

Úr fyrsta árgangi Læknablaðsins 1915

Læknablaðið 1915; 12:180-183

Insufficiencia cordis relativa chronica.

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

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

Meðferð. Fyrst og fremst er að hugsa um að

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

JÓN KRISTJÁNSSON.





Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir
hjartasérfræðingur

Hjartabilun þá og nú

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

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

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

Jón fjallar einnig um orsakir hjartabilunar og gerir þar allnokkuð úr álagi á hjarta, hvort heldur það er tengt sýkingum í öðrum líffæraakerfum, eins og lung-

um og meltingarvegi, eða hverslags andlegu álagi. Hann nefnir „exress.sexual“ og dettur mér í hug að ósæðarlokuleki af völdum sárasóttar liggi að baki, en það kann að vera langsótt. Offita og áfengisdrykkja er orsök hjartabilunar, en síður snapsar en bjór. Greinilega höfðu læknar á þessum tímapiði dregið þá ályktun að það væri vökvamagníð fremur en áfengið sem ylli vandanum. Sjúkdómar í sjálfu hjartanu, eins og til að mynda kransæðasjúkdómur, æðapelsbólga, hjartavöðvabólga eða gollurshússjúkdómur, koma nokkuð aftarlega í upptalningunni.

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

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

Það má til sanns vegar færa að mikil

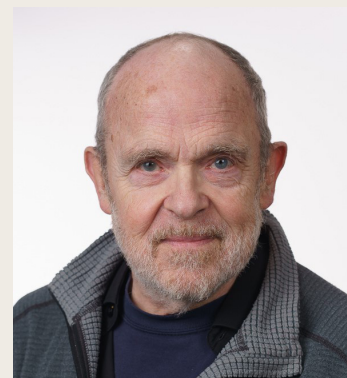
framþróun hefur orðið í greiningartækni hjartabilunar, þar sem ekki er lengur einvörðungu stuðst við sjúkrasögu og skoðun. Mestu framfarirnar urðu með tilkomu hjartaómskoðunar sem hefur þróast gríðarlega og gerir kleift að leggja mat á flesta þætti hjartastarfseminnar. Einnig getur segulómun af hjarta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

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

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



Jón Steinar Jónsson
heimilislæknir



Jósep Ó. Blöndal

Orthopedic medicine – stoðkerfisfræði á Íslandi

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

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

Eftir því sem undirritaður kemst



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

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

Jósep réðst sem yfirlæknir við St. Franciskuspítalann (SFS) í Stykkishólmi árið 1990. Honum var þá löngu orðin ljós sú brýna þörf sem var fyrir bætta þekkingu fagfólks í stoðkerfisfræði og fjölbreyttari úrræði fyrir sjúklinga með stoðkerfisverki, sérstaklega verki frá hálsi og baki. Með sína þekkingu og þjálfun í stoðkerfisfræði og skýra hugsjón að

vopni hófst hann handa við að byggja upp Háls- og bakdeild við St. Franciskuspítalann í Stykkishólmi ásamt Luciu de Korte yfirsjúkraþjálfara á spítalanum, auk þess sem hann hófst handa við að koma á laggirnar námskeiðum fyrir fagfólk í stoðkerfisfræði.

Þekkingu miðlað – námskeið í stoðkerfisfræði

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

Ný meðferðarúrræði – Háls- og bakdeildin í Stykkishólmi

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

Erlent tengslanet

Þekkingarleit Jóseps í stoðkerfisfræði, sérstaklega með áherslu á háls- og bakvandamál er fjölbreytt og viðmikil og hefur skapað grunn að þróun starfsemi Háls- og bakdeildar, svo og fyrir fræðslu



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

til almennings og fagfólks. Hann hefur verið virkur meðlimur í International Spine Intervention Society og American Association of Orthopedic Medicine, sótt námskeið og námsdvalir hjá leiðandi fagfólki á sviði stoðkerfisfræði beggja vegna Atlantsála og í Ástralíu. Jósep hefur lengi haft mikinn áhuga á eðli bakverkja, orsökum og áhættuþáttum ekki síst út frá mannfræðilegum og þróunarfræðilegum þáttum. Á því sviði hefur hann einnig verið í alþjóðlegu samstarfi, sérstaklega við prófessor Robert T. Anderson mannfræðing í Kaliforníu.

Fræðsla til almennings

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

Rannsóknir á hryggsúlu

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

svo og því sem kallað er sjálfbærni í heilbrigðisþjónustu.

Framtíð stoðkerfisfræði á Íslandi – enn skal ryðja braut

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

Stafrænan getur verið bæði jákvæð og neikvæð

110 árgangar þriðja elsta tímarits landsmanna skannaðir 1995–2004



Pröstur Haraldsson
blaðamaður

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

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

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

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

þjóðfélagi að setja nefnd í málið eða halda ráðstefnu.“

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

Rífasti gangur

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

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

Stafræn bylting blaðsins

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

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

Gagnid af grunninum

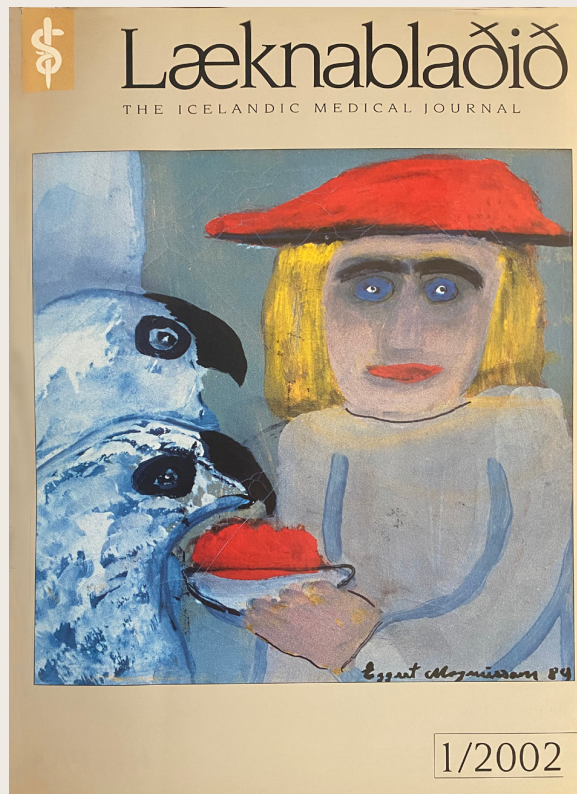
En þrátt fyrir þennan ágæta árangur var það þó eitt mál sem í baksýnispeglum mínum ber höfuð og herðar yfir aðra viðburði á þessum áratug. Þannig vildi til að ég var ráðinn til starfa í apríl 1998. Svo að segja sama daginn og ég mætti í Hlíðasmáránn var lagt fram frumvarp á Alþingi sem átti eftir að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

Umrætt stjórnarfrumvarp fjallaði um

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

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

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



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

Sameining og offita

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

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