, því allir eru að keppast við, en það tekur sinn tíma fyrir okkur að komast inn í," segir David.

„Hér er mikill vilji til að gera vel og Landspítalinn vill veita þessum hóp góða þjónustu. Við njótum því meðbyrs við að byggja upp teymið og það skipt-

Í fyrra sá ég svo auglýsingu um starf hér á Íslandi þar sem auglýst var eftir lækni sem hefði áhuga á að vinna með transfólki. Við ræddum þetta og niðurstaðan var einfaldlega: hví ekki?

ir miklu máli. En verkaskiptingin milli heilsugæslunnar og sérfræðingateymis Landspítalans þyrfti að skýrast betur í framtíðinni. Heimilislæknar geta sinnt flestu af því sem upp kemur því transfólk er ekkert öðruvísi en annað fólk að öðru leyti . Best væri að heilsugæslan sinnti því og við værum einungis að fást við flóknari tilfellin," segir Elizabeth.

Misnotkun lyfseðilsskyldra lyfja áberandi

David hefur áralanga reynslu af að starfa með fíklum og föngum á Nýja-Sjálandi og hann starfar við fíknigeðdeild Landspítalans. „Þegar Elizabeth hafði fengið stöðuna hér þá var spurningin hvað ég ætti að gera. Ég hef dálítið skrýtinn feril því eftir að hafa unnið fyrir heilbrigðisyfirvöld í ráðgjafarhlutverki þá tók ég að mér að stýra heilsugæslu fyrir heimilislausa og starfaði einnig í fangelsum í Napier. Í þessu starfi kynntist ég mörgum fróðlegum, en bæði dapurlegum og erfiðum tilfellum, og ég kem með þá reynslu inn í starfið við fíknigeðdeildina."

Hann segir ýmislegt líkt með starfinu hér og á Nýja-Sjálandi en einnig um margt ólíkt. „Sögur sjúklinga af erfiðum áföllum eru svipaðar enda eru leiðirnar inn í þessar aðstæður mjög áþekkar um heim allan. Hér eru þó efnin sem sjúklingar hafa ánetjast nokkuð ólík því sem er algengast á Nýja-Sjálandi. Þar er mikil misnotkun á methamfetamíni en hér er mest áberandi misnotkun á lyfseðilskyldum lyfjum og áfengi. Við höfum ágætt samstarf við meðferðarstöðvar SÁÁ og einnig er unnið mjög gott starf á Teigi, meðferðarstöð Landspítalans. Við vísum einnig á Hlaðgerðarkot og Krýsuvík."

David undirstrikar að vissulega sé flóknara og á stundum erfiðara að ná árangri með sjúklinga sem þjást af geðrænum sjúkdómum auk fíknivanda. „Þetta eru erfiðari sjúklingar og einnig er heilbrigðiskerfið tregara að fást við slíka sjúklinga. En það gerir þennan sjúklingahóp að mjög góðum mælikvarða á hvar kerfið er síst að virka. Það er auðvelt að segja að ekki sé hægt að meðhöndla fíknina vegna geðsjúkdómsins eða öfugt. Síðan er það staðreynd að alvarlegur geðsjúkdómur eykur verulega líkur á misnotkun lyfja og þróun fíknsjúkdóms auk alls annars sem geðsjúkdómar hafa í för með sér. Þetta er bæði flókið og erfitt, ekki síst fyrir einstaklinginn sem þjáist af öðru eða hvorutveggja."

Heimilislæknar geta sinnt flestu af því sem upp kemur því transfólk er ekkert öðruvísi en annað fólk að öðru leyti . Best væri að heilsugæslan sinnti því og við værum einungis að fást við flóknari tilfellin.

Aðspurður hvort hann telji að meðferð fólks með fíkni- og geðsjúkdóma sé vel fyrir komið hérlendis, kveðst hann ekki geta svarað því.

„Ég hef ekki getað áttað mig á hvort markmiðin eru nægilega vel skilgreind. Það er ljóst að meðferð sjúklinganna fer fram á mismunandi stöðum af ólíkum aðilum. Sumt er gert innan spítalanna, sumt innan heilsugæslunnar og síðan eru sjálfseignarstofnanir og góðgerðafélög einnig að sinna þessu. Allir eru greinilega af vilja gerðir en hvort þetta skilar sér með bestum hætti verður ekki svarað nema gerð væri fagleg úttekt á málaflokknum. Að því sögðu, þá sýnist mér ljóst að hægt væri að leysa hluta vandans með því einfaldlega að draga úr ávísunum á lyfseðilsskyld lyf."

Þau ljúka þessu samtali með þeim orðum að þegar þau spyrja hvers vegna hlutirnir séu gerðir á ákveðinn hátt sé svarið gjarnan að þannig hafi það alltaf verið.

„Þá verður frekar fátt um svör en það er áhugavert fyrir okkur sem höfum reynslu sem heimilislæknar og af rekstri eigin stofu að koma inn í spítalaumhverfið hér á Íslandi."

Læknablaðið kallar eftir umfjöllun um sjúkratilfelli

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

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

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

HEILBRIGÐISSTOFNUN
SUÐURLANDS

VILT ÞÚ STARFA Á FRAMSÆKNUM VINNUSTAÐ?



LAUSAR STÖÐUR LÆKNA

- **Yfirlæknir bráðamóttöku HSU Selfossi**
- **Yfirlæknir heilsugæslunnar í Rangárþingi**
- **Lyflæknir lyflækningadeild HSU Selfossi**
- **Læknir við heilsugæsluna á Höfn í Hornafirði**
- **Læknir við heilsugæsluna í Rangárþingi**

Nánari upplýsingar veita Sigurður Böðvarsson framkvæmdarstjóri lækninga & sjúkrasviðs - sigurdur.bodvarsson@hsu.is eða Baldvina Ýr Hafsteinsdóttir framkvæmdarstjóri hjúkrunar - baldvina.y.hafsteinsdottir@hsu.is.

Umsóknum þurfa að fylgja staðfestar upplýsingar um menntun og starfsleyfi ásamt ítarlegri ferilskrá.

HSU.IS - LAUS STÖRF

Læknadagar

20.-24. janúar 2025

Takið dagana frá

Fræðslustofnun Læknafélags Íslands



Anna Margrét Halldórsdóttir
yfirlæknir á sóttvarnarsviði
Embættis landlæknis



Þórólfur Guðnason
fyrrverandi sóttvarnarlæknir og núverandi formaður starfshóps um aðgerðir til varnar útbreiðslu sýklalyfjaónæmra baktería

Vitundarvakning um sýklalyfjaónæmi og ný aðgerðaáætlun íslenskra stjórnvalda

Sýklalyfjaónæmi er vaxandi alþjóðlegt vandamál og ein stærsta heilbrigðisógnin sem heimurinn stendur frammi fyrir. Raunveruleg hætta er á að í framtíðinni verði hvorki hægt að meðhöndla einfaldar né alvarlegar sýkingar með sýklalyfjum. Þetta hefði alvarlegar heilsufars- og efnahagslegar afleiðingar fyrir þjóðir heims. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur lýst því yfir að sýklalyfjaónæmi sé ein helsta heilbrigðisógn sem steðji að mannkyni í dag og alþjóðastofnanir hafa lagt vaxandi áherslu á aðgerðir til að sporna við útbreiðslu þess.

Þótt hlutfall ónæmra baktería hjá mönnum sé enn lágt á Íslandi miðað við flest önnur lönd, þá fjölgar ónæmum bakteríum hér eins og annars staðar.[1] Því er mikilvægt að vera á verði og spyrna við útbreiðslu sýklalyfjaónæmis með viðeigandi og víðtækum aðgerðum.

Hérlendis var skipaður starfshópur um aðgerðir til varnar útbreiðslu sýklalyfjaónæmra baktería fyrir tveimur árum. Starfshópurinn skilaði tillögum að aðgerðaáætlun í byrjun ársins og í ágúst undirrituðu þrír ráðherrar aðgerðaáætlun Íslands gegn sýklalyfjaónæmi. Áætlunin nær til áranna 2025-2029 og inniheldur sex aðgerðir og kostnaðarmat við framkvæmd þeirra alls 24 markmiða og 75 verkefna sem áætlunin byggir á.[2]

Þær sex aðgerðir sem aðgerðaáætlunin byggir á eru:

1. Stuðla að markvissri og skynsamlegri notkun sýklalyfja hjá mönnum og dýrum.
2. Takmarka útbreiðslu sýklalyfjaónæmis með upplýsingagjöf, fræðslu og forvörnum.
3. Bæta þekkingu á sýklalyfjaónæmi með vöktun og vísindarannsóknum.
4. Hefta útbreiðslu sýklalyfjaónæmis með íhlutandi aðgerðum.
5. Auka þátttöku í alþjóðlegu samstarfi um aðgerðir gegn sýklalyfjaónæmi.
6. Tryggja samhæfingu og stjórn aðgerða gegn sýklalyfjaónæmi til framtíðar.

Aðgerðaáætlunin byggir á hugmyndafræði „Einnar heilsu“ (One Health) og felur því í sér aðgerðir sem snerta menn, dýr, matvæli og umhverfi. Meginþungi áætlunarinnar varðar aðgerðir sem stuðla að bættri notkun sýklalyfja. Notkun Íslendinga á sýklalyfjum fyrir menn



Á þessu ári staðfesti ríkisstjórnin aðgerðaráætlun til að sporna við útbreiðslu sýklalyfjaónæmis á Íslandi.[2]

er meiri en hjá öðrum Norðurlandaþjóðum en er í meðallagi miðað við lönd ESB/EES. Notkunin fyrir dýr hérlendis er hins vegar ein sú minnsta í allri Evrópu.[2]

Nú þegar er vinna hafin við ýmis verkefni sem tilgreind eru í áætluninni en til að koma öllum verkefnum í framkvæmd á árunum 2025-2029 er áætlað að þörf sé á rúmlega 1200 milljónum króna til viðbótar. Stefnt er að því að sem flestum verkefnum verði hrint í framkvæmd á tilgreindum tíma og þeim tryggt nauðsynlegt fjármagn. Gert er ráð fyrir að öll verkefni og kostnaður vegna þeirra verði endurmetin minnst árlega á gildistíma áætlunarinnar.

Innan ramma EU4Health hefur ESB veitt fjármunum til baráttunnar gegn sýklalyfjaónæmi en Ísland er meðal þrjátíu Evrópulanda sem taka þátt í EU-JAMRAI 2 verkefninu (European Joint Action on Antimicrobial Resistance and Healthcare Associated Infections-2). Sóttvarnalæknir leiðir vinnuna á Íslandi en markmið EU-JAMRAI 2 er að innleiða skilvirkar aðgerðir gegn sýklalyfjaónæmi hjá fólki, í dýrum, í matvælum og umhverfi. Verkefnið nær til áranna 2024-2027 og skiptist í vinnupakka um sýklalyfjagæslu, sýkingavarnir, vöktun, aðgengi að sýklalyfjum og vitundarvakningu um sýklalyfjaónæmi. Auk þess styður sérstakur vinnupakki við landsbundnar aðgerðaáætlanir gegn sýklalyfjaónæmi.

Þann 26. september síðastliðinn var samþykkt á 79. allsherjarþingi Sameinuðu þjóðanna sameiginleg pólitísk yfirlýsing um sýklalyfjaónæmi sem fól í sér hvatningu og skuldbindingu aðildarþjóða um skýr markmið og aðgerðir til að hindra útbreiðslu sýklalyfjaónæmis en árið 2019 var árlegur fjöldi dauðsfalla sem tengdist sýklalyfjaónæmum bakteríum áætlaður um 4,95 milljónir manna á heimsvísu. Meðal markmiða er að öll lönd hafi sett fram og hafið innleiðingu á landsbundnum og þverfaglegum aðgerðaáætlunum um sýklalyfjaónæmi fyrir árið 2030.

Aðeins með markvissum og víðtækum aðgerðum ásamt eftirfylgni verður mögulegt að sporna við útbreiðslu sýklalyfjaónæmra baktería.

Heimildir

1. Sýklalyfjanotkun og sýklalyfjanæmi baktería hjá mönnum og dýrum á Íslandi 2023. Skýrsla unnin í samstarfi við Lyfjastofnun, Landspítala, Matvælastofnun, Tilraunastöð Háskóla Íslands í meinafræði að Keldum og Umhverfisstofnun. Ritstjóri: Anna Margrét Halldórsdóttir. Rafræn útg.: Embætti landlæknis - sóttvarnalæknir. September 2024. https://island.is/syklalyfjaanaemi-og-syklalyfjanotkun/skyrslur.
2. Aðgerðaáætlun gegn útbreiðslu sýklalyfjaónæmis. Heilbrigðisráðuneytið. Júlí 2024. https://www.stjornarradid.is/gogn/rit-og-skyrslur/stakt-rit/2024/08/09/Adgerdaaaetlun-gegn-utbreidslu-syklalyfjaonaemis/

Dögg Pálsdóttir
framkvæmdastjóri og lögfræðingur LÍ



Ábyrgð lækna á læknisvottorðum

Í 19. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012 og reglum um gerð og útgáfu læknisvottorða nr. 586/1991, er fjallað um læknisvottorð. Í lagaákvæðinu felast þrenn fyrirmæli til lækna: Að gæta varkárni, nákvæmni og óhlutdrægni við gerð vottorða. Að votta einungis það sem læknir veit sönnur á og að votta einungis það sem nauðsynlegt er í hverju tilviki. Á þessu er hnykkt í 3. gr. reglnanna. Þar segir að í læknisvottorði skuli læknir ekki staðhæfa annað en það sem hann hefur sjálfur sannreynt, geta nákvæmlega þeirra heimilda er vottorðið kann að styðjast við og greina glögglega milli frásagnar annarra, eigin athugunar læknis og álita hans.

Það getur haft afleiðingar fyrir lækni að bregða út af fyrirmælum laga og reglna um læknisvottorð. Á það reyndi í dómi Landsréttar frá 7. júní 2024, í máli nr. 321/2023.

Málavextir eru þeir að stefnendur, faðir og ólögráða barn, kröfðust ómerkingar fimm ummæla sem læknir setti fram í þremur læknisvottorðum skrifuðum haustið 2017. Einnig kröfðust þeir miska- og skaðabóta úr hendi læknisins vegna vottorðaskrifanna.

Ummælin í vottorðunum, lutu að ætluðu ofbeldi, ógnandi hegðun og hótunum föður gegn móður og barni, en móðir hafði stuttu áður flutt af sameiginlegu heimili með barnið. Læknirinn hafði ekki annað fyrir sér við skrif vottorðanna en einhliða frásögn móður og eftir atvikum barnsins. Læknirinn hitti aldrei föður og gat því ekki borið um það af eigin raun hvort frásögn móður væri rétt eða röng.

Þrátt fyrir það fullyrti læknirinn í einu vottorði, án fyrirvara, að faðir hefði verið spilafíkill og að móðir hefði búið við mikið andlegt, líkamlegt og tilfinningalegt ofbeldi frá hans hendi, auk þess sem sonurinn hefði orðið fyrir miklu ofbeldi af hans hálfu. Í öðru vottorði fullyrti læknirinn, án fyrirvara, að barnið og móðir hefðu bæði þurft að þola ofbeldi frá hendi föður og að hann hefði margsinnis beitt barnið ofbeldi og hótað því. Í þriðja vottorðinu kvaðst læknirinn hafa verið *meðvitaður um* að barnið og móðir hefðu orðið fyrir ofbeldi af hálfu föður um árabil og að ógnandi hegðun hans hefði farið vaxandi undanfarin ár þar á undan. Héraðsdómur taldi að með þessu orðavali *meðvitaður um* gæfi læknirinn enn sterkar til kynna en ella að hann væri að bera um eitthvað sem hann vissi af eigin raun en ekki einungis það sem hann hefði heyrt frá móður.

Héraðsdómur taldi þrenn ummæli læknisins í vottorðunum ekki varða faglegt álit hans heldur undirliggjandi atvik málsins sem læknirinn hafði ekki upplifað og gat því ekki borið um af eigin raun. Læknirinn hefði því að lágmarki átt að gera þann fyrirvara við staðhæfingar sínar í vottorðunum að þær væru byggðar á frásögn móður og eftir atvikum drengsins, því læknirinn hafði ekki við önnur gögn að styðjast hvað þessar staðhæfingar varðaði. Héraðsdómur taldi að læknirinn hefði auðveldlega getað hagað ummælum sínum með öðrum og varkárari hætti, án þess að skilaboðin misstu marks, til dæmis sagt að samkvæmt því sem móðir héldi fram eða segði hefði faðir barnsins beitt bæði hana og barnið ofbeldi.

Héraðsdómur taldi að miðað við gögn málsins yrði ekki séð að staðhæfingar læknisins, settar fram með þeim hætti sem gert var, væru réttar. Læknirinn yrði að bera halla af því að hafa hagað ummælum sínum eins og hann gerði. Héraðsdómur féllst því á með föður að læknirinn hefði gengið lengra í læknisvottorðum sínum með ummælunum en eðlilegt og nauðsynlegt var og að ummælin hefðu ekki verið í samræmi við 1. mgr. 19. gr. laga nr. 34/2012 og 3. gr. reglna nr. 586/1991.

Þrenn ummæli voru ómerkt og talin fela í sér ólögmæta meingerð í garð föður. Að því virtu og með hliðsjón af útbreiðslu ummælanna, sem ekki virtust hafa birst opinberlega, var lækninum gert að greiða föður 700.000 krónur í miskabætur. Var þá tekið mið af því að ummæli læknisins væru til þess fallin að skaða mannorð föður og valda honum þannig tjóni. Ekki voru talin skilyrði til að dæma barninu miskabætur þar sem ummælin vörðuðu einungis föður. Þá var læknirinn sýknaður af skaðabótakröfu föður.

Báðir málsaðilar áfrýjuðu málinu til Landsréttar. Landsréttur staðfesti niðurstöðu héraðsdóms með vísan til forsendna en ómerkti ein ummæli læknisins til viðbótar.

Dómurinn undirstrikar nauðsyn þess að fylgja fyrirmælum laga og reglna um læknisvottorð. Sé út af því brugðið getur það haft þær afleiðingar að læknir sé dæmdur bótaskyldur vegna vottorða og ummæli í vottorðum jafnvel dæmd dauð og ómerk.

Heimildir

1. Á þessum vettvangi hefur áður verið fjallað um vottorð, í 5. tbl. 99. árg. 2013. Pistillinn er aðgengilegur hér: https://www.laeknabladid.is/tolublod/2013/05/nr/4863.
2. Dómurinn er aðgengilegur á vefsíðu Landsréttar sjá: https://www.landsrettur.is/domar-og-urskurdir/domur-urskurdur/?id=4f9a0fa5-54ba-42a4-ba-73-5e64ec6917fc&verdictid=f85dea46-45c8-405a-bd-43-630b2565c5f6.



Daði Þór Vilhjálmsson og andmælandinn, prófessor Pär Myrelid. Mynd/aðsend

Doktorsvörn frá Háskólanum í Lundi

Daði Þór Vilhjálmsson

Um þróun nýrrar aðferðar við samtengingu bugaristils og endaþarms

Daði Þór Vilhjálmsson varði doktorsritgerð sína „On the development of a novel device for colorectal anastomoses“ frá Lundarháskóla þann 20. september síðastliðinn. Hún fjallar um þróun og preklíníska- og klíníska prófun á nýju lækningatæki (CREX) við samtengingu þarma í neðri hluta bugaristils og efri hluta endaþarms. Þessi nýja aðferð er hönnuð til að mæla tengiþrýstinginn sem heldur þarmatengingunni saman og meta heilleika tengingarinnar með röntgenmyndatöku eftir aðgerðina.

Andmælandi var prófessor Pär Myrelid við Háskólann í Linköping í Svíþjóð. Leiðbeinendur voru prófessor Henrik Thorlacius og prófessor Ingvar Syk, báðir við Lundarháskóla.

Daði Þór lauk kandídatsprófi í læknisfræði frá Háskóla Íslands árið 2001 og sérfræðinámi í almennum skurðlækningum við Lénssjúkrahúsið í Halmstad í Svíþjóð árið 2008. Hann hefur verið starfandi skurðlæknir á ristil- og endaþarmsskurðdeildinni á Háskólasjúkrahúsinu á Skáni í Malmö síðan 2010.

Um verkefnið

Leki á hægðainnihaldi frá samtengingum þarma er mjög alvarlegur fylgikvilli þarmaaðgerða og leiðir til lengri sjúkrahúslegu, aukins heilbrigðiskostnaðs, ásamt því að auka veikinda- og dánartíðni sjúklinga sem verða fyrir áhrifum þess. Í dag eru tvær mismunandi aðferðir notaðar við samtengingu þarma, handsaumuð og heftuð aðferð. Lekatíðnin hefur haldist nánast óbreytt í rúma tvo áratugi og er á bilinu 3-20%, þar sem hæsta lekatíðnin er frá samtengingum í endaþarmi. Leki frá þarmatengingum í kjölfar skurðaðgerða vegna krabbameins í ristli og endaþarmi er tengdur aukinni áhættu á endurkomu æxlisins ásamt verri langtímalifun sjúklinga. Það er því mikil þörf á að þróa nýja aðferðir við samtengingu þarma og þannig gera þarmatengingar í kjölfar ristil- og endaþarmsaðgerða öruggari. Verkefnið samanstendur af tveimur preklínískum og tveimur klínískum rannsóknum þar sem nýja lækningatækið var þróað og prófað við samtengingar í neðri hluta bugaristils og efri hluta endaþarms.

Úr ágripinu

Rannsóknarniðurstöðurnar sýndu fram á að nýja aðferðin var áhrifarík og örugg við útfærslu þarmatenginga í neðri hluta bugaristils og í efri hluta endaþarms, bæði með opinni tækni og með kviðsjártækni. Þessi nýja aðferð leyfði mælingu á tengiþrýstingnum sem heldur þarmatengingunni saman beint eftir að hún var framkvæmd og mati á heilleika tengingarinnar með röntgenmyndatöku allt að 4-5 dögum eftir aðgerðina.

Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildi þú verða læknir?

Það lá alltaf fyrir mér að verða læknir. Ég lenti fyrir bíl þegar ég var fjögra ára og lá lengi á gamla Borgarspítalanum í kjölfarið og heillaðist strax af hvíta sloppnum. Ég var svo alinn upp í skugga hinnar íslensku arfgengu heilablæðingar þar sem sjúkdómurinn var óvenju skæður í minni fjölskyldu. Ég var sjálfur 19 ára þegar genaprófið kom og ég fékk að vita að ég væri friskur. Eftir það vildi ég vera til gagns.

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

Rannsóknarvinnan tók 11 ár, sem er langur tími, en þó undir meðaltali þegar um blöndu af preklínískum og klínískum rannsóknum er um að ræða. Ég myndi segja að þetta hafi verið allt frá 2 og upp í 9 á VAS-skala og verkefnið krafðist mikillar þolinmæði. Sem dæmi má nefna að það var mjög flókið ferli að sækja um leyfi hjá siðanefnd hér í Svíþjóð fyrir að framkvæma klíníska hluta verkefnisins eftir málið hans Paolo Macchiarini. Reglugerðum var breytt í kjölfarið, skiljanlega, og ég þurfti fyrst að sækja um leyfi hjá Lyfjastofnun Svíþjóðar, sem var erfitt og tímafrekt.

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Erfið spurning og kannski ágætt að ég þurfi ekki að hafa áhyggjur af því að vera skipaður í þetta embætti á næstunni. Ég hef verið fjarverandi í rúm 20 ár, en fylgist þó með fréttum að heiman. Ég held að lykilatriðið sé að heilbrigðisráðherra læri að hlusta betur á raddir heilbrigðisstarfsmanna sem starfa á gólfinu. Það er augljóst að heilbrigðisráðherra þarf að beita sér fyrir betri fjármögnun heilbrigðiskerfisins, aukningu á leguplássum, styrkja kjarnastofnanir sem stuðla að betra flæði frá sjúkrahúsunum, bæta laun tekjulægri heilbrigðisstarfsmanna og stuðla að betra samstarfi milli sjálfstætt starfandi sérfræðinga og sjúkrahúsanna.

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

Mér líður alltaf best í góðra manna hópi, meðal fjölskyldu og vina, heima fyrir eða í ferðalögum. Ég á yndislega eiginkonu, dóttur og eineggja tvíburasyni, sem öll feta í fótspor föður síns og eru í læknisfræðinámi, þrátt fyrir andmæli heimilisföðurins.

Doktorsvörn frá Háskóla Íslands:
Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen

Fyrsta doktorsvörn meðal íslenskra bráðalækna og fyrsti læknirinn sem ver doktorsritgerð innan innkirtlafræðinnar við Háskóla Íslands

Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen varði doktorsritgerð sína „Afleiðing heilahristings hjá íþróttakonum – mögu-leg vanstarfsemi í heiladingli og áhrif á andlega líðan og taugasálfræðilega virkni," þann 17. október síðastliðinn. Leiðbeinendur hennar voru Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, klínískur pró-fessor og umsjónakennari, og Ragnar Bjarnason prófessor, bæði við Háskóla Íslands. Í doktorsnefnd hennar voru einnig María K. Jónsdóttir og Hafrún Kristjánsdóttir, prófessorar við Háskól-ann í Reykjavík, og Sigrún Helga Lund við Háskóla Íslands. Andmælendur voru Ulla Feldt-Rasmussen, prófessor emerit-us við Rigshospitalet í Kaupmannahöfn, og Per Dahlqvist, dósent við Umeå Uni-versitet í Svíþjóð.

Ritgerðin fjallar um langvarandi áhrif heilahristings hjá íþróttakonum og mögulega vanstarfsemi heiladinguls í kjölfar heilahristings.

Lára lauk kandídatsprófi í læknis-fræði frá Háskóla Íslands árið 2016.

Almennar upplýsingar um ritgerðina

Heilahristingur og þá sérstaklega langvarandi áhrif heilahristings hefur undanfarið fengið síaukna athygli. Van-starfsemi í heiladingli er ein af mögulег-um afleiðingum heilahristings en flestar rannsóknir um þetta viðfangsefni hafa verið gerðar á körlum þrátt fyrir að ný-gengi heilahristings sé hærra hjá konum og bataferlið sé lengra.

Markmiðið með rannsóknarverkefn-inu var því að meta algengi og finna mögulega forspárþætti fyrir vanstarf-semi í heiladingli eftir heilahristing hjá íþróttakonum. Að auki voru taugasál-fræðileg frammistaða, andleg líðan og lífsgæði skoðuð og borin saman á milli íþróttakvenna með vanstarfsemi í heiladingli eftir heilahristing og íþrótta-kvenna með eðlilega starfsemi heila-dinguls eftir heilahristing. Samkvæmt bestu vitund höfunda er rannsóknin sú fyrsta sem fjallar um algengi van-starfsemi í heiladingli, taugasálfræði-lega frammistöðu, andlega líðan og lífsgæði íþróttakvenna sem hafa fengið heilahristing og hefur því verulegt vís-indalegt gildi.

Eftir ítarlega hormónauppvinnslu greindust 12,2% íþróttakvenna með van-starfsemi í heiladingli eftir heilahristing. Yngri konur og konur með aukin ein-kenni heilahristings voru líklegri til þess að vera með skimunarblóðprufur utan viðmiðunarmarka. Niðurstöð-ur taugasálfræðilegra prófa bentu til áhrifa á getu til að viðhalda athygli eða á hömlur hjá konum með vanstarfsemi í heiladingli eftir heilahristing. Ekki var marktækur munur á andlegri líðan eða lífsgæðum á milli íþróttakvenna með vanstarfemi í heiladingli og þeirra sem voru með eðlilega heiladingulsstarfsemi eftir heilahristing.



Niðurstöður rannsóknarinnar undir-strika mikilvægi þess að meta starfsemi heiladinguls eftir heilahristing þar sem talsverður fjöldi íþróttakvenna reyndist vera með vanstarfsemi í heiladingli eftir heilahristing.

Hvað segir nýdoktorinn?

Afhverju vildir þú verða læknir?

Ég fékk snemma innsýn í störf heilbrigðisstarfsmanna í gegnum móður mína sem er læknir og föður minn sem er sjúkraflutningamaður. Eftir menntaskóla var því stefnan tekin á læknisfræði.

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

Erfiðleikastigið í doktorsnáminu er mjög sveiflukennt. Grunnerfiðleikastigið myndi ég segja að væri í kringum 4-5 en svo koma álagstímar þar sem álagið fer alveg upp í 10. Doktorsnámið hefur samt verið mjög lærdómsríkt og það hefur verið gaman að líta um öxl og sjá hvað maður er búinn að læra ótrúlega mikið á þessum tíma.

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Ég myndi vilja fara yfir meðferðarúrræði einstaklinga sem eru að glíma við langvarandi einkenni eftir heilahristing. Heimilislæknar og sjúkraþjálfarar eru fyrstu meðferðaraðilar einstaklinga sem hafa fengið heilahristing, auk þess sem Grensás og Reykjalundur hafa sinnt þessari endurhæfingu vel. Víða erlendis eru hinsvegar stofnanir sem sérhæfa sig í meðferð heilahristings með áherslu á íþróttafólk svo það geti snúið aftur í sína íþrótt á sem öruggastan hátt. Það væri gaman að geta boðið upp á svona úrræði á Íslandi.

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

Skemmtilegast er auðvitað að slæpast með manninum mínum og dætrum okkar. Ég hreyfi mig líka mikið og finnst mjög gaman að prjóna. Allir doktorsnemar ættu að læra að prjóna því það er frábær leið til að róa hugann þegar erfiðleikastigið er komið upp í 10.

Úr fyrsta árgangi Læknablaðsins 1915

Læknablaðið 1915; 4:52-53

Ecclampsia gravidarum

[…]

1). R. L., 30 ára gömul kona hefir fætt tvisvar, bæði skiftin hefir fæðingin verið mjög erfið, varað í 2 – 3 sólarhringa, og börnin fæðst andvana. Hún hefir aldrei fengið krampa.

24. okt. 1913 kom eg til sjúklingsins, var hún þá með mikinn bjúg um allan líkamann, eggjahvítu í þvaginu, Esbach 3 p.m. Morguninn eftir var hún búin að fá höfuðverk, um hádegið fékk hún fyrsta krampakastið, og hálfri klukkustund síðar annað. Þá fékk hún inj. Morph., 0.015; klukkustund síðar fékk hún þriðja krampakastið, og þá þegar klysma með 2 gr. chloral. Síðan fær hún með þriggja stunda milli bili á víxl 0.015 morph., og 2 gr. af chloral. Um hádegi næsta dag fór að brydda hríðum og lét eg þá strjála meðalgjafir þannig, að 4 – 6 stundir liðu á milli.

27. okt um hádegi fór legvatnið, var hún þá full-greidd, en höfuðið ekki búið að festa sig, en um nónbil sama dag fær hún tvö vond krampaköst með hálfrar stundar millibili. Þá var hert á meðalagjöfinni, gefið sem fyr með þriggja stunda millibili. Kl. 10 um kvöldið er höfuðið orðið fast, en stendur nokkuð hátt, og næsta morgun er ástandið sama, þá er í chloroform narc. lögð töng, lifandi sveinbarn. Placenta sjálfkrafa. Meðalagjöfinni haldið áfram til kvölds.

2). J. J., 48 ára gömlu kona, hafði átt barn fyrir 10 árum síðan, og var það tekið með töngum. Síðastliðna viku hefir hún legið rúmföst með mikinn bjúg í öllum kroppnum, og eggjahvítu í þvaginu. Fékk fyrst mikinn bjúg i öllum kroppnum, og eggjahvítu í þvaginu. Fékk fyrst solutio salisylat. natrico –coff., síðan mixt. acetat. kal., og dig. dialysatum en það hafði engin áhrif. Þann 7. jan. 1915 sýnir Esback 6 p.m. Sólarhringsþvag $^{3}/_{4}$ lítra. Sama Kvöld um kl. 6, byrjuðu nokkuð snarpar hríðir, og rétt á eftir fékk hún krampakast. Hún fékk þá þegar inj. morph., 0.02. Tveim stundum síðar fékk hún annað krampakast, og þegar í stað klysma með 2 gr. chloral. Þriðja krampakastið fékk hún um miðnætti, og var það vægara. Meðalagjöfinni var haldið áfram með þriggja stunda millibili næstu tvo sólarhringa. En að kvöldi hins 9. er farið að strjála meðalagjöfina. Undir morgun næsta dag harðna hríðirnar, og hún fæðir sjálfkrafa lifandi meybarn um hádegið.

Allan tímann frá því að fyrst inj. var gefin, þar til fæðingin var afstaðin, lágu sjúklingarnir í móki, og vöknuðu aðeins öðruhvoru til þess að drekka og kasta af sér þvagi. Þeim virtist líða vel og vera þjáningalausir ; náttúrulega bar dálítið á óróa á undan krampaköstunum. Diuresis óx og albumen-kvantum og bjúgur minkaði eftir því sem nær dró fæðingunni, (svo ekki virðist það benda á að þetta sé mjög skaðlegt fyrir nýrun, eins og sumir hafa ætlað).

[…]

Eg minnist sjúklings, sem líkt var ástatt um fyrir 8 árum síðan. Hún fékk líka krampana áður en nokkrar hríðir byrjuðu ; þá víkkaði eg cervix, og lagði inn „ballon“ eftir þeirra tíma sið, náði öðru barninu lifandi (tvíburar), en hinu látnu, kramparnir héldu jafnt áfram eftir fæðinguna, og konan dó.

Við meðferðina á jafn-alvarlegri og jafn-lítt viðráðanlegri veiki og ecclampsia er, er gott að hafa einhvera fasta reglu að fylgja, einkum í byrjun veikinnar, og þá ekki sízt-reglu, sem gefst eins vel og raun varð á í þessum tveimur dæmum.

MATTH. EINARSSON.



Þóra Steingrímsdóttir
fæðinga- og kvensjúkdómalæknir,
prófessor emerita

Eklampsía – Leiftur

Matthías Einarsson (1879-1948), læknir í Reykjavík, skrifaði stutta en innihaldsríka grein í fyrsta tölublað *Læknablaðsins* árið 1915 um eklampsíu (burðarmálskrampa). Hann segir frá þremur sjúkratilfellum, sem hann hafði sjálfur meðhöndlað. Þau voru dramatísk og honum var umhugað um að koma nýrri vitneskju til kolleganna um þetta lífshættulega ástand. Hann lýsir lyfjameðferð, úr smiðju Rússans Stroganoff, með morfíni og klórali, skammtastærðir og tíðni lyfjagjafa eru tilteknar og meðferðinni skal fram haldið þótt krömpum linni.

Á þessum tíma var mönnum orðið ljóst að lækningin væri fólgin í því að meðgöngunni lyki, með fæðingu barns og fylgju. Matthías lýsir því hve staðan þyngist þegar eklampsían verður áður en hríðir hefjast; þá er lengra í hina náttúrulegu lækningu, og aðferðir til að ljúka meðgöngu, gangsetning eða keisaraskurður voru ekki nærtækar á þeim tíma. Matthías vissi líka að þótt fæðingin gæti orðið lækning, þá kæmi batinn ekki undireins fram, og enn í dag gerum við ráð fyrir að hættan á eklampsíu, í svæsnum tilvikum preeklampsíu (meðgöngueitrunar), líði ekki hjá fyrr en þrem til fjórum sólarhringum eftir fæðingu.

Það varð ekki fyrr en nokkrum árum seinna að notkun magnesíum súlfats ($MgSO_4$) breiddist út sem örugg og árangursrík meðferð, og er það efnasamband reyndar enn í dag fyrsta val og þýðingarmesta lyfið þegar við meðhöndlum og fyrirbyggjum eklampsíu. Auk tilkomu magnesíum súlfats eru framfarir síðustu aldar annars vegar fólgnar í fyrirbyggjandi meðferð, aðallega þeirri að ljúka meðgöngu hjá áhættukonum með framköllun fæðingar eða keisaraskurði, og hins vegar í gjörgæslu- og blóðþrýstingsmeðferðinni, sem og nýbura- og fyrirburagjörgæslu. Fyrirbyggjandi meðferðin hefur án efa forðað margri þungaðri konunni frá krömpum, en nú finnst okkur að eklampsíurnar, sem við sjáum nú til dags, komi svolítið aftan að okkur; við erum búin að ljúka meðgöngu hjá þeim sem hafa dæmigerð hægt versnandi einkenni og teikn preeklampsíu en eftir standa þær sem veikjast svo leifturhratt að ekki verður vörnum við komið. Sannarlega ber sjúkdómurinn þá nafn með rentu, en eklampsía er gríska frekar en latína og merkir elding, leiftur, blossi eða hróp. Eklampsía hefur fengið íslenska heitið burðarmálskrampi og preeklampsia heitið meðgöngueitrun. Augljóst er af grísk-latnesku heitunum að annað er forstig hins og freistandi er í pistli sem þessum að halda sig við aldagamla útlensku.

Hjá síðustu konunni sem Matthías segir frá, var sótt ekki hafin og hann brá á það ráð að framkalla fæðingu, með því að hann „víkkaði [eg] cervix, og lagði inn „ballon“…“. Þessi lýsing fangar athygli fæðingalæknis samstundis, af því að þessar gömlu mekanísku gangsetningaraðferðir lögðust af með tilkomu prostaglandína og samdráttarlyfja á síðustu öld, en eru nú tíðkaðar á ný í fæðingalækningum nútímans.

Í sjúkratilfellunum þremur komu við sögu þrjár konur og alls sjö börn þeirra; ein kvennanna dó og þrjú barnanna. Preeklampsía og eklampsía eru enn algeng og mikilvæg orsök mæðradauða og burðarmálsdauða í heiminum, en í okkar heimshluta er dauði af völdum þessara sjúkdóma orðinn sjaldgæfur. Í nýlegri samantekt í BS ritgerð Sunnevu Roinesdóttur við læknadeild HÍ kemur fram að 30-40 konur hafa greinst með eklampsíu á landinu frá árinu 1982; engin kona hefur látist af hennar völdum, og öll börnin fæddust lifandi og náðu að minnsta kosti sjö daga aldri.

Matthías lýsir klínískri mynd svæsinnar preeklampsíu og eklampsíu, miklum bjúg um allan líkamann og krömpum; höfuðverk; hann mælir eggjahvítu í þvagi á Esbach- kvarða. Hann getur ekki um kviðverki (*epigastrial*) og hvorki um blóðþrýstingsmælingar né heldur mat á sinaviðbrögðum (*hyperreflexía*), enda sennilega löngu seinna sem hið síðastnefnda kemur til sögunnar. Á þessum tíma var heiminum að verða ljóst að um háþrýstingssjúkdóma var að ræða en blóðþrýstingsmælingar „bedside“ í heimahúsi þó líklega sjaldséðar.

Til gamans má geta þess að sú sem þetta ritar er sonardóttir yngsta bróður Matthíasar, fædd áratug eftir lát hans, en er eins og nærri má geta alin upp við frásagnir af dugnaði hans, ósérhlífni, lítillæti, færni og manngæsku. Það var mér því ljúft að verða við beiðni ritstjóra *Læknablaðsins* um að skrifa þennan pistil og spegla aldargamla grein afabróður míns.

Heimildir:

A Historical Overview of Preeclampsia-Eclampsia [pdf-skjal] National Institute of health. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2951301/pdf/nihms219432.pdf

Roinesdóttir, S.. (2023). Burðarmálskrampar á Íslandi. Klínísk, tölfræðileg lýsing á tímabilinu 1982-2022 á Landspítala. [Bakkalárritgerð, Háskóli Íslands]. Skemman. https://skemman.is/handle/1946/44224

Geirsson, R. T., Arngrimsson, R., Apalset, E., et.al. (1994). Falling population incidence of eclampsia. A case-control study of short term. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8042457/



GERVINÝRA TEKIÐ Í NOTKUN Á LANDSPÍTALANUM

Verður ómissandi til að lengja líf nýrnasjúklinga — Merk tímamót

Fyrsta aðgerð með gervinýra hér á landi fór fram í lyflækningadeild Landspítalans í gær. Aðgerðin er fólgin í því að hreinsa úr blóðinu úrgangsefni, sem myndazt hafa vegna alvarlegra nýrnasjúkdóma. Aðdragandi þessarar þjónustu Landspítalans er heimkoma tveggja nýrnasjúklinga sem undanfarið hafa dvalið á Hammersmith sjúkrahúsinu í London og fengið þar hliðstæða meðferð. Þegar þessir tveir sjúklingar voru sendir til sjúkrahússins í London var þess vænst að þeir myndu fá áframhaldandi meðferð í London eða á Norðurlöndum. Vegna mjög takmarkaðs sjúkrarýmis fyrir þessa þjónustu og fjölda nýrnasjúklinga í þessum löndum, reyndist ekki mögulegt að fá áframhaldandi hjálp í þessu efni.

Síðar segir:

Yfirlæknir lyflækningadeildar Landspítalans, prófessor Sigurður Samúelsson, sneri sér þá til eins af frumkvöðlum gerfinýrameðferðar í heiminum, prófessors Nils Alwall við nýrnadeildina í Háskólasjúkrahúsinu í Lundi. Prófessor Alwall brást vel og drengilega við þessari beiðni, og gaf þau ráð að Landspítalinn fengi að láni frá sjúkrahúsinu í Lundi gerfinýra ásamt tilheyrandi búnaði, ennfremur aðstoð íslenzks læknis, Þórs Halldórssonar, eins tæknifræðings og sérmenntaðrar hjúkrunarkonu. Þór Halldórsson hefur starfað hjá prófessor Alwall í Lundi síðastliðið eitt og hálft ár.

Til að byrja með er gert ráð fyrir að Þór Halldórsson verði hér í 2 mánuði, og er á meðan í orlofi á sjúkrahúsinu í Lundi. Um framhald á þessari þjónustu í Landspítalanum má geta þess, að sótt hefur verið um leyfi til stjórnvalda að



Runólfur Pálsson
forstjóri og fyrrverandi yfirlæknir nýrnalækninga, Landspítala. Prófessor í lyflæknifræði (nýrnasjúkdómafræði), Læknadeild Háskóla Íslands

Upphaf nýrnaskilunar á Íslandi

Þann 15. ágúst árið 1968 hófst nýrnaskilun (*dialysis*) hér á landi er fyrsta blóðskilunarmeðferðin var veitt á Landspítala. Um var að ræða stórviðburð sem markaði upphaf sérhæfðrar þjónustu við nýrnasjúka á Íslandi. Ekkert var fjallað um þessi tímamót í *Læknablaðinu* á þessum tíma en greint var frá þeim í öllum fjölmiðlum. Áratugum síðar birtust greinar í *Læknablaðinu* í tilefni af því að 30 og 50 ár voru liðin frá þessum stóra áfanga.[1,2]

Í frétt *Morgunblaðsins* 17. ágúst 1968[3] sagði:

Síðastliðinn fimmtudag fór fram á lyflækningadeild Landspítala fyrsta aðgerð með gerfinýra. Aðgerð þessi er í því fólgin að hreinsa úr blóðinu úrgangsefni sem myndast hafa vegna alvarlegra nýrnasjúkdóma.

Aðdragandi þessarar þjónustu Landspítalans er heimkoma tveggja nýrnasjúklinga sem undanfarið hafa dvalið á Hammersmith sjúkrahúsinu í London og fengið þar hliðstæða meðferð. Þegar þessir tveir sjúklingar voru sendir til sjúkrahússins í London var þess vænst að þeir myndu fá áframhaldandi meðferð í

hljóta sérfræðiviðurkenningu í lyflækningum og nýrnalækningum á Íslandi. Það féll því Páli í skaut að byggja upp nýrnaþjónustu Landspítala en árum saman var hann eini nýrnalæknirinn og var síðar ráðinn fyrsti yfirlæknir nýrnalækninga við spítalann. Þór átti hins vegar ekki kost á starfi við nýrnalækningar hérlendis að loknu námi og sneri hann sér að öldrunarlækningum þar sem hann vann brautryðjendastarf.

Mikilvægt þótti að finna gott íslenskt orð yfir *dialysis* sem í fyrstu kallaðist gervinýrameðferð. Páll Ásmundsson lagði til orðið skilun og voru skilunaraðferðirnar tvær því nefndar blóðskilun og kviðskilun. Þessi orð festu sig smám saman í sessi.

Blóðskilunarvélin sem fengin var að láni var frá fyrirtækinu Gambro í Lundi. Í kjölfarið voru fest kaup á vélinni en hún var meðal fyrstu gerða Gambro-blóðskilunarvéla og mun hafa verið sú fyrsta sem fyrirtækið seldi úr landi. Vélin var vel á annan metra há og einnota skilunarhylkið (gervinýrað) vó 7,5 kg en það var af svokallaðri plötugerð þar sem mörg lög af himnum og plastþynnum mynduðu tvö hólf aðskilin af hálfgegndræpri himnu úr kúprófani. Vélin dældi blóði frá sjúklingi um annað hólf skilunarhylkisins og skilunarvökva um hitt hólfið. Skilun byggist á því að um hálfgegndræpu himnuna flytjast efni niður þéttnihalla úr blóði yfir í skilunarvökvann eða öfugt. Þannig flytjast úrgangsefni frá blóði yfir í skilunarvökvann og berast burt með honum. Skilunarvökvinn var blandaður í 300 lítra plasttanki fyrir hverja blóðskilun og svo var tankurinn þveginn vandlega á eftir. Stöðug þróun í blóðskilunarbúnaði átti sér stað næstu áratugi með aukinni sjálfvirkni í vélbúnaði sem hin síðari ár hefur haldist í hendur við ört vaxandi tölvutækni. Skilunarhylkin hafa orðið virkari jafnframt því sem þau hafa minnkað mikið og vega nú aðeins 105-150 grömm.

Saga blóðskilunarmeðferðar nær aftur til fimmta áratugar síðustu aldar. Fyrsta nothæfa gervinýrað var sett saman árið 1943 af hollenska lækninum Willem Kolff og tveimur árum síðar tókst honum að framkvæma fyrstu árangursríku blóðskilunarmeðferðina á sjúklingi með nýrnabilun. Árið 1947 kynnti áðurnefndur Nils Alwall þróaðra blóðskilunartæki sem bauð upp á bæði skilun og örsíun vökva. Skortur á varanlegu aðgengi að æðakerfi sjúklinga hamlaði þó meðferð til langframa. Bandarískі læknirinn Belding Scribner leysti þennan vanda árið 1960 með því að þróa útvortis æðaskammhlaup úr teflóni sem við hann var kennt og þar með var lagður grunnur að árangursríkri meðferð við lokastigsnýrnabilun. Nokkrum árum síðar var kynntur til sögunnar slagæðar- og bláæðarfistill (*arterio-venous fistula*), myndaður með skurðaðgerð, sem lengst af hefur verið algengasta tegund æðaaðgengis fyrir blóðskilun.

Blóðskilunarmeðferð hafði verið að ryðja sér til rúms á Vesturlöndum í liðlega áratug áður en fyrsta meðferðin var veitt hér á landi. En þótt aðrar þjóðir stæðu okkur Íslendingum framar, var framboð skilunarmeðferðar mjög takmarkað á þessum árum vegna ónógs tækjakosts, auk þess sem hver meðferð var mjög tímafrek. Því áttu ekki nærri allir sem á þurftu að halda kost á þessari lífsbjargandi meðferð. Sums staðar höfðu sérstakar nefndir það hlutverk að velja sjúklinga til meðferðar og fól það í sér ákvörðun um líf eða dauða fyrir hlutaðeigandi einstaklinga.

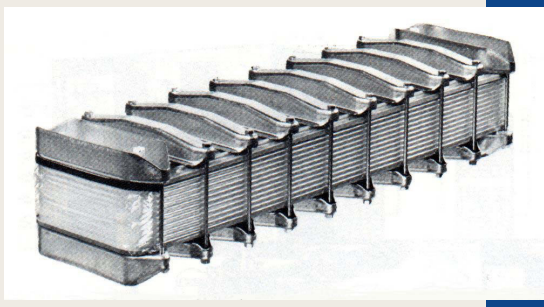
Fyrsta blóðskilunarmeðferðin á Landspítala markaði upphaf nýrnalækninga sem sérgreinar í læknisfræði á Íslandi. Á þeirri hálfu öld sem síðan er liðin hafa náðst stórir áfangar í viðureigninni við nýrnabilun. Í desember 1970 var fyrst grætt nýra í Íslending og var það sama konan og gekkst undir fyrstu blóðskilunarmeðferðina. Ígræðsluaðgerðin fór fram á sjúkrahúsi í London og nýrað sem konan fékk frá bróður sínum starfar enn með ágætum. Árið 1985 hófst kviðskilun sem meðferðarúrræði við lokastigsnýrnabilun. Loks var framkvæmd ígræðsla nýra frá lifandi gjafa í fyrsta sinn á Landspítala árið 2003 og frá látnum gjafa árið 2019. Á Landspítala er í dag veitt alhliða þjónusta vegna nýrnasjúkdóma, auk umfangsmikillar kennslu og blómlegrar vísindastarfsemi. Óhætt er að segja að vonir og væntingar frumkvöðlanna hafi ræst og gott betur.



Þór Halldórsson, nýrnalæknir og síðar öldrunarlæknir, stýrði fyrstu blóðskilunarmeðferðinni á Landspítala.



Páll Ásmundsson, fyrsti nýrnalæknirinn sem ráðinn var til Landspítala og síðar fyrsti yfirlæknir nýrnalækninga á spítalanum.



Alwall-Gambro-plötuskilunarhylki.

Heimildir

1. Ásmundsson P, Pálsson R. Meðferð við lokastigsnýrnabilun á Íslandi 1968-1997. Læknablaðið 1999; 85:9-24.
2. Ásmundsson P. Upphaf nútímanýrnalækninga á Íslandi. Læknablaðið 2018; 104:422-425.
3. Frá skrifstofu ríkisspítalanna, „Landspítalinn fær gerfinýra að láni frá Lundi.“ Morgunblaðið, 17. ágúst 1968. https://timarit.is/page/1396098, október 2024.

Ingimundur Gíslason
augnlæknir



Þrír minnisverðir augnatburðir

Margs er að minnast frá langri starfsævi. Fyrir mörgum áratugum var ég sérfræðingur á bakvakt á augnlækningadeild Svæðissjúkrahússins í Örebro, Svíþjóð. Oftast voru þess konar vaktir án stórtíðinda enda duglegir ungir sérnámslæknar fyrir framan mig á fyrstu vakt.

Kvöld eitt hringdi vakthafandi skurðlæknir á bráðadeild í mig. Hann bað mig um að koma þegar í stað upp á skurðstofu vegna alvarlegs augnslyss. Málavextir voru þeir að ungur maður, fangi í hinu stóra öryggisfangelsi í Kumla, hafði sloppið út þaðan fyrr um daginn. Hann hafði haldið beint á fund fyrri félaga í næsta bæ og átti sá dínamítsprengjur heima og hafði aðgang að bíl. Lögðu nú þeir kumpánar af stað að næsta pósthúsi en félaginn hafði fullyrt að þar inni væru mikil verðmæti í stórum peningaskáp. Vildi hann opna skápinn með öflugri sprengju. Söguhetja okkar sat í aftursæti bílsins með dínamítbúntið í fanginu (barnastóll fastur í hægra framsæti). En nú kom babb í bátinn. Í baksýnisspeglinum sást að löggan var á eftir þeim með blikkandi bláljós á þakinu. Nú var úr vöndu að ráða. Söguhetjan var fljót að hugsa og ákvað að nota þetta öfluga vopn sem hvíldi í kjöltu hennar, kveikti á forhlaðinu og bjó sig undir að kasta sprengjunni fram fyrir lögreglubílinn á réttu augnabliki. En ekki verður við öllu séð. Söguhetjunni hafði yfirsést að barnalæsing hurðarinnar var virk og því sprakk sprengjan þarna í höndum hennar. Báðar hendur tættust í sundur, svo og bæði augu. Ekki fóru sögur af mikilli blæðingu og maðurinn missti ekki meðvitund. Á sjúkrahúsinu var lokað fyrir báða framhandleggsstubbana með húðflipa og ég lokaði fyrir báðar augntóftir með því að sauma saman slímhimnur enda bæði augun sundurtætt. Þegar ég vitjaði sjúklings næsta dag sátu tveir lögreglumenn við rúmið, á þriðja degi aðeins einn og á þeim fjórða enginn.

Annað sinn var ég á bakvakt þegar hringt var í mig vegna konu rétt um sextugt sem fyrr um daginn hafði verið lögð inn á augnlækningadeild með bráða lithimnubólgu í báðum augum. Var hringt heim til mín vegna þess að konan var allt í einu farin að sjá ofsjónir. Ég mætti upp á deild. Konan var nokkuð hress og sat uppi við þegar hún lýsti fyrir mér því sem hún sá út um gluggann: Á götu úti við innganginn hafði orðið stórslys, fólk lá stórslasað eða látið á víð og dreif, sjúkrabílar voru mættir á staðinn og fjöldi fólks hafði safnast fyrir til að fylgjast með. Ég leit út á götu og sá ekkert athugavert. Augu konunnar voru hvellrauð, frumuíferð í báðum forhólfum og samvextir á milli lithimnu og augasteins næstum allan hringinn. Meðferðin var staðbundin atropin, kókain, og sterar allt í dropaformi og „stórum skömmtum.“ Ég var í byrjun ráðþrota, hafði aldrei fyrr kynnst tilfellum sem þessu, hringdi í geðlæknavaktina og von bráðar var kornungur starfsbróðir þaðan mættur á staðinn. Hann var einnig ráðþrota og gat ekkert lagt til málanna. Hringdi ég svo heim til gamla yfirlæknisins míns. Hann var ekki á neinni vakt en tók erindi mínu vel. Vissi upp á hár hvað um var að vera, hrossakúrinn svokallaður en í of háum skömmtum. Ráðlagði hann að draga verulega úr notkun atropindropa en við það hurfu ofsjónirnar eins og dögg fyrir sólu og strax næsta dag var ástand augnanna á góðum batavegi.

Aftur var ég á bakvakt í Örebro þegar hringt var í mig að kvöldi dags og ég beðinn að koma á skurðstofu á handlækningadeild til þess að fjarlægja augu nýlátinnar konu. Forsaga málsins var að ung kona eitthvað yfir tvítugt var að hlaupa úti við sér til hressingar og heilsubótar. Hún var sögð vera ákaflega hraust og án nokkurrar lyfjanotkunar fyrir utan getnaðarvarnarpillu. Í miðju hlaupi hneig hún skyndilega niður og var látin. Á spítalanum kom í ljós algjör heiladauði á línuriti. Í samráði við nánustu ættingja var ákveðið að fjarlægja nýru og augu til líffæragjafar. Þegar ég kom á staðinn var ég látinn lesa yfir alla löglega pappíra þess efnis að brottnám ofangreindra líffæra væri lögum samkvæmt. Ég hófst handa við að fjarlægja augun og á sama tíma voru tveir þvagfæraskurðlæknar að fjarlægja nýrun.

Í skurðstofunni eru öll ljós mjög dempuð, nánast myrkur, en úr litlu útvarpstæki uppi á hillu berst fjörug tónlist í þættinum „Musik mot midnatt.“

Öldungadeild Læknafélags Íslands

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

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

Myndir/GAG



Fyrrum formenn voru heiðraðir, þeir Sigurður E. Þorvaldsson, Páll Ásmundsson og Kristófer Þorleifsson.



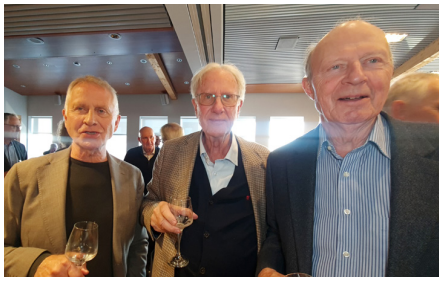
Jóhann Alfreð Kristinsson uppistandari átti góðan sprett á 30 ára afmælinu.



Theódóra Gunnarsdóttir, Ragnheiður Narfadóttir, Álfheiður Steinþórsdóttir og Sigrún Benediktsdóttir



Helga Ögmundsdóttir og Friðrik Yngvason, bæði í stjórn Öldungadeildar.



Þórólfur Guðnason, Lúðvík Ólafsson og Vilhjálmur Rafnsson.

100 öldungadeildarfélagar í 30 ára afmæli

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Þann 4. október 2024 komu ríflega 100 hressir Öldungadeildarfélagar og makar þeirra saman í Hlíðasmáranum og gerðu sér glaðan dag. Tilefnið var 30 ára afmæli deildarinnar.

Fyrsta klukkutímann voru vísindin í öndvegi á gleðilegum framtíðarnótum. Þau Þóra Steingrímsdóttir, kvensjúkdóma- og fæðingarlæknir, Ragnar Freyr Yngvarsson, gigtarlæknir, og Vilhjálmur Vilmarsson, myndgreiningalæknir sögðu okkur frá því nýjasta. Ekki einasta eru sérsvið þeirra ólík heldur er eðli nýjunganna líka með gjörólíkum hætti.

Í fæðingarfræðinni hafa mjög einfaldar lausnir leitt til mikilla framfara – hvers vegna hafði engum dottið í hug áður að setja blöðru inn í blæðandi leg eftir fæðingu og fylla af vatni þar til hún þrýstir saman blæðandi æðunum? Svo einfalt! Í gigtarlækningunum hefur skilningur á myrkviðum og myrkraverkum boðefna ónæmiskerfisins leitt til þróunar sem gleður jafnt sjúklinga sem lyfjafyrirtæki – skýringartafla með 25 dálkum og 40 línum fór aðeins fyrir ofan garð og neðan. Og sniðugir verkfræðingar ganga til liðs við æðaþræðara sem geta krækt í sega og þeir geta líka lokað fyrir göt. Með þessum ráðum hefði Siglufjarðar-Geiri kannski haldið áfram að syngja um lífsins lotterí.

Nú var kominn tími til að njóta veitinga og tóku gestir vel til matar síns og drykkjar, svo að ekki var arða eftir í veislulok. Hæfilega endurnærð gátum við veitt Óttari formanni óskipta athygli og meðtekið sögu og boðskap deildarinnar sem hefur gert sér grein fyrir að hagsmunir og hamingja félagsmanna felast ekki í lífeyrisgreiðslum og aukavinnu heldur mannlegum samskiptum og gleði.

Jóhann Alfreð uppistandari lét aðeins bíða eftir sér, en formaður var ekki af baki dottinn og sagði vel valdar sögur úr íslenskri fyndni með sínum hætti. Uppistandarinn stóð sig líka ágætlega. Að lokum fyllti Blood band B undir stjórn Páls Torfa húsið af hljómum og gleði, og Jóhanna kveikti allavega í sumum að syngja með.



Magnús Jónasson, Birgir Guðjónsson, Soffía Daníelsdóttir og Ingrid Svensson.



Lára Halla Maack og Ragnheiður Narfadóttir.



Óttar Guðmundsson, formaður, og Sigurður Guðmundsson, gjaldkeri.

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



Vaka Kristín Sigurjónsdóttir
sérfræðingur í nýrnasjúkdómum barna

Óþrjótandi uppspretta fróðleiks og nýrra hugmynda!

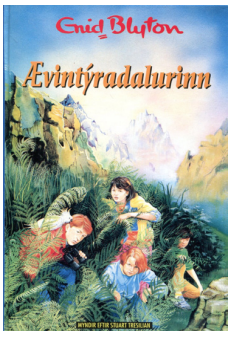
Bækur hafa alltaf skipað mikilvægan sess í mínu lífi, ég var sjö ára gömul þegar ég las fyrstu löngu kaflabókina spjaldanna á milli, sú bók var meistaraverkið *Fjósakötturinn Jáum segir frá* eftir sænska höfundinn Gustav Sandgren. Í henni segir frá hinum glúrna gáfuketti Max, Krokk hana og gömlu músinni Karólínu. Ég var tíður gestur á skólabókasafninu og svo átti pabbi minn fjölda barnabóka, eins og til dæmis um þá félaga Frank og Jóa, Nancy Drew og Tarsan. Sumar voru ívið rasískar, eins og *Bláskjár*, þýsk barnabók sem kom fyrst út á íslensku 1915, og fjallar um ljóshærðan, bláeygan dreng sem var rænt af dökku, vondu flökkufólki og lokaður inni í helli. Ég las flestar bækur eftir Enit Blyton, eins og *Ævintýraeyjuna*, en í minningunni snúast flestar svaðilfarir sögupersónanna mest um nestið sem þau tóku með sér í leiðangra, ekta breskan sveitamat. Heilu kaflarnir voru um skonsur, dýrindis sultu, heitt kakó, ávaxtasalat og gómsætar pylsur.

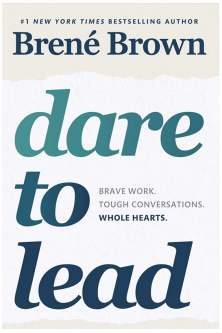
Bókasmekkurinn útvíkkaði með aldrinum, spannaði allt frá heimsbókmenntum til góðra krimma. Sem sérfræðingur í nýrnasjúkdómum barna, á stóru háskólasjúkrahúsi í Miami og rannsakandi á Stanford, með tvo litla krakka, virðist lestur á skáldskap oftast sitja á hakanum hjá mér. Núna les ég mest fræðigreinar og svo hlusta ég mikið á hljóðbækur.

Sem sérfræðingur leiði ég stór teymi í rannsóknum, á sjúkrahúsi og göngudeild, ég leiðbeini sérnámslæknum og læknanemum, bæði í klínísku starfi og við rannsóknir. Leiðtogahæfni er eitthvað sem ég þurfti að læra og þarf áfram að þjálfa. Ég mæli með bókinni *Dare to lead* eftir Brené Brown sem leggur áherslu að leiða með heilindum og trausti. Hún útskýrir að til þess að verða góður leiðtogi þurfi maður að læra að takast á við óþægindi og óvissu, frekar en að forðast þau. Einnig er lögð áhersla á að þróa getu til að eiga erfið samtöl, taka ábyrgð á eigin hegðun og sýna næmni fyrir tilfinningum annarra. Að geta verið berskjaldaður og læra af mistökum sínum einkennir góða leiðtoga.

Önnur bók var mér líka hjálpleg, *The White Coat Investor* eftir Dr. James M. Dahle. Ég fékk þessa bók gefins sem sérnámslæknir í Stanford en thewhitecoatinvestor.com er samfélag sem geymir líka hafsjó upplýsinga.







Læknar eru oft komnir á fertugsaldur þegar þeir loksins ljúka sérnámi, og hafa þá oft verið á lágum launum árum saman. Það virðist mjög algengt að eyða of miklu þegar tekjur aukast loksins enda komin óþreyja í fólk eftir fína húsinu og flotta bílnum. Þrátt fyrir að bókin og heimasíðan séu miðuð við bandarískan veruleika, má heimfæra margt og ráðin virka líka annars staðar. Dahle gefur góð ráð um það hvernig hægt sé að byggja upp auð með því að spara snemma og fjárfesta skynsamlega. Dahle útskýrir hvernig læknar geta tekið stjórn á eigin fjárhagslegu framtíð með því að taka upplýstar ákvarðanir og forðast að lenda í skuldafeni.

Allur þessi lestur misgóðra bóka í æsku jók hjá mér orðaforða, opnaði nýja heima, bætti einbeitingu og styrkti námsfærni. Ég vil að mínar dætur alist upp við að lesa bækur og er mín eldri, sem er sjö ára, núna að lesa með mér bækur eftir Roald Dahl.

Ég vil skora á Hrafnhildi Linnet Runólfsdóttur, lækni til að skrifa næsta pistil!

Anna María Birgisdóttir
sérnámslæknir í heimilislækningum

Bráðalækningar, börn og boltaleikir



Tilbúin í síðasta daginn á Bráðamóttöku

6:25 Vekjaraklukkan hringir, báðir drengirnir hafa komið upp í hjónarúmið í nótt og ég teygi mig snöggt yfir annan þeirra og slekk á hringingunni. Aldrei þessu vant snooza ég ekki og laumast fram og fæ mér einn kaffibolla í rólegheitum meðan restin af fjölskyldunni sefur aðeins lengur. Skrolla í gegnum fréttamiðla og samfélagsmiðla.

6:45 Fer í sturtu og geri mig til fyrir daginn. Hjálpumst að við að gera þriggja og fimm ára syni okkar til fyrir leikskólann. Morgnarnir geta oft verið frekar skrautlegir með tvo ákveðna og ólíka drengi.

7:40 Fer út í kalt morgunloftið og þarf að skafa bílrúðurnar í fyrsta sinn þennan veturinn. Hlusta á tónlist frekar en morgunútvarpið í dag, spila Sabrinu Carpenter en ég og litla systir mín förum á tónleika með henni eftir áramót.

8:00 Vinnudagurinn byrjar á Bráðamóttökunni. Ég er að hefja þriðja árið í sérnámi í heimilislækningum og hef verið að rótera á Bráðamóttökunni yfir sumarið. Hef fyrst og fremst verið að vinna á neðri hæðinni á G2 yfir hásumarið og fengið fína þjálfun í akút aðstæðum og alvarlegri veikindum. Núna í lokin á tímabilinu fæ ég fleiri vaktir uppi á G3 þar sem ég er í dag. Það er margt uppi á G3 gagnlegt fyrir heimilislækningar, sérstaklega ef maður hefur hug á að starfa úti á landi. Ég er með fjórða árs læknanema í dag. Við förum yfir Ottawa-ökklareglurnar og skoðum tvo ökkla, hvorugur þeirra er brotinn. Við hittum fleiri sjúklinga og förum meðal annars yfir taugaskoðun.

Skýst út í matsal og gríp mat til að taka með og borða á kaffistofunni.

12:30 Læknaneminn farinn í kennslu en ég held áfram að taka á móti sjúklingum. Ein kona sem kom fyrir hádegi eftir byltu og var með aflagaðan úlnlið reyndist hafa Colles-brot. Ég fæ kennslu í að gera hematoma-blokk og reponera brotinu. Ég sauma krefjandi skurð. Lærdómsríkur dagur í dag.

15:00 Fékk leyfi til að fara aðeins fyrr af vaktinni í dag, bruna beint upp á Læknavaktina í Austurveri. Hafði skráð mig á kynningarfund fyrir nýja lækna þar. Gaman að sjá aðstöðuna og kynnast starfinu á Læknavaktinni. Þau hafa verið að gera jákvæðar breytingar á vaktaplaninu. Stefni á að prófa að taka vaktir þar í vetur.

17:15 Kem við í búð og fylli aðeins á ísskápinn á leiðinni heim. Einhvern veginn vantar alltaf fleiri banana og mjólk. Tala við systur mína í símann á leiðinni heim, nýti bílferðir ósjaldan í símtöl við fjölskyldumeðlimi.

18:00 Einfalt snarl í kvöldmat í dag. Strákarnir voru úti að leika með pabba sínum eftir leikskólann og voru of svangir við heimkomu til að hægt væri að bíða eftir elduðum kvöldmat. Fiskrétturinn frá Eldum rétt bíður næsta dags.

19:00 Hringi með strákunum í ömmu og afa í Noregi á facetime. Set í eina þvottavél og geng aðeins frá í eldhúsinu. Hjálpumst að við að hátta strákana og koma þeim inn í rúm.

20:10 Pabbinn svæfir í kvöld, skipti um föt og legg af stað í Tennishöllina. Er í tenniskennslu á fimmtudagskvöldum með læknavinkonum, virkilega skemmtileg hreyfing! Þakklát Mörtu Sigrúnu vinkonu fyrir að hafa sannfært mig um að koma á byrjendanámskeið í fyrra.

22:00 Komin heim eftir tennistíma, teygjur og spjall. Tek úr þvottavél. Horfum á einn þátt á Netflix saman og sofna næstum því yfir honum.

22:45 Fer upp í rúm, les aðeins í Kindle. Sofna og tilbúin í síðasta daginn minn á Bráðamóttökunni næsta dag. Styttist í heilsugæsluna eftir helgina, verður gott að koma aftur „heim."

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



Myndi velja að nýju

Gísli Baldursson
barna- og unglingageðlæknir

Það að ég varð barna-og unglingageðlæknir átti sér langan aðdraganda. Eftir kandídatsárið vakti margt áhuga, ég ætlaði á tímabili í háls- nef og eyrnalækningar, heimilislækningar, öldrunarlækningar og ekki voru geðlækningar langt undan. Að lokum fór svo að við héldum til Svíþjóðar þar sem ég lauk námi í heimilislækningum. Gaf mér samt góðan tíma og prófaði margar deildir áður en ég hóf skipulagt sérnám í heimilislækningum enda óákveðinn og um margt að velja. Mikil áhrif á það val hafði að fjölskyldan langaði að nýju til Egilsstaða þar sem við höfðum búið um skeið og líkað vel. Þar bjuggum við í 5 ár þar sem ég öðlaðist dýrmæta reynslu áður en við ákváðum að flytja suður og þá var kominn tími á breytingar. Á þessum árum var mjög erfitt að fá stöður í Reykjavík fyrir heimilislækna, sem varð til þess að allnokkrir kollegar skiptu um sérgrein. Geðlækningarnar höfðu aldrei verið langt undan hjá mér og eftir að hafa rætt við Ólaf Guðmundsson skólabróður minn ákvað ég að prófa barnageðlækningar. Eftir því hef ég aldrei séð. Fékk mikið metið upp í sérnámið og varð sérfræðingur í barna- og unglingageðlækningum fáeinum árum síðar.

Að starfa sem barna- og unglingageðlæknir á þessu tímabili hefur að mörgu leyti verið rússíbani. Breytingar hafa verið hraðar og bráðaþjónusta til dæmis margfaldast á tímabilinu. Margar ástæður kunna að liggja þar að baki en líklegt að samfélagsmiðlar, og að einhverju leyti breytt samfélagsmynd, hafi haft áhrif. Ég vissi lítið um starfsemina þegar ég byrjaði, við fengum litla kynningu í náminu og ég hélt að allt snerist um djúpsálfræði eða víðlíka efni. Komst fljótlega að öðru, um er að ræða víðfeðma sérgrein sem tengist, auk geðrænna einkenna, þroskafræðilegum frávikum, taugasjúkdómum og svo mörgu öðru. Þessar miklu breytingar hafa síðan leitt til fjölda tækifæra til að taka þátt í margvíslegum og ólíkum vísindaverkefnum.

Ég held að ég segi sannleikann þegar ég fullyrði að hafa ekki leiðst einn dag síðan ég byrjaði á Barna-og unglingageðdeild Landspítalans (BUGL), árið 1998 og starfa þar enn. Það sem einkennir starfsemina er teymisvinna og náið samstarf með öðrum faghópum. Starfið er mjög gefandi og ég veit að það hefur gert deildina að æ vinsælli vinnustað með árunum. Einnig hefur verið gaman að sjá mikla fjölgun sérnámslækna á síðari árum. Sjálfur tel ég það vera vegna betri kynningar á sérgreininni þannig að læknarnir sjá þá miklu möguleika sem framundan eru, bæði með tilliti til lækninga en einnig vísindaverkefna. Framtíð sérgreinarinnar er björt og ljóst að mikil þörf og eftirspurn eftir sérfræðiþjónustu verður til staðar í framtíðinni.

Að starfa sem barna- og unglingageðlæknir á þessu tímabili hefur að mörgu leyti verið rússíbani. Breytingar hafa verið hraðar og bráðaþjónusta til dæmis margfaldast á tímabilinu. Margar ástæður kunna að liggja þar að baki en líklegt að samfélagsmiðlar, og að einhverju leyti breytt samfélagsmynd, hafi haft áhrif.

BARNA- OG UNGLINGAGEÐLÆKNINGAR

Krefjandi og lærdómsríkur rússíbani



Hanna Sesselja Hálfdánardóttir
kollegi og sérnámslæknir í barna- og unglingageðlæknisfræði

Það er sumar 2017. Sit í matsal Landspítala. Kollegi minn svarar spurningu minni um framtíð sína sem læknir. Hún ætlar að verða skurðlæknir. Ég dáist að henni og segi „Ég gæti það ekki.“ Hún spyr mig sömu spurningar og ég segi „barna- og unglingageðlæknisfræði.“ Kollegi minn bregst eins við svari mínu. Ég er ánægð að við erum ólík. Við erum öll mikilvægir hlekkir í keðju heilbrigðiskerfisins.

Í ágúst 2017 fórum við fjölskyldan í heimsókn til Svíþjóðar. Vorum hjá góðum vinum í Gautaborg. Guðmundur Vignir Sigurðsson barnalyflæknir kemur í heimsókn og spyr mig hvað ég ætli að gera. Ég svara honum. Hann fer í símann sinn og ég held að samtalinu sé lokið. En um tveimur mínútum síðar segir hann; „Þú átt atvinnuviðtal með yfirlækni á barna-og unglingageðdeildar á Sahlgrenska háskólasjúkrahúsinu í Gautaborg á fimmtudaginn.“ Viðtalið gekk mjög vel. Harpa Kristinsdóttir barnalyflæknir og barnaofnæmislæknir fylgdi mér og niðurstaðan varð að mér var boðin sérnámsstaða frá og með haustinu 2018. Ég fékk tímabundna stöðu sem sérnámslæknir í fullorðinsgeðlæknisfræði á Íslandi ásamt þremur mánuðum á sjúkrahúsinu Vogi og var mjög ánægð með tímann á báðum sviðum. Ég fékk það metið að hluta inn í námið í Gautaborg.

Haustið 2018 flytjum ég, maðurinn minn, Alfreð Brynjar Kristinsson viðskipta- og tölvunarfræðingur, og börnin okkar Kristján Leó (2013), Birta Líf (2014) og Katrín Lára (2016). Myndi segja að allt sérnámsferlið hafi verið krefjandi tími vegna margra þátta en á sama tíma lærdómsríkt, skemmtilegt og valdeflandi. Það sem stendur upp úr er að kynnast samstarfsfólki og kollegum og þar með stækka tengslanetið. Að eiga hauk i horni þegar á þarf að halda er mikilvægt innan heilbrigðiskerfisins.

Fyrstu skref mín innan veggja Sahlgrenska háskólasjúkrahúss voru á átröskunarteymi Östra spítala. Eftir það lá leið mín á Drottninggatan í miðbæ Gautaborgar þar sem ég gerði fyrsta greiningarmatið á nýjum skjólstæðingum innan barna- og unglingageðsviðs. Ég fór síðan í rúmt ár á tvær göngudeildir innan sviðsins. Eftir það fékk ég að fara á bráðamóttöku barna- og unglingageðdeildar á Östra spítala. Síðan byrjaði ég fyrri hluta barnalyflæknaviðveru minnar á Barn- och ungdomsmottagning (BUM) í Mölndal.

Um þakklæti

Þegar ég var að ljúka þriggja mánaða viðveru á Specialmottagning tók líf okkar U-beygju. Frumburðurinn greindist með heilaæxli í febrúar 2023 og fór í lífshættulega bráðaaðgerð hjá Magnus Tisell och Kristínu Lilju heila- og taugaskurðlæknum. Aðgerðin gekk vel en þessu fylgdi prótónu-geislameðferð í Uppsölum og lyfjameðferð. Það sem er mér efst í huga eftir þetta skrítna eitt og hálft ár er *þakklæti*. Ég er þakklát fyrir fjölskyldu okkar, vini, gamla sem nýja, og allt heilbrigðisstarfsfólkið sem hefur verið til staðar fyrir okkur.

Það er skortur á sérfræðingum í barna- og unglingageðlæknisfræði. Við þurfum að vera duglegri að láta vita af þessu frábæra og fjölbreytta námi sem hefur heildræna sýn að leiðarljósi. Við höfum mikið að vinna því skjólstæðingarnir eru börn og unglingar. Að greina rétt geðræna sjúkdóma og taugaþroskaraskanir er mikilvægt, svo hægt sé að hefja viðeigandi meðferð sem fyrst. Hérna í Gautaborg erum við hluti af risastóru háskólasjúkrahúsi og við erum í samskiptum og samstarfi með ýmsum sviðum innan sem utan spítalans.

Það er skortur á sérfræðingum í barna- og unglingageðlæknisfræði. Við þurfum að vera duglegri að láta vita af þessu frábæra og fjölbreytta námi sem hefur heildræna sýn að leiðarljósi. Við höfum mikið að vinna því skjólstæðingarnir eru börn og unglingar.

Frá því 2018 hefur verið boðið upp á heilt sérnám barna- og unglingageðlæknisfræði á Íslandi. Ég myndi þó mæla með að fara út fyrir landsteinana, hvort sem það er til styttri eða lengri tíma. Tek með mér það sem Kristján Oddsson kvensjúkdómalæknir sagði: „Sérnámið var krefjandi en skemmtilegur og gefandi tími hjá fjölskyldunni. Ég sakna þess tíma. Munið að njóta sem fjölskylda og nýta tækifærin og möguleikana sem nám erlendis hefur að bjóða.“

Nú erum við tvær frá Íslandi í sérnámi í barna- og unglingageðlæknisfræði í Gautaborg. Sérnámslæknahópurinn hefur stofnað „gleðihóp“ (*skojgrupp*). Reglulegir hittingar í bókaklúbbi, kvikmyndaklúbbi, Balint-hóp og „after work.“ Bjartir tímar framundan og vonandi framtíðar samstarf milli Svíþjóðar og Íslands.

Velkomin til Gautaborgar. Þar munum við Nína Björnsdóttir taka vel á móti ykkur ásamt stórum hópi af Íslendingum, öðrum útlendingum og Svíum.

Með bestu kveðjum.

Indriði Einar Reynisson
heimilislæknir í Borgarnesi



Á ÉG að votta það?

Okkar virðulega vottorðabákn er mikið á milli tanna meðal lækna. Ekki að ástæðulausu. Á tímabilinu 2018-2021 rituðu læknar á heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins 504.670 vottorð. Tilfinning mín er að þetta sé sífellt að aukast. En hvaða vottorð eru þetta? Til dæmis þetta klassíska vinnuveitandavottorð vegna nokkurra daga kvefpestar eða magakveisu, því einungis læknirinn á að geta sagt til um hvort starfsmaður með gubbupest sé hæfur í vinnu. Einnig vottorð fyrir leikfimi því barnið gengur með gips sem enginn annar sér nema læknirinn. Að ógleymdum vottorðum til félagsþjónustunnar um að viðkomandi sé óvinnufær í þúsundasta skiptið eða verði að fá akstursþjónustu aldraðra. Bara af því við höfum ekkert betra að gera.

En hver þarf þessi vottorð? Mörg þeirra fara til vinnuveitenda sem óbeint óska eftir því að læknirinn starfi líka sem barnapía skjólstæðingsins svo hann sé nú örugglega ekki að skrökva. Þegar ég var yngri hélt ég að einkafyrirtækin væru þau einu sem væru með vesen. En þar skjátlaðist mér. Vottorðafjallið sem við sendum á ríkisstofnanir stækkar með ári hverju. Hjálpartækjabeiðnir, örorkuvottorð, sjúkradagpeningavottorð, beiðni til sjúkraþjálfara, iðjuþjálfara, talmeinafræðings og sálfræðings til niðurgreiðslu, stæðiskort og lyfjaskírteini, bara sem dæmi. Oft þarf að senda sömu beiðnina ítrekað sama árið og á mismunandi formum. Gott dæmi um slíkt eru endurhæfingarvottorð Tryggingastofnunar ríkisins sem kröfðust einnig afrits af áætlunum læknisins fyrir sjúklinginn á sér eyðublaði sem var einungis að finna á vefsíðu Tryggingastofnunar ríkisins. Bara af því við höfum ekkert betra að gera

Fyrir nokkru sendi ég endurnýjun á lyfjaskírteini fyrir frægt sykursýkislyf sem er þekkt fyrir að valda miklu þyngdartapi. Skjólstæðingurinn hafði verið á lyfinu í þrjú ár með góðum árangri, langtímasykurinn var rétt orðinn eðlilegur og hann hafði misst mikið magn af líkamsfitu sem stuðlaði að bættum lífsgæðum og þar af leiðandi bættum lífslíkum. Sjúkratryggingar Íslands héldu nú ekki. Hafnaði stofnunin endurnýjun á þeirri forsendu að lyfið sé einungis notað hjá sykursjúkum með arfaslakt blóðsykurgildi og vildu bjúrókratar fara að stýra meðferðinni beint frá Vínlandsleið. Eftir ókurteislegt bréf frá undirrituðum, þar sem meðal annars var tíundað að stofnunin muni stuðla beint að versnun sjúkdómsins hjá viðkomandi með ákvörðun sinni, fékkst skírteinið loks samþykkt. Þetta var ekki í síðasta skiptið sem SÍ skipuðu sér í sæti beins meðferðaraðila skjólstæðinga minna. Bara af því við höfum ekkert betra að gera.

Endurnýjun örorkuvottorðs langveiks einstaklings er annað sem ég skil ekki. Hvers vegna þarf að votta að viðkomandi sé enn þá með auka litning eða þjáist af langvinnum skorti á útlim? Væri ekki ódýrara og fljótlegra að senda beiðni um breytingu á fastri meðferð þegar og ef lækningar við enn ólæknandi einkennum verða raunhæfar? Stundum hugsa ég að skynsemi aflærist á ríkisstofnunum landsins þar sem ekkert gengur að tengja milli tveggja punkta í málefnum skjólstæðinga. Það þykir greinilega ekki sjálfsagt að viðkomandi eigi sjálfkrafa rétt á hjálpartækjum og ákveðnum lyfjum fyrir sinn vanda þegar örorkuvottorð er sent. Þess í stað verður að senda beiðnir og skírteini oft, ítrekað og endurtekið á hverju ári. Bara af því við höfum ekkert betra að gera.

Stundum hugsa ég að skynsemi aflærist á ríkisstofnunum landsins þar sem ekkert gengur að tengja milli tveggja punkta í málefnum skjólstæðinga.

Að endingu verður að minnast á vottorð til lögmanna og tryggingafélaga. Ég hlæ og græt í senn þegar beiðni um vottorð berst áður en vika er liðin frá fyrstu komu skjólstæðings eftir slys og óskað eftir áliti og batahorfum á áverkanum áður en mögulegar afleiðingar verða ljósar. Í viðbót kemur fram beiðni um afrit af sjúkraskrá (aftur til getnaðar viðkomandi) um öll þau atriði sem gætu tengst áverkanum og haft áhrif á niðurstöðu skjólstæðingsins. Skýrsluna verður læknir að lesa stafanna á milli áður en hún er afhend. Bara af því við höfum ekkert betra að gera.

En vil ég votta allt? Þarf ég að votta allt? Verð ég að votta allt? Ég kannast ekki við að vottorðin mín hafi bjargað mannslífum með beinum hætti. Á sama tíma kvarta skjólstæðingar mínir yfir tímaskorti á heilsugæslunni. Á sama tíma eldist þjóðin og fjölgar hratt meðan heimilislæknum fjölgar varla. Á sama tíma og geðheilsa barna og unglinga hefur verið með versta móti. Á sama tíma hækkar líkamsþyngdarstuðull þjóðarinnar í veldisvexti.

Við höfum nóg annað að gera!

Læknadagar í Hörpu
20.-24. janúar 2025

YFIRLIT DAGSKRÁR

Mánudagur 20. janúar

09:00-12:00	Lifrarsjúkdómar á Íslandi: Breytt landslag og nýjar áskoranir
09:00-12:00	HIV – staðan á Íslandi í dag
09:00-12:00	Lækningamáttur hreyfingar í daglegu lífi
12:10-13:00	Hádegisfundir: – Sigurður Breiðfjörð og Jónas Hallgrímsson, andstæðingar með áfengisvandamál – Erfðalækningar
13:10-16:10	Mýlildissjúkdómur á Íslandi: Kortlagning mýlildissjúkdóma og nýjar áskoranir
13:10-16:10	Heimaspítali og bráðaþjónusta á mörkum heilsugælsu og sjúkrahúsþjónustu
13:10-16:10	Svefn – það sem allir læknar þurfa að vita
16:20	Opnunarhátíð Læknadaga

Þriðjudagur 21. janúar

09:00-12:00	Lúmsk birtingarmynd alvarlegra sjúkdóma hjá börnum
09:00-12:00	Meðferð langvinnra verkja
09:00-12:00	Klínísk rökleiðsla
12:10-13:00	Hádegisfundir – Sögur úr heilsugæslunni – FÁSL
13:10-16:10	Sýklalyfjaónæmi: Áskoranir og aðgerðir
13:10-16:10	Eitt sinn skal hver deyja
13:10-16:10	Hægðavandamál

Miðvikudagur 22. janúar

09:00-12:00	Staða greininga og meðferðar á ADHD hjá fullorðnum á Íslandi
09:00-12:00	Klínískar leiðbeiningar fyrir einstaklinga með offitu
09:00-12:00	Samtengd Evrópa – Minnkum byrði og aukum öryggi með betra aðgengi að sjúkraskrárupplýsingum yfir landamæri
12:10-13:00	Hádegisfundir – Matur er mannsins megin – FÁSL
13:10-16:10	Nærðu hugann – fyrir aukin afköst og bjartari framtíð
13:10-16:10	Algeng viðfangsefni í Hjartalækningum
13:10-16:10	Olnbogar og hné
13:10-16:10	Kirurgia minor – vinnubúðir

Fimmtudagur 23. janúar

09:00-12:00	Rannsóknarumhverfi á Landspitala – gerum betur
09:00-12:00	Tiltekt í lyfjasúpu eldra fólks í heimahjúkrun
09:00-12:00	Lögfræðileg álitamál
12:10-13:00	Hádegisfundir – Tilfelli af Barnaspítala
13:10-16:10	Heilabilun
13:10-16:10	Til hamingju íslenskir læknar – 110. afmælisárgangur Læknablaðsins
13:10-16:10	Dagskrá á vegum FAL

Föstudagur 24. janúar

09:00-12:00	Endómetríósa
09:00-12:00	Það er gaman að vera læknir
09:00-12:00	Pneumokokkar
12:10-13:00	Hádegisfundir – Kappræður – Beinkröm
13:10-16:10	Eftirfylgd í heilsugæslu
13:10-16:10	Jákvæðar og neikvæðar hliðar sykursterameðferðar – lífsbjargandi og síðkomin neikvæð áhrif
16:20	Lokadagskrá Læknadaga Glíman – fjör og glens Kokdillir

Takið dagana frá

Fræðslustofnun Læknafélags Íslands

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

Dagskráin er birt með fyrirvara um breytingar

Auglýsing