LÆKNABLAÐIÐ • 7-8. tbl. 102. árg. • Júlí 2016

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

7-8/2016

102. árgangur: 317-368

2016; 102: 317-368

SPIOLTO® RESPIMAT®
(tíótrópíum/olodaterol)

NÝTT



Ný meðferð við langvinnri lungnateppu —byggð á sterkum rótum SPIRIVA[1-5]



- SPIOLTO RESPIMAT er SPIRIVA RESPIMAT eflt með STRIVERDI RESPIMAT[6]
- Virka efnið kemst langt niður í lungu sjúklinganna[7-9]
- Skammtur gefinn óháð innöndunarflæði[10]

SPIOLTO RESPIMAT — nýr möguleiki

Ábending: Berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni langvinnrar lungnateppu (LLT).

Boehringer Ingelheim

SPIOLTO® RESPIMAT®
TÍÓTRÓPÍUM OG OLODATEROL

Sérlyfjatexti á bls. 364

IS Spi-15-01-03 August 2015

Frá Orlofssjóði:
Sumarið er tíminn

Á bókunarsíðu Orlofssjóðs er margt í boði - fyrst og fremst eru það náttúrlega sumarhúsin sem LÍ á og leigir, en ekki bara það. Ekki má gleyma því að þar inni er líka hægt að festa kaup á miðum sem gefa afslátt af hótelgistingu víðs vegar um landið, og veiðikort af 35 veiðisvæðum, golfkortið sem greiðir leið inn á velli hringinn í kringum landið og útilegukortið sem gildir á öll helstu tjaldstæðin hérlendis. Allt þetta er í boði árið um kring, á stéttarfélagsverði, og er alls óháð punktainneign félagsmanna. Njótið lífsins á sumarlandinu okkar, rennið fyrir bröndu fjarri ys og þys og EM, reynið að para einhverja óparanlega holu á landsbyggðinni, til dæmis nr 7. á Meðaldalsvelli við Þingeyri í Dýrafirði, lúrið undir hótelþaki eða í tjaldi undir guðs eigin þaki.

- Gleðilegt sumar!
VS



LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Blómin, berin og laufin sem sjá má á forsíðumynd *Læknablaðsins* eru öll hekluð úr bómullarþræði, mótuð, stífuð og loks handlituð með vatnslit. Fyrirmyndirnar eru jurtir sem finnast í íslenskri náttúru, yfir 20 ólíkar tegundir lækningajurta sem öldum saman hafa verið nýttar til heilsubótar. Listakonan **Rósa Sigrún Jónsdóttir** (f. 1962) hefur sérhæft sig í gerð verka sem byggjast á sígildu handverki og krefjast tíma og natni. Hún hefur þannig reynt á eigin skinni kenningar um jákvæð áhrif tiltölulega einhæfrar en þó skapandi vinnu, og þekkt er að mörg vandamál hafa verið leyst yfir handavinnu. Í verkinu **Grös** (2016) sameinar hún þetta tvennt, heilnæmi handverks og gróðurs. Verkið var unnið í samstarfi við hóp handverkskvenna sem lögðu fram vinnu sína við að hekla smágerð laufblöð, blómknappa, ber og stilka. Afraksturinn var festur á stóran stöpul og myndar stóra grasabreiðu. Verkið er á sumarsýningu Listasafns Reykjavíkur.

Grasalækningar byggjast á alþýðuvitneskju sem varðveist hefur mann fram af manni. Hverri jurt fylgja ýmsir eiginleikar sem taldir eru gera gagn, inn- og útvortis. Handverkskonurnar sem unnu saman að verkinu deildu ýmsum sögum, gömlum og nýjum, sem Rósa Sigrún safnaði. Kom þá í ljós að ekki er einungis um að ræða seyði og smyrsl gegn forneskjukvillum heldur eru margar íslenskar jurtir taldar búa yfir áður óþekktum eiginleikum sem koma að gagni við nýsköpun á sviði lyfjafræðinnar.

Plönturnar í verki Rósu Sigrúnar eru aðalbláber, baldursbrá, birki, blágresi, brennisóley, engjamunablóm, engjarós, fjalldalafífill, fjalldrapi, geldingahnappur, holtasóley, holurt, hreindýramosi, mýrasóley, reyniviður,



rjúpnalauf, smári, túnfífill og vallhumall. Þátttakendur við að skapa hina hekluðu eftirlíkingu ásamt Rósu Sigrúnu voru Ásdís Birgisdóttir, Áslaug Anna Jónsdóttir, Ásthildur Jónsdóttir, Bryndís Björgvinsdóttir, Erla Sigtryggsdóttir, Halldóra Jónsdóttir, Heiðrún Kristjánsdóttir, Helga Hilmarsdóttir, Helga Pálína Brynjólfsdóttir, Hjördís Hannesdóttir, Hrafnhildur Sigurgeirsdóttir, Kristín Svavarsdóttir, Lene Zachariassen, Margrét Ólöf Ívarsdóttir, Sigríður Haraldsdóttir, Sigrún Helgadóttir, Sophie Schoonjans og Steinunn M. Steinars.

Rósa Sigrún stundaði nám við skúlptúrdeild Listaháskóla Íslands um aldamótin og útskrifaðist með bakkalárgráðu árið 2001. Ljósmyndari kápumyndar er Pétur Thomsen, en Rósa tók myndina hér fyrir ofan.

Markús Þór Andrésson

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Ritstjórn
Engilbert Sigurðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Gerður Gröndal
Hannes Hrafnkelsson
Magnús Gottfreðsson
Sigurbergur Kárason
Tómas Guðbjartsson
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari
Hávar Sigurjónsson
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Sigdís Þóra Sigþórsdóttir
sigdis@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1800

Prentun, bókband og pökkun
Prenttækni ehf.
Vesturvör 11
200 Kópavogi

Áskrift
12.900,- m. vsk.
Lausasala
1290,- m. vsk.

© 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

15 Spl 15-01-03 August 2015

7.-8. tölublað, 102. árgangur, 2016

LEIÐARAR



323

Þórarinn Tyrfingsson

Innlagnir unglinga á Vog helmingi færri nú er árið 2002

Þegar SÁÁ var stofnað 1977 var unglingadrykkja vel þekkt vandamál á Íslandi og unglingar 15-19 ára byrjuðu snemma að koma til meðferðar. Á 9. áratugnum fjölgaði þeim í meðferð og kannabisneysla þeirra varð algengari. Innlagnir urðu flestar 200 en síðan hefur dregið úr nýgengi innlagna yngri en 20 ára.



325

Hrólfur Brynjarsson

Fóstur- og nýburablóðrof, hver er staðan?

Saga fóstur- og nýburablóðrofs er dæmi um góðan árangur í nútímalæknisfræði. Frá því að birtingarmyndum sjúkdómsins var fyrst lýst um 1600, þar til eðli hans var skýrt og meðhöndlun og forvarnir lágu fyrir á okkar tímum.

FRÆÐIGREINAR

326

Þórdís Kristinsdóttir, Sveinn Kjartansson, Hildur Harðardóttir, Þorbjörn Jónsson, Anna Margrét Halldórsdóttir

Mótefni bundin við rauðkorn nýbura; orsakir og klínískar afleiðingar Tilfelli greind í Blóðbankanum 2005-2012

Lengst af voru mótefni gegn Rhesus D mótefnisvaka á rauðkornum fósturs algengasta orsök fóstur- og nýburablóðrofs en með tilkomu fyrirbyggjandi meðferðar gegn myndun anti-D ónæmisglóbúlíns er ABO-blóðflokkamisræmi nú algengasta orsökin á Vesturlöndum. Mótefnaskimun í meðgöngu og fyrirbyggjandi meðferð með Rhesus D ónæmisglóbúlíni (RhIg) var innleidd á Íslandi árið 1969 (Rhesus varnir) og beinist að RhD-neikvæðum konum eftir fæðingu RhD-jákvæðs barns og ef hætta er á að blóðblöndun hafi orðið milli móður og fósturs í meðgöngu, til dæmis eftir fósturlát, legvatnsástungu eða áverka. Víða í nágrannalöndum okkar fá allar RhD-neikvæðar mæður auk þess RhIg á síðasta þriðjungi meðgöngu í fyrirbyggjandi skyni.

332

Ólöf Dröfn Sigurbjörnsdóttir, Jóhanna Eyrún Torfadóttir, Anna Sigríður Ólafsdóttir, Laufey Steingrímsdóttir

Hamlandi viðhorf til eigin mataræðis - algengi og forspárþættir á Íslandi

Líðan og viðhorf fólks í tengslum við eigið mataræði hafa lítið verið rannsökuð á Íslandi. Í vestrænum samfélögum er lögð mikil áhersla á grannan og stæltan líkama en á æ fleiri þyngjast. Slíkar aðstæður geta alið á kvíða og stuðlað að hamlandi viðhorfum til matar og fæðuvals. Þau mældust algengari meðal kvenna en karla og ungur aldur, óánægja með eigin líkamsþyngd og hár líkamsþyngdarstuðull sýndu slík tengsl hjá báðum kynjum.

339

Guðrún Mist Gunnarsdóttir, Arna Guðmundsdóttir, Per Hellman, Peter Stålberg

Endurtekin krampaköst hjá ungri konu – sjúkratilfelli

18 ára hraust stúlka kom endurtekið á slysadeild á 6 vikna skeiði vegna krampakasta. Hún hafði ekki verið flogaveik og tók engin lyf. Myndrannsóknir og heilalínurit bentu ekki til flogaveiki. Hún mældist með lækkaðan blóðsykur í tvígang á slysadeild, 1,3 mmól/L og 1,7 mmól/L (4,0-6,0 mmól/L). Þá vaknaði grunur um að hún væri með insúlínmyndandi æxli.

Skrifstofur LÍ og Læknablaðsins í Hlíðasmára verða lokaðar frá 15. júlí til 2. ágústs.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



344

ÞYRLUVAKT LÆKNA

30 ár síðan þau fóru í loftið

Hávar Sigurjónsson

5 ungir læknar stofnuðu sjálfboðaliðasveit við björgunarsveitarþyrlu Landhelgisgæslunnar. *Læknablaðið* ræddi við nokkra þeirra, læknisfræðilegan stjórnanda og fyrstu konuna sem starfaði með sveitinni.

350

„Ég trúi því, sannleiki, að sigurinn þinn að síðustu vegina jafni“



Eyjólfur Þorkelsson

Það skiptir mestu að heilbrigðiskerfið sé sveigjanlegt, lagi sig að þörfum sjúklinganna og ákvarðanir um daglegan rekstur séu teknar nærri veitendum og þiggjendum.



354

Íslenskan er svo ríkt mál

Hávar Sigurjónsson

Nýja ljóðabókin hans Ferdinands Jónssonar, *Í úteyjum*, er afbragðs förunautur manns inn í sumarið.

358

„Hvað var sett í kássuna?“ eða um blöndun, líkingar og fleira

Bergljót Soffía Kristjánsdóttir, Guðrún Steinþórsdóttir

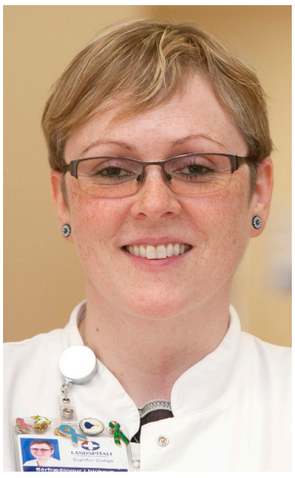
Hin alþekkta líking SKURÐLÆKNIRINN ER SLÁTRARI felur í sér að skurðlæknirinn er sýndur í neikvæðu ljósi.

363

Heilbrigðisvottorð farmanna: læknar þurfa viðurkenningu til að gefa út vottorðin

Hávar Sigurjónsson

Samgöngustofa segir að læknar þurfi þessa viðurkenningu frá 1. janúar 2017.



348

Frá mólekúli til mannsins í heild

Sigríður Zoëga um verkjateymi Landspítala

Hávar Sigurjónsson

Norræna verkjafræðifélagið hélt sitt 40. þing hér á landi í maí. Sigríður lektor við hjúkrunarfræðideild HÍ er forseti félagsins.



352

Mentoranámskeið á Siglufirði

Lærimeistarar læra meira

Hávar Sigurjónsson

40 sérfræðingar í heimilislækningum sátu námskeið fyrir lærimeistara í sérgreininni, því fyrsta sem haldið er eftir að ný reglugerð um sérnám í læknisfræði og kandídatanám tók gildi fyrir rúmu ári.

366

Kandídatar 2016 klárir í slaginn

65 nýir læknar komnir í markteiginn. Átta í Ungverjalandi, tveir í Danmörku og einn í Slóveníu. Fjórir útskrifuðust frá HÍ í febrúar.



ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



343

Ég á mér draum

Magdalena Ásgeirsdóttir

Ég á mér þann draum að sjá hugrakka karlmenn þora að koma fram og tala gegn ofbeldi. Þannig slá þeir vopnin úr höndum gerandanna.

LÖGFRÆÐI 19. PISTILL



351

Heilbrigðisþjónusta yfir landamæri

Dögg Pálsdóttir

Í júní gengu í gildi lög nr. 13/2016 um breytingu á lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008.



357

Þekkir þú þinn rétt? Frá FOSL

Hjalti Már Þórisson

Fjölskyldu- og styrktarsjóður LÍ (FOSL) varð til við kjarasamning sjúkrahúss- og heilsugæslulækna árið 2001.

EMBÆTTI LANDLÆKNIS

362

Ávísanir á ópíóíða og alvarleg fíkn

Magnús Jóhannsson, Anna Björg Aradóttir, Lárus S. Guðmundsson, Ólafur B. Einarsson

Mikil þörf er á úrræðum fyrir einstaklinga með langvinna verki utan spítala sem væri hægt að sinna með verkjateymi heilsugæslunnar.

Við áfengissýki





Antabus – *400 mg freyðitöflur*

Virkt innihaldsefni: Hver freyðitafla inniheldur 400 mg af dísúlfíram. **Ábendingar:** Áfengissýki. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir: Byrjunarskammtur 800 mg daglega í 2–3 daga. Viðhaldsskammtur: 100–200 mg daglega eða 600–800 mg tvisvar í viku. **Frábendingar:** Ómeðhöndlaðir hjartasjúkdómar, háþrýstingur, staðfest geðrof, alvarlegar vefrænar heilaskemmdir, alvarlegar persónuleikatruflanir, áfengisneysla, ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksverð í smásölu** (ágúst 2015): 400 mg, 50 stk: 10.538 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group hf. **Frekari upplýsingar:** www.actavis.is, s: 550 3300. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 14. febrúar 2012. *Ágúst 2015.*

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 518002

http://dx.doi.org/10.17992/lbl.2016.0708.88

Innlagnir unglinga á Vog helmingi færri nú en árið 2002

Þórarinn Tyrfingsson

forstjóri á Sjúkrahúsinu Vogi



thorarinn@saa.is

Árið 1977, þegar SÁÁ var stofnað, var unglingadrykkja vel þekkt vandamál á Íslandi og unglingar á aldrinum 15-19 ára byrjuðu snemma að koma þar til meðferðar. Á 9. áratugnum fjölgaði unglingum í meðferð jafnt og þétt og kannabisneysla varð algengari meðal þeirra. Á árunum 1995-2000 jukust innritanir áfengis- og vímuefnasjúklinga á aldrinum 15-19 ára á Vog skyndilega úr rúmlega 100 á ári í rúmlega 300 árlega á þessum aldri. Nýgengi ungu sjúklinganna varð mest árið 2002 og fór þá í rúmlega 800 á hverja 100.000 íbúa á aldrinum 15-19 ára. Síðan hefur dregið stöðugt úr nýgengi innlagna þeirra sem eru yngri en 20 ára og árið 2015 var það komið niður í tæp 300 á sama mælikvarða.

Sjúklingahópurinn sem kemur til afeitrunar hjá SÁÁ breytist ár frá ári. Á upphafsárunum settu túradrykkjumenn mestan svip á hópinn og hlutur kvenna fór hratt vaxandi, hlutfall þeirra fór úr 20% í rúm 30%. Um 1980 urðu kannabissjúklingarnir á aldrinum 20-30 ára meira áberandi í hópnum. Stóra breytingin kom svo 1983 þegar ungu kannabissjúklingarnir fóru að nota ólöglegt amfetamín í vaxandi mæli og sjúklingar sem notuðu vímuefni í æð sáust í fyrsta skipti í Reykjavík.

Upp úr 1995 fór neysla vímuefna hratt vaxandi á Íslandi og hélst mikil fram yfir aldamót. Kókaín kom til Reykjavíkur 1999 og vímuefnasjúklingar sem sprautað höfðu amfetamíni í æð sóttu í vaxandi mæli í morfín sem þeir leystu upp úr forðatöflum ætluðum verkjasjúklingum. Ástandið fór hratt versnandi en átakanlegast var þó að áður óþekktur fjöldi ungmenna 19 ára og yngri rataði í vímuefnavanda. Unglingar höfðu alla tíð verið hluti af sjúklingahópnum hjá SÁÁ en svo brá við rétt fyrir síðustu aldamót að fjöldi ungu einstaklinganna sem lagðist inn á Sjúkrahúsið Vog ríflega tvöfaldaðist árlega. Innritanirnar hjá þessum aldurshópi fóru vel yfir 300 á hverju ári og fjöldinn fór úr tæplega 100 í rúmlega 200 árlega. Ljóst var að í óefni stefndi.

SÁÁ brást við þessum vanda með því að byggja við Sjúkrahúsið Vog 11 rúma deild fyrir unglinga sem voru 19 ára og yngri og stórauka göngudeildarþjónustu. Unglingameðferðin var endurskipulögð og boðið upp á göngudeildarþjónustu fyrir unglingana og foreldra þeirra, bæði fyrir og eftir Vogsdvölina. Síðan hafa unglingar ekki þurft að bíða eftir leguplássi á Vogi.

Á síðustu 20 árum hefur umfang þjónustunnar fyrir unglinga verið mikið. Á árunum 1996-2015 leituðu 2853 einstaklingar (kvenhlutfall 37,7%) sem voru 19 ára eða yngri sér meðferðar í fyrsta sinn. Á sama árabili voru innritanir fyrir sama aldurshóp 6340. Það vímuefni sem gerir unglingana helst félagslega óvirka er kannabis en þeim stafaði einnig hætta af amfetamíni, e-pillu, morfíni og vímuefnaneyslu í æð.

Árangur í slíkri meðferð næst fyrst og fremst með mikilli vinnu, þrautseigju, fjármagni og góðum húsakosti. Skyndilausnir eru ekki til þó þeim sé oft lofað.

Meðferðin á Vogi bjargar mannslífum því að í ljós hefur komið að þrátt fyrir ýmiskonar meðferðarinngrip er þessi ungi sjúklingahópur í mun meiri hættu á að deyja ótímabært en jafnaldrar þeirra. Á árunum 2001-2005 var áhættan 11 sinnum meiri (*relative risk* 11,4) en 7 sinnum meiri á árabilinu 2005-2010 fyrir þá sem voru 15-19 ára. Sjúkrahúsið Vogur býður þessum hópi upp á flýti- og skyndiinnlagnir þar sem markmiðið er að koma jafnvægi á hættuástand vegna neyslunnar og í framhaldi að aðstoða foreldra og forráðamenn unglingsins við að skapa félagslega umgjörð og aðhald sem dregur úr alvarleika ástandsins.

Áhugahvöt unglinga til að breyta vímuefnaneyslunni er oft lítil framan af. Markmiðið er þá að fleyta hópnum í gegnum slysa- og sýkingahættur þar til samstarfsvilji skapast til markvissrar meðferðar. 678 úr þessum hóp hafa sprautað vímuefnum í æð og 475 byrjuðu á því fyrir tvítugt. 237 hafa fengið lifrarbólgu C og þar af 92 fyrir tvítugt. Í byrjun árs 2016 var ljóst að 168 þessara einstaklinga þurfa lyfjameðferð og 49 hafa þegar hafið slíka meðferð hjá SÁÁ og Landspítala þegar þetta er skrifað.

Meðferðin á Sjúkrahúsinu Vogi er oft upphaf að auknum lífsgæðum og varanlegu bindindi. Þegar sjúklingar undir tvítugu koma til meðferðar í fyrsta sinn er ekki hægt að vænta þess að nauðsynlegur samstarfsvilji skapist eins oft strax og hjá þeim fullorðnu. Margir hinna ungu eru líka hálfþvingaðir til meðferðar í fyrstu innlögn. Þrátt fyrir þetta næst oft góður árangur í fyrstu meðferð og margur unglingurinn kemur fljótt til endurinnlagnar með breytt hugarfar. 1487 einstaklingar af umræddum 2853 unglingum, eða 52%, hafa einungis komið á Vog einu sinni og 83% hafa verið þar þrisvar sinnum eða sjaldnar frá 1996-2015.

Ekkert heilbrigðisvandamál er jafn algengt og hættulegt fyrir unglinga og notkun vímuefna. Það er því fagnaðarefni að áfengis- og vímuefnavarnir Íslendinga hafi skilað svo góðum árangri að innlögnum vegna áfengis- og vímuefnasjúkdómsins hjá 15-19 ára ungmennum hafi fækkað um rúmlega helming frá árinu 2002.

Admissions of adolescents at Vogur have fallen by over 50% since 2002

Þórarinn Tyrfingsson MD
Head Physician at Vogur



Snorri Jónsson
Starfsmaður í Erninum

Búðu þig undir kröftuga framtíð

Fyrirtæki sem vilja vera í takti við samfélagið þurfa traustan samstarfsaðila sem fylgir þeim eftir á vegferðinni.

Pantaðu viðtal við fyrirtækjaráðgjafa á arionbanki.is/fyrirtaeki eða í síma 444 7000

Arion banki
– fyrir framtíðina

Örninn var stofnaður 1925 *til að reiðhjólavæða landið. Í dag tekur fyrirtækið þátt í samgöngubyltingunni sem mun breyta framtíðinni.*

http://dx.doi.org/10.17992/lbl.2016.0708.89

Fóstur- og nýburablóðrof, hver er staðan?

Hrólfur Brynjarsson

barnalæknir og sérfræðingur í nýburalækningum við vökudeild Barnaspítala Hringsins, Landspítala

hrolfurb@landspitali.is



Saga fóstur- og nýburablóðrofs (FNB) er með glæsilegri dæmum um góðan árangur í nútímalæknisfræði. Sú saga spannar allt frá því að einstökum birtingarmyndum sjúkdómsins var fyrst lýst, þar til eðli hans var skýrt og að lokum að því að meðhöndlun og forvarnir lágu fyrir.

Í dag vitum við að um er að ræða aukið niðurbrot rauðra blóðkorna fósturs og nýfædds barns vegna rauðkornamótefnamyndunar móður. Þessu samhengi var franskri ljósmóður, Louise Bourgeois, ekki ljóst fremur en öðrum á hennar tíma, þegar hún árið 1609 fyrst manna lýsti tveimur af þremur helstu birtingarmyndum sjúkdómsins. Um var að ræða tvíbura þar sem sá fyrri var með verulegan fósturbjúg og lést nánast strax eftir fæðingu og sá síðari með hratt versnandi gulu og lést einnig, þremur dögum síðar.[1] Í raun hafði báðum einkennum verið lýst talsvert fyrr, en aldrei áður þar sem nánast er öruggt að um FNB hafi verið að ræða. Ef ekkert er að gert er mikil hætta á fósturláti í kjölfar fósturbjúgs og versta mynd nýburagulu, kjarnagula, getur leitt til óafturkræfra heilaskemmda og jafnvel dauða. Þriðja helsta birtingarmynd sjúkdómsins er blóðleysi.

Meðferð beinist annars vegar að því að draga úr gulu, en það sem hins vegar hefur skipt hvað mestu máli eru forvarnir sem fyrirbyggja mótefnamyndun móður.

Í þessu tölublaði er birt rannsókn þar sem skoðuð eru algengi og orsakir mótefna bundin við rauðkorn nýbura og afleiðingar þess á þá. Unnið var úr öllum mótefnamælingum (DAT) sem gerðar voru á nýfæddum börnum á 8 ára tímabili. Öll börn Rh-neikvæðra mæðra voru skimuð, sem og börn mæðra með þekkta mótefnamyndun á meðgöngu. Mæður voru þó ekki skimaðar gagnvart hugsanlegri ABO-mótefnamyndun þar sem sú mæling hefur lágt forspárgildi varðandi hugsanlegt FNB. Jafnframt var mælingin gerð hjá stórum hluta barna með nýburagulu. Í ljós kom að stærstur hluti barna með rauðkornamótefni frá móður var með mótefni vegna ABO-misræmis, á meðan mótefni vegna Rhesusmisræmis var líklegra til vandræða. Þetta er í samræmi við erlendar rannsóknir þar sem hlutur Rhesus D mótefnamyndunar hefur farið snarminnkandi eftir að fyrirbyggjandi meðferðir urðu tiltækar eins og lýst er hér að neðan.

Mótefnaþáttur sjúkdómsins var þekktur frá því 1938[2] en það var ekki fyrr en 1968 að fyrirbyggjandi meðferð kom fram með Rhesus D ónæmisglóbúlíni (Rhlg). Við vorum strax ári seinna komin af stað með forvarnir á hér á landi, eins og nánar er greint frá í rannsóknninni í þessu blaði. Ekki er deilt um ágæti þessarar forvarnar á líf og heilsu nýbura í heiminum en hins vegar skortir gögn til þess að bera nákvæmlega saman breytinguna fyrir og eftir innleiðingu Rhlg. Gögn um dánartíðni fyrir innleiðingu gefa hins vegar ágæta hugmynd. Til að mynda er áætlað að um 1000 börn hafi látist árlega af völdum FNB í Englandi á þriðja og fjórða áratug síðustu aldar þegar heildar íbúafjöldi var tæplega 40 milljónir.[3]

Helstu meðferðarúrræðin eru ljósameðferð með blágrænu ljósi sem umbreytir bilirúbíni í vatnsleysanlegt form, og þegar gulan eða blóðrofið er komið á alvarlegra stig er tekið til blóðskipta. Blóðskipti stuðla að enn frekari lækkun bilirúbíns, leiðréttingu á blóðskorti en ekki síst að því að fjarlægja rauðkornamótefni. Þessari meðferð var fyrst beitt við FNB 1946.[4] Í rannsókninni sem rakin er í þessu tölublaði þurftu 8 börn á blóðskiptum að halda, 5 með mótefni gegn Rhesus blóðflokki og þrjú gegn ABO.

Dönsk rannsókn[5] sýndi fram á aukningu á tilfellum kjarnagulu undir lok 10. áratugarins þar sem orsakirnar voru ekki einhlítar, en meðal þess sem velt var upp sem hugsanlegum þáttum var minnkuð vitund um einkenni alvarlegrar gulu, breytt áhættumat, styttri sængurlegur og erfiðleikar við að meta gulu hjá börnum með dökka húð.

Þetta er mikilvæg áminning um það að þrátt fyrir miklar framfarir við að fyrirbyggja og meðhöndla FNB er full ástæða til að halda áfram vel á málum. FNB er ekki horfið, heldur haldið í skefjum með fyrirbyggjandi Rhlg-meðferð, greiningu rauðkornamótefna á meðgöngu og meðal barna með áhættu eftir fæðingu, klínísku mati eftir fæðingu, fræðslu foreldra sem og símenntunar starfsmanna sem að koma.

Í síbreytilegu umhverfi sjúkrahúsa, meðal annars með styttri sængurlegu en áður var, reynir enn frekar á samskipti og samvinnu okkar sem eigum hlut að máli, fæðingarlækna, ljósmæðra, nýburalækna og foreldra. Sofnum ekki á verðinum.

Heimildir

1. Bowman JM. Hemolytic disease of the newborn. Vox Sang 1996; 70 (suppl 3): 62-7.
2. Darrow RR. Icterus gravis (erythoblastosis) neonatorum. An examination of etiologic considerations. Arch Pathol 1938; 25: 378-417.
3. Mollison PL, Walker W. Controlled trials of the treatment of haemolytic disease of the newborn. Lancet 1952; i: 429-33.
4. Wallerstein H. Treatment of severe erythroblastosis by simultaneous removal and replacement of blood of the newborn. Science 1946; 103: 583-4.
5. Ebbesen F. Recurrence of kernicterus in term and near-term infants in Denmark. Acta Paediatr 2000; 89: 1213-7.

Hemolytic Disease of the Fetus and Newborn, where are we now?

Hrólfur Brynjarsson MD
The Children's Hospital Iceland, Landspitali University Hospital

http://dx.doi.org/10.17992/lbl.2016.0708.90

Mótefni bundin við rauðkorn nýbura; orsakir og klínískar afleiðingar

Tilfelli greind í Blóðbankanum 2005-2012

Þórdís Kristinsdóttir[1] læknanemi, **Sveinn Kjartansson**[2] læknir, **Hildur Harðardóttir**[1,3] læknir, **Þorbjörn Jónsson**[4] læknir, **Anna Margrét Halldórsdóttir**[4] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Fóstur- og nýburablóðrof stafar af eyðingu fósturrauðkorna vegna rauðkornamótefna móður. Rofið getur leitt til blóðleysis og fósturbjúgs á fósturskeiði og gulu hjá nýburum. Prófið *Direct Antiglobulin Test* (DAT) greinir mótefni bundin við rauðkorn og er hluti af greiningarferli rofsins. Á Íslandi er DAT gert á naflastrengs-/blóðsýnum nýbura ef móðir er RhD-neikvæð eða hefur rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B. Markmið rannsóknarinnar var að rannsaka orsakir og afleiðingar jákvæðs DAT hjá nýburum á Íslandi á 8 ára tímabili.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknarhópurinn var nýburar með jákvætt DAT á árunum 2005-2012. Úr tölvukerfi Blóðbankans voru sóttar upplýsingar um blóðflokk móður og barns, blóðgjafir og DAT. Úr mæðraskrá fengust upplýsingar um fæðingarþyngd, meðgöngulengd og ljósameðferð. Úr rafrænu sjúkraskrárkerfi Landspítala fengust upplýsingar um meðferð og afdrif nýbura.

Niðurstöður: Á árunum 2005-2012 greindust 383 nýburar með jákvætt DAT á Landspítala. Í 73,6% tilvika var orsökin ABO-blóðflokkamisræmi á milli móður og barns, hjá 20,4% voru rauðkornamótefni móður önnur en anti A/-B, hjá 3,9% hvort tveggja, en hjá 2,1% var orsök óljós. Alls fengu 179 (47,6%) börn meðferð vegna jákvæðs DAT með nýburagulu, þar af 167 (93,3%) ljósameðferð eingöngu. Átta nýburar þurftu blóðskiptameðferð, þar af 5 vegna Rhesus-mótefna en þrjú vegna ABO-blóðflokkamisræmis.

Ályktun: Jákvætt DAT hjá nýburum á Íslandi árin 2005-2012 stafaði í flestum tilvikum af ABO-blóðflokkamisræmi á milli móður og barns. Tæplega helmingur barnanna þurfti meðhöndlun en oftast nægði ljósameðferð. Í alvarlegustu tilfellum ABO-blóðflokkamisræmis eða rauðkornamótefna annarra en anti-A/-B var þörf á blóðgjöf eða blóðskiptameðferð.

Inngangur

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]barnadeild, [3]kvennadeild, [4]Blóðbanka Landspítala.

Fyrirspurnir: Anna Margrét Halldórsdóttir, *annamha@landspitali.is*

Greinin barst 23. október 2015, samþykkt til birtingar 13. maí 2016.

Höfundar hafa útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

Blóðflokkar byggja á mismunandi samsetningu mótefnisvaka á rauðum blóðkornum. Nú eru þekktir um 300 mismunandi blóðflokkamótefnisvakar sem tilheyra 30 blóðflokkakerfum en af þeim eru ABO- og Rhesuskerfin best þekkt og mikilvægust varðandi blóðgjöf.[1] ABO-blóðflokkakerfið samanstendur af tveimur ríkjandi mótefnisvökum (A og B) sem tvö ósamgena sykruensím mynda, en óvirk ensím einkenna blóðflokk O. Almennt eru anti-A og/eða anti-B mótefni í sermi til staðar gegn framandi A og/eða B mótefnisvaka frá þriggja til 6 mánaða aldurs.[2] Meginhluti anti-A og anti-B eru IgM-mótefni en ABO-blóðflokkamisræmi veldur aðeins vandamálum hjá fóstri ef móðir hefur háan styrk IgG anti-A og/eða anti-B mótefna og eru það helst mæður í O-blóðflokki.[3] Ólíkt ABO eru mótefnisvakar flestra annarra blóðflokkakerfa fjölpeptíð en ekki sykrur, til dæmis Rhesus, Kell, Kidd og fleiri. Mótefni gegn fjölpeptíðamótefnisvökum eru ekki til staðar frá náttúrunnar hendi en myndast nær eingöngu eftir næmingu, til dæmis við blóðgjöf eða á meðgöngu.[4]

Fóstur- og nýburablóðrof (*Hemolytic disease of the fetus and newborn*, FNB) stafar af eyðingu rauðkorna fósturs/nýbura vegna mótefna frá móður með tilheyrandi blóðleysi og/eða hækkun bilirúbíns hjá fóstri/barni. Alvarlegustu afleiðingar FNB eru fósturbjúgur á meðgöngu (*hydrops fetalis*) og kjarnagula (*kernicterus*) hjá nýbura.[5] Um miðja síðustu öld var FNB algengur sjúkdómur og fyrir árið 1945 létust 50% allra fóstra sem voru með sjúkdóminn.[6] Eftir að orsök sjúkdómsins varð ljós urðu miklar framfarir í meðferð og mæðravernd[7] og nú eru alvarlegir fylgikvillar og dauðsföll af völdum FNB og kjarnagulu sjaldséð á Íslandi.

Lengst af voru mótefni gegn Rhesus D (RhD) mótefnisvaka á rauðkornum fósturs algengasta orsök FNB, en með tilkomu fyrirbyggjandi meðferðar gegn myndun anti-D ónæmisglóbúlíns er ABO-blóðflokkamisræmi nú algengasta orsökin á Vesturlöndum.[6,8] Mótefnaskimun í meðgöngu og fyrirbyggjandi meðferð með Rhesus D ónæmisglóbúlíni (RhIg) var innleidd á Íslandi árið 1969 (Rhesus varnir)[9] og beinist að RhD-neikvæðum konum eftir fæðingu RhD-jákvæðs barns og ef hætta er á að blóðblöndun hafi orðið milli móður og fósturs í meðgöngu, til dæmis eftir fósturlát, legvatnsástungu eða áverka. Víða í nágrannalöndum okkar fá allar RhD-neikvæðar mæður auk þess RhIg á síðasta þriðjungi meðgöngu í fyrirbyggjandi skyni.[10]

Skimunarprófið *Direct antiglobulin test* (*DAT*, einnig kallað Coombs-próf) greinir mótefni bundin við rauð blóðkorn.[11] Notkun þess var fyrst lýst af Coombs og félögum árið 1946.[12] Á Íslandi er DAT gert á nafla-

Tafla I. *Fjöldi og niðurstöður allra DAT-prófa sem gerð voru á árunum 2005-2012.*

Ár	Jákvæð (fjöldi barna)	Neikvæð	Alls	Hlutfall jákvæð (%)
2005	51 (40)	729	780	6,5
2006	62 (50)	851	913	6,8
2007	50 (43)	822	872	5,7
2008	63 (56)	982	1045	6,0
2009	59 (50)	963	1022	5,8
2010	71 (57)	785	856	8,3
2011	46 (38)	762	808	5,7
2012	58 (49)	741	799	7,3
Alls	460 (383)	6635	7095	6,5

strengsblóði frá öllum nýburum RhD-neikvæðra mæðra og einnig nýburum kvenna sem greinst hafa með klínískt mikilvæg rauðkornamótefni á meðgöngu. Einnig er DAT gert á blóðsýni úr nýbura í völdum tilfellum, til staðfestingar á jákvæðu prófi eða til greiningar ef naflastrengssýni var ekki rannsakað. Prófið hefur mikið gildi fyrir rannsóknir á mótefnamiðluðu blóðrofi í nýburum og börn með jákvætt DAT fá almennt meðferð við nýburagulu við lægri skilmerki en önnur.[13] Ekki fá þó allir nýburar með jákvætt próf klíníska gulu og jákvætt DAT telst áhættuþáttur fyrir FNB en ekki örugg greining.[14] Hafi móðir fengið RhIg-gjöf á meðgöngu greinast allt að 15% nýbura með jákvætt próf vegna flutnings mótefna yfir fylgju.[15]

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna algengi jákvæðs DAT-prófs hjá nýburum á Landspítala á árunum 2005-2012, orsakir og klínískar afleiðingar fyrir fóstur/nýbura. Þessum upplýsingum hefur ekki verið safnað áður hér á landi.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og lýsandi. Tilskilin leyfi fengust frá Siðanefnd Landspítalans (nr. 41/2012), framkvæmdastjóra lækninga á LSH og Persónuvernd (nr. 2012111300HGK). Niðurstöður voru unnar úr gögnum frá tölvukerfi Blóðbankans (ProSang), úr rafrænu sjúkraskárkerfi Landspítalans (Sögu) og pappírsskrám frá Blóðbanka, Barnaspítala Hringsins og kvennadeild Landspítalans.

Rannsóknarhópurinn var nýburar sem greindust með jákvætt DAT samkvæmt gögnum Blóðbankans á 8 ára tímabili, 2005-2012. Nýburar voru skilgreindir sem börn yngri en eins mánaðar gömul. Skrá yfir öll DAT-próf sem voru framkvæmd í Blóðbankanum á þessu ákveðna tímabili var unnin úr tölvukerfi Blóðbankans (ProSang). Einstaklingar sem ekki töldust nýburar eða voru með neikvætt DAT voru útilokaðir frá rannsókninni. Úr ProSang fengust einnig upplýsingar um blóðflokk, dagsetningar prófs, líklega orsök jákvæðs prófs og hvort einstaklingar hefðu fengið blóðgjöf eða -skipti. Til þess að sannreyna áreiðanleika tölvugagna voru niðurstöður DAT fyrir árin 2010-2012 borin saman við pappírsskrár Blóðbankans.

Nafni og kennitölu móður hvers nýbura var flett upp í Þjóðskrá. Úr tölvukerfi Blóðbankans fengust upplýsingar um blóðflokk móður, rauðkornamótefni og blóðinngjafir fyrir meðgöngu.

Tafla II. *ABO-blóðflokkur móður og barns í rannsóknarhópnum.*

ABO blóðflokkur barns	ABO blóðflokkur móður					
	A	AB	B	O	X*	Alls
A	17	0	1	218	1	237
AB	2	0	3	0	0	5
B	0	0	2	59	1	62
O	3	0	4	19	0	26
X*	13	1	4	35	0	53
Alls	35	1	14	331	2	383

*blóðflokkur ópekktur

Úr mæðraskrám og barnablöðum einstaklinga í úrtakinu voru skráðar upplýsingar um meðgöngulengd, fæðingarþyngd, fæðingarmáta, ljósameðferð og bilirúbín-blóðgildi. Frekari upplýsingar um meðferð og afdrif barna fengust úr rafrænu sjúkraskrárkerfi Landspítalans.

Úr Landsskrá fæðinga fengust upplýsingar um fjölda fæðinga á kvennadeild Landspítala á rannsóknartímabilinu. Upplýsingar um fjölda fæðinga á Íslandi þau ár sem rannsóknin náði til voru fengnar á vef Hagstofu Íslands.

Upplýsingar voru skráðar í Excel-töflureikni sem var notaður við úrvinnslu, uppsetningu gagna og útreikninga. Niðurstöður eru birtar sem meðaltöl ± staðalfrávik (miðgildi, spönn) nema annað sé tekið fram. Samanburður á milli hópa var gerður með ópöruðu t-prófi fyrir samfelldar breytur og Fisher's exact prófi fyrir nafnabreytur.

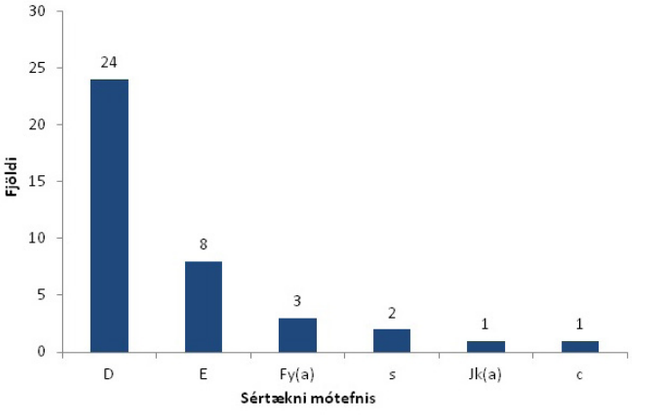
Niðurstöður

Rannsóknarhópinn mynduðu 383 nýburar sem fæddust á árunum 2005-2012 og voru með jákvætt DAT samkvæmt skráningu í tölvukerfi Blóðbankans, 194 drengir (50,6%) og 189 stúlkur (49,4%). Stærsti hluti hópsins fæddist á fæðingadeild Landspítala en 11 nýburar fæddust utan höfuðborgarsvæðisins. Meðgöngulengd var að meðaltali 276 ± 15 dagar (miðgildi 279, spönn 167-296 dagar), eða að meðaltali 39 vikur og 3 dagar ± 2 vikur og 1 dagur (39 vikur og 5 dagar, frá 23 vikum og 6 dögum til 42 vikna og 2 daga). Fæðingarþyngd var 3495 ± 615 g (3523 g, 585-5345 g). Í hópnum fæddust 270 (70,5%) um leggöng, 79 (20,6%) með keisaraskurði, 31 (8,1%) með hjálp sogklukku/tangar en þrjú börn (0,8%) voru andvana fædd. Andlát þeirra voru ótengd mótefnamyndun en eitt þeirra lést vegna sýkingar, hjá öðru var naflastrengur vafinn um háls og hjá því þriðja var dánarorsök óljós. Fjöldi mæðra var 344; tvær konur áttu þrjú börn, 37 áttu tvö börn og 303 áttu eitt barn í rannsóknarhópnum.

Samtals voru gerð 7095 DAT-próf á nýburum á rannsóknartímabilinu, eða á bilinu 780-1045 árlega (tafla I). Af þessum 7095 prófum reyndust 460 vera jákvæð (6,5%). Þessi 460 próf voru gerð á 383 börnum, en fyrir 77 þeirra voru gerð tvenn próf, það seinna til staðfestingar á því fyrra. Prófið var ýmist gert á naflastrengsblóðsýni eða blóðsýni úr nýbura, og stundum hvoru tveggja. Fyrsta jákvæða DAT-próf var í 219 tilfellum (57,2%) naflastrengssýni (59 síðar staðfest með blóðsýni) og í 164 tilfellum (42,8%) blóðsýni (18 síðar staðfest með öðru blóðsýni).

Tafla III. *Orsök jákvæðra DAT-prófa hjá nýburum árin 2005-2012.*

Ár	Rauðkorna-mótefni gegn A eða B	Önnur rauðkorna-mótefni en anti-A/-B	Bæði anti-A/-B og önnur rauðkorna-mótefni	Orsök óljós	Heildar-fjöldi
2005	35	4	1	0	40
2006	32	11	4	2	49
2007	30	10	1	3	44
2008	41	12	3	0	56
2009	36	12	1	1	50
2010	41	14	1	1	57
2011	29	7	1	1	38
2012	38	8	3	0	49
Alls	282	78	15	8	383



Mynd 1. *Sértækni rauðkornamótefna annarra en anti-A/-B þegar aðeins eitt mótefni var til staðar hjá móður nýbura með jákvætt DAT-próf.*

Í langflestum tilfellum (86,4%) var móðir barna í rannsóknarhópi í O-blóðflokki (tafla II). Algengasta blóðflokkasamsetningin var móðir í blóðflokki O sem gekk með barn í blóðflokki A (56,9%) en næstalgengast var móðir í flokki O sem gekk með barn í flokki B (15,4%). Í 53 tilfellum hafði ekki tekist að blóðflokka barn þegar DAT var gert og í tveimur tilvikum var blóðflokkur móður óþekktur. DAT á naflastrengssýni er staðalrannsókn hjá nýburum RhD-neikvæðra mæðra og mæðra með rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B á meðgöngu. Í rannsóknarhópnum var um helmingur (51,4%) mæðranna RhD-neikvæður, tæpur þriðjungur (29,0%) mæðranna hafði þekkt rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B á meðgöngu en 16,2% voru bæði RhD-neikvæðar og með rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B. Hjá rúmum þriðjungi hópsins (35,3%) voru mæður hvorki RhD-neikvæðar né með þekkt rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B.

Í langflestum tilfellum, alls 282 (73,6%), var líkleg orsök jákvæðs DAT ABO-misræmi á milli móður og barns (tafla III). Í 78 (20,4%) tilfella var orsökin rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B hjá móður, hjá 15 (3,9%) var um að ræða bæði ABO-misræmi og rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B, en hjá 8 börnum, eða 2,1%, var orsök óþekkt. Í öllum þeim 15 tilfellum þar sem bæði var um ABO-misræmi og rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B að ræða var mótefnið með sértækni gegn Rhesus-mótefnavaka (10 með anti-D, 5 með anti-E). Í þeim tilfellum þar sem um anti-D, auk anti-A/-B, var að ræða hafði móðir fengið fyrirbyggjandi RhIg á meðgöngu. Í þeim tilfellum þar sem móðir myndaði bæði anti-A og anti-E var ýmist talið að jákvætt próf væri vegna anti-A (n=1) eða vegna anti-E (n=4). Þegar ABO-blóðflokkamisræmi olli jákvæðu DAT var algengast að móðir í blóðflokki O gengi með barn í blóðflokki A, en sú var raunin í 203 (72,0%) tilfella. Í 59 (20,9%) tilfella var móðir í blóðflokki O og barn í blóðflokki B. Samtals var móðir í blóðflokki O í 98,2% allra tilfella þar sem jákvætt DAT stafaði af ABO-misræmi. Í þeim þremur tilfellum sem móðir var ekki í blóðflokki O var barnið í blóðflokki AB.

Tafla IV. *Meðhöndlun nýbura með jákvætt DAT-próf á rannsóknartímanum.*

Ár	Ljósa-meðferð	Blóð-gjöf	Blóð-skipti	Engin	Hlutfall barna sem fékk meðferð (%)
2005	19	0	0	21	47,5
2006	24	1	1	24	50,0
2007	22	0	4	20	52,4
2008	27	1	1	29	48,2
2009	27	1	2	21	56,3
2010	30	1	0	27	52,6
2011	14	0	0	24	36,8
2012	15	1	0	31	34,0
Alls	178	5	8	197	47,6

Rauðkornamótefni frá móður, önnur en anti-A/-B, voru orsök jákvæðs DAT hjá 78 nýburum á tímabilinu. Tíu mæður áttu tvö börn í þessum hópi svo fjöldi mæðra með rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B var 68. Hjá 39 börnum greindist aðeins eitt mótefni hjá móður, hjá 32 greindust tvö mótefni, en þrjú eða fjögur mótefni greindust í 7 tilfellum. Þar sem eitt mótefni greindist var oftast um anti-D (n=24, 61,5%) að ræða en næstalgengasta staka mótefnið var anti-E (n=8, 20,5%) (mynd 1). Algengasta samsetning þegar um mótefni gegn tveimur mótefnavökum var að ræða var anti-c með anti-E (n=18), eða anti-c með anti-D (n=5), en aðrar samsetningar voru sjaldgæfari. Hjá 7 nýburum greindust þrjú eða fjögur mótefni í 6 mismunandi samsetningum, en anti-D var til staðar hjá öllum nema einu tilfelli. Af 68 mæðrum með rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B höfðu 15 (22,1%) fengið blóðgjöf fyrir meðgöngu. Mæður nýbura með jákvætt DAT af öðrum sökum (til dæmis ABO-misræmi) höfðu marktækt sjaldnar fengið blóðgjöf fyrir meðgöngu, eða 13 af 276 konum (4,7%) (P<0,0001). Í 5 af 7 tilfellum (71,4%) þar sem fleiri en eitt rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B greindust hafði móðir fengið blóðgjöf fyrir meðgöngu.

Í engri meðgöngu í þessari rannsókn var framkvæmd blóðgjöf til fósturs um naflastreng vegna teikna um alvarlegt blóðrof. Nægilegar upplýsingar um meðferð nýbura voru til staðar fyrir 376 börn af 383 í rannsóknarhópnum en af þeim fengu 179 (47,6%) einhvers konar meðferð yfir rannsóknartímabilið (tafla IV). Hefðbundin meðferðarúrræði eru ljósameðferð, blóðgjöf og blóðskipti. Algengasta meðferðin var ljósameðferð og var hún veitt 178 börnum (47,3%), en af þeim fengu þrjú börn til viðbótar blóðgjöf,

Tafla V. *Nýburar í rannsóknarhópnum sem voru meðhöndlaðir með blóðskiptameðferð.*

Tilfelli	Fæðingarár	Rauðkorna-mótefni	Meðgöngu-lengd (dagar)	Serum bílirúbin (µmol/L)		Ljósameðferð		Blóðgjöf	Blóðskipti
				Hæsta gildi	Aldur barns*	Aldur barns**	Lengd (dagar)		Aldur barns**
1	2006	Anti-c, E	266	252	1	0	4	nei	1
2	2007	Anti-D	256	161	0	1	4	nei	1
3	2007	Anti-A	281	420	3	3	4	nei	3
4	2007	Anti-D	265	300	1	1	5	nei	1
5	2007	Anti-B	276	317	1	1	2	nei	1
6	2008	Anti-B	287	393	1	1	3	nei	1
7	2009	Anti-D	273	326	2	2	4	já	2
8	2009	Anti-D	273	235	0	1	4	nei	1

*Aldur barns í dögum eftir fæðingu þegar hæsta gildi bilirúbíns mældist. **Aldur barns í dögum eftir fæðingu við upphaf meðferðar.

sjö einnig blóðskipti og eitt barn fékk allt þrennt; ljósameðferð, blóðgjöf og blóðskipti. Orsök jákvæðs DAT hjá þeim 168 börnum sem fengu eingöngu ljósameðferð var í 79,6% tilvika ABO-blóðflokkamisræmi en rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B í 18,6% tilvika. Hæsta gildi serum bilirúbíns fyrir eða á meðan ljósameðferð stóð var skráð fyrir 162 börn og var að meðaltali 245 µmol/L ± 70 µmol/L (251 µmol/L, 91-465 µmol/L). Hæsta gildi mældist á fyrsta til 10. sólarhring eftir fæðingu en oftast eftir tvo sólarhringa. Ljósameðferð hófst oftast eftir einn (n=63) eða tvo (n=46) sólarhringa frá fæðingu en í sumum tilfellum strax á fyrsta sólarhring (n=22). Börn með jákvætt DAT vegna rauðkornamótefna annarra en anti-A/-B fengu marktækt lengri ljósameðferð en börn með ABO-misræmi sem orsök jákvæðs prófs (3,1 ± 2,1 dagar á móti 2,4 ± 1,3, P<0,05).

Alls fengu 12 börn blóðgjöf en af þeim fengu 7 börn blóð vegna annarra ástæðna en blóðrofs, svo sem vegna skurðaðgerða eða tíðrar blóðsýnatöku og falla þau ekki undir þennan flokk. Á tímabilinu fengu því 5 börn blóðgjöf vegna FNB. Þrjú börn höfðu mótefni gegn RhD, eitt gegn c/E og eitt hafði anti-B. Öll börn fyrir utan eitt fengu ljósameðferð fljótlega eftir fæðingu en þurftu síðar blóðgjöf vegna lágs blóðrauðagildis við tveggja til fjögurra vikna aldur.

Alls fengu 8 börn í rannsóknarhópnum blóðskiptameðferð (tafla V) og voru þau öll fædd á árunum 2006-2009. Um var að ræða ABO-blóðflokkamisræmi hjá þremur nýburum en Rhesus- rauðkornamótefni hjá 5. Vitað var um mótefnamyndun á meðgöngu hjá þessum 5 mæðrum og voru þær í viðeigandi eftirliti. Hjá þremur greindist marktæk hækkun á mótefnastyrk á meðgöngu (tilfelli #1, #2 og #7) en ekki hjá hinum tveimur (tilfelli #4 og #8). Hjá mæðrum þriggja barna (tilfelli #2, #4 og #7) var fæðing framkölluð vegna teikna um blóðrof hjá fóstri. Hjá einni var framkölluð fæðing vegna gallteppu, eitt barn fæddist með bráðakeisaraskurði vegna tepptra hríða af völdum misræmis fósturs og grindar, en þrjú fæddust með eðlilegri fæðingu. Öll börnin fóru í ljósameðferð fyrir og/eða eftir blóðskiptin.

Af nýburum með jákvætt DAT vegna rauðkornamótefna annarra en anti-A/-B fengu 52,6% meðferð en 49,1% þeirra þar sem um ABO-blóðflokkamisræmi var að ræða. Hlutfallslega fleiri fengu meðferð vegna anti-B (62,9%) en vegna anti-A (45,2%) (P<0,05). Meðgöngulengd við fæðingu var marktækt styttri (272,3 ± 18,4 á móti 279,9 ± 10,0 dagar) og fæðingarþyngd lægri (3390,9 ± 654,9 á móti 3586,4 ± 573,2 g) hjá nýburum sem fengu meðferð samanborið við þá sem ekki fengu meðferð (P<0,001). Eins og áður segir fékk ekkert fóstur blóðgjöf um naflastreng (*intrauterine transfusion*) í rannsóknarhópnum á rannsóknartímabilinu.

Umræða

Hlutfall jákvæðra DAT-prófa hjá nýburum á tímabilinu var 6,5%. Þetta hlutfall er litlu lægra en í rannsókn sem gerð var árið 2000 í Kaliforníu, en þar var hlutfall jákvæðra prófa 7,9%.[16] Í þeirri rannsókn var DAT gert hjá börnum allra kvenna sem voru í blóðflokki O eða voru RhD-neikvæðar. Hér á landi er venjan að gera DAT ef móðir er RhD-neikvæð eða ef rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B hafa greinst hjá móður á meðgöngu. Áhugavert er að hlutfall jákvæðra prófa var hærra í Kaliforníu þar sem skilyrði fyrir framkvæmd prófs eru rýmri en hér á landi. Sú staðreynd að algengasta ástæða jákvæðs DAT-prófs í þessu rannsóknarþýði var ABO-blóðflokkamisræmi gæti bent til vangreiningar á jákvæðu DAT vegna ABO-misræmis á Íslandi þar sem ekki er reglan að prófa nýbura allra mæðra í blóðflokki O. Í annarri rannsókn sem gerð var á Nýja-Sjálandi árið 2001 á 660 nýburum höfðu aðeins 3,5% jákvætt DAT.[14] Lægra hlutfall jákvæðra prófa í þeirri rannsókn má líklega skýra með því að þar var DAT gert hjá öllum nýburum sem lagðir voru inn á sængurdeild, óháð blóðflokkasamsetningu móður og barns.

Rhesus-varnir hafa fækkað til muna meðgöngum með anti-D mótefnamyndun bæði hérlendis og erlendis. Rannsókn á greiningum blóðflokkamótefna í meðgöngu á Íslandi árin 1970-1984 sýndi greinilega lækkun á tíðni anti-D-mótefnamyndunar hjá Rhesus D-neikvæðum konum á rannsóknartímanum.[9] Í okkar rannsóknarhóp greindist þó anti-D mótefni í 46,2% tilfella þar sem jákvætt DAT stafaði af rauðkornamótefni öðru en anti-A/-B. Þetta er talvert hærra hlutfall anti-D mótefna en í Bandaríkjunum þar sem ráðlagt er að gefa öllum RhD-neikvæðrum mæðrum fyrirbyggjandi RhIg bæði á síðasta þriðjungi meðgöngu og eftir fæðingu[8]. Þetta vekur upp þá spurningu hvort rétt væri að taka upp sams konar stefnu og í Bandaríkjunum, Bretlandi og víðar og gefa reglubundið RhIg á miðri meðgöngu í þeim tilgangi að lækka tíðni anti-D mótefnamyndunar. Sú ráðstöfun myndi reyndar líklega leiða til fjölgunar á falsk-jákvæðum DAT-prófum samkvæmt nýlegri rannsókn frá Ástralíu. Innleiðing reglubundins fyrirbyggjandi RhIg á

meðgöngu í þeirri rannsókn fjölgaði jákvæðum DAT- prófum nýbura umtalsvert og var skýringin talin óvirkur flutningur anti-D mótefnis yfir fylgju til fósturs.[17]

Áhugavert var að yfir 20% mæðra nýbura með jákvætt DAT-próf vegna rauðkornamótefna annarra en anti-A/-B höfðu fengið blóðgjöf fyrir meðgöngu en aðeins tæp 5% mæðra annarra barna í rannsókninni. Þetta kemur heim og saman við þá staðreynd að þótt parað sé fyrir helstu mótefnisvökum við blóðgjöf getur næming fyrir öðrum mótefnisvökum átt sér stað.[18] Anti-Kell (K) er sérstakt í þessu samhengi en bandarísk rannsókn sýndi að 2/3 kvenna með það mótefni höfðu sögu um fyrri blóðgjöf.[19] Í okkar rannsókn hafði aðeins ein af fjórum konum með Kell-mótefni sögu um blóðgjöf, en lægra hlutfall má skýra með því að hér á landi er konum á barneignaraldri gefið Kell-neikvætt blóð samkvæmt verklagi Blóðbankans. Í ljósi þessara niðurstaðna má velta því fyrir sér hvort rétt væri að gefa konum á barneignaraldri rauðkornaeiningar sem væru samræmanlegar hvað varðar fleiri mótefnavaka til þess að forðast næmingu gegn þeim.

Af þeim nýburum sem voru með jákvætt DAT vegna anti-A fengu 45,2% meðferð en marktækt hærra hlutfall þeirra sem voru með anti-B, eða 62,9%. Af þeim börnum sem fengu blóðskipti var eitt tilfelli vegna anti-A en tvö vegna anti-B þó svo að 3,5 sinnum fleiri tilfelli ABO-blóðflokkamisræmis hafi greinst hjá börnum í blóðflokki A. Þetta bendir til þess að anti-B mótefni hafi almennt alvarlegri afleiðingar í för með sér en anti-A og samrýmist sú ályktun niðurstöðum annarra rannsókna.[20] Nýburar mæðra með rauðkornamótefni önnur en anti-A/-B fengu marktækt lengri ljósameðferð en aðrir nýburar. Þessi börn voru 80,0% þeirra sem fengu blóðgjöf og 62,5% þeirra sem fóru í blóðskipti, þrátt fyrir að vera aðeins 20,4% alls rannsóknarhópsins. Þetta er í samræmi við þá almennu skoðun að ABO-blóðflokkamisræmi valdi vægari tilfellum af FNB samanborið við önnur rauðkornamótefni.[5, 21]

Athygli vekur að af þeim 8 nýburum sem þurftu blóðskipti var jákvætt DAT í þremur tilfellum vegna ABO-blóðflokkamisræmis, en eins og áður hefur komið fram er almennt talið að anti-A og anti-B mótefni valdi vægari FNB en Rhesus-mótefni. Hjá þessum þremur börnum var DAT ekki gert fyrr en við 1-3 daga aldur en ekki við fæðingu. Hefði DAT verið gert strax eftir fæðingu og hækkun á bilirúbíngildum nýburans greinst í kjölfarið, hefði ljósameðferð getað hafist fyrr og hugsanlega hefði verið komist hjá blóðskiptameðferð. Þetta styður þá hugmynd að gera eigi DAT á naflastrengsblóði barna allra kvenna í O-blóðflokki líkt og tíðkast í sumum löndum.[22,23] Kanadísk rannsókn birt 2006 benti til hárrar tíðni endurinnlagna nýbura vegna gulu og alvarlegs FNB, oftast vegna ABO-misræmis, og að þörf væri á aðgerðum til þess að bæta tímanlega greiningu nýburagulu.[24] Hins vegar er notkun DAT-prófs á naflastrengsblóði sem skimtæki hjá öllum mæðrum í O-blóðflokki ekki óumdeild þar sem þessi aðferð hefur takmarkað forspárgildi fyrir FNB og hefur kostnað í för með sér.[25] Þó er mikilvægt að koma upp skilvirku kerfi til þess að spá fyrir um og/eða greina snemma nýburagulu af völdum blóðrofs þar sem mæður og nýburar eru að jafnaði útskrifuð af fæðingardeild innan við sólarhring frá fæðingu og erfitt getur verið að greina gulu út frá húðlit barnsins eftir útskrift.

Eftir að farið var að nota ljósameðferð í auknum mæli hefur blóðskiptameðferðum fækkað til muna og hafa blóðskipti ekki verið gerð á nýbura hér á landi síðan árið 2009. Hugsanleg skýring er bætt eftirlit á meðgöngu og tímanlegt inngrip ef merki eru um alvarlegt blóðrof. Enn fremur tíðkaðist áður fyrr að meðhöndla börn með alvarlegt blóðrof frekar með blóðskiptum en ljósum, því blóðskipti minnkuðu áframhaldandi blóðrof og þar með líkur á því að börnin þyrftu blóðgjöf síðar. Hin seinni ár hafa börn með alvarlegt blóðrof hins vegar fremur verið meðhöndluð með kröftugri ljósameðferð og þannig reynt að forðast blóðskipti. Aðrir meðferðarkostir en blóðskipti hafa verið reyndir, og rannsóknir hafa sýnt að fyrirbyggjandi ónæmisglóbúlínmeðferð hjá nýburum með FNB getur dregið úr lengd ljósameðferðar og sjúkrahúsdvalar, þó ekki hafi verið sýnt fram á að slík meðferð dragi úr þörf á blóðskiptameðferð.[26, 27] Einn nýburi með FNB hefur verið meðhöndlaður með háskammta ónæmisglóbúlíni á Íslandi svo vitað sé. Þó fækkun blóðskipta sé vissulega jákvæð þróun leiðir hún óhjákvæmilega af sér færri tækifæri til þjálfunar starfsfólks Landspítala í framkvæmd blóðskipta. Með minnkandi reynslu eykst áhættan við meðferð og einnig er hugsanlegt að læknar veigri sér við að beita henni. Ekki eru til íslenskar klínískar leiðbeiningar um blóðskiptameðferð nýbura en erlendar leiðbeiningar eru hafðar til hliðsjónar. Gagnlegt væri að útbúa klínískar leiðbeiningar sem taka mið af fyrri reynslu, aðstæðum og öðrum verklagsreglum hér á landi.

Niðurlag

Helstu niðurstöður þessarar rannsóknar voru að meirihluti jákvæðra DAT-prófa á árunum 2005-2012 var vegna ABO-blóðflokkamisræmis og nánast helmingur þeirra barna þurfti meðferð, þar af þrjú blóðskiptameðferð. Í ljósi þessara niðurstaðna er rétt að hugleiða hvort gera ætti DAT-próf á naflastrengssýnum nýbura allra mæðra í blóðflokki O eða innleiða aðrar aðferðir til þess að greina nýburagulu snemma. Anti-D er algengara á meðgöngu hérlendis en víða erlendis þar sem reglubundin gjöf RhIg á meðgöngu hefur verið innleidd. Stefnt er að innleiðingu á fyrirbyggjandi gjöf RhIg á meðgöngu á Íslandi og verður gjöf RhIg stýrt með sameindaerfðafræðilegri greiningu á RhD blóðflokki fósturs með blóðsýni frá móður svo einungis RhD neikvæðar mæður sem ganga með RhD jákvæð fóstur fá RhIg. Blóðskiptameðferðir á nýburum vegna FNB voru fáar á rannsóknartímabilinu og má sennilega rekja það til bættrar greiningartækni, eftirlits og öflugri ljósameðferðar. Gagnlegt væri að gera sérislenskar klínískar leiðbeiningar um eftirlit og meðferð nýbura sem eiga á hættu á að fá FNB.

Þakkir

Guðrún Svansdóttir forstöðunáttúrufræðingur í Blóðbankanum og annað starfsfólk Blóðbankans fá sérstakar þakkir fyrir aðstoð við upplýsingaöflun. Starfsfólk skjalageymslu Landspítala í Vesturhlíð fær þakkir fyrir hjálp við leit að sjúkraskrám. Einnig fær Anna Haarde skrifstofustjóri á kvennadeild og starfsfólk kvennadeildar kærar þakkir fyrir veitta aðstoð.

Heimildir

1. Poole J, Daniels G. Blood group antibodies and their significance in transfusion medicine. Transfus Med Rev 2007; 21: 58-71.
2. Harmening DM. Modern Blood Banking & Transfusion Practices. 5th ed. F.A. Davis Company, Fíladelfíu, Bandaríkjunum 2005.
3. Chen JY, Ling UP. Prediction of the development of neonatal hyperbilirubinemia in ABO incompatibility. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei) 1994; 53: 13-8.
4. Petrides M, Stack G, Cooling L, Maes LY. Practical Guide to Transfusion Medicine. 2nd ed. AABB Pres, Bethesda, Maryland 2007.
5. Murray NA, Roberts IA. Haemolytic disease of the newborn. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2007; 92: F83-F88.
6. Bowman J. Thirty-five years of Rh prophylaxis. Transfusion 2003; 43: 1661-6.
7. Roberts IA. The changing face of haemolytic disease of the newborn. Early Hum Dev 2008; 84: 515-23.
8. Geifman-Holtzman O, Wojtowycz M, Kosmas E, Artal R. Female alloimmunization with antibodies known to cause hemolytic disease. Obstet Gynecol 1997; 89: 272-5.
9. Hellman-Erlingsson S. Greining blóðflokkamótefna hjá vanfærum konum og mæðrum á Íslandi 1970-1984. Læknablaðið 1986; 72: 321-9.
10. Nordvall M, Dziegel M, Hegaard HK, Bidstrup M, Jonsbo F, Christensen B, et al. Red blood cell antibodies in pregnancy and their clinical consequences: synergistic effects of multiple specificities. Transfusion 2009; 9: 2070-5.
11. Dinesh D. Review of positive direct antiglobulin tests found on cord blood sampling. J Paediatr Child Health 2005; 41: 504-7.
12. Coombs RRA, Mourant AE, Race RR. In-vivo isosensitisation of red cells in babies with hæmolytic disease. Lancet 1946; 247: 264-6.
13. Pediatrics A.A.o. Clinical practice guideline: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics 2004; 114: 297-316.
14. Herschel M, Karrison T, Wen M, Caldarelli L, Baron B. Evaluation of the direct antiglobulin (Coombs') test for identifying newborns at risk for hemolysis as determined by end-tidal carbon monoxide concentration (ETCOc); and comparison of the Coombs' test with ETCOc for detecting significant jaundice. J Perinatol 2002; 22: 341-7.
15. Cortey A, Brossard Y. [Adverse effects and patient information]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2006; 35(1 Suppl): 1S112-1S118.
16. Madan A, Huntsinger K, Burgos A, Benitz WE. Readmission for newborn jaundice: the value of the Coombs' test in predicting the need for phototherapy. Clin Pediatr 2004; 43: 63-8.
17. Dillon A, Chaudhari T, Crispin P, Shadbolt B, Kent A. Has anti-D prophylaxis increased the rate of positive direct antiglobulin test results and can the direct antiglobulin test predict need for phototherapy in Rh/ABO incompatibility? J Paediatr Child Health 2011; 47: 40-3.
18. Moise KJ. Fetal anemia due to non-Rhesus-D red-cell alloimmunization. Sem Fetal Neonatal Med 2008; 13: 207-14.
19. McKenna DS, Nagaraja HN, O'Shaughnessy R. Management of pregnancies complicated by anti-Kell isoimmunization. Obstet Gynecol 1999; 93: 667-73.
20. Kaplan M, Hammerman C, Vreman HJ, Wong RJ, Stevenson DK. Hemolysis and hyperbilirubinemia in antiglobulin positive, direct ABO blood group heterospecific neonates. J Pediatr 2010; 157: 772-7.
21. Daniels G, Poole J, De Silva M, Callaghan T, MacLennan S, Smith N. The clinical significance of blood group antibodies. Transfus Med 2002; 12: 287-95.
22. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics 2004; 114: 297-316.
23. Kaplan M, Na'amad M, Kenan A, Rudensky B, Hammerman C, Vreman HJ, et al. Failure to predict hemolysis and hyperbilirubinemia by IgG Subclass in blood group A or B infants born to group O mothers. Pediatr 2009; 123: e132-e137.
24. Sgro M, Campbell D, Shah V. Incidence and causes of severe neonatal hyperbilirubinemia in Canada. CMAJ 2006; 175: 587-90.
25. Wainer S, Rabi J, Lyon M. Coombs' testing and neonatal hyperbilirubinemia. CMAJ 2007; 176: 972-3; author reply 973.
26. Elalfy MS, Elbarbary NS, Abaza HW. Early intravenous immunoglobin (two-dose regimen) in the management of severe Rh hemolytic disease of newborn--a prospective randomized controlled trial. Eur J Pediatr 2011; 170: 461-7.
27. Smits-Wintjens VE, Walther FJ, Rath ME, Lindenburg IT, te Pas AB, Kramer CM, et al. Intravenous immunoglobulin in neonates with rhesus hemolytic disease: a randomized controlled trial. Pediatr 2011; 127: 680-6.

ENGLISH SUMMARY

Positive Coomb's test in newborns; causes and clinical consequences
Summary of cases diagnosed in the Blood Bank in the years 2005 to 2012

Thordis Kristinsdottir[1], Sveinn Kjartansson[2], Hildur Hardardottir[1,3], Thorbjörn Jonsson[4], Anna Margret Halldorsdottir[4]

Introduction: Hemolytic disease of the fetus and newborn (HDFN) is caused by the destruction of fetal red blood cells due to red cell antibodies produced by the mother. HDFN can cause fetal hydrops during pregnancy or neonatal jaundice after birth. Direct Antiglobulin Test (DAT) detects antibodies bound to red cells and is a valuable test aiding in the diagnosis of HDFN. In Iceland DAT is routinely performed on cord blood or newborn blood samples if the mother is Rhesus D negative or has non-A/B red cell alloantibodies. The aim of this study was to investigate the causes and consequences of positive DAT in newborns in Iceland over a period of eight years.

Material and methods: The study population was infants diagnosed with a positive DAT in the Blood Bank in Iceland in the years 2005-2012. Relevant data on the blood group and antibody status of mother and child, blood transfusion and DAT results were retrieved from the Blood Bank information system ProSang. Birth records provided information on birth weight, gestational age and phototherapy. Health records from the Children's Hospital provided information on the management and fate of the newborn.

Results: Over the study period 383 newborns had a positive DAT result at the Blood Bank. In 73.6% of cases the underlying cause was ABO blood group mismatch between mother and infant, in 20.4% of cases the mother had non-A/B red cell alloantibodies, in 3.9% both of above factors were present, while in 2.1% the cause was unclear. A total of 179 (47.6%) children had neonatal jaundice that required treatment, of which 167 (93.3%) only needed phototherapy. Eight infants required exchange transfusion, five of these had Rhesus antibodies and three ABO blood group mismatch.

Conclusion: ABO blood group mismatch between mother and child was the most common cause for a positive DAT in neonates in Iceland in the years 2005-2012. Almost half of the neonates required treatment but usually phototherapy was sufficient. Rarely, blood transfusion or exchange transfusion was necessary in severe cases of ABO blood group mismatch or non-A/B red cell alloantibodies.

[1]Faculty of Medicine, University of Iceland, [2]Children's Hospital of Landspítali, [3]Department of Obstetrics and Gynecology, Landspítali, [4]The Blood Bank, Landspítali.

Key words: *Coombs test, Direct Antiglobulin Test (DAT), Hemolytic disease of the fetus and newborn (HDFN), ABO blood group mismatch, red cell alloantibodies, neonatal jaundice, exchange transfusion.*

Correspondence: *Anna Margrét Halldórsdóttir, annamha@landspitali.is*

http://dx.doi.org/10.17992/lbl.2016.0708.91

Hamlandi viðhorf til eigin mataræðis – algengi og forspárþættir á Íslandi

Ólöf Dröfn Sigurbjörnsdóttir[1,2] lýðheilsufræðingur, **Jóhanna Eyrún Torfadóttir**[1,2] næringar- og lýðheilsufræðingur, **Anna Sigríður Ólafsdóttir**[3] næringarfræðingur, **Laufey Steingrímsdóttir**[2] næringarfræðingur

ÁGRIP

Inngangur: Líðan og viðhorf fólks í tengslum við eigið mataræði hafa lítið verið rannsökuð meðal fullorðinna á Íslandi. Í flestum vestrænum samfélögum er lögð mikil áhersla á grannan og stæltan líkama en á sama tíma þyngjast æ fleiri. Slíkar aðstæður geta hugsanlega alið á kvíða og stuðlað að hamlandi viðhorfum í tengslum við mat og fæðuval. Markmið þessarar rannsóknar var að skoða algengi hamlandi viðhorfs til eigin mataræðis á Íslandi.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin byggir á könnun Embættis landlæknis, *Heilsa og líðan Íslendinga* árið 2007, sem var lögð fyrir tilviljunarúrtak þjóðarinnar. Þátttakendur voru 5861 einstaklingur, 18-79 ára. Útbúinn var kvarði út frá svörum könnunarinnar til að meta viðhorf sem tengjast kvíða og óheilbrigðum kröfum varðandi eigin næringu og hollustu og var hamlandi fæðuviðhorf skilgreint samkvæmt matskvarðanum. Notuð var tvíkosta lógistísk aðhvarfsgreining til að meta gagnlíkindahlutfall (OR) og 95% öryggisbil (CI) fyrir hamlandi viðhorf til eigin mataræðis, greint eftir undirhópum rannsóknarinnar.

Niðurstöður: Algengi hamlandi fæðuviðhorfa samkvæmt matskvarða rannsóknarinnar mældist 17% í þýðinu, 22% hjá konum og 11% hjá körlum. Hamlandi viðhorf til eigin mataræðis voru algengust meðal þátttakenda á aldrinum 18-29 ára (36% kvenna, 15% karla), meðal þeirra sem voru ósáttir við eigin líkamsþyngd (35% kvenna, 22% karla) og þeirra sem skilgreindir voru í offitu (38% kvenna, 23% karla).

Ályktun: Hamlandi viðhorf til eigin mataræðis mældust algengari meðal kvenna en karla í þessari rannsókn. Ungur aldur, óánægja með eigin líkamsþyngd og hár líkamsþyngdarstuðull sýndu tengsl við hamlandi fæðuviðhorf hjá báðum kynjum.

Inngangur

[1]Miðstöð í lýðheilsuvísindum við HÍ, [2]rannsóknastofu í næringarfræði við HÍ og Landspítala, [3]menntavísindasviði HÍ.

Ofuráhersla á grannan og stæltan líkama einkennir samfélag okkar rétt eins og flest önnur vestræn nútímasamfélög. Ástæðan er að öllum líkindum ekki aðeins hinn heilsufarslegi ávinningur af hæfilegri líkamsþyngd og áróður heilbrigðisyfirvalda í þá veru. Fyrirmyndir úr tískuheiminum, í sjónvarpi, kvikmyndum og auglýsingum hafa þar ekki síður áhrif, en á sama tíma og fyrirmyndirnar verða grennri þyngjast æ fleiri, svo munurinn milli fyrirmynda og raunveruleika breikkar í sífellu.[1-3] Slíkar aðstæður geta skapað vonleysi, spennu og kvíða, sérstaklega í tengslum við mataræði. Þeir fjölmörgu matarkúrar sem eru í tísku, og koma frá misáreiðanlegum heimildum, eiga að geta leyst þyngdarvandann og þeim fylgja gjarnan fyrirmæli eða reglur um hvað sé rétt að borða til að grennast og einnig til að öðlast heilbrigt líf.[4, 5] Það getur jafnvel aukið á kvíðann bæði hjá þeim sem vilja tileinka sér heilbrigðar fæðuvenjur og einnig hjá þeim sem endurtekið reyna að grennast eða fara í einhvers konar aðhald.[6] Getur það ýtt undir viðhorf til mataræðis sem einkennist af kröfu um sjálfsaga, ekki síst varðandi takmörkun á neyslu fæðu sem hugsanlega gæti talist óholl. Endurtekin megrun getur orðið að viðvarandi ástandi og leitt til óheilbrigðs viðhorfs til eigin mataræðis, sem hér kallast hamlandi viðhorf til eigin mataræðis. Hamlandi viðhorf í þessu samhengi tengjast kvíða og vanlíðan varðandi mataræði ásamt sífelldri viðleitni til fæðutakmörkunar eða fullkomnunar í mataræði og hollustu.[8,9] Slík viðhorf eru talin geta stuðlað að átröskun og óheilbrigðu sambandi við mat og jafnvel ýtt undir þyngdaraukningu.[4, 7]

Hamlandi fæðuviðhorf er nátengt enska hugtakinu *dietary restraint* (fæðuaðhald), sem er takmörkun á fæðuneyslu eða viðleitni til takmörkunar, í þeim tilgangi að ná stjórn á eigin líkamsþyngd. Þessi skilgreining getur líka átt við þá sem reyna að borða hreina og rétta fæðu og líður illa ef mataræðið er ekki nógu fullkomið. Samkvæmt erlendum rannsóknum eru áhættuþættir fyrir fæðuaðhald að vera of þungur og vilja léttast, að vera í megrun og að vera ósáttur við eigin líkamsþyngd.[8-11]

Hérlendis veita rannsóknir á algengi megrunar vísbendingar um fæðuaðhald og hamlandi viðhorf til eigin mataræðis út frá aldri og kyni. Í nýlegri skýrslu, sem unnin var upp úr könnuninni *Heilsa og líðan Íslendinga* sem var framkvæmd árið 2012, kemur fram að tæp 42% kvenna hafi reynt að létta sig og að 8% kvenna 18-44 ára hafi verið með átröskun eða séu að glíma við átröskun.[12] Þá leiddu niðurstöður landskönnunar á mataræði frá árinu 2011 í ljós að tæp 48% kvenna hafi farið í megrun eða reynt að grennast á liðnu ári.[13] Eins hafa rannsóknir á íslenskum unglingum og háskólanemum leitt í ljós að megrun og óánægja með fæðuvenjur tíðkist á öllum skólastigum.[14-16]

Fyrirspurnir: Laufey Steingrímsdóttir, *laufey@hi.is*

Greinin barst 1. október 2015, samþykkt til birtingar 6. maí 2016.

Höfundar hafa útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

Tafla I. *Upplýsingar um þátttakendur í* Heilsa og líðan *(N=5861).*

	N (%)	Konur (%)	Karlar (%)	P-gildi
Aldursflokkar	5861	3121	2740	<0,001
18-29	804 (13,7)	469 (15,0)	335 (12,2)	
30-39	878 (15,0)	492 (15,8)	386 (14,1)	
40-49	991 (16,9)	552 (17,7)	439 (16,0)	
50-59	1046 (17,8)	537 (17,2)	509 (18,6)	
60-69	1078 (18,4)	526 (16,8)	552 (20,1)	
70+	1064 (18,1)	545 (17,5)	519 (18,9)	
Hjúskaparstaða	5827	3106	2721	<0,001
Einhleyp/ur eða fráskilin/n, ekkja/ekkill	1239 (21,3)	741 (23,9)	498 (18,3)	
Í föstu sambandi en ekki sambúð, í sambúð, gift/ur	4588 (78,7)	2365 (76,1)	2223 (81,7)	
Menntun	4997	2760	2237	<0,001
Grunnskóli	2327 (46,6)	1374 (49,8)	953 (42,6)	
Framhaldsnám	1558 (31,2)	713 (25,8)	845 (37,8)	
Háskóli	1112 (22,2)	673 (24,4)	439 (19,6)	
Líkamsþyngdarstuðull	5670	2998	2672	<0,001
≤18,5-24,9	2049 (36,1)	1253 (41,8)	796 (29,8)	
25-29,9	2366 (41,7)	1042 (34,8)	1324 (49,5)	
≥30	1255 (22,1)	703 (23,4)	552 (20,7)	
Sátt við eigin líkamsþyngd	5794	3090	2704	<0,001
Sátt/ur við eigin líkamsþyngd	3337 (57,6)	1560 (50,5)	1777 (65,7)	
Ósátt/ur við eigin líkamsþyngd	2457 (42,4)	1530 (49,5)	927 (34,3)	

Fram til þessa hafa engar rannsóknir hérlendis beinst að hamlandi viðhorfum til mataræðis meðal fullorðinna Íslendinga, samkvæmt bestu vitund höfunda, en þó er vitað um nýlega rannsókn sem sýndi samband milli efnishyggju og líkamsímyndar hjá ungum konum og körlum.[17]

Markmið rannsóknarinnar var að kanna algengi hamlandi viðhorfs til eigin mataræðis hjá fullorðnum Íslendingum, skoðað eftir kyni, aldri, hjúskaparstöðu, menntun, sátt við eigin líkamsþyngd og líkamsþyngdarstuðli.

Efniviður og aðferðir

Gögn þessarar þversniðsrannsóknar byggja á könnun Embættis landlæknis, *Heilsa og líðan Íslendinga*, frá árinu 2007.[18] Spurningakönnun var lögð fyrir um um 10.000 karla og konur á aldrinum 18-79 ára, sem voru valin með lagskiptu slembiúrtaki úr þjóðskrá árið 2007. Þar af svöruðu 5909 einstaklingar (um 60%), 3125 konur og 2784 karlar.[19] Aflað var leyfis Vísindasiðanefndar og Persónuverndar. Númer leyfis frá Vísindasiðanefnd er 07-081.[19]

Viðhorf til mataræðis

Í könnuninni *Heilsa og líðan* voru 8 spurningar um viðhorf til mataræðis, hver með 5 svarmöguleikum. Spurningarnar byggja á nokkrum kvörðum, til að mynda á spurningalista Ranson og fleiri. *The Minnesota eating behavior survey*, eða MEBS-skalanum.[20] Sá kvarði er samsettur úr nokkrum kvörðum og var þróaður til að skima fyrir óheilbrigðum viðhorfum til mataræðis og fæðuhegðunar í almennu þýði fólks á mismunandi aldri. Annar kvarði sem spurningarnar byggja að hluta til á er EAT-26 kvarðinn (Eating attitude test) sem er mælikvarði á viðhorf til mataræðis og hvort um átröskun sé að ræða.[21, 22]

Í þessari rannsókn var notast við 5 spurningar sem voru taldar varpa ljósi á hamlandi viðhorf til eigin mataræðis og jafnvel tengjast hugsanlegum einkennum um átröskun.[9, 10] Spurningarnar voru þessar: a) *ég fæ samviskubit ef ég borða sætindi*, b) *ég er sátt/ur við eigin matarvenjur*, c) *ég er hrædd/ur um að geta ekki hætt að borða þegar ég byrja á annað borð*, d) *mér líður vel eftir að hafa borðað góðan mat*, e) *mér finnst ég þurfa að hafa stjórn á því hvað ég borða*. Svarmöguleikar við

Tafla II. *Spurningar og svör um viðhorf til eigin mataræðis.*

	N	Jákvætt svar n (%)
Ég fæ samviskubit þegar ég borða sætindi	5653	1581 (28,0)
Ég er hrædd/ur um að geta ekki hætt að borða þegar ég byrja á annað borð	5595	502 (9,0)
Mér finnst ég þurfa að hafa stjórn á því hvað ég borða	5655	2926 (51,7)
	N	Neikvætt svar n (%)
Ég er sátt/ur við eigin matarvenjur	5700	2283 (40,0)
Mér líður vel eftir að hafa borðað góðan mat	5745	597 (10,4)
Sameinað – hamlandi fæðuviðhorf (3-5 stig)	5451	931 (17,1)

spurningunum voru: 1) *á mjög vel við um mig*, 2) *á frekar vel við um mig*, 3) *hvorki né*, 4) *á frekar illa við um mig*, 5) *á mjög illa við um mig.* Spurningarnar þrjár sem voru ekki teknar með í rannsókninni voru þessar: f) *ég borða meira þegar mér líður illa*, g) *ég borða meira þegar ég finn fyrir streitu*, h) *ég reyni að borða hollan mat.* Þær spurningar voru ekki taldar endurspegla hugsanlegt hamlandi viðhorf til takmörkunar á fæðuneyslu í sama mæli og þær spurningar sem urðu fyrir valinu.

Til að meta hvort um hamlandi fæðuviðhorf væri að ræða, var útbúið matstæki út frá stigafjölda úr svörum við spurningum um viðhorf til mataræðis. Svarmöguleikarnir 5 voru sameinaðir í tvö svör sem hvort um sig gaf eitt eða núll stig. Er það sama aðferð og í MEBS-skalanum.[20] Fyrra svarið (jákvætt) sameinaði eftirfarandi svarmöguleika: 1) *á mjög vel við um mig og* 2) *á frekar vel við um mig*, og seinna svarið (hlutlaust/neikvætt) sameinaði eftirfarandi svarmöguleika 3) *hvorki né*, 4) *á frekar illa við um mig og* 5) *á mjög illa við um mig.* Eitt stig var gefið ef eftirfarandi spurningum var svarað jákvætt: a) *ég fæ samviskubit ef ég borða sætindi*, c) *ég er hrædd/ur um að geta ekki hætt að borða þegar ég byrja á annað borð*, e) *mér finnst ég þurfa að hafa stjórn á því hvað ég borða.* Ef þessum spurningum var svarað hlutlaust eða neikvætt voru gefin núll stig. Stigagjöfin snerist við í eftirfarandi spurningum: b) *ég er sátt/ur við eigin matarvenjur* og d) *mér líður vel eftir að hafa borðað góðan mat.* Hér var gefið eitt stig ef svarað var neikvætt og núll stig ef svarað var hlutlaust/jákvætt. Eins var 3) *hvorki né* sett hér með svarmöguleika númer 1) *á mjög vel við um mig* og 2) *á frekar vel við um mig.* Hver þátttakandi gat þannig mest fengið samtals 5 stig, en minnst núll stig. Stigum var skipt í flokka eftir vægi og dreifingu þeirra og var viðkomandi skilgreindur með hamlandi viðhorf til eigin mataræðis ef hann fékk þrjú eða fleiri stig samanlagt út frá spurningunum 5.

Aðrar skýribreytur

Upplýsingar um sjálfgefna hæð og þyngd þátttakenda sem og sátt við eigin líkamsþyngd voru notaðar í greiningu þessarar rannsóknar. Leiðréttingabreytur rannsóknarinnar voru kyn, aldur, hjúskaparstaða, menntun og líkamsþyngdarstuðull. Ekki var leiðrétt fyrir sátt við eigin líkamsþyngd þar sem sú tilfinning gæti verið of tengd hamlandi fæðuviðhorfi og mögulega hluti af orsakakeðjunni.

Hjúskaparstöðu var skipt í tvo flokka: 1) einhleyp/ur eða fráskilinn, ekkja/ekkill, 2) í sambandi en ekki sambúð, í sambúð, gift/kvæntur.

Menntun var skipt í þrjá flokka: 1) barna-, unglinga- eða grunnskólapróf, gagnfræðapróf eða landspróf, 2) stúdentspróf, annað próf á framhaldsskólastigi, tækniskólapróf og 3) háskólamenntun.

Líkamsþyngdarstuðull (LÞS; kg/m^2) var flokkaður í fjóra flokka samkvæmt skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðisstofnunar. Flokkur eitt: LÞS <18,5 undirþyngd, flokkur tvö: LÞS 18,5-24,9 kjörþyngd, flokkur þrjú: LÞS 25,0-29, 9 yfirþyngd og flokkur fjögur: LÞS ≥30 offita.[23, 24] Fyrir útreikninga í þessari rannsókn var LÞS skipt í þrjá flokka ≤18,5-24,9; 25,0-29,9 og ≥30.

Svör við spurningunni hvort viðkomandi væri sáttur við eigin líkamsþyngd, voru í 5 liðum sem voru hér sameinaðir í tvo flokka: annars vegar sátt/ur við eigin líkamsþyngd, sem sameinaði svarmöguleikana: 1) *mjög sátt/ur*, 2) *frekar sátt/ur*, 3) *hvorki sátt/ur né ósátt/ur* og hins vegar *ósátt/ur við eigin líkamsþyngd* sem sameinaði svarmöguleikana: 2) *frekar ósátt/ur og mjög ósátt/ur.*

Tölfræðigreiningar

Stuðst var við forritið SAS Enterprise Guide útgáfu 5.1 við tölfræðilegar greiningar. Lýsandi tölfræði var beitt við úrvinnslu á gögnunum og notast við kí-kvaðrat próf til að meta tölfræðilega marktækan mun milli kynja. Tvíkosta lógistískri aðhvarfsgreiningu var beitt til að meta gagnlíkindahlutfall (OR) og 95% öryggisbil (CI) fyrir hamlandi fæðuviðhorf, greint eftir kyni, aldri, hjúskaparstöðu, menntun, líkamsþyngdarstuðli og sátt við eigin líkamsþyngd. Leiðrétt var fyrir kyni, aldri, hjúskaparstöðu, menntun og líkamsþyngdarstuðli.

Niðurstöður

Í töflu I má finna upplýsingar um bakgrunnsbreytur úr *Heilsu og líðan* sem notaðar voru fyrir þessa rannsókn (N=5861). Um 35% kvenna og 50% karla voru í yfirþyngd og var marktækur munur milli kynja (p<0,001). Um 23% kvenna og 21% karla flokkuðust með offitu. Um 50% kvenna og 34% karla voru ósátt við eigin líkamsþyngd með marktækum mun milli kynja (p<0,001).

Í töflu II má sjá fjölda svara við hverri spurningu sem var hluti af matskvarða rannsóknarinnar. Alls svöruðu 5.451 einstaklingar samtals öllum 5 spurningum um viðhorf til mataræðis. Þrjár spurningar af 5 höfðu mest vægi í stigagjöfinni. Tæp 52% svöruðu að þeim fyndist þeir þurfa að hafa stjórn á því sem þeir borðuðu. Um 40% þátttakenda svöruðu að þeir væru ósáttir við eigin fæðuvenjur. Þá svöruðu 28% að þeir fengju samviskubit þegar þeir borðuðu sætindi. Algengi hamlandi fæðuviðhorfa samkvæmt matskvarða rannsóknarinnar mældist 17% í þýðinu og var hlutfall kvenna með hamlandi viðhorf tvöfalt hærra en karla (22% á móti 11%). Meðal þeirra sem töldust vera með hamlandi fæðuviðhorf höfðu sömu spurningar mest vægi, það er að finnast þeir þurfa að hafa stjórn á því hvað þeir borða (92%), að vera ósáttir við eigin matarvenjur (90%) og að fá samviskubit þegar þeir borða sætindi (87%).

Í töflu III má finna gagnlíkindahlutfall fyrir hamlandi fæðuviðhorf hjá konum, greint eftir undirhópum. Algengi hamlandi fæðuviðhorfa meðal undirhópa kvenna var hæst hjá yngstu þátttakendunum, þeim sem voru í offituflokki og meðal þeirra sem voru ósáttar við eigin líkamsþyngd. Konur í aldurshópnum 18-29 ára voru rúmlega 6 sinnum líklegri til að upplifa hamlandi fæðuviðhorf borið saman við konur 70 ára og eldri (95% CI 4,12-9,72). Konur skilgreindar í offitu voru tæplega 5 sinnum líklegri til að upplifa hamlandi fæðuviðhorf en konur skilgreindar í kjörþyngd/undirþyngd (95% CI 3,65-6,13). Konur skilgreindar í yfirþyngd voru einnig líklegri til að upplifa fæðutengda vanlíðan en konur í kjörþyngd/undirþyngd (OR=2,05; 95% CI 1,60-2,64). Að lokum voru konur sem voru ósáttar við eigin líkamsþyngd fjórum sinnum líklegri til að upplifa hamlandi fæðuviðhorf (95% CI 3,07-5,20) borið saman við þær sem voru sáttar við eigin líkamsþyngd. Ekki var munur á algengi fæðuhamlandi viðhorfa eftir hjúskaparstöðu né menntun kvenna.

Tafla III. *Gagnlíkindahlutfall (OR) fyrir hamlandi fæðuviðhorf hjá konum (N=2856).*

	Konur	„já“ (%)	OR	OR[1]
Aldursflokkar				
18-29	465	168 (36,1)	4,81 (3,33-6,96)	6,33 (4,12-9,72)
30-39	482	134 (27,8)	3,28 (2,26-4,76)	3,52 (2,27-5,47)
40-49	536	118 (22,0)	2,40 (1,65-3,50)	2,20 (1,41-3,40)
50-59	506	101 (20,0)	2,12 (1,45-3,12)	2,24 (1,45-3,45)
60-69	458	71 (15,5)	1,56 (1,04-2,34)	1,54 (0,98-2,41)
70+	409	43 (11,7)	1,00	1,00
Hjúskaparstaða				
Einhleyp eða fráskilin, ekkja	662	153 (23,1)	1,07 (0,87-1,31)	1,11 (0,87-1,42)
Í föstu sambandi en ekki sambúð, í sambúð, gift	2187	480 (21,9)	1,00	1,00
Menntun				
Grunnskóli	1205	236 (19,6)	1,00	1,00
Framhaldsnám	683	186 (27,2)	1,54 (1,23-1,92)	1,19 (0,92-1,53)
Háskóli	657	152 (23,1)	1,24 (0,98-1,56)	1,04 (0,80-1,37)
Líkamsþyngdarstuðull				
≤18,5-24,9	1149	169 (14,7)	1,00	1,00
25-29,9	967	199 (20,6)	1,50 (1,20-1,88)	2,05 (1,60-2,64)
≥30	650	246 (37,8)	3,53 (2,81-4,43)	4,73 (3,65-6,13)
Sátt við eigin líkamsþyngd				
Sátt við eigin líkamsþyngd	1408	128 (9,1)	1,00	1,00
Ósátt við eigin líkamsþyngd	1429	502 (35,1)	5,41 (4,38-6,69)	4,00 (3,07-5,20)
Heildarfjöldi með hamlandi fæðuviðhorf		635 (22,2)		

[1]OR=gagnlíkindahlutfall. Leiðrétt fyrir aldri, hjúskaparstöðu, menntun og líkamsþyngdarstuðli. Ekki er leiðrétt fyrir þeirri breytu sem er til skoðunar hverju sinni.
„Já“= fjöldi og prósentuhlutfall þeirra sem eru með hamlandi fæðuviðhorf.

Í töflu IV má finna gagnlíkindahlutfall fyrir hamlandi fæðuviðhorf hjá körlum. Eins og hjá konum var algengi hamlandi fæðuviðhorfa algengast hjá yngstu þátttakendunum, þeim sem flokkuðust með offitu og meðal þeirra sem voru ósáttir við eigin líkamsþyngd. Þannig voru karlar í aldurshópnum 18-29 ára tæplega fjórum sinnum líklegri til að upplifa hamlandi fæðuviðhorf en karlar 70 ára og eldri (95% CI 2,03-7,00). Karlar sem voru skilgreindir með offitu voru rúmlega 7 sinnum líklegri til að upplifa hamlandi fæðuviðhorf en karlar skilgreindir í kjörþyngd/undirþyngd (95% CI 4,60-11,10). Karlar skilgreindir í yfirþyngd voru einnig líklegri til að upplifa hamlandi fæðuviðhorf borið saman við karla í kjörþyngd/undirþyngd (OR=2,66; 95% CI 1,74-4,05). Karlar sem voru ósáttir við eigin líkamsþyngd voru tæplega fjórum sinnum líklegri til að upplifa hamlandi fæðuviðhorf en karlar sem voru sáttir við þyngd sína (95% CI 2,53-4,99).

Umræður

Samkvæmt þessari rannsókn hefur hár líkamsþyngdarstuðull, óánægja með eigin líkamsþyngd, ungur aldur og kvenkyn tengsl við hamlandi fæðuviðhorf hér á landi. Þetta eru sömu þættir og tengjast fæðuaðhaldi í erlendum rannsóknum.[8-11]

Í þessari rannsókn var hamlandi fæðuviðhorf algengast hjá yngsta aldurshópnum sem var 18-29 ára. Líkurnar á að upplifa hamlandi fæðuviðhorf voru hærri hjá þeim sem voru skilgreindir með offitu og meðal þeirra sem voru ósáttir við eigin líkamsþyngd samanborið við þá sem voru í kjörþyngd/undirþyngd og þá sem voru sáttir við eigin líkamsþyngd.

Þrátt fyrir að konur séu líklegri en karlar til að upplifa hamlandi fæðuviðhorf hafa sömu undirhópar hjá konum og körlum tengsl við hamlandi fæðuviðhorf. Helsta skýringin á því er sú að viðmiðunarhóparnir vega ekki jafn þungt hjá báðum kynjum. Þannig má til dæmis sjá að hlutfallslega fleiri konur en karlar sem eru í kjörþyngd eru með hamlandi fæðuviðhorf; fleiri konur en karlar sem eru sáttar við eigin líkamsþyngd eru með hamlandi fæðuviðhorf og svo framvegis, sem skýrir af hverju við sjáum svipað gagnlíkindahlutfall fyrir flesta undirhópa hjá bæði körlum og konum. Það má samt ekki líta fram hjá þeirri staðreynd að hærra algengi hamlandi fæðuviðhorfs var til staðar í sömu undirhópum hjá körlum og konum og rannsóknir benda til þess að átraskanir og óánægju með eigin líkama sé einnig að finna í nokkrum mæli hjá karlmönnum.[11, 25] Fólk með offitu er almennt líklegra til að vera með hamlandi fæðuviðhorf í öllum undirhópum í rannsóknarþýðinu. Það vekur athygli að líkur á hamlandi fæðuviðhorfum aukast meira meðal karla en kvenna sem flokkast með offitu, borið saman við fólk í kjörþyngd af sama kyni. Það er einnig athyglisvert að í rannsóknarþýðinu eru konur í yfirþyngd í tvöfalt meiri hættu á hamlandi fæðuviðhorfum en konur í kjörþyngd. Hjá körlum í

Tafla IV. *Gagnlíkindahlutfall (OR) fyrir hamlandi fæðuviðhorf hjá körlum (N=2573).*

	Karlar (%)	„já“ (%)	OR	OR[1]
Aldursflokkar				
18-29	327	49 (15,0)	2,54 (1,56-4,15)	3,77 (2,03-7,00)
30-39	382	53 (13,9)	2,32 (1,44-3,76)	2,62 (1,44-4,78)
40-49	428	57 (13,3)	2,22 (1,38-3,56)	1,94 (1,06-3,55)
50-59	490	58 (11,8)	1,94 (1,21-3,10)	1,93 (1,06-3,50=
60-69	514	45 (8,8)	1,38 (0,85-2,26)	1,44 (0,78-2,68)
70+	432	28 (6,9)	1,00	1,00
Hjúskaparstaða				
Einhleypur eða fráskilinn/ekkill	456	60 (13,2)	1,25 (0,92-1,69)	1,28 (0,89-1,84)
Í föstu sambandi en ekki sambúð, í sambúð, giftur	2104	228 (10,8)	1,00	1,00
Menntun				
Grunnskóli	860	96 (11,2)	1,00	1,00
Framhaldsnám	819	87 (10,6)	0,95 (0,70-1,29)	0,94 (0,68-1,31)
Háskóli	430	64 (14,9)	1,39 (0,99-1,96)	1,41 (0,97-2,03)
Líkamsþyngdarstuðull				
≤18,5-24,9	749	35 (4,7)	1,00	1,00
25-29,9	1254	129 (10,3)	2,34 (1,59-3,44)	2,66 (1,74-4,05)
≥30	512	116 (22,7)	5,98 (4,02-8,89)	7,14 (4,60-11,10)
Sátt við eigin líkamsþyngd				
Sáttur við eigin líkamsþyngd	1666	90 (5,4)	1,00	1,00
Ósáttur við eigin líkamsþyngd	882	198 (22,4)	5,07 (3,89-6,61)	3,55 (2,53-4,99)
Heildarfjöldi með hamlandi fæðuviðhorf		290 (11,3)		

[1]OR=gagnlíkindahlutfall. Leiðrétt fyrir aldri, hjúskaparstöðu, menntun og líkamsþyngdarstuðli. Ekki er leiðrétt fyrir þeirri breytu sem er til skoðunar hverju sinni.
„Já“= fjöldi og prósentuhlutfall þeirra sem eru með hamlandi fæðuviðhorf.

yfirþyngd er hættan tæplega þreföld borið saman við karla í kjörþyngd. Möguleg ástæða fyrir því gæti verið neikvæð umræða um yfirþyngd og offitu í samfélaginu,[26-28] þar sem ekki er gerður greinarmunur á neikvæðum afleiðingum á heilsuna eftir því hvort fólk flokkist í yfirþyngd eða offitu, þrátt fyrir að rannsóknir sýni að það að vera í yfirþyngd sé ekki jafn slæmt fyrir heilsuna og það að vera í offitu.[2, 29]

Ástæðan fyrir því að fólk er ósátt við eigin líkamsþyngd gæti hugsanlega verið tengd fyrri reynslu af megrunarkúrum.[13] Margir telja sig geta öðlast ákjósanlegan líkama og heilbrigði ef þeim tekst að fylgja slíkum kúr, en ef þeir ná ekki árangri getur það ýtt undir hamlandi fæðuviðhorf og viðhaldið ósætti við eigin þyngd. Í okkar rannsókn var ekki skoðað hvort viðkomandi hefði farið í megrun, og þá hve oft, en slíkar upplýsingar eru fyrir hendi í seinni rannsóknum um *Heilsu og líðan Íslendinga* og gætu þær varpað ljósi á þetta atriði.

Loks vekur athygli að rúmur helmingur fólks telur sig þurfa að hafa stjórn á því hvað það borðar. Að sama skapi eru eingöngu 9% hræddir um að geta ekki hætt að borða þegar þeir byrja á annað borð. Þrátt fyrir að hér sé að nokkru leyti spurt um svipað viðhorf er samt sem áður mikill munur á svörunum. Leiða má að því líkur að svörin endurspegli samfélagslegan þrýsting þess efnis að fólk beri ábyrgð á eigin heilsu og þurfi þar af leiðandi að hafa stjórn á eigin lífi og neyslu.[30]

Helsti styrkur rannsóknarinnar felst í fjölmennum rannsóknarhópi úr lýðgrunduðu þýði úr breiðum aldurshópi landsmanna. Niðurstöðurnar geta því gefið innsýn inn í líðan og heilsu þjóðarinnar og geta þannig nýst til forvarna. Höfundar rannsóknarinnar skoðuðu einnig algengi hamlandi fæðuviðhorfs í samsvarandi könnun sem var framkvæmd árið 2009 og þar sást sama hlutfall meðal þátttakenda (gögn ekki birt) og kom fram í þessari rannsókn.

Það skal tekið fram að í rannsókninni var ekki notast við staðlaðan mælikvarða á hamlandi fæðuviðhorf, heldur voru bæði spurningarnar og sjálfur mælikvarðinn útbúnir af höfundum. Getur það talist takmörkun á rannsókninni, en á móti kemur að hér var ekki leitast við að finna fólk með átraskanir, heldur viðhorf í almennu þýði. Fólk getur skilið spurningar um mataræði á mismunandi vegu og getur það haft einhver áhrif á svörin. Eins getur fólk gefið upp ranga eða skekkta mynd af eigin þyngd eða hæð, en rannsóknir hafa sýnt að fólk með hærri líkamsþyngdarstuðul vanmetur þyngd sína fremur en þeir sem eru með lægri líkamsþyngdarstuðul.[31] Eins hefði mátt skoða fleiri atriði sem tengjast hamlandi fæðuviðhorfum.

Þrátt fyrir að fæðuvenjur og tíðni megrunar hafi verið könnuð hérlendis, skortir fleiri rannsóknir á hamlandi fæðuviðhorfum og viðhorfum almennt í tengslum við mataræði.[32] Algengt er að rannsóknir sem tengjast efninu beinist að nemendum í skólum

landsins. Rannsókn í íslenskum grunnskólum leiddi í ljós að um helmingur stúlkna og 14% drengja höfðu farið í megrun.[14] Eins sýndi rannsókn í framhaldsskólum landsins að rúmt 51% stelpna og 31% stráka voru óánægð með fæðuvenjur sínar.[15] Rannsókn á tíðni átraskana meðal nemenda við Háskóla Íslands gaf til kynna að töluverður fjöldi háskólanema notaði óheilbrigðar megrunaraðferðir til að viðhalda þyngd.[16]

Hér var til skoðunar viðfangsefni sem ekki hefur verið mikið, ef nokkuð, rannsakað hérlendis, hamlandi viðhorf til eigin mataræðis meðal Íslendinga. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna hvaða hópur Íslendinga upplifir helst hamlandi fæðuviðhorf, hvað einkennir þann hóp og hverju þarf helst að beina sjónum að þegar kemur að forvörnum. Hamlandi viðhorf til eigin mataræðis geta mögulega verið undirflokkur átröskunar samkvæmt erlendum rannsóknum, það er þegar notaðar eru öfgafullar aðferðir við að takmarka fæðu og þarf að huga að því sérstaklega.[33]

Lokaorð

Stór hópur fólks, einkum ungs fólks, upplifir hamlandi viðhorf til eigin mataræðis, og á þar með erfiðara með að njóta þeirrar ánægju sem góður matur getur veitt. Þessar niðurstöður ættu að vekja okkur til umhugsunar um mótsagnakenndar áherslur samfélagsins um útlit og neyslu og að hvaða leyti hægt sé að sporna við slíkum áherslum. Mikilvægt er að skólar og heilsugæsla leggi sitt af mörkum og hvetji til umburðarlyndis gagnvart holdafari.

Heimildir

1. Hesse-Biber S, Leavy P, Quinn CE, Zoino J. The mass marketing of disordered eating and eating disorders: The social psychology of women, thinness and culture. Women's Stud Int Forum 2006; 29: 208-24.
2. Alwan. A. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin, Ítalíu 2011.
3. Thompson JK, Stice E. Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. Curr Dir Psychol Sci 2001; 10: 181-3.
4. Rangel C, Dukeshire S, MacDonald L. Diet and anxiety. An exploration into the orthorexic society. Appetite 2012; 58: 124-32.
5. Freedman MR, King J, Kennedy E. Popular diets: a scientific review. Obes Res 2001; 9 Suppl 1: 1S-40S.
6. Wansink B. Position of the American Dietetic Association: food and nutrition misinformation. J Am Dietet Assoc 2006; 106: 601-7.
7. Polivy J, Herman CP. Diagnosis and treatment of normal eating. J Consult Clin Psychol 1987; 55: 635-44.
8. Bublitz MG, Peracchio LA, Block LG. Why did I eat that? Perspectives on food decision making and dietary restraint. J Consum Psychol 2010; 20: 239-58.
9. Stroebe W, Mensink W, Aarts H, Schut H, Kruglanski AW. Why dieters fail: Testing the goal conflict model of eating. J Experim Soc Psychol 2008; 44: 26-36.
10. de Lauzon-Guillain B, Basdevant A, Romon M, Karlsson J, Borys JM, Charles MA. Is restrained eating a risk factor for weight gain in a general population? Am J Clin Nutr 2006; 83: 132-8.
11. Forrester-Knauss C, Zemp Stutz E. Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: Which factors matter? BMC Publ Health 2012; 12: 809.
12. Guðlaugsson JÓ, Magnússon KÞ, Jónsson SH. Heilsa og líðan Íslendinga 2012: Framkvæmdaskýrsla. Embætti landlæknis, Reykjavík 2014.
13. Þorgeirsdóttir H, Valgeirsdóttir H, Gunnarsdóttir I, Gísladóttir E, Gunnarsdóttir BE, Þórsdóttir I, et al. Hvað borða Íslendingar: könnun á mataræði Íslendinga 2010-2011: helstu niðurstöður. Embætti landlæknis: Rannsóknastofa í næringarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahús, Reykjavík 2011.
14. Daníelsdóttir S, Sigfúsdóttir ID, Smári J. Megrun meðal íslenskra unglinga og tengsl við líkamsmynd, sjálfsvirðingu og átröskunareinkenni. Sálfræðiritið 2007; 2007: 85-100.
15. Þorsteinsdóttir G, Úlfarsdóttir L. Eating disorders in college students in Iceland. Eur J Psychiatr 2008; 22: 107-15.
16. Jensdóttir S, Claessen IÁ. Líkamsímynd og tíðni átraskanaeinkenna meðal stúdenta við Háskóla Íslands. [BS Ritgerð, Háskóla Íslands]. Reykjavík 2010.
17. Guðnadóttir U, Garðarsdóttir RB. The influence of materialism and ideal body internalization on body-dissatisfaction and body-shaping behaviors of young men and women: Support for the Consumer Culture Impact Model. Scand J Psychol 55: 151-9.
18. Embætti landlæknis. Tölfræði og rannsóknir: Heilsa og líðan Íslendinga. landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/rannsoknir/heilsa-og-lidan-islendinga/ - mars 2014.
19. Jónsson SH, Guðlaugsson JÓ, Gylfason HF, Guðmundsdóttir DG. Heilsa og líðan Íslendinga 2007: Framkvæmdaskýrsla. Lýðheilsustöð, Reykjavík 2011.
20. von Ranson KM, Klump KL, Iacono WG, McGue M. The Minnesota Eating Behavior Survey: A brief measure of disordered eating attitudes and behaviors. Eat Behav 2005; 6: 373-92.
21. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med 1979; 9: 273-9.
22. Clausen L, Rosenvinge JH, Friborg O, Rokkedal K. Validating the eating disorder inventory-3 (EDI-3): A comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. J Psychopathol Behav Assess 2011; 33: 101-10.
23. Samuelson G. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series. Acta Pædiatrica 1997; 86: 280-.
24. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organization technical report series. 2000; 894:i-xii, 1-253.
25. Tantleff-Dunn S, Barnes RD, Larose JG. It's not just a "woman thing:" the current state of normative discontent. Eat Disord 2011; 19: 392-402.
26. Brownell KD. Personal responsibility and control over our bodies: when expectation exceeds reality. Health Psychol 1991; 10: 303-10.
27. Waaddegaard M, Davidsen M, Kjoller M. Obesity and prevalence of risk behaviour for eating disorders among young Danish women. Scand J Public Health 2009; 37: 736-43.
28. Ojala K, Tynjälä J, Välimaa R, Villberg J, Kannas L. Overweight Adolescents' Self-Perceived Weight and Weight Control Behaviour: HBSC Study in Finland 1994-2010. J Obes 2012; 2012:180176.
29. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2013; 309: 71-82.
30. Minkler M. Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. Health Educ Behav 1999; 26:121-40.
31. McAdams MA, Van Dam RM, Hu FB. Comparison of self-reported and measured BMI as correlates of disease markers in US adults. Obes (Silver Spring, Md). 2007; 15: 188-96.
32. Jónsdóttir SM, Þorsteinsdóttir G. Átraskanir: einkenni, framvinda, faraldsfræði og tengsl við geðsjúkdóma. Læknablaðið 2006; 92: 97-104.
33. Stice E, Bohon C, Marti CN, Fischer K. Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affect dimensions: further evidence of reliability and validity. J Consult Clin Psychol 2008; 76: 1022-33.

ENGLISH SUMMARY

Attitudes to food and eating in an Icelandic cohort

Ólöf Dröfn Sigurbjörnsdóttir[1,2], Jóhanna Eyrún Torfadóttir[1,2], Anna Sigríður Ólafsdóttir[3], Laufey Steingrímsdóttir[2]

Introduction: Few studies exist on eating attitudes and well-being of adults in Iceland. In most Western societies great emphasis is placed on a lean and fit body, nevertheless the number of people gaining weigt keeps increasing. Such circumstances may cause discomfort related to food and food choice. The aim of this study was to examine attitudes towards food and eating among Icelandic adults.
Material and methods: We used data from the Icelandic national health survey of 5,861 adults, age 18-79, conducted in 2007. A numerical assessment tool for measuring eating attitude was established, based on answers to questions on eating attitude. We used binary regression models to estimate odds ratios (ORs) for unhealthy eating attitude according to different demographic factors.
Results: The prevalence of unhealthy eating attitude according to the measurement tool used in the study was 17% among participants, 22% for women and 11% for men. Unhealthy eating attitude was most prevalent in the age-group 18-29 years (36% of women, 15% of men), among those dissatisfied with their body weight (35% of women, 22% of men) and among those defined as obese (38% of women, 23% of men).
Conclusion: Our data show that women are more prone to express unhealthy eating attitude compared to men. Those of younger age, with weight dissatisfaction and with high body mass index are positively associated with unhealthy eating attitude, irrespective of gender.

[1]*Centre of Public Health Sciences, University of Iceland,* [2]*Unit for Nutrition Research, University of Iceland & Landspitali-University Hospital,* [3]*School of Education, University of Iceland.*

Key words: *Diet, Dietary restraint, Public Health, Eating attitude, Body weight satisfaction.*

Correspondence: *Laufey Steingrímsdóttir, laufey@hi.is*

Félag íslenskra lyflækna

ATHYGLI RÁÐSTEFNUR

XXII. þing Félags íslenskra lyflækna 2. – 3. desember 2016 í Hörpu

XXII. þing Félags íslenskra lyflækna verður haldið í Hörpu í Reykjavík dagana 2.-3. desember. Dagskrá þingsins verður fjölbreytt og ætti að höfða til allra lyflækna og ýmissa annarra lækna og heilbrigðisstarfsmanna. Að vanda verður kynning vísindarannsókna stór þáttur og er skilafrestur ágripa til 20. október.

Skipulagningu þingsins annast **Athygli ráðstefnur:**
athygliradstefnur.is
birna@athygliradstefnur.is, tobba@athygliradstefnur.is

Leiðbeiningar varðandi ágrip:
Hámarkslengd ágripa miðast við 250 orð (titill ágrips og nöfn höfunda og stofnana ekki talin með).
Ágrip skulu rituð á íslensku og er ætlast til að vandað sé til orðfæris og efnistaka. Lyfjaheiti skal rita með íslenskum rithætti.
Innsending ágripa verður á heimasíðu Athygli ráðstefna (*athygliradstefnur.is*).
Þar á áberandi stað verður flipi: ***Verkefni - skráningar***
Opnað verður fyrir innsendingu ágripa 1. september.
Skráning á sjálft þingið verður á sama stað.

Nánari upplýsingar munu birtast síðar.

Einnig er unnt að leita upplýsinga hjá stjórn Félags íslenskra lyflækna:
Runólfur Pálsson formaður, *runolfur@landspitali.is*
Davíð O. Arnar ritari, *davidar@landspitali.is*

http://dx.doi.org/10.17992/lbl.2016.0708.92

Endurtekin krampaköst hjá ungri konu – sjúkratilfelli

Guðrún Mist Gunnarsdóttir[1] kandídat, **Arna Guðmundsdóttir**[1] læknir, **Per Hellman**[2] læknir, **Peter Stålberg**[2] læknir

ÁGRIP

18 ára hraust stúlka kom endurtekið á slysadeild á 6 vikna tímabili vegna krampakasta. Engin fyrri saga var um flogaveiki og hún tók engin lyf. Myndrannsóknir og heilalínurit bentu ekki til flogaveiki. Hún mældist með lækkaðan blóðsykur í tvígang á slysadeild, 1,3 mmól/L og 1,7 mmól/L (4,0-6,0 mmól/L). Vaknaði þá grunur um insúlínmyndandi æxli. Gerð var viðtæk leit að æxlisvexti sem bar engan árangur. Var hún því send erlendis í frekari uppvinnslu, meðal annars í jáeindaskanna og sérhæfða æðamyndatöku. Hún var að lokum greind með *nesidioblastosis*. Hér verður fjallað um sjúkratilfellið auk yfirferðar um þennan sjaldgæfa sjúkdóm og uppvinnslu á honum.

Tilfelli

[1]Landspítala, [2]háskólasjúkrahúsinu í Uppsölum, Svíþjóð.

Fyrirspurnir: Guðrún Mist Gunnarsdóttir, gudrunmi@landspitali.is

Höfundar fengu samþykki sjúklings fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

Greinin barst 14. desember 2015, samþykkt til birtingar 7. apríl 2016.

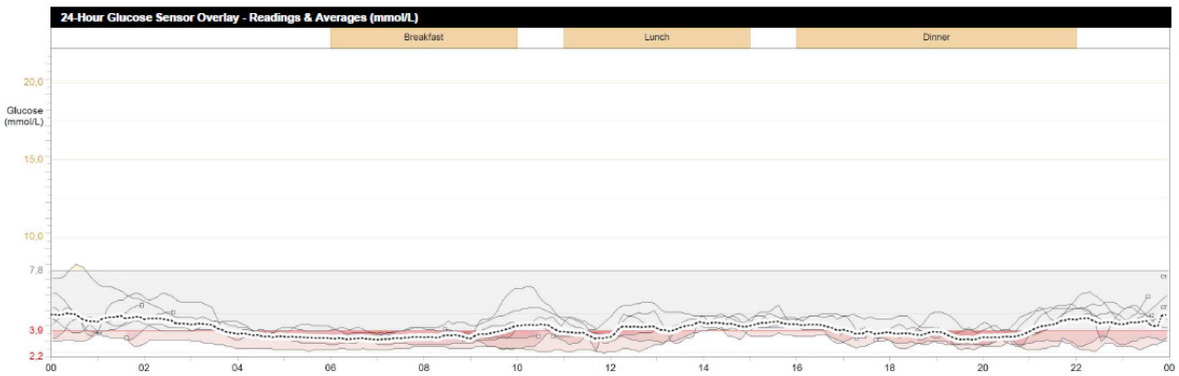
Höfundar hafa útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

Átján ára hraust stúlka var flutt með sjúkrabíl á bráðamóttöku Landspítalans eftir að hún hafði fundist heima hjá sér sofandi að degi til þegar hún átti að vera að passa unga systur sína. Hún reyndist vera vanáttuð og með nýja áverka á andliti. Hún mundi ekki hvað hafði gerst þennan dag né dagana á undan. Hún kvartaði um ógleði og höfuðverk en engin merki voru um uppköst, þvag/hægðamissi eða bitsár í munni. Lífsmörk, blóðhagur, blóðsölt, blóðsykur, hjartalínurit og tölvusneiðmynd af höfði voru eðlileg. Hún hafði borðað vel kvöldið áður og um morguninn og ekki hafði borið á óeðlilegri hegðun þá. Hún sagðist ekki taka nein lyf. Síriti yfir nótt sýndi ekki hjartsláttartruflanir. Heilalínurit (EEG) sýndi hægar bylgjur frá báðum heilahvelum sem talið var syfjutengt eða eftirköst eftir flog (*postictal*). Talið var að hún hefði fallið í yfirlið og hugsanlega fengið heilahristing við fallið sem gæti skýrt minnisleysi undanfarins sólarhrings.

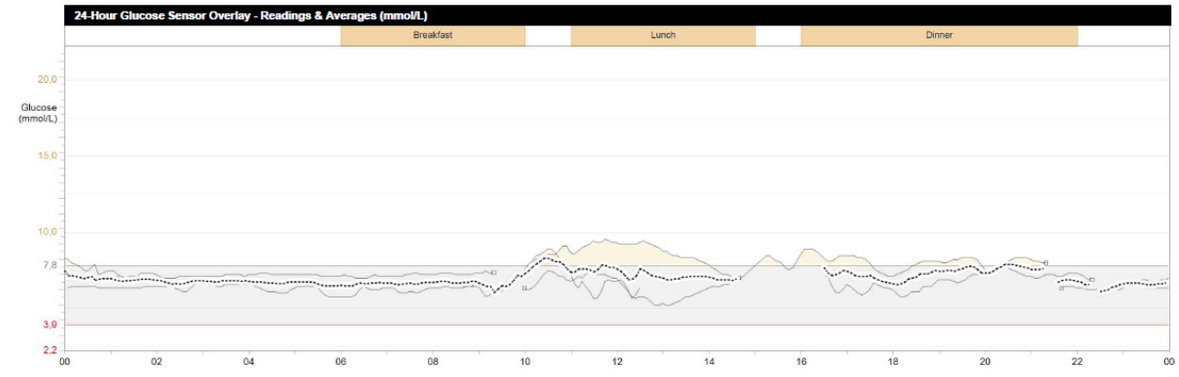
Viku síðar kom sjúklingur aftur á slysadeild, þá fjarræn og hæg í atferli. Hún hafði borðað vel í hádeginu og lagt sig í kjölfarið. Tveimur klukkustundum síðar sá aðstandandi að hún horfði stjörf fram fyrir sig og ekki náðist samband við hana. Því var lýst þannig að hún hefði ekki verið með kippi en að það hefði örlað á skjálfta í höndum og var hún þvöl af svita og hafði misst þvag. Taugaskoðun á slysadeild var ómarkverð. Lífsmörk og blóðhagur voru eðlileg við komu en blóðsykur mældist 1,3 mmól/L (4,0-6,0 mmól/L). Hún var meðhöndluð með glúkósalausn í æð á slysadeild og leið fljótlega betur. Insúlínmagn í blóði mældist 27,8 pmól/L á sama tíma og blóðsykur var lágur en insúlínmæling sem er ≥18 pmól/L samtímis sykurfalli gefur til kynna að um umframmagn insúlíns sé að ræða. Sökum þess að sjúklingur neitaði staðfastlega að hún tæki sykursýkislyf var talið að um innræna insúlín-offramleiðslu (*endogenous hyperinsulinism*) væri að ræða.[1] Vegna þessa vaknaði grunur um að hún gæti verið með insúlínæxli (*insulinoma*). Blóðgildi kortisóls, kalsíums, parathyroidhormóns, TSH og frítt T4 var eðlilegt. Ennfremur voru lifrar- og nýrnaprufur eðlilegar.

Segulómun af höfði var eðlileg. Skimun fyrir MCADD-erfðagalla (*Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency*) reyndist neikvæð. Í mismunagreiningu var vöðvakippaflog ungmenna (*juvenile myoclonic epilepsy*, JME) en slíkt lýsir sér með krömpum en eðlilegu vöku-EEG og eðlilegri segulómun. Endurtekið EEG og svefn-EEG var gert og var það eðlilegt. Hafin var meðferð með flogaveikislyfinu Levetiracetam (Zelta), þar sem sjúklingurinn hafði fengið sitt fjórða alflog á 6 vikna tímabili. Við fimmtu komu á slysadeild eftir krampa 7 vikum síðar mældist blóðsykur á ný mjög lágur, aðeins 1,7 mmól/L. Sjúklingurinn fékk blóðsykurmæli með sér heim og staðfesti þar endurtekin blóðsykurföll bæði fyrir og eftir máltíðir.

Sveltipróf með 72 klukkustunda föstu var gert vegna endurtekinna blóðsykursfalla. Þegar tæplega 24 klukkustundir voru liðnar af sveltiprófi fékk sjúklingurinn krampa. Á þeim tímapunkti mældist glúkósi 1,3 mmól/L, insúlín mældist 50,0 pmól/L og C-peptíð mældist 0,2nmól/L (insúlín ≥18 pmól/L, C-peptíð



Mynd 1. *Vikulöng blóðsykursmæling með sírita fyrir aðgerð. Hver lína táknar einn sólarhring og punktalína táknar meðaltalsgildi. Eðlileg mörk blóðsykurs eru innan bláa svæðisins en blóðsykurfall er innan rauða svæðisins. Blóðsykur sjúklingsins reyndist vera að meðaltali 4 mmól/L og hækkaði lítið við máltíðir.*



Mynd 2. *Vikulöng blóðsykursmæling með sírita eftir aðgerð þar sem hluti brissins var fjarlægður. Blóðsykur sjúklingsins reyndist vera að meðaltali 6,3mmól/L. Blóðsykur sjúklingsins helst því innan viðmiðunarmarka með eðlilegri hækkun eftir máltíðir.*

≥0,2nmól/L samtímis sykurfalli gefur til kynna innræna insúlínofframleiðslu.[1]

Enn var sterkur grunur um insúlínæxli og voru því gerðar myndrannsóknir til að staðsetja það. Engin þeirra rannsókna sem hægt er að gera hérlendis sýndu hnút í brisi, þar með talin tölvusneiðmynd af kvið, segulómun af brisi og ómun af kviðarholi með holsjá (*endoscopic ultrasound*). Í kjölfarið var sjúklingurinn því sendur á Háskólasjúkrahúsið í Uppsölum í Svíþjóð til rannsóknar með jáeindaskanna. Þar var gert stutt sveltipróf (8 klukkustundir) þar sem blóðgildi insúlíns mældist 65,3 pmól/L, pro-insúlín var 33 pmól/L og C-peptíð var 0,36 nmól/L. Eins og áður voru insúlín og C-peptíð-gildi lýsandi fyrir innræna insúlínframleiðslu. Ennfremur var pro-insúlíngildið styðjandi við það, en nýlegar rannsóknir hafa sýnt fram á að pro-insúlíngildi ≥ 22pmól/L eftir föstupróf sé mjög sértækt fyrir innræna insúlínframleiðslu.[2] Teknar voru tölvusneiðmyndir af brjóstholi og kviðarholi með skuggaefni í æð ásamt 11C-5HTP-jáeindaskanni. Einnig var endurgerð ómun af brisi með holsjá.

Niðurstöður úr þessum rannsóknum voru eðlilegar og sáust engin merki um æxli eða óeðlilega upptöku í líkamanum. Mælt var með sérhæfðri æðamyndatöku (*selective angiography with celiacography*), örvunarprófi með kalsíum (*intraarterial calcium stimulation test*) og endurteknu sveltiprófi.

Sjúklingurinn var því sendur aftur út til Svíþjóðar nokkrum mánuðum síðar í þessar rannsóknir. Æðamyndataka með kalsíumörvun var gerð á þann máta að kalsíum var sprautað í 6 meginstofnæðarnar sem næra brisið. Kalsíum örvar seytingu insúlíns á þeim svæðum sem hver æð nærir og er þá hægt að mæla magn framleiðslunnar þar á fjórum mismunandi tímapunktum. Ef mikil hækkun verður á seytingu insúlíns á stuttum tíma er það merki um að insúlínæxli sé til staðar. Niðurstöðurnar voru bornar undir innkirtlasérfræðinga í Bandaríkjunum og Þýskalandi. Sameiginleg niðurstaða var sú að um offramleiðslu á insúlíni væri að ræða en ekki hefði fundist afmarkaður hnútur innan brissins sem væri valdur þess. Hér kom upp grunur um sjaldgæfan sjúkdóm sem veldur ofvexti brisfrumna en erfitt er að greina þann sjúkdóm nema með vefjasýni. Því var ákveðið að taka sjúkling til aðgerðar, sem hún undirgekkst í Uppsölum. Fjarlægður (*distal*) 2/3 hluti brissins var fjarlægður ásamt miltanu eftir að myndrannsókn (68Ga-DOTATOC- jáeindarannsókn) sýndi ekki fram á nein ákveðin offramleiðslusvæði. Slík aðgerð er talin vera varanlegasta meðferðin við ofvexti brisfrumna.[3,4] Aðgerðin gekk vel og voru engir fylgikvillar eftir útskrift. Vefjagreining var framkvæmd á sýni frá aðgerðinni og var greiningin staðfest sem *nesidioblastosis* eða *Noninsulinoma pancreatogenous hypoglycemia syndrome* (NIPHS).

Fyrir aðgerð var framkvæmd vikulöng blóðsykursmæling með sírita til að geta fylgst með þróun blóðsykursfallanna. Blóðsykur sjúklingsins reyndist vera að meðaltali 4 mmól/L og hækkaði lítið við máltíðir (sjá mynd 1). Gerð var samskonar vikulöng blóðsykursmæling tveimur mánuðum eftir aðgerð (sjá mynd 2). Þar sést að blóðsykur helst í hærra og stöðugara gildi en áður og er hún alveg laus við blóðsykursföllin. Sjúklingur hefur nú verið laus við einkenni blóðsykursfalla í 9 mánuði.

Umræða

Helstu mismunagreiningar hjá fullorðnum með blóðsykursfall vegna innrænnar insúlínoframleiðslu eru blóðsykurslækkandi lyf eins og sulfonylurea eða meglitinide, insúlínmyndandi æxli, NIPHS eða blóðsykursfall í kjölfar hjáveituaðgerðar (*post-gastric bypass hypoglycemia*).

Hægt er að greina blóðsykurslækkandi lyf í blóði eða þvagi. Til þess að greina insúlínæxli frá NIPHS þarf að gera víðtæka leit að æxlisvexti í líkamanum. Ómun með holsjá er mjög næm rannsókn (≥90%) til að staðsetja insúlínæxli og er því oftast fyrsta rannsókn.[5-7] Hins vegar getur það ekki greint víðtæku vefjabreytingarnar sem einkenna *nesidioblastosis*.[8]

NIPHS er heilkenni sem einkennist af innrænni offramleiðslu insúlíns sem veldur blóðsykursfalli (*endogenous hyperinsulinemic hypogycemia*) sem er ekki af völdum insúlínæxlis. Insúlínæxli er mun algengari sjúkdómur og er NIPHS orsakavaldur blóðsykursfalla í kjölfar insúlínoframleiðslu í einungis 0,5-5% heildartilvika.[9]

Nesidioblastosis var fyrst skilgreint árið 1938 af George F. Laidlaw. Þar setti hann saman grísku orðin *nesidion* sem þýðir eyjafruma og *blastos* sem þýðir að byggja. Hér var hann í raun að lýsa þróun frumnanna í heilkenni sem er það sjaldgæft að því hefur ekki verið lýst hérlendis áður.[10]

Vefjasýni frá briskirtlum þessara einstaklinga sýna ofvöxt beta-frumna, eyjur (*islets*) með stækkaðan og oflitaðan kjarna (*hypercromatic*) og aukna eyjafrumumyndun í kringum brisrásirnar (*periductular islets*). Þessir vefjafræðilegu eiginleikar eru einkennandi fyrir *nesidioblastosis*.[11]

Megineinkenni NIPHS er blóðsykursfall sem kemur í kjölfar máltíðar en ekki eftir tímabundna föstu. Rannsókn frá Mayo Clinic meðal 18 sjúklinga á aldrinum 16-78 ára sýnir að meirihlutinn (70%) var karlkyns, í kjörþyngd og einkenni blóðsykursfalls komu oftast fram tveimur til fjórum klukkustundum eftir máltíð. Allir sjúklingarnir í rannsókninni höfðu upplifað einkenni sykurskorts í heila (*neuroglycopenic symptoms*) og sumir höfðu sögu um meðvitundarskerðingu og/eða alflog tengt sykurfalli. Tæplega helmingur sjúklingana (40%) hafði undirgengist aðgerð á efri meltingarvegi, að undanskilinni hjáveituaðgerð, einhvern tíma á ævinni. Þeir sem höfðu farið í hjáveituaðgerð voru útilokaðir þar sem þeir geta sýnt svipuð einkenni vegna hraðrar magatæmingar (*dumping syndrome).*[3,12,13]

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar um þetta heilkenni en nokkrar minni rannsóknir hafa sýnt fram á algengi blóðsykursfalla eftir máltíðir og eru karlar þar í meirihluta. Athyglisvert er að margir þessara sjúklinga voru fyrst misgreindir með insúlínæxli en þau einkennast aðallega af blóðsykursföllum við föstu. Talið er að um 5% sjúklinga með insúlínæxli fái einnig blóðsykursföll eftir máltíðir en fáar rannsóknir hafa verið gerðar þessu til staðfestingar.[14]

Meðan á sykurfalli stendur fá sjúklingar með NIPHS svipaðar rannsóknarniðurstöður og sjúklingar með insúlínæxli. Það verður í flestum tilfellum hækkun á plasmainsúlíni, C-peptíði og pro-insúlíni.

Því þarf í kjölfarið að leita að æxlisvexti með því að framkvæma sneiðmynd, segulómun, þrífasa sneiðmynd (*triple-phase CT*), sérhæfða æðamyndatöku (*celiac axis angiography*) og jáeindarannsóknir. Ef ekkert finnst í þessum rannsóknum þarf að framkvæma örvunarpróf með kalsíum (*selective arterial calcium stimulation test with hepatic venous sampling (SACST)*) sem hefur háa sértækni fyrir *nesidioblastosis*.[15]

Þegar einkenni NIPHS eru mjög væg er í sumum tilfellum hægt að meðhöndla upphafsstig sjúkdómsins með lífsstílsbreytingum. Þá er mælt með minnkaðri kolvetnaneyslu og að dreifa kolvetnainntöku jafnt yfir daginn. Við þessar næringarleiðbeiningar má bæta lyfjameðferð, diazoxide, alpha-glucosidasahemil eða octreotide sem gefið er með hverri stórmáltíð dagsins.[16-19]

Fyrir fólk með alvarlegri einkenni blóðsykursfalls, til dæmis einkenni sykurskorts í heila, er lyfjameðferð sjaldnast næg og aðgerð því heppilegri kostur. Þá er oftast framkvæmt hlutabrottnám á fjærhluta brissins. Hlutfall brissins sem þarf að fjarlægja fer eftir niðurstöðum úr SACST-rannsókninni.[3,4] Bandarísk rannsókn sem skoðaði 5 sjúklinga sem undirgengust 70% brottnám af brishalanum sýndi fram á lága tíðni af blóðsykursföllum í kjölfar aðgerðar og enginn sjúklinganna hafði þróað með sér sykursýki í kjölfar aðgerðar en eftirfylgdartíminn var 1,5-21 ár.[20]

Greint hefur verið frá endurkomu blóðsykursfalla eftir hlutabrottnám brissins. Lítil bandarísk rannsókn þar sem 87% sjúklinga sem svöruðu könnuninni sögðust hafa fundið fyrir endurkomu einkenna en þó mun vægari en fyrir aðgerð. 75% þeirra töldu aðgerðina hafa bætt lífsgæði sín og heildarlíðan. Í örfáum tilfellum hefur þurft að gera enduraðgerð þar sem brisið var fjarlægt að fullu.[21]

Stökkbreytingar í 9 mismunandi genum hafa verið tengdar við sjúkdóminn í ungbörnum og er vonast til þess að áframhaldandi rannsóknir á því sviði muni leiða í ljós hvaða sjúklingar munu hagnast af lyfjameðferð og hverjir munu þurfa að fara í aðgerð.[22]

Heimildir

1. Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, Heller SR, Montori VM, Seaquist ER, et al. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2009; 94: 709-28.
2. Guettier JM, Lungu A, Goodling A, Cochran C, Gorden P. The role of proinsulin and insulin in the diagnosis of insulinoma: a critical evaluation of the Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2013; 98: 4752-8.
3. Thompson GB, Service FJ, Andrews JC, Lloyd RV, Natt N, van Heerden JA, et al. Noninsulinoma pancreatogenous hypoglycemia syndrome: an update in 10 surgically treated patients. Surgery 2000; 128: 937-44; discussion 44-5.
4. Raffel A, Krausch MM, Anlauf M, Wieben D, Braunstein S, Klöppel G, et al. Diffuse nesidioblastosis as a cause of hyperinsulinemic hypoglycemia in adults: a diagnostic and therapeutic challenge. Surgery 2007; 141: 179-84; discussion 85-6.
5. Kann PH, Rothmund M, Zielke A. Endoscopic ultrasound imaging of insulinomas: limitations and clinical relevance. Exp Clin Endocrino Diabetes 2005; 113: 471-4.
6. Sotoudehmanesh R, Hedayat A, Shirazian N, Shahraeeni S, Ainechi S, Zeinali F, et al. Endoscopic ultrasonography (EUS) in the localization of insulinoma. Endocrine 2007; 31: 238-41.
7. McLean AM, Fairclough PD. Endoscopic ultrasound in the localisation of pancreatic islet cell tumours. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2005; 19: 177-93.
8. Catton JA, Zaitoun AM, Aithal GP, Sturrock ND, Lobo DN. Diffuse nesidioblastosis causing hyperinsulinemic hypoglycemia: the importance of pancreatic sampling on EUS. Gastrointest Endosc 2008; 68: 571-2; discussion 72.
9. Ramirez-Gonzalez LR, Sotelo-Alvarez JA, Rojas-Rubio P, Macías-Amezcua MD, Orozco-Rubio R, Fuentes-Orozco C. [Nesidioblastosis in the adult: a case report]. Cir Cir 2015; 83: 324-8.
10. Laidlaw GF. Nesidioblastoma, the islet tumor of the pancreas. Am J Pathol 1938; 14: 125-34.5.
11. Anlauf M, Wieben D, Perren A, Sipos B, Komminoth P, Raffel A, et al. Persistent hyperinsulinemic hypoglycemia in 15 adults with diffuse nesidioblastosis: diagnostic criteria, incidence, and characterization of beta-cell changes. Am J Surg Pathol 2005; 29: 524-33.
12. Service FJ, Natt N, Thompson GB, Grant CS, van Heerden JA, Andrews JC, et al. Noninsulinoma pancreatogenous hypoglycemia: a novel syndrome of hyperinsulinemic hypoglycemia in adults independent of mutations in Kir6.2 and SUR1 genes. J Clin Endocrinol Metab 1999; 84: 1582-9.
13. Rumilla KM, Erickson LA, Service FJ, Vella A, Thompson GB, Grant CS, et al. Hyperinsulinemic hypoglycemia with nesidioblastosis: histologic features and growth factor expression. Mod Pathol 2009; 22: 239-45.
14. Won JG, Tseng HS, Yang AH, Tang KT, Jap TS, Lee CH, et al. Clinical features and morphological characterization of 10 patients with noninsulinoma pancreatogenous hypoglycaemia syndrome (NIPHS). Clin Endocrinol 2006; 65: 566-78.
15. Thompson SM, Vella A, Thompson GB, Rumilla KM, Service FJ, Grant CS, et al. Selective arterial calcium stimulation with hepatic venous sampling differentiates insulinoma from nesidioblastosis. J Clin Endocrinol Metab 2015; 100: 4189-97.
16. Kellogg TA, Bantle JP, Leslie DB, Redmond JB, Slusarek B, Swan T, et al. Postgastric bypass hyperinsulinemic hypoglycemia syndrome: characterization and response to a modified diet. Surg Obes Relat Dis 2008; 4: 492-9.
17. Arao T, Okada Y, Hirose A, Tanaka Y. A rare case of adult-onset nesidioblastosis treated successfully with diazoxide. Endocr J 2006; 53: 95-100.
18. Moreira RO, Moreira RB, Machado NA, Gonçalves TB, Coutinho WF. Post-prandial hypoglycemia after bariatric surgery: pharmacological treatment with verapamil and acarbose. Obes Surg 2008; 18: 1618-21.
19. Kondo T, Tomita S, Adachi H, Motoshima H, Taketa K, Matsuyoshi A, et al. A case of hyperinsulinemia of undetermined origin, successfully treated with long-acting octreotide. Endocr J 2005; 52: 511-7.
20. Witteles RM, Straus IF, Sugg SL, Koka MR, Costa EA, Kaplan EL. Adult-onset nesidioblastosis causing hypoglycemia: an important clinical entity and continuing treatment dilemma. Arch Surg 2001; 136: 656-63.
21. Vanderveen KA, Grant CS, Thompson GB, Farley DR, Richards ML, Vella A, et al. Outcomes and quality of life after partial pancreatectomy for noninsulinoma pancreatogenous hypoglycemia from diffuse islet cell disease. Surgery 2010; 148: 1237-45; discussion 45-6.
22. Gilis-Januszewska A, Piatkowski J, Skalniak A, Piwońska-Solska B, Nazim J, Pach D, et al. Noninsulinoma pancreatogenous hypoglycaemia in adults - a spotlight on its genetics. Endokrynol Pol 2015; 66: 344-54.

ENGLISH SUMMARY

Repeated non-epileptic seizures in a previously healthy young woman – a case report

Guðrún Mist Gunnarsdóttir[1], Arna Guðmundsdóttir[1], Per Hellman[2], Peter Stålberg[2]

A previously healthy 18 year old female has repeated admissions over a six week period to the emergency department because of seizures. She has no previous history of epilepsy and denies any drug use. Imaging and electroencephalogram do not indicate epilepsy. Blood sugar levels are low on two occasions, 1.3 mmol / L and 1.7mmól / L (4.0 - 6.0 mmol / L). After further investigations the suspicion of an insulin-producing tumor arises. Extensive research and imaging is conducted to look for tumor growth without any findings. Subsequently she was sent abroad for further evaluation with a 11C-5HTP-PET scan, selective angiography with celiacography and an intra-arterial calcium stimulation test. She was diagnosed with nesidioblastosis. Here we will discuss the presentation and work-up of the medical case and review this rare causative disease.

[1]Landspítali University Hospital of Iceland, [2]Department of Surgical Sciences, University Hospital, Uppsala University, Sweden.

Key words: *repeated seizures, neuroglycopenic symptoms, noninsulinoma pancreatogenous hypoglycemia syndrome (NIPHS), endogenous hyperinsulinemic hypoglycemia, nesidioblastosis.*

Correspondence: *Guðrún Mist Gunnarsdóttir, gudrunmi@landspitali.is*

Ég á mér draum

Magdalena Ásgeirsdóttir

lungnalæknir á Reykjalundi

masgeirsdottir@me.com



Þegar þetta er skrifað, daginn eftir sögulegt jafntefli við Portúgal á EM, er ég ennþá að dást að samstöðu Íslendinga á áhorfendapöllunum og hversu hátt raddir þeirra ómuðu. Ég vildi óska að við sem þjóð værum jafn samstillt og ákveðin þegar kemur að því að kveða niður ofbeldi. Ofbeldi, sama hvers eðlis, er þjóðfélagslegt vandamál. Í kjölfar ákalls og átaks í rannsóknum, gagnaöflun og síðan skýrslu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) um ofbeldi, er nú í vaxandi mæli litið á ofbeldi frá sjónarhóli lýðheilsufræða, þar með talið ofbeldi í nánum samböndum. Kynbundið ofbeldi (oft túlkað sem ofbeldi gegn konum) er mér efst í huga, en þar er átt við kynferðislegt áreiti, heimilisofbeldi, kynferðislega misnotkun af hendi sambýlings, ofbeldi gegn börnum og fleira. Ofbeldi hefur miklar afleiðingar fyrir þolendur en þar má nefna alvarlega sálræna erfiðleika, félagslega einangrun, fjarvistir frá vinnu, atvinnuleysi og fjárhagslegt tjón. Samkvæmt Swedish Crime Survey 2010 varð 10. hver Svíi fyrir einhvers konar ofbeldi, hótunum eða einelti árið 2009. Ungt fólk, og þá sérstaklega einstæðar mæður með ung börn, eru útsettari fyrir ofbeldi en aðrir hópar samfélagsins. Konur verða mun oftar fyrir ofbeldi innan heimilis og á vinnustöðum og stúlkur/konur eru langoftast fórnarlömb kynferðisofbeldis, en karlmenn eru um 15% fórnarlamba heimilisofbeldis. Þegar á heildina er litið verða drengir og fullorðnir karlmenn tiltölulega oftar en konur fyrir ofbeldi sem leiðir til lögregluíhlutunar og ákæru, sjúkrahúsinnlagna og/eða dauða. Stúlkur/konur sem verða fyrir ofbeldi þekkja mun oftar til árásarmannsins en karlmenn og eru allt að 5 sinnum líklegri til að vera drepnar af maka sínum en karlmenn. Árás maka á eiginkonu, nauðgun og gróf brot gegn persónulegri friðhelgi hennar eru fimmtungur allra ofbeldisglæpa gegn báðum kynjum. Samkvæmt bandarískri skýrslu frá 1989 (National Coalition Against Domestic Violence) fengu karlar að meðaltali 2-6 ára dóm fyrir að drepa maka sinn, en konur að meðaltali 15 ára dóm fyrir sambærilegt brot. Við skulum vona að einhver þróun hafi orðið hvað þetta varðar í jafnræðisátt frá því þessi skýrsla kom út. Samkvæmt sænskri rannsókn hafa um 10% barna orðið vitni að ofbeldi á heimili sínu og um 5% hafa upplifað slíkt ítrekað. Þar sem ofbeldi á sér stað innan heimilisins eru börnin oft líka þolendur ofbeldis. Það að verða vitni að heimilisofbeldi í barnæsku er sterkasti áhættuþátturinn hvað varðar hættuna á að verða sjálfur ofbeldisfullur á fullorðinsárum.

Í samfélaginu er sterk tilhneiging til að fjalla um kynbundið ofbeldi sem „kvennamál“. Við þurfum að átta okkur á að orðræðan um ofbeldi innan heimilisins sem vandamál kvenna, gerir í sjálfu sér lítið úr vandanum og flytur fókusinn frá gerandanum og yfir á þolandann, það er „blaming the victim“. Slíkt er auðvitað óásættanlegt, því án gerandans verður ekkert ofbeldi. Mikill meirihluti geranda í hvers kyns ofbeldismálum eru karlmenn, bæði gegn börnum, konum og öðrum karlmönnum. Ofbeldi er því vandamál okkar allra. Hvað skyldi það vera í samfélaginu sem ýtir undir ofbeldishegðun? Af hverju gengur ekki betur en raun ber vitni að draga úr ofbeldi? Hvernig getum við snúið til betri vegar?

Ég á mér þann draum að sjá hugrakka karlmenn sem þora að koma fram og tala gegn ofbeldi. Þannig slá þeir vopnin úr höndum gerendanna. Saman byggjum við þessa jörð og þurfum líka að standa saman í þessu máli.

Martin Luther King sagði: Það sem að lokum mun særa okkur mest, eru ekki orð óvina okkar heldur þögn vina okkar.

Rjúfum þögnina!

Stjórn LÍ

Þorbjörn Jónsson, *formaður*
Orri Þór Ormarsson, *varaformaður*
Björn Gunnarsson, *gjaldkeri*
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
Arna Guðmundsdóttir
Hildur Svavarsdóttir
Magnús Baldvinsson
Tinna Harper Arnardóttir
Þórarinn Ingólfsson

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

ÞYRLUVAKT LÆKNA

30 ár síðan þau fóru í loftið



Hávar Sigurjónsson

Í febrúar síðastliðnum voru 30 ár síðan 5 ungir læknar stofnuðu sjálfboðaliðasveit við björgunarsveitarþyrlu Landhelgisgæslunnar. Málið átti sér nokkurn aðdraganda sem sjaldan hefur verið rifjaður upp og því þótti Læknablaðinu við hæfi að ræða við nokkra af stofnendum sveitarinnar ásamt læknisfræðilegum stjórnanda hennar og fyrstu konuna sem starfaði með sveitinni.

Jón Baldursson og Guðmundur Björnsson voru í hópnum sem stofnaði þyrluvakt lækna í ársbyrjun 1986. Ásamt þeim voru Felix Valsson, Óskar Einarsson og Ari Halldórsson í upprunalega hópnum en fljótlega bættust fleiri við og mannaskipti voru nokkuð ör þar sem allir voru þeir deildarlæknar og á leið utan í sérnám. Ólafur Þ. Jónsson svæfingalæknir sem þá var formaður læknaráðs Borgarspítalans og síðar yfirlæknir á gjörgæsludeild spítalans tók að sér læknisfræðilega stjórn þyrluvaktarinnar – og er gjarnan kallaður guðfaðir þyrluvaktarinnar – segir að þrátt fyrir ungan aldur hafi þetta allt verið læknar með góða og fjölbreytta reynslu: „Þeir voru búnir að starfa á ýmsum deildum spítalans í allt að fjögur ár sumir hverjir. Það var heldur enginn tekinn beint inn í sveitina eftir læknapróf, menn urðu að fá nokkra reynslu áður en það gat orðið."

Á sloppnum út í óvissuna

Guðmundur Björnsson lýsir aðdraganda þess að nokkrir áhugasamir ungir læknar tóku sig saman og stofnuðu þyrluvaktina, þeim hafi fundist nauðsynlegt að koma meira skipulagi á útköllin og vera betur undirbúnir þegar kallið kæmi. „Stundum lenti þyrlan bara hérna við spítalann eða læknirinn var sóttur af lögreglunni og keyrður með forgangsljósum út á flugvöll. Það var þá tilviljun háð hvaða læknir fór með. Við vissum varla hvers eðlis útkallið væri eða hvaða búnað ætti að taka með. Það voru dæmi um að menn fóru bara á klossunum og hvíta sloppnum út í óvissuna. Umræðan á meðal okkar læknanna spannst talsvert um þetta og Ólafur Þ. Jónsson yfirlæknir var mikill áhugamaður um sjúkraflug og Jón Baldursson hafði einnig talsverða reynslu í gegnum starf sitt með Hjálparsveit skáta. Þetta varð allt til þess að haustið 1985 ákváðum við að reyna að setja saman hóp og búa til vaktaskipulag og í kjölfar þessa ræddum við málið við stjórn spítalans því við þurftum að fá leyfi til að sinna útköllum á vinnutíma. Þetta var aukakostnaður fyrir spítalann og við fórum því á fund fjárveitinganefndar Alþingis og óskuðum eftir sérstakri fjárveitingu til að standa undir kostnaði við þyrluvaktina. Okkur var ágætlega tekið og hugmyndin þótti góð en það komu engir peningar út úr þessum samtölum. Við ræddum við fjölmarga aðila og samtök sem áttu hagsmuna að gæta en árangurs í formi peninga. Við þóttumst sjá af þessu að við þyrftum bara að byrja og sannfæra fjárveitingavaldið um nauðsyn þess að halda úti þyrluvakt lækna. Við gerðum þetta allt í mjög nánu og góðu samstarfi við Landhelgisgæsluna enda gerðu menn þar sér fulla grein fyrir mikilvægi okkar læknanna. Gæslan sá um búnaðinn að miklu leyti og spítalinn lagði einnig til ýmislegt og í byrjun árs 1986 hófust æfingar okkar með Gæslunni en frá upphafi var læknirinn hluti af áhöfn þyrlunnar og við því skyldaðir til að taka þátt í björgunaræfingum með þeim. Það var mjög gagnlegt.

Niðurstaðan af þessu öllu var að við mönnuðum sólarhringsvakt lækna utan okkar vinnutíma á spítalanum og ákváðum að láta á þetta reyna í eitt ár. Þetta hófst svo formlega þann 20. febrúar 1986. Fljótlega eftir það komu útköll og þá slípaðist ákvarðanatakan með hvort læknir ætti að fara með í útkallið eða ekki og flugstjórinn tók að sjálfsögðu lokaákvörðun um hvort væri flugfært vegna



„Eftir þetta sumar velktumst við ekki lengur í vafa um þörfina á læknavakt við þyrluna og fórum þá að róa að því öllum árum að fá vaktina setta formlega upp,“ segir Jón Baldursson.



„Það sem réði svo úrslitum um að fjárveiting fékkst var slys úti á landi þar sem náinn ættingi eins stjórnmálamanns slasaðist og það var alveg ljóst að þyrluvaktin og læknirinn um borð höfðu bjargað lífi viðkomandi,“ segir Guðmundur Björnsson.

veðurs eða vegalengdar. Síðan héldum við nákvæmar skýrslur um hvert útkall og fórum vandlega yfir alla þætti eftir á til að læra sem mest af hverju útkalli. Við nutum þess að sjálfsögðu hvað áhöfn þyrlunnar var vel þjálfuð og skipulögð í vinnubrögðum og lærðum mikið af þeim, bæði á æfingum og í útköllunum sjálfum.

Samhliða þessu voru við stöðugt að nudda í fjárveitinganefnd og þingmönnum og fengum Sjómannasambandið og fleiri í lið með okkur því þeir gerðu sér fulla grein fyrir mikilvægi þyrluvaktarinnar. Ýmsir þingmenn tóku þetta mál upp en það reyndist furðulega þungt fyrir fæti að fá fjárveitingu fyrir þessu starfi. Um sumarið fórum við hringferð um landið með þyrlunni og kynntum starf þyrluvaktarinnar fyrir heimamönnum á hverjum stað. Það mæltist mjög vel fyrir og allir gerðu sér grein fyrir því að þetta skipti máli. Það sem réði svo úrslitum um að fjárveiting fékkst var slys úti á landi þar sem náinn ættingi eins stjórnmálamanns slasaðist og það var alveg ljóst að þyrluvaktin og læknirinn um borð höfðu bjargað lífi viðkomandi.

Til að gera langa sögu stutta komst þyrluvaktin inn á fjárlög næsta árs, 1987, og hefur verið þar síðan. Þetta hefur auðvitað þróast í gegnum árin og er löngu komið í mjög fastar og öruggar skorður og enginn efast lengur um mikilvægi þess að hafa lækni um borð í þyrlunni þegar farið er í útköll vegna slysa langt út á land eða haf.“

„Þyrluvakt lækna á sér talsvert langa forsögu en um miðjan 8. áratuginn var hópur lækna sem reyndi að gera eitthvað svipað og við gerðum áratug síðar. Hvers vegna það rann út í sandinn veit ég satt að segja ekki,“ segir Jón Baldursson bráðalæknir en hann vísar hér til þess að í kjölfar ráðstefnu sem Rauði Kross Íslands efndi til í nóvember 1973 um sjúkraflug á Íslandi kom sú hugmynd fram hjá stjórn Læknafélags Reykjavíkur að kanna hvort unnt væri að koma á fót læknavakt fyrir sjúkraflug. Segir í bréfi sem stjórn LR sendi félagsmönnum um þetta efni að rætt hafi verið við ráðuneytisstjóra heilbrigðisráðuneytisins vegna hugsanlegrar þátttöku hins opinbera við greiðslu vinnulauna lækna vegna sjúkraflugsins. Voru undirtektir sagðar jákvæðar en ekkert varð úr efndunum. Formleg vakt lækna vegna sjúkraflugs beið í 12 ár þó vissulega hafi læknar farið í sjúkraflug með flugvélum og þyrlum á þessum árum eftir því sem þurfa þótti og tök voru á.

Tilraunaverkefni í upphafi

„Þegar við félagarnir fórum að undirbúa stofnun þyrluvaktarinnar hafði ég verið sveitarforingi Hjálparsveitar skáta tæp tvö ár og hafði farið í leitar- og björgunarflug með Landhelgisgæslunni, meðal annars um hvítasunnuna 1985. Þetta var með leiguvél en gæslan var enn að jafna sig eftir þyrluslysið í Jökulfjörðunum 1983 þegar TF Rán fórst með nokkra af reyndustu þyrlumönnum Gæslunnar. En ég átti síðar þetta sama ár samtöl við Pál Halldórsson flugstjóra um samstarf Gæslunnar og Hjálparsveitarinnar og snemma árs 1986 barst þetta í tal okkar í milli hvort ekki væri hægt að fá lækna af Borgarspítalanum til að vera til taks þegar þyrlan væri kölluð út. Áður hafði Gæslan einfaldlega reynt að grípa þann lækni sem var á



„Ég var læknisfræðilegur stjórnandi þyrlusveitarinnar allt til þess að spítalarnir voru sameinaðir," segir Ólafur Þ. Jónsson.

lausu, stundum tekið héraðslækni með en ég var mjög áfram um að þetta yrði fært í ákveðnari farveg og læknarnir fengju þjálfun með áhöfn þyrlunnar og væru betur undirbúnir fyrir þau verkefni sem útkallið krefðist. Það skemmtilega við þetta samtal var að meðan á því stóð kom Óskar Einarsson inn á skrifstofuna og var fljótur að átta sig á um hvað símtalið snerist og þegar ég lagði á horfðum við hvor á annan og hann sagði: Væri það ekki æðislegt? Og með það spruttum við uppúr stólunum, tveir galvaskir unglæknar, örkuðum eftir ganginum og knúðum dyra hjá þáverandi formanni læknaráðs Borgarspítalans, Ólafi Þ. Jónssyni svæfingalækni. Það kom okkur verulega á óvart að við þurftum ekkert að hafa fyrir því að sannfæra hann en þá höfðum við ekki hugmynd um að hann hafði um árabil verið mikill áhugamaður um sjúkraflug og bráðaþjónustu og hafði heilmikla reynslu af slíku. Ólafur reyndist okkur svo betri en enginn því hann tók þetta mál strax upp á arma sína, gerðist eins konar verndari þyrluvaktarinnar og þar með varð þetta uppátæki okkar aldrei umdeilt að ráði innan spítalans því Ólafur naut mikillar virðingar og það var gríðarlegur styrkur að því að hafa hann sem bakhjarl. Við fengum síðan þrjá aðra unglækna í lið með okkur, Guðmund Björnsson síðar endurhæfingarlækni, Ara Halldórsson síðar skurðlækni og Felix Valsson síðar gjörgæslu- og svæfingalækni sem enn er að fljúga með gæslunni. Ari og Felix hurfu til framhaldsnáms erlendis ekki löngu eftir að við stofnuðum vaktina og í þeirra stað bættust í hópinn Stefán Carlsson bæklunarlæknir, Grétar Ottó Róbertsson síðar bæklunarlæknir og Arnaldur Valgarðsson svæfingalæknir en hann átti eftir að fljúga í mörg ár og reynast klettur í þessu starfi.

Við stofnuðum til þyrluvaktar lækna sem tilraunaverkefnis til að sjá hvort þörf væri á slíkri vakt og hversu gagnlegur læknir væri við þessar aðstæður. Enginn okkar var fyrirfram viss um hvað úr þessu yrði og við gengum að þessu með opnum huga. Fljótlega rákum við okkur á að verkefnin voru sum hver mjög erfið og krefjandi en þau voru fá um veturinn og fram á vorið. Um sumarið helltust útköllin yfir, mestmegnis slys bæði á sjó og landi, en það kom Landhelgisgæslunni á óvart hversu mörg útköll voru á þurru landi. Eftir þetta sumar velktumst við ekki lengur í vafa um þörfina á læknavakt við þyrluna og fórum þá að róa að því öllum árum að fá vaktina setta formlega upp. Þó að við hefðum notið velvildar spítalans frá upphafi vorum við gagnrýndir af sumum fyrir að vinna læknisstörf frítt en það útskýrðum við með því að þetta væri rannsóknarverkefni og þessu yrði ekki haldið áfram þannig til langframa. Síðan gerðist þetta slys um haustið sem Guðmundur nefndi og það reið baggamuninn. Þyrluvaktin var sett á fjárlög frá og með áramótum 1986-1987."

Allir voru sammála um mikilvægi málsins

Ólafur Þ. Jónsson var yfirlæknir svæfinga- og gjörgæsludeildar Borgarspítalans þegar þyrlusveitin var að fæðast og hann hafði mikinn áhuga á og persónulega reynslu af sjúkraflugi og gerði sér góða grein fyrir mikilvægi þess.

„Ég hafði í mörg ár þarna á undan farið í mörg sjúkraflug, bæði innanlands og til Grænlands, með flugvélum og þyrlum, en það var ekkert fast form á þessu og það var því sannarlega tímabært þegar þessir ungu menn komu á minn fund og lýstu áhuga sínum á því að gerast sjálfboðaliðar og stofna þyrlusveit lækna. Ári síðar, eða í febrúar 1987, var gerður samningur milli Borgarspítalans og Landhelgisgæslunnar um hvernig þessar tvær stofnanir sameinuðust um sjúkraflugið. Í samningnum var grein þar sem sagði að spítalinn skipaði læknisfræðilegan stjórnanda. Forstjóri spítalans fól mér þetta starf.

Samningurinn var í fyrstu til 5 ára en var síðan endurnýjaður árlega eftir það.

Ég var læknisfræðilegur stjórnandi þyrlusveitarinnar allt til þess að spítalarnir voru sameinaðir. Í starfinu fólst að ræða við þá lækna sem óskuðu eftir því að komast í þyrlusveitina og hvort eitthvað gæti komið í veg fyrir þátttöku þeirra í sveitinni. Haldnir voru reglulegir fundir með áhöfn þyrlunnar og læknanna í þyrlusveitinni þar sem farið var vandlega yfir allt sem sneri að útköllunum og verkefnunum. Þetta var nú í hnotskurn það sem sneri að mér varðandi þyrlusveitina meðan ég hafði afskipti af henni. Yfirleitt voru þetta ungir læknar sem höfðu ekki hafið sérfræðinám en höfðu talsverða reynslu sem deildarlæknar. Seinna komu oft sérfræðimenntaðir læknar í sveitina."

Ólafur rifjar upp að það hafi ekki gengið snurðulaust fyrir sig þegar ungar konur í læknastétt óskuðu eftir því að komast í þyrlusveitina. „Þetta hafði verið karlaveldi fram að því að Alma Möller kom til liðs við sveitina og hún sýndi strax að konur voru alveg jafn færar um þetta og karlarnir. Reyndar efaðist enginn um það heldur



„Þetta voru oft langar ferðir en æfingarnar voru ekki síður skemmtilegar þar sem við fengum þjálfun í að síga niður í skip og fjalllendi og þar var Sigurður Steinar Ketilsson skipherra okkar helsti lærimeistari," segir Alma Möller.
Myndina tók Gunnar V. Andrésson fyrir DV 20. september 1991 af Ölmu D. Möller þyrlulækni hjá Landhelgisgæslu Íslands við vinnu, sigið niður í varðskipið Týr. Þyrla gæslunnar er TF Sif. Í ferðinni voru líka Helga Magnúsdóttir þyrlulæknir og Árni Jónsson stýrimaður og spilmaður, Benóný Ásgrímsson flugstjóri og Pétur Steinþórsson flugmaður.

settu flugmennirnir aðallega fyrir sig að það væri ekki sérstakir búningsklefar fyrir konur og takmörkuð snyrtiaðstaða í þyrlunum. Það reyndist svo ekkert vandamál og þetta gekk alveg ljómandi vel allt saman."

Að sögn Ólafs var það stundum álitamál hvenær teldist fært að sækja slasaða eða sjúka og fyrir kom að slík mál rötuðu í fjölmiðlana. „Ákvörðun um þetta var og er enn tekin af lækninum á vakt, hvort sjúkdómurinn eða slysið er þess eðlis að fara þurfi á þyrlunni eða ekki og síðan er það flugstjórans að ákveða hvort fært væri vegna veðurs eða langdrægis vélanna. Einu sinni fór slíkt mál fyrir dómstóla. Það kom líka fyrir að við vorum skammaðir fyrir að fara þegar það þótti óþarft. Reyndar er ástæða til að taka það fram að nokkuð löngu áður en ungu læknarnir stofnuðu þyrlusveitina hafði Sigurður Steinar Ketilsson skipherra samband við mig og óskaði eftir ráðleggingum um hvaða búnað væri best að hafa í sjúkratösku þyrlunnar. Samstarfið milli spítalans og gæslunnar átti sér því talsverða sögu og gerði þetta allt auðveldara í vöfum þegar þyrlusveitin var stofnuð. Það voru í raun inni allir sammála um mikilvægi þess og allur þessi tími og samskipti við lækna og flugmenn og aðra var hinn ánægjulegasti í alla staði."

Höfðu áhyggjur af fataskiptum og pissuferðum

„Ég hafði mikinn áhuga á hvers kyns bráðameðferð og var í námsstöðu á svæfinga- og gjörgæsludeildinni hjá Ólafi Jónssyni," segir Alma Möller framkvæmdastjóri aðgerðasviðs Landspítalans. „Ég hafði líka verið deildarlæknir á lyflækningadeild og tekið vaktir í eitt og hálft ár á neyðarbílnum þannig að ég var komin með talsverða reynslu af bráðalækningum. Ólafur stakk upp á því við mig að ég færi á þyrluvaktina og mér fannst það mjög spennandi. Það hafði hins vegar engin kona verið í þyrlusveitinni svo það var sko ekki sjálfgefið að ég kæmist í þetta þó Ólafur væri því mjög meðmæltur. Þetta voru náttúrlega allt karlar og þeir höfðu meðal annars áhyggjur af praktískum atriðum eins og fataskiptum og pissuferðum. Menn höfðu einnig áhyggjur af því hvort líkamlegir burðir mundu nægja, til dæmis í sigi og að læknir gæti þurft að taka þátt í að bera sjúkling. Ég brást við því með að þjálfa vel í ræktinni og ekkert af þessu varð nokkru sinni vandamál. Landhelgisgæslumennirnir urðu allir miklir vinir mínir og eru það enn í dag. Svo bættust fleiri konur í þennan hóp og það hefur alltaf gengið ljómandi vel enda enginn munur á því hvort læknirinn er karl eða kona."

Alma segir margt minnisstætt úr ferðunum með þyrlunni og hún kveðst hafa búið að þessari þjálfun alla tíð, maður náði úr sér „akúthrollinum" fyrir lífstíð. Undir það taka reyndar bæði Guðmundur og Jón Baldursson sem gerði reyndar gott betur og hélt utan til Bandaríkjanna og lagði fyrir sig bráðalækningar sem sérgrein og hefur verið einn helsti lærimeistari unglækna á bráðadeild Borgarspítalans og síðar Landspítalans.

„Þetta voru oft langar ferðir en æfingarnar voru ekki síður skemmtilegar þar sem við fengum þjálfun í að síga niður í skip og fjalllendi og þar var Sigurður Steinar Ketilsson okkar helsti lærimeistari. Ég seig síðan niður í bæði togara á hafi úti og smábáta í haugasjó. Fyrsta vaktin mín var nokkuð litrík því hún hófst með því að við fórum hringferð um landið til að taka þátt í sjómannadagshátíðahöldum og þar sýndi ég sig úr þyrlunni ofan í bát og upplifði mig einsog sirkusdömu. Á leiðinni til baka kom útkall um alvarlegt slys í Hrútafirði og stuttu eftir að við vorum komin aftur í loftið með hinn slasaða kom annað útkall vegna alvarlega veiks barns á Akranesi. Við stungum okkur niður þar svo ég kom með tvo sjúklinga á Borgarspítalann úr þessari ferð," segir Alma.

Frá mólekúli til mannsins í heild

Sigríður Zoëga um verkjateymi Landspítala

Hávar Sigurjónsson

Norræna verkjafræðifélagið (Scandinavian Association for the Study of Pain, SASP) hélt sitt fertugasta þing hér á landi í maí síðastliðnum. Sigríður Zoëga hjúkrunarfræðingur er nýkjörinn forseti félagsins en hún starfar í verkjateymi Landspítalans auk þess sem hún er lektor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

„Félagið hefur verið starfrækt um langa hríð en Íslendingar urðu þátttakendur árið 1996 og eiga tvo fulltrúa í stjórn. Tilgangur félagsins er að stuðla að rannsóknum á verkjum og verkjameðferð og að skapa vettvang þar sem rannsakendur og fagfólk sem vinnur við að meðhöndla fólk með verki hittist og deilir þekkingu," segir Sigríður.

Hún segir að þema þingsins að þessu sinni hafi tekið nokkuð mið af því að hér á Íslandi eru tiltölulega fáir sem stunda rannsóknir á verkjum en fleiri sem meðhöndla fólk með verki og höfðu því meira gagn af fræðslu um meðhöndlun verkja. „Við völdum því að hafa klíníska áherslur en oft hefur verið á þingum samtakanna."

Fjölsótt þing með þekktum fyrirlesurum

Þingið sátu tæplega 200 manns sem er mjög góð þátttaka að sögn Sigríðar og fyrirlesarar voru frá öllum skandínavísku löndunum, auk Kanada og Bandaríkjanna. Fyrirlestrarnir byggðust á fjórum meginþemum og var meðal annars fjallað um erfðafræði verkja en rannsóknir á því sviði eiga vonandi eftir að skila okkur betri skilningi og meðferðarmöguleikum í framtíðinni.

Þá var fjallað um að takast á við verki, og einnig var sérstaklega fjallað um liðverki því núna stendur yfir Ár liðverkja hjá alþjóðasamtökum um verkjarannsóknir, og loks var fjallað nokkuð um áhættuþætti við þróun bráðaverkja í langvinna verki. Þarna kom margt mjög áhugavert fram og má nefna að einn fyrirlestur fjallaði um nýjar rannsóknir sem sýna fram á gagnsemi dáleiðslu við meðhöndlun verkja en auk þess sem dáleiðsla virkar ein og sér er hægt að bæta meðhöndlun verkja ef dáleiðslan er notuð samhliða annarri meðferð. Einnig var fjallað um notkun ópíóíða við verkjum og þar var bæði talað um langvinna verki og krabbameinsverki. Í Bandaríkjunum er mikil umræða um notkun ópíóíðaskyldra lyfja en þar hafa komið upp allmörg tilfelli þar sem sjúklingar hafa látist úr ofskömmtun slíkra lyfja. Það kom skýrt fram í fyrirlestrum að okkur vantar rannsóknir á langtímaáhrifum þessara lyfja, það er margt sem enn er á huldu. Að sjálfsögðu vitum við að þessi lyf hafa margvísleg áhrif á sjúklinga ef þau eru tekin í stórum skömmtum til langs tíma, og þá er ég ekki að tala um fíkn og misnotkun slíkra lyfja sem einnig er vel þekkt. Við þurfum hins vegar frekari rannsóknir á gagnsemi lyfjanna við langtímameðferð og sértækum langtímaáhrifum þeirra á sjúklinga.

Í sumum tilfellum er sjálfsagt að nota ópíóíðskyld lyf, auk annarra meðferðarúrræða, til að mynda ef verkirnir stafa af illkynja sjúkdómi eins og krabbameini, en nálgun í meðferð langvinnra verkja sem eiga sér jafnvel óljósan uppruna er önnur. Þar er áherslan lögð á ráðleggingar um lífsstílsbreytingar, líkamlega þjálfun og sálræna meðferð fremur en notkun ópíóíðskyldra lyfja til að hjálpa fólki að lifa með verkjunum." Sigríður bendir þó á að meta þurfi hvert tilvik því það sé engin ein meðferð sem henti öllum, alltaf þurfi að taka tillit til einstaklingsins og skoða hvaða úrræði gagnist viðkomandi. Nota þarf fjölþættar leiðir til að meðhöndla verki og ekki má gleyma því að auðvitað eru fleiri lyf en ópíóíðar notuð við meðferð verkja, oft með ágætum árangri.

Sigríður segir reyndar að það sé alls ekki ráðlagt í þessum fræðum að segja við fólk að það verði einfaldlega að sætta sig við verkina og læra að lifa með þeim. „Það er ekki rétta leiðin heldur þarf að hjálpa sjúklingum að finna leiðir þannig að hann hafi aukna stjórn og að lífið verið bærilegra fyrir viðkomandi.

Þá fjallaði sænskur rannsakandi um sértæk áhrif sjálfsmótefna á liðverki sem hugsanlega má nýta til að þróa nýjar leiðir í meðferð slíkra verkja."

Einn af fyrirlesurunum fjallaði um kulnun í starfi þeirra sem fást við meðhöndlun verkja en að sögn Sigríðar tekur oft tíma að sjá árangur af starfinu auk þess sem skrefin eru lítil sem tekin eru. „Þetta var þarfur fyrirlestur og gagnast eflaust flestum sem fást við langvinna sjúkdóma þar sem lækning er ekki möguleg heldur eingöngu verið að draga úr einkennum."

Þörfin er mjög mikil

Sigríður segir að meðferð við verkjum byggist fyrst og fremst á þverfaglegri nálgun. „Verkjateymi Landspítalans er samsett af þremur svæfingalæknum sem allir eru með sérmenntun í verkjameðferð, við erum tveir hjúkrunarfræðingar í einni



„Verkjameðferð byggist fyrst og fremst á þverfaglegri nálgun," segir Sigríður Zoëga hjúkrunarfræðingur í verkjateymi Landspítala.

og hálfri stöðu, sjúkraþjálfari og lyfjafræðingur. Læknarnir okkar eru reyndar mjög uppteknir við önnur störf á spítalanum og það sem okkur vantar er aukið starfshlutfall læknanna í teyminu. Teymið hóf starfsemi árið 2014 og samanburður á milli áranna 2014 og 2015 sýnir að starfsemi teymisins hefur aukist gríðarlega og þörfin fyrir það er mjög mikil.

Hér meðhöndlum við nánast eingöngu sjúklinga spítalans sem eru annaðhvort inniliggjandi eða í göngudeildarmeðferð og höfum hreinlega ekki getað sinnt öðrum en vonandi verður það í framtíðinni því þörfin er sannarlega fyrir hendi.

Okkar sjúklingar þjást af ýmsum verkjum af ólíkum uppruna og meðferðin er mjög einstaklingsbundin. Hluti af starfi okkar er að ráðleggja læknum og hjúkrunarfræðingum á deildum spítalans um verkjameðferð sjúklinga og þá sérstaklega með erfiða verki sem illa gengur að verkjastilla. Þá fæst teymið við ýmiss konar deyfingar, inngrip og lyfjagjafir sem svæfingalæknarnir og hjúkrunarfræðingar sinna. Þá hafa aðilar í teyminu einnig stýrt og tekið þátt í vísindarannsóknum á verkjum og verkjameðferð. Við sinnum einnig fræðslu fyrir starfsfólk spítalans með námskeiðum og gerð ýmiss konar fræðsluefnis og gæðaskjala auk kennslu og þjálfunar sem er hluti af starfi okkar sem háskólasjúkrahúss."

Leggjum áherslu á að fá sálfræðing

Aðspurð um hvort ekki sé þörf fyrir sálfræðing eða geðlækni í teymið brosir Sigríður og segir það sannarlega mikilvægt. „Við erum að vinna í því og leggjum mikla áherslu á að fá sálfræðing í teymið því langvinnir verkir hafa margþætt áhrif á líf sjúklinganna og alls ekki eingöngu líkamleg. Áhrifin eru félagsleg og andleg og verkirnir hindra fólk í að sinna ýmsu í daglegu lífi sem öðrum þykir bæði sjálfsagt og eðlilegt. Verkirnir taka í rauninni stjórnina í lífi viðkomandi og það getur verið mjög flókið ferli að vinda ofan af því og hjálpa einstaklingnum að ná aftur stjórn og gera það sem hann vill taka sér fyrir hendur og hefur áhuga á að gera. Meðferð langvinnra verkja snýst því oft á tíðum um að bæta virkni einstaklingsins í daglegu lífi. Þetta er önnur nálgun en við bráðaverki sem fylgja í kjölfar aðgerðar eða illkynja sjúkdóma þar sem meiri áhersla er lögð á að draga úr styrk verkjanna."

Sigríður segir að verkjarannsóknir séu á mjög spennandi stigi og margt í deiglunni sem lofar góðu. „Það sem gerir þetta svo áhugavert er hversu fjölbreyttar rannsóknirnar eru og taka yfir allt frá hinu smæsta til hins stærsta, frá mólekúlum til mannsins í heild. Við erum að átta okkur á því að við þurfum að læra svo miklu meira um eðli verkja til að geta meðhöndlað þá á sem markvissastan hátt."

„Ég trúi því, sannleiki, að sigurinn þinn að síðustu vegina jafni“

Eyjólfur Þorkelsson
heimilislæknir
og starfar á Skáni



eyjolfur.thorkelsson@gmail.com

Þrír menn blindir mættu fíl. Hinn fyrsti tók um einn fótlegginn og sagði: „Fíllinn er digur og styrkur sem eikarbolur!“ Annar tók um eyrað og sagði: „Fíllinn er þunnur og blaktir sem sjal í vindi!“ Sá þriðji sem tók um ranann sagði: „Fíllinn er mjósleginn og iðar sem slanga!“ Svo rifust þeir um þetta fram eftir degi. Hver sagði sannleikann? Hver hafði rétt fyrir sér og hver rangt?

Án orðskrúðs. Af yfirlæti

Það er hvimleitt þegar fólk nálgast fílinn frá sínum litla vinkli og vill meina að ekki einungis sé þeirra skoðun rétt heldur annarra skoðun og sjónarhorn rangt. Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir stjórnsýslufræðingur skrifar pistil í *Stundina* 25. maí sem hún vonast til að almenningur skilji. Háleitt markmið, vissulega. Þar stillir hún formanni fagfélags íslenskra heimilislækna sem „fulltrúa hagsmuna lækna“ upp á móti talsmönnum „hagsmuna almennings“; fræðimönnunum.

Það er fölsk nóta í um margt ágætri grein. Heilbrigðiskerfinu hafa allir skoðun á og flestir reynslu af. En það þarf ekki að vera sama reynslan og eitt sjónarhorn þarf ekki að útiloka annað. Þess vegna er það billegt að reyna að skilgreina heimilislækna fyrir utan umræðuna. Heimilislæknar eru sú fagstétt heilsugæslunnar sem lengsta menntun hefur að baki, hefur að stærstum hluta margra ára reynslu af því að vinna í erlendum heilbrigðiskerfum einnig og tekur á móti flestum sjúklingum. Er það dramb að finnast að okkar sjónarmið megi að lágmarki heyrast? Er það oflæti að telja að við höfum að minnsta kosti einhverja innsýn í glímu sjúklinga okkar við kerfið? En heimilislæknar ættu kannski bara að „halda sig við sína þekkingu í læknisfræði“ og „varast stórar yfirlýsingar undir yfirskini þekkingar sem er ekki á þeirra sviði“?

Realpolitik

Það skiptir máli hvernig heilbrigðiskerfið er rekið. Það skiptir máli að heilbrigðiskerfið sé rekið á félagslegum grunni. En það skiptir mestu máli að það virki, sé sveigjanlegt, lagi sig að þörfum sjúklinganna og að ákvarðanir um daglegan rekstur séu teknar eins nærri veitendum og þiggjendum þjónustunnar og hægt er. Sérstaklega á þetta við um heilsugæsluna. Íslendingum þykir vænt um heilsugæsluna sína og vilja henni vel. Og flestum er nokk sama um hvort kötturinn er svartur eða hvítur meðan hann veiðir mýs. Vandamálið er að íslenska heilbrigðiskerfið uppfyllir varla þær lágmarkskröfur. Kötturinn er sveltur, hann hefur þrönga hálsól, hann er geymdur í búri. Þetta er kötturinn sem ríkissjóður er að kaupa – og hann kemur í sekk.

Sigurbjörg nefnir að stjórnvöld verði að geta treyst læknum og mælir því fyrir óbreyttu kerfi. Vandamálið er að í óbreyttu kerfi er traustið ekki til staðar. Að einhverju leyti vegna þess einmitt að stjórnvöld eru að kaupa köttinn í sekknum. Vita ekki hvað fæst fyrir peninginn sem þau leggja í kerfið og reyna þar af leiðandi að kaupa sem ódýrast. Hvernig geta þjónustusamningar verið skref afturábak við þær aðstæður? Í 20 ár hið minnsta hafa stjórnmálamenn þverskallast við að treysta heimilislæknum. Við höfum haft heilbrigðisráðherra úr öllum hefðbundnum stjórnmálaflokkum og árangurinn af starfi þeirra er að heilbrigðiskerfið er sökkvandi skip.

Sökkva eða stökkva

Óbreytt kerfi er ekki á vetur setjandi. Núverandi hugmyndir eru að minnsta kosti skref áfram. Þær verða ekki fullkomnar, þær mun þurfa að bæta. En þær eru stórt skref í að fjölga þeim sem velja að starfa sem heimilislæknar og fá okkur heim sem þekkjum svipað kerfi af góðri raun. Ekki fyrir eigið heimilisbókhald heldur sem kerfi þar sem sjúklingar stýra fjárveitingu til heilsugæslustöðva. Kerfi þar sem ríkið greiðir meira fyrir þjónustu við fjölsjúka og fátæka og þar sem heilsugæslum er umbunað þegar fyrirfram skilgreind gæðamarkmið nást, eins og samfella í þjónustu eða fáar sýklalyfjaútskriftir. Þetta er kjarninn í þeim breytingum sem fyrirhugaðar eru á íslensku heilsugæslunni. Og þær skipta máli.

Því að kveldi dags þurfa menn að spyrja sig: „Var ég að berjast fyrir því sem virkilega skiptir máli eða fyrir minni prívat pólitísku skoðun.“ Vissulega er öllum frjálst að vinna sem flesta á sína skoðun, til að mynda þá skoðun að alltaf halli á sellóið í „Hærra, minn guð, til þín“. En það er hætt við að mörgum þyki sú skoðun léttvæg á þilfarinu á Titanic …

P.S.
Þessi grein var upphaflega send til vefritsins *Stundarinnar* en af ókunnum ástæðum virtist ekki áhugi á að birta hana þar.

Læknar eru hvattir til að koma ábendingum um efni á framfæri við ritstjórn eða pistlahöfund.

Heilbrigðisþjónusta yfir landamæri



Dögg Pálsdóttir

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

Dogg@lis.is

Hinn 1. júní síðastliðinn gengu í gildi lög nr. 13/2016 um breytingu á lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008 sem fela í sér rétt sjúklinga sem sjúkratryggðir eru á Íslandi varðandi heilbrigðisþjónustu yfir landamæri. Með lagabreytingunni eru innleiddar í íslenskan rétt tvær tilskipanir Evrópusambandsins (ESB) frá 2011 og 2012 um þetta efni.[1]

Með tilskipuninni frá 2011 eru lögfest ýmis réttindi innan ESB sem hafa verið viðurkennd í dómum Evrópudómstólsins og varða heilbrigðisþjónustu yfir landamæri, ekki síst endurgreiðslu fyrir heilbrigðisþjónustu sem veitt er í öðru aðildarríki en búseturíki viðtakanda þjónustunnar. Markmið tilskipunarinnar er að greiða fyrir aðgengi að öruggri hágæðaheilbrigðisþjónustu yfir landamæri, tryggja frjálst flæði sjúklinga innan ESB og stuðla að samvinnu um heilbrigðisþjónustu á milli aðildarríkja, að teknu tilliti til valdheimilda aðildarríkjanna til að skipuleggja og veita sína eigin heilbrigðisþjónustu. Tilskipunin gildir um sjúklinga sem ákveða að nýta sér heilbrigðisþjónustu í öðru aðildarríki en því ríki sem þeir eru sjúkratryggðir í en henni er ekki ætlað að leiða til þess að sjúklingar séu hvattir til að leita sér meðferðar erlendis. Tilskipuninni er hins vegar ætlað að tryggja rétt sjúkratryggðra til frjálsrar farar milli aðildarríkja til að sækja sér heilbrigðisþjónustu með þeim takmörkunum sem hvert ríki fyrir sig setur.

Lögð er áhersla á það að sjúkratryggður fái alltaf endurgreiddan raunkostnað heilbrigðisþjónustunnar, en aðeins að því marki sem greitt er fyrir þjónustuna í því ríki þar sem hann er sjúkratryggður. Með því er tryggt að sjúkratryggður hefur aldrei fjárhagslegan ávinning af því að sækja sér heilbrigðisþjónustu til annars aðildarríkis. Tilskipuninni er ekki ætlað að hafa áhrif á rétt tryggðra einstaklinga til endurgreiðslu kostnaðar við heilbrigðisþjónustu sem verður nauðsynleg af læknisfræðilegum ástæðum við tímabundna dvöl í öðru aðildarríki samkvæmt reglugerð (ESB) nr. 883/2004[2] og skal þannig ekki svipta sjúklinga hagstæðari réttindum sem tryggð eru með fyrrgreindri reglugerð.

Tilskipunin tekur ekki til þjónustu sem fyrst og fremst er stuðningur við þá sem þarfnast aðstoðar við venjubundin, dagleg verk, það er athafnir daglegs lífs. Er hér til dæmis átt við langtímaumönnun aldraðra, heimahjúkrun eða aðstoð í þjónustuíbúðum. Tilskipunin gildir auk þess ekki um líffæraígræðslur og bólusetningar almennings gegn smitsjúkdómum sökum sérstaks eðlis þeirra.

Heilbrigðisráðherra hefur vegna framangreindrar lagabreytingar sett reglugerð nr. 484/2016 sem einnig gekk í gildi í byrjun júní. Þar kemur fram sú meginregla að sjúklingur þarf ekki að sækja um samþykki fyrir að sækja sér heilbrigðisþjónustu í EES-landi (Evrópska efnahagssvæðið) áður en þjónustan er veitt. Frá þessu eru þó undantekningar sem fram koma í 9. gr. reglugerðarinnar. Undantekningarnar eru: 1) Þegar meðferðin krefst innlagnar á sjúkrahús í að minnsta kosti eina nótt eða óslitinnar meðferðar í meira en sólarhring, 2) þegar meðferð felur í sér sérstaka áhættu fyrir sjúkling eða almenning, 3) þegar tilefni er til að efast um gæði þjónustunnar sem sótt er.

Þó meginreglan sé sú að Sjúkratryggingar skulu endurgreiða sjúkratryggðum kostnað vegna heilbrigðisþjónustu sem hann hefur sótt í EES-landi er stofnuninni engu að síður heimilt skv. 11. gr. reglugerðarinnar að synja um endurgreiðslu þegar: 1) hægt er að veita heilbrigðisþjónustuna hér á landi innan tímamarka sem má réttlæta læknisfræðilega þegar tekið er mið af heilsufarsástandi sjúklings og líklegri framvindu sjúkdóms; 2) öryggi sjúklings eða almennings er stefnt í hættu með heilbrigðisþjónustunni sem veitt var; 3) tilefni er til að efast um að veitandi heilbrigðisþjónustu fylgi lágmarkskröfum um gæði og öryggi. Í reglugerðinni kemur ekki fram hvaða viðmið verða notuð varðandi tímamörkin varðandi bið. Þó Embætti landlæknis hafi nýverið birt viðmið um biðtíma eftir heilbrigðisþjónustu virðast þau ekki tengjast ákvæðum reglugerðarinnar með neinum hætti.[3] Í viðmiðunum segir að sjúklingur skuli komast í aðgerð eða meðferð hjá sérfræðingi innan 90 daga frá greiningu. Ekkert í reglugerðinni bendir þó til þess að sjúklingur sem á slíka bið að baki geti treyst því að hann fái endurgreitt fyrir aðgerð eða meðferð sem hann þá ákveður að sækja til EES-lands. Mat Sjúkratrygginga á réttlætanlegum tímamörkum eftir meðferð getur með öðrum orðum verið annað en viðmið Embættis landlæknis.

Það sýnist því skynsamlegt fyrir sjúklinga sem vilja sækja sér heilbrigðisþjónustu yfir landamæri og sem búnir eru að bíða lengi hér á landi að fá fyrirfram samþykki fyrir meðferðinni þótt þeim sé það ekki skylt.

Í þessum nýju reglum felst mikilvæg réttarbót fyrir þá sem vilja sækja heilbrigðisþjónustu til útlanda. Til slíks er þó ekki hvatt sérstaklega því skýrt kemur fram í reglugerðinni að ferðakostnaður eða kostnaður vegna uppihalds sé ekki endurgreiddur og þarf sjúkratryggður því alltaf að standa sjálfur undir honum.

1. Tilskipun Evrópuþingsins og ráðsins 2011/24/ESB frá 9. mars 2011 um réttindi sjúklinga varðandi heilbrigðisþjónustu yfir landamæri og tilskipun framkvæmdastjórnar 2012/52/ESB frá 20. desember 2012 um ráðstafanir til að auðvelda viðurkenningu á lyfseðlum sem eru gefnir út í öðrum aðildarríkjum.
2. Tilskipunin var innleidd hér með reglugerð nr. 442/2012 um gildistöku reglugerða Evrópusambandsins um almannatryggingar.
3. landlaeknir.is/um-embaettid/frettir/frett/item29708/Vidmidunarmork-um-bidtima-eftir-heilbrigdisthjonustu - júní 2016.



Hópurinn allur fyrir utan nýja hótelið á Sigló. Myndirnar tók Sigurður Ægisson.

Mentoranámskeið á Siglufirði

Lærimeistarar læra meira

Hávar Sigurjónsson

Dagana 26.-28. maí tóku um 40 sérfræðingar í heimilislækningum þátt í námskeiði á Siglufirði fyrir lærimeistara, mentora, í sérgreininni, því fyrsta sem haldið er eftir að ný reglugerð um sérnám í læknisfræði og kandídatanám tók gildi fyrir rúmu ári. Margir þeirra sem tóku þátt í námskeiðinu hafa setið slík námskeið áður svo segja má að þarna hafi lærimeistararnir verið að auka við kunnáttu sína.

„Marklýsing fyrir sérnám í heimilislækningum hefur verið til staðar um árabil, sú fyrsta reyndar í nokkurri sérgrein læknisfræði sem kennd er á Íslandi," segir Valþór Stefánsson yfirlæknir fyrir Heilbrigðisstofnun Norðurlands í Fjallabyggð (Siglufjörður og Ólafsfjörður). „Á sínum tíma var unnin gríðarlega góð og mikil vinna við marklýsinguna og við njótum þess nú eftir að ný reglugerð um sérnám í læknisfræði tók gildi fyrir rúmu ári en þurfum að uppfæra marklýsinguna með tilliti til nýju reglugerðarinnar. Við höfum haldið reglulega námskeið fyrir lærimeistara, mentora, en þetta var hið fyrsta eftir að nýja reglugerðin tók gildi. Í reglugerðinni er kveðið á um að sérstök mats- og hæfisnefnd skuli meta hvort sérnám tiltekinnar greinar læknisfræðinnar stenst kröfur og formaður nefndarinnar, Reynir Tómas Geirsson, kom og kynnti starf nefndarinnar og kynnti sér kennsluaðferðir okkar."

Aðspurður um ástæðu þess að námskeiðið var haldið á Siglufirði segir Valþór að staðurinn sé í dag uppspretta mikillar framkvæmdaorku og nýsköpunar á mörgum sviðum og því hafi þótt tilvalið að velja námskeiðinu þessa umgjörð eins og einnig átti við árið 2014 þegar síðasta námskeið þar á undan var haldið á Siglufirði.



Þátttakendur slaka á eftir langan dag.



Prófessorinn og kennslustjórinn á góðri stund, Jóhann Ágúst og Alma.

40 læknar í sérnámi

Skortur hefur verið á heimilislæknum undanfarin ár og því hefur stjórn heilsugæslunnar og Félag íslenskra heimilislækna lagt sérstaka áherslu á sérnámið með þeim árangri að nú eru um 40 sérnámslæknar í heimilislæknasérnámi og í haust verða væntanlega 19 sérfræðingar útskrifaðir á heimilislæknaþingi. Að sögn Valþórs veitir ekki af þar sem mikil þörf er á endurnýjun í stéttinni. „Námskeiðinu hér var meðal annars ætlað að fjölga lærimeisturum á heilsugæslustöðvum á landsbyggðinni svo sérnámslæknar og kandídatar gætu hlotið þjálfun við ýmsar aðstæður. Nýja reglugerðin kveður á um ákveðnar gæðakröfur, meðal annars að heilsugæslustöðvar séu í stakk búnar að veita sérnámslæknum tiltekna starfsþjálfun og að læknar sem annast leiðsögn sérnámslækna öðlist réttindi til kennslunnar. Reglugerðin er að vissu leyti stefnumarkandi og það mun væntanlega taka nokkur ár fyrir heilsugæsluna að aðlagast auknum kröfum. Það hefur sýnt sig að námslæknar sem koma til starfa á landsbyggðinni eru líklegri til að setjast þar að en þeir sem hafa alið allan sinn aldur á stærstu þéttbýlisstöðunum. Engu að síður hefur uppbygging sérnámsins átt sér stað í Reykjavík undir handleiðslu þeirra Ölmu Eirar Svavarsdóttur kennslustjóra og prófessors Jóhanns Ágústs Sigurðssonar en sannarlega hafa margir fleiri komið þar að verki," segir Valþór Stefánsson.

Á Landspítala hefur sérgreinakennsla tekið miklum stakkaskiptum á undanförnu ári með sérnám í lyflækningum í fararbroddi þar sem ný marklýsing lá strax fyrir síðastliðið haust og hefur verið kennt eftir henni í vetur. *Læknablaðið* hefur í vetur kynnt sérnám í ýmsum greinum og ljóst að á næstu misserum gefst unglæknum kostur á fjölbreyttu framhaldsnámi hérlendis áður en þeir halda utan til að fullnuma sig í viðkomandi sérgrein.



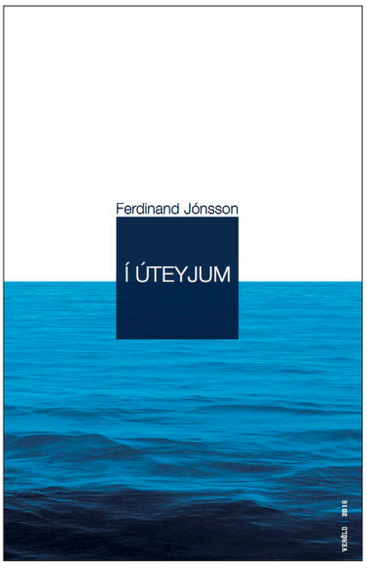
Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER

APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS



Ljóð úr bókinni sem er leiðarvísir inn í sumarið:

Sumar

þokan geymir
huldufé

á himbrimakvöldi

lægir
kvíða
í landi
konungs

koma himintíðir
háar

bláar

Íslenskan er svo ríkt mál

Hávar Sigurjónsson

Ný ljóðabók, *Í úteyjum*, eftir Ferdinand Jónsson kom út á vordögum og hefur vakið verðskuldaða athygli. Ferdinand hefur verið búsettur í London í tæp 20 ár og starfar í austurhluta Lundúna við geðhjálp heimilislausra.

Það gekk ekki alveg þrautalaust fyrir okkur að ná saman í síma vegna hamagangs undangenginnar viku í Evrópumótinu í knattspyrnu og þegar færið gafst loksins sat Ferdinand límdur við sjónvarpið og fylgdist með fréttum af niðurstöðum kosninga Breta um áframhaldandi veru þeirra í Evrópusambandinu eða ekki.

„Það væri hryllingur ef þeir gengju úr ESB," segir hann. „Bretar eru ein mest siðmenntaða þjóðin í Evrópu þó hlutar hennar séu sannarlega frumstæðir og grimmir. Cameron forsætisráðherra hefði aldrei átt að kalla þetta moldviðri yfir bresku þjóðina. Vonandi fer þetta nú samt allt á besta veg." Því miður fyrir Ferdinand og skoðanabræður hans fóru úrslit kosninganna á annan veg en það er önnur saga.

Við ætluðum að tala um ljóðagerðina þína, ekki pólitík. Hefurðu alltaf verið að yrkja?

„Ansi lengi, já. Ég byrjaði að fikta við þetta um tvítugt eða jafnvel eitthvað fyrr og hef alltaf haft ánægju af ljóðum og lagði mig fram um að læra uppáhaldsljóðin utanað og fara með þau. Það hefur líka þann kost að maður áttar sig betur á hljómfalli ljóðanna þegar þau eru mælt fram."

Áttu þér uppáhaldsskáld?

„Snorri Hjartarson finnst mér alveg stórkostlegur. Hvernig hann leikur sér að málinu, hversu sterk tilfinning er í ljóðunum hans fyrir náttúrunni. Það höfðar mjög sterkt til mín."

Þú býrð og starfar í London. Það þýðir að enska er þitt daglega tungumál en ekki íslenskan. Áttu ekkert erfitt með að skilja þarna á milli?

„Nei, veistu það er ekki vandamál. Íslenskan er eins konar sparimál fyrir mig, eins konar tungumál minna persónulegu tilfinninga. Ég næ ekki sams konar djúpri tilfinningatjáningu á ensku og ég næ á íslenskunni, móðurmálinu. Að skipta á milli tungumálanna verður því nánast eðlilegt eftir því hvað ég er fást við og hvað ég er að tjá. Ég er líka mjög sterkt tengdur Íslandi og fer heim í öllum fríum og hefði líklega aldrei átt að fara frá Íslandi. Alltaf þegar ég kem heim og sit í bílnum á leiðinni til Reykjavíkur frá Keflavík hreinsa ég hugann. Tek út enskuna og set íslenskuna í staðinn. Ég held að ég sé óþolandi fyrir yngri kynslóðir fjölskyldu minnar þar sem ég er stundum að leiðrétta þau og læt pirra mig þegar þau sletta enskunni. Ég er algjör ajatolla íslenskunnar og reyni að vanda mig við að sletta alls ekki ensku. Íslenskan er svo ríkt mál og orðin eru svo gagnsæ og hrein. Það er því hægt að ná mikilli dýpt með mjög fáum orðum og stundum er dýptin margræð. Íslenskan er í mínum huga nánast fullkomið tungumál til yrkja á."

Ertu alltaf að yrkja eða tekurðu tíma frá fyrir ljóðagerðina?

„Ég er oft að velta fyrir mér orðum og fallegum setningum og skrifa þær þá hjá mér. Ég er mikið að leita eftir hljómfalli, eins konar laglínu tilfinninganna, og finna orðin sem gefa réttu tilfinningatengslin. Þetta er auðvitað mjög misjafnt, stundum er ég mjög lengi að velta orðaröð og orðavali fyrir mér og stundum kemur það nánast eins og af sjálfu sér. Pabbi minn, Jón Ferdinandsson, var málari og velti mikið fyrir sér samspili birtu og lita. Ég er í rauninni að fást við það sama, bara með orðum en ekki pensli. Litir og birta



„Íslenskan er eins konar sparimál fyrir mig, eins konar tungumál minna persónulegu tilfinninga," segir geðlæknirinn og ljóðskáldið Ferdinand Jónsson sem býr og starfar í London.

eru lykilatriði í ljóðagerð minni, ég leita að stemmningu sem er að finna í augnablikinu og þögninni en þögn í ljóði eins og í náttúrunni sjálfri er dásamlegt fyrirbrigði."

Samdirðu ljóðin með ljóðabók í huga eða er þetta val sem á sér stað eftir á?

„Ég samdi ljóðin án þess að hugsa um væntanlega ljóðabók. Það er val sem á sér stað eftir á í samráði við ritstjóra útgáfunnar, Bjarna Þorsteinsson, og einnig var Valgerður Benediktsdóttir ómetanlegur ráðgjafi og gagnrýnandi við undirbúning útgáfunnar. Hún sagði mér óhikað til syndanna og leiðrétti miskunnarlaust. Vinur er sá er til vamms segir og í því stóð hún sig frábærlega."

Hvernig myndirðu sjálfur lýsa ljóðabókinni?

„Hún er eins og ferðalag í gegnum árstíðirnar þar sem náttúrustemmingar koma við sögu. Þarna eru líka hugleiðingar um tímann, um sorgina og dauðann. Um eins konar upprisu og ekki síst jarðtengingu tilfinninganna sem eru svo mikilvægar og ekki má gleyma ástinni og gleðinni sem brýst fram eins og sólargeisli í gegnum skýjaþykkni. Birtan, skýin og tíminn eru samofin í íslensku náttúrunni og kallast á við tilfinningarnar á einhvern hátt sem varla er hægt að lýsa."

Nema í ljóði?

„Einmitt. Og það er kannski hálf undarlegt að reyna að lýsa ljóðum sínum með öðrum orðum en eru í ljóðinu sjálfu. Best er auðvitað að lesa þau og upplifa áhrifin millilíðalaust."

Haustþing Læknafélags Akureyrar

Haustþing Læknafélags Akureyrar verður haldið laugardaginn 15. október 2016 í sal Menntaskólans á Akureyri.
Þingið hefst um kl. 9 og stendur til kl. 16. Þingið ber heitið **Kvensjúkdómar og fæðingarhjálp á 21. öldinni.**

Drög að dagskrá:

Skráning og setning
Ógleði og uppköst á meðgöngu. Valur Guðmundsson læknir
Meðgöngusykursýki. Málfríður Þórðardóttir ljósmóðir
Viðhorf til fæðinga: til þess eru vítin að varast þau. Sigfríður Inga Karlsdóttir, ljósmóðir og dósent við HA

Fyrirspurnir og kaffihlé

Óvæntar fæðingar, er hægt að spá fyrir hvað konur fæða fljótt?
Björn Gunnarsson læknir
Heimafæðingar. Berglind Hálfdánsdóttir ljósmóðir
Framköllun fæðinga og áhrif á tíðni keisaraskurða.
Alexander Smárason læknir

Hádegismatur og hlé

BRCA-genabreytingar. Þórunn Rafnar líffræðingur
Hormónameðferð. Orri Ingþórsson læknir
Vandamál í neðri þvagvegum kvenna. Jóhannes Heimir Jónsson læknir
Grindarbotnsþjálfun til styrkingar í þvagleka og til slökunar við kynlífsvandamál og hægðavandamál. Soffía Einarsdóttir sjúkraþjálfari
Konur og kynlíf í Íslendingasögum. Óttar Guðmundsson læknir

Fyrirspurnir og þinglok.

Lokadagskrá mun birtast í næsta tölublaði *Læknablaðsins.*

HEILBRIGÐISSTOFNUN
VESTURLANDS
AKRANES • BORGARNES • BÚÐARDALUR • GRUNDARFJÖRÐUR • HÓLMAVÍK • HVAMMSTANGI • ÓLAFSVÍK • STYKKISHÓLMUR

Starf læknis í Stykkishólmi

Laus er til umsóknar staða læknis við Heilbrigðistofnun Vesturlands í Stykkishólmi.

Starfið felur fyrst og fremst í sér verkefni á háls- og bakdeild með möguleikum á tengingu við störf í heilsugæslu. Hér er um framtíðarstarf að ræða. Áhugavert fyrir t.d sérfræðing eða verðandi sérfræðing í heimilislækningum með sérstakan áhuga á háls- og bakvandamálum, verkjameðferð og stoðkerfisvandamálum almennt.

Háls- og bakvandamálum er sinnt á sérstakri 13 rúma legudeild, sem tekur við sjúklingum af öllu landinu. Í tengslum við deildina er stunduð sérhæfð verkjameðferð með búnaði til gegnumlýsingar. Aðstaða til sjúkraþjálfunar og almennrar endurhæfingar eru mjög góð. Stofnunin er vel mönnuð sjúkraþjálfurum með breiða þekkingu á sviði endurhæfingar auk sérþekkingar og þjálfunar í greiningu og meðferð stoðkerfisvandamála. Á staðnum er rekin heilsugæslustöð, sem þjónar um 1200 manns. Rannsóknastofa vel tækjum búin er starfrækt. Þá eru þar starfrækt sjúkra- og hjúkrunarrými í rúmgóðu og vel búnu húsnæði. Aðstaða er til innlagna bráðveikra.

Umsókn skal fylgja ítarlegar upplýsingar um nám, starfsferil, rannsóknir og kennslustörf. Laun eru samkvæmt kjarasamningi Læknafélags Íslands og ríkisins. Við ráðningar í störf á HVE er ávallt tekið mið af jafnréttisstefnu stofnunarinnar.

Umsóknarfrestur er til 1. september 2016.

Upplýsingar um starfið gefa Þórir Bergmundsson framkvæmdastjóri lækninga og rekstrar, GSM 8496987, tölvupóstur: thorir.bergmundsson@hve.is og Jósep Blöndal yfirlæknir Stykkishólmi, s. 4321200, tölvupóstur: josep@hve.is.

Umsókn ásamt upplýsingum um nám og fyrri störf sendist Guðjóni Brjánssyni forstjóra Heilbrigðisstofnunar Vesturlands, Merkigerði 9, 300 Akranes.

SKESSUHORN 2016



VIÐ GERUM ATVINNULÍFIÐ VIÐBURÐARÍKARA

CP REYKJAVÍK er frísklegt og skapandi þjónustufyrirtæki sem skipuleggur viðburði, ferðir og ráðstefnur fyrir innlenda og erlenda viðskiptavini.

Hafðu samband og við gerum þér tilboð í ógleymanlega upplifun

cp REYKJAVÍK

Suðurlandsbraut 6 - 108 Reykjavík - 510 3900 - www.cpreykjavik.is

Þekkir þú þinn rétt? Um FOSL

Hjalti Már Þórisson

röntgenlæknir

formaður FOSL

hjaltimt@landspitali.is



Fjölskyldu- og styrktarsjóður LÍ (FOSL) varð til við kjarasamning sjúkrahúss- og heilsugæslulækna árið 2001. Upphaflega var hlutverk hans að jafna réttindi í fæðingarorlofi miðað við fyrri lög sem hafði þá nýlega verið breytt en sú breyting olli talsverðri skerðingu á réttindum félagsmanna í fæðingarorlofi. Þannig má segja til einföldunar að FOSL hafi upphaflega verið komið á laggirnar til að veita fæðingarstyrki. Fljótlega eftir stofnun sjóðsins var hlutverk hans víkkað út samkvæmt ákvörðun stjórnar sjóðsins og til varð nokkurs konar félagslegur jöfnunarsjóður þar sem sjóðsfélagar geta sótt um styrk vegna tekjumissis í tengslum við veikindi, útfararstyrk og fæðingarstyrk.

Stjórn sjóðsins er skipuð af stjórn Læknafélags Íslands og annast LÍ daglegan rekstur hans. Reglur sjóðsins og ársskýrslur eru aðgengilegar á heimasíðu LÍ (lis.is/Sjodir/FjolskylduOgStyrktarsjodirLI) en þar eru einnig umsóknir um styrki. Réttindi öðlast allir þeir sem greiða til sjóðsins en allur gangur virðist vera á því hvort læknar átti sig á því að þeir eigi réttindi hjá sjóðnum. Allir þeir læknar sem þiggja laun beint frá hinu opinbera greiða til FOSL. Þetta kemur að vísu ekki fram á launaseðlinum og er það stundum uppspretta misskilnings. Greiðslur til FOSL eru 0,41% af heildarlaunum en samkvæmt kjarasamningum við ríkið er sú greiðsla utan við eiginleg laun og kemur því ekki fram á launaseðli. Þannig er enginn vafi á því að ef læknir þiggur laun frá hinu opinbera greiðir hann til FOSL og öðlast réttindi hjá sjóðnum. Annað gildir um þá sem ekki eru á launaskrá hjá hinu opinbera. Þeir sem stunda sjálfstæðan rekstur verða að velja sjálfir að ráðstafa 0,41% af tekjum sínum til FOSL til að öðlast réttindi hjá sjóðnum. Starfi læknir í hlutastarfi hjá hinu opinbera en í hlutastarfi í sjálfstæðum rekstri þarf að greiða sérstaklega til FOSL af öllum launum til að öðlast full réttindi. Annars eru réttindi viðkomandi hjá sjóðnum í réttu hlutfalli við starfshlutfall viðkomandi hjá hinu opinbera.

Styrkir sem FOSL veitir eru þrennskonar: *Fæðingarstyrkur, útfararstyrkur* og *veikindastyrkur.*

Fæðingasstyrkur er nú kr. 520.000. Ef báðir foreldrar barns eru læknar greiðist einn og hálfur styrkur til barnsins. Eingöngu læknar sem starfa og þiggja laun á Íslandi eiga rétt á að fá greiddan fæðingarstyrk. Umsókn um fæðingarstyrk skal berast til FOSL eigi síðar en ári frá fæðingu barns, ættleiðingu þess eða varanlegu fóstri. Um tveir þriðju hlutar fjárútláta sjóðsins eru fæðingarstyrkir.

Útfararstyrkur er kr. 620.000 til sjóðfélaga og er einnig átt við starfsmenn sem voru sjóðfélagar er þeir létu af störfum vegna aldurs eða örorku. Styrkurinn greiðist þeim er útförina annast. Síðastliðin ár hefur lítill hluti af greiðslum sjóðsins farið í útfararstyrki.

Veikindastyrkur er skilgreindur sem tekjutap sjóðfélaga vegna ólaunaðrar fjarveru frá læknisstörfum vegna veikinda sjóðfélaga eða náinna vandamanna hans eða vegna annarra sérstakra persónulegra aðstæðna. Einnig má veita veikindastyrk til að bæta óbætt áföll vegna óvæntra starfsloka eða annarra óvæntra áfalla sjóðfélaga. Í reglum sjóðsins er gert ráð fyrir þremur mismunandi tegundum styrkveitinga vegna veikinda eða annarra óvæntra áfalla.

1. Sjóðstjórn er heimilt að ákveða styrk til sjóðfélaga vegna ólaunaðrar fjarveru hans frá vinnu með jöfnum greiðslum í allt að þrjá mánuði, sem nemur 80% af meðalmánaðarlaunum sem greitt hefur verið af til sjóðsins, miðað við undangengna 12 mánuði áður en tekjutap á sér stað [þó að hámarki kr. 940.000 á mánuði].
2. Sjóðstjórn er heimilt að veita sjóðfélaga styrk úr sjóðnum með eingreiðslu allt að kr 950.000, vegna sérstakra aðstæðna sem hafa í för með sér launamissi eða veruleg sérstök fjárútlát sjóðfélaga.
3. Sjóðstjórn er heimilt að veita sjóðfélaga styrk úr sjóðnum, að hámarki kr 200.000 á þriggja ára fresti vegna dvalar til endurhæfingar að læknisráði á Íslandi. Heimilt er þó að nýta styrkinn til endurhæfingar á viðurkenndri stofnun erlendis en umsókn um slíka endurhæfingu þarf ávallt að fara fyrir stjórn sjóðsins.

Fjárhæðir samkvæmt 2. tölulið 8. greinar, sem og fjárhæðir samkvæmt. 3. og 4. tölulið 2. greinar, skulu endurskoðaðar 1. janúar ár hvert miðað við breytingar á vísitölu neysluverðs, í fyrsta skipti 1. janúar 2014.

Styrkur til dvalar til endurhæfingar að læknisráði samkvæmt tölulið 3 hér að ofan er nýjung. Stjórn taldi æskilegt að bregðast við vegna þeirrar umræðu sem orðið hefur vart í röðum lækna varðandi vaxandi tíðni kulnunar í starfi.

Að lokum vil ég ítreka

Í fyrsta lagi: FOSL er sjóður sem allir læknar starfandi hjá hinu opinbera greiða í án þess að þess sé sérstaklega getið á launaseðlinum. Því er nauðsynlegt að hinn almenni félagsmaður þekki rétt sinn.

Í öðru lagi: Þeir sem eru sjálfstætt starfandi þurfa sjálfir að greiða af sínum launum til FOSL til að öðlast réttindi. Því miður hefur borið á því að læknar hafa ekki áttað sig á þessu fyrr en of seint og því ekki átt rétt á stykjum úr sjóðnum þegar á þarf að halda. Því hvet ég sjálfstætt starfandi lækna til að skoða FOSL og ákveða hvort þeir vilji gerast félagar í sjóðnum.

„Hvað var sett í kássuna?“ eða um blöndun, líkingar og fleira

Bergljót Soffía Kristjánsdóttir og Guðrún Steinþórsdóttir

Höfundar eru bókmenntafræðingar

Hvað var sett í kássuna?
Kokkurinn mun svara:
Úldið ket og olía,
einnig lýsi og tjara.

Þessi vísa var ort í Héraðsskólanum á Laugarvatni á 5. áratug síðustu aldar um meintar orsakir hastarlegrar matareitrunar sem lagði obbann af nemendum í rúmið.[1] Stökuna má hafa sem líkingu um tiltekið hugarferli – eða tilgátu um hugarferli – sem ýmsir telja að lýsi af allri málnotkun og nefnist *blöndun* eða hugtakasamþætting. Höfundar blöndunarkenningarinnar eru málvísindamaðurinn Gilles Fauconnier og bókmenntafræðingurinn Mark Turner.[2] Þeir telja að tvennt þurfi til svo að merking rísi í kollinum á fólki: Annars vegar þurfi menn að smíða sér svokölluð *hugrúm* þar sem merkingarformgerðir eru hlutaðar í smástafla; hins vegar þurfi þeir að tengja hugrúmin saman. Blöndunin felst þá í því að maður blandar saman efni úr að lágmarki tveimur hugrúmum eða *ílögum* í svokallað *blandað rúm* – rétt eins og þegar maður sækir sér tvenns konar efni í matargerð, til dæmis úldið kjöt og olíu, og setur í pott. *Blandan*, útkoman úr öllu saman eða kássan, getur haft formgerð annars ílagsins einvörðungu en einnig er möguleiki að til sögunnar komi *almennt rúm* sem í eru sameiginleg einkenni formgerðar beggja ílaganna. Formgerðin sem rís í blandaða rúminu eða blöndunni er þá önnur en formgerð hvors ílags um sig. Taka má til að byrja með dæmi af einfaldri fullyrðingu eins og „Ingólfur er sonur Guðrúnar“ en tæknilega útlistun á henni má sjá á mynd 1.

En við ætlum að halda okkur við líkingar – þær sem koma læknum, sjúkdómum og sjúklingum frekast við – og forðast tæknilegar útleggingar að mestu. Sé byrjað á læknunum má taka alþekkta líkingu eins og: *Skurðlæknirinn er slátrari.* Enda þótt bæði skurðlæknar og slátrarar séu almennt virtir fyrir sína sérþekkingu felur líkingin í sér að skurðlæknirinn er sýndur í neikvæðu ljósi. Skýringin er sú að þegar ílögin úr hugrúmunum tveimur koma saman í eina blöndu, rís upp ný formgerð. Á einföldu máli má segja að þegar skurðlæknirinn, maðurinn sem á að bjarga lífi og líkna, er samsamaður slátraranum sem sviptir dýr ekki bara lífi heldur bútar þau niður í smáparta – með einbeittum brotavilja – nýtur skurðlæknirinn ekki góðs af. Myndræna útfærslu á blönduninni má sjá á mynd 2.

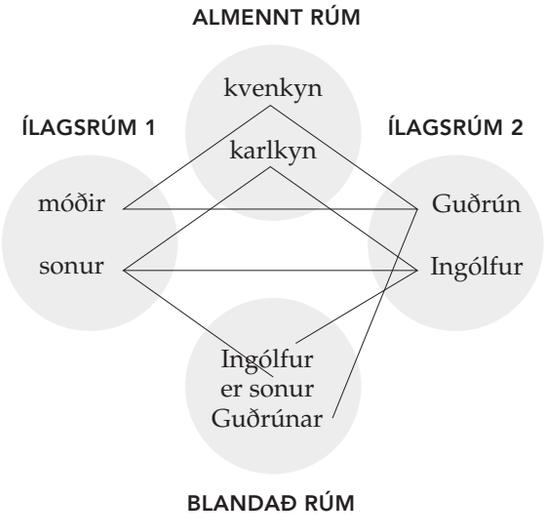
En hvað kemur þessi þvættingur okkur við?, hugsar kannski einhver lesenda. Jú, lengst af vöndust læknar því að hafa atómíska sýn á manninn; þeir sundurgreindu líkamseinkenni hans af nákvæmni til að geta læknað það sem hrjáði hann eða veitt bót á því ef þess var kostur.[3] Þeir hafa orðið æ flinkari í þessu á síðustu áratugum en þó háir þeim nokkuð að þeir vita heldur fátt um heilann.[4] Hugvísindamenn eru hins vegar vanir að hugsa um manninn í heilu lagi og setja fram tilgátur um hugarstarf hans, tilfinningar og annað það sem tengist taugakerfinu með hliðsjón jafnt af einstaklingi, félagslegu samhengi, samfélagi, menningu og sögu. Og blöndunarkenningin er ekki bara þarft tæki til að greina bókmenntir; hún getur verið lækni hjálpartæki til að glöggva sig á líðan sjúklinga þegar þeir segja frá veikindum sínum; jafnvel beinlínis leiðarvísir að því sem orsakar líðanina.

Í bók Antons Helga Jónssonar, *Ljóð af ættarmóti,* er svofellt ljóð:

> Mér líður eins og ég hafi gleypt brunnklukku í morgun
> Ég finn að hún nagar sig í gegnum innyflin.
>
> Hún nartar í lifrina.
>
> Þú mátt hlæja.
> Og ég skal hlæja með þér.
> Samt finn ég fyrir brunnklukkunni innvortis.[5]

Við þekkjum dæmi þess að manneskja hafi beinlínis verið gripin líkamlegum ónotum þegar hún las þetta ljóð fyrst. Skýringin er einföld: Allt frá bernsku hafði brunnklukkan verið hið versta óargadýr í huga hennar. Orð gamalla kvenna sem reyndu að koma í veg fyrir að hún færi sér á voða í dýjum og mógröfum lifðu enn í höfðinu á henni:

> Varaðu þig á brunnklukkunni. Hún situr um að komast ofan í þig og ef henni tekst það er eins gott að þú hrækir henni strax upp aftur; annars smýgur hún í gegnum innýflin á þér þangað til hún smokrar sér inn í lifrina og hættir ekki fyrr en hún hefur étið hana upp til agna.[6]



Fullyrðing: Ingólfur er sonur Guðrúnar

Mynd 1.

En því miður uppgötvast það oft ansi seint ef menn hafa „gleypt brunnklukku“. „Lifrarkrabbamein gefur venjulega ekki ákveðin einkenni á byrjunarstigum sjúkdóms, enda þarf upp undir 90% lifrarinnar að vera óstarfhæf til að lifrarbilun komi fram,“[7] segir í *Krabbameinum á Íslandi* og Anton Helgi hefur upplýst að hann hafi lagt brunnklukkuljóðið í munn konu í fjölskyldu hans sem var komin með lifrarkrabbamein. Hann blandar með öðrum orðum saman þjóðtrú og sjúkdómslýsingu – og slær þannig að minnsta kosti tvær flugur í einu höggi: Ljóðið miðlar á óhugnanlegan hátt tilfinningum konunnar af að óboðinn gestur hafi sest að í líkama hennar og dregur um leið fram („þú mátt hlæja“) viðbrögð ónefnds manns sem gerir sennilega lítið úr kenndum konunnar og finnst þær kjánalegar.

Áhrifamáttur ljóðsins ræðst meðal annars af blönduninni en um leið má nota það sem dæmi um að læknum nægir ekki að hafa bara þekkingu á atómum og líkamsfræði þegar þeir hlusta á lýsingar á veikindum. Kannski þurfa þeir að vita allt milli himins og jarðar – en þó eflaust ekki síst að hrista af sér þá skeinuhættu hugmynd sem vísindabyltingin og framþróun vísinda á 19. og 20. öld hefur sennilega plantað í okkur öll: Að maðurinn geti skilið *flest til fulls* í krafti raunvísinda einna.

Á síðustu 35 árum eða svo hefur afstaða til líkinga á Vesturlöndum gjörbreyst. Þeim fjölgar sem líta ekki á þær sem sérstakt fyrirbæri í skáldskap heldur eitt helsta einkenni mannlegrar hugsunar; aðferð mannsins til að gera hið ókunnuglega kunnuglegt; hið flókna einfalt og skiljanlegt og þó kannski ekki síst hið illbærilega bærilegt, til dæmis með því að fjarlægja sig því og horfa á það í öðru samhengi en fyrr.[8] Þar með er hver maður að sínu leyti orðinn skáld – þó að hann hafi það ekki að aðalstarfi – og bókmenntahugsun manna orðin hversdagshugsun eins og annar höfundur blöndunarkenningarinnar, Mark Turner, heldur fram.[9] Innan háskólasamfélaga leitast þó enn furðu margir við að forðast líkingar; þeir gera það oftast í nafni „hlutlægni vísindanna“ og telja félaga sína sem bregða líkingum opinskátt fyrir sig bæði ófræðilega og skáldlega – en nota þær svo auðvitað hvað eftir annað sjálfir án þess að gera sér grein fyrir því.[10]

Það er því almennt brýnt að háskólafólk afli sér góðrar þekkingar á líkingum og hugarferlum sem virðast geta þær af sér. En læknar þurfa þó sennilega fremur en ýmsir raunvísindamenn aðrir að gera það af því að þeir fást við fólk, en ekki til dæmis „steypu og járn“ eins og brúarverkfræðingar Hallgríms Helgasonar.[11] Svo lengi sem heimildir herma hafa vestrænir menn hugsað og rætt um sjúkdóma með því að blanda ólíkum hugtökum saman í líkingar: Það nægir að minna á refsingar guðanna, til dæmis plágurnar í öskju Pandóru. Þegar læknar hlusta á sjúkling lýsa veikindum sínum sem hann fellir gjarna í frásögn með ýmiss konar blöndun, þurfa þeir að geta greint hversdagshugsunina eða segjum bókmenntahugsunina sem lýsir af frásögninni, þar á meðal líkingarnar.

Á Íslandi hafa ekki verið gerðar rannsóknir á líkingamáli sjúklinga og heilbrigðisstarfsmanna en ef hugað er að nýlegum erlendum rannsóknum á því efni virðist þrennt skipta mestu: Í fyrsta lagi má vera að meðal heilbrigðisstarfsmanna lifi einhverjar mýtur um líkingar sem þörf sé að endurskoða. Í öðru lagi virðast einhverjir þeirra sneiða hjá notkun tiltekinna líkinga.[12] Í þriðja og síðasta lagi er svo að sjá sem sjúklingar hafi skýrar hugmyndir um hvernig þeir vilja að læknar tali en ekki er víst að þær hafi náð eyrum allra í læknastétt.[13]

Talið er að meðal algengustu líkinga sem menn grípa til þegar þeir ræða um sjúkdóma og sársauka séu ofbeldis- eða stríðslíkingar og ferðalagslíkingar, en allt eru þetta hugtakslíkingar. Því hefur verið haldið fram að engu skipti hvort í hlut eiga „líkamlegir“ sjúkdómar eða „hugrænir“.[14] Meðhöndlun á sjúkdómi er einfaldlega blandað saman við ofbeldi og stríðsrekstur annars vegar eða ferðalag hins vegar. Því fylgja ýmsar samsvaranir eins og hér má sjá dæmi um:

MEÐHÖNDLUN Á SJÚKDÓMI ER AÐ HEYJA STRÍÐ*

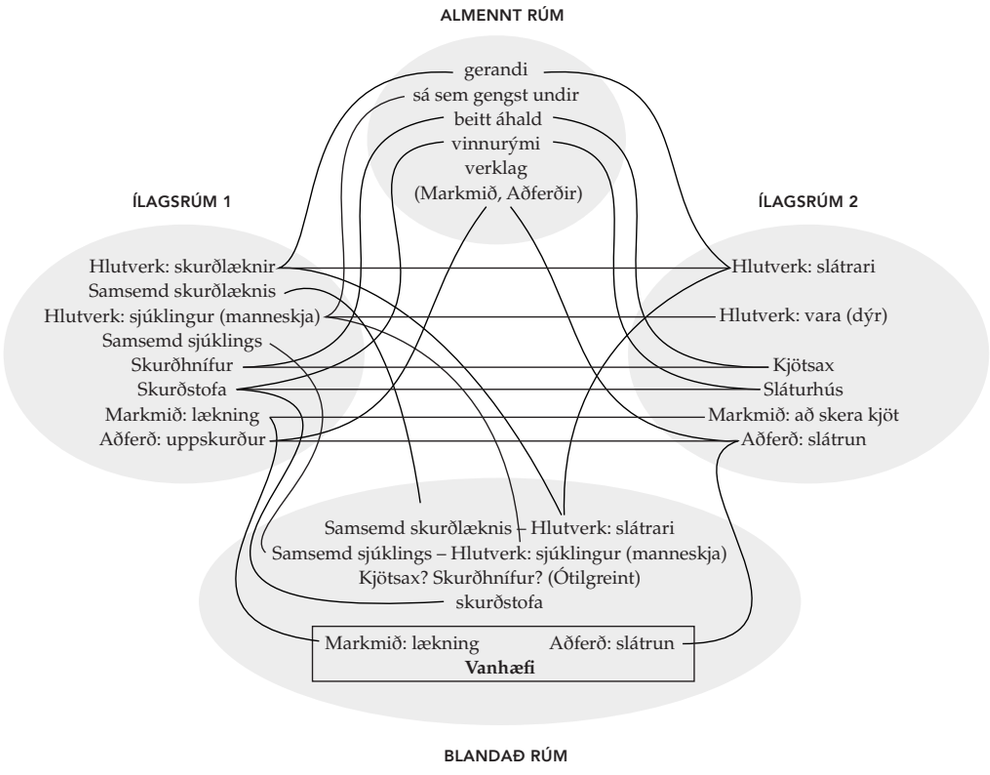
- sjúkdómurinn er andstæðingur
- líkaminn er orrustuvöllur
- sýking er árás sjúkdómsins
- lyfin eru vopn (og svo framvegis)

AÐ FÁ KRABBAMEIN ER AÐ FARA Í FERÐALAG

- stök meðferðarúrræði eru stakar ferðir
- menn með sama sjúkdóm eru ferðafélagar
- læknirinn er leiðsögumaður (og svo framvegis)

Það er auðvitað tragíkómískur vitnisburður um tiltekna menningu að menn hugsi um eigin líkama sem orrustuvöll – lyf sem drápstæki og sjúkdóm sem andstæðing í stríði. Sé slík hugsun útfærð frekar gefur hugtakablöndunin kost á álíka aðlaðandi mynd og „SKURÐLÆKNIRINN ER SLÁTRARI“, það er að segja: LÆKNIRINN ER HERSHÖFÐINGI; fyrir vikið getur maður séð hann fyrir sér gráan fyrir járnum, jafnvel í vissum tilvikum gengið svo langt að segja hann etja tilteknum manni í dauðann.

*Venja er að skrifa hugtakslíkingar sem þessa með hásteflingum.



Net blöndunar/hugtakasamþættingar: SKURÐLÆKNIRINN ER SLÁTRARI.

Mynd 2. *Tekið skal fram að það er orðið identity sem þýtt er á teikningunni með "samsemd" svo sem venja er í rökfræði. Teikningin og útfærsla blöndunarinnar tekur mið af framsetningu hjá Grady, Oakley og Coulson. "Blending and Metaphor", Metaphor in Cognitive Linguistics: Selected Papers from the 5th International Cognitive Linguistics Conference, Amsterdam, 1997. John Benjamins Publishing, 1999.*

Sé sá þáttur stríðslíkinganna sem snýr að læknunum tvíbentur er sömu sögu að segja um þann sem snýr að sjúklingum. Eins og oft hefur verið bent á leggja slíkar líkingar gjarna megináherslu á andstæðinginn, það er að segja sjúkdóminn en ekki manneskjuna sjálfa, samhengið sem hún er í, veikindi hennar – og allt það sem þessu fylgir. Ef sjúkdómur reynist ólæknandi kann sjúklingurinn líka að kenna sjálfum sér um; svo ekki sé minnst á að stríðslíkingar fela í raun í sér að sjúklingurinn er í stríði við sjálfan sig þar eð sjúkdómurinn er hluti af hans eigin kroppi.[15]

Vegna þessa hafa ýmsir talið að við meðferð sjúkdóma ætti fremur að nota ferðalagslíkingar en stríðslíkingar; í opinberum breskum gögnum eins og 2007 NHS Cancer Reform Strategy er engin tilvísun í styrjaldir, orrustur eða bardaga. Þar er hins vegar talað um krabbameinsferðalag og klínískar „leiðir" í meðhöndlun.[16] Málið er þó allt annað en einfalt. Mörgum finnst eflaust notalegri tilhugsun að leggja upp í ferðalag en stríð svo ekki sé talað um að kynnast ferðafélögum fremur en að vera í bland við stórskotaliða. Kannski finnst líka einhverjum að hann geti ráðið meiru um ferðalag en styrjaldarrekstur, til dæmis hafnað einhverjum útsýnistúrum, það er að segja meðferðum sem leiðsögumaðurinn eða læknirinn stingur upp á. En það má hafa sömu orð um sjúklinga og um Garðar Hólm í *Brekkukotsannál*, þeir „lenda í ferðalögum" en velja sér þau ekki.[17]

Málfræðingurinn Elina Semino stjórnaði nýlega rannsókn þar sem greindar voru líkingar í stóru gagnasafni sem sótt var á netið, annars vegar á vefsvæði þar sem krabbameinssjúklingar í Bretlandi tala saman, hins vegar á áþekkt svæði fyrir heilbrigðisstarfsmenn. Niðurstöðurnar voru skýrar: Ofbeldis- eða stríðslíkingar geta verið alveg jafn uppbyggilegar og ferðalagslíkingar sem geta svo aftur verið óheppilegar ekki síður en stríðslíkingar. Rannsóknin bendir semsé til að það sé mýta að önnur líkingin sé heppilegri en hin.[12] Og þá verður staða lækna síst auðveldari en fyrr: Þeir geta ekki valið *ákveðinn flokk líkinga* fremur en annan heldur verða þeir að fylgjast með hlutverki líkinganna á munni sjúklingsins og bregðast við í samræmi við hvort þeim finnst þær styrkja hann eða íþyngja honum. Það er semsé lykilatriði að læknar átti sig á hvaða ramma líkingamálið setur hugsunum um veikindin; hvaða atriði eru sett á oddinn, hverjum sleppt og hvaða áhrif líkingarnar hafa.[15]

Rannsókn Semino og félaga leiddi líka í ljós að heilbrigðisstarfsfólk notar ofbeldis- og ferðalagslíkingar miklu síður en sjúklingar en aðrar líkingar jafnmikið og þeir. Skýringin er kannski sú að ófáir læknar og hjúkrunarfólk geri sér þrátt fyrir allt grein fyrir að blöndurnar sem rísa upp í þessum líkingaflokkum geta verið bæði jákvæðar og neikvæðar.[12] En þar með er ekki sagt að það séu rétt viðbrögð að sneiða hjá líkingunum. Svo lengi sem þær gagnast sjúklingi virðist ástæða til að nota þær en jafnbrýnt að kveða þær niður ef þær draga mátt úr honum, valda samviskubiti og svo framvegis. Þessutan væri kannski ráð að spyrja: Af hverju berjast menn sífellt við krabbamein en ekki til dæmis hjartaáfall? Er það sjálft heitið krabbamein sem vekur upp vígahug í mönnum? Og ef svo er, væri þá ástæða til að breyta því alveg eins og heiti „blóðeitrunarinnar" gömlu. Orðið „krabbamein" var mönnum tungutamt strax á 18. öld ef marka má

Ritmálsskrá Orðabókar Háskólans.[18] Og í níunda Riti Lærdómslistafélagsins er blöndun dýrs og sjúkdóms beinlínis skýrð: „Ata, Atumein, Jøtu- eðr jetukaun (Carcinoma, cancer), nefnizt og svo Krabbi og Krabbamein, af þeim mørgu vognøglum, og krókóttu holum, sem ná útí holdid frá sjálfu høfut-sárinu.“[19] Þessi orð sýna hversu lengi menn hafa beinlínis litið á krabbann sem óvætti er þyrfti að berjast við og vinna á.

En þetta var útúrdúr.

Ef þess eru dæmi meðal íslenskra heilbrigðisstarfsmanna að þeir trúi svo á hlutlægni vísindana að þeir forðist líkingar rétt eins og ýmsir háskólamenn aðrir, er brýnt að bregðast við því að minnsta kosti ef marka má ameríska könnun sem gerð var árið 2010. Hún beindist beinlínis að því að kanna líkinganotkun lækna og sjúklinga með alvarlegt krabbamein og fá upplýsingar um hvað sjúklingum þætti um samskiptahæfni lækna. Í niðurstöðum hennar kemur meðal annars fram að sjúklingar töldu þá lækna sem notuðu óspart líkingar í útskýringum á sjúkdómnum og fylgikvillum vera færari í mannlegum samskiptum en þá sem voru sparari á þær. Sjúklingar læknanna sem brugðu líkingum mikið fyrir sig áttu líka í minni vandræðum með að skilja þá og töldu þá skilja sig betur en sjúklingar hinna.[13]

Líkingar virðast í sem stystu máli styrkja samskipti lækna og sjúklinga – svo að sjálfsagt er að læknar nýti þær. En því fylgir auðvitað drjúg ábyrgð; ekki bara af því að þá verða menn að leggja niður fyrir sér hvaða hugtökum á að blanda í líkingarnar og á hvaða braut þær beina hugsunum sjúklingsins, heldur líka af því að líkingar má ekki bara nota til að skýra sjúkdóma heldur líka til að stappa stálinu í sjúklinginn eða sannfæra hann. Standi hann við dauðans dyr er til dæmis mikilvægt að honum séu ekki gefnar gyllivonir með óheppilegu líkingamáli.[20]

Sigurður Pálsson skáld og rithöfundur ætti vísast að vera fyrirmynd okkar allra í viðbrögðum við alvarlegum sjúkdómi. Hann greindist með krabbamein fyrir tæplega tveimur árum og segir frá því í viðtali að hann hafi strax ákveðið að takast á við sjúkdóminn með hjálp líkinga. Skýringin er sú að hann er sannfærður um að maðurinn þoli meira ef hann er búinn að nota líkingar til að mynda ákveðinn farveg fyrir hugann. Í viðtalinu segir hann meðal annars:

> Til þess að ná tökum á lyfjameðferðinni sem beið mín skapaði ég […] eftirfarandi myndlíkingu: Ég sá fyrir mér dansleik og þú kemur í anddyrið og færð úthlutað dansfélaga. Dansfélaginn sem mér er úthlutað eru lyfin og þessi dansfélagi kann að vera með stæla og kannski sparka í mig í miðjum dansi sem er líking fyrir aukaverkanirnar. Og ég ákvað að ég mundi ekki hlaupa út af dansgólfinu eða fela mig heldur bara halda áfram að dansa við þennan dansfélaga og sinna spörkunum ekkert. Síðan kom lokaparturinn í myndlíkingunni sem ég er eiginlega ánægðastur með – að einbeita sér að því að hlusta á tónlistina sem hljómsveitin er að spila sem er lífið.[21]

Líking Sigurðar er afar uppbyggileg. Hann blandar fyrirbærum sem öllum eru kunn, dansi og tónlist, saman við sjúkdóm, lyf og lífið sjálft. Blandan sem rís er nýstárleg og rekst harkalega á ýmsar viðteknar hugmyndir manna um hvað það er að takast á við krabbamein. Hún fær menn til að skoða sjúkdóminn í öðru ljósi og getur því vísast gagnast sjúklingum sem eru óvanir að hugsa um lyfin sín sem „geggjaðan“ dansfélaga og lífið sem tónlist. Kosturinn við líkinguna er að auki sá að flestir ættu að geta gert hana að sinni: jafnvel þó menn haldi illa takti, misstigi sig og detti í gólfið geta þeir alltaf staðið upp aftur og haldið áfram að dilla sér – eða ef allt fer á versta veg setið sem fastast á dansgólfinu, krækt höndum um fætur dansfélagans og hlustað á tónlistina – uns yfir lýkur.

En af því að líkingar eru almennt einkenni á mannlegri hugsun sem læknar þurfa dag hvern að greina, ættu þeir kannski sérstaklega að hugleiða viðbrögð Sigurðar við krabbameininu og æfa sig, til dæmis heima hjá sér um helgar, að búa til alnýjar og skemmtilegar blöndur sem nýtast sjúklingum þeirra!

Heimildir

1. Vísan hefur verið kennd Magnúsi Bjarnfreðssyni en það seljum við ekki dýrar en við keyptum.
2. Fauconnier G, Turner M. The Way We Think: Conceptual Blending and the Mind's Hidden Complexities. Basic Books, New York 2003.
3. Schleifer R. Pain and suffering. Routledge, New York og London 2014.
4. Ramachandran VS. „Preface“, The Tell-Tale Brain: A Neuroscientist's Quest for What Makes Us Human. WW Norton & Company, New York 2011.
5. Jónsson AH. Ljóð af ættarmóti. Mál og menning, Reykjavík 2010.
6. Árnason J. Íslenzkar þjóðsögur og ævintýri I. Ný útgáfa, útgefendur Árni Böðvarsson og Bjarni Vilhjálmsson. Bókaútgáfan Þjóðsaga, Reykjavík 1954.
7. krabbameinsskra.is - júní 2016.
8. Lakoff G, Johnson M. Metaphors We Live By. University of Chicago Press, Chicago 1980.
9. Turner M. Reading Minds: The Study of English in the Age of Cognitive Science. Princeton University Press, Princeton NJ 1991.
10. Hér byggja greinarhöfundar ekki síst á eigin reynslu, viðbrögðum manna við fyrirlestrum þeirra og greinum. – Lakoff og Johnson greina á milli hugtakslíkinga (conceptual metaphors) og myndlíkinga (image metaphors) en báða flokkana nýta menn gjarnan ómeðvitað. Um kenningar Lakoff og Johnson má til dæmis fræðast í eftirtöldum greinum Kristjánsdóttir BS. „Holdið hefur vit“ eða „Við erum ekki kýr á beit í haga skilnings og þekkingar“: Um líkamsmótað vitsmunastarf og hugræna bókmenntafræði. Í Hug\raun: Nútímabókmenntir og hugræn fræði. Bókmennta- og listfræðastofnun, Háskólaútgáfan, Reykjavík 2015: 263-92. Kristjánsdóttir BS. Er dáðin dáð og örlátu mennirnir örlátir? Tilraun um myndlestur. Ritið 2006; 6: 13-32. Birgisson B. Konuskegg og loðnir bollar: Elstu dróttkvæði og and-klassískar listastefnur 20. aldar. Skírnir vor 2009: 106-57. Pétursdóttir GL. Myndir meina: um læknavísindi, sjúkdóma og myndhvörf. Ritið 2006; 6: 33-53.
11. Helgason H. Sjóveikur í München. JPV, Reykjavík 2015.
12. Semino E, Demjén Z, Demmen J, Koller V, Payne S, Hardie A, et al. The online use of Violence and Journey metaphors by patients with cancer, as compared with health professionals: a mixed methods study. BMJ Support Palliat Care 2015 Mar 5:bmjspcare-2014.
13. Casarett D, Pickard A, Fishman JM, Alexander SC, Arnold RM, Pollak KI, et al. Can metaphors and analogies improve communication with seriously ill patients? Palliat Med 2010; 13: 255-60.
14. Biro D. „Psychological Pain: Metaphor or Reality?“ Pain and Emotion in Modern History. Palgrave Macmillan UK 2014: 53-65.
15. Harrington KJ. The use of metaphor in discourse about cancer: a review of the literature. Clin J Oncol Nurs 2012; 16: 408-12.
16. 2007 NHS Cancer Reform Strategy. COI for the Department of Health. nhs.uk/NHSEngland/NSF/Documents/Cancer%20Reform%20Strategy.pdf - janúar 2016.
17. Laxness HK. Brekkukotsannáll. Helgafell, Reykjavík 1957.
18. lexis.hi.is janúar – 2016.
19. Rit þess Íslenzka Lærdóms-Lista Felags IX. Kaupmannahöfn 1788.
20. Pétursdóttir GL. Myndir meina: um læknavísindi, sjúkdóma og myndhvörf. Ritið 2006; 6: 33-53.
21. Pálsson S. „Dansar við lyfin með Jónas við hönd,“ viðtal við Magnús Guðmundsson. Lífið, Fréttablaðið; 7. mars 2015.

Ávísanir á ópíóíða og alvarleg fíkn

Embætti landlæknis

Magnús Jóhannsson
læknir
magnus@landlaeknir.is

Anna Björg Aradóttir
sviðsstjóri

Lárus S. Guðmundsson
lyfjafræðingur

Ólafur B. Einarsson
verkefnisstjóri

Ópíóíðum er almennt ávísað við svæsnum eða meðalsvæsnum verkjum. Mest notuðu lyfin á Íslandi sem innihalda ópíóíða eru blöndur parasetamóls og kódeins en árið 2014 fengu ríflega 22.000 einstaklingar ávísað Parkódín forte. Skammtur á hvern sjúkling af ávísunum af Parkódín forte á fyrstu fjórum mánuðum ársins 2016 jókst um 17,5% samanborið við sama tímabil árið 2006 og er umhugsunarefni. Allra síðustu ár hefur hlutur Parkódíns haldist svipaður en aðrir ópíóíðar hafa verið að sækja á. Vegna þessarar þróunar hefur verkjalyfjanotkun á Íslandi verið að stíga í samanburði við aðrar þjóðir en árið 2013 voru ávísanir ópíóða í fyrsta sinn orðnar mestar á Íslandi af Norðurlöndunum.[1] Á síðustu árum hefur aukning orðið mest í notkun oxýkódons og búprenorfíns, sem er visst áhyggjuefni vegna vaxandi misnotkunar þessara lyfja erlendis. Ef litið er til lengri tíma kemur í ljós að heildarnotkun ópíóíða hefur meira en tvöfaldast á síðustu 20 árum, var um 7 DDD/1000 íbúa/dag árið 1995 en var komin yfir 18 árið 2014. Þessi mikla aukning kallar á skýringar.

Aukin notkun sterkra verkjalyfja hefur einnig átt sér stað hjá öðrum þjóðum sem hefur valdið ýmsum vandamálum þar sem hafa kallað á aðgerðir til að hefta óhóflegar ávísanir sterkra verkjalyfja. Í mars voru kynntar leiðbeiningar og gátlisti fyrir almenna lækna í Bandaríkjunum sem meðhöndla fullorðna einstaklinga sem þjást af langvinnum verkjum.[2] Ástæðan fyrir því að Bandaríkjamenn eru að reyna að hefta ávísanir þessara lyfja er bæði misnotkunin á lyfjunum sjálfum en einnig sú staðreynd að einstaklingar sem misnota ópíóíða eins og oxýkódon eða búprenorfín, eru í aukinni hættu á að leiðast út í misnotkun enn hættulegri efna eins og heróíns. Þeir sem eru háðir sterkum verkjalyfjum eru 40 sinnum líklegri en aðrir til að verða heróínsprautufíklar og er óhóflegum ávísunum verkjalyfja meðal annars kennt um þann mikla heróínfaraldur sem geisar í Bandaríkjunum í dag. Árið 2011 létust þar í landi 1,4 á hverja 100 þúsund íbúa vegna heróínfíknar en voru árið 2013, aðeins tveimur árum síðar, komnir í 2,7 sem er tæplega tvöföldun.[2]

Heróín hefur ekki náð fótfestu á Íslandi en þeir einstaklingar sem glíma við sprautufíkn velja flestir metýlfenídat sem fyrsta kost samkvæmt nýlegri rannsókn.[3] Engar rannsóknir eru til hér á landi sambærilegar við þær sem eru til fyrir Bandaríkin sem benda til að ópíóíðafíkn auki líkur á sprautufíkn. Lyfjateymi Embættis landlæknis hafði 36 dauðsföll til skoðunar á árinu 2015 þar sem grunur leikur á að einstaklingar hafi látist vegna lyfjaeitrunar. Flestar banvænar lyfjaeitranir eru blandaðar þar sem nokkur lyf koma við sögu, oft ásamt áfengi. Ópíóíðar fundust í 19 af þessum 36 einstaklinga hópi eða rúmlega helmingi tilfella. Í hópnum voru 9 sem í fannst metýlfenídat en aðeins einn hafði fengið lyfinu ávísað á árinu fyrir andlát. Einnig fundust sterk verkjalyf í 6 af þeim 9 sem höfðu notað metýlfenídat fyrir andlátið.

Þegar þróun í ávísunum verkjalyfja á Íslandi er skoðuð vaknar sú spurning hvort ástæða sé til að hafa áhyggjur af því að vaxandi hlutfall lyfjanna rati í hendurnar á öðrum en fengu þeim ávísað, fari á flakk. Í dag hafa allir læknar á Íslandi aðgang að lyfjagagnagrunni þannig að erfiðara er fyrir einstaklinga að fara á milli lækna og verða sér úti um sömu lyf á sama tíma. Gátlistinn sem var kynntur í Bandaríkjunum á fyllilega við um slíka meðferð hér á Íslandi. Þá er rétt að nefna að í mörgum tilfellum þegar fólk er að glíma við tilfallandi verki ætti að takmarka skammta ópíóíða eða velja vægari verkjalyf í stað ópíóíða. Fyrir einstaklinga sem glíma við krabbamein, miklar þjáningar vegna annarra alvarlegra sjúkdóma eða eru í líknandi meðferð eru ópíóíðar oft eini lyfjakosturinn. Það ber að hafa í huga að gagnsemi ópíóíða til verkjastillingar í skammtímameðhöndlun mikilla verkja, af öðrum toga en krabbameini, er vel staðfest í rannsóknum en aftur á móti hefur gagnsemi ópíóíða í langtímameðferð við verkjum ekki verið staðfest.[4] Meðferð langvinnra verkja getur verið mjög flókin og til að fást við það verkefni er verkjateymi starfandi á Landspítala. Mikil þörf er á úrræðum fyrir einstaklinga með langvinna verki utan spítalans sem mögulega væri hægt að sinna ef komið væri á fót verkjateymi á vegum heilsugæslunnar.

Heimildir

1. Nomesco 2014.
2. stacks.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6426a3.htm
3. Bjarnadottir GD, Haraldsson HM, Rafnar BO, Sigurdsson E, Steingrimsson S, Johannsson M, et al. Prevalent intravenous abuse of methylphenidate among treatment-seeking patients with substance abuse disorders: a descriptive population-based study. J Addict Med 2015; 9: 188-94.
4. Franklin GM, American Academy of Neurology. Opioids for chronic noncancer pain: a position paper of the American Academy of Neurology. Neurology 2014; 83: 1277-84.

Heilbrigðisvottorð farmanna

Læknar þurfa viðurkenningu til að gefa út vottorðin

Hávar Sigurjónsson

Nokkrar breytingar hafa orðið á reglum um útgáfu heilbrigðisvottorða til farmanna á farþega- og kaupskipum og snýr breytingin að kröfum til lækna sem gefa út slík vottorð. Þurfa þeir frá og með 1. janúar næstkomandi að sækja um sérstaka viðurkenningu Samgöngustofu sem hefur umsjón með leyfisveitingum.

Í tilkynningu frá Samgöngustofu segir að læknar þurfi hér eftir að sækja um viðurkenningu til að gefa út heilbrigðisvottorð fyrir farmenn og kemur þetta til framkvæmda þann 1. janúar 2017.

Hér á landi eru gefin út alþjóðleg skipstjórnar- og vélstjórnarskírteini á grundvelli STCW-alþjóðasamþykktarinnar. Samþykktin snýr að menntun, þjálfun, skírteinum og vaktstöðum sjómanna. Ísland hefur verið aðili að samþykktinni frá árinu 1995. Í samþykktinni er kveðið á um samræmdar kröfur um hæfni skipstjóra, annarra yfirmanna og sjómanna sem gegna tilteknum stöðum um borð í kaupskipum. STCW-samþykktin tók allnokkrum breytingum árið 2010 með hinum svokölluðu Manila-breytingum. Með tilskipun Evrópusambandsins nr. 2008/106/EB er efni STCW-samþykktarinnar ásamt Manila-breytingunum tekið upp í sambandsrétt. Ísland er bundið af tilskipuninni á grundvelli EES-samningsins.

Breyting á heilbrigðiskröfum farmanna

Meðal þeirra krafna sem gerðar eru til þess að fá útgefið alþjóðlegt skírteini eru að farmaður uppfylli tilteknar heilbrigðiskröfur. Sérhver farmaður, sem er handhafi réttindaskírteinis eða hæfnisskírteinis og sem starfar á sjó skal vera handhafi gilds heilbrigðisvottorðs. Í því skyni hefur farmaður þurft að skila læknisvottorði ásamt umsókn um STCW-skírteini. Með Manila-breytingunum á samþykktinni urðu þær breytingar að slík læknisvottorð skyldu stafa frá læknum sem hlotið hefðu sérstaka viðurkenningu til að gefa út heilbrigðisvottorð farmanna. Þá skal gildistími heilbrigðisvottorðs vera að hámarki tvö ár.

Krafan um að læknar séu viðurkenndir kemur til framkvæmda 1. janúar 2017 og annast Samgöngustofa viðurkenningu lækna.

Við undirbúning hinnar nýju framkvæmdar hefur Samgöngustofa horft til ákvæða STCW-samþykktarinnar og leiðbeininga sem Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) hefur gefið út í samráði við Alþjóðasiglingaröryggisstofnunarina (IMO) um viðurkennda lækna. Samgöngustofa hefur haft til hliðsjónar þá staðreynd að menntunarstig íslenskra lækna er tiltölulega hátt. Þannig hefur Samgöngustofa það að markmiði að gera læknum tiltölulega auðvelt að öðlast viðurkenningu. Ekki er gert ráð fyrir því að læknar sæki sérstakt námskeið. Hins vegar skulu læknar kynna sér og starfa samkvæmt reglum og viðmiðum sem um læknisskoðun sjófarenda gilda.

Gerð er krafa um að umsækjandi um viðurkenningu Samgöngustofu sé handhafi almenns lækningaleyfis samkvæmt lögum um heilbrigðisstarfsmenn og reglugerðum settum á grunni þeirra.

Umsækjandi skal kynna sér og skuldbinda sig til að starfa í samræmi við þau lög og reglur sem gilda um áhafnir skipa og um heilbrigðiskröfur sjómanna. Hann skal jafnframt hafa kynnt sér leiðbeiningarefni Samgöngustofu um læknisskoðun sjófarenda.

Útgáfa læknisvottorða skal lúta sömu skilyrðum og útgáfa annarra skírteina samkvæmt ákvæðum STCW-samþykktarinnar, þar með talið skal útgáfan lúta ákvæðum gæðakerfis Samgöngustofu.

Í leiðbeiningarefni Samgöngustofu um störf viðurkenndra lækna er farið nánar yfir stjórnsýslu tengda viðurkenningu lækna og þeim reglum sem viðurkenndum læknum ber að starfa eftir. Er þar vísað í lög, reglur og alþjóðlegar leiðbeiningar eftir því sem við á.



Valnesfjord Helsesportssenter i Norge er en landsdekkende institusjon innen spesialisthelsetjenesten med lang erfaring og solid kompetanse på fagområdene habilitering, rehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering. Vi tilbyr individuelt tilpasset rehabilitering i grupper og vårt hovedvirkemiddel er tilpasset fysisk aktivitet.

Overlege i fysikalsk medisin og rehabilitering

Fast stilling som overlege i fysikalsk medisin og rehabilitering er ledig med ønske om snarlig tiltredelse.

For godt kvalifiserte søkere kan tilsetting som avdelingsoverlege vurderes.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til rehabiliteringssjef Elisabeth Johannessen på mob. + 47 913 13 570 eller medisinskfaglig rådgiver/overlege Odd Almendingen på mob. + 47 482 38 543.

Søknadsfrist: 7. august 2016

Fullstendig utlysningstekst på www.vhss.no

VALNESFJORD HELSESPORTSSENTER
- Aktivitet og deltakelse

Spiolto Respimat 2,5 míkróg/2,5 míkróg innöndunarlausn. Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC-flokkur: R03AL06. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.
Virk innihaldsefni og styrkleikar: Hver gefinn skammtur er 2,5 µg tiotropium (sem brómíðeinhýdrat) og 2,5 µg olodaterol (sem hýdróklóríð) í hvert sinn sem úðað er. Hver gefinn skammtur er sá skammtur sem farið hefur í gegnum munnstykkið og sjúklingurinn fær. **Ábendingar:** Spiolto Respimat er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá fullorðnum sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar. Rörlykjuna má aðeins setja í og nota með Respimat innöndunartæki. Tvær úðanir úr Respimat innöndunartæki jafngilda einum lyfjaskammti. *Fullorðnir*: Ráðlagður skammtur er 5 µg af tiotropiumi og 5 µg af olodateroli, gefið með tveimur úðunum úr Respimat innöndunartækinu, einu sinni á sólarhring, á sama tíma sólarhringsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. *Aldraðir*: Aldraðir sjúklingar geta notað Spiolto Respimat í ráðlögðum skömmtum. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi og skerta nýrnastarfsemi:* Spiolto Respimat inniheldur tiotropium sem skilst aðallega út um nýru og olodaterol sem umbrotnar aðallega í lifur. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:* Sjúklingar með vægt til miðlungsskerta lifrastarfsemi mega nota Spiolto Respimat í ráðlögðum skömmtum. Engar upplýsingar eru fyrirliggjandi um notkun olodaterol hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:* Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi geta notað Spiolto Respimat í ráðlögðum skömmtum. Fyrir sjúklinga með miðlungs eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun ≤ 50 ml/mín.), sjá nánar í SPC. Spiolto Respimat inniheldur olodaterol. Takmörkuð reynsla er af notkun olodaterols hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. *Börn*: Notkun Spiolto Respimat á ekki við hjá börnum (undir 18 ára aldri). Lyfjagjöf: Til að tryggja rétta lyfjagjöf skal læknir eða faglærður heilbrigðisstarfsmaður sýna sjúklingi hvernig nota eigi innöndunartækið. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Saga um ofnæmi fyrir atrópíni eða afleiðum þess, t.d. ipratrópíum eða oxítrópíum. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá www.serlyfjaskra.is**. **Markaðsleyfishafi:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Strasse 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Þýskaland. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími: 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 22.06.2015. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð: (Júní 2016)** Spiolto Respimat 2,5 míkróg/2,5 míkróg 11.727 kr**: Afgreiðslutilhögun:** R merkt
Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: G merkt sjá nánar á www.lgn.is

Spiriva Respimat 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn
Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: R03BB04. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.
Heiti lyfs: Spiriva Respimat 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver gefin úðun er 2,5 míkrógrömm tíótrópíum (2 úðanir eru einn lyfjaskammtur), sem samsvarar 3,124 míkrógrömmum af tíótrópíumbrómíðeinhýdrati. Hver gefin úðun er sá skammtur sem farið hefur í gegnum munnstykkið og sjúklingurinn fær. **Ábendingar:** Langvinn lungnateppa (LLT): Tíótrópíum er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). Astmi: Spiriva Respimat er ætlað sem viðbót við berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð hjá fullorðnum sjúklingum með astma sem fá viðhaldsmeðferð með samsetningu af innöndunarstera (>800 míkróg budesonid/sólarhring eða jafngildum innöndunarstera) og langverkandi β_2-örva og sem hafa fengið eina eða fleiri alvarlegar versnanir undangengið ár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar. Rörlykkjuna má aðeins setja í og nota með Respimat innöndunartæki. Tvær úðanir úr Respimat innöndunartæki jafngilda einum lyfjaskammti. Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna er 5 míkrógrömm af tíótrópíum, gefið með tveimur úðunum úr Respimat innöndunartækinu, einu sinni á sólarhring, alltaf á sama tíma sólarhringsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. Í astmameðferð mun fullur ávinningur lyfsins koma í ljós eftir nokkra skammta. Sérstakir hópar: Aldraðir sjúklingar geta notað tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með miðlungs eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun ≤ 50 ml/mín.). Sjúklingar með skerta lifrastarfsemi mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Börn: *Langvinn lungnateppa (LLT):* Notkun Spiriva Respimat á ekki við hjá börnum og unglingum undir 18 ára aldri. *Slímseigjusjúkdómur (cystic fibrosis):*Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi Spiriva Respimat. *Astmi:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á verkun og öryggi Spiriva Respimat hjá börnum og unglingum. Lyfjagjöf: Til að tryggja rétta lyfjagjöf skal læknir eða faglærður heilbrigðisstarfsmaður sýna sjúklingi hvernig nota eigi úðatækið. **Frábendingar:** Spiriva Respimat er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir tíótrópíumbrómíði, atrópíni eða afleiðum þess, t.d. ipatrópíum, oxítrópíum eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá www.serlyfjaskra.is**. **Markaðsleyfishafi**: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Strasse 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Þýskaland. **Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími: 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 07.01.2015. **Ath. textinn er .styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð: (Júní 2016)** Spiriva Resp 2,5 mcg/sk, 60 stk 8.445 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R einungis afgreitt með lyfseðli**.Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G merkt sjá nánar á www.lgn.is

Striverdi Respimat, 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn.
Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: R03AC19. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.
Heiti lyfs: Striverdi Respimat, 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Gefinn skammtur er 2,5 míkrógrömm af olodateroli (sem hýdróklóríð) í hvert sinn sem úðað er. Gefinn skammtur er sá skammtur sem fer í gegnum munnstykkið og nær til sjúklingsins. Ábendingar: Striverdi Respimat er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar. Rörlykjuna **má aðeins setja í og nota með** Respimat innöndunartæki. Tvær úðanir úr Respimat innöndunartæki jafngilda einum lyfjaskammti. *Fullorðnir:* Ráðlagður skammtur er 5 míkrógrömm af olodateroli, gefið með tveimur úðunum úr Respimat innöndunartækinu, einu sinni á sólarhring, alltaf á sama tíma sólarhringsins. Ekki má nota stærri skammt en ráðlagður er. *Aldraðir sjúklingar:* Aldraðir sjúklingar geta notað Striverdi Respimat samkvæmt ráðlögðum skammti. *Skert lifrarstarfsemi:* Sjúklingar með væga eða miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi mega nota Striverdi Respimat samkvæmt ráðlögðum skömmtum. Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun Striverdi Respimat hjá sjúklingum með verulega skerta lifrarstarfsemi. *Skert nýrnastarfsemi:* Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi mega nota Striverdi Respimat samkvæmt ráðlögðum skammti. Takmörkuð reynsla er af notkun Striverdi Respimat hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. *Börn:* Notkun Striverdi Respimat á ekki við hjá börnum og unglingum (undir 18 ára aldri). Lyfjagjöf: Til að tryggja rétta gjöf lyfsins skal læknir eða faglærður heilbrigðisstarfsmaður sýna sjúklingi hvernig nota eigi innöndunartækið. **Frábendingar:** Striverdi Respimat er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir olodateroli eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**. **Markaðsleyfishafi**: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Strasse 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Þýskaland. **Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími: 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 10. október 2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð (Júní 2016):** 2.5mcg 60 skammtar 7.004 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R einungis afgreitt gegn lyfseðli**. Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G merkt sjá nánar á www.lgn.is

Incruse 55 míkróg innöndunarduft, afmældir skammtar. Glaxo Group Limited. R03BB07. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC

▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu.

Innihaldslýsing: Hver stök innöndun gefur skammt (skammt sem fer í gegnum munnstykkið) sem er 55 míkróg af umeclidinium (jafngildir 65 míkróg af umeclidiniumbrómíði). Þetta samsvarar afmældum skammti sem er 62,5 míkróg af umeclidiniumi sem jafngildir 74,2 míkróg af umeclidiniumbrómíði. Hjálparefni með þekkta verkun: Hver skammtur inniheldur u.þ.b. 12,5 mg af laktósa (sem einhýdrat). **Ábendingar:** Incruse er ætlað til notkunar sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð gegn einkennum hjá fullorðnum sjúklingum með langvinna lungnateppu. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: *Fullorðnir*: Ráðlagður skammtur er ein innöndun af umeclidiniumbrómíði einu sinni á dag. Incruse skal gefa einu sinni á dag á sama tíma dag hvern til að viðhalda berkjuvíkkun. Hámarksskammtur er ein innöndun af umeclidiniumbrómíði einu sinni á dag. *Sérstakir sjúklingahópar:* Aldraðir sjúklingar: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum eldri en 65 ára. Skert nýrnastarfsemi: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Skert lifrarstarfsemi: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með væga eða miðlungsalvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi. Notkun Incruse hefur ekki verið rannsökuð hjá sjúklingum með alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi og skal gæta varúðar við notkun þess. *Börn:* Notkun Incruse á ekki við hjá börnum yngri en 18 ára við ábendingunni langvinnri lungnateppu. Lyfjagjöf: Incruse er aðeins til innöndunar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð, og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Markaðsleyfishafi:** Glaxo Group Limited, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, TW8 9GS, Bretland. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000. Textinn var síðast samþykktur 12. nóvember 2015. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.

Pakkningastærð og verð (febrúar 2016)
Incruse Ellipta 55mcg, innöndunarduft, 30 skammtar R, G kr. 8.209

Relvar Ellipta 92 míkróg/22 míkróg eða 184 míkróg/22 míkróg, innöndunarduft, afmældir skammtar. Glaxo Group Limited. R03AK10. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC

▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu.

Innihaldslýsing: Hver stök innöndun gefur skammt (skammt sem fer í gegnum munnstykkið) sem er 92 míkróg af flútíkasónfúróati og 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) eða 184 míkróg af flútíkasónfúróati og 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat). Þetta samsvarar afmældum skammti sem er 100 míkróg af flútíkasónfúróati og 25 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) eða 200 míkróg af flútíkasónfúróati og 25 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat). Hjálparefni með þekkta verkun: Hver skammtur inniheldur u.þ.b. 25 mg af laktósa (sem einhýdrat). **Ábendingar:** Astmi: Relvar Ellipta er ætlað til notkunar við reglulega astmameðferð hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri þegar notkun samsetts lyfs (langverkandi beta$_2$-örva og barkstera til innöndunar) á við: Þegar ekki næst viðunandi stjórn á sjúkdómnum með barksterum til innöndunar og skjótvirkum beta$_2$-örvum til innöndunar „eftir þörfum". Langvinn lungnateppa (aðeins Relvar Ellipta 92/22 míkróg): Relvar Ellipta er ætlað til meðferðar á einkennum langvinnrar lungnateppu hjá fullorðnum með FEV$_1$ < 70% af áætluðu eðlilegu gildi (eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs) og sögu um endurtekna versnun, þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: *Astmi: Fullorðnir og unglingar 12 ára og eldri:* Ein innöndun af Relvar Ellipta 92/22 míkróg einu sinni á dag. Sjúklingar finna yfirleitt fyrir bættri lungnastarfsemi innan 15 mínútna frá innöndun Relvar Ellipta. Hins vegar skal upplýsa sjúklinginn um að regluleg dagleg notkun sé nauðsynleg til að viðhalda stjórn á einkennum astma og að notkun skuli halda áfram, jafnvel þó einkenni hverfi. Ef einkenni koma fram á tímabilinu á milli skammta, skal nota skjótvirkan beta$_2$-örva til að létta strax á einkennum. Íhuga skal 92/22 míkrógramma upphafsskammt af Relvar Ellipta hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri sem þarfnast lítils til meðalstórs skammts af barksterum til innöndunar ásamt langverkandi beta$_2$-örva. Ef ekki næst fullnægjandi stjórn á sjúkdómnum með Relvar Ellipta 92/22 míkróg, má auka skammtinn upp í 184/22 míkróg, sem getur gefið betri árangur við astmastjórnun. Heilbrigðisstarfsmaður skal endurmeta sjúklinga reglulega þannig að þeir haldi áfram að fá kjörstyrkleika af flútíkasónfúróati/vílanteróli og að honum sé aðeins breytt samkvæmt læknisráði. Skammtinn skal aðlaga þannig að alltaf sé notaður minnsti skammtur sem nær virkri stjórn á einkennum. Ráðlagður hámarksskammtur er Relvar Ellipta 184/22 míkróg einu sinni á dag. *Langvinn lungnateppa: Fullorðnir 18 ára og eldri:* Ein innöndun af Relvar Ellipta 92/22 míkróg einu sinni á dag. Relvar Ellipta 184/22 míkróg er ekki ætlað til notkunar hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu. Enginn viðbótarávinningur er af notkun 184/22 míkrógramma skammts samanborið við 92/22 míkróg skammtinn og hætta á aukaverkunum svo sem lungnabólgu og altækum aukaverkunum tengdum barksterum er hugsanlega aukin. Sjúklingar finna yfirleitt fyrir bættri lungnastarfsemi innan 1617 mínútna frá innöndun Relvar Ellipta. *Börn:* Notkun Relvar Ellipta við langvinnri lungnateppu hjá börnum á ekki við. *Börn yngri en 12 ára:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun Relvar Ellipta hjá börnum yngri en 12 ára við notkun gegn astma. Engar upplýsingar liggja fyrir. Sérstakir sjúklingahópar: *Aldraðir sjúklingar (>65 ára):* Ekki þarf að breyta skömmtum hjá þessum hópi. *Skert nýrnastarfsemi:* Ekki þarf að breyta skömmtum hjá þessum hópi. *Skert lifrarstarfsemi:* Aukin altæk útsetning fyrir flútíkasónfúróati (bæði C_{max} og AUC) kom fram í rannsóknum hjá einstaklingum með væga, miðlungi alvarlega og alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar við skömmtun hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi sem geta átt frekar á hættu að fá altækar aukaverkanir er tengjast barksterum. Hámarksskammtur hjá sjúklingum með miðlungi alvarlega eða alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi er 92/22 míkróg. Lyfjagjöf: Relvar Ellipta er aðeins til innöndunar. Það skal gefa á sama tíma dags, dag hvern. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð, og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Markaðsleyfishafi:** Glaxo Group Limited, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, TW8 9GS, Bretland. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000. Textinn var síðast samþykktur 14. janúar 2016. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.

Pakkningar og verð (febrúar 2016)
Relvar Ellipta 92mcg/22mcg, innöndunarduft, 30 skammtar R, G kr. 8.493
Relvar Ellipta 184mcg/22mcg, innöndunarduft, 30 skammtar R, G kr. 10.310
IS/INC/0002/16 febrúar 2016



Kandídatar 2016 klárir í slaginn

Nýútskrifaðir læknakandídatar ársins 2016 heimsóttu Læknafélag Íslands og undirrituðu læknaeiðinn að hefðbundnum hætti ásamt því að vera boðin velkomin í LÍ af formanninum, Þorbirni Jónssyni. Í ávarpi sínu sagði Þorbjörn meðal annars að læknisstarfið væri afar samfélagslega mikilvægt og það hefði notið ákveðinnar virðingar í samfélaginu. „Það er þakklátt þegar allt gengur að óskum en umfram allt er það skemmtilegt og gefandi.“

Þorbjörn sagði ennfremur að hann legði sérstaka áherslu á að læknar temdu sér samviskusemi, vandvirkni og heiðarleika og að læknar legðu sig eftir því að hlusta bæði á sjúklinga og samstarfsmenn. „Ef við fylgjum þessum einföldu reglum held ég að menn hafi góðan grundvöll til þess að farnast vel í starfi um langa framtíð.“

Magnús Karl Magnússon forseti læknadeildar HÍ lagði áherslu á gæði læknanámsins í ávarpi sínu og kvaðst stoltur af því hversu vel námið stæðist samanburð við læknanám í þeim erlendum skólum sem þættu hvað bestir. Magnús sagði gæði íslenskrar læknismenntunar ekki síst fólgna í því að íslenskir læknar sæktu sérfræðimenntun sína til bestu háskóla-sjúkrahúsa, bæði austur um haf og vestur, og hvatti hina nýútskrifuðu kandídata til að feta í þau spor.

Fleiri góðir gestir úr hópi eldri og virðulegri lækna ávörpuðu hina ungu lækna og óskuðu þeim velfarnaðar á þessum tímamótum.



Undirritun læknaeiðsins hefur verið ómissandi hluti af heimsókn nýútskrifaðra kandídata um áratugaskeið.



Samkomuna heiðruðu nokkrir af helstu frammámönnum læknastéttarinnar.



Alls 65 nýir læknar komu í íslenska markteiginn árið 2016. Átta útskrifuðust í Ungverjalandi, tveir í Danmörku og einn í Slóveníu. Fjórir útskrifuðust frá HÍ í febrúar.

Læknablaðið óskar nýútskrifuðum kandídötum til hamingju með áfangann!

Agnar Hafliði Andrésson
Alexander Elfarsson
Andreas Bergmann
Andri Leó Lemarquis
Andri Snær Ólafsson
Aron Bertel Auðunsson
Ásdís Braga Guðjónsdóttir
Ásdís Eva Lárusdóttir
Áslaug Baldvinsdóttir
Ástríður Pétursdóttir
Bergljót Rafnar Karlsdóttir
Bergþór Steinn Jónsson
Bjarki Stefánsson
Björn Már Friðriksson
Brynhildur Thors
Davíð Ólafsson
Edda Pálsdóttir
Elías Sæbjörn Eyþórsson
Elín Edda Sigurðardóttir
Elísabet Gylfadóttir
Ester Viktorsdóttir
Eyþór Björnsson
Gunnar Kristjánsson
Helga Marie Þórsdóttir
Hildigunnur Þórsdóttir
Hildur Baldursdóttir
Hildur Björg Gunnarsdóttir
Hildur Þóra Franklín
Hjálmar Ragnar Agnarsson
Hlynur Davíð Löve
Hlynur Indriðason
Hrafnhildur L. Runólfsdóttir
Inger Björk Ragnarsdóttir
Ívar Marinó Lilliendahl
Jan Hansel
Jónas Aðalsteinn Aðalsteinsson
Kjartan Logi Ágústsson
Kristín Hansdóttir
Kristján Hauksson
Laufey Dóra Áskelsdóttir
Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen
Linda Ósk Árnadóttir
María Isabel Smáradóttir
Móses Pálsson
Páll Guðjónsson
Ragnheiður Sigurðardóttir
Ragnhildur Hauksdóttir
Rebekka Sigrún D. Lynch
Sandra Gunnarsdóttir
Sandra Seidenfaden
Sara Lillý Þorsteinsdóttir
Sasan Már Nobakht
Sigrún Katrín Kristjánsdóttir
Sigrún Margrét Gústafsdóttir
Sigrún Tinna Gunnarsdóttir
Sigurður Ástvaldur Hannesson
Sigurjón Ragnar Rögnvaldsson
Sigurrós Jónsdóttir
Sindri Jarlsson
Sjöfn Þórisdóttir
Stefán Björnsson
Stefán Þórsson
Tinna Hallgrímsdóttir
Vigdís Sverrisdóttir
Þórdís Kristinsdóttir



*LAMA + ICS/LABA

Þriggja lyfja meðferð* einu sinni á dag í meðferð á einkennum LLT.[2,3]

Incruse er ætlað til notkunar sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð gegn einkennum hjá fullorðnum sjúklingum með langvinna lungnateppu og Relvar Ellipta er ætlað til meðferðar á einkennum langvinnrar lungnateppu hjá fullorðnum með FEV1 < 70% af áætluðu eðlilegu gildi (eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs) og sögu um endurtekna versnun, þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum. [2, 3]

Algengustu aukaverkanir Incruse Ellipta voru nefkoksbólga og sýking í efri öndunarvegi. Það geta komið fram áhrif á hjarta og æðar, svo sem hjartsláttartruflanir, til dæmis. gáttatif og hraðtaktur eftir gjöf múskarínviðtakablokka, þ.m.t umeclidiniumbrómíð. Umeclidiniumbrómíð skal nota með varúð hjá sjúklingum með alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma, sérstaklega hjartsláttartruflanir.[2]

Algengustu aukaverkanir Relvar Ellipta voru höfuðverkur og nefkoksbólga. Að undanskildum lungnabólgu og beinbrotum var aukaverkanamynstur svipað hjá sjúklingum með astma og langvinna lungnateppu. Í klínískum rannsóknum var oftar greint frá lungnabólgu og beinbrotum hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu. Relvar Ellipta skal ekki nota til meðferðar við bráðum astmaeinkennum eða bráðri versnun langvinnrar lungnateppu sem þarfnast skjótvirkra berkjuvíkkandi lyfja.[3]

Sérlyfjatexti á bls. 365

Heimildir:
1. Svedsater et al. BMC Pulm Med 2013, 13: 72.
2. www.serlyfjaskra.is Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Incruse Ellipta.
3. www.serlyfjaskra.is Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Relvar Ellipta.

vistor Theravance

IS/INC/0002/16. febrúar 2016