Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



110 ára afmæli *Læknablaðsins*

LÆKNADAGAR Í 30 ÁR

VIÐTÖL

Henrik Zetterberg prófessor í taugaefnafræði

Mun greina Alzheimer og aðra tengda sjúkdóma með blóðprufum á Íslandi

Framtíðarsýn, áskoranir og mikilvægi ritstjórnarlegs sjálfstæðis *Læknablaðsins*

Viðtal við fjóra fyrrverandi og núverandi ritstjóra

02/2025 111. árgangur: 53-96

Auglýsing



Meltingarlæknarnir við gang deildarinnar á Landspítalanum. Frá vinstri: Óttar M. Bergmann, Steingerður A. Gunnarsdóttir, Einar S. Björnsson og Sigurður Ólafsson.

Helstu orsakir alvarlegra lifrarsjúkdóma

Fjórir íslenskir meltingarlæknar fjölluðu á Læknadögum um stöðu og þróun lifrarlækninga á Íslandi, þau Einar S. Björnsson, Óttar Már Bergmann, Sigurður Ólafsson og Steingerður Anna Gunnarsdóttir. Viðfangsefnin voru breytt landslag, nýjar áskoranir, veirulifrarbólga A-E, skorpulifur, klínísk nálgun sjúklinga og hlutverk heimilislækna. *Læknablaðið* hitti þau að máli.

■■■ Olga Björt Þórðardóttir

Sigurður segir mikla grósku vera í þróun lifrarlækninga sem sérgreinar. Nefnir hann sem dæmi uppgötvun lifrarbólgu C árið 1989 og þróun nýrra lyfja sem olli byltingu í lækningu á henni. Fitulifrarkvilli sem tengist efnaskiptaröskun séu orðinn algengasti lifrarsjúkdómurinn á Vesturlöndum en aukin þekking og nýir meðferðarmöguleikar eru í farvatninu. Mikil þróun sé í meðferð á öðrum algengum lifrarkvillum og fylgikvillum skorpulifrar. Staða lifrarlækninga sé sterk á Íslandi, með sérhæfðum lifrarlæknum með góða menntun og þjálfun og á Landspítalanum öflug þjónusta. Einnig öflug vísindastarfsemi, rannsóknarvinna og mikill fjöldi vísindagreina birtur.

Einar minnir á að tilfellum skorpulifrar hafi fjölgað verulega á síðustu áratugum og sé helmingur tilfella vegna áfengisneyslu. Áfengislifrarbólga komi oftar fram hjá yngra fólki (45 til 50 ára og allt niður í 20 til 30 ára), valdi gulu og geti leitt til dauða. Innlagnir vegna alvarlegs lifrarsjúkdóms hafi verið mjög sjaldgæfar í byrjun 9. áratugar síðustu aldar eða um eitt tilfelli á ári. Gríðarleg aukning hafi orðið um tíu árum eftir að bjór var leyfður (1989) og upp úr aldamótum hafi nýjum tilfellum fjölgað um 20-30 á ári. Innlagnir í dag hafi áttfaldast og tengist það aukinni áfengisneyslu sem hafi tvöfaldast á þessum 40 árum, farið úr fjórum lítrum á ári upp í næstum átta. Þar hafi aukið aðgengi að áfengi, fjölgun útsölustaða og lengri opnunartímar haft mest áhrif. Fjöldi bara og veitingastaða á landinu jókst úr 35-40 árið 1980 upp í yfir 1000 árið 2017. Dagdrykkja hafi og aukist mikið síðastliðin 20 ár.

Um veirulifrarbólgu A til E segir Sigurður að A og E séu sjaldgæfar hér á landi og Deltaveira einnig. Á Íslandi séu 900-1000 einstaklingar með langvinna lifrarbólgu B. Flestir sem greinist séu með langvinnt smit sem komi frá löndum þar sem lifrarbólga B er landlæg. Þó sé til öflug og góð lyfjameðferð og bóluefni. WHO mæli með bólusetningu gegn henni fyrir alla en Ísland sé eitt landa í Evrópu sem ekki hafi tekið upp slíka bólusetningu. Árið 2016 var hrundið af stað meðferðarátaki gegn lifrarbólgu C, þar sem öllum smituðum var boðin lyfjameðferð. Það tókst að ná til 90% þeirra á innan við þremur árum. Árangur var góður og sem dæmi má nefna að algengi lifrarbólgu C meðal fólks sem sprautar sig með vímuefnum í æð fór úr 55% niður fyrir 10%. Lifrarbólga C var áður algeng orsök skorpulifrar, en undanfarin ár hafa aðeins greinst örfá tilfelli.

Steingerður fjallaði um þrjár íslenskar faraldsfræðilegar rannsóknir á skorpulifur með unglæknum á árabilunum 1994-2022. Nýgengi var 3,3 á hverja 100.000 íbúa á ári 1994-2003 en samkvæmt nýjustu rannsókninni 2016-2022 er nýgengið nú 13,8. Þrjár algengustu orsakir skorpulifrar séu áfengi, efnaskiptaröskun tengd offitu og veirulifrarbólga C. Áfengi var valdurinn í 30% tilfella á árunum 1994-2015 en 40% 2016-2022. Efnaskiptaröskunin hafi verið afar sjaldgæf í fyrstu rannsókninni en komin upp í 28% í þeirri síðustu. Offita þjóðarinnar og aukin sykursýki af tegund 2 og áfengissala séu stærri áhættuþættir en áður. Steingerði finnst að stjórnmálafólk beri mikla ábyrgð. Þetta séu mjög veikir sjúklingar sem liggi lengi inni og það sé einnig dýrt fyrir þjóðina.

Óttar fór á málþinginu yfir það hvernig almennur læknir geti nálgast sjúklinga með grun um lifrarsjúkdóm. Það þurfi ekki allir að hitta sérfræðing og heilsugæslan sé mikilvæg í að geta metið sjúklinga og valið tilfelli sem þarf að athuga betur, til dæmis með blóðprufum og myndgreiningum. Göngudeildir muni springa ef allir sjúklingar með fitulifur komi beint til sérfræðings.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Geir Hirlekar
Halla Viðarsdóttir
Lilja Sigrún Jónsdóttir
Oddur Ingimarsson
Ólöf Jóna Elíasdóttir
Sigurður Sverrir Stephensen

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Rósa Steinunn Sturludóttir
rosa@lis.is

Blaðamenn
Olga Björt Þórðardóttir

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



59

Unnsteinn Ingi Júlíusson

Aðkoma og hlutverk lækna í sjúkraflutningum

Í sjúkratilfelli í blaði mánaðarins er áhugaverð lýsing á sjaldgæfri afleiðingu falls, þar sem beita þurfti sérhæfðri meðferð til bjargar mannslífi, inngripi sem allir læknar vita að er hægt að framkvæma, en fæstir vilja standa frammi fyrir.



61

Lilja Sigrún Jónsdóttir

Er skipulag bæja ennþá heilbrigðismál?

Það er brýnt að umræður um mikilvægi birtu sé í stöðugu samtali milli skipulagsaðila og þeirra sem vilja byggja nýtt húsnæði enda er skuggavarp á íbúasvæði ekki síður lýðheilsumál en skipulagsmál.

FRÆÐIGREINAR

62

Ólafur Árni Sveinsson, Enrico Bernardo Arkink, Elfar Úlfarsson, Brynhildur Thors

Þrenndartaugarverkur – yfirlitsgrein

Þrenndartaugarverkur (*trigeminal neuralgia*) er algengasta ástæða andlitsverkjar hjá einstaklingum eldri en 50 ára og getur haft afar neikvæð áhrif á lífsgæði fólks. Ýmsar faraldsfræðilegar rannsóknir hafa mælt árlegt nýgengi þrenndartaugarverkjar á bilinu 4-5 tilfelli á hverja 100.000 íbúa á ári og því ættu að greinast um 16-20 einstaklingar á ári á Íslandi.

68

Aaron Palomares, Hjalti Már Björnsson

Bráð lokun öndunarvegar utan sjúkrahúss vegna blæðingar í aftankoksbil

Lýst er tilfelli þar sem rúmlega sjötugur karlmaður leitaði á bráðamóttöku vegna kyngingarerfiðleika eftir byltu. Reyndist hann með mikla blæðingu í aftankoksbil sem á rúmri klukkustund frá áverka lokaði öndunarvegi. Þar sem ekki var unnt að barkaþræða um munn vegna blæðingarinnar var framkvæmdur bráður barkaskurður í sjúkrabíl af sérnámslækni.



Á FORSÍÐU

Dagskrá Læknadaga var metnaðarfull að venju og höfðu þátttakendur úr mörgu að velja, þar á meðal afmælishátið *Læknablaðsins*. Á boðstólnum voru kökur skreyttar forsíðum nokkurra tölublaða afmælisárgangsins. Þær vöktu mikla lukku, enda voru þær góðar. Hátíðin var vel heppnaður lokahnykkur á 110. afmælisárgangi *Læknablaðsins*. Til hamingju íslenskir læknar!

LÆKNADAGAR

72-75

Rósa Steinunn Solveigar Sturludóttir

110 ára afmæli *Læknablaðsins*

Læknadagar í 30 ár

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Þarf að endurhugsa meðferð með sykursterum í bráðveiku fólki og neikvæðum áhrifum slíkrar meðferðar í öðru samhengi

UMFJÖLLUN OG GREINAR

78

Mun greina Alzheimer og aðra tengda sjúkdóma með blóðprufum á Íslandi

Olga Björt Þórðardóttir

Henrik Zetterberg, prófessor í taugaefnafræði við Háskólann í Gautaborg og yfirlæknir í klínískri lífefnafræði við Sahlgrenska, hlaut fyrir rúmu ári Ingvars-verðlaun sænska læknafélagsins fyrir framúrskarandi rannsóknir á vitsmunalegum sjúkdómum (*cognitive diseases*).





82

„Útrýma þarf fordómum gegn offitu og auka samvinnu þjóða í þeim efnum“

Olga Björt Þórðardóttir

„Þegar ákveðnir hópar samfélagsins verða fyrir fordómum bitnar það ekki aðeins á þeim, heldur á samfélaginu öllu. Við getum ekki leyft okkur að láta fólk standa utan kerfisins,“ segir Ximena Ramos - Salas í viðtali við *Læknablaðið*.

84

Framtíðarsýn, áskoranir og mikilvægi ritstjórnarlegs sjálfstæðis *Læknablaðsins*

Olga Björt Þórðardóttir

Í viðtali *Læknablaðsins* við fjóra fyrrverandi og núverandi ritstjóra kemur fram saga blaðsins undanfarna áratugi, áskoranir og mikilvægi þess að standa vörð um sjálfstæði og fagmennsku.



TÖLFRÆÐI

77

Sigrún Helga Lund

Hvaða afl er þér efst í huga?

87

2. Heilabrot *Læknablaðsins*
Krossgáta og vísnagáta

88

Nýr doktor
Erla
Maríusdóttir



89

Nýr doktor
Marta Berndsen



LÖGFRÆÐI 54. PISTILL

81 *Dögg Pálsdóttir*

Betri vinnutími lækna og innleiðing hans

ÖLDUNGADEILD LÍ

90 *Hildur Viðarsdóttir*

Verslunarmannahelgin í Húsafelli 1969

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

92-93

Geðlækningar og barnageðlækningar



Helga Hannesdóttir:
Vegvísir til framtíðar



Erik Erikson:
Heilinn er heillandi

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

76

Steinunn Þórðardóttir

Betri vinnutími lækna á réttum forsendum



Ef betri vinnutími lækna á að vera raunhæfur og stjórnkerfinu er alvara með að draga úr sóun á tíma lækna er mun nærtækara að bæta starfsumhverfið en að taka af þeim læknisverk.

BÓKIN MÍN

86

Guðmundur Þorgeirsson

Í góðum félagsskap bóka



Sú bók sem ég hef oftast lesið er *Sjómannalíf* eftir Rudyard Kipling í þýðingu Þorsteins Gíslasonar.

DAGUR Í LÍFI LÆKNIS

91

Þóra Silja Hallsdóttir

Kaffibollar og framkvæmdir



08:30 Fyrsti kaffibolli dagsins og með því kremkex úr býtibúrinu. Hugsa til góðra tíma þegar Póló kex var hluti af úrvalinu.

LIPUR PENNI

94

Bjarni Þorsteinsson

Stoðsendingar



Vissulega var fínt að geta hjólað allan veturinn og sjá sjúklingana á bráðamóttökunni hverfa einn af öðrum upp á deildir um miðja nótt.

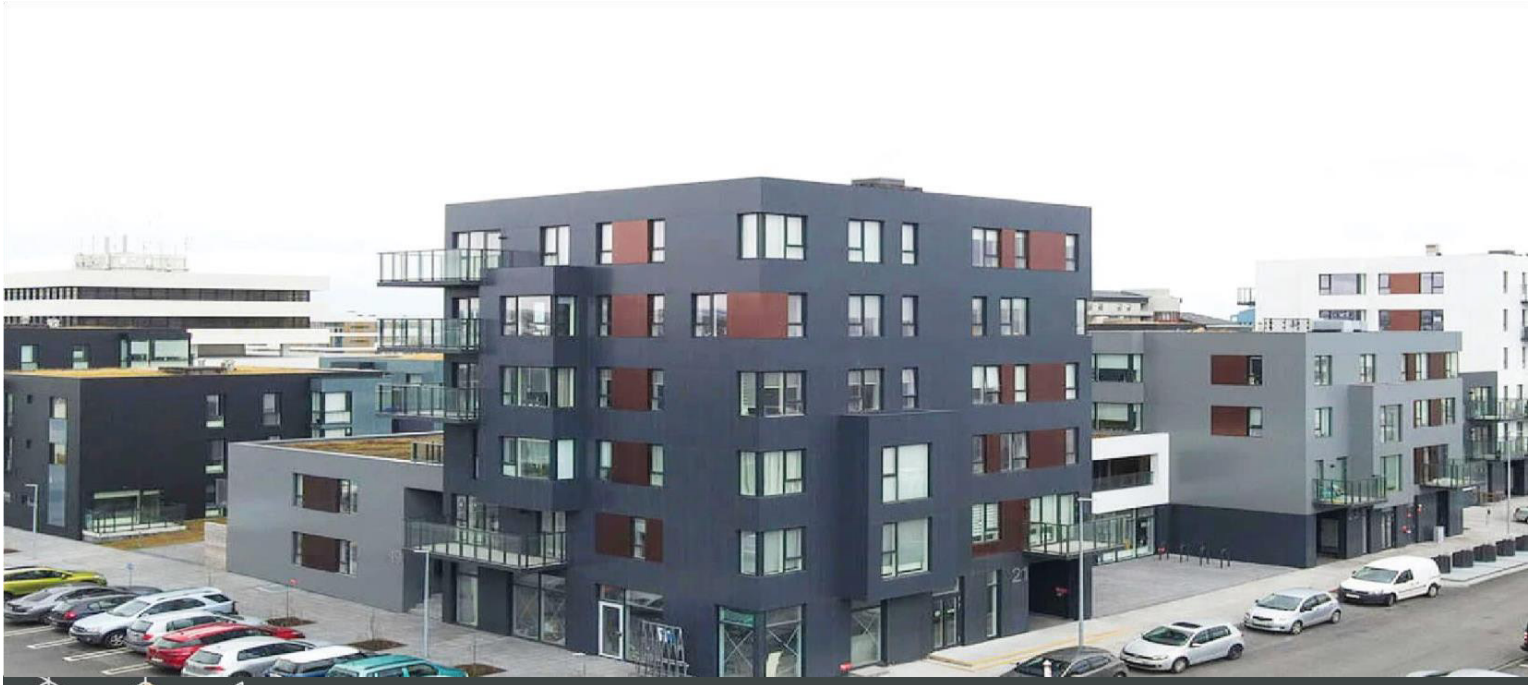
Læknastofur Reykjavíkur

LÆKNASTOFUR OG SKURÐSTOFUR TIL LEIGU

Læknastofur Reykjavíkur bjóða til leigu vel útbúnar læknastofur og skurðstofur sem henta læknum á flestum sviðum heilbrigðisþjónustunnar.
Við bjóðum fyrsta flokks aðstöðu sem uppfyllir allar kröfur um öryggi, gæði og þægindi, staðsett í miðbæ Reykjavíkur við Efstaleiti.
Kynntu þér möguleikana hjá okkur og tryggðu þér aðstöðu sem hentar þínum þörfum.

Skannaðu kóðann til að sjá kynningarmyndbandið okkar

Fyrir frekari upplýsingar, endilega hafið samband við framkvæmdastjóra á netfangið selma@laeknastofurreykjavikur.is eða í síma 892-7863
www.laeknastofurreykjavikur.is



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

Aðkoma og hlutverk lækna í sjúkraflutningum



Unnsteinn Ingi Júlíusson
heimilislæknir

Viðbrögðum við bráðum, alvarlegum sjúkdómum og slysum má skipta í mörg þrep, allt frá fyrstu hjálp þeirra er fyrstir eru á vettvang til sérhæfðrar meðferðar á sjúkrahúsi. Mikilvægur hluti þessarar keðju er sjúkraflutningaviðbragðið, þar sem gríðarlegar framfarir hafa orðið á verksviði og kunnáttu sjúkraflutningamanna, skjólstæðingum til góðs. Áður var sjúkraflutningamaður „bara bílstjóri“, en hefur nú mikla kunnáttu, fjölbreyttan búnað og lyf í bílnum sem hann notar eftir kunnáttu sinni, skilgreindum verkferlum og í samráði við lækni á vakt.

Í mínu héraði, með um það bil 4500 íbúum og óskilgreindum fjölda ferðamanna á sumrin eru sjúkraflutningar að meðaltali 580 á ári síðastliðin þrjú ár. Af þessum flutningum eru F-1 útköll á bilinu 54-89 árlega, eða um 10% flutninga. Það eru samkvæmt skilgreiningu þau útköll þar sem sjúklingur er í bráðri þörf fyrir hjálp og lífshætta líkleg. Vinnuregla er sú að vaktlæknir fer með í öll F-1 útköll og eftir aðstæðum í F-2 útköll, en með aukinni menntun sjúkraflutningamanna hefur fylgd læknis í F-2 flutninga fækkað mjög. Það er svo mat á vettvangi hvort læknir fylgi með á næsta sjúkrahús eða ekki, en oftast er það raunin.

Í sjúkratilfelli í blaði mánaðarins er áhugaverð lýsing á sjaldgæfri afleiðingu falls, þar sem beita þurfti sérhæfðri meðferð til að bjarga mannslífi. Inngrip sem allir læknar vita að er hægt að framkvæma, en fæstir vilja standa frammi fyrir. Öndunarvegur lokaðist smám saman í flutningi, ekki var hægt að barkaþræða, og tími til inngrips naumur, enginn tími til að hringja í vin eða fletta upp hvernig maður ber sig að.

Reyndur sérnámslæknir í bráðalækningum vissi hvað var að gerast, greindi rétt, kunni inngripið og undirbúning, hefur að öllum líkindum verið búinn að æfa sig með þeim möguleikum sem bjóðast og hafði áræði til að framkvæma inngripið. Það er hægt að velta því fyrir sér hvað maður hefði sjálfur gert í sömu aðstæðum. Gott og vel að vita, kunna, gera og takast, en sýnu verra að vera í aðstæðum þar sem maður ekki kann eða veit, eða þorir ekki.

Venjulegur heimilislæknir á landsbyggðinni gengur forvaktir (viðbragðsvakt samkvæmt nýja kjarasamningnum) í sínu héraði, þar sem aðeins örlítið brot af starfsumhverfi hans er í sjúkrabíl. Og þegar þessi læknir fær í hendur tetrastöð og vaktsíma veit hann að næsta verkefni getur verið hvað sem er. Og flestir hafa metnað og vilja til að vera sem best undirbúnir. Miðað við að læknir sé á viðbragðsvakt fjórða til fimmta hvern dag, má reikna út að F-1 útköll geti verið 10-20 á ári, og nokkur hluti þeirra breytist í F-2 eða F-3 flutning eftir mat á vettvangi.

Hvernig getur venjulegur, önnum kafinn heimilislæknir verið tilbúinn í hvað sem er? Gripið til lífsbjargandi inngripa sem hefur ekki verið þörf fyrir í vikur, mánuði eða misseri?

Á Íslandi eru engar lágmarkskröfur um viðhaldsmenntun eða færni í bráðum sjúkdómum og slysum sem við þurfum að uppfylla til að standa viðbragðsvaktir. Ætti það að vera? Það væri vissulega til bóta að setja lágmarksviðmið. Og að búa svo um hnúta að læknar hafi möguleika á viðhalds- og endurmenntun og þjálfun á þessu sviði.

Í sjúkratilfelli í blaði mánaðarins er áhugaverð lýsing á sjaldgæfri afleiðingu falls, þar sem beita þurfti sérhæfðri meðferð til að bjarga mannslífi. Inngrip sem allir læknar vita að er hægt að framkvæma, en fæstir vilja standa frammi fyrir.

Lengi vel hafa verið í boði frábær bráðalækninganámskeið, BLUS (bráðalækningar utan sjúkrahúsa) sem hafa verið á hendi bráðalækna. En skipulag og utanumhald krefjast tíma og mannskaps. Því hafa komið löng tímabil þar sem engin slík námskeið hafa verið í boði. ALS og EPALS-námskeið eru líka gríðarlega gagnleg og nauðsynleg að mínu mati. Bæði til að bæta þjónustu og öryggi og líka til að bæta vellíðan og sjálfsöryggi þeirra sem sótt hafa slík námskeið.

Framfarir hafa orðið með því að skipa fjarskiptalækni og á sú þjónusta líklega eftir að festast vel í sessi sem viðbót við úrræði viðbragðsaðila á vettvangi. Á vefsíðunni ambulance.is má einnig finna leiðbeiningar að góðum og skýrum verkferlum og leiðbeiningum sem verið er að fullvinna.

Með auknum áhuga íslenskra lækna á bráðalækningum verður vonandi greiður aðgangur að viðhalds- og endurmenntun fyrir þá lækna sem hyggjast standa viðbragðsvaktir í framtíðinni.

Physicians role in ambulance services

Unnsteinn Ingi Júlíusson
General practicioner

doi 10.17992/lbl.2025.02.823



Er hjarta-stuðtæki á þínum vinnustað?

Hjartastuðtæki ættu að vera staðalbúnaður í öllum fyrirtækjum.

FASTUS
HEILSA

Höfðabakki 7, 110 Reykjavík | +354 580 3900 | fastusheilsa.is

Er skipulag bæja ennþá heilbrigðismál?



Lilja Sigrún Jónsdóttir
heimilislæknir
klínískur dósent við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins,
í ritstjórn *Læknablaðsins*

Þarfir fólks í manngerðu umhverfi hafa verið þekktar um langt skeið og hefur skipulag bæja og bygginga miðað að því að híbýli séu örugg og heilnæm fyrir íbúa; þurfa meðal annars að þola jarðskjálfta af þeim styrk sem hér eru algengir, svo dæmi sé tekið. Ekkert slíkt gerist af sjálfu sér, heldur er mælt fyrir um það í skipulagslögum og byggingareglugerðum. Fagurfræði, útsýni og nálægð við græn svæði eru einnig eftirsóknarverðir þættir, en misjafnt hve miklu landi er ráðstafað til að gera ráð fyrir slíku þegar land er skipulagt undir byggð. Byggingarland er takmörkuð auðlind og dýrt að byggja varanlegar byggingar, enda líftími bygginga almennt talinn í áratugum. Það er liðin sú tíð að endurbyggja þurfi hús reglulega eins og þekktist þegar torfbæir voru hér algengustu híbýli.

Í sögulegu samhengi þá gerði Guðmundur Hannesson læknir skipulag bæja að heilbrigðismáli með þátttöku í umræðu samtíma síns með riti sínu *Um skipulag bæja* árið 1916, sem var fylgirit með *Árbók Háskóla Íslands*. Umfjöllunin var framsýn, tók mið af hnattstöðu Íslands og varaði Guðmundur við að byggja svo hátt eða þétt að dagsbirta næði ekki til allra íbúða. Sýndi hann í riti sínu hvernig mismunandi staðsetning og afstaða bygginga gat haft úrslitaáhrif á hvernig birta nýttist í byggingum. Hann lagði einnig áherslu á að íbúar hefðu tækifæri til garðræktar. Til þessa alls var litið í eldri hluta Reykjavíkur sem var byggður eftir þetta, meðal annars við Hringbraut og í Þingholtum þar sem garðar framan við hús og staðsetning þeirra á lóðum tók mið af því að hús skyggðu hvorki á garða né aðlæg hús. Nýjasta aðalskipulagi Reykjavíkur AR2040 er lýst sem grænu skipulagi sem boðar öflugt borgarsamfélag. Það skuli byggja á blandaðri byggð, virkum samgöngum og fjölbreyttu atvinnulífi. Skuggavarp er þar lítið rætt og raunar þannig að samhliða þéttingu munu íbúar mögulega þurfa að þola aukið skuggavarp á sínum lóðum. Í lýsingu á grænu borginni er áhersla á gæði útivistarsvæða og möguleika á borgarbúskap.

Þegar 100 ár voru liðin frá útgáfu bókar Guðmundar var hún endurútgefin með umfjöllun fagfólks á sviði skipulags og heilbrigðis enda flest þar í fullu gildi og þarft að halda erindinu á lofti.

Hin síðari ár hefur borið við að byggt sé þéttar og hærra og því fylgt á stundum aðstæður fyrir óæskilegt skuggavarp á íbúðir fólks. Þessi þróun hefur haldist í hendur við þéttingu byggðar þar sem áherslan hefur verið á að fá fleiri íbúðir á hverri lóð. Hættan er sú að þessi þróun hafi skert lífsgæði væntanlegra íbúa ýmist í þeim íbúðum sem byggðar eru eða í nágrenninu. Jaðaráhrif af slíku geta verið af fjölbreyttum toga, erfitt er að bæta umhverfi með gróðri þar sem skuggavarp er mikið og því geta fylgt neikvæð áhrif á velferð fólks.

Þekking á áhrifum umhverfis hefur þó aukist jöfnum skrefum, hvernig fjarlægð frá grænum svæðum hefur áhrif á heilsu. Til að geta haft græn svæði nálægt híbýlum þá þarf birta að komast að jörðu og til dæmis er sjálfgefið að skuggavarp á hús getur hindrað möguleika á ræktun.

Það er brýnt að umræður um mikilvægi birtu séu í stöðugu samtali milli skipulagsaðila og þeirra sem vilja byggja nýtt húsnæði, enda er skuggavarp á íbúasvæði ekki síður lýðheilsumál en skipulagsmál.

Það er brýnt að umræður um mikilvægi birtu séu í stöðugu samtali milli skipulagsaðila og þeirra sem vilja byggja nýtt húsnæði, enda er skuggavarp á íbúasvæði ekki síður lýðheilsumál en skipulagsmál. Hvort fara þurfi fram sérstakt lýðheilsumat skal ósagt látið og mögulega þarf að líta til birtu sem takmarkaðrar auðlindar sem þarf að varðveita. Mögulega vantar staðla eða viðmið um hve mikla birtu að lágmarki við ættum að tryggja í íbúðum.

Mikilvægi dagsbirtu og sólar í huga þjóðarinnar sést best þegar endurkomu hennar er fagnað með sólarkaffi ár hvert á þeim hlutum landsins sem missa sjónlínu á sól yfir hluta vetrar vegna hárra fjalla. Það er dæmi um hve dýrmæta tengingu íbúar hafa við náttúrulegt umhverfi. Í manngerðu umhverfi þéttbýlisstaða er mikilvægt að skipulagsákvarðanir séu ætíð teknar með áhrif þess á gott mannlíf í huga.

Heimildir

Theodórsdóttir ÁH, Svavarsson S (ritstj). Um skipulag bæja. Aldarspegill. Skipulagsstofnun, Hið Íslenska Bókmenntafélag, Reykjavík, 2016.

Aðalskipulag Reykjavíkur AR2040 (Reykjavík City Municipal Plan). https://reykjavik.is/adalskipulag sótt 20.01.2025.

Should public health policy be part of a city plan?

Lilja Sigrún Jónsdóttir
MD General Practitioner, Clinical lecturer of the Primary Care of the Capital area In the editorial board of *Læknablaðið*

doi 10.17992/lbl.2025.02.824

Þrenndartaugarverkur

• Yfirlitsgrein •

Ólafur Árni Sveinsson[1,2] læknir
Enrico Bernardo Arkink[1,3] læknir
Elfar Úlfarsson[4] læknir
Brynhildur Thors[2] læknir

[1]Háskóli Íslands, læknadeild, [2]taugalækningadeild Landspítala, [3]röntgendeild Landspítala, [4]taugaskurðdeild Landspítala

Fyrirspurnum svarar Ólafur Sveinsson, *olafursv@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 14. október 2024,
samþykkt til birtingar 13. janúar 2025

ÁGRIP

Inngangur

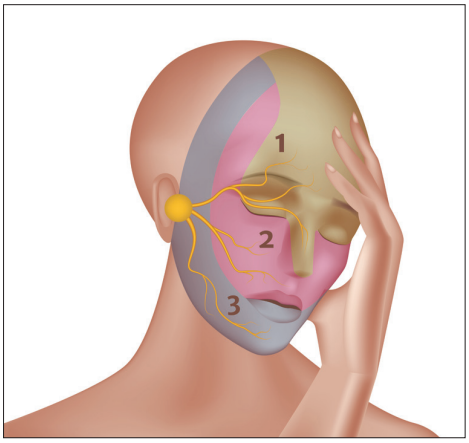
Þrenndartaugarverkur (*trigeminal neuralgia*) er algengasta ástæða andlitsverkjar hjá einstaklingum eldri en 50 ára og getur haft afar neikvæð áhrif á lífsgæði fólks. Ýmsar faraldsfræðilegar rannsóknir hafa mælt árlegt nýgengi þrenndartaugarverkjar á bilinu 4-5 tilfelli á hverja 100.000 íbúa á ári og því ættu að greinast um 16-20 einstaklingar á ári á Íslandi. Nýgengið eykst jafnt og þétt með hækkandi aldri og er það hæst á aldrinum 50-70 ára. Verkurinn er skyndilegur og oft líkt við rafstuð. Köstin eiga sér venjulega stað í annarri eða þriðju grein þrenndartaugarinnar. Verkurinn er gjarnan framkallaður af skynörvun. Að tyggja, bursta tennur, tala eða fá kaldan vind á andlitið, getur allt sett í gang verkjakast. Algengasta orsök þrenndartaugarverkja er talin vera þrýstingur aðlægrar æðar á taugina, við upptök hennar í heilastofni. Heila- og mænusigg (MS) eða æxli, geta legið til grundvallar en í vissum tilfellum finnst engin orsök. Meðferð þrenndartaugarverks er fólgin í lyfjameðferð með lyfjum á borð við karbamazepín, oxkarbazepín, gabapentin eða ólíkum tegundum skurðaðgerða. Í þessari grein verður farið yfir faraldsfræði, meingerð, klínísk einkenni, greiningu og meðferð þrenndartaugarverkja.

Inngangur

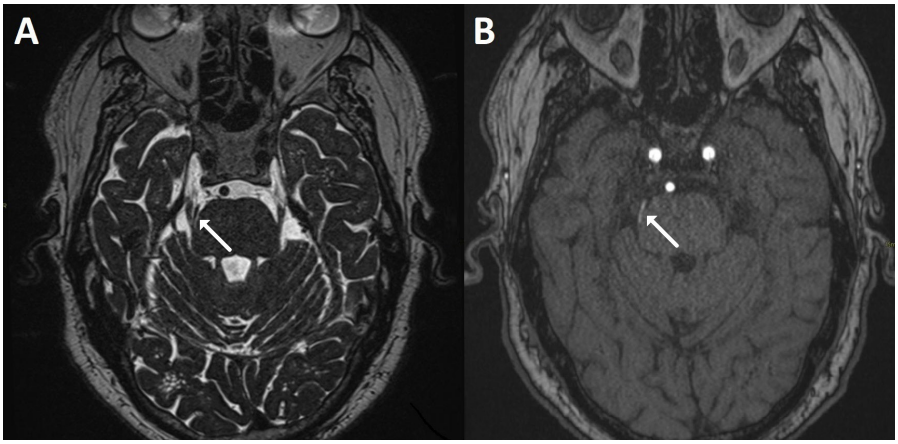
Þrenndartaugarverkur (*trigeminal neuralgia*) er algengasta ástæða andlitsverkjar hjá einstaklingum eldri en 50 ára og getur haft afar neikvæð áhrif á lífsgæði fólks.[1] Einkennin lýsa sér með svæsnum verkjaskotum í annarri hlið andlitsins sem teljast til einna verstu verkja sem menn upplifa. Verkurinn gekk forðum daga undir nafninu „sjálfsvígssjúkdómurinn“ eins og klasahöfuðverkur (*cluster headache*).[2] Í þessari grein verður farið yfir faraldsfræði, meingerð, klínísk einkenni, greiningu og meðferð þrenndartaugarverkja.

Aðferðir

Gerð var leit í PubMed-gagnasafninu. Voru leitarorðin „trigeminal neuralgia“, „trigeminal neuralgia treatment“. Alls fengust 19157 (10947, 8210) heimildir út frá þeirri leit. Áhersla var á greinar sem birst hafa eftir 2000, en í vissum tilvikum leiddi leitin fram mikilvægar eldri heimildir sem voru notaðar.



Mynd 1. *Yfirlit yfir þrenndarhnoða og greinar þrenndartaugarinnar. Mynd/Shutterstock*



Mynd 2. *Sjúklingur með þrenndartaugarverk hægra megin. Þunnar þrívíddar T2-vigtaðar sneiðar (a) og 3D TOF æðamyndir (b) yfir heilastofni og rót þrenndartaugar sýna slagæð (hvítar örvar; grein af hægri. a. cerebellaris superior) sem liggur milli heilastofns og hægri þrenndartaugar og veldur vægri aflögun á þrenndartauginni.*

Eingöngu voru lesin ágrip á ensku. Ágrip af fundum eða veggspjöldum voru ekki tekin til greina. Settar voru þær kröfur að tilfellaröð yrði að hafa yfir 40 sjúklinga til að vera tekin með. Greinar voru valdar út frá mikilvægi og þýðingu fyrir skrif þessarar yfirlitsgreinar. Af ofantöldum fjölda heimilda voru 453 ágrip lesin. Þar af voru lesnar 75 greinar. Af þeim voru valdar 33 í þessa grein.

Faraldsfræði

Ýmsar faraldsfræðilegar rannsóknir hafa mælt árlegt nýgengi þrenndartaugarverkjar á bilinu 4-5 tilfelli á hverja 100.000 íbúa á ári og því ættu að greinast um 16-20 einstaklingar á ári á Íslandi. Líklega er þó kvillinn vangreindur. Lífslíkur á að fá sjúkdóminn eru um 0,16-0,3%. Nýgengið eykst jafnt og þétt með hækkandi aldri og er það hæst á aldrinum 50-70 ára.[3] Hjá 90% sjúklinga byrjar sjúkdómurinn eftir 40 ára aldur. Þrenndartaugarverkur er heldur algengari meðal kvenna en karla (hlutfall 1,5:1).[4] Einstaka sinnum virðist sjúkdómurinn liggja í fjölskyldum. Rannsóknir hafa bent á ættlægan breytileika í jónagöngum.[5]

Klínísk einkenni

Verkurinn er skyndilegur og oft líkt við rafstuð (*paroxysmal pain*). Þó að hvert verkjakast vari aðeins nokkrar sekúndur getur verkurinn endurtekið sig með það stuttu millibili að köstin renni saman í eitt. Köstin eiga sér venjulega stað í annarri eða þriðju grein þrenndartaugarinnar (mynd 1). Sjaldgæft er að verkur komi eingöngu fram í augntaugarhluta (fyrstu grein) taugarinnar.[6] Verkurinn er gjarnan framkallaður af skynörvun (*triggered pain*). Að tyggja, bursta tennur, tala eða fá kaldan vind á andlitið, getur allt sett í gang verkjakast. Verkjaköst í svefni eru afar sjaldgæf. Ef köstin eru tíð eru þyngdartap og þunglyndi algengar afleiðingar. Einnig getur verið viðvarandi verkur (*persistent pain*) með eða án verkjaskota. Viðvarandi verkurinn er sleitulaus en ekki eins sársaukafullur og rafskotin. Í rannsókn á 158 einstaklingum með þrenndartaugarverk var viðvarandi verkur til staðar hjá helmingi sjúklinga.[6] Þrenndartaugarverkur er yfirleitt öðru megin í andliti (81%).[7] Þegar þrenndartaugarverkur kemur fram beggja megin í andliti er oft um að ræða heila- og mænusigg (MS), bandvefssjúkdóma eða sarklíki.[7,8]

Skoðun

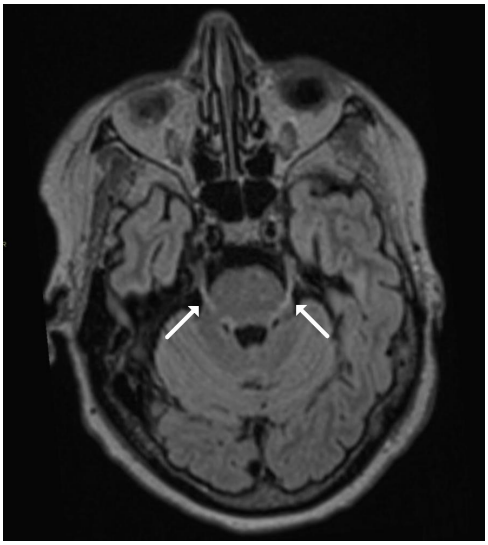
Við hefðbundinn þrenndartaugarverk er ekki um skyntap að ræða. Skoðun andlitsins getur þó verið erfið. Hún getur sett verkjakast af stað þar sem flestir sjúklingar eru með skynkveikjur.[9] Viðkvæmu svæðin eru innan svæða taugarinnar og gjarnan nálægt miðlínu andlitsins.[10] Þegar afleiddur þrenndartaugarverkur orsakast af skaða á tauginni geta verið teikn um skynbrottfall á svæði taugarinnar og jafnvel áhrif á hreyfihluta taugarinnar með máttleysi og rýrnun tyggingarvöðva.

Orsakir og meingerð

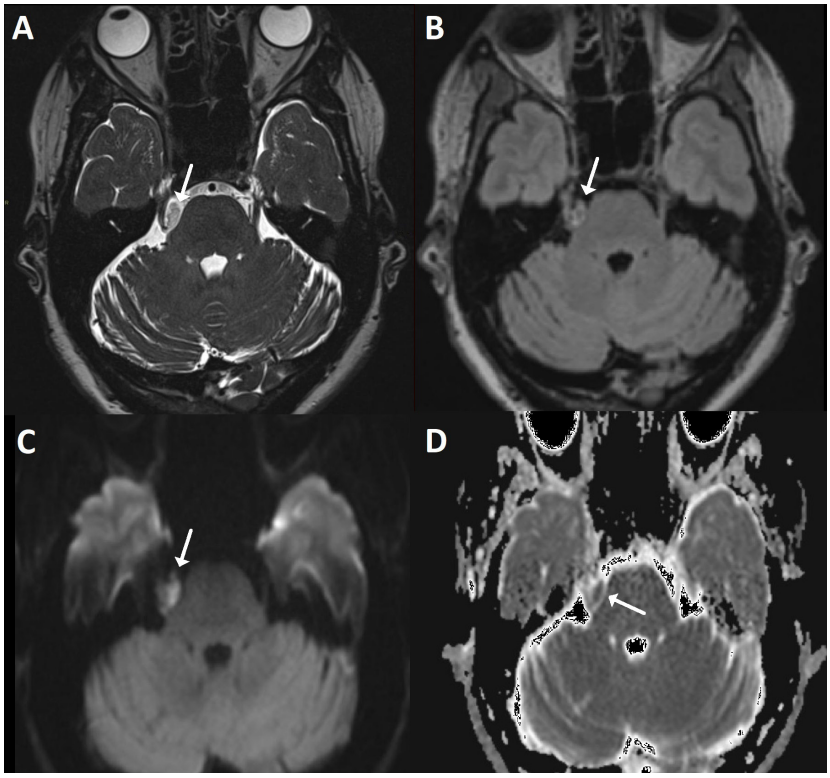
Algengasta orsök þrenndartaugarverkja er talin vera þrýstingur aðlægrar æðar á taugina, við upptök hennar í heilastofni (*root entry zone*) (mynd 2). Þessi þrýstingur veldur staðbundnum skemmdum á mýelínslíðri taugarinnar sem leiðir af sér óeðlilega afskautun með aukinni ertingu og einkennum á formi taugaverkja. Þess konar æðaþrýstingur er talinn aukast með hækkandi aldri sem útskýrir hærri tíðni þrenndartaugarverks hjá eldra fólki. MS (mynd 3), æxli (mynd 4), og aðrar staðbundnar ástæður geta legið til grundvallar og í vissum tilfellum finnst engin orsök (*idiopathic*).

Flokkun

Alþjóðahöfuðverkjarsamtökin (*The International Headache Society*) flokka þrenndartaugarverk í eftirfarandi þrjá flokka:[11]
a) Klassískur þrenndartaugarverkur (æð þrýstir á taugina),
b) Þrenndartaugarverkur af óþekktum toga (engin sjáanleg



Mynd 3. *FLAIR (*Fluid Attenuated Inversion Recovery*) myndaröð hjá sjúklingi með þrenndartaugarverk vegna MS. Myndin sýnir aukið segulskin í þrenndartaugum og við upprunа þeirra* (root entry zone) *frá heilastofni báðum megin (örvar).*



Mynd 4. *Sjúklingur með þrenndartaugarverk hægra megin. Þunnar þrívíddar T2-vigtaðar sneiðar (a) sýna fyrirferð milli heilastofns og hægri þrenndartaugar (ör). Fyrirferðin er með aukið segulskin á FLAIR myndaröð (b, ör) og á B1000 myndaröð (c) með samsvarandi lágvarandi segulskini á ADC korti (d) eins og við skert flæði (diffusionsskerðingu); útlit samrýmist heila- og mænuþelsæxli* (ependymoma*). Fyrirferðin þrýstir á hægri þrenndartaug.*

orsök er til staðar) og c) Afleiddur þrenndartaugarverkur (*secondary*) þar sem fyrirferð eða annar skaði (til dæmis MS skella) ertir taugina. Verkurinn er einnig flokkaður eftir því hvort eingöngu sé um rafstuð eða skammvinnan verk að ræða eða hvort viðvarandi verkur sé einnig til staðar. Hefur þessi flokkun töluverða klíníska þýðingu, þar sem skammvinnur verkur svarar oft betur meðferð en viðvarandi verkur. Líklegt er að miðlægt verkjanæmi (*central sensitization*) hafi átt sér stað hjá þeim sem hafa viðvarandi verk.[12]

Rannsóknir

Ef þrenndartaugarverkur stafar af fyrirferð eða bólgu, er líklegt að tilheyrandi breytingar sjáist með myndrannsókn, sérstaklega segulómskoðun. Ef skoða á vandlega orsök verkjarins er æskilegt að framkvæmdar séu þunnar þrívíddar T2-vigtaðar sneiðar yfir heilastofni og rót þrenndartaugar, einnig með æðamyndum.[13,14] Til að meta þrýsting á taug er ekki nægjanlegt að æð liggi upp að tauginni heldur verður tilfærsla eða rýrnun á tauginni að vera til staðar.[15] Til að meta mögulegar fyrirferðir í kringum þrenndartaugar er æskilegt að fá þrívíddar T1-vigtaðar sneiðar eftir skuggaefnisgjöf, helst með fitubælingu (*fat suppressed imaging*) ef mögulegt er.[16]

Mismunagreiningar

Klasahöfuðverkur er svæsinn verkur bak við annað augað, ávallt sömu megin. Það sem aðskilur hann frá þrenndartaugarverk er staðsetningin sem er mest bak við augað, meðfylgjandi eru einkenni frá ósjálfráða taugakerfinu eins og roði í auga, tárarennsli, nefrennsli og stundum tímabundið Horner-heilkenni, auk tímalengdarinnar. Klasahöfuðverkur stendur yfir í 15 mínútur til 3 klukkustundir, kemur í lotum, nokkur köst á dag í nokkrar vikur með margra mánaða hléi á milli. Skammvinnur helftarhöfuðverkur (*paroxysmal hemicrania*, PH) er höfuðverkur sem minnir um margt á klasahöfuðverk því um er að ræða slæman verk í kringum annað augað með einkennum frá ósjálfráða taugakerfinu en köstin eru styttri (2-45 mínútur) en fleiri (5-30 á dag), og svara vel meðferð með indómetasíni 25-50 mg x 3. Stunghöfuðverkur (*ice pick* eða *primary stabbing headache*) er skarpur, vel afmarkaður stingandi verkur, oft yfir gagnauga, stendur í 1-3 sekúndur og kemur upp úr þurru. Stingirnir geta komið allt að 50 sinnum á dag. Verkjatímabil ganga oftast yfir á nokkrum dögum. Þessi tegund höfuðverkjar svarar einnig indómetasíni.

Skammvinn helftartaugahvotsleg höfuðverkjaköst með augnslímuroða og tárarennsli (*short-lasting, unilateral, neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing*, SUNCT) er afar sjaldgæft form höfuðverkjar sem hrjáir einkum karlmenn eftir fimmtugt. SUNCT einkennist af skyndilegum, slæmum brennandi verk, í kringum auga eða gagnauga. Köstin koma oftast að degi til og vara frá 5 sekúndum upp í 4 mínútur. Sjúklingar fá yfirleitt 5-6 köst á klukkustund. Viðbrögð ósjálfráða taugakerfisins hafa í för með sér vott, rautt

Tafla 1. Lyfjameðferð við þrenndartaugarverk

Karbamazepín 300-1200 mg/daglega
Fenytóín 300-500 mg/daglega
Valpróat 500-1500 mg/daglega
Lamótrígín 150-400 mg/daglega
Gabapentín 900-3600 mg/daglega
Oxkarbazepín 900-1800 mg/daglega
Baklófen 40-80 mg/daglega

eða blóðhlaupið auga þeim megin sem verkur er. Einnig sést bjúgur í augnloki, nefstífla eða nefrennsli. Helsta mismunargreining er þrenndartaugarverkur. Það sem einkum skilur á milli er að SUNCT kemur eingöngu fram í augntaugarhluta (fyrsta hluta) þrenndartaugar, sem er afar sjaldgæft eitt og sér í þrenndartaugarverk, auk einkenna frá ósjálfráða taugakerfinu í SUNCT. Tann- og kjálkavandamál af ýmsu tagi eru þó líklega algengustu mismunagreiningarnar og meirihluti einstaklinga með þrenndartaugarverk hafa farið til tannlæknis áður en þeir koma til læknis. Tannaðgerðir hjá einstaklingum með þrenndartaugarverk ýfa gjarnan upp verkinn og gera síðari greiningu og meðferð erfiðari fyrir vikið.

Meðferð

Meðferð þrenndartaugarverks getur verið fólgin í lyfjameðferð eða ólíkum tegundum skurðaðgerða.

Lyfjameðferð

Karbamazepín er af mörgum talið áhrifamesta lyfið og virkar vel í um 75% tilfella. Nokkrar tvíblindar rannsóknir hafa sýnt fram á gagnsemi lyfsins.[17,18] Vegna aukaverkana er skynsamlegt að byrja með lágan skammt á borð við 50 -100 mg tvisvar á dag og auka skammtinn hægt og rólega. Svimi, þreyta og slingur (*ataxia*) eru algengar aukaverkanir ef meðferð er hafin með of háum skömmtum, sérstaklega hjá eldri sjúklingum. Skammtar eru nokkuð breytilegir, oftast á bilinu 300-800 mg daglega en þó er hægt að fara mun hærra. Þegar verkurinn er loks undir stjórn er hægt að minnka skammtinn hægt og rólega á næstu vikum. Ef versnun á sér stað er nauðsynlegt að hækka skammtinn aftur. Oft þolist forðalyfið af karbamazepín betur og er gefið tvisvar á dag.

Oxkarbazepín virkar oft áþekkt á við karbamazepín og með minni aukaverkunum.[19] Í safngreiningu (*meta-analysis*) á rannsóknum sem báru virkni karbamazepín saman við oxkarbazepín var árangurinn svipaður, um 90% einstaklinga fengu yfir 50% fækkun á köstum í báðum hópum og ekki var munur á aukaverkunum.[20] Verkunarmáti karbamazepíns og oxkarbazepíns við þrenndartaugarverk er talinn felast í hömlun spennuháðra natríumgangna sem minnkar endurtekin taugaboð.

Ef sjúklingar þola ekki eða fá ekki nægjanlega virkni af ofantöldum lyfjum má reyna meðferð með lamótrígín, gabapentin, pregabalín, fenýtóín eða baklófen (sjá töflu 1) þá annað hvort sem stök lyf eða í samsettri meðferð.[21] Sérstaklega hefur gabapentín verið nokkuð notað, ekki síst þar sem það þolist oft betur en karbamazepín og hefur mun færri milliverkanir.[22] Reynslan er þó sú að ef sjúklingar svara hvorki karbamazepín né oxkarbazepín er heldur ólíklegt að önnur lyf gagnist.[15] Þetta á sérstaklega við um skammvinnu köstin.

Vissar rannsóknir og klínísk reynsla styðja notkun bótúlínum toxíns við þrenndartaugarverk.[23] Það er reynsla höfunda að það geti hjálpað, ekki síst við viðvarandi verk. Safngreining á fjórum litlum rannsóknum með samtals 178 sjúklingum sýndi að um 77% sjúklinga fengu yfir 50% minnkun verkja miðað við 26% hjá lyfleysuhópnum.[24]

Bráðameðferð

Á stundum þegar sjúklingar eru afar slæmir og leita á bráðamóttöku er hægt að gefa fosfenytóín í æð.[25] Þá eru gefin 500-1000 mg hægt í æð. Nýlegar rannsóknir hafa sýnt fram á áhrif flogalyfsins lakósamíð.[26] Í einni rannsókn sló lakósamíð á einkenni hjá 78% sjúklinga í slæmum köstum.[27] Skammtar voru frá 50 upp í 400 mg og aukaverkanir voru vægar. Í annarri rannsókn var lakósamíð að minnsta kosti eins árangursríkt og fosfenytóín og þoldist betur.[27] Vegna þessa mætti einnig íhuga notkun þess á töfluformi hjá einstaklingum með þrenndartaugarverk. Einnig er hægt að gefa lídókaín í æð 5, mg/kg gefið á klukkustund (sem má endurtaka), eða staðbundnar lídókaín deyfingar yfir þeim taugagreinum þar sem verkurinn er staðsettur. Einnig er hægt að reyna lídókaín nefsprey (sömu megin og verkurinn er) eða lídókain deyfisprey í munnholið yfir skynkveikjusvæði.[26]

Skurðaðgerðir

Nokkrar aðgerðir standa til boða þegar lyfjameðferð skilar ekki nægilegum árangri eða aukaverkanir lyfjanna hamla meðferð. Það sem er sammerkt öllum neðantöldum aðgerðum er að þær virka mun betur á rafskotin en viðvarandi verkinn. Hvaða aðgerð er framkvæmd fer mikið eftir þekkingu og reynslu á hverjum stað.

Eftirfarandi tvær aðgerðir eru framkvæmdar með því að nál er stungið í gegnum kinn undir skyggnimagnara inn í þrenndarhol þar sem þrenndarhnoða (*trigeminal ganglion*) er.[13] Í kjölfarið er hnoðað skaðað með einhverjum hætti (*rhizotomy*). Svokölluð blöðruaðgerð (*percutaneous balloon compression*) er aðgerð sem nokkuð hefur verið framkvæmd á Íslandi. Stungið er um vanga með sérstöku áhaldi og allt upp í þrenndarhol. Síðan er blásin upp blaðra sem kremur taugina í 1-2 mínútur.[28] Í blöðruaðgerðum er sjúklingurinn svæfður en aðgerðin tekur eingöngu um 30 mínútur. Sjúklingar fara heim samdægurs eða daginn eftir. Önnur áþekk aðgerð er *percutaneous radiofrequency thermocoagulation*.[29]

Rannsóknir sýna að allt að 90% sjúklinga losna við verkina eftir þessar aðgerðir en eftir fimm ár er allt að helmingur kominn aftur með verki.[20] Þessar aðgerðir má þó endurtaka. Helsti vankantur aðgerðanna er dofi yfir þrenndartaugarsvæðinu sem minnkar með tímanum. Fylgikvillar geta verið truflun á

hreyfihluta þrenndartaugarinnar, sem lýsir sér í tímabundinni rýrnun tyggingarvöðva, eða minnkuðu skyni á hornhimnu sem getur orsakað alvarleg augnvandamál. *Anesthesia dolorosa* er sjaldgæf en afar erfið aukaverkun þar sem slæmir verkir eru áfram innan dofna svæðisins.

Sú tegund aðgerðar sem mest hefur borið á síðastliðna áratugi er svokölluð *microvascular decompression* (MVD) þar sem teflonbútur er settur á milli æðar sem þrýstir á þrenndartaugina og taugarinnar sjálfrar.[30] Þó að erfitt sé að gera beinan samanburð, virðist MVD árangursríkasta aðgerðin, ekki síst við klassískum þrenndartaugarverk.[20] Í stórri tilfellaseríu skurðlæknisins Janetta, sem var frumkvöðull á þessu sviði, gengust 1185 einstaklingar undir aðgerðina og voru 70% verkjalausir 10 árum eftir aðgerðina.[30] Almennt eru um 90% verkjalaus strax eftir aðgerðina en 73% eftir fimm ár.[20,30] Verkjarleysi, án þess að framkalla minnkað skyn, er helsti kostur aðgerðarinnar. Ókostirnir eru að aðgerðin hefur 0,2% dánartíðni auk mögulegra alvarlegra aukaverkana eins og blæðinga, heiladreps, mænuvökvaleka eða skaða á aðlægar heilataugar.[20]

Þrívíddarmiðuð (*stereotactic*) geislameðferð með gammahníf hefur einnig verið árangursrík og hefur í för með sér minnsta inngripið en hefur tiltölulega háa bakslagstíðni og árangur aðgerðarinnar tekur oft langan tíma (mánuði) að koma fram.[31]

Horfur

Þegar sjúkdómurinn kemur á annað borð fram er algengt að það gangi á með verri tímabilum og hjöðnunartímabilum yfir margra ára skeið. Á verri tímabilum geta sjúklingarnir fengið fjölda kasta á hverjum degi í margar vikur og mánuði. Svo getur tiltölulega skyndileg hjöðnun átt sér stað og varað í marga mánuði eða ár.[32] Ástæður þessa breytileika eru að mestu óþekktar. Náttúrulegur sjúkdómsgangur er ekki fyllilega þekktur þar sem flest svæsin tilfelli leiða til inngrips með skurðaðgerðum.[33]

Samantekt

Þrenndartaugarverkur er algengasta ástæða andlitsverkjar hjá miðaldra og eldri einstaklingum. Einkennin lýsa sér með svæsnum verkjaskotum í annarri hlið andlitsins. Algengasta orsök þrenndartaugarverkja er talin vera þrýstingur aðlægrar æðar á taugina. Lyfjameðferð felst yfirleitt í notkun karbamazepíns, oxkarbazepíns eða gabapentíns. Ef lyfjameðferð dugar eða þolist ekki koma til greina aðgerðir á borð við blöðruaðgerð eða aðgerð þar sem teflon bútur er settur á milli æðar sem þrýstir á þrenndartaugina og taugarinnar sjálfrar.

Heimildir

1. Tölle T, Dukes E, Sadosky A. Patient Burden of Trigeminal Neuralgia: Results from a Cross-Sectional Survey of Health State Impairment and Treatment Patterns in Six European Countries. Pain Pract 2006;6:153-60.
2. Weigel G, Casey KL. Striking Back!: The Trigeminal Neuralgia Handbook. Trigeminal NeuralgiaAssociation Barnegat Light, N.J. 2000.
3. Manzoni GC, Torelli P. Epidemiology of typical and atypical craniofacial neuralgias. Neurol Sci 2005;26:s65-7.
4. Rozen TD. Trigeminal neuralgia andglossopharyngeal neuralgia. Neurol Clin 2004;22:185-206.
5. Mannerak MA, Lashkarivand A, Eide PK. Trigeminal neuralgia and genetics: A systematic review. Mol Pain 2021;17:1-22.
6. Maarbjerg S, Gozalov A, Olesen J, et al. Trigeminal Neuralgia – A Prospective Systematic Study of Clinical Characteristics in 158 Patients. Headache 2014;54:1574-82.
7. Ghislain B, Rabinstein AA, Braksick SA. Etiologies and Utility of Diagnostic Tests in Trigeminal Neuropathy. Mayo Clin Proc 2022;97:1318-25.
8. Cruccu G, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Trigeminal neuralgia: New classification and diagnostic grading for practice and research. Neurology 2016;87:220-8.
9. Cruccu G, Di Stefano G, Truini A. Trigeminal Neuralgia. N Engl J Med 2020;383:754-62.
10. Di Stefano G, Maarbjerg S, Nurmikko T, et al. Triggering trigeminal neuralgia. Cephalalgia 2018;38:1049-56.
11. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018;38:1-211.
12. Obermann M, Yoon M-S, Ese D, et al. Impaired trigeminal nociceptive processing in patients with trigeminal neuralgia. Neurology 2007;69:835-41.
13. Blitz AM, Northcutt B, Shin J, et al. Contrast-Enhanced CISS Imaging for Evaluation of Neurovascular Compression in Trigeminal Neuralgia: Improved Correlation with Symptoms and Prediction of Surgical Outcomes. AJNR Am J Neuroradiol 2018;39:1724-32.
14. Bendtsen L, Zakrzewska JM, Abbott J, et al. European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. Euro J Neurol 2019;26:831-49.
15. Cruccu, G. Trigeminal Neuralgia. CONTINUUM 2017;23:396-420.
16. Barakos JA, Dillon WP, Chew WM. Orbit, skull base, and pharynx: contrast-enhanced fat suppression MR imaging. Radiology 1991;179:191-8.
17. Campbell FG, Graham JG, Zilkha KJ. Clinical trial of carbazepine (tegretol) in trigeminal neuralgia. JNNP 1966;29:265-7.
18. Rockliff BW, Davis EH. Controlled Sequential Trials of Carbamazepine in Trigeminal Neuralgia. Arch Neurol 1966;15:129-36.
19. Di Stefano G, La Cesa S, Truini A, et al. Natural history and outcome of 200 outpatients with classical trigeminal neuralgia treated with carbamazepine or oxcarbazepine in a tertiary centre for neuropathic pain. J Headache Pain 2014;15:34-8.
20. Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, et al. Practice Parameter: The diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. Neurology 2008;71:1183-90.
21. Sindrup SH, Jensen TS. Pharmacotherapy of Trigeminal Neuralgia: Clin J Pain 2002;8:22-7.
22. Yuan M, Zhou H-Y, Xiao Z-L, et al. Efficacy and Safety of Gabapentin vs. Carbamazepine in the Treatment of Trigeminal Neuralgia: A Meta-Analysis. Pain Pract 2016;16:1083-91.
23. Bendtsen L, Zakrzewska JM, Abbott, et al. European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. Euro J of Neurology 2019;6:831-49.
24. Morra ME, Elgebaly A, Elmaraezy A, et al. Therapeutic efficacy and safety of Botulinum Toxin A Therapy in Trigeminal Neuralgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Headache Pain 2016;7:63-72.
25. Tate R, Rubin LM, Krajewski KC. Treatment of refractory trigeminal neuralgia with intravenous phenytoin. Am J Health Syst Pharm 2011; 68:2059-61.
26. Moore D, Chong MS, Shetty A, et al. A systematic review of rescue analgesic strategies in acute exacerbations of primary trigeminal neuralgia. Br J Anaesth 2019;123:e385-96.
27. Muñoz-Vendrell A, Teixidor S, Sala-Padró J, et al. Intravenous lacosamide and phenytoin for the treatment of acute exacerbations of trigeminal neuralgia: A retrospective analysis of 144 cases. Cephalalgia 2022;42:1031-8.
28. Huang B, Yao M, Chen Q, et al. Efficacy and Safety of Awake Computed Tomography–Guided Percutaneous Balloon Compression of Trigeminal Ganglion for Trigeminal Neuralgia. Pain Med 2021;22:2700-7.
29. Mansano AM, Frederico TN, Valentin REB, et al. Percutaneous Radiofrequency Ablation for Trigeminal Neuralgia Management: A Randomized, Double-Blinded, Sham-Controlled Clinical Trial. Pain Med 2023;24:234-43.
30. Barker FG, Jannetta PJ, Bissonette DJ, et al. The Long-Term Outcome of Microvascular Decompression for Trigeminal Neuralgia. N Engl J Med 1996;34:1077-84.
31. Sheehan J, Pan H-C, Stroila M, et al. Gamma knife surgery for trigeminal neuralgia: outcomes and prognostic factors. J Neurosurg 2005;102:434-41.
32. Maarbjerg S, Gozalov A, Olesen J, et al. Concomitant Persistent Pain in Classical Trigeminal Neuralgia – Evidence for Different Subtypes. Headache 2014;4:1173-83.
33. Bennetto L, Patel NK, Fuller G. Trigeminal neuralgia and its management. BMJ 2007;334:201-5.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2025.02.825

Trigeminal neuralgia - Overview

Olafur Arni Sveinsson[1,2]
Enrico Bernardo Arkink[1,3]
Elfar Ulfarsson[4]
Brynhildur Thors[2]

[1]University Iceland, Faculty of Medicine, [2]Department of Neurology, University Hospital of Iceland, Reykjavik, Iceland, [3]Department of Radiology, University Hospital of Iceland, Reykjavik, Iceland, [4]Department of Neurosurgery, University Hospital of Iceland, Reykjavik, Iceland

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

Key words: *trigeminal neuralgia, carbamazepine, oxcarbazepine, percutaneous balloon compression, microvascular decompression*

Trigeminal neuralgia is the most common cause of facial pain in individuals over 50 years old and can have a profoundly negative impact on quality of life. Epidemiological studies have measured the annual incidence of trigeminal neuralgia at around 4–5 cases per 100,000 inhabitants per year. In Iceland, this would amount to about 16–20 new cases annually. The incidence increases steadily with age, peaking between 50 and 70 years. The pain is sudden and often compared to an electric shock. The attacks usually occur in the second or third branches of the trigeminal nerve. The pain is often triggered by sensory stimulation. Chewing, brushing teeth, speaking, or exposure to cold wind on the face, can all trigger an attack. The most common cause of trigeminal neuralgia is believed to be pressure from a nearby blood vessel on the nerve at its origin in the brainstem. Other underlying causes include multiple sclerosis (MS), tumors and in some cases, no cause is found. Treatment for trigeminal neuralgia involves medication with drugs such as carbamazepine, oxcarbazepine, gabapentin, or various types of surgical procedures. This article will review the epidemiology, pathogenesis, clinical symptoms, diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia.

Lunds universitet grundades 1666 och rankas återkommande som ett av världens främsta lärosäten. Här finns omkring 47 000 studenter och drygt 8 800 medarbetare i Lund, Helsingborg och Malmö. Vi förenas i vår strävan att förstå, förklara och förbättra vår värld och människors villkor.

MEDICINSKA FAKULTETEN SÖKER

Professor

I GERIATRIK FÖRENAD MED BEFATTNING SOM SPECIALISTLÄKARE/ÖVERLÄKARE

Ansök senast 2025-02-19,
ref nr PA2024/2530

För mer information se
www.lu.se/ledigajobb

LUNDS UNIVERSITET

Bráð lokun öndunarvegar utan sjúkrahúss vegna blæðingar í aftankoksbil

• Sjúkratilfelli •

Aaron Palomares[1] læknir

Hjalti Már Björnsson[1,2] læknir

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

Fyrirspurnum svarar Hjalti Már Björnsson, *hjaltimb@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 28. ágúst 2024,
samþykkt til birtingar 13. janúar 2025

ÁGRIP

Inngangur

Lýst er tilfelli þar sem rúmlega sjötugur karlmaður leitaði á bráðamóttöku vegna kyngingarerfiðleika eftir byltu. Reyndist hann með mikla blæðingu í aftankoksbil sem á rúmri klukkustund frá áverka lokaði öndunarvegi. Þar sem ekki var unnt að barkaþræða um munn vegna blæðingarinnar var framkvæmdur bráður barkaskurður í sjúkrabíl af sérnámslækni. Var sjúklingur síðan fluttur til frekari meðferðar á Landspítala en útskrifaðist heim við góða heilsu 19 dögum síðar.

Aftankoksblæðingar í kjölfar áverka eru sjaldgæfar. Ekki hefur áður verið lýst að framkvæmdur hafi verið lífsbjargandi barkaskurður utan sjúkrahúsa vegna þessa áverka.

Sjúkratilfelli

Rúmlega sjötugur maður leitaði sjálfur á bráðamóttöku sjúkrahúss í nágrenni höfuðborgarsvæðisins. Lýsti hann erfiðleikum með kyngingu eftir byltu. Sagðist hann hafa verið á golfvelli þegar hann rann til, datt fram fyrir sig og lenti með andlitið í jörðinni, hafði ofreigt höfuð aftur. Við komu sagðist hann eiga í erfiðleikum með tal og kyngingu og gat ekki kyngt munnvatni. Neitaði hann að hafa misst meðvitund og sagðist muna eftir öllu sem gerðist. Hann tjáði einnig að hann væri á blóðþynningu með tvöfaldri blóðflöguhamlandi meðferð.

Við skoðun voru lífsmörk innan eðlilegra marka og var hann fulláttaður. Klár áverkamerki voru á enni en ekki merki um höfuðkúpubrot. Áverkamerki voru á nefi og enni en ekki virk blæðing frá nösum. Engir verkir voru við þreifingu yfir hálshrygg né yfir barkakýli. Ekki var áverkamerki að sjá framan á hálsi en til staðar var útstandandi barkakýli, húðin þar yfir vel strekkt. Gat hann ekki hreyft hálsinn að fullu upp né niður en gat horft lengra en 45° til beggja hliða. Ekki voru áverkamerki á brjóstkassa, kvið, baki eða útlimum.

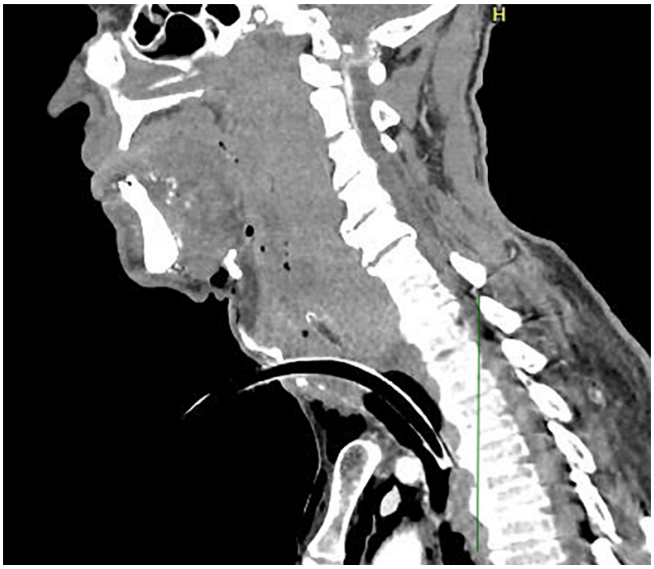
Við mat sérnámslæknis vaknaði strax grunur um að hann gæti verið með áverka á hálsi, á barkakýli eða hálshrygg. Þar sem öndunarvegur var talinn í hættu var án tafar farið í að undirbúa öndunarvegaborð fyrir mögulega barkaþræðingu. Einnig var ákveðið að framkvæma strax tölvusneiðmynd af hálsi með skuggaefni.

Innan við 30 mínútur liðu frá áverka að skoðun sérnámslæknis á bráðamóttökunni og síðan 33 mínútur frá skoðun sérnámslæknis þar til tölvusneiðmyndin var framkvæmd. Fljótlega eftir að tölvusneiðmyndin var tekin fór sjúklingur að erfiða meira við öndun. Á þeirri stundu var sú ákvörðun tekin að flytja hann brátt með sjúkrabíl á bráðamóttöku Landspítalans þar sem við úrlestur sérnámslæknis á tölvusneiðmyndunum sást að um lífshættulega blæðingu í aftankoksbili (*retropharyngeal space)* væri að ræða (mynd 1).

Fyrir flutning var sjúklingurinn með fulla meðvitund, lífsmörk innan marka en tjáði áfram erfiðleika með tal og kyngingu ásamt því að eiga erfitt með að liggja útaf. Farið var



Mynd 1. *Tölvusneiðmynd tekin um einni klukkustund frá áverka sem sýnir mikla aftankoksblæðingu.*



Mynd 2. *Tölvusneiðmynd tekin á Landspítala sem sýnir umfang aftankoksblæðingar og barkarennu í gegnum skurð á hálsi.*

yfir gátlista og hafður tiltækur fullur öndunarvegabúnaður til barkaþræðingar og barkaskurðar og svæfingarlyf uppdregin í sjúkrabíl ef þörf væri á að bregðast skjótt við á leiðinni til Reykjavíkur. Um 10 mínútum eftir að lagt var af stað versnaði sjúklingnum hratt og var hann hættur að geta andað sjálfur en hélt áfram fullri meðvitund. Var þá ákveðið að stöðva sjúkrabílinn svo hægt væri að meðhöndla öndunarveginn.

Engin leið var að veita öndunaraðstoð með belg og maska, voru því gefin strax s-ketamín 100mg, fentanyl 100µg ásamt succinylcholine 100 mg í æð, á þeim tíma var súrefnismettunin komin niður í 80%. Reynt var einu sinni að barkaþræða með hefðbundinni barkakýlissjá (*laryngoscope*) ásamt löngum leiðara án árangurs, engin sýn fékkst niður að raddböndum vegna mikils ytri þrýstings. Við þessar tilraunir til barkaþræðingar kom fram mikil blæðing í öndunarveginum. Ákvörðun var þá tekin um að framkvæma barkakýliskurð en þá hafði súrefnismettunin fallið niður í 60%. Skorið var með hníf í gegnum hring- og skjaldbrjóskhimnu (*cricothyroid membrane*), þræddur inn langur leiðari og yfir hann barkarenna númer sex, án vandræða. Rétt lega var staðfest með greiningu koltvísýrings í útöndunarlofti, jöfn loftun í bæði lungun auk þess sem súrefnismettunin hækkaði á 30-40 sekúndum upp í 97%. Lítil sem engin blæðing varð í kjölfar inngrips og barkarennan var tryggð með umbúðum og teipi.

Sjúklingnum var svo haldið sofandi með s-ketamíni og fentanyli á leiðinni til Reykjavíkur.

Á Bráðamóttökunni í Fossvogi var teymi sem tók á móti sjúklingnum. Tölvusneiðmynd var framkvæmd í annað sinn og ljóst var að um aftankoksblæðingu væri að ræða sem hafði lokað öndunarveginum (mynd 2). Ekki var merki um brot á hálshrygg en í brjóstholinu sást bæði loftbrjóst í hægra lunga ásamt lofti í miðmæti.

Sjúklingurinn var færður á skurðstofu eftir meðferð á bráðamóttökunni þar sem gerð var barkaraufun og lagður brjóstholskeri í hægri fleiðru vegna loftbrjósts. Í aðgerðinni sást stór rifa í afturvegg efri loftvegar sem líklegast kom í kjölfar inngrips þegar reynt var að barkaþræða í upphafi og seytlaði þaðan úr. Talið var líklegt að margúllinn gæti tæmst þaðan með fullnægjandi hætti. Á tölvusneiðmyndunum var óljóst hvar upphafsblæðingin átti upptök en margúllinn hafði safnast fyrir einungis á aftankoksbili.

Sjúklingurinn var vistaður á gjörgæslu í fimm sólarhringa en eftir það fluttur á háls-, nef- og eyrnadeild þar sem margúllinn fór hægt og rólega að minnka. Var hann inniliggjandi í 19 daga en útskrifaðist heim við góða líðan.

Umræða

Hér hefur verið rakin sjúkrasaga þar sem öndunarvegur lokaðist brátt. Án nokkurs vafa hefði þetta leitt til dauða ef ekki hefði verið fyrir rétta bráðameðferð reynds sérnámslæknis í bráðalækningum sem tókst að tryggja öndunarveg og öndun við erfiðar aðstæður.

Höfundum er ekki kunnugt um að sambærilegt tilvik hafi áður gerst á Íslandi. Í erlendum rannsóknum hefur verið lýst sambærilegum sjaldgæfum tilfellum en í nýlegri samantekt fundust alls 68 slíkar aftankoksblæðingar í kjölfar áverka.[1] Reyndist þessi áverki vera algengastur hjá eldri einstaklingum og í meirihluta tilvika eftir fall. Algengustu einkennin voru andþyngsli (88%), kyngingarerfiðleikar (37%) og verkur í hálsi (32%). Einkenni komu yfirleitt fram nokkrum klukkustundum eftir áverkann en í flestum tilvikum innan sólarhrings. Dauðsföllum hefur þó verið lýst, allt að fjórum sólarhringum eftir slíkan áverka.[2] Í flestum tilvikum er þörf á sérhæfðri öndunarvegameðferð hjá þeim sem hljóta þennan sjaldgæfa áverka. Eftirtektarvert er að barkaþræðing um munn var reynd hjá 39

af þessum 68 einstaklingum (58%) en tókst ekki í 5 tilvikum þannig að gera þurfti barkaskurð.[1,3] Er það staðfesting á að í ofangreindu tilfelli hafi verið rétt ákvörðun að reyna barkaþræðingu um munn fyrst en þarf ekki að koma á óvart að það hafi reynst tæknilega óframkvæmanlegt.

Hjá um tveimur af hverjum þremur, sem fá slíka aftankoksblæðingu í kjölfar áverka, reynist ekki þörf á inngripi vegna blæðingarinnar og hún hjaðnar á nokkrum vikum. Í tilvikum þar sem þörf er á aðgerðum, er oftast framkvæmd opin aðgerð en einnig hafa verið gerð æðainngrip til að stöðva blæðingu eða einfalda ástungu á blæðinguna.[1]

Flestir lifðu þennan áverka af, en talið að fimm einstaklingar hafi látist beinlínis vegna aftankoksblæðingarinnar.[1] Þá hefur því verið lýst að eftir minni háttar bílslys, hafi loftpúði valdið ofréttingu og broti á hálshrygg og leitt til aftankoksblæðingar sem leiddi til dauða að völdum köfnunnar, strax á slysavettvangi.[4] Engin fyrri tilfelli hafa hins vegar fundist þar sem gerður var barkaskurður vegna aftankoksblæðingar utan sjúkrahúss.

Við meðferð bráðveikra og slasaðra er alltaf í forgangi að öndunarvegur sé opinn. Ef sjúklingur er með lokaðan öndunarveg eða ekki að anda, þarf tafarlaust að veita bráða meðferð til þess að forða á sjúklingi frá súrefnisskorti og dauða.

Inni á stærri sjúkrahúsum hér á landi hefur fram á síðari ár alfarið verið á verksviði svæfingar- og gjörgæslulækna að sinna öndunarvegameðferð og öndunaraðstoð. Á bráðamóttöku Landspítala hefur meðhöndlun öndunarvegar síðustu árin verið sinnt í samvinnu bráðalækna og svæfingar- og gjörgæslulækna. Hafa læknar þessara sérgreina þjálfun til að sinna bráðum öndunarvegi en með lítillega ólíkum áherslum. Með samvinnu hefur reynst vel að nýta þekkingu beggja sérgreina, til þess að auka öryggi inngripsins við bráðar ástæður.

Ef einstaklingur er með lokaðan öndunarveg eða í öndunarstoppi, þarf að veita tafarlausa meðferð því ef dregst að tryggja öndun og öndunaraðstoð, þó ekki sé nema í fáeinar mínútur, getur það kostað mannslíf. Fullþjálfaðir bráðalæknar eða svæfingar- og gjörgæslulæknar verða aldrei tiltækir án tafar í öllum tilvikum þegar einstaklingur þarf bráða öndunarvegameðferð. Því hefur bráð meðhöndlun öndunarvegar oft fallið á herðar lækna úr öðrum sérgreinum, sérnámslækna eða læknanema, sjúkraflutningamanna, hjúkrunarfræðinga eða annarra heilbrigðisstétta sem í flestum tilvikum hafa takmarkaða þjálfun í öndunarvegameðferð. Á þetta einkum við bæði utan höfuðborgarsvæðisins og Akureyrar þar sem bráðri öndunarvegameðferð er, eins og annarri bráðaþjónustu, að mestu leyti sinnt af læknum starfandi á heilsugæslustöðvum, auk þess sem sjúkraflutningamenn veita oft fyrstu bráðameðferð á vettvangi.

Umtalsverða þjálfun þarf til að geta sinnt sérhæfðri öndunarvegameðferð með barkaþræðingu. Þannig er talið að fyrir utan fræðilega kennslu og þjálfun í hermisetri þurfi að framkvæma um 50 barkaþræðingar til þess að ásættanleg færni náist fram.[5] Þar sem ekki er raunhæft að allir læknar ljúki þeirri þjálfun, er í vaxandi mæli lögð áhersla á að kenna grunnatriði öndunarvegameðferðar vel, með stellingu sjúklings, kok- og nefrennum, notkun belgs og maska og að nota einfaldari öndunarvegabúnað ofan raddbanda. Síðustu tvö árin, hefur sérstakt námskeið verið kennt á 6. ári við Læknadeild Háskóla Íslands, í samvinnu bráðalækningar og svæfingar- og gjörgæslulækningar því allir verðandi læknar eiga nú að hafa fengið þjálfun í hermisetri til að veita slíka öndunarvegameðferð ofan raddbanda.

Fullt sérnám í heimilislækningum hefur verið í boði á Íslandi síðan á síðustu öld og stunda nú um hundrað manns sérnám í faginu hér á landi. Í marklýsingu sérnámsins er tilgreint að heimilislæknir eigi að geta meðhöndlað lokun öndunarvegar og öndunarbilun en ekki er tilgreint hvaða gerðir öndunarvegainngripa heimilislæknir eigi að geta framkvæmt.

Ekki eru til nákvæmar rannsóknir á fjölda tilvika, þar sem læknar starfandi í heilsugæslu þurfa að beita öndunarvegameðferð, né hvers konar meðferð er beitt. Í rannsókn Gísla Ólafssonar og Jóhanns Ágústs Sigurðssonar frá árinu 2000, á vaktþjónustu landsbyggðarlækna, reyndist meiri hluti þeirra hafa framkvæmt barkaþræðingu einu sinni eða oftar á undangengum 5 árum.[6] Því er ljóst að bráð öndunarvegameðferð er hluti af starfssviði þeirra.

Í rannsókn Ástu Evlalíu Hrafnkelsdóttur sem birtist í *Læknablaðinu* árið 2023 eru tilgreindar niðurstöður mats landsbyggðarlækna á Íslandi á eigin hæfni til að framkvæma ýmis bráðainngrip.[7] Tók rannsóknin eingöngu til sérfræðinga í heimilislækningum og sérnámslækna með tveggja ára eða lengri starfsreynslu, auk þess að afmarkast við þann hóp sem starfaði fjórðung af ári á landsbyggðinni eða meira. Er því líklegt að þessi hópur hafi meiri reynslu í öndunarvegameðferð en læknar sem eru skemur komnir í þjálfun sinni eða starfa einungis lítinn hluta ársins á landsbyggðinni. Töldu alls 96% svarenda sig hafa góða þjálfun í að veita öndunaraðstoð með belg og maska eða geta veitt hana af nokkru öryggi. Heldur færri, eða 82%, töldu sig hafa þá sömu færni til að nota öndunarvegabúnað ofan raddbanda, en einungis 45% töldu sig geta framkvæmt barkaþræðingu af nokkru öryggi eða betur. Þegar læknar voru beðnir um að meta þá þjálfun í öndunarvegameðferð sem þau höfðu fengið áður en þau komu til starfa á landsbyggðinni, voru það einungis 45% sem töldu þá þjálfun góða en 57% töldu mikla þörf á að bæta kennslu í grunnnámi og endurmenntun hvað varðar öndunarvegameðferð.

Í BS-verkefni Kára Ingasonar læknanema sem gert var vorið 2023 var kannaður sá bráðabúnaður sem tiltækur var á heilbrigðisstofnunum landsbyggðarinnar á Íslandi. Reyndist vera umtalsverður munur á því hvaða búnaður var til staðar en á flestum heilsugæslustöðvum og smærri sjúkrahúsum voru barkakýlissjá (*laryngoscope*) og barkarennur tiltækar. Var slíkur búnaður víðar til staðar en einfaldari öndunarvegur ofan raddbanda.[8]

Á Íslandi hafa stöðluð námskeið í sérhæfðri endurlífgun reglulega verið haldin allt frá lokum síðustu aldar. Er þar ítarlega fjallað um endurlífgun og hjartsláttartruflanir, en mun takmarkaðri kennsla er um öndunarvegameðferð.

Í ofangreindu tilfelli lokaðist öndunarvegur brátt og hefði

valdið dauða ef ekki hefði komið til bráð öndunarvegameðferð. Þó að aftankoksblæðingar séu sannarlega sjaldgæfur atburður gerist það ósjaldan að einstaklingar þurfi bráða öndunarvegameðferð, fjarri stærri sjúkrahúsum landsins. Er því mikilvægt að halda áfram að bæta þjálfun þess heilbrigðisstarfsfólks sem starfar á landsbyggðinni í öndunarvegameðferð, auk þess sem bæta þarf og staðla betur öndunarvegabúnað á landinu.

Heimildir

1. Tsao Y, Hsu C, Chen K, Blunt. Traumatic Retropharyngeal Hematoma with Respiratory Symptoms: A Systematic Review of Reported Cases. Emerg Med Int, 2021: 5158403.
2. Wen S, Unama K, Watanabe R, et al. Forensic evaluation of fatal-suffocating retropharyngeal haematoma secondary to cervical fractures: Report of two cases. Forensic Leg Med, 2022, 85: 102274.
3. Alabdulqader A., Almudawi N., Alkhonezan A, et al., Traumatic retropharyngeal hematoma: A systematic review of reported cases. Saudi Med J, 2024. 45(1):10-26.
4. Tenofsky P, Porter S, Shaw J. Fatal Airway Compromise Due to Retropharyngeal Hematoma after Airbag Deployment. Am Surg, 2000. 66(7): 692-694.
5. Buis M, Maissan M, Hoeks S, et al., Defining the learning curve for endotracheal intubation using direct laryngoscopy: A systematic review. Resuscitation, 2016, 99: 63-71.
6. Olafsson G, Sigudsson J. Out-of-hours service in rural areas: An observational study of accessibility, attitudes and quality standards among general practitioners in Iceland. Scand J Prim Health Care, 2000. 18(2): 75-79.
7. Hrafnkelsdottir, A, Bjornsson H, Oskarsson J, et al. Þjálfun landsbyggðarlækna í meðhöndlun slasaðra og bráðveikra. Læknablaðið, 2023. 109(6): 283-290.
8. Ingason K, Bráðabúnaður á landsbyggðinni. University of Iceland: Reykjavík 2023.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2025.02.826

Acute airway obstruction from a retropharyngeal hemorrhage

Aaron Palomares[1]
Hjalti Mar Bjornsson[1,2]

[1]Emergency Department, Landspitali – The National University Hospital of Iceland, Reykjavik, Iceland, [2]Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavik, Iceland

Correspondence: Hjalti Mar Bjornsson, *hjaltimb@landspitali.is*

Key words: *airway management, airway obstruction, prehospital Emergency Care*

A case is reported of a man in his 70s that presented to the emergency department due to difficulty swallowing after a fall. He was found to have a large retropharyngeal hematoma, which led to complete airway obstruction about an hour after the injury. As oral endotracheal intubation was impossible due to the bleeding, an emergency cricothyrotomy was performed in an ambulance by an emergency medicine trainee. The patient was then transferred to Landspitali for further treatment, but was discharged home in good health 19 days later.

Retropharyngeal bleeding following trauma is rare. A pre-hospital cricothyrotomy has not previously been reported for this injury.



Kökurnar sem boðið var upp á, voru svo girnilegar að þær kláruðust á augabragði.



Myndir/RS

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri Læknablaðsins, *reið á vaðið með fyrirlestur sinn.*



Halla Viðarsdóttir stýrði pallborðsumræðum með ritstjórum síðustu ára og núverandi ritstjórn Læknablaðsins. *Frá vinstri: Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, Jóhannes Björnsson, Magnús Gottfreðsson, Engilbert Sigurðsson, Lilja Sigrún Jónsdóttir, Ólöf Jóna Elíasdóttir, Oddur Ingimarsson og Halla Viðarsdóttir.*



Sigurður Guðmundsson hélt erindi um mikilvægi birtingar sjúkratilfella í Læknablaðinu.

110 ára afmæli *Læknablaðsins*

Rósa Steinunn Sturludóttir

„Í dag höldum við upp á 110 ára afmæli *Læknablaðsins* sem hefur verið gefið út sleitulaust í 110 ár og lifað af ýmsar kreppur.“ Sagði Helga Ágústa Sigurjónsdóttir ritstjóri *Læknablaðsins* í opnunarerindi sínu á afmælismálþingi blaðsins sem haldið var á Læknadögum í Hörpu í janúar. Helga stiklaði á stóru um sögu *Læknablaðsins* en af mörgu var að taka. Hún benti á hversu mikilvægt blaðið er íslenskum læknum, ekki eingöngu vegna mikilvægis birtinga vísinda íslenskra lækna og félagslegra atburða heldur geymi *Læknablaðið* „ótrúlega sögu læknastéttarinnar og íslenska heilbrigðiskerfisins í heild.“ *Læknablaðið* hefur þróast í gegn um árin og tilkomið fastir pistlar og hlaðvörp sem án efa eiga eftir að skipa stærri sess í birtingarmynd blaðsins.

Fundarstjóri var Ólöf Jóna Elíasdóttir úr ritstjórn blaðsins sem næst kynnti prófessor Karl Andersen formann Vísindaráðs Landspítala. Erindi Karls fjallaði um mikilvægi vísindagreina í *Læknablaðinu* og lagði út af spurningunni „Hvers vegna ætti að birta vísindagrein í *Læknablaðinu*?“ Beinast liggi við að benda á að *Læknablaðið* sé fræðilegur vettvangur íslensks heilbrigðisstarfsfólks og að það eigi erindi við íslenska fræðimenn. Hann benti á hversu gott það sé fyrir unga lækna að fá að kynnast því sem aðrir íslenskir læknar eru að fást við og að þessi vettvangur stuðli beint að samstarfi þvert á fræðigreinar. „*Læknablaðið* stuðlar að samfélagsumræðu um heilbrigðismál þar sem rödd lækna fær að heyrast, sem er mjög mikilvægt.“

Þá fjallaði Sigurður Guðmundsson um mikilvægi birtingar sjúkratilfella í *Læknablaðinu* og sagði að það væri miður að í huga flestra væru sjúkratilfellin neðst á „tótemsúlunni“ þegar horft væri á vísindalegar birtingar. Þessu sagði hann að þyrfti að breyta því að ef horft væri á sjúkratilfellin, þá væru þau í raun merkileg og spennandi. Oft snérust þau um sjaldgæfa sjúkdóma og einkenni sem ekki hafa áður sést eða þá að fjallað sé um nýja tækni eða meðferð. Ósjaldan leiði sjúkratilfelli af sér nýjar rannsóknir og að nýjar hugmyndir vakni og stuðli þannig að frekari rannsóknum. Sigurður lagði að lokum til, með djúpstæðri virðingu fyrir viðameiri rannsóknum, að sjúkratilfellum yrði í framtíðinni gert hærra undir höfði því



Við mikinn fögnuð lék von Willebrand bandið í afmæliskaffinu. Þau eru Solveig Óskarsdóttir, söngur, Sæmundur Rögnvaldsson, trompet og söngur, Aðalbjörg Ýr Sigurbergsdóttir, trompet, Matthías Löve, fiðla, Baldvin Fannar Guðjónsson, píanó, Róbert Alexander Björnsson, bassi, Páll Sólmundur Eydal, gítar, Michael Clausen, gítar, Sölvi Rögnvaldsson, trommur.



Karl Andersen fjallaði um mikilvægi birtingar vísindagreina í Læknablaðinu.



Oddur Ingimarsson hlaut viðurkenningu fyrir bestu vísindagreinina. Með honum á myndinni eru meðhöfundar hans, Engilbert Sigurðsson og Ragna Kristín Guðbrandsdóttir.



Katrín Hólmgrímsdóttir, læknanemi, hlaut viðurkenningu fyrir besta sjúkratilfellið.



Andri Elvar Sturluson veitir viðurkenningu bróður síns, Ólafs Orra Sturlusonar, viðtöku.

þau hefðu bæði skemmtigildi og fræðigildi fyrir lækna.

Í fyrsta sinn í sögu blaðsins voru veittar viðurkenningar fyrir bestu vísindagreinina sem birt var í 110. árgangi blaðsins og besta sjúkratilfellið og verður stefnt að því að halda því áfram. Fyrrverandi og núverandi ritstjórn blaðsins fór markvisst í gegn um það val út frá fyrirfram gefnum áhersluatriðum, og var prófessor Karl Andersen með í vali vísindagreinarinnar og Sigurður Guðmundsson prófessor emeritus í vali sjúkratilfellisins.

Oddur Ingimarsson geðlæknir og samstarfsmenn hans hlutu viðurkenningu fyrir vísindagreinina „Hátt algengi ADHD-lyfjameðferðar bendir til að ADHD sé ofgreint á Íslandi."

Katrín Hólmgeirsdóttir, læknanemi, fékk viðurkenningu fyrir besta sjúkratilfellið, ásamt samstarfsólki sínu, „Allir geta smitast af HIV en enginn ætti að fá alnæmi"

Sérstaka viðurkenningu hlaut Ólafur Orri Sturluson fyrir birtingu á tveimur af fjórum sjúkratilfellum sem birtust í 110. afmælisárgangi *Læknablaðsins*. Bæði virkilega vel gerð og komu bæði til álita við val á besta sjúkratilfelli árgangsins.

Í hléi var boðið uppá kaffi og afmælisköku undir ljúfum tónum von Willebrand bandsins undir stjórn Michaels Clausen barna-ofnæmislæknis. Að því loknu tóku við fjörugar pallborðsumræður með ritstjórum síðustu ára og núverandi ritstjórn *Læknablaðsins*. Halla Viðarsdóttir úr ritstjórn stjórnaði vel heppnuðum umræðum um efnið: Þarf íslenskt læknablað?

Afmælismálþinginu lauk síðan með pöbbkviss um íðorðasafnið undir dyggri stjórn Sæmundar Rögnvaldssonar úr ritstjórn sem var virkilega skemmtilegt og fræðandi.

Myndir/RS



Alma D. Möller heilbrigðisráðherra og Steinunn Þórðardóttir formaður Læknafélags Íslands.



Tríóið Trio Son spilaði í lok opnunarhátíðarinnar. Það skipa: Tómas Vigur Magnússon, fiðla, Högni Gunnar Högnason, selló og Styrmir Þeyr Traustason, píanó.



Helga Ágústa Sigurjónsdóttir ritstjóri Læknablaðsins, María Gottfreðsdóttir augnlæknir og Sigrún Arnardóttir kvensjúkdómalæknir.



Frá vinstri: Telma Rós Jónsdóttir, Melkorka Sverrisdóttir, Rakel Ósk Sigurðardóttir, Andri Elvar Sturluson og Hanna María Geirdal. Öll læknanemar á fjórða ári.



Katrín Þórarinsdóttir í pontu.



Þau Bjarki, Eyrún, Helena og Jódís voru hress á Læknadögum.



Stund milli stríða hjá Margréti Gunnlaugsdóttur, Margréti Aðalsteinsdóttur og Katrínu Þórarinsdóttur.



Margrét Ólafía formaður félags heimilislækna og Hlín Þórarinsdóttir.

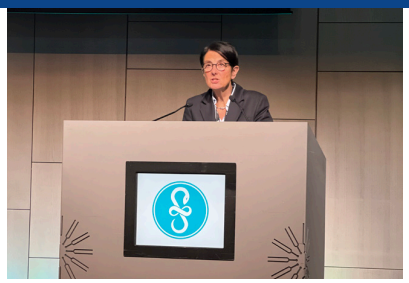
Læknadagar í 30 ár

Opnunarhátið Læknadaga heppnaðist vel. Í byrjun opnunarræðu sinnar minnti Katrín Þórarinsdóttir á að þrjátíu ár væru síðan læknar skipulögðu í fyrsta skipti vikulanga fræðsludagskrá sem seinna varð að Læknadögum. Með réttu sagði hún dagskrána í ár, sérstaklega metnaðarfulla, en hún innihéldi á annan tug hádegisfyrirlestra, á þriðja tug málþinga og hátt á annað hundrað fyrirlestra. Katrín sagði óhætt að segja að fjölbreytileikinn hafi ráðið í efnisvali á Læknadögum. Fjallað yrði um efni sem mikið hafi verið í umræðu síðustu árin og mætti þar nefna greiningar ADHD, dánaraðstoð, betra aðgengi að sjúkraskrám yfir landamæri, sýklalyfjaónæmi, áhrif sykursterameðferðar og svo mætti lengi telja. Hún benti á málþing um skólamáltíðir og sérstakt málþing *Læknablaðsins* þar sem haldið var upp á 110 ára afmæli þess. Katrín vitnaði í Helgu Ágústu að *Læknablaðið* væri eitt af elstu tímaritum landsins og tók fram að það væru einungis *Skírnir* og *Morgunblaðið* sem skákuðu því í aldri! Katrín þakkaði sérstaklega starfsfólki *Læknablaðsins* og Dögg Pálsdóttur og Steinunni Þórðardóttur fyrir hjálp við undirbúning. Einnig þakkaði hún stjórn Læknafélags Íslands, Margréti Gunnlaugsdóttur og, síðast en ekki síst, Margréti Aðalsteinsdóttur.

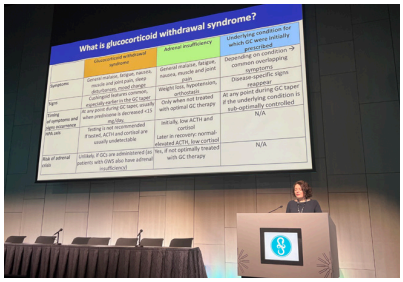
Steinunn Þórðardóttir, formaður Læknafélags Íslands, steig á eftir Katrínu í pontu og flutti ávarp, að því loknu setti hún Læknadaga. Nýr heilbrigðisráðherra, Alma Möller, var sérstakur gestur opnunarhátíðarinnar og ávarpaði samkomuna við mikinn fögnuð.



Fyrirlesarar með fundarstjóra á málþinginu: Helga Ágústa Sigurjónsdóttir fundarstjóri, Irina Bancos, Marianne Christina Klose, Margrét Jóna Einarsdóttir, Greet van den Berghe og Björn Guðbjörnsson.



Prófessor Greet van den Berghe yfirlæknir gjörgæsludeildar sjúkrahússins í Leuven, Belgíu lýsir kortisólöxlinum í bráðveikum sjúklingum á gjörgæslu.



Irina Bancos, innkirtlalæknir á Mayo-sjúkrahúsinu í Rochester í Bandaríkjunum, fer yfir klínísku leiðbeiningarnar.

Þarf að endurhugsa meðferð með sykursterum í bráðveiku fólki og neikvæð áhrif slíkrar meðferðar í öðru samhengi?

■■■ Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Á Læknadögum 2025 var málþing þar sem fjallað var um meðferð með sykursterum.

Prófessor Greet van den Berghe yfirlæknir gjörgæslunnar og rannsóknarstofu hennar á sjúkrahúsinu í Leuven í Belgíu,, hélt erindi um hormónaöxul kortisóls og sýndi fram á með rannsóknum sínum að þær leiðbeiningar sem hingað til hafa miðað að frekar háum skömmtum sykurstera-uppbótar þyrfti að endurskoða. Fram kom einnig að í bráðveiku fólki er helmingunartími kortisóls lengri og taka ætti tillit til þess.[1] Erindið vakti gesti málþingsins án efa til umhugsunar og væntanlegra breytinga í meðferð lækna með sykursterum, ekki síst í sjúkralegu á gjörgæslu.

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, innkirtlalæknir og klínískur prófessor, dró síðan fram sjúkratilfelli sem sýndu neikvæð áhrif sykursterameðferðar, sem getur leitt til allra alvarlegra aukaverkana sem samrýmast „pseudo-Cushings syndrome“ og hvernig ópíóíðar geta bælt hormónaframleiðslu nýrnahettunnar alveg.

Margrét Jóna Einarsdóttir, innkirtlalæknir og nýdoktor, fjallaði um síðkomin áhrif sterameðferðar og vitnaði þar í efni úr doktorsritgerð sinni; „Nýrnahettubilun af völdum sykursteranotkunar“.[2] En ljóst er að bæling nýrnahettunar verður eftir mismunandi langa meðferð og varir mismunandi lengi í viðkomandi sjúklingum. Hún vísaði í nýtt kort sem sett hefur verið fram í Svíþjóð þar sem sjúklingur getur sýnt að hann hafi verið á sykursterameðferð sem þurfi að taka tillit til ef hann veikist. Í samvinnu við Félag um innkirtlafræði verður slíkt kort einnig tekið upp á Íslandi.

Prófessor Björn Guðbjörnsson gigtarlæknir fjallaði um lyfseðla útskrift á sykursterum meðal íslenskra lækna síðastliðin 17 ár, hverjir það eru sem skrifa mest út stera og mikilvægi þess að hugsa strax um beinverndandi meðferð við óumflýjanlega sykursterameðferð. Beinþéttnin tapast mest þegar sykursterameðferð er hafin.[3]

Að lokum var umræða um fyrstu klínísku leiðbeiningarnar um greiningu og meðferð á nýrnahettubilun eftir sykursterameðferð, sem teknar voru saman af Evrópska innkirtlafélaginu (European Society of Endocrinology) í samvinnu við hið bandaríska innkirtlafélagið (Endocrine Society).[4] Irina Bancos innkirtlalæknir frá Mayo-sjúkrahúsinu í Rochester, Bandaríkjunum, sem tók þátt í að setja saman leiðbeiningarnar, fór yfir helstu atriði þeirra og gerði jafnframt grein fyrir því að þó að ýmislegt þoli frekari umræðu eru leiðbeiningarnar þó teknar fram til að auðvelda öllum læknum að greina og meðhöndla nýrnahettubilun eftir sykursterameðferð. Ekki eru til nægir innkirtlalæknar í heiminum til að sinna þessu og því verði allir læknar sem nota stera á einhvern hátt, svo sem við meðferð á húð, í liði, sem innöndunarlyf og sem bólgueyðandi meðferð, eins og til dæmis við fjölvöðvabólgu, að þekkja til leiðbeininganna. Marianne Klose, innkirtlalæknir á nýrna-og innkirtladeild, Rigshospitalet í Kaupmannahöfn, sem rannsakað hefur ítarlega þessi neikvæðu áhrif sykursterameðferðar á hormónaframleiðslu nýrnahettunnar, lýsti síðan hversu mikilvægt það er að læknar séu meðvitaðir um þessi áhrif í hvert sinn sem þeir nota slíka meðferð. Marianne sagði einnig að þetta væri í fyrsta sinn sem leiðbeiningarnar eru kynntar fyrir þeim hópi lækna sem eru að meðhöndla með sykursterum, því mestu máli skipti að leiðbeiningarnar nái til allra lækna, ekki bara innkirtlalækna. Mikilvægast sé að allir læknar þekki þessi neikvæðu áhrif sykursterameðferðar sem geta verið lífshættuleg.

Heimildir

1. Þórðardóttir OB. Hjartagalli yngri bróður kveikti áhuga á læknavísindum. Viðtal við prófessor Greet van den Berghe. Læknablaðið 2025, 111 (1): 28-31.
2. Doktorsvörn frá Gautaborgarháskóla: Margrét Einarsdóttir. Læknablaðið 2024, 110(1): 57.
3. Bjornsdottir HH, Einarsson ÓB, Gröndal G, et al. Nationwide prevalence of glucocorticoid prescriptions over 17 years and osteoporosis prevention among long-term users. SAGE Open Med. 2024 Mar 20;12:20503121241235056.
4. Beuschlein F, Else T, Bancos I, et al. European Society of Endocrinology and Endocrine Society Joint Clinical Guideline: Diagnosis and therapy of glucocorticoid-induced adrenal insufficiency. Eur J Endocrinol. 2024, 190(5):G25-G51.

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

Betri vinnutími lækna á réttum forsendum



Steinunn Þórðardóttir
öldrunarlæknir,
formaður Læknafélags Íslands

Fyrstu mánuðir nýs árs verða sérlega annasamir hvað varðar undirbúning að innleiðingu betri vinnutíma lækna sem taka mun gildi 1. apríl næst komandi. Í nýafstöðnum samningaviðræðum Læknafélags Íslands (LÍ) við íslenska ríkið var sameiginlegur skilningur aðila að fara þurfi yfir verkefni lækna með það fyrir augum að draga úr sóun á tíma þeirra svo raunhæft sé að stytta vinnuvikuna. Eitt af því sem getur falist í þessu er flutningur á verkefnum frá læknum til annarra heilbrigðisstétta. Öllum er ljóst að ekki verður ráðist í slíka vegferð nema í fullri samvinnu við læknastéttina. Því miður hefur margoft brunnið við að tillögur um flutning verkefna frá læknum verða til í íslenskri stjórnsýslu án nokkurs samtals við lækna. Í yfirlýsingu World Medical Association um „task-shifting“ er varað sérstaklega við þessu og þung áhersla lögð á að læknar og félög þeirra séu undantekningalaust höfð með í ráðum í slíkum tilvikum. Þetta á sérstaklega við ef vinnan snýr að breytingum á lögum og nýjasta dæmið um samráðsleysi eins og hér er lýst er hvítbók um lyfjafræðilega þjónustu í apótekum sem gefin var út á vegum heilbrigðisráðuneytisins í desember 2024. Í hvítbókinni er meðal annars lagt til, að lyfjafræðingar geti ávísað lyfjum og endurnýjað lyf í vissum tilvikum og að apótek verði einn af fyrstu viðkomustöðunum í heilbrigðiskerfinu. Í hvítbókinni kemur fram að því verkefni sé sérstaklega ætlað að létta álagi af heilsugæslu og bráðadeildum með því að beina sjúklingum með minniháttar vandamál til lyfjafræðinga. Með þessu geti lyfjafræðingar metið, ráðlagt og eftir atvikum ávísað lyfjum fyrir einfaldari sjúkdóma og minniháttar heilsufarsvandamál, í stað þess að sjúklingar þurfi að fara til læknis. Enginn læknir kom að vinnu við hvítbókina, þótt umrædd greining sjúkdóma, lyfjaávísanir og -endurnýjanir séu hluti af verkefnum lækna í dag. Þetta skýtur verulega skökku við og er því miður ekki eina dæmið um tillögur sem sagðar eru eiga að létta álagi af læknum en eru unnar án nokkurs samráðs við stéttina. Lyfjaávísanir og greining sjúkdóma, ásamt öðrum læknisverkum, hafa ekki verið meðal þess sem læknar hafa sjálfir óskað eftir að aðrir taki að sér, enda eru sjálf læknisverkin ekki vandamál í starfsumhverfi lækna. Markmiðið getur varla verið að útvista læknisþjónustu, sem sannarlega krefst læknismenntunar, til annarra heilbrigðisstétta, á meðan læknar sitja áfram uppi með ýmis ósérhæfð verkefni sem enginn hefur áhuga á að létta af þeim.

Ef betri vinnutími lækna á að vera raunhæfur og stjórnkerfinu er alvara með því að draga úr sóun á tíma lækna, er mun nærtækara að bæta starfsumhverfið sem læknar vinna í en að taka af þeim læknisverk. Það að flytja verkefni sem krefjast læknismenntunar til annarra heilbrigðisstétta á ávallt að vera algjört neyðarúrræði og eru greiningar sjúkdóma og ávísun lyfja þar á meðal. Frekar ætti að horfa á þætti eins og rafrænt starfsumhverfi lækna, sem mætti stórbæta og spara þannig ómældan tíma. Einnig eru veruleg sóknarfæri fólgin í að draga úr skriffinnsku og bæta verkferla. Aðrar heilbrigðisstéttir geta í mörgum tilvikum tekið að sér verkefni sem nú eru á hendi lækna, en slíkar breytingar ættu að vera á forræði læknanna sjálfra. Sé þetta ekki gert á faglegum forsendum er hætta á að breytingarnar grafi undan sambandi læknis og sjúklings, þjónustan verði brotakennd og óskilvirk, skortur verði á eftirfylgni og óljóst sé hver ber ábyrgð á fylgikvillum og óvæntum atvikum sem ávallt geta komið upp við meðferð sjúklinga.

Ef betri vinnutími lækna á að vera raunhæfur og stjórnkerfinu er alvara með því að draga úr sóun á tíma lækna, er mun nærtækara að bæta starfsumhverfið sem læknar vinna í en að taka af þeim læknisverk.

LÍ bindur miklar vonir við samtalið við stjórnvöld um þessi atriði á nýju ári, enda setja nýundirritaðir kjarasamningar mikinn þrýsting á að vel verði farið með tíma lækna og að sérþekking þeirra fái notið sín. Landspítalinn hefur þegar stigið stór skref í þessari vegferð með verkefninu um starfsáætlanir lækna, sem unnið er í samvinnu við LÍ og Félag sjúkrahúslækna. Það verkefni mun tvímælalaust fá byr undir báða vængi í tengslum við betri vinnutíma lækna og ætti að geta nýst sem fyrirmynd fyrir heilbrigðisstofnanir um land allt.

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

Hvaða afl er þér efst í huga?



Sigrún Helga Lund

prófessor í tölfræði við Háskóla Íslands

Umræða um vatnsafl og yfirvofandi orkuskort fer hátt þessa dagana. Ég verð þó að viðurkenna að annars konar afl er mér ofar í huga, jú tölfræðilegt afl tilrauna. Að hámarka það afl hefur fjölmarga kosti, eins og að draga úr fjölda þátttakenda sem þarf, lækka kostnað og auka líkur á að greina raunveruleg tengsl milli breyta. Þegar afl rannsóknar er ekki nægjanlegt, eykst hættan á villu af gerð II, sem þýðir að við greinum ekki tengsl milli breyta, jafnvel þótt þau séu raunverulega til staðar. Þetta skiptir sérstaklega miklu máli í litlum rannsóknum, þar sem skortur á afli getur haft alvarleg áhrif á niðurstöður.

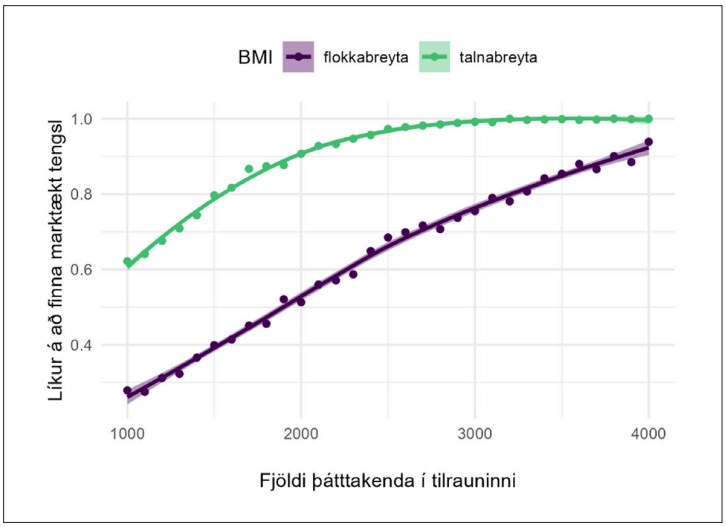
Ein óþarflega algeng mistök eru ónákvæm skráning mælinga. Þegar breytur sem mældar eru á tölulegum skala eru skráðar sem flokkabreytur, dregur það úr afli greiningarinnar, því hluti af upplýsingum gagnanna tapast. Afleiðingin verður sú að færri tengsl greinast sem marktæk og þörf verður á stærri úrtökum til að geta dregið sambærilegar ályktanir.

Til að varpa ljósi á þetta notaði ég gögn úr NHANES-rannsókninni til að kanna samband milli svefnvandamála og líkamsþyngdarstuðuls (BMI). Ég beitti tveimur aðferðum til að greina gögnin: annars vegar t-próf til að bera saman meðal-BMI þeirra sem greindu frá svefnvandamálum og þeirra sem ekki gerðu það, og hins vegar kí-kvaðratpróf til að bera saman hlutfall svefnvandamála eftir flokkuðum BMI-gildum. Flokkarnir voru skilgreindir samkvæmt viðmiðum WHO: undirþyngd (12,0–18,4), eðlileg þyngd (18,5–24,9), yfirþyngd (25,0–29,9) og offita (30+).

Ég hermdi þúsund sinnum úrtök af mismunandi stærðum, frá 1000 upp í 3500 þátttakendur, og mat líkurnar á því að hægt verði að draga ályktanir um tengsl ($p<0,05$) miðað við hvað úrtakið er stórt. Niðurstöðurnar voru afgerandi: þegar BMI var greint sem talnabreyta með t-prófi fengust marktæk tengsl í mun fleiri tilraunum en þegar BMI var flokkað og borið saman með kí-kvaðrat prófi. Á grafinu sést að það þarf meira en tvöfalt stærra úrtak til að ná 80% afli með BMI sem flokkabreytu en með BMI sem talnabreytu.

Það sem gerir t-prófið öflugra en kí-kvaðratpróf er að það nýtir allar upplýsingar í gögnunum. Þegar gögn eru flokkuð tapast mikilvægur breytileiki innan hvers hóps, sem dregur úr næmi greiningarinnar. Þetta á einnig við um flóknari tölfræðiaðferðir, eins og línulega, lógístíska og Cox-aðhvarfsgreiningu. Þar er meginreglan sú að við missum afl til að finna tengsl við svarbreytur sem eru mældar á tölulegum kvarða ef við skiptum þeim upp í flokka. Þó getur flokkun verið gagnleg þegar samband milli breyta er ólínulegt eða þegar flokkarnir endurspegla mikilvæga og merkingarbæra eiginleika.

Ef það er eitthvert afl sem við öll getum sameinast um að hámarka, þá er það tölfræðilegt afl. Það krefst hvorki þess að raska náttúrunni né stórfelldra fjárfestinga, bara vandaðra vinnubragða og viljans til að nýta gögnin sem best.



Mynd 1. *Samband fjölda þáttakenda og líkunum á því að geta ályktað um marktæk tengsl ($p<0,05$). Efri línan sýnir niðurstöður þegar BMI er notuð sem talnabreyta og tengsl við svefnvandamál metin með t-prófi. Sú neðri sýnir þegar BMI er skipt upp í fjóra flokka og tengsl við svefnvandamál metin með kí-kvaðratprófi.*

Mun greina Alzheimer og aðra tengda sjúkdóma með blóðprufum á Íslandi

Henrik Zetterberg, prófessor í taugaefnafræði við Háskólann í Gautaborg og yfirlæknir í klínískri lífefnafræði við Sahlgrenska, hlaut fyrir rúmu ári Ingvars-verðlaun sænska læknafélagsins fyrir framúrskarandi rannsóknir á vitsmunalegum sjúkdómum (*cognitive diseases*). Um miðjan desember síðastliðinn, kom Henrik í örstutta ferð hingað til lands til að skrifa undir ráðningarsamning við Landspítala. *Læknablaðið* kræki þá í viðtal við hann, um þessi tímamót, starfið hans og hvers vegna hann er svona heillaður af Íslandi

Olga Björt Þórðardóttir

Blaðamaður var nýkominn í anddyrið á hótelinu þar sem viðtalið fór fram þegar Henrik arkaði inn sæll og ferskur í íþróttagalla. Hann hafði þá tekið vænan skokk-hring um miðborgina; frá hótelinu við Hafnarstræti, upp að Hallgrímskirkju, þaðan niður að Hörpu og til baka. „Er í lagi að ég stökkvi í sturtu og skipti um föt?“ sagði hann eftir að hafa heilsað glaðlega. Að sjálfsögðu var það besta mál.

Henrik hafði varið deginum með Ísleifi Ólafssyni yfirlækni sem hafði sótt hann á flugvöllinn snemma um morguninn. „Þetta er búinn að vera stórkostlegur dagur. Ísleifur byrjaði á að fara með mig til Grindavíkur og mér fannst magnað að sjá sums staðar jólaskreytingar í gluggum þótt lítið sem ekkert líf væri í bænum. Einnig var hraunið úr nýjasta gosinu ennþá víða svart og heitt og stórar myndir á skiltum sem útskýra það sem hefur gengið á þarna. Höfnin lítur vel út og ég skil vel að þessi bær sé og hafi verið þjóðinni mikilvægur. Við fórum svo heim til Ísleifs í algjöra íslenska veislu hjá þeim hjónum.“

Ráðinn í lágt starfshlutfall og búnaður á leiðinni

Þetta var daginn áður en Henrik skrifaði undir fyrrgreindan ráðningarsamning. „Ég veit ekki ennþá hversu mikil viðvera mín verður í starfinu hér á landi því ég mun áfram vera við stjórn á stóru rannsóknarstofunni í Svíþjóð.“ Starfshlutfallið verður lágt og mun starfið að einhverju leyti fara fram með fjarfundum og tölvusamskiptum. „Við munum leggja áherslu á þessar nýju rannsóknaraðferðir við að greina Alzheimer og aðra tengda sjúkdóma með blóðprufum og að slíkar greiningar verði mögulegar á Íslandi. Þetta munum við gera samhliða rannsóknum á mænuvökvasýnum sem einnig verða áfram tekin í sama tilgangi. Það er þegar búið að fjárfesta í búnaðinum fyrir Landspítalann og hægt að hefjast handa.“

Henrik segir að vel sé hægt að flytja þessar rannsóknir alfarið til Íslands. Til að mynda verji hann vinnutíma sínum bæði á Sahlgrenska og einnig sjái hann um svæði í Vestur-Götalandi þar sem eru tvær milljónir íbúa. „Það virðist sem hægt verði að hafa sama háttinn á í Reykjavík. Þetta er hægt þegar notuð er sama tæki til mælinga og sams konar rannsóknir.“ Henrik hefur áður unnið með Íslendingum, svo sem hjá Íslenskri erfðagreiningu og Jóni Snædal öldrunarlækni, sem hann ber afar vel söguna. Spurður hvernig það kom til að óskað var eftir þessum ráðahag núna, segist Henrik ekki alveg vera viss um það, en það hafi örugglega eitthvað með samstarf hans og Jóns að gera. „Jón er að hætta störfum og annað gott fólk að taka við. Jón og teymi hans hafa sent sýni til rannsókna á Sahlgrenska en núna verður hægt að gera það í Reykjavík. Við höfum líka fengið fólk víða að til Sahlgrenska og öfugt svo að það er svona skipti-prógramm. Ísleifur og ég höfum farið á hugarflug um eitthvað svipað hér. Það er fólk hjá mér sem væri alveg til að koma til Íslands og Íslendingar yrðu velkomnir til okkar. Það styrkir stöðu beggja sjúkrahúsanna.“

Hrafn Gunnlaugsson kveikti áhuga hans á Íslandi

Væntumþykja Henriks gagnvart Íslandi skín í gegnum orð hans og þessi áhugi er allsendis ekki nýtilkominn. „Ég heillaðist fyrst af Íslandi þegar ég sá kvikmyndina Hrafninn flýgur eftir Hrafn Gunnlaugsson þegar ég var unglingur. Við Ísleifur fórum að húsinu hans í dag og umhverfið er svo svakalega áhugavert og mikið af safnmunum, í nálægð við hafið.“ Á unglingsárum Henriks bjuggu foreldrar hans í húsi þar sem nánast var hægt að sjá hafið út um alla gluggana. Á þeim tíma horfði hann meðal annars á íslenskar kvikmyndir og fékk í kjölfarið mikinn áhuga á Íslandi. „Ég las mér svo

meira til um land og þjóð og hef mikið fylgst með.“

Áhugi Henriks á læknavísindum byrjaði einnig þegar hann var unglingur. „Þegar ég var 17 ára fékk ég bók frá föður mínum sem skrifuð var af Ungverjanum Georg Klein, rithöfundi og prófessor í líffræði krabbameina á Karolinska, en hann kom sem gyðingur og flóttamaður til Svíþjóðar ásamt konu sinni í seinni heimstyrjöldinni. Þau stunduðu rannsóknir í Stokkhólmi og urðu stór nöfn í krabbameinsrannsóknum. Hann skrifaði einnig vinsælar sögur um mikilvægar uppgötvanir í þessum vísindum og kom oft fram með erindi í útvarpi og hafði mjög sérstaka rödd. Ég heillaðist algjörlega og langaði að verða hluti af svona vísindum einn daginn.“ Henrik hóf svo nám í læknisfræði 19 ára og eftir nokkur misseri hringdi hann á sjúkrahús á símatíma og spurði hver væri að vinna þar með vírusa og krabbamein og þannig þreifaði hann sig áfram. Hann fann þá strax fyrir mikilli ástríðu.

Báðir foreldrar með heilabilun

Henrik er fæddur árið 1973. Hann er fráskilinn og á þrjá syni á aldrinum 21, 18 og 16 ára. Aðspurður telur hann að það muni ekki hafa mikil áhrif á föðurhlutverkið að fara stundum til Íslands að vinna. „Drengirnir mínir eru orðnir svo stórir og ég er í mjög góðu sambandi við þá. Við tökum bara ár í senn með þetta allt. Ég hef gaman af börnum og hlakka til að verða afi einhvern tímann. Mér þótti vænt um að geta aðstoðað sýrlenska konu um borð í flugvélinni á leið til Íslands við að halda á barninu hennar,“ segir hann og ljómar. Foreldrar Henriks eru á lífi og glíma bæði við heilabilun. „Faðir minn veiktist þegar ég var í miðju námi og mótmælti því að nokkuð væri að heilanum sínum. Hann er ekki kandídat fyrir nýju meðferðina sem ég kem inn á á eftir. Hann er orðinn of veikur.“



Henrik Zetterberg, prófessor í taugaefnafræði við Háskólann í Gautaborg og yfirlæknir í klínískri efnafræði við Sahlgrenska. Mynd/OBÞ

Rannsóknir á Alzheimer-sjúkdómnum hafa þróast mikið undanfarin fimm til sjö ár að sögn Henriks. „Í Gautaborg höfðum við vanalega tekið mænuvökvasýni til að greina sjúkdóma í taugakerfi.“ Mænuvökvi er heila-megin við blóðheilaþröskuldinn þannig að efnabreytingar í heilanum endurspeglast alveg beint í mænuvökvanum. Við vitum líka að Alzheimer-sjúkdómurinn orsakast af próteinum sem safnast upp og eyðileggja heilann. Þetta hefur verið hægt að rannsaka og mæla styrk þessara próteina í mænuvökvasýnum frá því 1999-2000. Greiningarhæfni þessara rannsókna á mænuvökva hefur sífellt orðið betri og betri.“

Blóðdropi úr fingri gerir sama gagn og mænuvökvasýni

Undanfarin 10 ár hafi síðan verið þreifingar með nýja og afar næma mælitækni og komið hafi í ljós að hægt er að mæla styrk Alzheimer-tengdra próteina í blóði. „Hún gefur sömu upplýsingar. Sömu efni, sömu prótein mældust í blóði og í mænuvökva. En með miklu betri tækni og það getur verið auðveldara. Blóðdropi úr fingri nægir, sem er settur á yfirborð sem líkist pappír og blóðið smýgur inn og þrýstist í göng sem skilja eftir blóðkorn á annarri hliðinni og blóðvökva á hinni. Blóðvökvinn er svo látinn þorna í skífu sem heldur ákveðnu rúmmáli. Eftir aðeins 15 mínútur er skífan brotin saman og send á rannsóknarstofu. Og þá getum við mælt!“

Heilinn breytist hjá fólki með Alzheimer og sjúkdómurinn byrjar að herja á það 15-20 árum áður en einkennin koma fram. „Einkennin hjá föður mínum komu þegar hann var 75 ára, en hann var líklega kominn með sjúkdóminn þegar hann var 55 ára. En svo rýrnar heilinn og fólk getur fúnkerað nokkuð vel þar til það nær ákveðnum mörkum þegar heilinn getur ekki rýrnað meira. Og svo koma einkennin og þau versna og versna. Þannig að hugmyndin er að

„Mér finnst fólk mjög áhugavert. Í læknastarfinu er það svo heillandi að ég vinn með fólki sem kemur alls staðar að úr heiminum með mismunandi persónuleika. Sumt er svolítið skrýtið og annað sérkennilegt, en allt áhugavert.“



Henrik segir að lögð verði áhersla á þessar nýju aðferðir við að greina Alzheimer og aðra tengda sjúkdóma með blóðprufum og að slíkar greiningar verði möguleiki á Íslandi. Mynd/OBÞ

stöðva þessar breytingar áður en þær hafa valdið óafturkræfum skaða í heilanum. Og nú eru nýjar meðferðir. Við getum fjarlægt meinið áður en það skaðar heilann of mikið. Þessi meðferð hefur verið samþykkt í Bandaríkjunum og fyrir nokkrum vikum gaf evrópska stofnunin sitt samþykki.“

Ný tilraunameðferð gefur góða raun

Henrik segir að þótt ljóst sé að hægt sé að fjarlægja meinið, hægi það bara á einkennum í takmarkaðan tíma. Meðferðin sé ekki lækning. Vonin sé sú að með nýju tilraunameðferðinni verði hægt að koma í veg fyrir sjúkdómseinkennin og að sjúkdómurinn komi aldrei fram. Þannig að þetta er mjög spennandi. Taugalæknar á Íslandi og víðar á Norðurlöndum vilja eflaust einhverjir fara varlega í þetta og segja að þetta sé tilraunameðferð þar sem verið sé að fjarlægja mýlildis-próteinið (*amyloid protein*) úr heilanum en sjúklingnum gæti samt versnað. Aðrir vísindamenn segja: „Dásamlegt! Við getum þó gert eitthvað. Við skulum prófa það!“ Ég er einn þeirra sem vill prófa þetta og gefa því tækifæri.“

Það eru 20% Íslendinga, og fleiri Skandínavar, með APOE4-genið í sér og 2% þeirra eru með Alzheimer-sjúkdóminn. Henrik segir að ekki sé vitað ennþá hvers vegna APOE4 er áhættuþáttur fyrir Alzheimer. Það gæti haft með kólesteról efnaskipti að gera, eða verið orsakað af APOE4-próteininu sjálfu. Minna en 2% tilfella Alzheimer tengist erfðum með beinum hætti. Aðspurður segist hann vera raunsæismaður varðandi lífsstíl og lífsvenjur sem forvarnir. „Það eru til niðurstöður sem segja að þú getir haft smá áhrif á eigin áhættu, en ég held að það sé enn óvíst þó ég geri mér grein fyrir skoðun annarra á því. Ég held að það sé erfitt að lifa lífi sínu á þann hátt að það komi í veg fyrir að fá Alzheimer.“

Eina leiðin að deyja ung eða velja sér foreldra

Henrik nefnir að einn af kollegum hans í London, Nick Fox, vinni með unga skjólstæðinga sem hafa greinst með Alzheimer (35-40 ára) og þar sé klárt að lífsstíllinn hafi engin áhrif og að þau þurfi lyf. „Nick á auðvelt með samhygð en hann segir að það séu tvær leiðir til að flýja Alzheimer; deyja ung eða velja sér foreldra. Ég er sammála honum. Svo er einnig til fólk sem segir að þú getir gert mikið til að viðhalda heilaheilsu þinni. Að þú getir viðhaft lífsstíl sem geti seinkað heilabilun um 30%. Þú getur líka fengið lyf sem hægja á einkennum um 30%. Ég tek fram að ég tel þó að lífsstíll sé mikilvægur. Ég hugsa oft sem læknir hvað ég á að segja fólki sem kemur til mín með einkennin. Fólki sem hefur orðið fyrir barðinu á Alzheimer. En ef ég ætla að vera svolítið jákvæður og segja að flest vitum við að allt sem er gott fyrir líkamann og hjartað er líka gott fyrir heilann. Það er líka skynsamlegt. Heilinn verður í betra formi.“

Hópastarf geri unglæknum gott

Spurður um hvað hann geri til að viðhalda góðri geðheilsu og lífsánægju segir Henrik að honum finnist mjög gaman og gefandi að vinna með fólki og hafi alltaf fundist hópavinna skemmtileg. „Mér finnst fólk mjög áhugavert. Í læknastarfinu er það svo heillandi að vinna með fólki sem kemur alls staðar að úr heiminum með mismunandi persónuleika. Sumt er svolítið skrýtið og annað sérkennilegt, en allt áhugavert. Margir karakterar sem yrðu mögulega ekki eins samþykktir á ýmsum vettvangi og það er virkilega gaman að fylgjast með ungum læknanemum og þroska þeirra á fjórum árum. Ég sé ítrekað hvað hópastarf gerir öllu þessu unga fólki gott. Hópurinn minn núna í Gautaborg er frekar stór, um 75 til 80 manns. Helmingur þeirra vinnur á sjúkrahúsinu í rútínuvinnu en við leggjum áherslu á að þau vinni við rannsóknir líka, þó ekki sé nema til að safna saman sýnum, flokka eða skjalfesta. Ég hef einnig séð að ef ég fæ fólk til að tileinka sér námið og upplifa allan skalann sem fylgir svona starfi, þá fá þau mest út úr því.“

Kýs auðmjúkt viðhorf til starfs síns

Stærsta fyrirmynd Henriks er prófessorinn Kaj Blennow sem hann lærði hjá í náminu. „Hann kenndi mér að einbeita mér að því að leysa verkefnin og taka ekkert persónulega. Ef það eru átök þá reyni ég að láta hópinn gera einmitt það. Það er auðveldara að vinna í okkar tegund rannsókna með það í huga. Ágreining er vel hægt að leysa í verkefnunum sjálfum. En það er líka alltaf mikilvægt að viðurkenna þegar þú hefur rangt fyrir þér.“

Henrik nefnir einnig bresk-ástralska heimspekinginn Karl Popper sem sagði að kenningar í vísindum sé aldrei hægt að sanna, en þær sé hægt að afsanna. Sem þýðir að alltaf skuli rýna í kenningar á gagnrýnan og nákvæman hátt. „Það er auðmjúkt viðhorf til vinnu sinnar. Hver dagur á rannsóknarstofunni minni er spennandi og ef ég get hjálpað til á þessu sviði og ég fæ kannski „vísindabörn“ og „-barnabörn“ sem velja þessa leið í lífinu, þá er ég hamingjusamur!“

Dögg Pálsdóttir
framkvæmdastjóri og lögfræðingur LÍ



Betri vinnutími lækna og innleiðing hans

Samninganefnd Læknafélags Íslands (LÍ) hafði þrjú meginmarkmið í nýafstöðnum kjaraviðræðum við ríkið: 1) Að læknar fengju sömu styttingu á vinnuviku sinni og aðrar heilbrigðisstéttir, nema lyfjafræðingar, hafa þegar fengið og raunar obbinn af opinberum starfsmönnum. 2) Að ná fram hækkun á grunnlaunum lækna. 3) Að ná fram lagfæringum vegna mikillar bindingar og mikils vinnuálags hjá stórum hópi lækna sem sinna gæsluvöktum.

Þessi meginmarkmið náðust í þeim kjarasamningi LÍ og fjármála- og efnahagsráðherra sem undirritaður var 28. nóvember 2024. Góð þátttaka var í atkvæðagreiðslunni um kjarasamninginn, sem lauk 13. desember 2024. Tæplega 82% þeirra sem atkvæðisrétt höfðu greiddu atkvæði um kjarasamninginn og liðlega 86% þeirra samþykktu hann.

Í þessum pistli er stuttlega fjallað um betri vinnutíma og hvað í honum felst.[1]

Ítarlega er fjallað um hvað felst í *betri vinnutíma lækna* í fylgiskjali 2 með nýgerðum kjarasamningi, sem er meðal annars aðgengilegur á ytri heimasíðu LÍ, www.lis.is. Þar kemur fram að:

- Virkur vinnutími breytist úr 40 í 36 klukkustundir á viku.
- Helstu markmið með betri vinnutíma eru að:
  - o Bæta starfsumhverfi lækna.
  - o Auka jafnvægi vinnu og einkalífs hjá læknum.
  - o Stuðla að betri heilsu lækna.
  - o Bæta öryggi og þjónustu við skjólstæðinga lækna og auka skilvirkni þjónustu.
  - o Auka sveigjanleika í mönnun til að mæta þörfum þjónustunnar.
  - o Stuðla að betra skipulagi og draga úr álagi og yfirvinnu hjá læknum.
  - o Gera heilbrigðisstofnanir hér á landi að eftirsóttum vinnustöðum lækna.

Stytting vinnuskyldu lækna mun hafa áhrif á starfsemi stofnana og mönnunargat mun mögulega myndast. Til að fyrirbyggja slíkt þarf endurskoðun og umbótavinnu hjá heilbrigðisstofnunum, kerfisbreytingar á vinnufyrirkomulagi og starfsumhverfi lækna en tryggja um leið gæði og framþróun lækninga og þjónustu við skjólstæðinga.

Allar breytingar sem ráðast þarf í eiga þó hvorki að leiða af sér lækkun launa lækna né skerðingu á þjónustu.

Í aðdraganda innleiðingar á betri vinnutíma verða læknar sem starfa í skertu starfshlutfalli hvattir til að auka við sig starfshlutfall sem nemur styttingu vinnuskyldunnar. Þá er það von samningsaðila að þessar breytingar muni laða lækna heim aftur og er verið að stofna vinnuhóp á vegum heilbrigðisráðuneytisins með fulltrúum þess og LÍ, til að vinna að því verkefni.

Verkefnið „Vinnuskipulag lækna“ verður grunnur umbótastarfs heilbrigðisstofnana, en það á uppruna í viljayfirlýsingu sem LÍ, Félag sjúkrahúslækna og Landspítali undirrituðu í lok árs 2022.

Heilbrigðisráðherra hefur þegar skipað stýrihóp með fulltrúum samningsaðila ásamt oddamanni frá ráðuneytinu. Formaður hópsins er Tómas Þór Ágústsson framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala, Steinunn Þórðardóttir formaður LÍ er fulltrúi félagsins í hópnum og fulltrúi ríkisins er Halldóra Friðjónsdóttir varaformaður samninganefndar ríkisins. Stýrihópurinn starfar allan gildistíma kjarasamningsins, sem er til 31. mars 2028 og hefur það hlutverk á landsvísu að tryggja innleiðingu og eftirfylgni þeirra umbóta og kerfisbreytinga sem kjarasamningurinn kallar á. Með stýrihópnum starfar verkefnastjóri í fullu starfi.

Verkefni stýrihópsins er víðtækt og felur meðal annars í sér reglubundið samráð við heilbrigðisráðherra og að fylgjast með framvindu verkefnisins til að tryggja að markmið náist og forsendur standist. Stýrihópurinn hefur heimild til að bregðast við ef svo er ekki, auk þess sem hann á að upplýsa ráðherra ef stefnir í þjónustuskerðingu eða að innleiðing leiði til ófyrirséðs kostnaðarauka. Stýrihópurinn ber ábyrgð á að útbúnar verði miðlægar leiðbeiningar og stuðningsefni til nota fyrir stjórnendur, lækna og aðra haghafa.

Við hverja heilbrigðisstofnun verða innleiðingarhópar og er gert ráð fyrir mikilli aðkomu lækna að vinnu þeirra hópa. Í þeim skal meðal annars skoða hvort létta megi verkefnum af læknum, þó þannig að gæði þjónustunnar og öryggi sjúklinga sé ávallt tryggt. Þar er vísað til verkefna sem aðrir en læknar geta sinnt en hafa dagað uppi hjá læknum. Hér telur LÍ vera sóknarfæri sem geti aukið afköst lækna og gert vinnu þeirra skilvirkari í verkefnum sem þeir einir geta sinnt. Það kallar á að læknar fái eðlilegan stuðning annarra starfsmanna við störf sín. Það er mat LÍ að grundvallarforsenda þess að innleiðing betri vinnutíma lækna takist vel, sé að læknar taki sem mestan þátt í öllum undirbúningi. LÍ hvetur lækna sem starfa samkvæmt nýgerðum kjarasamningi að láta sig varða þessa vinnu og fylgjast vel með henni, hver á sinni stofnun.

Það er ljóst að tíminn til stefnu er ekki mikill og það er talsverð vinna framundan, því gildistöku betri vinnutíma lækna verður ekki hnikað. Hún verður 1. apríl 2025.

1. LÍ hélt málþing um efnið á Læknadögum 2025. Upptaka af málþinginu verður aðgengileg fyrir lækna og heilbrigðisstofnanir kringum mánaðarmótin janúar/febrúar. Þá er mikið efni um betri vinnutíma á heimasíðunni https://betrivinnutimi.is/.

„Útrýma þarf fordómum gegn offitu og auka samvinnu þjóða í þeim efnum“

Ximena Ramos-Salas fjallaði á Læknadögum um mikilvægi klínískra leiðbeininga fyrir meðferð við offitu og mikilvægi þeirra fyrir samfélagið. Hún fæddist í Síle, ólst upp í Svíþjóð og lærði í Kanada, þar sem hún lauk þremur háskólagráðum: BSc í hreyfivísindum, MSc í heilsueflingu og PhD í lýðheilsu. *Læknablaðið* tók hana tali.

Olga Björt Þórðardóttir

Eftir meira en 25 ára búsetu og störf í Kanada er Ximena nú búsett í Svíþjóð og starfar sem sjálfstæður rannsakandi fyrir ýmsar alþjóðastofnanir, þar á meðal Alþjóðaheilbrigðismálastofnunina (WHO) og Evrópusamtökin fyrir rannsóknir á offitu (EASO), Kanadísku offitusamtökin og samtökin Bias 180. „Ég hef alltaf verið áhugasöm um hvernig heilbrigðiskerfi geta skapað lausnir sem bæta lífsgæði einstaklinga og samfélaga,“ segir hún.

„Við þurfum að ræða orðanotkun“

Fyrsta heimsókn Ximenu til Íslands var árið 2019 þegar hún sótti ráðstefnu um þyngdarfordóma. Þar tók hún þátt í pallborðsumræðum um notkun „person-first“-tungumáls í tengslum við offitu. „Það er mikilvægt að tala um fólk fyrst og síðan sjúkdóm. Þetta er hluti af því að draga úr fordómum í samfélaginu,“ segir hún og bætir við að orðanotkun hafi áhrif á viðhorf samfélagsins og hvernig heilbrigðisþjónusta nálgast einstaklinga sem lifa með offitu.

Hvað eru klínískar leiðbeiningar og hvers vegna skipta þær máli?

Ximena útskýrir að klínískar leiðbeiningar séu kerfisbundnar yfirlýsingar sem veita heilbrigðisstarfsfólki og sjúklingum ramma til þess að taka upplýstar ákvarðanir. „Þær hjálpa ekki aðeins við meðferð sjúklinga heldur einnig við að móta stefnu og bæta heilbrigðiskerfið.“ Hún nefnir að klínískar leiðbeiningar fyrir offitu eigi að einblína á heilsu og vellíðan frekar en eingöngu á þyngdartap. Aðferðirnar þurfi að vera einstaklingsmiðaðar, byggðar á vísindalegum grunni og lausar við fordóma. „Eins og með alla langvinna sjúkdóma, þarf að meðhöndla offitu á grundvelli einkenna og í samvinnu við sjúklinginn.“

Mikill samfélagslegur kostnaður

„Offita er ekki aðeins heilsufarslegt vandamál heldur líka samfélagslegt,“ segir hún. Í Evrópu árið 2019 var áætlað að 16,5% fullorðinna lifðu með offitu og 36,2% væru of þungir. Offita tengist einnig yfir 200 öðrum heilsufarsvandamálum. „Við þurfum að hafa í huga að fordómar og ranghugmyndir um offitu hafa víðtæk áhrif á aðgang fólks að heilbrigðisþjónustu. Það eru ekki allir sem fá sömu meðferð, og það skapar ójöfnuð í samfélaginu.“

Eru þjóðir samstíga í þessu?

Á meðan sumar þjóðir hafa þróað sínar eigin leiðbeiningar eru aðrar eftirbátar. „Kanadískar leiðbeiningar frá 2020 og írska aðlögunin þeirra frá 2022 eru leiðandi dæmi,“ segir Ximena. Þessar leiðbeiningar hafa verið samþykktar víða og hafa haft áhrif á stefnumótun í löndum eins og Mexíkó, Spáni og Hollandi. Hún leggur áherslu á að samræming á leiðbeiningum milli landa sé mikilvæg. „Ósamræmi getur valdið ruglingi og hindrað árangursríka meðferð. Við þurfum alþjóðlega samvinnu til að samræma stefnu og deila niðurstöðum.“

Spurð hvort leiðbeiningar séu mismunandi á milli Kanada og Íslands, svarar hún að meginstefnan í meðferð sé líkleg til að vera svipuð, en að aðgangur að meðferðarúrræðum, eins og lyfjum, geti verið mismunandi. Hún bendir einnig á að þjóðfélags- og menningarlegir þættir geti haft áhrif á það hvernig leiðbeiningar séu útfærðar.

Leiðbeiningar þurfa að vera hluti af stefnumótun

Viðmælandinn útskýrir aðspurð að fjármálalegt skipulag heilbrigðiskerfa hjá þjóðum skiptir miklu máli fyrir framkvæmd klínískra leiðbeininga. „Klínískar leiðbeiningar einblína á að bæta ákvarðanir í samstarfi heilbrigðisstarfsfólks og sjúklinga. Hins vegar þurfa leiðbeiningar að verða hluti af stefnumótun til að þær séu innleiddar í heilbrigðiskerfin. Ef engar stefnumótandi áætlanir, eins og þjóðaráætlun um

offitu, eru til staðar, er enginn grundvöllur fyrir að veita heilbrigðisstarfsfólki stuðning til að sinna offitumeðferð innan fyrirliggjandi kerfa langvinnra sjúkdóma.“

Hún bendir á að án slíkra áætlana sé engin fjármögnun til að styðja við meðferð eða stuðning við fólk með offitu. „Þetta veldur því að aðgangur verður einungis í boði fyrir þau sem hafa efni á honum – sem eykur heilsufarslegan og félagslegan ójöfnuð. Þess vegna er nauðsynlegt að tryggja almenna greiðsluþátttöku heilbrigðiskerfisins fyrir offitumeðferðir. Ef við viljum standa við gildin um að „engin manneskja verði út undan“ og að „heilsa sé mannréttindi“ þurfum við að tryggja öllum, óháð sjúkdómum, aðgang að nauðsynlegri meðferð.“

Mikilvægi klínískra leiðbeininga í heildrænu kerfi

Ximena telur að klínískar leiðbeiningar séu í raun lykilatriði í kerfi sem styður við meðferð langvinnra sjúkdóma eins og offitu. „Hver þjóð þarf að byggja upp vistkerfi þar sem rannsóknir á sjúkdómum eru fjármagnaðar, teknar saman og notaðar til að bæta stefnumótun og heilsuþjónustu.“ Hún útskýrir einnig mikilvægi þess að byggja upp samfélög sérfræðinga sem vinna saman að lausnum. „Rannsakendur, heilbrigðisstarfsfólk, sjúklingar og stefnumótendur þurfa að vinna saman að því að þróa klínískar leiðbeiningar, stefnu og forrit sem síðan eru metin með tilliti til áhrifa á heilsufar, gæði þjónustu og félagslegan ávinning.“

Eru leiðbeiningar samþykktar á Vesturlöndum?

Ximena bendir á að kanadísku leiðbeiningarnar frá 2020 og aðlöguðu írsku leiðbeiningarnar frá 2022 hafi haft mikil áhrif. „Kanadísku leiðbeiningarnar eru meðal þeirra mest áberandi rannsókna sem hafa verið birtar og hafa haft áhrif á stefnumótun í mörgum löndum eins og Spáni, Mexíkó og Hollandi.“ Þrátt fyrir þetta bendir hún á að margar þjóðir hafi ekki enn þróað eigin leiðbeiningar en margar séu á leiðinni með nýjar. „Ég býst við að fleiri þjóðir muni hafa leiðbeiningar í framtíðinni, sem vonandi munu samræmast betur og styðja við alþjóðlega samvinnu.“



„Ég hef alltaf verið áhugasöm um hvernig heilbrigðiskerfi geta skapað lausnir sem bæta lífsgæði einstaklinga og samfélaga.“

Ximena Ramos-Salas er með BSc í hreyfivísindum, MSc í heilsueflingu og PhD í lýðheilsu. Mynd/OBÞ

Fordómar og framtíðarvonir

Xemina leggur mikla áherslu á að útrýma fordómum og mismunun sem fólk með offitu stendur frammi fyrir. „Þegar ákveðnir hópar samfélagsins verða fyrir fordómum bitnar það ekki aðeins á þeim, heldur á samfélaginu öllu. Við getum ekki leyft okkur að láta fólk standa utan kerfisins.“ Hún telur að klínískar leiðbeiningar geti verið verkfæri til að draga úr fordómum. „Þær geta verið mikilvægur fróðleikur fyrir heilbrigðisstarfsfólk og breytt viðhorfum samfélagsins með því að sýna að offita er ekki persónulegt val heldur langvinnur sjúkdómur.“

Sameinuð nálgun – bjartari framtíð

Að lokum tjáir Ximena vonir sínar um aukna samvinnu meðal þjóða. „Ég er spennt að koma aftur til Íslands og læra meira um ykkar nálgun. Með því að vinna saman getum við skapað betra og réttlátara heilbrigðiskerfi fyrir alla,“ segir hún að lokum.

„Það er mikilvægt að tala um fólk fyrst og síðan sjúkdóm. Þetta er hluti af því að draga úr fordómum í samfélaginu.“

Framtíðarsýn, áskoranir og mikilvægi ritstjórnarlegs sjálfstæðis *Læknablaðsins*

Læknablaðið **hefur verið órjúfanlegur hluti af íslenskri læknasögu frá því að fyrsta tölublaðið kom út árið 1915. Með óslitinni útgáfu í 110 ár hefur blaðið þjónað sem vettvangur fræðilegra greina, umræðna, upplýsinga og viðtala úr heimi læknastéttarinnar hjá fámennri þjóð. Ritstjórnir blaðsins hafa í gegnum tíðina lagt mikla hugsjónavinnu í að viðhalda gæðum þess og þróa það í takt við tímann. Í viðtali** ***Læknablaðsins*** **við fjóra fyrrverandi og núverandi ritstjóra kemur fram saga blaðsins undanfarna áratugi, áskoranir og mikilvægi þess að standa vörð um sjálfstæði þess og fagleg vinnubrögð.**

Olga Björt Þórðardóttir

Læknablaðið var stofnað árið 1915 af Guðmundi Hannessyni, sem jafnframt var fyrsti ritstjóri þess. Guðmundur lagði grunninn að þeirri hugsjón að blaðið væri vettvangur fyrir íslenska lækna til að miðla fræðilegum upplýsingum og leggja sitt af mörkum til læknavísinda. Í gegnum tíðina hafa margir ritstjórar staðið vaktina við að þróa og efla blaðið í síbreytilegu umhverfi.

Alþjóðlegur gagnagrunnur markaði tímamót

Jóhannes Björnsson, ritstjóri á árunum 2005–2010, lýsir hvernig honum tókst, með aðstoð tengslanets síns, að koma *Læknablaðinu* inn á alþjóðlegan gagnagrunn, PubMed. „Það var heilmikil vinna," segir Jóhannes, „þar sem ekki var mikið hlustað á íslenska lækna erlendis á þeim tíma." Hann rifjar einnig upp að mest gefandi við ritstjórastarfið hafi verið samstarfið við aðra í ritstjórn, sem allir gáfu sér tíma í frá annasömu starfi við heilbrigðisþjónustu. Jóhannes bendir á að það hafi tekið tíma að breyta vinnulagi og venjum. „Við áttum stundum erfitt með að finna ritrýna og sjálfboðaliðar í ritstjórn lögðu ómælda vinnu í blaðið. Það var mikið hugsjónastarf hjá góðu fólki," segir hann.

Sjálfstæði ritstjórnar lykilatriði

Engilbert Sigurðsson, ritstjóri á árunum 2011–2016, leggur áherslu á mikilvægi sjálfstæðis ritstjórnar. „Það skiptir öllu máli að ritstjórnin geti sjálf ákveðið hvað fer í blaðið og hverjir sitja í stjórn á hverjum tíma," segir hann.

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, núverandi ritstjóri, frá lok ársins 2020, og fyrsta konan til gegna því starfi, tekur undir að sjálfstæði ritstjórnar sé mikilvægasti þátturinn í starfsemi *Læknablaðsins*. Þrátt fyrir að félagið gefi út blaðið, tekur hún fram að það ráði ekki innihaldi þess. Hún segir að ákveðnir núningsfletir hafi verið til staðar þegar hún tók við, en það hafi tekist að tryggja að blaðið hafi vatnsheld skil milli ritstjórnar og Læknafélagsins. „Við viljum sem ritstjórn ákveða hvað fer í blaðið og hvað ekki," segir hún. Að hennar mati hefur verið lykilatriði að halda góðu sambandi við bæði félagsmenn og erlenda kollega, sérstaklega þegar smæð íslenska læknasamfélagsins gerir það á köflum erfitt að fá fólk til að skrifa og ritrýna greinar. „Við höfum lagt áherslu á að fá unga lækna til að birta greinar og tókum á afmælismálþingi nú í ár, upp á þeirri hefð að veita verðlaun fyrir bestu vísindagreinina og sjúkratilfellið á síðasta árgangi til að hvetja þá áfram."

„Þegar við héldum upp á 100 ára afmæli blaðsins í Iðnó, áttum við samtal um framtíð þess," segir Engilbert. Hann bendir á að það sé mikilvægt að byggja traust innan ritstjórna og vinna að stöðugri þróun blaðsins.

Tækni og þróun blaðsins

Magnús Gottfreðsson, ritstjóri á árunum 2017–2020, nefnir að tækni og breytingar á miðlun upplýsinga hafi haft mikil áhrif á blaðið. „Við gerðum lesendakannanir til að kanna hug lesenda til blaðsins og settum inn nýja liði, svo sem „lipra penna" og „dagur í lífi læknis" til að tryggja gott jafnvægi meðal fræðilega hlutans og þess efnis sem er meira á persónulegu nótunum. Jafnframt hófum við útgáfu hlaðvarpa sem hafa síðan haldið áfram að dafna," segir hann. Hann telur að blaðið hafi einnig mikil-



Ritstjórarnir núverandi og fyrrverandi frá vinstri: Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, Magnús Gottfreðsson, Engilbert Sigurðsson og Jóhannes Björnsson. Mynd/OBÞ

vægu hlutverki að gegna þegar kemur að því að veita nauðsynlegt aðhald. Magnús bendir á að breytingar í hinum alþjóðlega útgáfuheimi hafi gert það að verkum að fagfélög hafi í vaxandi mæli selt tímarit sín til stórra forlaga. „Þetta er áhyggjuefni," segir hann. „Upplýsingar sem ættu að tilheyra almenningi, og almenningur hafi í raun oft þegar greitt í formi skatta, eru að verða að viðskiptatækifærum og rándýrri söluvöru, sem er mjög miður."

Framtíð Læknablaðsins

Læknablaðið er gefið út mánaðarlega í hátt í 2000 eintökum og dreift til lækna, heilbrigðisstofnana, fjölmiðla og Alþingis. Ritstjórar blaðsins eru sammála um að mikilvægt sé að standa vörð um sjálfstæði þess og tryggja gæði útgáfunnar. Með áherslu á nýsköpun, samstarf og virðingu fyrir hefðum blaðsins sem hafa þróast á undanförnum áratugum er vonast til að það muni áfram þjóna íslenskum læknum og samfélaginu um ókomin ár.



Ritstjórarnir fjórir í pallborðsumræðum á afmæli Læknablaðsins, *með þeim eru frá vinstri Lilja Sigrún Jónsdóttir, Ólöf Jóna Elíasdóttir og Oddur Ingimarsson, öll í ritstjórn* Læknablaðsins. *Mynd/RS*

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



Guðmundur Þorgeirsson
professor emeritus

Í góðum félagsskap bóka

Vísir menn hafa haldið því fram að sterkasta vísbending um gæði bóka sé hvort þær vitji manns aftur og aftur og kalli á endurtekinn lestur. Sú bók sem ég hef oftast lesið er *Sjómannalíf* eftir Rudyard Kipling í þýðingu Þorsteins Gíslasonar. Hún fjallar um fordekraðan unglingsstrák af auðugu foreldri sem fellur útbyrðis af farþegaskipi á leið yfir Atlantshafið en verður það til lífs að vera dreginn upp í fiskibát sem haldið er úti til veiða sumarlangt. Um borð trúir enginn sögum um ríkidæmi og vegleg verðlaun og er hann því dæmdur til dvalar og starfa um borð allt sumarið. Og verður að manni. Þetta er vel sögð þroskasaga en jafnframt óður til ærlegrar vinnu, ekki síst sjómennsku, og til hversdagsmannkosta. Þegar ég eignaðist bókina, var ég níu ára og átti heima á Húsavík. Ég hafði öðlast virðingu fyrir störfum sjómanna og var sammála bókarhöfundi um manndómsvígsluna sem felst í því að míga í saltan sjó. Ekkert æviskeið var gjöfulla á innihaldsríkan bóklestur og kynnin af sumum söguhetjum voru ekki síður innihaldsrík og tilfinningaþrungin en kynni við vini í raunheimum. Nægir að nefna gamla bókarvini eins og Hjalta í bókum Stefáns Jónssonar, Nonna Jóns Sveinssonar, Árna í Hraunkoti Ármanns Kr. Einarssonar, en kannski öðrum fremur Ugga Greipsson í *Fjallkirkju* Gunnars Gunnarsonar. Uggi var svo kvöldsvæfur að hann sofnaði út frá kvöldmatnum án þess að við neitt væri ráðið. Hans stærsta sorg var að hann myndi missa af jólunum vegna þessa. Ég man hversu þakklátur ég var móður hans fyrir að flýta jólunum fyrir Ugga, klæða hann í jólafötin á miðjum degi, kveikja jólaljósin og ganga með honum um bæinn að upplifa jólaandann. Kynnin af þessu fólki gegnum bóklestur var lífsreynsla sem jafnaðist í mínum huga á við raunveruleikann sjálfan. Mér fannst ég skilja til fulls tilfinningar Álfgríms í *Brekkukotsannál* til grásleppuveiða, og reyndar breyttist ég sjálfur í Álfgrím þar sem ég sat undir árum við grásleppuveiðar með afa mínum út af Hraunhöfn á Melrakkasléttu.





Í menntaskóla las ég *Baugabrot*, úrval glóandi gullmola sem Tómas Guðmundsson hafði valið úr höfundarverki Sigurðar Nordal, nokkurs konar stiklur sem vísa leið inn í fjölbreytt stórvirki höfundar en geta líka staðið sjálfstætt sem stuttar ritgerðir eða smáprósar eins og annar snillingur, Gyrðir Elíasson, hefur ræktað sem sjálfstæða bókmenntagrein. Sigurður hefur öðrum fræðimönnum betur náð tökum á þeirri margþættu list að skrifa bókmenntir um bókmenntir. Ég drakk þessa bók í mig með þeim afleiðingum að málfar mitt og ritstíll gerbreyttist og skóp mér það verkefni í framhaldinu að skala niður hátíðleika og fyrningu eigin máls. Sennilega hefur því engin bók haft meiri bein áhrif á mig.

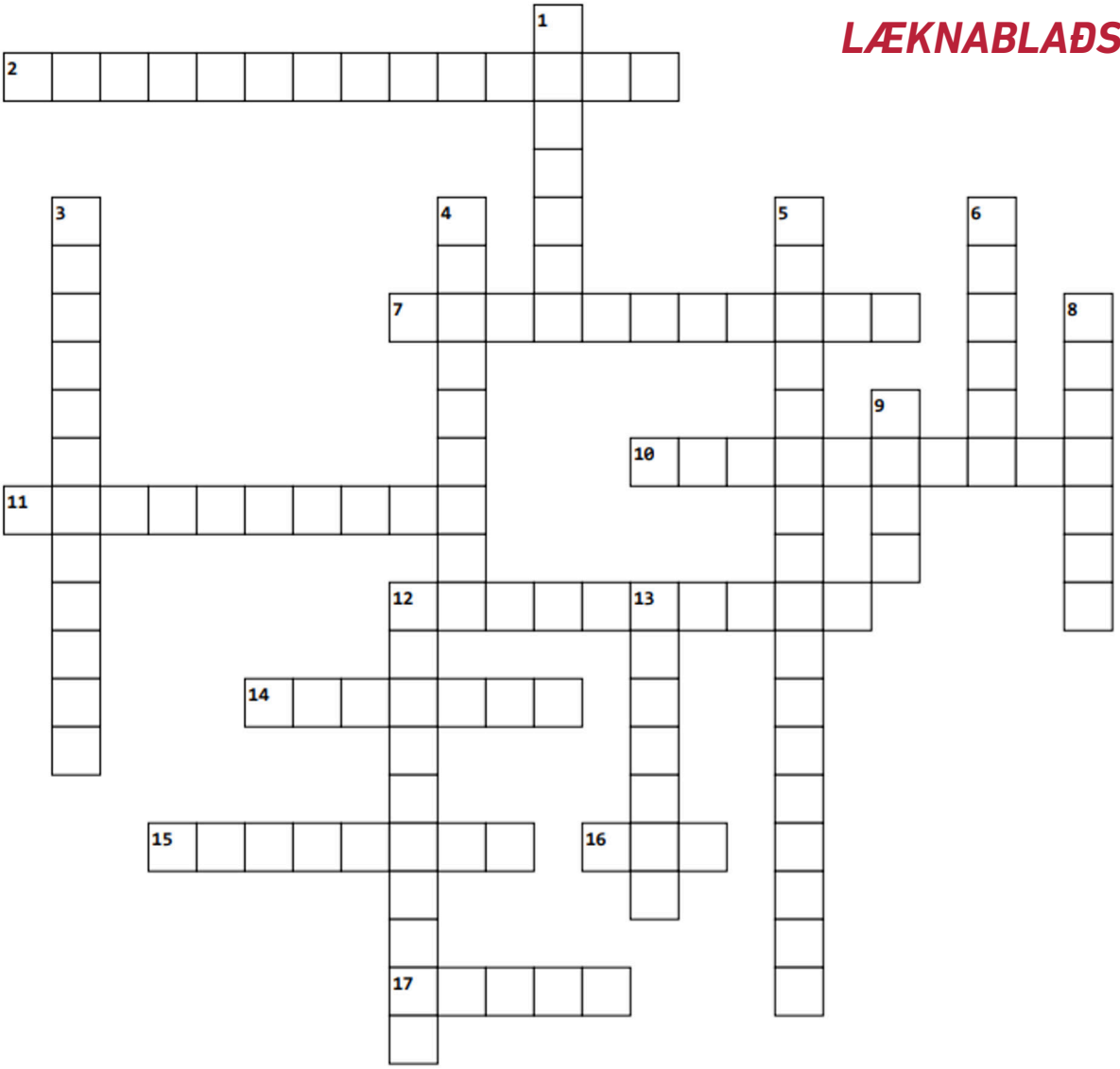
Tómas Guðmundsson orti:

[…]
að kynslóð vor hin eina kynslóð er,
sem nýtur þeirrar hamingju að hafa ekki dáið
Svo hjartanlega náið
er lífið okkur enn, sem betur fer.

Dásamlega blátt áfram og smellið en með undirtexta sem fær ágenga merkingu á viðsjárverðum og stríðstrylltum tímum. Á slíkum tímum gegna bókmenntir mikilvægu og fjölþættu hlutverki. Mæli hér í lokin með fjórflokki norska rithöfundarins Roy Jacobsen í frábærri þýðingu Jóns St. Kristjánssonar, *Hin ósýnilegu*, *Hvítt haf*, *Augu Rigels*, og *Bara móðir*. Sögusviðið er Norður-Noregur í seinni heimsstyrjöld og fyrst eftir hana. Hryllingi stríðs er lýst á áhrifamikinn hátt en ekki síður breytingum undir yfirborðinu hjá stríðshrjáðri og hersetinni þjóð þar sem traust milli manna hefur trosnað og margir eru grunaðir og/eða sakbitnir enda margs konar sekt möguleg. Sársaukinn í þessari frásögn er þó mildaður af töfrum stíls og frásagnarlistar.

Ég vil skora á Katrínu Fjeldsted, heimilislækni, að skrifa næsta pistil.

HEILABROT
LÆKNABLAÐSINS



Lárétt

2. Vöktun mökunarkvaks missir strípað knús og ruglast og gefur þá skerðingu á drykkjuheimild sjúklings (14)
7. Kafna sleikt brenglast og gefur orsök hringsnúandi svimakasta (11)
10. 1000, siða til, sleppa og ilma gefur mikilvægan lið í meðferð við garnalömun (10)
11. Hraðskreiður nashyrningur eða nefpakkning? (5,5)
12. Dans hr. Pitt? Ef það ruglast þá gefur það hreinsilausn (10)
14. Rafrænt Hilton ruglað er saumur (7)
15. Tennt igla eða lífeindafræðingur? (8)
16. Enskt gæludýr eða myndrannsókn?
17. Flati ruglað er róandi (5)

Lóðrétt

1. Einn, kennitala og veikindi veldur bólgu í smáliðum (7)
3. Annars flokks gubba, agn aftur Ragnar Pétursson róf er athugun á nýrnahettustarfsemi (12)
4. Tímalok fær endingu, ruglast og gefur það sem lokast í slagbili hjartans (9)
5. Spangól missir belti, fær ryk, rafstraum og hálfan bruðning með endingu og gefur mikilvæga aðstoð í fæðingu (17)
6. Tölvuminni aftur og snotur er verkjastilling (6)
8. Japanskt tölvuleikjafyrirtæki og ker aftur veldur bráðri andnauð (7)
9. Spænskt persónufornafn og hálf móðir gefur stofnanamatsal (4)
12. Ekki hálf, gus aftur og stefna gefur rafræna sjúkraskrá (10)
13. Eftirnafn Markó landkönnuðs og lítil kaka er kruðerí sem er sárt saknað í skúffum LSH (7)

Vísnagáta

Hér er átt við björg í bú,
búsetu á landi.
Dótið, bíllinn, dúkkuhjú,
Adress í netsambandi.

Heilabrot 1 – Lausnir

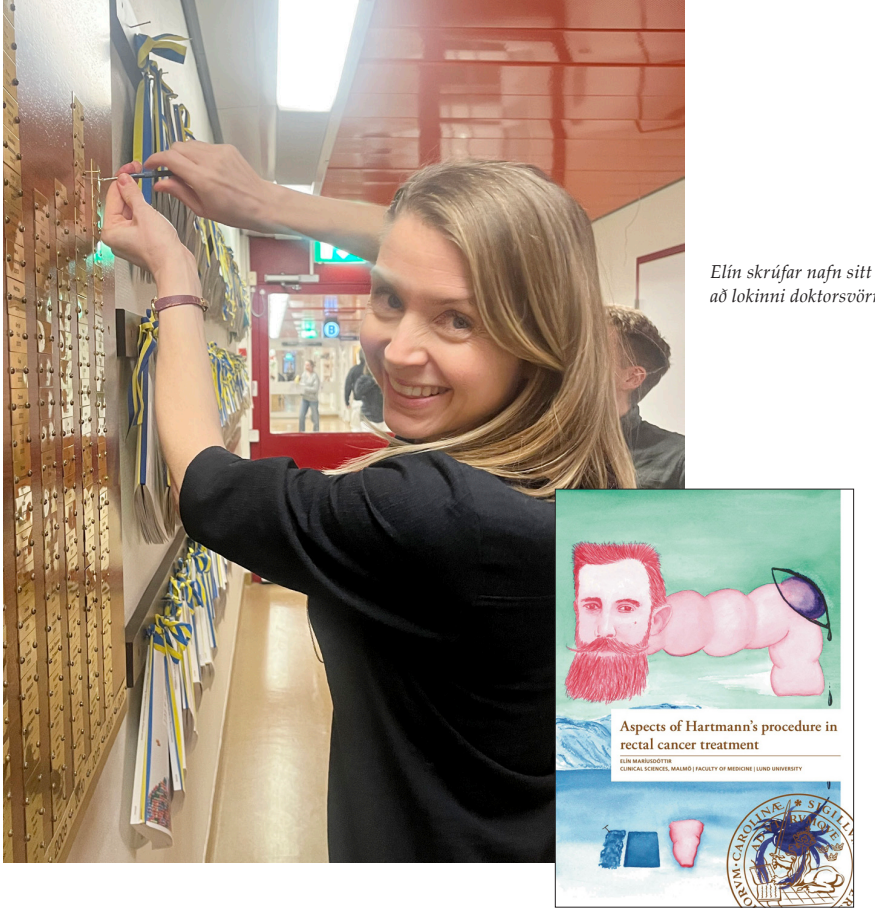
Lárétt:
3. LATENT
4. GRUND,
8. SUBFEBRÍL
9. FLATLÚS
11. RHINOO
12. LUNGNABÓLGA
15. LEGIONELLA
16. SNITZEL
18. KORSAKOFF
19. STATUS
20. EFAST
21. TÆRING

Lóðrétt:
1. KANNABIS
2. ANDARNEFJA
5. RISTILL
6. LATGEL
7. STÍFKRAMPASPRAUTA
10. LABÍLL
13. LATEX
14. PO
17. MONITOR

Vísa: lausnin er ljós: Stefnuljós, gáfnaljós, vitaljós, mýrarljós

Höfundur: Erla Sigríður Sigurðardóttir sérnámslæknir

Lausnir birtast í næsta tölublaði



Elín skrúfar nafn sitt á frægðarvegg að lokinni doktorsvörn

Doktorsvörn frá Háskólanum í Lundi

Elín Maríusdóttir

Elín Maríusdóttir varði doktorsritgerðina sína frá Háskólanum í Lundi þann 5. desember 2024. Vörnin fór fram í Malmö.

Ritgerðin ber heitið *Þáttur Hartmanns aðgerðar í meðferð á krabbameini í endaþarmi* (*Aspects of Hartmann's procedure for rectal cancer*)

Andmælandi var Kalle Landerholm, aðstoðarprófessor við háskólann í Linköping.

Leiðbeinendur verkefnisins voru Pamela Buchwald, aðstoðarprófessor við háskólann í Lundi, Fredrik Jörgren, dósent við háskólann í Lundi, og Marie-Louise Lydrup, dósent við háskólann í Lundi.

Elín lauk kandídatsprófi í læknisfræði frá Háskóla Íslands í júní 2010. Síðan lauk hún sérnámi í almennum skurðlækningum 2018. Doktorsnám við Háskólann í Lundi hófst haustið 2018. Elín flutti heim til Íslands síðasta sumar og starfar sem yfirlæknir hjá embætti landlæknis.

Um verkefnið

Ritgerðin er byggð á fjórum greinum sem fjalla um skurðmeðferð við krabbameini í endaþarmi með áherslu á aðgerð Hartmanns.

Aðgerð Hartmanns er notuð þegar endurtenging þarms er ekki talin ráðleg (og því er settur poki á magann), svo sem í tilfelli aldraðra og hrumra sjúklinga. Í Svíþjóð er notkun þessarar aðgerðar mjög mismunandi eftir landshlutum og eru ástæður þess meðal annars að fyrri rannsóknir hafa sýnt auknar líkur á fylgikvillum í kjölfar Hartmanns-aðgerðar samanborið við aðrar skurðmeðferðir við endaþarmskrabbameini.

Þessar fyrri rannsóknir voru litlar og margar hverjar byggðar á mjög sérstökum sjúklingahópum, sem veldur því að erfitt er yfirfæra niðurstöðurnar á stærri hópa.

Niðurstöður Elínar sýna að tíðni fylgikvilla eftir Hartmanns-aðgerð er lægri en fyrri niðurstöður hafa sýnt. Einnig er langtímaárangur er varðar lifun og endurkomu krabbameins sambærilegur við aðrar meðferðir. Því er Hartmanns-aðgerð góður kostur fyrir þá sjúklinga þar sem ekki er ráðlegt að tengja saman þarminn eftir skurðmeðferð við endaþarmskrabbameini.

Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildir þú verða læknir?

Ég hef síðan ég var lítil haft mikinn áhuga á læknisfræði og líkamanum. Sérstaklega hafði ég áhuga á líffærafræði og skurðlæknisfræði. Fyrir mig er mikilvægt að vinna við eitthvað sem gerir heiminn örlítið betri.

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

Allur skalinn, að vera læknir er oft mjög erfitt en gefandi á sama tíma.

Þó eru það mikil forréttindi að vinna við eitthvað skemmtilegt og áhugavert. Það er aldrei leiðinlegt að vera læknir og ég held mér hafi aldrei nokkurn tímann leiðst í vinnunni.

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Ég myndi auka fjármagn til heilbrigðiskerfisins, fjölga leguplássum og bæta kjör heilbrigðisstarfsfólks.

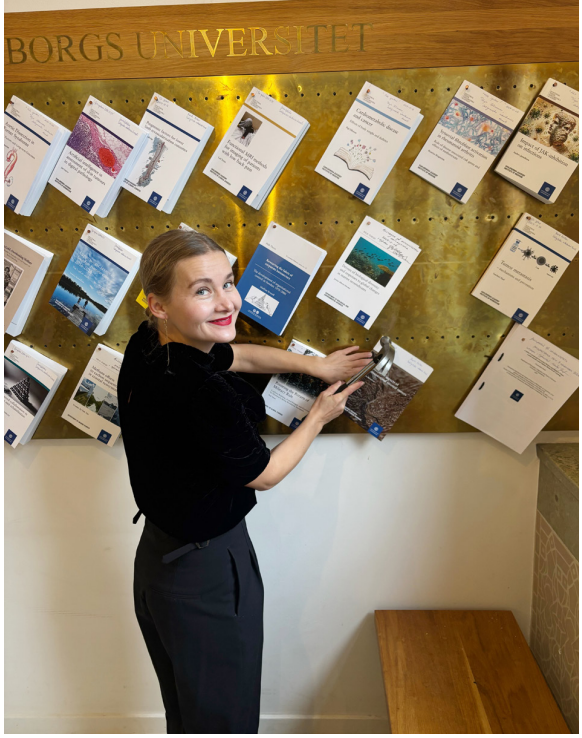
Ég held það yrði auðveldara að sporna gegn manneklu og kulnun ef skilningur væri á því hversu mikið álag það er að bera persónulega ábyrgð á mannslífum.

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

Vera með fjölskyldunni, elda góðan mat, hlaupa eins langt og ég get og spila skemmtileg borðspil.



Á myndinni eru frá vinstri: Robert Bränström, Erik Elias, Andreas Muth, Marta Berndsen og Stefan Lindskog.



Doktorsefnið að negla upp (spika) doktorsritgerðina, að gömlum sið, í aðalbyggingu Gautaborgarháskóla.

Doktorsvörn við Gautaborgarháskóla

Marta Berndsen

Marta Berndsen varði doktorsritgerð sína í læknavísindum við Gautaborgarháskóla þann 6. desember síðastliðinn. Ritgerðin ber heitið *Færslurannsóknir á strómaæxlum í meltingarvegi* (*Translational aspects of Gastrointestinal stromal tumors).*

Andmælandi var Robert Bränström, dósent við Karolinska Institutet. Leiðbeinendur voru Stefan Lindskog, dósent við Gautaborgarháskóla, Andreas Muth, dósent við Gautaborgarháskóla, Erik Elías, dósent við Gautaborgarháskóla og Anders Ståhlberg, prófessor við Gautaborgarháskóla.

Marta lauk kandídatsprófi í læknisfræði frá Háskóla Íslands árið 2012. Hún lauk sérfræðinámi í almennum skurðlækningum frá Sahlgrenska háskólasjúkrahúsinu í Gautaborg 2019. Hún hefur starfað sem skurðlæknir á innkirtla- og sarkmeina-skurðdeild Sahlgrenska háskólasjúkrahússins síðan hún varð sérfræðingur. Doktorsnám hennar við Gautaborgarháskóla hófst 2019.

Í ritgerð sinni hefur hún skoðað gögn um sjúklinga með strómaæxli í meltingarvegi (GIST) frá Stockhólmi, Gautaborg og Ósló til að komast að því hvaða sjúklingar þurfa eftirfylgni eftir aðgerð. Það kom í ljós að hættan á endurkomu hjá lág-áhættu GIST er mjög lítil og gildandi klíniskar leiðbeiningar dregnar í efa um að allir sjúklingar með GIST þurfi tíða og langvarandi eftirfylgni með tölvusneiðmyndum. Það getur valdið streitu og útsett sjúklinga fyrir óþarfa geislun. Einnig kannaði hún hvort hægt sé að greina frítt erfðaefni í blóðrás hjá GIST-sjúklingum, sem og að meta möguleika á tveimur meðferðaraðferðum sem hafa hingað til ekki verið notaðar hjá þessum sjúklingahópi.

Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildir þú verða læknir?

Ég ætlaði aldrei að verða læknir sem barn. Pabbi er skurðlæknir og mér fannst hann vinna allt of mikið. Í menntaskóla var ég að spá í efnafræði eða verkfræði. Ég tók mér smá pásu í menntaskóla og fór í hálft ár til Guatemala og var að vinna á heimili fyrir HIV/AIDS-veik börn. Eftir það varð ekki aftur snúið ...

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

Það er miserfitt. Ég byrjaði í náminu 2019 og fyrstu árin fékk ég fáa styrki og fékk bara fjórar vikur á ári í rannsóknartíma frá klíníkinni. Þannig að vinnan var aðalega unnin á kvöldin og um helgar. Núna í haust hef ég verið með 12 vikna rannsóknartíma og það hefur verið mjög ljúft þó að það hafi verið smá stress í sambandi við vörnina.

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Hækka laun allra heilbrigðisstétta svo að menntuðu hjúkrunarfræðingarnir/sjúkraliðarnir okkar kæmu til vinnu á Landspítala. Þá væri hægt að opna skurðstofur og deildir sem væri betra fyrir alla.

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

Vera með börnunum mínum, sambýlismanni og hundinum okkar. Finnst líka gaman að fara út að hlaupa í skóginum, helst með íslensku læknastelpunum. Prjóna og syngja í kórnum mínum.

Hildur Viðarsdóttir
læknir

Verslunarmannahelgin í Húsafelli 1969



Hildur og Lúðvík í Húsafelli 1969.

Verslunarmannahelgina 1969 tókum við hjónaleysin, Lúðvík og ég, að okkur að sinna heilbrigðisþjónustu á útihátíðinni í Húsafelli. Við höfðum þá lokið 5. ári í læknadeild HÍ. Hátíðin stóð frá 1.-4. ágúst. Er þetta enn í dag fjölmennasta útihátíð um verslunarmannahelgi sem haldin hefur verið hér á landi. Sóttu hana um 20 þúsund manns. Margt er gleymt, upplifunin er enn fersk.

Líklega var það ráðninganefnd Félags læknanema sem valdi okkur til starfans. Boðinu tókum við fegins hendi, rífandi kaup fyrir langa helgi á skemmtisamkomu. Gat ekki verið betra!

Mótshaldarar, Ungmennasamband Borgarfjarðar, sáu okkur fyrir aðstöðu og gistingu en við urðum að útvega öll lækningaáhöld. Ég hafði nýlokið mánaðar kúrsus á slysadeild Borgarspítalans og fékk þar lánuð ýmis verkfæri, einnota og margnota. Á leið okkar í Húsafell heimsóttum við Aðalstein Pétursson héraðslækni á Kleppjárnsreykjum. Lét hann okkur í té allt sem hann átti til saumaskapar og sáraaðgerða, tangir, pinsettur, peanga, nálar, þráð, umbúðir og fleira. Svo fór hann í frí og var frelsinu feginn, hafði reynslu af fyrri hátíðum og fannst nóg um mannfjöldann, næstum 15 þúsund manns höfðu komið árið áður. Ekki dró það þó úr okkur kjarkinn!

Við fórum upp eftir á fimmtudeginum og fengum til umráða tvo litla A-bústaði, annan til gistingar, hinn til móttöku slasaðra og sjúkra, þar var hálfdimmt og mikil þrengsli. Við vöknuðum bjartsýn næsta morgun, veður milt, skýjað en dálítill vindur. Á laugardeginum var léttskýjað og himneskt veður en úrkomusamt á sunnudeginum sem og brottfarardaginn, mánudag.

Á dagskrá hátíðarinnar var annars vegar keppni í ýmsum íþróttum í anda ungmennafélaga og hins vegar dansleikir með menningar- og skemmtiívafi.

Framan af föstudeginum var frekar lítið að gera, fengum við þá tækifæri til að skoða okkur um. Traffíkin jókst svo þegar leið á daginn. Hljómsveitin Trúbrot lék í Hátíðarlundi og hlýddum við á hana um stund. Á laugardagsmorgninum gafst okkur tími til að fylgjast með keppni í frjálsum íþróttum. Rólegt var fram eftir degi en þá fóru sjúklingarnir að tínast inn, eftir það var hvorki hvíld né svefn að fá.

Hátíðin fór að mestu leyti vel fram, engin stórslys en fjöldi minni áverka, smására og mikill saumaskapur. Sótthreinsaður varningur gekk fljótt til þurrðar og urðum við að sjóða áhöld og saumnálar á prímusum. Það þætti ekki gott í dag. Tvinna áttum við nógan en seinlegt var að þræða nálarnar þegar syfja og þreyta náðu tökum á okkur. Lúðvík fór í eitt sjúkraflug.

Fáeinar vitjanir voru farnar í tjöld vegna ýmissa kvilla, meðal annars hafði ungur maður klassísk einkenni botnlangabólgu en harðneitaði að yfirgefa svæðið og fara á spítala. Hann lét vita af sér daglega og reyndist við þokkalega heilsu þegar hátíðinni lauk. Hefur sjálfsagt, ef greining var rétt, náð sér eins og flestir botnlangasjúklingar ef þeir eru látnir í friði. Hins vegar var erillinn slíkur að okkur varð ekki svefnsamt aðfaranótt sunnudags. Upp úr hádegi hófst annríkið á nýjan leik, áfram skurfur sem þurfti að sauma en einnig almennar kvartanir, sem ekki kröfðust sértækra ráðstafana.

Minnisstæðastir eru þó tjaldbrunarnir sex, sem urðu fyrirvaralaust þegar skipt var á litlum gaskútum inni í tjöldunum. Nælontjöldin fuðruðu upp ef kveikt var á eldspýtu rétt á eftir og fólkið sat eftir steinhissa á jörðinni, merkilega lítið slasað.

Hátíðinni var ætlað að vera áfengislaus og voru um 700 flöskur gerðar upptækar en það dugði þó ekki til. Í gamla bænum að Húsafelli var aðstaða þar sem þeir sem þóttu ofurölvi voru lagðir til og nutu eftirlits. Björgunarsveitin sá um þá, en Lúðvík var fenginn til að meta nokkra einstaklinga. Lágu ungmennin á gólfdýnum, ekki undir tveimur tugum í hvert sinn, sumir sváfu vært, aðrir með hrotum, enn aðrir með stunum. Súr lykt ælu og áfengis fyllti vitin við komuna þangað. Björgunarsveitin Ok var til taks á svæðinu og sinnti miklum fjölda slasaðra, einkum þeim sem sneru sig á ökkla eða hlutu minni háttar byltumeiðsli. Leitaði hún okkar ráða í alvarlegri tilvikum.

Undir mánudagsmorgun hægðist á öllu en kraftlítill söngur barst með blænum frá einstaka tjaldi í suddanum. Upp úr hádegi hurfum við af vettvangi eftir að hafa innheimt laun okkar og skiluðum áhöldunum til Aðalsteins á leiðinni heim, þreytt en ánægð og reynslunni margfalt ríkari.

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

Þóra Silja Hallsdóttir

Dagur í lífi sérnámsgrunnslæknis á Landspítala



Þóra Silja Hallsdóttir með einn af kaffibollum dagsins.

Kaffibollar og framkvæmdir

07:00 Vekjarinn í símanum hringir, snúsa óvart aðeins of lengi og þarf að græja mig fyrir daginn á hlaupum. Fer út með hundinn, hann sér kött og gerir heiðarlega tilraun til þess að taka mig úr axlarlið, tekst ekki. Bíllinn fer ekki í gang í fyrstu tilraun en rýkur í gang í annarri, dagurinn byrjar vel.

08:00 Mætt á morgunfund í Fossvoginum. Hóf sérnámsgrunnsárið í héraði (mæli með Króknum!) og er núna að taka fjóra mánuði á lyflækningasviði Landspítala. Sokkarnir í fataherberginu voru búnir svo það fyrsta sem ég geri eftir fundinn er að ná mér í sokka inni á línherbergi deildarinnar enda eru Landspítalasokkarnir órjúfanlegur hluti af vinnugallanum.

08:30 Fyrsti kaffibolli dagsins og með því kremkex úr býtibúrinu. Hugsa til góðra tíma þegar Póló kex var hluti af úrvalinu. Byrjum á að undirbúa okkur fyrir stofuganginn.

08:40 Síminn hringir rétt eftir að ég byrja að lesa. Hringt vegna versnandi sjúklings sem er inniliggjandi á teyminu og staðsettur á bráðamóttökunni. Förum og metum sjúklinginn og í framhaldi ákveðið að hefja BiPAP-meðferð. Byrjum svo stofuganginn á bráðamóttökunni.

11:00 Annar kaffibolli dagsins. Stofuganginum búinn og nóg af verkefnum fram undan. Byrja að undirbúa aðra útskriftina mína í dag, vart búin að stimpla inn læknasíma Lyfjavers þegar síminn hringir, beðin um að koma að líta á sjúkling á bráðamóttökunni.

12:00 Hitti góða vinnufélaga í hádegismatnum, sumir þeirra fyrrum bekkjarfélagar líka. Þakklát fyrir það hvað ég er búin að kynnast ótrúlega miklu af góðu fólki, bæði í gegnum námið og vinnuna. Minnt á það þegar ég skoða matseðilinn hvert kolefnisspor máltíðar dagsins sé, læt samt vaða og reynist fínasti fiskur. Hringt frá deildinni í miðjum bita, aðstandendur sjúklings sem er að útskrifast komnir að sækja hann og óska eftir samtali við lækninn. Gríp með mér þriðja kaffibollann og fer aftur upp á deild.

12:20 Ræði við sjúkling sem er að útskrifast. Hringi í lyfjaskömmtun, geri lyfseðla og les þá fjórum sinnum yfir áður en ég sendi þá, sem er framför frá því í byrjun sérnámsgrunnsársins. Tala svo við hjúkrunarfræðinginn hans, sendi sjúkraþjálfunarbeiðni, hringi í eiginkonuna hans og fæ mér loks fjórða og síðasta kaffibolla dagsins.

13:00 Fleiri læknabréf, fleiri símtöl og fleiri dagálar. Allt smellur saman að lokum. Náði meira að segja að lauma inn einu matsblaði til sérnámslæknisins.

16:20 Skrái mig út og rölti út í bíl sem fer í gang í fyrstu tilraun. Keypti mér íbúð nýlega og er á fullu í framkvæmdum. Á mjög hjálplegan pabba sem vill svo heppilega til að er smiður. Erum að afhrauna loftin í íbúðinni, búin með eina umferð af því að slípa og sparsla og eigum að minnsta kosti tvær eftir. Þegar klukkan er að ganga 20:00 og axlirnar orðnar verulega þreyttar lauma ég því aftur að honum hvort ég ætti ekki að skoða að fá einhvern aðila í þetta. Hann lætur eins og hann heyri ekki í mér og heldur áfram að slípa.

20:00 Heim í kvöldmat, stutt ganga með hundinn og enda svo daginn á sundferð með góðu fólki. Fer ekki í kalda pottinn þrátt fyrir hvatningu.

22:00 Loksins komin upp í sófa eftir langan dag. 12 tíma vakt framundan á morgun svo það er eins gott að reyna að ná sjö tímunum. Freistast til þess að kveikja á Netflix og skrolla í gegnum Tiktok á sama tíma enda mikilvægt að gleyma ekki að sinna menningunni þó það sé mikið að gera. Tel á fingrum mér hversu mörgum tímum ég næ ef ég tek einn þátt í viðbót.

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



Helga Hannesdóttir
barnageðlæknir

Vegvísir til framtíðar

Þegar ég var á fyrsta ári í menntaskóla lést faðir minn, sem var læknir, vegna hjartabilunar, eftir stutta sjúkrahúsdvöl.

Andlát hans var mikið áfall fyrir mig og fjölskyldu mína enda var faðir minn á besta aldri þegar hann dó. Skömmu síðar tók ég þá ákvörðun að ég ætlaði eftir stúdentspróf að fara í læknisfræði og verða læknir.

Ég útskrifaðist frá læknadeild H.Í. árið 1969. Vann í 6 mánuði á kandídatsári á fæðinga- og kvensjúkdómadeild Landspítala.

Maðurinn minn fór um vorið til Bandaríkjanna í sérnám í geðlækningum til Rochester í New York ríki. Þegar leið á haustið ákvað ég að fylgja honum eftir og fara í sérnám á háskólasjúkrahúsinu Strong Memorial Hospital í Rochester, en þar var sérnám í geðlækningum hátt metið, enda var það talið eitt af tíu bestu háskólasjúkrahúsum Bandaríkjanna.

Sérnámið á geðdeild S.M.H. var vel skipulagt. Hvert ár fór fram ríkuleg fræðsla, fyrirlestrar og sjúklingahandleiðsla. Vel var fylgst með fjölda sjúklinga hjá sérnámslæknum, bæði inniliggjandi og í göngudeild.

Vegna þessa ákvað ég að sækja um sérnámsstöðu í geðlækningum á S.M.H. og var svo lánsöm að fá hana.

Á þessum tíma var mikill skortur á geðlæknum og barna- og unglingageðlæknum á Íslandi á sama tíma og verið var að byggja nýja geðdeild við Landspítala á Hringbraut.

Þegar ég hóf sérnám í geðlækningum var Lyman Wynne forstöðulæknir og prófessor á geðdeildinni. Hann var áður forstöðulæknir á geðsviði við National Institute of Mental Health í Bethesta í Washington.

Okkur sérnámslæknum á fyrsta ári var, við innlögn sjúklinga á geðdeild, skylt að boða í viðtal nánustu ættingja sjúklinga innan 24 klukkustunda frá innlögn.

Tilgangur með þessari ákvörðun var að sérnámslæknar gætu fengið nákvæmar upplýsingar frá foreldrum, systkinum eða maka um fjölskyldutengsl/vandamál og samskipti, áföll, skilnað, andlát, veikindi og fleira sem gæti hafa leitt til veikinda sjúklings og innlagnar á geðdeild.

Þetta fyrirkomulag stuðlaði að því að við sem vorum í sérnáminu fengum öll mikinn áhuga á fjölskyldugeðlækningum og héldum flest áfram að vinna við þær eftir lok sérnáms.

Þegar ég kom heim frá Rochester eftir 5 ára dvöl, bauðst mér vinna á BUGL sem hentaði vel vegna áhuga míns og reynslu af fjölskyldumeðferð og forvörnum á geðdeild S.M.H. í Rochester.

Á BUGL starfaði ég næstu 18 árin og lauk sérnámi í barna og unglingageðlækningum. Ég var svo lánsöm að vera valin til samstarfs við norræna barna- og unglinga geðlækna sem voru að gera faraldsfræðirannsókn á geðheilsu barna og unglinga á Norðurlöndum. Það leiddi til doktorsnáms sem ég lagði stund á í Turku í Finnlandi og lauk árið 2002. Ritgerð mín fjallaði um geðheilsu íslenskra barna og unglinga og yfir 4000 börn og unglingar af öllu landinu tóku þátt í rannsókn þessari.

Á þessum tíma var mikill skortur á geðlæknum og barna- og unglingageðlæknum á Íslandi á sama tíma og verið var að byggja nýja geðdeild við Landspítala á Hringbraut

Eftir á að hyggja var það sérgreinin sem valdi mig. Enn þann dag í dag eru þúsundir barna á biðlista hjá geðheilsumiðstöð Reykjavíkur. Það er óviðunandi ástand að mati umboðsmanns barna og undirritaðrar.

Varðandi ráð til handa ungum læknum um val á sérgrein er mikilvægt að kynna sér í hvaða sérgrein er mestur skortur á sérfræðingum og leita sér upplýsinga hjá landlækni áður en endanleg ákvörðun er tekin.

Hugsanlega hefur ótímabært andlát föður míns og áhrif og afleiðingar sem það hafði á mig vakið hjá mér áhuga á geðheilsu.

GEÐLÆKNINGAR

Heilinn er áhugaverður



Erik Eriksson
geðlæknir

Ég fór með tiltölulega autt blað í læknisfræði. Hafði hvorki geðlækningar né aðra sérgrein í huga þegar ég skráði mig í námið. Sá mig fyrir mér í hvítum slopp þrammandi um ganga Landspítalans, lengra náði það ekki. Almennt þegar ég lít til baka í lífinu finnst mér iðulega sem ég hafi ekki beint tekið neinar ákvarðanir, heldur hafi hlutirnir æxlast á einhvern hátt. Þó að það sé án efa enn ein sönnunin fyrir mínu lélega minni.

Hálfgerð tilviljun varð til þess að ég fór fyrst út í geðlækningar. Þrátt fyrir að ég væri neðarlega í ráðningakerfi læknanema eftir 4. árið mitt, og fáar stöður í boði, bauðst mér að taka stöðu aðstoðarlæknis á Kleppi.

Hafandi enga reynslu af geðlækningum tóku á móti mér áhugaverð og krefjandi verkefni. Ég man enn eftir fyrsta viðtalinu mínu, sem var við mann í örlyndi. Ekki síður áhugaverðir voru geðlæknarnir, ólíkir þeim læknum sem ég hafði kynnst í hugsun og fasi. Sömuleiðis var annað tempó í vinnunni og ólík sýn á sömu vandamálin; líffræðileg, sálræn og félagsleg. Þessir kollegar spiluðu mikið inn í val mitt á geðlæknisfræði. Öflugir geðlæknar eins og Halldóra Ólafsdóttir, Engilbert Sigurðsson og Tómas Zoega voru mér miklar fyrirmyndir og eru enn.

Eftir menntaskóla stóð valið á milli sögu og læknisfræði. Eftir á að hyggja er áhuga mínum á sögu fólks einna best svalað í geðlæknisfræði. Forvitni (eða kannski frekar hnýsni) er kostur í geðlæknisfræði, því fátt er manni óviðkomandi þegar tekin er geðsaga. Við höfum fáar ef nokkrar mælingar eða rannsóknir sem aðstoða okkur í greiningu og meðferð. Sögutaka og geðskoðun er því lykillinn ásamt hæfileikanum til að mynda gott meðferðarsamband. Þó að lesturinn sé mikill er þetta afar mikið „learning-by-doing“, sem hentar mér, og að þróa með sér nef fyrir hlutunum.

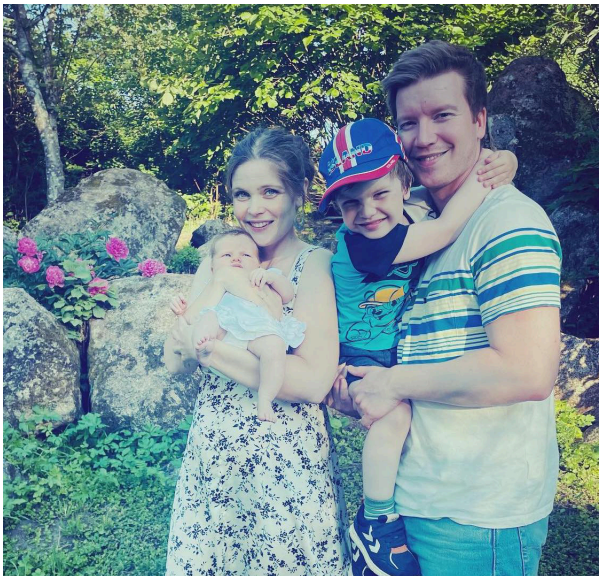
Allt frá taugalíffærafræðinni á fyrsta árinu hefur mér fundist heilinn áhugaverður. Verandi okkar flóknasta líffæri og það sem við vitum hlutfallslega minnst um. Ákaflega mörgum spurningum um meinafræði geðsjúkdóma er enn ósvarað. Fyrir vikið verður maður að geta þolað óvissuna. Lítið er um prótókolla eða klínískar leiðbeiningar, afar mikið kemur með reynslunni og töluvert er farið út fyrir ábendingar.

Eftir kandídatsárið fór ég í sérnámið á Landspítala. Eftir 2 ár hér heima flutti ég ásamt eiginkonu minni og tæplega 2ja ára syni okkar til London. Þar fór ég í sérnámsprógramm við Maudsley spítalann í suður hluta London. Námið var mjög krefjandi en sérlega gott (ekki það að ég hafi reynslu af mörgum öðrum). Vel var haldið utan um námslæknana og skipulag gott. Þar fyrir utan var London frábær staður að búa á. Stórborg með mikla fjölmenningu, endalaust af tónleikum, góðum mat og áhugaverðu fólki. Upplifunin að búa þar, var eftir á að hyggja, það sem ég græddi einna mest á.

Hálfgerð tilviljun varð til þess að ég fór fyrst út í geðlækningar. Þrátt fyrir að ég væri neðarlega í ráðningakerfi læknanema eftir 4. árið mitt, og fáar stöður í boði, bauðst mér að taka stöðu aðstoðarlæknis á Kleppi.

Við fluttum svo aftur heim sumarið 2013, eftir þrjú ár í London. Við mér tók starf á fíknigeðdeild Landspítala og hlutastarf í tilraunaverkefni á vegum Landspítala og Reykjavíkurborgar. Verkefnið var þróun og uppbygging á fyrsta geðheilsuteyminu. Fyrstu árin heima var einhver njálgur í mér og ég var með ýmsa hatta. Í ein þrjú ár, var ég á stofu að hluta, vann í matsteymi Laugarássins og á göngudeild fíknigeðdeildar. En alltaf var ég þó einn til tvo daga í geðheilsuteyminu. Eftir því sem það stækkaði jókst starfshlutfall mitt þar og hef ég verið þar í fullri vinnu síðastliðin fimm ár.

Mér finnst vinnan mín í dag áfram krefjandi og maður hættir víst aldrei að safna í reynslubankann. Þó er lærdómskúrvan ekki alveg eins brött og hún var áður. Sumir dagar eru erfiðari en aðrir, en áfram er þetta gefandi starf.



Við fjölskyldan á góðri stundu á midsommar. Birna, fædd um vornótt í Uppsölum, Embla, Heimir og Bjarni.

Bjarni Þorsteinsson
gigtarlæknir

Stoðsendingar

Nú er liðið hálft ár síðan við fjölskyldan fluttum heim frá Svíþjóð. Ef eitthvað er að marka fyrri pistla lipurra penna þá eru þetta varhugaverð tímamót. Drunginn yfir landinu og duttlungarnir í þjóðarsálinni skella á manni eins og stórsjór. Aðlögunarröskunin nær hámarki og maður bíður eftir að loks … aðlagast. Já, maður hefur svo sem reynslu af breytingum og nýjum aðstæðum. Nokkrum mánuðum eftir að við fluttum út til nýs lands með nýju tungumáli og nýrri vinnu skall á heimsfaraldur. Það var sérstakur tími og nokkuð einmanalegur en maður prísaði sig sælan að vera læknir og mega að minnsta kosti mæta í vinnuna! Gjáin á milli viðbragða Svía og Íslendinga við farsóttinni olli þó óneitanlega ákveðinni innri spennu. Á háskólasjúkrahúsinu í Uppsölum sáust ekki sprittbrúsar í marga mánuði og eitt ár leið þar til grímuskylda var lögð á innan veggja þess. Mikið mannfall varð snemma í faraldrinum, ekki síst á hjúkrunarheimilum. Kóngurinn baðst afsökunar. Á Íslandi var hvert smit greint og rakið og fylgst var með fólki með öppum og myndavélum. „Úff, Big Brother!" hrópuðu sænsku kollegarnir með hneykslunartón.

Það reyndist mikið lán að hafa endað á gigtardeildinni á Akademiska sjúkrahúsinu. Að sjálfsögðu var það fyrir atbeina góðs kollega, Siddýjar, sem lærði fagið þar á sínum tíma. Hún sendi tölvupóst á vinkonu sína og gigtarkollega sem þá var orðin framkvæmdastjóri sviðsins. Góð stoðsending þar. Eftir lauflétt viðtal bauðst mér staða til reynslu sem síðan varð að sérnámsstöðu. Hún var mögnuð þolinmæðin og velvildin sem nýju kollegarnir sýndu mér, hálfmállausum útlendingnum. Þeir hlógu sjaldan að mér (mun sjaldnar en tilefni var til) og leiðréttu mig nánast aldrei (sem er rannsóknarefni). Þeir höfðu líka töluverða trú á mér. Fljótlega eftir að ég hóf störf ætlaði góður yfirlæknir að leggja upp fyrir mig dauðafæri til að heilla prófessorinn sem aldrei þessu vant var mættur á morgunfund. Yfirlæknirinn var að presentera tilfelli sjúklings með Sjögrens og afbrigðilegar blóðprufur og bað mig að túlka blóðgösin. Ekki málið, hugsaði ég í einfeldni minni. Varð mér þá litið á talnaromsuna á glærunni og áttaði mig fljótlega á því að ég skildi ekkert nema pH-ið. Gildin voru greinilega í öðrum einingum en ég var vanur og engin normalmörk! Ekki bætti úr skák að ég kunni ekki sænska orðið yfir „eining" og gat því ómögulega útskýrt hvers vegna ég ætti í slíkum vandræðum með grundvallarlæknisfræði. Úr varð hik og hikst og ekki mjög imponeraður prófessor. Það skorar víst enginn úr öllum færum.

Ekki bætti úr skák að ég kunni ekki sænska orðið yfir „eining" og gat því ómögulega útskýrt hvers vegna ég ætti í slíkum vandræðum með grundvallarlæknisfræði. Úr varð hik og hikst og ekki mjög imponeraður prófessor.

Uppsalaárin voru frábær, bæði sérnámið sjálft og þau tvö ár sem ég vann sem sérfræðingur í gigtarsjúkdómum. Yfirlæknirinn reyndi í veikri von að stöðva heimflutninginn með því að gera mig að sérnámsstjóra í gigtarlækningum fyrir Mið-Svíþjóð, en það dugði ekki til. Því þó að við fjölskyldan hefðum haft það geysilega gott og eignast vini fyrir lífstíð er aðdráttarafl föðurlandsins óumdeilanlegt. Vissulega var fínt að geta hjólað allan veturinn og sjá sjúklingana á bráðamóttökunni hverfa einn af öðrum upp á deildir um miðja nótt. En hvers vegna að ryðja götur og stíga þegar maður getur látið snjóinn frjósa og þiðna á víxl og hvers vegna að meðhöndla sjúklinga á legudeildum þegar maður getur gert það á göngum bráðamóttökunnar? Kannski fleiri þurfi á góðri stoðsendingu að halda. Eða að minnsta kosti sparki í rassinn.



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

Auglýsing