Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



3/2019

105. árgangur: 105-152

GÁTTATIF ÁN LOKUSJÚKDÓMS

Hvaða NOAC[a] þegar hætta á heilaslagi er mikil?[1]



Xarelto hefur staðfesta virkni og öryggi hjá gáttatifssjúklingum[b] með hærra $CHADS_2$-skor en nokkuð annað NOAC[1–5]

Í 3. stigs klínísku rannsókninni ROCKET AF voru 87% sjúklinga með $CHADS_2$-skor 3 eða hærra[1]

Vörn gegn heilaslagi með einni töflu á dag[2]

Sérlyfjatexti á bls. 147

a. NOAC: non-vitamin K antagonist oral anticoagulant/segavarnarlyf til inntöku sem ekki er K vítamín hemill.

b. Sjúklingar með gáttatif án lokusjúkdóms.

Heimildir: 1. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, *et al*. Rivaroxaban versus warfarin in non-valvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365(10):883–91.
2. SmPC fyrir Xarelto, uppfært 08/2018. **3.** SmPC fyrir Eliquis, uppfært 06/2018.
4. SmPC fyrir Pradaxa, uppfært 06/2018. **5.** SmPC fyrir Lixiana, uppfært 07/2017.

Xarelto® rivaroxaban

PP-XAR-IS-0001-1 Nóvember 2018 XARD0188 – Bilbo

Botninum er náð

Heilbrigðisstarfsmenn og sjóðir hafa áhyggjur af bágri stöðu vísindastarfs hér á landi

„Nú er botninum náð," segir Björn Rúnar Lúðvíksson, formaður prófessoraráðs Landspítala, eftir að ljóst var hversu rýr hlutur heilbrigðisvísinda var í úthlutunum úr rannsóknarsjóði Rannís. Einungis 17% allra þeirra 359 verkefna sem sótt var um styrki fyrir fengu úthlutun, alls 7 frá heilbrigðisvísindasviði.

Samkvæmt tölfræði heilbrigðisvísindasviðs hlaut ekkert verkefni frá sviðinu öndvegisstyrk, aðeins þrjú af 31 fengu verkefnastyrk, eitt af 12 fékk rannsóknarstöðustyrk. Þá hlutu þrír af 15 doktorsnemastyrk. Heildarfjöldi styrkumsókna sviðsins voru 53.

Ólafur Baldursson, framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala, segir afleiðingar þess að hér á landi verji stjórnvöld umtalsvert minna fé til heilbrigðisvísinda en í öðrum norrænum löndum mikið áhyggjuefni.

„Vel fjármögnuð vísindastarfsemi laðar að vel menntað og þjálfað fólk sem vaxandi samkeppni er um á alþjóðavettvangi. Samkeppni frá Norðurlöndum er sérstakt áhyggjuefni hvað þetta varðar," segir Ólafur en reynir um leið að uppörva heilbrigðisvísindafólk með því að benda á að ekki skuli vanmeta þau miklu sjálfstæðu tækifæri sem hér séu til að standa í fremstu röð í heilbrigðisvísindum.

Inga Þórsdóttir, forseti heilbrigðisvísindasviðs, segir alla áhyggjufulla yfir stöðunni. Heildarfjárhæðin sem rannsóknarsjóðurinn hafi úr að spila sé einfaldlega allt of lág. „Við myndum vilja hafa hana þannig að almennt árangurhlutfall gæti verið alla vega fjórðungur að 30% í það minnsta, sem er í samræmi við það sem sést ef horft er til erlendra sjóða. Það væri eðlilegt. 16-17% árangurshlutfall er allt of lágt." Árangur heilbrigðisvísindasviðsins í ár séu auk þess gríðarleg vonbrigði eða um 9%.

Björn bendir á að úttekt stofnunarinnar Nord-Forsk sýni að staða heilbrigðisvísinda hér á landi sé ein sú lakasta í Evrópu og lökust á Norðurlöndum. „Við vorum í efsta sæti Norðurlanda í kringum aldamótin þegar kom að fjölda greina og tilvitnana í þær." Hann vill að stofnaður verði heilbrigðisvísindasjóður sem hrein viðbót við aðra sjóði.

„Forsenda allra framfara og aukinna gæða liggur í vísindastarfi," segir hann. Stórmál sé að ná fyrri stöðu landsins í vísindastarfi. Auka þurfi fjármagn, hvetja fólk áfram og gefa þeim tíma og rúm til að stunda vísindi. „Þar liggur stóri vandinn í dag."

Rannsóknasjóður Rannís bendir á í svari við fyrirspurn *Læknablaðsins* að hann sé samkeppnissjóður. Umsóknirnar séu metnar af viðeigandi fagráðum og sérfræðingum og það sé háð fjármagni hversu mörg verkefni séu styrkt.

Sjóðurinn tekur undir áhyggjur af því að fjármagn frá yfirvöldum sé ekki nógu hátt. „Úthlutunarhlutfallið hefur lækkað síðustu ár og það hefur ekki bara áhrif á rannsóknir á sviði heilbrigðisvísinda heldur á önnur fagsvið líka," segir í svari sjóðsins. Fjármagnið ráði för. Það hafi verið 2,5 milljarðar króna allt frá ársinu 2016.

UMSÓKNIR TIL RANNSÓKNASJÓÐS RANNÍS

Öndvegisstyrkir	Umsóknir	Styrkir	%
Heilbrigðisvísindasvið	2	0	0
Allir	28	3	10,7
Verkefnastyrkir			
Heilbrigðisvísindasvið	33	3	9,1
Allir	198	31	15,5
Rannsóknarstöðustyrkir			
Heilbrigðisvísindasvið	11	1	9,1
Allir	70	12	17,1
Doktorsnemastyrkir			
Heilbrigðisvísindasvið	7	3	42,9
Allir	63	15	23,9

Heimild: Heilbrigðisvísindasvið HÍ

1% til rannsókna á spítalanum er alltof lágt

Björn Rúnar Lúðvíksson bendir á að heildarfjárframlög til vísindaiðkunar á Landspítala sé innan við 1%. Það sé allt of lágt. Á Norðurlöndum sé það 6-8% en í Bandaríkjunum víða 10-14%.

Ólafur Baldursson bendir á vandasama fjárhagsstöðu spítalans þar sem hið opinbera hafi ekki gert ráð fyrir sérstökum fjárveitingum til vísindarannsókna þurfi spítalinn að taka þann kostnað innan úr hinum almenna rekstri.

„Þetta er athyglisvert þar sem vísindahlutverk Landspítala er lögbundið. Vegna þrenginga í rekstri og skorts á afmörkuðum fjárheimildum, blasir við ákveðinn ómöguleiki í því að leggja meira til vísindamála en það tæpa 1% af rekstri sem nú er gert," segir hann. Spítalinn einn geti ekki leyst vandann.

„Ég tel að afmarka þurfi mun betur en nú er gert, fjárveitingar til vísindarannsókna á heilbrigðissviði. Það er ótækt að vísindarannsóknir þurfi að vera í fjárhagslegri samkeppni við þá miklu og brýnu þörf sem er fyrir heilbrigðisþjónustuna sjálfa," segir hann. „Færa má rök fyrir því að kerfi sem stillir slíkri samkeppni upp, standist ekki þær grunnsiðferðiskröfur sem flestir vilja byggja þjóðfélagið á."

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Magnús Gottfreðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Elsa B. Valsdóttir
Gerður Gröndal
Hannes Hrafnkelsson
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Magnús Haraldsson
Sigurbergur Kárason

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna
Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Esther Ingólfsdóttir
esther@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1850

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

Áskrift
16.900,- m. vsk.
Lausasala
1690,- 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

3. tölublað • 105. árgangur • 2019

LEIÐARAR

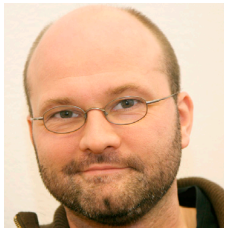


111

Hans Tómas Björnsson

Að leika guð – framfarir í erfðafræði

Nýlega varð gríðarmikil aukning í getu okkar til að breyta erfðamengi manna og dýra.



113

Tryggvi Helgason

Geta vísindin klukkað samfélagið?

Með fækkun bjartra stunda að afloknum skóla- og vinnudegi má telja líklegt að hreyfing ungmenna minnki. Hún er nú þegar í harðri samkeppni við aðra afþreyingu.

FRÆÐIGREINAR

115

Ásta Hlín Ólafsdóttir, Daði Már Kristófersson, Sigfríður Inga Karlsdóttir

Áhrif framköllunar fæðingar eftir 41. viku meðgöngu á fæðingarmáta og útkomu fæðinga

Á síðustu árum hefur framkölluðum fæðingum fjölgað mikið hér á landi eins og víðast hvar í nágrannalöndunum. Niðurstöður erlendra rannsókna hafa sýnt að framköllun fæðingar geti haft áhrif á ýmsa aðra útkomuþætti kvenna eins og notkun mænurótardeyfingar, blæðingu eftir fæðingu, spangaráverka og tímalengd fæðingar. Rannsóknarniðurstöður á upplifun kvenna benda til þess að konur virðast kjósa að fæðing sé framkölluð þegar meðgangan dregst á langinn en þær eru síður ánægðar með umönnun í fæðingu þegar hún er framkölluð. Heimildum ber saman um mikilvægi þess að hafa konur með í ráðum, veita faglegar upplýsingar og fræðslu og gefa konum tækifæri til að taka þátt í ákvarðanatöku um framköllun fæðingar.

125

Hrefna Harðardóttir, Arna Hauksdóttir, Andri Steinþór Björnsson

Líkamsskynjunarröskun: Helstu einkenni, algengi, greining og meðferð

Þeir sem þjást af líkamsskynjunarröskun verja oft mörgum tímum á dag í að hugsa um einn eða fleiri útlitsgalla, sem þó eru ekki til staðar eða eru smávægilegir. Þeir sem eru með röskunina hafa til dæmis áhyggjur af húðinni (hrukkum, bólum og örum), hári (að líkamshár líti ekki „rétt“ út) og nefi (lögun eða stærð þess), en áhyggjur geta þó beinst að hvaða líkamshluta sem er, svo sem maga, kynfærum eða tám. Sjúklingar geta orðið uppteknir af mismunandi líkamshlutum á ólíkum tímabilum og þeir geta haft áhyggjur af mörgum „göllum“ á sama tíma. Rannsóknir benda til þess að meðal þeirra sem eru með líkamsskynjunarröskun sé algengast að vera upptekinn af 5-7 líkamshlutum yfir ævina.



Mynd: NordicPhotos/Getty

DNA-sameind

Á kápu marsblaðsins er tölvugert listaverk, teikning af DNA-sameind. Sameindin DNA (deoxyribonucleic acid) er úr löngum tvöföldum gormlaga þræði úr fosfötum og sykrum, sem tengjast saman með gagnvegum úr kjarnsýru. Rimarnar úr þessum slóða mynda spíralinn sem er á kápumyndinni. Þessi samhangandi röð myndar þann erfðafræðilega kjarna sem er grunnur alls lífs á jörðinni. Sá kjarni ræður visku og vexti hvers og eins og hann erfist til barna okkar.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



134

Haraldur Briem með hálskraga og fálkaorðu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Haraldur var sóttvarnalæknir landsmanna í 18 ár, til ársins 2015, og fékk orðu fyrir ötult starf sitt í ársbyrjun 2019.



138

Súðin – forvarnarverkefni gegn streitu hjá læknum og læknanemum

Magnús Hlynur Hreiðarsson

– rætt við Matthías Örn Halldórsson læknanema sem er Selfyssingur og hefur stundað íþróttir frá barnsaldri.



142

Stofnfrumur bæti líf Parkinson-sjúklinga í stað fósturfrumna

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Átta fóstur þarf í eina ígræðslu til að bæta líf Parkinson-sjúklings, segir Arnar Ástráðsson heila- og taugaskurðlæknir.

LÖGFRÆÐI 31. PISTILL

137



Dögg Pálsdóttir

Jafnlaunavottun

Árið 2017 voru samþykktar breytingar á jafnréttislögum og lögfest skylda til jafnlaunavottunar sem hafði áður verið valkvætt úrræði launagreiðenda.

144

Samkynhneigðir fá að gefa blóð

Rætt við Má Kristjánsson smitsjúkdómalækni

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Már segir mikilvægt að reglur Blóðbanka um alla blóðgjafa verði uppfærðar.



EMBÆTTI LANDLÆKNIS 28. PISTILL

146

Notkun tauga- og geðlyfja eftir aldurshópum á Íslandi og í Svíþjóð

Ólafur B. Einarsson, Andrés Magnússon

Um 9% íslenskra drengja 5-9 ára fengu ávísað tauga- og geðlyfjum sem er 80% hærra en hjá sænskum jafnöldrum þeirra.

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



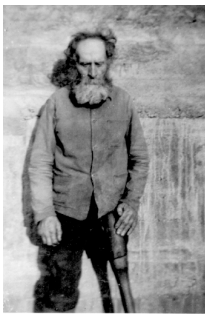
133

Sviðalykt og kalsár

Salóme Ásta Arnardóttir

Læknisþjónusta hefur fyrir löngu orðið iðnvæðingunni að bráð eins og flest störf nútímans.

ÖLDUNGAR



148

Þegar langafi missti löppina

Magnús Jóhannsson

Þrír menn komu að þessari aflimun: héraðslæknirinn Árni Jónsson, læknaneminn Guðmundur Hannesson og sóknarpresturinn Jón Ó. Magnússon.

LIPRIR PENNAR

150

Veiðilækningar

Hlynur Níels Grímsson

Mér finnst best að veiða einn. Þess vegna fer ég iðulega á slóðir forfeðra minna á heiðum Húnaþings. Stundum finn ég fyrir skyldleikanum, með rigningarúðann í andlitið í kvöldsvalanum.



Respiratory

DuoResp® Spiromax®.
Nýtt samheitalyf við astma og LLT.
Einfalt og öruggt innöndunartæki.



DuoResp® Spiromax®
budesonid/formoterol
160 mcg/4.5 mcg



DuoResp® Spiromax®
budesonid/formoterol
320 mcg/9 mcg

Einstök hönnun innöndunartækis

- Þekkt samsetning barkstera (ICS) og langverkandi beta agónista (LABA)
- Við astma og langvinnri lungnateppu hjá fullorðnum 18 ára og eldri
- Ódýrari valkostur

DuoResp® Spiromax® er samheitalyf við Symbicort®. **Lyfjaform:** Innöndunarduft. **Ábending:** Til meðferðar á astma og langvinnri lungnateppu (LLT). **Heiti virkra efna og styrkleiki:** Skráðir eru tveir styrkleikar; búdesóníð/formóteról 160/4.5 mcg/skammt og 320/9 mcg/skammt. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi:** Teva Pharm B.V. **Umboðsaðili:** Alvogen ehf.

Nálgast má upplýsingar um lyfin, fylgiseðla þeirra og samantekt á eiginleikum lyfjanna á vef Lyfjastofnunnar, www.serlyfjaskra.is.

Alvogen

Að leika guð – framfarir í erfðafræði

Nýlega hefur orðið gríðarmikil aukning í getu okkar til að breyta erfðamengi manna og dýra. Þetta byggir á tveimur uppgötvunum sem komið hafa úr rannsóknum á einskonar ónæmiskerfi baktería, en það eru kerfi sem hjálpa bakteríum að verja sig fyrir veirusýkingum. Fyrst var uppgötvað kerfi skerðiensíma[1] sem leyfir bakteríum að skera erfðamengi veira á frekar almennan hátt en þessi uppgötvun markaði upphafið á líftæknibyltingunni. Nýjasta afurð þessarar byltingar er líftæknilyfið nusinersen (spinraza) sem tekið var í notkun á Íslandi 2018 til að meðhöndla alvarlegan taugasjúkdóm í börnum. Seinni uppgötvunin snýr að enn sértækara kerfi úr bakteríum sem heitir CRISPR-Cas9 kerfi[2] en þetta kerfi hjálpar bakteríum að eyða kerfisbundið veirum úr erfðamengi sínu með því að læra að þekkja og skera sértæk svæði í veirunum með afar fullkomnum hætti. CRISPR-Cas9 kerfið gerir nú vísindamönnum meðal annars kleift að setja stökkbreytingar sem finnast í sjúklingum í bæði frumur og tilraunadýr með meiri virkni og á mun fljótlegri máta en áður var hægt. Þessi uppgötvun breytir því hvernig vísindamenn þróa og prófa nýjar meðferðir í gegnum færsluvísindi (*translational medicine*), sem er það svið sem snýr að færslu grunnuppgötvana til sjúklinga, en afurð grunn- og færsluvísinda getur verið einstaklega verðmæt og hefur til dæmis Bandaríska matsstofnunin (National Institute of Standards and Technology) metið að hver Bandaríkjadalur sem fer í slíkar rannsóknir skilar sér 44-falt til baka til bandarísks þjóðfélags.[3]

Þessi bylting mun auka þörfina fyrir þjálfun heilbrigðisstarfsmanna með þekkingu á erfðafræði og færsluvísindum og er augljóst að á allra næstu árum verður einnig gríðarlega mikilvægt að tilraunadýrahús rísi í „Vísindaþorpinu í Vatnsmýrinni" til að tryggja eðlilega framþróun lífvísinda á Íslandi. Þessar tvær uppgötvanir sýna mikilvægi grunnrannsókna fyrir framfarir í læknisfræði og sýna hve erfitt er að spá fyrir um hvaða rannsóknir eiga eftir að hafa mestu áhrifin. Það er því afar mikilvægt að hafa öflugt styrkjakerfi fyrir grunn- og færsluvísindi á heilbrigðissviði til þess að við getum tekið þátt í þessari byltingu.

CRISPR-Cas9 kerfið gefur einnig kost á meðferðarmöguleika þar sem beinlínis verður hægt að leiðrétta sjúkdómsvaldandi stökkbreytingar í frumum. Hægt er að gera þetta með því að koma CRISPR-Cas9 og leiðsögusameind inn í frumur í vef sem liggur vel við höggi. Hinn möguleikinn er að fjarlægja frumur úr sjúklingi, erfðabreyta þeim og skila þeim aftur til sjúklingsins. Búast má við miklum vexti í þessum geira og sést það nú þegar í birtum greinum á sviðinu. Hins vegar má búast við því að þessar breytingar verði helst gerðar í líkamsfrumum því það eru fáar ástæður til að breyta kímlínunni til að meðhöndla sjúkdóma. Eitt slíkt dæmi væri ef báðir foreldrar væru arfhreinir fyrir sjúkdómsbreytingu í sama geni, en slíkir foreldrar gætu ekki átt barn án erfðasjúkdóms. Því kom það ekki á óvart að í skýrslu sinni um þetta málefni[4] skyldi Ameríska vísindaakademían (NAS) mælast til þess að þetta kerfi yrði einungis notað í kímfrumum að yfirveguðu máli til að meðhöndla eða fyrirbyggja alvarlegt sjúkdómsástand. Hins vegar tók það vísindamanninn He Jiankui við SUSTech háskólann í Kína einungis eitt ár að brjóta þetta ákvæði vísindaakademíunnar þegar hann erfðabreytti tveimur fósturvísum, sem leiddi til þess að fyrstu erfðabreyttu einstaklingarnir fæddust í lok árs 2018. Þetta gerði He að eigin sögn til að draga úr líkum á HIV-smiti frá HIV- jákvæðu foreldri. Hins vegar eru nú þegar til staðar góðar aðferðir til að draga úr slíku smiti og líklegra er að hann hafi með þessu móti vonast til þess að gera nafn sitt ódauðlegt. Einnig kom í ljós að hvorugt barnanna hafði tilætlaða breytingu og breytingin fannst einungis í sumum frumnanna. He var rekinn frá SUSTech og hefur þessi notkun á CRISPR-Cas9 tækni síðan verið fordæmd af vísindasamfélaginu. En það breytir ekki þeirri staðreynd að nú hafa fæðst fyrstu erfðabreyttu manneskjurnar með illa ígrundaðar erfðabreytingar.

Það er því afar mikilvægt að við tryggjum skynsamlega notkun á CRISPR-Cas9 í gegnum alþjóðleg samskipti með takmörkunum á getu manna til að breyta kímlínunni. Um leið er mikilvægt að fjárfesta í þessari byltingu með því að þjálfa næstu kynslóð lækna, lífvísindamanna, erfðafræðinga og siðfræðinga. Á þessum tímapunkti eru margar nýjar leiðir þar sem þessi tækni gæti gjörbreytt meðferðarmöguleikum sjúklinga okkar án þess að nokkur möguleiki sé á breytingu á kímlínunni.[5] Við erum öll hluti af byltingu sem á eftir að gjörbreyta klínísku starfi á næstu áratugum og við ættum öll að vera vel upplýst um hvað er að gerast á þessum nýja vettvangi.

Heimildir

1. Kelly TJ Jr, Smith HO. A restriction enzyme from Hemophilus influenzae. II. J Mol Biol 1970; 51: 393-409.
2. Jinek M, Chylinski K, Fonfara I, Hauer M, Doudna JA, Charpentier E. A programmable dual-RNA-guided DNA endonuclease in adaptive bacterial immunity. Science 2012, 337: 816-21.
3. nist.gov/speech-testimony/importance-basic-research-united-states-competitiveness – febrúar 2019.
4. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. Human genome editing: science, ethics, and governance. The National Academies Press (U.S.) Google Scholar. Washington DC 2017.
5. Hilton IB, D'Ippolito AM, Vockley CM, Thakore PI, Crawford GE, Reddy TE, et al. Epigenome editing by a CRISPR-Cas9-based acetyltransferase activates genes from promoters and enhancers. Nat Biotechnol 2015; 33: 510-7.



Hans Tómas Björnsson

læknir

Erfða og sameindalæknisfræðideild Landspítala, færsluvísindum og barnalækningum Háskóla Íslands, erfðafræði og barnalækningum Johns Hopkins háskóla.

hanstb@landspitali.is

Playing god - progress in genomic medicine

Hans Tómas Björnsson MD PhD Clinical Director, Clinical Genetics, Landspitali University Hospital, Associate Professor, Translational Medicine and Pediatrics, University of Iceland, Associate Professor, Genetics and Pediatrics, Johns Hopkins University.

doi.org/10.17992/lbl.2019.03.219

MELATONIN VITABALANS







Melatonin Vitabalans 3 mg – 50 töflur
Melatonin Vitabalans 5 mg – 50 töflur

Melatonin Vitabalans inniheldur melatonin. **Ábendingar:** Skammtíma meðferðar við flugþreytu hjá fullorðnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) á vef Lyfjastofnunar – www.serlyfjaskra.is.** Markaðsleyfishafi er Vitabalans Oy. Umboðsaðili er LYFIS ehf. Sími 534-3500, netfang: lyfis@lyfis.is. SmPC: janúar 2019.

Geta vísindin klukkað samfélagið?

Tilfærsla á klukkunni hefur lengi verið til umræðu á Íslandi og tillögur um að laga hana að landfræðilegri stöðu Íslands oft komið til tals. Það þarf ekki að koma á óvart þar sem hér er ýmist of lengi dimmt eða albjart marga mánuði á ári. Nýlega skipaði ráðherra starfshóp um þetta málefni og var skýrsla starfshópsins góð og ítarleg um kosti breyttrar klukku. Hins vegar var mjög lítið fjallað um neikvæð áhrif breytingarinnar og var þar til dæmis enginn fulltrúi frá íþróttahreyfingunni sem hefur ítrekað gert athugasemdir við fyrri frumvörp er varða breytingu á klukkunni. Framsetning starfshóps ráðherra var einhliða og mikið gert úr kostum klukkubreytingar en lítið úr göllum. Dæmi um þetta er yfirlitstafla þar sem bornir eru saman kostir og gallar valkostanna sem nefndin leggur fram. Sú leið sem nefndin leggur til er sett fram á litríkum grunni en hinar leiðirnar í gráu. Þar er talað um að klukkubreyting geti lagað of stuttan svefn og í mörgum atriðum hvaða breytingar gætu orðið ef svefn þjóðarinnar lengist. Hins vegar er aðeins nefnt í einu atriði að minna dagsljós gæti minnkað hreyfingu en ekkert um hvaða afleiðingar það hefur.

Með fækkun bjartra stunda að afloknum skóla- og vinnudegi má til dæmis telja líklegt að hreyfing ungmenna minnki. Hún er nú þegar í harðri samkeppni við aðra afþreyingu en engin áhersla var á þetta atriði í skýrslunni og ekki heldur í umfjöllun fjölmiðla. Þó eru til rannsóknir sem benda til slíkra áhrifa. Má nefna samantektarrannsókn úr stórum gagnagrunni hreyfimæla í 9 löndum þar sem niðurstaðan er að aukin dagsbirta í formi sumartíma sé líkleg til að auka hreyfingu ungmenna[1] og nýlega innlenda rannsókn, sem skýrsluhöfundar áðurnefnds starfshóps vitnuðu til varðandi svefninn, þar sem tengsl fundust milli dagsbirtu og hreyfingar unglinga hér á landi, sérstaklega stúlkna.[2]

Það sem svo gerist í kjölfarið er að þessi einhliða framsetning litar fjölmiðlaumræðuna. Það var ekki annað að heyra af umræðunni en að svefnvandi unglinga væri auðleyst mál með klukkubreytingu og í raun val um hvort við fræddum þjóðina um mikilvægi svefnsins eða bara einfaldlega breyttum klukkunni og þá væri sá vandi úr sögunni. Að það væri bara fínt að leysa of stuttan svefn hjá heilli þjóð svona. Fulltrúarnir í ráðgjafahópi ráðherra hafa sýnt með sínum fyrri skrifum að þeir gera sér grein fyrir að of stuttur svefn er flóknara vandamál en svo, en fjölmiðlaumræðan var á þennan veg.

Samráðsgátt stjórnvalda er enn eitt framfaraskrefið í átt að virkari þátttöku landsmanna til stuðnings ákvarðanatöku stjórnvalda. Til að hún nýtist sem skyldi er mikilvægt að strax í upphaflegri kynningu mála séu með hlutlausum hætti kynntir kostir og gallar breytinga sem fyrirhugaðar eru. Þannig átta lesendur sig á að stjórnvöld hafi vegið og metið bæði kosti og galla breytinga og í kjölfarið lagt til þá breytingu sem á að gera. Þannig myndast traust á að ákvörðunin sé rétt, umræðan á eftir verður markvissari og styður betur við ákvarðanaferlið.

Samfélög og breytingar á þeim geta valdið vanda og bætt úr vanda er varða lýðheilsu íbúanna. Mitt sérsvið, offita barna, er eitt skýrasta dæmið um það. Breytt samfélagsmynstur víða í hinum vestræna heimi hefur margfaldað offitu í öllum aldurshópum með þekktum afleiðingum fyrir heilsuna. Margir sem sinna þessum málaflokki hafa því kallað eftir breytingum en oft hefur reynst erfitt að sannfæra ráðamenn um mikilvægið.

Í góðu og opnu samfélagi sem breytist jafn hratt og okkar, þar sem upplýsingar berast hratt á milli manna, eiga upplýsingar sem byggjast á vísindalegum rannsóknum undir högg að sækja. Þær verða til á lengri tíma og erfitt getur verið að láta þær berast þangað sem þörf er á. *Læknablaðið* hefur að undanförnu blandað sér í vísindalega umræðu um ýmis mál í samfélaginu og er það vel. Þannig getur gagnrýnið vísindarit átt þátt í að efla vísindalega umræðu um þær breytingar sem gera þarf til að bæta samfélagið okkar enn frekar.

Á hvorn veginn sem ákvörðunin fellur er mikilvægt að fylgst verði með afleiðingunum og að yfirvöld setji sér mælikvarða á hvort sá árangur næst sem að er stefnt. Ekki er síður mikilvægt að mæla hverju er kostað til að sá árangur náist. Annars erum við meira í skollaleik þar sem samfélagið er með bundið fyrir augun. Best er þegar vísindin og samfélagið eru í markvissum eltingaleik og skiptast á að ver'ann þegar annað nær að klukka hitt.

Heimildir

1. Goodman A, Page AS, Cooper AR, and for the International Children's Accelerometry Database (ICAD) Collaborators. Daylight saving time as a potential public health intervention: an observational study of evening daylight and objectively-measured physical activity among 23,000 children from 9 countries. Int J Behav Nutr Phys Act 2014; 11: 84.
2. Rögnvaldsdóttir V, Valdimarsdóttir BM, Brychta R, Hrafnkelsdóttir SM, Arngrímsson SÁ, Jóhannsson E. Hreyfing og svefn reykvíska ungmenna. Læknablaðið 2018; 104: 79-85.



Tryggvi Helgason

barnalæknir

Heilsuskóla Barnaspítalans og Domus Medica.

tryggvih@mac.com

Can science catch the tail of society?

Tryggvi Helgason MD
Pediatrician Childrens Hospital, obesity team and general pediatrician

doi.org/10.17992/lbl.2019.03.220

GÖTEBORGS UNIVERSITET

38 000 studenter och 6 000 medarbetare gör Göteborgs universitet till en stor och inspirerande arbetsplats. Stark forskning och attraktiva utbildningar lockar forskare och studenter från hela världen. Med ny kunskap och nya perspektiv bidrar vi till en bättre framtid.

Institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet, söker:

PROFESSOR

i kirurgi, kärlkirurgi, ortopedi eller anestesi och intensivvård med inriktning traumatologi, förenad med befattning som specialist- eller överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Anställningen är placerad vid institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademin.

Ref nr: PAR 2018/1445

Sista ansökningsdag för anställningen är: 2019-05-02

För mer information se Göteborgs universitets hemsida:
www.gu.se/omuniversitetet/aktuellt/lediga-jobb

FLOREALIS



Fyrirbyggir mígreni

Glitinum er viðurkennt jurtalyf til að fyrirbyggja mígreni. Lyfið getur fækkað mígreniköstum og lengt tímann á milli kasta.

Fullorðnir: 1 hylki á dag. Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.

Fæst án lyfseðils í næsta apóteki.

florealis.is/glitinum

Áhrif framköllunar fæðinga eftir 41. viku meðgöngu á fæðingarmáta og útkomu fæðinga

Ásta Hlín Ólafsdóttir[1] ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur
Daði Már Kristófersson[2] hagfræðingur
Sigfríður Inga Karlsdóttir[3] ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur

[1]Björkin, [2]félagsvísindasviði Háskóla Íslands, [3]heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri.

Fyrirspurnum svarar Sigfríður Inga Karlsdóttir, *inga@unak.is*

Rannsóknin var unnin á kvennadeild Landspítala.

ÁGRIP

Inngangur
Framkölluðum fæðingum hefur fjölgað mikið hér á landi sem og víða í nágrannalöndunum. Niðurstöður rannsókna á áhrifum framköllunar fæðinga á útkomu hafa sýnt að slíkt inngrip geti haft áhrif á fæðingarmáta og útkomuþætti kvenna og barna.

Efniviður og aðferðir
Markmið þessarar rannsóknar er að kanna hvort framköllun fæðingar eftir 41 viku meðgöngu hafi áhrif á fæðingarmáta og útkomu kvenna og barna. Rannsóknin er afturskyggn ferilrannsókn á útkomu fæðinga kvenna sem fæddu eftir 41 viku meðgöngu þar sem bornar voru saman fæðingar sem fóru sjálfkrafa af stað og framkallaðar fæðingar. Gögnum var safnað fyrir konur sem fæddu eftir 41. viku meðgöngu á Landspítala á árunum 2013 til 2016. Aðhvarfsgreiningum var beitt við greiningu gagnanna.

Niðurstöður
Af 2419 konum fóru 61,8% sjálfkrafa af stað en 38,2% fæðinga voru framkallaðar. Meginniðurstöður rannsóknarinnar eru að framköllun fæðingar hjá frumbyrjum eykur líkur á keisaraskurði samanborið við sjálfkrafa sótt ($p<0,01$). Sama á ekki við um fjölbyrjur. Framköllun fæðingar eykur notkun á mænurótardeyfingu hjá frumbyrjum ($p<0,001$) og fjölbyrjum ($p<0,05$). Framköllun fæðingar hafði ekki marktæk áhrif á helstu útkomubreytur barna. Lengd meðgöngu eykur marktækt líkur á áhaldafæðingu ($p<0,05$), keisaraskurði ($p<0,01$) og mænurótardeyfingu ($p<0,01$) sem og Apgar <7 við 5 mínútna aldur ($p<0,01$) og fósturstreitu ($p<0,01$).

Ályktanir
Framköllun fæðinga hefur nokkur neikvæð áhrif á útkomu fæðinga en leiðir einnig til styttri meðgöngu, sem dregur úr neikvæðu áhrifunum. Mikilvægt er að vega saman ávinning og áhættu af framköllun fæðingar áður en ákvörðun er tekin um hvenær fæðing skuli framkölluð.

https://doi.org/10.17992/lbl.2019.03.221

Inngangur

Almennt er gerð sú krafa að grípa ekki til læknisfræðilegra inngripa í eðlilegri meðgöngu nema sýnt hafi verið fram á gagnsemi þeirra.[1] Framköllun fæðingar er inngrip en rannsóknir hafa sýnt að sé það rétt notað er það mikilvægt verkfæri til að bæta útkomu bæði kvenna og barna. Framkölluðum fæðingum hefur fjölgað mikið hér á landi á síðustu árum. Á Landspítala hefur þeim fjölgað úr 13% árið 2004 í 30,4% árið 2016.[2,3] Eðlilegt er að meta ávinning og áhættu inngripsins og kanna hver útkoma framkallaðra fæðinga er hér á landi, hvort hún sé önnur en þeirra sem hefjast sjálfkrafa.

Engar rannsóknir hafa verið gerðar á útkomu framkallaðra fæðinga á Íslandi en viðfangsefnið hefur töluvert verið rannsakað erlendis. Mikill meirihluti rannsóknanna snýst um hvort framköllun fæðinga auki líkur á fæðingu með keisaraskurði eða ekki. Rannsóknum ber þó ekki saman um hver áhrif framköllunar fæðinga eru á þá útkomu. Nokkrar rannsóknir síðustu ára hafa sýnt fram á að framköllun fæðinga auki líkur á fæðingu með keisaraskurði.[4-6] Aftur á móti hafa stórar kerfisbundnar yfirlitsgreinar sýnt fram á annaðhvort engan mun[7] eða minni líkur á fæðingu með keisaraskurði[8-10] þegar framköllun fæðingar er borin saman við það að vera undir eftirliti og bíða þess að fæðing hefjist sjálfkrafa. Nýlegar rannsóknir hafa sýnt fram á bætta útkomu með því að framkalla fæðingu við 39. viku hjá hraustum konum.[11,12] Í þeim rannsóknum er ekki leiðrétt fyrir meðgöngulengd sem er mikilvægur áhrifaþáttur á útkomu fæðinga. Ekki er hægt að sjá einangruð áhrif framköllunar fæðingar í þessum rannsókn-

Tafla I. Lýsandi niðurstöður frumbreyta á nafnkvarða eftir því hvort fæðing var framkölluð eða ekki.

	Alls n=2419		Framköllun fæðingar n (%) 923 (38,2)		Sjálfkrafa sótt n (%) 1496 (61,8)		p-gildi*
	Fjöldi	Hlutfall %	Fjöldi	Hlutfall %	Fjöldi	Hlutfall%	
Fyrri fæðingar							
Fjölbyrja	1217	50,3	451	48,9	766	51,2	0,263
Frumbyrja	1202	49,7	472	51,1	730	48,8	
Búseta							
Höfuðborgarsvæðið	2025	83,7	730	79,1	1295	86,6	0,000
Annað	394	16,3	193	20,9	201	13,4	
Hjúskaparstaða							
Annað	70	2,9	27	2,9	43	2,9	0,931
Ekki vitað	54	2,2	20	2,2	34	2,3	
Gift/sambúð	679	28,1	266	28,8	413	27,6	
Ógift	1616	66,8	610	66,1	1006	67,2	
Fósturstaða							
Andlitsstaða	7	0,3	5	0,5	2	0,1	0,315
Ennisstaða	2	0,1	1	0,1	1	0,1	
Framhöfuðstaða	134	5,5	49	5,3	85	5,7	
Hvirfilstaða	2276	94,1	868	94	1408	94,1	
Legvatn farið							
Nei	2251	93,1	847	91,8	1404	93,9	0,050
Já	168	6,9	76	8,2	92	6,1	
Meðgöngusykursýki							
Nei	2308	95,4	840	91	1468	98,1	0,000
Já	111	4,6	83	9	28	1,9	
Meðgöngueitrun / Háþrýstingur							
Nei	2306	95,3	834	90,4	1472	98,4	0,000
Já	113	4,7	89	9,6	24	1,6	

*Tilgáta um að breytur séu óháðar prófuð með Person Chi-Square prófi.

um eða segja til um það hvenær best sé að framkalla fæðingu. Flestar rannsóknir um efnið benda til að framköllun fæðingar hafi ekki marktæk áhrif á útkomu barna[7,9] en ný yfirlitsgrein sýndi að framköllun fæðingar eftir áætlaðan fæðingardag geti bætt útkomu barna og lækkað líkur á burðarmálsdauða.[10]

Niðurstöður erlendra rannsókna hafa sýnt að framköllun fæðingar geti haft áhrif á ýmsa aðra útkomuþætti eins og notkun mænurótardeyfingar,[13] blæðingu eftir fæðingu,[14,15] spangaráverka[5] og tímalengd fæðingar.[16] Rannsóknarniðurstöður á upplifun kvenna benda til þess að konur virðast kjósa að fæðing sé framkölluð þegar meðgangan dregst á langinn[17] en þær eru síður ánægðar með umönnun í fæðingu þegar hún er framkölluð.[18] Heimildum ber saman um að það skipti máli að hafa konur með í ráðum.[19] Rannsóknir hafa sýnt að mikilvægt sé að konur upplifi sig sem virka þátttakendur í ákvörðunum um eigin meðferð varðandi framköllun fæðingar.[20]

Hér verða kynntar niðurstöður rannsóknar á útkomu kvenna og barna á Íslandi sem fara í gegnum framköllun fæðingar og hún borin saman við útkomu fæðinga sem hefjast sjálfkrafa. Safnað var gögnum úr Fæðingarskráningunni og afturskyggn ferilrannsókn framkvæmd á útkomu fæðinga hjá konum sem fæddu eftir 41 viku meðgöngu.

Megintilgangur rannsóknarinnar er að kanna hvort framköllun fæðingar eftir 41 viku meðgöngu hafi áhrif á fæðingarmáta og útkomu kvenna og barna með því að bera saman annars vegar þær konur þar sem fæðing fer sjálfkrafa af stað og hins vegar þær konur þar sem fæðing er framkölluð. Einnig er skoðað hvort munur sé á frumbyrjum og fjölbyrjum hvað þetta varðar.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin er afturskyggn ferilrannsókn á útkomu fæðinga hjá konum sem fæddu eftir 41 viku meðgöngu. Bornir voru saman tveir hópar, annar hópurinn samanstóð af konum sem fóru sjálfkrafa af stað í fæðingu en hjá konunum í hinum hópnum var fæðingin framkölluð. Sett var skilyrði um að konurnar skyldu vera

Tafla II. *Lýsandi niðurstöður frumbreyta á hlutfallskvarða.*

	N	Meðaltal	Minnsta gildi	Hæsta gildi	Staðal-frávik	p-gildi*
Meðgöngulengd						
Framköllun fæðingar	923	41+4	41	42+3	2,5 d[1]	0,000
Sjálfkrafa sótt	1496	41+2	41	42+3	2,0 d	
Alls	2419	41+3	41	42+3	2,4 d	
Aldur						
Framköllun fæðingar	923	29,8	17	48	5,43	0,046
Sjálfkrafa sótt	1496	29,3	15	43	5,16	
Alls	2419	29,5	15	48	5,27	
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m^2)						
Framköllun fæðingar	923	26,6	15,9	50,0	5,67	0,000
Sjálfkrafa sótt	1496	24,6	15,6	55,3	4,78	
Alls	2419	25,4	15,6	55,3	5,23	
Fæðingarþyngd barns (kg)						
Framköllun fæðingar	923	3,950	2,602	5,990	0,47	0,004
Sjálfkrafa sótt	1496	3,892	2,205	5,775	0,44	
Alls	2419	3,914	2,205	5,990	0,45	

*Munur meðaltala metinn með Mann-Whitney U-prófi.
[1]dagar

gengnar 41 viku eða lengra, til að einangra áhrif framköllunar og útiloka sem flestar breytur sem geta haft áhrif á útkomu, en við þau mörk eru flestar konur með alvarlega áhættuþætti búnar að fæða. Þetta gerir hópana einsleitari og samanburðinn réttmætari. Ekki voru settar neinar takmarkanir varðandi ábendingar fyrir framköllun fæðingar né fleiri skilyrði sett varðandi fæðingar sem rannsóknin byggir á.

Fengið var leyfi frá siðanefnd Landspítala (erindi 34/17), yfirljósmóður Fæðingarvaktarinnar og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala. Þegar þau lágu fyrir var gögnum safnað úr Fæðingarskráningunni yfir fæðingar allra kvenna sem fæddu eftir 41 viku meðgöngu á Landspítala á tímabilinu 1. janúar 2013 – 31. desember 2016. Undanskilið var 6 vikna tímabil, frá 28. janúar – 12. mars 2015, en þá var önnur aðferð notuð við framköllun fæðingar. Allar konurnar fengu sömu meðferð að teknu tilliti til þroskastigs legháls. Annarri aðferð er beitt ef konur hafa fætt með keisaraskurði eða eru með ör á legi af öðrum ástæðum en þær konur voru útilokaðar í þessari rannsókn.[21] Gögnin fengust afhent í læstu excelskjali og voru þau ópersónugreinanleg. Í gögnunum var að finna þær frumbreytur og fylgibreytur sem unnið var með. Nokkrar af þeim breytum sem ætlunin var að safna voru ekki teknar með í úrvinnslu þar sem sumar þeirra voru ekki fáanlegar úr Fæðingarskráningunni og aðrar breytur voru ekki nothæfar sökum galla í skráningu. Farið var yfir ICD-10 greiningarnar og konur með ákveðnar greiningar útilokaðar, meðal annars þær konur sem fæddu með valkeisaraskurði á rannsóknartímabilinu, þær sem höfðu áður fætt með keisaraskurði og þær sem ekki fæddu einbura í höfuðstöðu. Konur með alvarlega undirliggjandi sjúkdóma eða alvarlega áhættuþætti voru einnig útilokaðar úr rannsókninni til að tryggja samanburðarhæfni hópanna. Konur með meðgöngusykursýki og háþrýsting/meðgöngueitrun var að finna í gögnunum þó að yfirleitt sé búið að framkalla fæðingu hjá konum með slíkar greiningar fyrir 41 viku. Líklegasta skýringin á þessu er sú að konurnar hafi fengið greiningu í lok meðgöngu eða verið með væga birtingarmynd sjúkdóms. Ákveðið var að útiloka þær ekki en leiðrétta fyrir þessum áhættuþáttum við greiningu gagna.

Eftir hreinsun gagna var tekin saman lýsandi tölfræði til að skoða frumbreyturnar og þær bornar saman, annars vegar fyrir konur þar sem fæðing fór sjálfkrafa af stað og hins vegar fyrir konur þar sem fæðing var framkölluð. Settar voru fram tíðnitölur og hlutfallstölur fyrir nafnbreytur. Pearson Chi-Square próf var notað til að kanna hvort tölfræðilega marktækur munur væri á hlutföllum hópanna. Reiknuð voru meðaltöl og staðalfrávik fyrir hlutfallsbreytur og einnig fundin lægstu og hæstu gildi breytanna. Munur meðaltala var metinn með Mann-Whitney U-prófi.

Reiknilíkön voru valin til aðhvarfsgreiningar sem hentuðu hinum ólíku breytum. Skoðað var hvort munur væri á fæðingarmáta hjá hópunum tveimur að teknu tilliti til annarra áhrifaþátta með því að nota lógístíska fjölliða aðhvarfsgreiningu. Fyrir aðrar útkomubreytur sem voru á nafnkvarða var notuð lógístísk aðhvarfsgreining en fyrir þær breytur sem voru á hlutfallskvarða var notuð línuleg aðhvarfsgreining og að lokum var svokölluð raðbreytuaðhvarfsgreining notuð fyrir raðbreytur. Þannig var leiðrétt fyrir áhrifum annarra breyta en verið var að skoða, á þau áhrif sem framköllun fæðingar hafði.

Niðurstöður

Alls fengust gögn yfir 2791 konu. Eftir hreinsun gagna og útilokun samkvæmt settum skilyrðum voru 2419 konur eftir. Tafla I sýnir lýsandi frumbreytur sem voru mældar á nafnkvarða eftir því hvort fæðing var framkölluð eða ekki. Eins og sjá má í töflu I voru 7 tilfelli af andlitsstöðu og tvö af ennisstöðu. Vegna þess hve um fá tilfelli var að ræða voru þau ekki tekin með í aðhvarfsgreiningunum. Hvað varðar upphaf fæðingar skiptust hóparnir þannig að 1496 (61,8%) konur byrjuðu sjálfkrafa í fæðingu og fæðing var framkölluð hjá 923 (38,2%) konum.

Megineinkennum gagnanna sem voru mæld á hlutfallskvarða eru gerð skil í töflu II en hún sýnir samanburð á fjölda og hlutfalli kvenna eftir bakgrunnsbreytum og öðrum frumbreytum fyrir framkallaðar fæðingar annars vegar og sjálfkrafa sótt hins vegar. Hóparnir voru sambærilegir með tilliti til þess hvort konurnar voru frumbyrjur eða fjölbyrjur, og það sama má segja um hjúskaparstöðu og fósturstöðu við fæðingu. Marktækur munur var á búsetu kvennanna en hlutfall kvenna utan höfuðborgarsvæðisins

Tafla III. *Niðurstöður úr aðhvarfsgreiningu, stuðlamat með staðalskekkju innan sviga, p-gildi gefin til kynna með stjörnum, ***<0,001, **<0,01 og *<0,05. Upplýsingar um líkön neðst í töflu.*

	Margkosta aðhvarf (multinomial logit)				Tvíkosta aðhvarf (logit)			
	Áhaldafæðing[4]		Bráðakeisaraskurður[4]		Mænurótardeyfing		Axlarklemma	
	Stuðull	Stfrv.	Stuðull	Stfrv.	Stuðull	Stfrv.		
Framköllun, fjölbyrja[2]	0,121	0,300	-0,208	0,471	0,344*	0,136	0,626	0,459
Framköllun, frumbyrja[2]	0,179	0,174	0,661**	0,193	0,592***	0,146	-0,115	0,640
Fjölbyrja[1]	-2,266***	0,225	-2,845***	0,328	-1,224***	0,120	0,151	0,530
Búseta, höfuðborgarsvæðið[1]	0,065	0,187	-0,004	0,211	0,038	0,123	0,245	0,504
Framhöfuðstaða[3]	1,851***	0,257	2,730***	0,267	0,755***	0,205	-0,935	1,048
Legvatn farið[1]	-0,118	0,271	0,762**	0,254	0,359*	0,176	-0,182	0,752
Meðgöngusykursýki[1]	0,027	0,389	0,535	0,335	-0,177	0,231	-16,597	-
Meðgöngueitrun/ háþrýstingur[1]	0,713*	0,280	0,581	0,315	0,531*	0,231	0,233	0,820
Aldur	0,048***	0,014	0,078***	0,016	-0,03**	0,009	-0,012	0,036
Meðgöngulengd	0,534*	0,218	0,671**	0,255	0,477**	0,150	0,584	0,573
Líkamsþyngdarstuðull	-0,036*	0,015	0,049**	0,015	-0,011	0,009	-0,058	0,041
Fæðingarþyngd	0,083	0,151	0,132	0,179	0,316**	0,103	2,281***	0,36
Líkindahlutfall/p-gildi			686,9/0,000		380,9/0,000		56,9/0,000	
McFadden R^2			0,205		0,114		0,149	

[1]Nafn breytu gefur til kynna áhrif viðkomandi eiginleika. Viðmiðunarhópurinn er ekki með eiginleikann eða greininguna. [2]Áhrif framköllunar fæðingar. Viðmiðunarhópurinn er sjálfkrafa sótt. [3]Viðmiðunarhópurinn er hvirfilstaða. [4]Viðmiðunarhópurinn er sjálfkrafa fæðing.

var hærra meðal þeirra sem fengu framköllun fæðingar. Marktækt fleiri konur með farið legvatn voru í framköllunarhópnum. Það sama sést þegar litið er á tölur um meðgöngusykursýki og meðgöngueitrun og háþrýsting á meðgöngu en konur með þessar greiningar voru marktækt fleiri í hópnum þar sem fæðing var framkölluð.

Þegar breyturnar á hlutfallskvarða í töflu II eru skoðaðar sést að marktækur munur var á hópunum hvað varðar allar breyturnar. Konurnar í framköllunarhópnum reyndust vera eldri, 29,8 á móti 29,3 ára ($p<0,05$) og með hærri líkamsþyngdarstuðul í upphafi meðgöngu ($p<0,001$). Eins fæddust börn að meðaltali þyngri í framköllunarhópnum ($p<0,01$). Meðgöngulengd var 41 vika og 4 dagar í framköllunarhópnum en 41 vika og 2 dagar hjá þeim sem fóru sjálfkrafa af stað ($p<0,001$). Það að munurinn milli hópa sé hámarktækur þó að hann sé ekki endilega stór, skýrist af því að mjög margar mælingar eru á bak við meðaltölin.

Framköllun fæðingar og útkoma kvenna

Í töflum III, IV, V og VI má sjá niðurstöður ferns konar aðhvarfsgreiningar á öllum útkomubreytunum og er útkomubreytur kvenna að finna í töflunum fjórum. Niðurstöður úr fjölliða aðhvarfsgreiningunni sýna að ef fæðing er framkölluð hjá frumbyrju eftir 41 viku meðgöngu er líklegra að fæðingin endi með keisaraskurði borið saman við sjálfkrafa sótt ($p<0,01$) en þau áhrif er ekki að finna þegar fjölbyrjur eiga í hlut. Enginn marktækur munur reyndist vera á líkum á áhaldafæðingum (sogklukkufæðing eða tangarfæðing) eftir því hvernig fæðing fór af stað.

Niðurstöður benda til að framköllun fæðingar hafi áhrif á nokkra aðra útkomuþætti kvenna. Eins og sjá má í töflu III eru konur líklegri til að fá mænurótardeyfingu í fæðingu þegar fæðing er framkölluð heldur en þegar fæðing fer sjálfkrafa af stað. Þessi áhrif eru meiri þegar frumbyrjur eiga í hlut ($p<0,001$) heldur en fjölbyrjur ($p<0,05$). Niðurstöður eru afgerandi varðandi tímalengd fæðingar en niðurstöður benda til þess að framkallaðar fæðingar taki marktækt styttri tíma ($p<0,001$) (tafla IV).

Ástæða er til að draga fram niðurstöður sem snúa að meðgöngulengd og áhrifum hennar á útkomu. Niðurstöðurnar benda til þess að eftir því sem meðgangan dregst á langinn aukist líkur á fæðingu með keisaraskurði ($p<0,01$) og áhaldafæðingu ($p<0,05$). Þær sýna einnig að lengri meðganga lengir fæðinguna ($p<0,01$) og eykur líkur á notkun mænurótardeyfingar í fæðingu ($p<0,01$). Hins vegar dregur hækkandi líkamsþyngdarstuðull úr líkum á áhaldafæðingu ($p<0,05$). Konur sem höfðu misst legvatnið áður en hríðir byrjuðu voru líklegri til að fæða með keisaraskurði ($p<0,01$). Enginn marktækur munur reyndist vera á líkum á áhaldafæðingum eftir því hvernig fæðing hófst en líklegra var að fæðingu lyki með áhaldafæðingu ($p<0,05$) hjá eldri konum ($p<0,001$) og þeim sem voru með meðgöngueitrun eða háþrýsting. Fósturstaða við fæðingu hefur greinilega mikið að segja því að þau börn sem fæddust í framhöfuðstöðu voru mun líklegri til að fæðast með keisaraskurði eða áhöldum ($p<0,001$). Farið legvatn var sjálfstæður áhrifaþáttur á tvær útkomubreytur, notkun mænurótardeyf-

Tafla IV. *Niðurstöður úr aðhvarfsgreiningu (línulegt aðhvarf). Stuðlamat með staðalskekkju innan sviga. P-gildi gefin til kynna með stjörnum, ***<0,001, **<0,01 og *<0,05. Upplýsingar um líkön neðst í töflu.*

	Tímalengd fæðingar		Blæðing eftir fæðingu	
	Stuðull	Stfrv.	Stuðull	Stfrv.
Framköllun, fjölbyrja[2]	-166,7***	23,3	6,3	22,3
Framköllun, frumbyrja[2]	-171,6***	24,0	-13,6	23,0
Fjölbyrja[1]	-343,6***	21,4	-56,8**	20,5
Búseta, höfuðborgarsvæðið[1]	-24,6	20,7	-22,1	19,8
Framhöfuðstaða[3]	77*	33,7	24,9	32,2
Legvatn farið[1]	31	29,6	32	28,3
Meðgöngusykursýki[1]	24,3	38,6	18,6	36,9
Meðgöngueitrun/háþrýstingur[1]	39,8	37,3	-0,6	35,6
Aldur	-2,7	1,6	4,2**	1,5
Meðgöngulengd	80,8**	25,3	23,3	24,2
Líkamsþyngdarstuðull	-0,7	1,5	1,6	1,5
Fæðingarþyngd	44,4*	17,2	119,9***	16,4
Áhaldafæðing	169***	23,8	116,7***	22,8
Bráðakeisaraskurður	-584***	28,1	-28	26,9
Líkindahlutfall/p-gildi	937,1/0,000		106,1/0,000	
Adjusted R^2	0,319		0,037	

[1]Nafn breytu gefur til kynna áhrif viðkomandi eiginleika. Viðmiðunarhópurinn er ekki með eiginleikann eða greininguna. [2]Áhrif framköllunar fæðingar. Viðmiðunarhópurinn er sjálfkrafa sótt. [3]Viðmiðunarhópurinn er hvirfilstaða.

ingar í fæðingu og líkur á keisaraskurði. Þær konur sem byrjuðu í fæðingu með legvatnsleka, hvort sem það var sjálfkrafa sótt eða framköllun fæðingar, voru líklegri til að nota mænurótardeyfingu í fæðingu (p<0,01) og líklegra varð að fæðingunni lyki með keisaraskurði (p<0,05). Konur með meðgöngueitrun/háþrýsting voru líklegri til að nota mænurótardeyfingu og ljúka fæðingu með áhaldafæðingu (p<0,05). Niðurstöðurnar sýna skýrt að útkoma fæðinga var mun betri hjá fjölbyrjum en frumbyrjum. Fjölbyrjur voru fljótari að fæða (p<0,001), blæðing eftir fæðingu var minni, bæði meðalblæðing í ml og blæðing eftir fæðingu >500 ml (p<0,01). Fjölbyrjur notuðu síður mænurótardeyfingu í fæðingu (p<0,001), óháð því hvernig fæðing hófst. Einnig greindust minni áverkar á spöng (p<0,001) og sjaldnar barnabik í legvatni og fósturstreita (p<0,001), en fósturstreita nær yfir hjartsláttarfrábrigði fósturs með eða án barnabiks í legvatni, lífefnafræðileg merki um fósturnauð eða önnur merki um fósturnauð.

Framköllun fæðingar og útkoma barna

Í töflum V og VI sjáum við meðal annars útkomu barna í rannsókninni. Framköllun fæðingar hafði ekki marktæk áhrif á einnar mínútu eða 5 mínútna Apgar-stig og ekki heldur á líkur á Apgar <7 við 5 mínútna aldur. Samkvæmt niðurstöðum var fósturstreita líklegri hjá fjölbyrjum ef fæðing var framkölluð eftir 41 viku samanborið við þær sem fóru sjálfar af stað (p<0,05). Niðurstöðurnar sýna einnig að aukin meðgöngulengd ein og sér eykur líkur á fósturstreitu (p<0,01) og Apgar <7 við 5 mínútna aldur (p<0,01). Það

Tafla V. *Niðurstöður úr aðhvarfsgreiningu (logit). Stuðlamat með staðalskekkju innan sviga. P-gildi gefin til kynna með stjörnum. ***<0,001. **<0,01 og *<0,05. Upplýsingar um líkön neðst í töflu.*

	Blæðing móður >500ml		Apgar<7 v/5 mín		Barnabik í legvatni		Fósturstreita	
	Stuðull	Stfrv.	Stuðull	Stfrv.	Stuðull	Stdev	Stuðull	Stfrv.
Framköllun, fjölbyrja[2]	0,078	0,151	0,687	0,647	-0,248	0,176	0,539*	0,271
Framköllun, frumbyrja[2]	0,126	0,146	-0,271	0,399	-0,219	0,159	0,278	0,174
Fjölbyrja[1]	-0,38**	0,139	-0,900	0,604	-0,529***	0,143	-1,470***	0,228
Búseta, höfuðborgarsvæðið[1]	-0,047	0,130	-0,554	0,363	-0,034	0,144	0,203	0,189
Framhöfuðstaða[3]	0,109	0,201	0,690	0,455	0,391	0,204	0,425	0,245
Legvatn farið[1]	-0,069	0,188	0,171	0,547	0,115	0,199	0,258	0,238
Meðgöngusykursýki[1]	-0,001	0,238	0,532	0,615	-0,135	0,269	0,283	0,310
Meðgöngueitrun/háþrýstingur[1]	0,005	0,228	0,106	0,65	-0,114	0,262	0,476	0,265
Aldur	0,017	0,010	0,010	0,031	0,009	0,011	0,038**	0,013
Meðgöngulengd	0,148	0,159	1,264**	0,483	0,18	0,176	0,630**	0,217
Líkamsþyngdarstuðull	0,011	0,010	0,058*	0,027	0,035**	0,010	0,020	0,013
Fæðingarþyngd	0,756***	0,109	-0,993**	0,353	0,234	0,120	-0,929***	0,159
Áhaldafæðing	0,673***	0,140	1,38**	0,401				
Bráðakeisaraskurður	0,417*	0,167	1,194**	0,448				
Líkindahlutfall/p-gildi	112,5/0,000		58,2/0,000		42,6/0,000		186,9/0,000	
McFadden R^2	0,04		0,128		0,018		0,107	

[1]Nafn breytu gefur til kynna áhrif viðkomandi eiginleika. Viðmiðunarhópurinn er ekki með eiginleikann eða greininguna.
[2]Áhrif framköllunar fæðingar. Viðmiðunarhópurinn er sjálfkrafa sótt. [3]Viðmiðunarhópurinn er hvirfilstaða.

Tafla VI. *Niðurstöður úr aðhvarfsgreiningu (ordered logit). Stuðlamat með staðalskekkju innan sviga. P-gildi gefin til kynna með stjörnum, ***<0,001, **<0,01 og *<0,05. Upplýsingar um líkön neðst í töflu.*

	Spangaráverkar		Apgar 1 mínúta		Apgar 5 mínútur	
	Stuðull	Stfrv.	Stuðull	Stfrv.	Stuðull	Stfrv.
Framköllun, fjölbyrja[2]	0,064	0,119	-0,021	0,117	-0,014	0,911
Framköllun, frumbyrja[2]	0,108	0,136	0,173	0,120	0,063	0,621
Fjölbyrja[1]	-0,706***	0,113	0,018	0,108	0,121	0,298
Búseta, höfuðborgarsvæðið[1]	0,116	0,111	0,311**	0,103	0,179	0,103
Framhöfuðstaða[3]	0,049	0,208	0,043	0,167	0,008	0,964
Legvatn farið[1]	0,061	0,165	-0,224	0,147	-0,151	0,336
Meðgöngusykursýki[1]	0,033	0,218	-0,077	0,192	-0,201	0,323
Meðgöngueitrun/háþrýstingur[1]	0,064	0,211	-0,146	0,185	-0,201	0,302
Aldur	0,024**	0,008	0,000	0,008	0,002	0,804
Meðgöngulengd	0,213	0,136	-0,116	0,127	-0,085	0,532
Líkamsþyngdarstuðull	0,006	0,008	-0,01	0,008	-0,015	0,077
Fæðingarþyngd	0,247**	0,093	-0,177*	0,086	-0,095	0,301
Áhaldafæðing	-0,093	0,122	-1,426***	0,119	-1,219***	0,000
Bráðakeisaraskurður	-7,171***	1,008	-0,635***	0,140	-0,607***	0,000
Líkindahlutfall/p-gildi	686/0,000		177,6/0,000		139,8/0,000	
McFadden R2	0,116		0,023		0,027	

[1]Nafn breytu gefur til kynna áhrif viðkomandi eiginleika. Viðmiðunarhópurinn er ekki með eiginleikann eða greininguna. [2]Áhrif framköllunar fæðingar. Viðmiðunarhópurinn er sjálfkrafa sótt. [3]Viðmiðunarhópurinn er hvirfilstaða.

hvort fæðing var framkölluð eða ekki hefur ekki marktæk áhrif á Apgar <7 við 5 mínútna aldur.

Fæðingarþyngd barns var áhrifarík breyta á ýmsa útkomuþætti. Eftir því sem barn var þyngra þeim mun lengri var fæðingin og meiri líkur voru á spangaráverka og blæðingu eftir fæðingu. Einnig sáust marktæk áhrif vaxandi fæðingarþyngdar á auknar líkur á axlarklemmu og notkun mænurótardeyfingar.

Ekki var unnt að skoða burðarmálsdauða í þessari rannsókn þar sem það er mjög sjaldgæfur atburður og hefði þurft mun stærra gagnasafn til að það væri hægt. Tekið skal fram að í því gagnasafni sem lá til grundvallar í rannsóknninni lést eitt barn. Barnið lést tveimur til 7 sólarhringum eftir fæðingu og var móðir í hópi þeirra kvenna sem fóru sjálfar af stað í fæðingu.

Umræða

Almennt sýnir tölfræðilega greiningin að umtalsverður munur er á niðurstöðum frumbyrja og fjölbyrja. Aðhvarfsgreiningar sýna að fjölmargir þættir hafa áhrif á fæðingarmáta og útkomu kvenna og barna. Niðurstöðurnar eru almennt í góðu samræmi við niðurstöður sambærilegra erlendra rannsókna. Aðhvarfsgreiningar skýra umtalsverðan hluta breytileika í fæðingarmáta, notkun mænurótardeyfingar, tíðni axlarklemmu og alvarleika spangaráverka sem og Apgar <7 við 5 mínútna aldur og fósturstreitu. Skýringarmáttur líkana fyrir blæðingu eftir fæðingu, barnabik í legvatni og Apgar eftir 1 og 5 mínútur er takmarkaðri.

Sambærilegt hlutfall var á milli frumbyrja og fjölbyrja í hópunum tveimur. Hóparnir voru einnig svipaðir hvað varðar hjúskaparstöðu kvenna og fósturstöðu við fæðingu. Töluverður munur var á hópunum hvað varðar margar af frumbreytunum og sýnir það hve mikilvægt er að leiðrétta fyrir þeim breytum þegar áhrif framköllunar fæðingar á útkomu eru skoðuð. Margar af þessum breytum eru algengar ábendingar fyrir framköllun fæðingar og því eðlilegt að þessi munur sé á hópunum.

Meginniðurstaða rannsóknarinnar er að framköllun fæðingar hafi marktæk áhrif á fæðingarmáta hjá frumbyrjum. Þegar fæðing er framkölluð hjá frumbyrjum er líklegra að henni ljúki með keisaraskurði heldur en þegar fæðing hefst sjálfkrafa. Þessi áhrif sjást þegar búið er að leiðrétta fyrir öllum helstu þáttum sem geta haft áhrif á útkomuna. Áhrifin á fæðingarmáta hjá fjölbyrjum eru ekki marktæk. Niðurstöður stærstu yfirlitsrannsókna[7-9,12] um þetta efni sýna ýmist að keisaraskurður sé síður líklegur eða að áhrif framköllunar á tíðni keisaraskurða séu ómarktæk. Þessi rannsókn styður hins vegar sumar af nýlegum rannsóknum á þessu sviði sem benda til marktækra áhrifa framköllunar á auknar líkur á keisaraskurði.[5,6]

Mögulegt er að auknar líkur á keisaraskurði í framköllunarhópnum hjá frumbyrjum skýrist að einhverju leyti af ólíku landslagi í fæðingarhjálp hér á landi samanborið við það sem margar erlendar rannsóknir byggja á. Má þá sérstaklega nefna lága keisaratíðni hér á landi. Ef keisaratíðni er há þarf minna til að lækka hana en mun erfiðara er að lækka keisaratíðnina ef hún er lág fyrir. Viðamikil norræn rannsókn[22] sýndi að keisaratíðni á

Norðurlöndunum er með lægsta móti í þróuðum löndum, en sú tíðni fór þó heldur hækkandi á tímabilinu 2000-2011 nema á Íslandi og í Finnlandi. Þrátt fyrir það sýndi fyrrgreind rannsókn fram á tengsl framköllunar fæðingar við aukna tíðni keisaraskurða hjá frumbyrjum í öllum löndunum.

Athyglisvert er að sjá að tímalengd fæðingar er að meðaltali styttri þegar fæðing er framkölluð með þeirri aðferð sem notuð var á rannsóknartímanum. Þetta er andstætt því sem fyrri rannsóknir hafa sýnt.[16,23] Hvort styttri fæðing er betri eða verri, og fyrir hvern þá, liggur ekki endilega fyrir. Það má halda því fram að það sé hagkvæmara að fæðing taki styttri tíma og lega á sjúkrahúsi því styttri en það er ekki víst að konur upplifi styttri fæðingu á betri hátt. Vísbendingar um að konur finni fyrir meiri sársauka í framkölluðum fæðingum er að finna í niðurstöðunum og er það í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna.[13,24] Konur virðast frekar nota mænurótardeyfingu sem verkjastillingu í fæðingu þegar fæðing er framkölluð og má leiða að því líkur að konur upplifi meiri sársauka í þeim tilfellum.

Meðgöngulengd er algengasta ástæða framköllunar fæðingar[6] en rannsóknir hafa sýnt að við lengda meðgöngu (≥42 vikur) aukast líkur á burðarmálsdauða, líklega vegna skertrar starfsemi fylgjunnar.[25] Af þessum ástæðum er mælt með því hér á landi að fæðing sé framkölluð ekki seinna en við 42 vikur. Ljóst er að ýmsir áhættuþættir geta gert vart við sig þegar líður á meðgöngu, eins og háþrýstingur eða meðgöngueitrun. Rannsóknir hafa sýnt fram á ávinning af að framkalla fæðingu við 39 vikur. Sá munur er á þessum rannsóknum og þeirri sem hér er kynnt að í þeim er ekki leiðrétt fyrir meðgöngulengd í greiningu gagna og því er ekki um einangruð áhrif framköllunar fæðingar að ræða heldur samspil framköllunar og fleiri þátta, sérstaklega meðgöngulengdar.[11,12] Hægt er að umreikna stuðla fyrir áhrif framköllunar hjá frumbyrjum á tíðni keisaraskurða (0,661) í töflu III yfir í jafngilda aukna meðgöngulengd á grundvelli stuðulsins fyrir meðgöngulengd í sama líkani (0,667). Samkvæmt því hefur framköllun fæðingar hjá frumbyrju sambærileg áhrif og viku lengri meðganga á líkur á keisaraskurði. Augljóslega hafa almenn viðmið um framköllun fæðinga áhrif á meðallengd meðgöngu. Áhrif framköllunar fæðinga eru því tvíþætt, áhrif inngripsins sjálfs og áhrif á lengd meðgöngu. Niðurstöður rannsóknarinnar eru því samhljóma þessum nýlegu rannsóknum hvað varðar fjölbyrjur en hins vegar benda þær til að áhrif framköllunar fæðingar hjá frumbyrjum geti réttlætt að seinka þeim miðað við hjá fjölbyrjum.

Niðurstöðurnar sýna með skýrum hætti að meðgöngulengd er sjálfstæður áhættuþáttur fyrir mörgum útkomubreytum í rannsókninni, sem undirstrikar mikilvægi þess að leiðrétt sé fyrir þeim þætti. Líkur á bæði áhaldafæðingu og keisaraskurði aukast eftir því sem meðgangan dregst á langinn eftir 41 viku og það sama á við um líkur á Apgar <7 eftir 5 mínútur og líkur á fósturstreitu í fæðingu. Eins virðist fæðing taka að meðaltali lengri tíma þegar meðgangan er lengri. Þetta flækir enn frekar alla ákvarðanatöku varðandi framköllun fæðingar. Forðast ber neikvæð áhrif framköllunar fæðingar eins og auknar líkur á keisaraskurði hjá frumbyrjum en á sama tíma ber að forðast neikvæð áhrif lengdar meðgöngu á útkomuna. Þarna kemur að því að vega og meta ávinning og áhættu af framköllun fæðingar í hverju tilviki fyrir sig. Niðurstöðurnar gefa okkur ekki skýr svör við þeirri spurningu hvenær rétti tíminn er til að framkalla fæðingu en þær gefa okkur haldbærar upplýsingar sem unnt er að nota þegar meta þarf ávinning og áhættu sem fylgir framköllun fæðingar og í fræðslu til kvenna.

Niðurstöðurnar benda til að framköllun fæðingar hafi ekki markverð áhrif á útkomu barna þó að marktækur munur sjáist á einstöku breytum. Enginn munur var á Apgar-stigum milli hópa, sem segir okkur að útkoma barnanna er sambærileg. Breyturnar þrjár sem snúa að Apgar-stigum eru helstu útkomubreytur barna í þessari rannsókn en á þessari útkomu sjáum við hvernig barninu reiðir af eftir fæðinguna. Marktækur munur er á fósturstreitu milli hópanna þegar fjölbyrjur eiga í hlut og er munurinn sjálfkrafa sótt í hag. Þetta undirstrikar aftur hve ólíkir hópar frumbyrjur og fjölbyrjur eru. Það að greiningin fósturstreita sé skráð er ekki endilega ávísun á að barnið fæðist í verra ástandi þó það geti vissulega verið vísbending um slíkt. Ekki er óalgengt að barnið sýni streitumerki í fæðingunni en fæðist með góðan Apgar. Eins er barnabik í legvatni talið ófullkominn mælikvarði á streitu hjá barni og að flestallir nýburar með slíka greiningu nái sér að fullu.[8] Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna sem hafa almennt ekki sýnt marktæk áhrif framköllunar fæðingar á útkomu barna.[6-8]

Styrkleikar og veikleikar rannsóknar

Helsti styrkleiki þessarar rannsóknar er stærð og gæði þess gagnasafns sem unnið var með. Það gerir rannsakanda kleift að leiðrétta fyrir öllum helstu áhrifaþáttum útkomubreyta og veitir tölfræðilegan styrk til að greina öll helstu áhrif.

Mikilvægt er að vera meðvitaður um hver samanburðarhópurinn er og hvernig hann verður til. Í afturskyggnri rannsókn sem þessari, þar sem ekki er slembiskipt í hópa, er verið að bera saman útkomu kvenna þegar fæðing er framkölluð við útkomu þeirra sem fara sjálfkrafa af stað. Einnig er veikleiki rannsóknarinnar að hún reiðir sig á nákvæma skráningu úr sjúkraskrárkerfi, sem getur verið ábótavant. Í þessari rannsókn var leiðrétt fyrir þekktum þáttum sem hafa áhrif á útkomu fæðinga en þó er útilokað að fullyrða að það náist að leiðrétta fyrir öllum hugsanlegum þáttum. Við höfum meðal annars engar upplýsingar um ástæður keisaraskurða og getum ekki skoðað mun eftir ábendingu fyrir framköllun fæðingar.

Ályktanir

Segja má að niðurstöðurnar styðji þá varfærnislegu nálgun sem er við lýði hér á landi, að framkalla einungis fæðingar þegar læknisfræðileg ábending liggur fyrir og þegar talið er að það gagnist móður og barni að ljúka meðgöngu. Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að framköllun fæðinga hafi nokkur neikvæð áhrif á útkomu fæðinga en leiði einnig til styttri meðgöngu, sem dregur úr neikvæðum áhrifum. Mikilvægt er að vega og meta

ávinning og áhættu af framköllun fæðingar gaumgæfilega áður en ákvörðun er tekin um hvenær framköllunum fæðinga skuli beitt. Við slíka ákvarðanatöku skiptir einnig máli að taka með í reikninginn hvort kona er frumbyrja eða fjölbyrja því töluverður munur virðist vera á útkomu þeirra, fjölbyrjum í hag. Gagnlegt væri að frekari rannsóknir færu fram á því hvaða meðgöngulengd lágmarkar neikvæð áhrif framköllunar fæðinga.

Þakkir

Höfundar vilja þakka Thor Aspelund prófessor við Miðstöð lýðheilsuvísinda við Háskóla Íslands fyrir veitta tölfræðiráðgjöf, Önnu Sigríði Vernharðsdóttur yfirljósmóður fæðingarvaktar Landspítala fyrir stuðninginn við gerð rannsóknarinnar og Sif Sumarliðadóttur fyrir aðstoð við gagnasöfnun.

Viðauka er að finna við þessa grein á netinu.

Heimildir

1. Grobman WA. Induction of labor and cesarean delivery. N Engl J Med 2016; 374: 880-1.
2. Jónasdóttir E, Eiríksdóttir VH. (Ritstjórar). Skýrsla frá fæðingarskráningunni árið 2016. landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Rit-og-skyrslur/Faedingaskraningar/faedingarskraning_skyrsla_2016.pdf/- nóvember 2018.
3. Geirsson RT, Garðarsdóttir G, Pálsson G, Bjarnadóttir RI. Skýrsla frá fæðingarskráningunni 2004. landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Rit-og-skyrslur/Faedingaskraningar/faedingarskraningarskyrsla_2004.pdf/. - september 2017.
4. Kiesewetter B, Lehner R. Maternal outcome monitoring: induction of labor versus spontaneous onset of labor-a retrospective data analysis. Arch Gynecol Obstetr 2012; 286: 37-41.
5. Thangarajah F, Scheufen P, Kirn V, Mallmann P. Induction of Labour in Late and Postterm Pregnancies and its Impact on Maternal and Neonatal Outcome. Geburtsh Frauenheilk 2016; 76: 793-8.
6. Zhao Y, Flatley C, Kumar S. Intrapartum intervention rates and perinatal outcomes following induction of labour compared to expectant management at term from an australian perinatal centre. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2017; 57: 40-8.
7. Saccone G, Berghella V. Induction of labor at full term in uncomplicated singleton gestations: a systemic rewiew and metaanalysis of randomized controlled trials. Am J Obst Gynecol 2015; 213: 629-36.
8. Wennerholm UB, Hagberg H, Brorsson B, Bergh C. Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: Is there sufficient evidence for a change in clinical practice? Acta Obstet Gynecol Scand 2009; 88: 6-17.
9. Wood S, Cooper S, Ross S. Does induction of labour increase the risk of caesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. BJOG 2014; 121: 674-85.
10. Zenzmaier C, Leitner H, Brezinka C, Oberaigner W, König-Bachmann M. Maternal and neonatal outcomes after induction of labor: a population-based study. Arch Gynecol Obst 2017; 295: 1175-83.
11. Khireddine I, Le Ray C, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C. Induction of labor and risk of postpartum hemorrhage in low risk parturients. PLOS One 2013; 8: 1-7.
12. Rossen J, Okland I, Nilsen OB, Eggebo TM. Is there an increase of postpartum hemorrhage, and is severe hemorrhage associated with more frequent use of obstetric interventions? Acta Obstet Gynecol Scand 2010; 89: 1248-55.
13. Osmundson S, Ou-Yang RJ, Grobman WA. Elective induction compared with expectant management in nulliparous women with an unfavorable cervix. Obstet Gynecol 2011; 117: 583-7.
14. Heimstad R, Romundstad PR, Hyett J, Mattsson LA, Salvesen KA. Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86: 950-6.
15. Henderson J, Redshaw M. Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. Acta Obstet Gynecol Scandi 2013; 92: 1159-67.
16. Gülmezoglu, AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochr Datab Syst Rev 2012; 6: CD004945: 1-93.
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Induction of labour. https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/evidence/cg70-induction-of-labour-full-guideline2/. – september 2017.
18. Pyykönen A, Gissler M, Løkkegaard E, Bergholt T, Rasmussen SC, Smarason A, et al. Cesarean section trends in the Nordic Countries - a comparative analysis with the Robson classification. Acta Obstet Gynecol Scand 2017; 96: 607-16.
19. Harper LM, Caughey AB, Odibo AO, Roehl KA, Zhao QH, Cahill AG. Normal Progress of Induced Labor. Obstet Gynecol 2012; 119: 1113-8.
20. Hermus MAA, Verhoeven CJM, Mol BW, de Wolf GS, Fiedeldeij CA. Comparison of induction of labour and expectant management in postterm pregnancy: a matched cohort study. J Midwifery Womens Health 2009; 54: 351-6.
21. Kortekaas JC, Bruinsma A, Keulen JK, van Dillen J, Oudijk MA, Zwart JJ, et al. Effects of induction of labour versus expectant management in women with impending post-term pregnancies: the 41 week-42 week dilemma. BMC Pregnancy Childbirth 2014; 14: 350.
22. Dekker RL. Labour induction for late-term or post-term pregnancy. Women Birth 2016; 29: 394-8.

Barst til blaðsins 9. nóvember 2018, samþykkt til birtingar 6. febrúar 2019.

ENGLISH SUMMARY

The effects of induced labor at 41 week of pregnancy on mode of delivery and outcome

Ásta Hlín Ólafsdóttir[1]
Daði Már Kristófersson[2]
Sigfríður Inga Karlsdóttir[3]

Introduction: Rates of induction of labor (IOL) in Iceland and most neighboring countries have increased. Recent literature on IOL provided contradicting effects on mode of delivery, maternal and neonatal outcome.
Material and methods: The aim of this study was to evaluate the impact of IOL in late term pregnancies (≥41 weeks) on mode of delivery, maternal and neonatal outcome. A retrospective cohort study of deliveries after 41 weeks of pregnancy was conducted for all deliveries in Landspitali in the period 2013-2016, comparing outcomes of IOL deliveries to spontaneous labor deliveries. Logistic regression analysis was performed to determine the impact of the independent variables on the outcome.
Results: Of the 2419 women cohort, 61.8% had a spontaneous onset of labor and 38.2% had IOL. The results show that IOL increases probability of caesarean section in primiparas women ($p<0.01$). IOL increases the use of epidural anesthesia in labor, both for primiparas ($p<0.001$) and multiparas ($p<0.05$). Similar results where observed in the neonatal outcome in both groups. Gestational age increases the probability of instrumental delivery ($p<0.05$), caesarean section ($p<0.01$), use of epidural anesthesia ($p<0.01$), Apgar <7 at 5 minutes ($p<0.01$) and fetal distress ($p<0.01$).
Conclusion: Induction of labor has some negative impact on maternal outcome but leads at the same time to a shorter pregnancy, which again decreases negative impact of prolonged pregnancy. It is important to evaluate the advantages and disadvantages of induction of labor before making a decision when to induce labor.

[1]Midwife at Bjorkin, [2]Dean of School of Social Sciences, University of Iceland, [3]Associate professor, University of Akureyri.

Key words: *Pregnancy, induction of labor, mode of delivery, outcomes.*

Correspondence: *Sigfríður Inga Karlsdóttir, inga@unak.is*

Vísinda- og þróunarstyrkir FÍH

Vorúthlutun 2019

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

Umsóknir um vorúthlutun fyrir styrkárið 2019 þurfa að berast sjóðnum **fyrir 23. apríl** næstkomandi. Umsóknir sem berast eftir þann tíma verða ekki teknar til greina.

Umsóknum ber að skila rafrænt til Margrétar Aðalsteinsdóttur *(margret@lis.is*), Læknafélagi Íslands, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi, ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum eða framgangsskýrslu ef um endurumsókn sama verkefnis er að ræða. Umsóknareyðublað er að finna á innra neti heimasíðu Læknafélagsins, *lis.is,* á heimasvæði FÍH.

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

Við mat á umsóknum er lögð áhersla á að rannsóknarverkefnið sé á forsendum heilsugæslunnar. Sé um vísindaverkefni að ræða er einnig lögð áhersla á tengsl rannsakenda við heimilislæknisfræði Háskóla Íslands eða aðra akademíska háskólastofnun í heimilislækningum. Nánari upplýsingar veitir Emil L. Sigurðsson (*emilsig@hi.is*)

Stjórn Vísindasjóðs FÍH

HEILBRIGÐISSTOFNUN AUSTURLANDS

VIRÐING / ÖRYGGI / FAGMENNSKA



LÆKNISSTAÐA Á UMDÆMIS-SJÚKRAHÚSI AUSTURLANDS

Sérfræðingur í lyflækningum

Laus er til umsóknar staða sérfræðings í lyflækningum við Umdæmissjúkrahús Austurlands/HSA í Neskaupstað. Starfshlutfall er 100% en hlutastarf kemur til greina og starfið gæti hentað 2-3 læknum að deila með sér. Staðan veitist frá 1. júní 2019 eða eftir nánara samkomulagi.

Helstu verkefni og ábyrgð
Þátttaka í daglegri læknisþjónustu á deildum umdæmissjúkrahússins og heilsugæslunnar þar. Þetta innifelur m.a. vaktskyldu, samskipti og þjónustu við sjúklinga, kennslu og þverfaglega samvinnu (teymisvinnu).

Hæfnikröfur

- Fullgild sérfræðiréttindi í almennum lyflækningum.
- Sjálfstæði í starfi, skipuleg og ögguð vinnubrögð og faglegur metnaður.
- Reynsla af og vilji til þverfaglegrar samvinnu (teymisvinnu).
- Hæfni í mannlegum samskiptum, áreiðanleiki, jákvæðni og sveigjanleiki.
- Áskilinn er réttur til að hafna umsóknum frá einstaklingum sem ekki teljast uppfylla framangreind skilyrði.
- Íslenskukunnátta áskilin.

Umsóknarfrestur er til og með 10. apríl 2019.

Kjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands. Umsóknum skal skilað á eyðublöðum sem fást á vef Embættis landlæknis; *www.landlaeknir.is*, til HSA, mannauðsstjóra, Lagarási 22, 700 Egilsstöðum. Öllum umsóknum verður svarað. Tekið er mið af jafnréttisstefnu HSA við ráðningar. Umsókn fylgi staðfestar upplýsingar um nám, starfsreynslu, kennslu og vísindastörf, ásamt afriti af greinum sem umsækjandi kann að hafa birt eða skrifað. Mat HSA byggist á innsendum umsóknargögnum.
Notkun tóbaks og rafretta er ekki heimil á vinnutíma innan HSA.

Nánari upplýsingar veita:
Jón Sen, forstöðulæknir Umdæmissjúkrahúss Austurlands, s. 470-1450 og 840-4144, netf. jon@hsa.is, Pétur Heimisson, framkvæmdastjóri lækninga, s. 470-3052 og 860-6830, netf. *petur@hsa.is,* Emil Sigurjónsson, mannauðsstjóri, s. 470-3053 og 895-2488, netf. *emil@hsa.is* og Guðjón Hauksson, forstjóri HSA, s. 470-3051, 470-1437 og 774-5030, netf. *gudjonh@hsa.is.*

Fjarðabyggð er ákjósanlegur kostur jafnt í starfi og leik:

Læknateymið
Sérfræðingur í lyflækningum myndar ásamt skurðlækni, svæfingalækni, deildarlækni og heimilislækni öflugt teymi lækna við sjúkrahúsið. Sjúkrahúsið er vel búið tækjum, s.s. CT tæki, ómtæki af nýjustu gerð og rannsóknarstofan er góð. Farandsérfræðingar í ýmsum greinum heimsækja sjúkrahúsið og sinna þannig sérfræðiþjónustu í nærumhverfinu.

Samfélagið
Í Neskaupstað er sterkt skólasamfélag; leikskóli, grunnskóli, tónlistarskóli og verkmenntaskóli. Spölkorn er í næsta menntaskóla yfir á Fljótsdalshéraði. Vegalengdir eru að jafnaði stuttar og fólk því fljótt í förum milli staða, hvort sem um er að ræða t.d. skóla eða þjónustu af ýmsum toga. Íbúarnir eru samheldnir og samfélagið líflegt.

Íþróttir
Íþróttalífið á svæðinu er bæði fjölbreytt og fjörugt, hvort sem um er að ræða fótbolta, blak, sund, glímu, hestamennsku eða karate.
Oddsskarð er skíðasvæði í fjöllunum milli Norðfjarðar og Eskifjarðar. Það er rómað fyrir náttúrufegurð og góðan aðbúnað.
Mjög góður 9 holu golfvöllur er í Norðfirði.
Æfingagjöld barna þykja hér hagstæðari en víða annars staðar.

Samgöngur
Hin nýju Oddsskarðsgöng hafa stórbætt samgöngur í Fjarðabyggð líkt og Fáskrúðsfjarðargöngin gerðu einnig á sínum tíma og stuðla bæði að greiðari samgöngum um allt sveitarfélagið. Egilsstaðaflugvöllur er í aðeins klukkustundar akstursfjarlægð.

Náttúrufegurð
Náttúra Austurlands er í senn mikilúðleg og fíngerð. Útivistarfólk á auðvelt með að finna eitthvað við sitt hæfi frá fjörum til fjalla og náttúruunnendur eru óvíða betur í sveit settir en einmitt í Fjarðabyggð. Hvort sem menn vilja lóna á fjörðum eða sigra fjöll er það allt innan seilingar.

Áhugafólk um veiðar hefur fjölbreytta möguleika til sjós og lands og allir eru þeir nærtækari en menn gæti að óreyndu grunað.

Umdæmissjúkrahús Austurlands/HSA í Neskaupstað starfrækir blandaða lyf- og handlækningadeild, hjúkrunardeild, fæðingarþjónustu og endurhæfingardeild ásamt stoðdeildum, sem og heilsugæslu fyrir íbúa í Neskaupstað og Mjóafirði. Auk lyflæknis starfa svæfingalæknir, skurðlæknir og deildarlæknir á sjúkrahúsinu. Þjónustusvæði þess nær frá Bakkafirði til Djúpavogs, svæðis sem telur um 11.000 íbúa. Meginhlutverk sjúkrahússins er að veita almenna sjúkrahúsþjónustu samanber lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 og það er hlekkur í þjónustukeðju HSA, sem starfar á þremur fagsviðum; heilsugæslu-, hjúkrunar- og sjúkrasviði. Á þjónustusvæði HSA eru auk umdæmissjúkrahússins sjö heilsugæslur, en alls eru starfseiningarnar ellefu talsins. Áhersla er lögð á samvinnu þvert á byggðarlög.

Líkamsskynjunarröskun

Helstu einkenni, algengi, greining og meðferð

Hrefna Harðardóttir[1] lýðheilsufræðingur
Arna Hauksdóttir[1] sálfræðingur
Andri Steinþór Björnsson[2] sálfræðingur

[1]Miðstöð í lýðheilsuvísindum við læknadeild Háskóla Íslands,
[2]sálfræðideild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Hrefna Harðardóttir, *hrh41@hi.is*

ÁGRIP

Líkamsskynjunarröskun er geðröskun sem einkennist af áleitnum hugsunum um útlitsgalla sem er þó ekki til staðar. Röskunin kemur að jafnaði fram á unglingsárum og er kynjahlutfall nokkuð jafnt. Þeir sem þjást af röskuninni eyða oft mörgum tímum á dag í að hugsa um útlit sitt og fylgir hugsununum yfirleitt áráttukennd hegðun, svo sem að líta endurtekið í spegil eða bera útlit sitt saman við útlit annarra. Vegið algengi röskunarinnar í almennu þýði er um 2% en er talsvert hærra í klínísku samhengi og á stofum húð- og lýtalækna. Hún hefur oft alvarlegar afleiðingar í för með sér, eins og mikla vanvirkni, skert lífsgæði, þunglyndi og mikla sjálfsvígshættu. Lítið er vitað um orsakir röskunarinnar og hvaða þættir spá fyrir um framvindu hennar. Hugræn atferlismeðferð og SRI-lyfjameðferð skila mestum árangri, en ljóst er að fegrunaraðgerðir skila litlu og geta verið skaðlegar fyrir þessa skjólstæðinga. Í greininni eru upplýsingar um hvernig hægt sé að skima fyrir röskuninni og greina hana. Þörf er á frekari rannsóknum á líkamsskynjunarröskun og meðferð við henni.

https://doi.org/10.17992/lbl.2019.03.222

Inngangur

Líkamsskynjunarröskun (LSR; *body dysmorphic disorder)* er geðröskun sem einkennist af áleitnum hugsunum um útlitsgalla sem er þó ekki til staðar, eða er smávægilegur.[1] Þrátt fyrir að saga líkamsskynjunarvanda teygi sig langt aftur í tímann hafa kerfisbundnar rannsóknir á röskuninni einungis verið stundaðar í um þrjá áratugi. Þessi geðröskun er vangreind en hefur oft mikil áhrif á líf fólks.[2] Mikilvægt er að þekkja röskunina og helstu einkenni og hvaða meðferð við henni er líklegust til að bera árangur. Jafnframt er mikilvægt að skima fyrir henni og greina í klínísku samhengi. Markmið þessarar yfirlitsgreinar er að gera grein fyrir stöðu þekkingar á LSR, algengi hennar og hvaða meðferð er vænlegust til árangurs samkvæmt rannsóknum, en jafnframt að rökstyðja mikilvægi skimunar fyrir henni og veita upplýsingar um mælitæki til skimunar og greiningar sem tiltæk eru á íslensku.

Hvað er líkamsskynjunarröskun?

Þeir sem þjást af LSR verja oft mörgum tímum á dag í að hugsa um einn eða fleiri útlitsgalla, sem þó eru ekki til staðar eða eru smávægilegir. Þeir sem eru með LSR hafa til dæmis áhyggjur af húðinni (svo sem hrukkum, bólum og örum), hári (til dæmis að líkamshár líti ekki „rétt“ út) og nefi (lögun eða stærð þess), en áhyggjur geta þó beinst að hvaða líkamshluta sem er, svo sem maga, kynfærum eða tám. Sjúklingar geta orðið uppteknir af mismunandi líkamshlutum á ólíkum tímabilum og þeir geta haft áhyggjur af mörgum „göllum“ á sama tíma. Rannsóknir benda til þess að meðal einstaklinga með LSR sé algengast að vera upptekinn af 5-7 líkamshlutum yfir ævina.[3,4]

Þessari þráhyggju fylgir næstum alltaf áráttukennd hegðun sem er ætlað að draga úr vanlíðan og þeim kvíða sem fylgir hugsununum um útlitsgallann. Þessi hegðun getur verið tímafrek og um helmingur einstaklinga með LSR ver þremur tímum eða meira á dag í hegðunina, og finnst erfitt að stjórna henni.[5] Algengt er að einstaklingar með röskunina beri líkamshlutana sem um ræðir saman við aðra, athugi þá endurtekið í spegli eða snyrti sig óhóflega mikið.[1] Um 87% sjúklinga með LSR spegla sig endurtekið og getur það leitt til mikillar vanlíðunar.[6] Einnig er algengt að þeir hylji „gallana“, til dæmis með miklum farða, húfum, sólgleraugum eða klæðnaði. Slíkri öryggishegðun er ætlað að hindra að eitthvað slæmt gerist, til dæmis að þeir verði sér til skammar eða að aðrir geri grín að þeim vegna útlits þeirra.[7] Fólk með LSR upplifir mikinn ótta við höfnun og forðast oft félagslegar aðstæður, sem getur svo leitt til mikillar félagslegrar einangrunar. Í sumum tilvikum minnka kvíðaeinkenni tímabundið í kjölfar áráttuhegðunarinnar, sem leiðir til þess að hegðunin festist í sessi.[2,6]

Einkenni LSR eru nokkuð svipuð hjá börnum og unglingum annars vegar og fullorðnum hins vegar. Börn og unglingar með þessa röskun upplifa einnig áleitnar hugsanir um eigið útlit sem og áráttukennda hegðun til að bregðast við þessum hugsunum. Röskunin dregur oft úr virkni og hefur mikil áhrif á félagsleg samskipti líkt og meðal fullorðinna og sýna erlendar rannsóknir að allt

að 18-22% unglinga með LSR hafi hætt í skóla sökum röskunarinnar. Unglingar hafa almennt meiri ranghugmyndir um eigið útlit en fullorðnir og er tíðni sjálfsvígstilrauna hærri hjá unglingum en fullorðnum.[8,9]

LSR í greiningakerfum

Ameríska geðlæknafélagið, APA (American Psychiatric Association) hefur reglulega gefið út greiningarkerfi á geðröskunum (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) og kom fyrsta útgáfa þess út árið 1952. Árið 1980 var LSR fyrst tekin inn í DSM-III sem dæmi um líkömnunarröskun (*atypical somatoform disorder)* og bar þá heitið líkamslýtafælni (*dysmorphophobia)* og var hún án nokkurra greiningarviðmiða. Í endurbættri útgáfu (DSM-III-R) frá árinu 1987 var röskunin flokkuð sem líkömnunarröskun og fékk þar nýtt nafn, líkamsskynjunarröskun *(body dysmorphic disorder).*[10] Tvær breytingar voru gerðar með tilkomu fimmtu útgáfu af greiningarkerfinu, DSM-5. Samkvæmt DSM-5 fellur röskunin undir nýjan flokk innan greiningarkerfisins sem heitir áráttu- og þráhyggjuröskun og skyldar raskanir (*obsessive-compulsive and related disorders).* Innan þess flokks eru meðal annars áráttu- og þráhyggjuröskun (*obsessive-compulsive disorder),* hárplokkunarárátta (*trichotillomania),* húðkroppunarárátta (*excoriation disorder)* og söfnunarárátta *(hoarding disorder).* Til að greinast með LSR samkvæmt DSM-5 þarf viðkomandi að upplifa áleitnar, neikvæðar hugsanir um útlitsgalla sem er þó ekki sýnilegur öðrum. Ef galli er til staðar er hann smávægilegur og áhyggjur af honum yfirdrifnar. Flest fólk finnur inn á milli fyrir óánægju með eigið útlit en til að aðgreina þessar „venjulegu" áhyggjur frá LSR er miðað við að fólk eyði klukkustund eða meira á dag í þrálátar hugsanir um útlit sitt. Viðkomandi þarf að hafa brugðist við hugsunum um líkamslýtið með endurtekinni hegðun (til dæmis að athuga líkamshlutann í spegli, snyrta hann eða fela) eða endurteknum hugrænum aðgerðum (til dæmis að bera líkamshluta sinn saman við aðra) einhvern tíma á ferli röskunarinnar. Oft er slík hegðun áráttukennd, og viðkomandi telur sig því knúinn til að bregðast við þráhyggjufullum hugsunum með þessum hætti. Þessum hugsunum og hegðun fylgir mikil vanlíðan og skerðing á mikilvægum sviðum lífsins, svo sem í félagslegum samskiptum, atvinnu og námi.

Í DSM-5 er litið svo á að ranghugmyndir fólks um eigið útlit liggi á rófi, allt frá góðu innsæi (það telur mögulegt að hann eða hún hafi á röngu að standa um útlit sitt) til þess að hafa ranghugmyndir um „lýtið" (mikil sannfæring um að hann eða hún líti svona út).[1] Niðurstöður úr rannsókn á sjúklingum með LSR sýndu að 36% þátttakanda voru með núverandi ranghugmyndir um eigið útlit. Þegar einstaklingar með LSR sem bjuggu yfir góðu innsæi um eigið útlit voru bornir saman við þá sem hafa ranghugmyndir um eigið útlit reyndust þeir síðarnefndu líklegri til að vera með alvarlega LSR.[11] Í annarri rannsókn kom í ljós að innsæi hjá sjúklingum með LSR var mun verra en hjá þeim sem eru með áráttu- og þráhyggjuröskun: 39% sjúklinga með LSR voru með ranghugmyndir en 2% sjúklinga með áráttu- og þráhyggjuröskun.[12]

LSR var fyrst skilgreind í ICD-10 (The International Classification of Diseases) sem gefið var út af Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (WHO) árið 1992. Samkvæmt nýjustu útgáfunni sem tók gildi í janúar 2017, er LSR flokkuð sem líkömnunarröskun, en líklegt er að hún verði flokkuð undir áráttu- og þráhyggjuröskun og skyldar raskanir líkt og í DSM-5 í næstu útgáfu.[13]

Orsakir LSR

Algengast er að LSR komi fram hjá ungmennum um 12 ára aldur, við upphaf kynþroska, og er hún talin tengjast kynþróun (*sexual selection).*[2] Maðurinn er ein af þeim tegundum sem velur sér maka meðal annars út frá útlitsþáttum. Þetta er því eðlislægur áhugi, en þegar LSR þróast hefur áhersla á útlit gengið út í öfgar, og sjúklingar með þessa röskun hafa bæði brenglaða sýn á eigið útlit auk þess sem útlit er farið að hafa alltof mikið vægi í lífi þeirra. Röskunin kemur yfirleitt fram um það leyti sem sjálfsmynd ungmenna tekur miklum breytingum, þau fara að aðgreina sig enn frekar frá öðrum, og á sama tíma að bera sig saman við aðra á svipuðum aldri.[2,14] Í nútíma samfélagi fá ungmenni sterk skilaboð um að útlit skipti miklu máli. Lítið er vitað um orsakir LSR og því er mikilvægt að komast að því hvaða þættir það eru sem spá fyrir um þróun á LSR og ná þannig að greina áhættuhópa og geta komið í veg fyrir að hún þróist.

Algengi

Geðlæknirinn Katharine A. Phillips gerði tvær rannsóknir á stórum úrtökum einstaklinga með LSR, annars vegar á 188 þátttakendum sem leituðu meðferðar hjá henni og hins vegar 200 þátttakendum sem tóku þátt í framskyggnri langtímarannsókn á ferli LSR. Hlutfall kvenna var 49% í fyrrnefndu rannsókninni og 68,5% í þeirri síðarnefndu.[3,15] Röskunin virðist koma fram að meðaltali um 16-17 ára aldur, en þrátt fyrir það hefur röskunin lítið verið rannsökuð hjá börnum og unglingum.[4,14] Talið er að LSR sé vangreind, en algengt er að einstaklingar greini lækni eða sálfræðingi sínum ekki frá LSR-einkennum, meðal annars vegna þess að þeir upplifa mikla skömm og ótta við neikvæð viðbrögð.[16] Í 5 rannsóknum kom í ljós að enginn af þeim sem greindust með LSR hafði áður fengið þá greiningu í sjúkraskrá. Sjúklingar með LSR sögðust ekki ræða um einkenni sín að fyrra bragði, jafnvel þótt þeir teldu að LSR væri þeirra meginvandi, nema ef spurt væri beint um útlitstengdar áhyggjur.[5,17-20]

Almenn úrtök

Hingað til hafa 7 rannsóknir metið algengi LSR á fullorðnu fólki í almennu þýði. Fjöldi þátttakenda var á bilinu 673-2552 og algengið mældist á bilinu 0,7%-3,2%. Vegið algengi LSR í þessum 7 rannsóknum var tæplega 2%, sem þýðir að þessi röskun er mun algengari en margar aðrar raskanir sem hafa fengið mun meiri athygli, svo sem geðklofi og lystarstol.[21] Rannsókn frá árinu 2015 benti til þess að tíðni röskunarinnar væri eilítið lægri samkvæmt viðmiðum í DSM-5 borið saman við fyrri útgáfu greiningarkerfisins (DSM-IV).[22] Tvær rannsóknir hafa kannað algengi LSR meðal barna og unglinga í almennu þýði og var algengi 2,2% og 1,7%. Börn og unglingar sem voru með LSR upplifðu frekar einkenni alvarlegs þunglyndis, félagsfælni og áráttu- og þráhyggjuröskunar en þau sem voru ekki með einkenni LSR.[23,24]

Háskólanemar

Niðurstöður 8 rannsókna sem gerðar voru meðal háskólanema (n=101-1041) bentu til þess að algengi LSR væri nokkuð breytilegt og örlítið hærra en í almennu úrtaki. Algengið var á bilinu 1,2%-5,8% og vegið algengi úr þessum rannsóknum var 3,3%.[21]

Klínísk úrtök

Í þremur rannsóknum meðal sjúklinga á göngudeild geðspítala, kom fram að algengi var á bilinu 3,2-11% og var vegið algengi 5,8%.[21] Í annarri rannsókn sem var gerð meðal sjúklinga sem leituðu sér sálrænnar meðferðar á dagdeild var algengi LSR 7,2% og lífstíðaralgengi 9%.[25] LSR hjá fullorðnum sjúklingum sem eru á lokuðum geðdeildum hefur verið metin í fjórum rannsóknum og reyndist algengi þar mjög breytilegt, eða á bilinu 1,9-16%, og vegið algengi 7,4%. Algengi meðal ungmenna á lokaðri geðdeild hefur verið metið í tveimur rannsóknum, og kom einnig fram breytileiki þar, eða 14,3% og 6,7% og vegið algengi 7,4%.[21]

Algengi LSR á stofum lýta- og húðlækna

Þeir sem þjást af LSR líta yfirleitt ekki svo á að vandinn sé sálrænn, og sækja því oft í fegrunaraðgerðir eða húðmeðferð til að laga „galla" sína. Algengi LSR hjá þeim sem leita meðferðar á húðmeðferðarstofu er á bilinu 4%-29% og vegið algengi er 11,3%.[21] Ellefu rannsóknir hafa metið LSR hjá einstaklingum sem leita til lýtalækna. Algengið virðist liggja á víðu bili, eða 6%-53% og er vegið algengi úr þessum rannsóknum 13,2%.[21] Þetta þýðir að stórt hlutfall þeirra sem leita til húð- og lýtalækna geti í raun verið með LSR.

LSR á Íslandi

Eina birta rannsóknin á algengi LSR á Íslandi var gerð meðal einstaklinga sem sóttu meðferð í átröskunarteymi geðsviðs Landspítala. Þátttakendur voru 24 konur og greindust 37,5% þeirra með LSR. Þær sem greindust með röskunina voru líklegri til að greina frá sjálfsvígshugsunum og að hafa gengist undir lýtaaðgerð.[26] Einnig má nefna rannsókn sem kannaði húðkroppunaráráttu hjá 55 háskólanemum á Íslandi og mat algengi LSR meðal þeirra. Kom í ljós að 9% þátttakenda sem greindust með húðkroppunaráráttu þjáðust einnig af LSR.[27] Algengi líkamsskynjunarröskunar er því breytilegt eftir því í hvaða hópum hún er metin (hún er til dæmis hærri á stofum lýtalækna en í almennu þýði) og hvaða mælitæki eru notuð við greiningu (hún er til dæmis mæld hærri með skimunarlistum en klínískum viðtölum).

Framvinda og lífsgæði

Afturskyggnar rannsóknir á LSR benda til þess að röskunin sé að jafnaði langvinn án gagnreyndrar meðferðar.[3, 28, 29] Tvær framskyggnar langtímarannsóknir hafa verið gerðar á framvindu LSR. Í annarri þeirra var fólki með kvíðaraskanir (514 einstaklingum) fylgt eftir í allt að 8 ár, og var LSR einnig greind og fylgt eftir í þeirri rannsókn. 3,3% af þátttakendum greindust með LSR við upphaf rannsóknar, og voru líkur á því að læknast af LSR 0,6 eftir fjögur ár og 0,76 eftir 8 ár. Þó ber að nefna að þátttakendur voru einungis 17 einstaklingar.[30] Í framskyggnri langtímarannsókn á 200 einstaklingum með LSR voru líkurnar á því að læknast af röskuninni einungis 0,14 eftir tvö ár og 0,20 eftir 4 ár.[31]

LSR getur haft mikil áhrif á þá sem þjást af röskuninni. Þær rannsóknir sem áður voru nefndar á tveimur stórum úrtökum fólks með LSR, benda til skertra lífsgæða meðal fólks með LSR. Um 23% þátttakenda voru á örorkubótum, 38% atvinnulausir og 77% töldu að einkenni þeirra hefðu neikvæð áhrif á náms- og starfsgetu sína.[3,4] Einstaklingar með LSR voru líklegri til að vera einhleypir (31%) og vera tekjulægri en þeir sem eru ekki með röskunina.[4] Á bilinu 27-31% fólks með þessa röskun hafði ekki farið út úr húsi í viku eða lengur á ævinni af ótta við að vera dæmt af öðrum vegna útlitsgalla.[3, 4]

Samkvæmt einni rannsókn höfðu 19% einstaklinga með LSR hugsað um sjálfsvíg samanborið við 3% án LSR, og höfðu 7% með LSR reynt að fremja sjálfsvíg miðað við 1% án LSR.[32] Önnur rannsókn sýndi að 31% þátttakenda með LSR og 4% þátttakenda án LSR höfðu haft sjálfsvígshugsanir, og höfðu 22% einstaklinga með LSR reynt að fremja sjálfsvíg miðað við 2% þátttakenda án LSR.[33] Sjálfsvígshugsanir og tilraunir hjá sjúklingum með LSR eru enn algengari í klínískum aðstæðum, og benda niðurstöður rannsókna til þess að algengi sjálfsvígshugsana sé á bilinu 78-81% meðal einstaklinga með LSR og að 24-28% þeirra hafði reynt sjálfsvíg.[3,34]

Langtímarannsókn á 185 einstaklingum með LSR með fjögurra ára eftirfylgd sýndi að sjálfsvígstíðnin var 45 sinnum hærri en í almennu þýði en þetta hlutfall er hærra en hjá fólki með átraskanir, þunglyndi og geðhvörf.[35] Það er því mikilvægt að meta sjálfsvígshættu fólks sem þjáist af þessari röskun.

Fylgiraskanir

Algengt er að einstaklingar sem eru með LSR sem meginvanda greinist einnig með aðrar geðraskanir. LSR hefur í för með sér mikla vanlíðan fyrir sjúklinginn og er alvarlegt þunglyndi algengasta fylgiröskunin, en þar er ævialgengi samsláttar (það er greining á tveimur eða fleiri röskunum er til staðar) um 75% og fylgir áfengis- og fíkniefnamisnotkun þar á eftir (á bilinu 30-50%).[36, 37] Önnur rannsókn sýndi að í 60% tilvika var LSR undanfari áfengis- og vímuefnamisnotkunar, kom í kjölfar áfengis- og vímuefnamisnotkunar í 19% tilvika og hófst um svipað leyti hjá 21%. Meirihluti þessara einstaklinga (68%) taldi að áfengis- og vímuefnaneysla hefði orðið vandamál í kjölfar einkenna LSR og vegna vanlíðunar sem henni fylgdi.[36] Þriðja algengasta fylgiröskun LSR er félagsfælni (37-39%) og þá áráttu-og þráhyggjuröskun (32-33%). Tengsl hafa fundist milli LSR og félagsfælni, báðar raskanir lýsa sér í miklum félagskvíða og skömm og þjást sjúklingar af ótta við að þeim verði hafnað eða strítt. Félagsfælni virðist þó hefjast fyrr en LSR.[37,38]

Í fyrrnefndri rannsókn Phillips og félaga á úrtaki fólks með LSR, kom í ljós að 9% þátttakenda voru einungis með LSR, 22% voru greindir með eina aðra geðröskun auk LSR, 29% voru greindir með tvær aðrar geðraskanir auk LSR og 43% voru greindir með þrjár eða fleiri geðraskanir auk LSR.[37] Því fleiri fylgiraskanir sem einstaklingur þjáist af, þeim mun neikvæðari áhrif hafa þær á líf hans.[4,37]

Árangur meðferðar

Þróun meðferðar við LSR og mat á árangri meðferðar er skemur á veg komin en hvað varðar margar aðrar þekktari geðraskanir.[39] Flestar rannsóknir sem hafa verið gerðar á meðferð við LSR nota lítil úrtök og eru með tiltölulega stutta eftirfylgni og langtímaáhrif meðferðar eru lítið þekkt. Í eftirtöldum rannsóknum var að jafnaði metið hvort árangur sé klínískt marktækur. Miðað er við minnst 30% lækkun á stigafjölda á mælitækinu Body Dysmorphic Disorder Modification of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Scale. Það er klínískt viðtal sem metur alvarleika einkenna og var fyrst þróað til að meta árangur meðferðar við áráttu- og þráhyggjuröskun.[40]

Sálræn meðferð

Hugræn atferlismeðferð (HAM) er sú meðferð sem talin er vera árangursríkust við einkennum LSR. HAM fyrir LSR-sjúklinga beinist að hegðun og hugsunum sem viðhalda röskuninni og eru skjólstæðingum kenndar nýjar leiðir til að meta útlitstengdar hugsanir og draga úr áráttu- og öryggishegðun.[41] Safngreining (*meta-analysis*) var gerð á 7 rannsóknum sem könnuðu áhrif HAM á LSR, þar af voru 6 rannsóknir á fullorðnum einstaklingum með LSR og ein á börnum og unglingum.[42] Í öllum tilfellum dró HAM talsvert úr einkennum LSR samanborið við hópinn á biðlista (delta= -1,22, 95% öryggisbil (ÖB): -1,66 til -0,79; p<0,001). Niðurstöður úr þremur rannsóknum bentu til þess að áhrif HAM væru enn til staðar tveimur til fjórum mánuðum síðar. Fimm af þessum rannsóknum sýndu að einnig dró úr einkennum þunglyndis í kjölfar meðferðar, samanborið við biðlistahópinn (delta = −0,49, 95% ÖB = −0,76 til −0,22; p<0,001) og í fjórum þeirra jókst innsæi þátttakenda (delta = −0,56, 95% ÖB = −0,93 til −0,19; p=0,003).[42]

Aðeins ein rannsókn hefur verið gerð þar sem HAM var borin saman við annars konar sálfræðilega meðferð, það er kvíðastjórnun. Þátttakendur voru 46 og eftir 12 vikur af meðferð (HAM eða kvíðastjórnun) kom í ljós að HAM bar meiri árangur við að draga úr einkennum LSR, og var þessi árangur enn til staðar 16 vikum síðar. Einnig bentu niðurstöður til þess að alvarleiki LSR-einkenna í upphafi virtist ekki hafa áhrif á árangur, HAM er einnig árangursrík fyrir þá sem eru verr haldnir af LSR. Einnig kom í ljós að þeir þátttakendur sem fengu HAM öðluðust aukið innsæi um eigið útlit og meiri lífsgæði.[43]

Tvær rannsóknir hafa verið gerðar á HAM meðal ungmenna með LSR. Í þeirri fyrri var þátttakendum raðað tilviljunarkennt í hópa, annar hópurinn fékk HAM í 14 skipti og samanburðarhópur fékk fræðslu (*psychoeducation)* um LSR og leiðir til að takast á við hana. Í tilraunahóp náðu 40% þátttakenda árangri í samanburði við 7% í samanburðarhópi. Þessi árangur HAM er þó ekki jafn góður og aðrar rannsóknir hafa sýnt, en það gæti verið vegna þess hve stutt meðferðin var eða vegna þess að LSR hjá ungmennum er oft mjög alvarleg.[44] Í seinni rannsókninni náðu 35% þátttakenda sem fengu HAM árangri strax eftir meðferð og 12 mánuðum seinna höfðu 50% þátttakenda náð árangri.[45] Þörf er á að rannsaka frekari meðferð við LSR hjá ungmennum því röskunin kemur yfirleitt fram á þeim aldri og nauðsynlegt er að geta brugðist við röskuninni strax og áður en hún byrjar að hafa neikvæð áhrif á líf einstaklingsins.[14,44]

Þær rannsóknir sem hafa verið gerðar benda til þess að HAM við LSR sé yfirleitt árangursrík, en mikilvægt er að framkvæma fleiri rannsóknir á stærri úrtökum og fylgja skjólstæðingum lengur eftir en hefur verið gert hingað til, svo hægt sé að meta betur langtímaárangur HAM.[46] Þrátt fyrir hátt algengi LSR vantar rannsóknir á ólíkri meðferð við henni.

Lyfjameðferð

Rannsóknir á lyfjameðferð hafa aðallega beinst að serótónín-endurupptökuhamlandi lyfjum (SRI; *serotonin reuptake inhibitors*), eins og flúoxetíni, flúvoxamíni, cítalópram og escítalópram, en hafa einnig beinst að þríhringlaga lyfjum einsog klómípramíni.[2,47-53] Tvær rannsóknir með tilraunahópum hafa verið gerðar til að kanna áhrif lyfja á LSR. Í þeirri fyrri var 67 þátttakendum raðað af handahófi í hópa sem ýmist fengu SRI-lyfið flúoxetín eða lyfleysu í tvíblindri rannsókn. Benda niðurstöður til þess að flúoxetín dragi frekar úr einkennum LSR en lyfleysa, þar sem 53% sýndu jákvæða svörun við flúoxetíni og 18% sýndu jákvæða svörun við lyfleysu, og var sá munur marktækur (X^2 = 8,8; p=0,03).[54] Sú seinni var einnig tvíblind rannsókn og gefa niðurstöður til kynna að klómípramín skili meiri árangri en þunglyndislyfið desípramín við að draga úr einkennum LSR.[49] Fjórar rannsóknir án samanburðarhóps könnuðu áhrif flúvoxamíns, cítalóprams og escítalópram sog sýndu niðurstöður að þau drógu úr LSR-einkennum hjá 63-83% þátttakanda.[50-53] Einnig hefur komið fram í framsýnni tvíblindri rannsókn að escítalópram getur komið í veg fyrir endurkomu LSR-einkenna.[55]

Niðurstöður ofangreindra rannsókna benda til þess að lyfjameðferð dragi úr LSR-einkennum, svo sem útlitsáhyggjum sjúklinga og áráttuhegðun en einnig úr þunglyndiseinkennum og kvíða. Einnig hefur hún góð áhrif á félagslega virkni sjúklinga, sjálfsvígshugsanir og virðist auka almenn lífsgæði. LSR-sjúklingar þurfa oft stærri skammta af SRI-lyfjum en til dæmis þeir sem eru þunglyndir, og geta því aukaverkanir verið fleiri.[2,47] Það getur tekið allt að 12-16 vikur fyrir SRI-lyf að virka á einkenni LSR, og meðaltími af fyrstu svörun við lyfjum er í kringum 4-9 vikur.[56] Ekki hefur enn verið gerð framskyggn rannsókn sem ber saman hópa sem fá mismunandi SRI-lyf en þau lyf sem hafa mest verið rannsökuð og sýna góðan árangur eru escítalópram og flúoxetín. Klómípramín er oft notað þegar SRI-lyf hafa ekki komið að gagni.[56] Einnig vantar enn rannsóknir sem bera saman lyfjameðferð og sálræna meðferð og samþætta lyfja- og sálræna meðferð, og því er hvorki hægt að fullyrða hvor meðferðin sé árangursríkari né hvort samþætt meðferð bæti einhverju við meðferðarárangur.

Fegrunaraðgerðir og húðmeðferð

Sjúklingar sem þjást af LSR sækja oft í annars konar meðferð (svo sem lýtaaðgerðir eða húðaðgerðir) til að laga „lýti“ sitt, með misgóðum árangri.[57] Stærsta rannsóknin á þessu sviði var á 289 einstaklingum með LSR, en þar höfðu 76% leitað eftir meðferð hjá húð- og lýtalæknum og 66% höfðu fengið slíka meðferð. Þá var algengara að leita til húðlækna (45%) en til lýtalækna (23%), enda er húð sá líkamshluti sem flestir sem þjást af LSR hafa áhyggjur af. Hjá 72% sjúklinga bar meðferðin lítinn sem engan árangur og

engin breyting var á LSR-einkennum sjúklinga, 11% greindu frá breytingum á heildareinkennum LSR til hins betra en 16% sjúklinganna töldu sig verr stadda en fyrir meðferð.[57] Aðrar rannsóknir hafa einnig bent til þess að sjúklingum geti liðið enn verr eftir að hafa hlotið meðferð sem byggist ekki á gagnreyndri sálrænni meðferð eða lyfjameðferð, til dæmis hjá húð- eða lýtalækni.[58,59]

Spurningakönnun var gerð meðal 265 lýtalækna og töldu 84% þeirra að þeir hefðu framkvæmt aðgerð á sjúklingi með LSR, og í aðeins 1% tilvika töldu þeir að aðgerðin hefði leitt til bata á LSR. Ennfremur höfðu 40% upplifað hótun frá sjúklingi með LSR, ýmist um lögsókn eða barsmíðar. Rúmlega 80% þátttakenda sögðust hafa uppgötvað að viðkomandi sjúklingur væri með LSR eftir að þeir höfðu framkvæmt aðgerðina á honum. Meðal þeirra sem höfðu framkvæmt aðgerð á LSR-sjúklingi töldu 43% að sjúklingurinn væri uppteknari af líkamshlutanum eftir aðgerð og 39% töldu að sjúklingurinn hefði orðið upptekinn af öðrum líkamshluta eftir aðgerðina.[60] Misræmi virðist vera milli skynjaðs bata sjúklinga á LSR og raunverulegs bata á einkennum LSR eftir fegrunaraðgerðir, 35% sjúklinga töldu að sér liði betur eftir aðgerðina en aðeins 1,3% greindi frá minni einkennum eftir aðgerð.[61] Þegar á heildina er litið benda niðurstöður til þess að fegrunaraðgerðir leiði sjaldnast til bata á einkennum LSR, og geti jafnvel verið skaðlegar. Það er því sérlega mikilvægt að læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk skimi fyrir LSR og vísi þeim sem skimast með röskunina til sálfræðings eða geðlæknis sem þekkir til röskunarinnar.

Hvernig má skima fyrir LSR og greina röskunina?

Auðvelt er að skima fyrir einkennum röskunarinnar með því að fara eftir viðmiðum DSM-5 fyrir LSR.[1] Spurningalistinn Body Dysmorphic Disorder Questionnaire *(BDDQ)* er hentugt mælitæki sem Katharine Phillips setti saman til að skima fyrir einkennum LSR. Listinn er sjálfsmatskvarði og samanstendur af fjórum atriðum sem byggja á greiningarviðmiðum DSM-IV, eins og sjá má í íslenskri þýðingu Andra Steinþórs Björnssonar og Ásmundar Gunnarssonar sem birt er á heimasíðu *Læknablaðsins* (sjá viðauka við þessa grein). Fólk er *líklega* með LSR ef það svarar *báðum* liðum í spurningu 1 játandi, og ef það svarar *einum* eða fleirum liðum spurningar 3 játandi, og ef það svarar liðum b) *eða* c) í spurningu 4 játandi. Ef fólk er líklega með LSR er mikilvægt að hvetja fólk til að leita til sálfræðings eða geðlæknis til að fá greiningu og frekara mat. BDDQ-spurningalistinn var hannaður til að skima fyrir LSR og rannsókn á 66 þátttakendum á geðdeild gefur til kynna að mælitækið hafi 100% næmi og um 89% sértæki.[2] Þótt erfitt sé að bera saman þýði í ólíkum löndum má nefna að réttmæti BDDQ-spurningalistans var metið í almennu þýði í Svíþjóð, listinn hafði 94% næmi og 90% sértæki, 71% af þeim þátttakendum sem skimuðust með LSR samkvæmt BDDQ voru greindir með röskunina í klínísku greiningarviðtali.[62] Mælitæki til að greina LSR er klíníska viðtalið Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module (BDD-DM) sem Katharine Phillips samdi. Um er að ræða hálfstaðlað greiningarviðtal sem samanstendur af 6 atriðum sem byggja á greiningarviðmiðum DSM-IV LSR og benda fyrri rannsóknir til þess að viðtalið hafi góða próffræðilega eiginleika.[63] Mikilvægt er að greiningaraðili hafi hlotið þjálfun í notkun klínískra greiningarviðtala (til dæmis sem hluti af þjálfun í klínískri sálfræði eða geðlæknisfræði), meðal annars reynslu af helstu mismunagreiningum og góða þekkingu á sálmeinafræði, þar með talið LSR. Mælt er með því að greiningaraðilinn hljóti þjálfun hjá leiðbeinanda sem hefur fengið þjálfun í notkun mælitækisins. Greiningaraðili metur meðal annars hvort útlitsgalli er sýnilegur, og hvort einkennin séu betur skýrð með annarri geðröskun. BDD-DM er einnig til í íslenskri þýðingu Andra Steinþórs Björnssonar og Ásmundar Gunnarssonar, og í uppfærðri útgáfu miðað við DSM-5, eins og sjá má á heimasíðu *Læknablaðsins* (sjá viðauka við þessa grein). Greiningaraðili metur fyrst hvort þeir útlitsgallar sem einstaklingur upplifir séu sýnilegir. Viðkomandi þarf að hafa virkar hugsanir í um klukkutíma á dag eða meira til þess að ná viðmiði A, hafa einhvern tíma sýnt einhvers konar áráttukennda hegðun eða öryggishegðun (svo sem að horfa í spegil eða biðja aðra um hughreystingu vegna útlits) sem svar við áleitnum hugsunum um eigið útlit, til þess að ná viðmiði B, til að ná viðmiði C þurfa hugsanirnar að hafa valdið mikilli vanlíðan eða haft neikvæð áhrif á líf þessa einstaklings (svo sem neikvæð áhrif á félagsleg samskipti eða getu til að sinna vinnu). Að lokum er LSR ekki greind ef einkennin eru betur skýrð með annarri geðröskun. Erfiðast er að greina LSR frá átröskunum, og má nefna að LSR er yfirleitt ekki greind ef viðkomandi sjúklingur hefur einungis áhyggjur af lögun líkamans eða líkamsfitu og röskun á matarvenjum er helsta einkenni, og engin önnur LSR-einkenni eiga við. Eins og áður hefur komið fram einkennast hugsanir í LSR yfirleitt af þráhyggju og viðbrögð við þeim hugsunum eru oft áráttukennd. Þessar hugsanir snúast jafnan um útlit og er áráttan svar við þeim hugsunum, en hugsanir í áráttu- og þráhyggjuröskun beinast að annars konar ótta, svo sem um að valda öðrum skaða. Einnig má nefna að húðkropp og hárplokk telst einungis hluti af LSR ef tilgangur hegðunarinnar er (að minnsta kosti í upphafi) að bæta það sem skjólstæðingur lítur á sem líkamslýti (til dæmis slíta hár sem skjólstæðingi finnst ekki „líta rétt út“). Þrátt fyrir að innsæi skjólstæðinga með LSR einkennist stundum af ranghugmyndum er að jafnaði auðvelt að greina á milli LSR og geðrofsraskana, enda eru önnur þemu í ranghugmyndum í þeim síðarnefndu. Það er mikilvægt að taka fram að fólk með LSR fær stundum ofsakvíðaköst, en þau teljast eingöngu vera hluti af LSR ef þau eru viðbrögð við ótta sem tengist röskuninni, og eru algengustu aðstæðurnar þegar fólki finnst aðrir vera að horfa á „líkamslýtið“, þegar það horfir í spegil á þá líkamshluta sem það er óánægt með, og við það að vera í mikill birtu.[64]

Samantekt og framtíðarsýn

Þrátt fyrir hátt algengi LSR er hún vangreind í klínískum aðstæðum. Hún hefur alvarlegar afleiðingar í för með sér, eins og mikla vanvirkni, skert lífsgæði, þunglyndi og mikla sjálfsvígshættu. Það er því mikilvægt að skima fyrir LSR og greina hana svo hægt sé að veita bestu meðferð við henni.

Það meðferðarúrræði sem hefur mest verið rannsakað eru hugræn atferlismeðferð og lyfjameðferð með SRI-lyfjum.[2,47] Niðurstöður rannsókna benda til þess að bæði HAM og meðferð með SRI-lyfjum beri árangur við LSR.[2,42,47-53] Niðurstöður safngreiningar

með rannsóknum þar sem þátttakendur fengu ýmist HAM eða SRI-lyf voru þær að HAM og SRI bera sambærilegan árangur við LSR, en engin rannsókn hefur verið gerð sem metur muninn á hópum sem fá ýmist SRI-lyf eða HAM.[48]

Þrátt fyrir þann árangur sem HAM og lyfjameðferð hafa sýnt er mun algengara að sjúklingar með LSR leiti sér hjálpar til húð- og lýtalæknis til að láta laga lýti sín. Þeir trúa því að þetta séu raunveruleg lýti sem aðeins fást löguð með aðgerð. Rannsóknir benda til þess að slík meðferð beri ekki árangur, og geti leitt til þess að sjúklingi líði verr að lokinni aðgerð. Mikilvægt er því fyrir húð- og lýtalækna að vera meðvitaðir um LSR, einkenni hennar og hvernig best sé að skima fyrir henni.[57]

Heilbrigðisstarfsmenn hérlendis þurfa að þekkja helstu einkenni röskunarinnar því algengt er að þeir sem þjást af röskuninni fái ekki rétta greiningu og þar með ekki rétta meðferð. Eins er þörf á að auka þekkingu meðal almennings þar sem fáir vita að LSR er raunveruleg geðröskun. Þeir sem eru með LSR upplifa mikla skömm tengda röskuninni, og því er mikilvægt að draga úr henni með aukinni þekkingu, meiri skilningi og auknum forvörnum. Brýnt er að þróa fleiri meðferðarmöguleika fyrir sjúklinga með LSR. Það verður einungis gert með áframhaldandi rannsóknum á þessu sviði. Framtíðarrannsóknir ættu að leggja sérstaka áherslu á að rannsaka áhættuþætti röskunarinnar sem og meðferð við LSR hjá ungmennum því algengast er að röskunin komi fram um 12 ára aldur og nauðsynlegt er að geta brugðist við röskuninni strax. Jafnframt er mikilvægt að efla forvarnir við þessari algengu og oft alvarlegu geðröskun.

Viðauka er að finna við þessa grein á netinu.

ENGLISH SUMMARY

Body dysmorphic disorder: Symptoms, prevalence, assessment and treatment

Hrefna Harðardóttir[1]
Arna Hauksdóttir[1]
Andri Steinþór Björnsson[2]

Body dysmorphic disorder (BDD) is a relatively common disorder characterized by a preoccupation with nonexistent or slight defects in appearance. BDD usually begins during childhood or adolescence. The preoccupation with the perceived appearance defect typically occurs for many hours a day and is often followed by repetitive behaviours (for example mirror checking and skin picking). The weighted prevalence of BDD in a community sample is around 2%, but it is higher in clinical settings and in cosmetic and dermatological settings. BDD leads to significant distress and/or impairment at work or school and is highly comorbid with major depressive disorder, alcohol or substance use disorder, social anxiety disorder and obsessive compulsive disorder and often leads to suicidal ideation. Research suggests that cognitive behavioral therapy (CBT) and SSRI medication are most effective for BDD. However, cosmetic and dermatological treatments rarely improve BDD, and are often harmful. This review contains information on how to screen and diagnose BDD. Further research on BDD and effective treatment for this often imparing disorder is needed.

[1]*Centre of Public Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Iceland,* [2]*Faculty of Psychology, University of Iceland.*

Key words: *Body dysmorphic disorder, symptoms, prevalence, assessment, treatment.*

Correspondence: *Hrefna Harðardóttir, hrh41@hi.is*

Heimildir

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. útgáfa). American Psychiatric Association, Washington DC 2013.
2. Phillips KA. The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder: Oxford University Press 2005.
3. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. J Nerv Ment Dis 1997; 185: 570-7.
4. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Psychosomatics 2005; 46: 317-25.
5. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. Am J Psychiatry 1993; 150: 302-8.
6. Veale D, Riley S. Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. Behav Res Ther 2001; 39: 1381-93.
7. Phillips KA. Understanding body dysmorphic disorder: An essential guide. Oxford University Press, New York 2009.
8. Albertini RS, Phillips KA. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 453-9.
9. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. Psychiatry Res 2006; 141: 305-14.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-III-R (3. útgáfa). American Psychiatric Association. Washington 1987.
11. Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Stout RL. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. J Psychiatr Res 2006; 40: 95-104.
12. Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in Obsessive Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. Compr Psychiatry 2004; 45; 10-5.
13. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Genf 1992.
14. Björnsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2013; 54: 893-903.
15. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2006; 47: 77-87.
16. Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30: 67-72.
17. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. J Clin Psychiatry 2001; 62: 517-22.
18. Dyl J, Kittler J, Phillips KA, Hunt JI. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. Psychiatry Hum Dev 2006; 36: 369-82.
19. Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. Compr Psychiatry 1998; 39: 265-70.
20. Phillips KA, Nierenberg AA, Brendel G, Fava M. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. J Nerv Ment Dis 1996; 184: 125-9.
21. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. Body Image 2016; 18: 168-86.
22. Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Martin A. Classification of body dysmorphic disorder — What is the advantage of the new DSM-5 criteria? J Psychosom Res 2015; 78: 223-7.
23. Schneider SC, Turner CM, Mond J, Hudson JL. Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. Aust N Z J Psychiatry 2017; 51: 595-603.
24. Mayville S, Katz RC, Gipson MT, Cabral K. Assessing the Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in an Ethnically Diverse Group of Adolescents. J Child Fam Stud 1999; 8: 357-62.
25. Björnsson AS, Magnúsdóttir S, Wessman I, Beard C, Lee J, Hearon BA, et al. Prevalence and Characteristics of Body Dysmorphic Disorder Among Patients in a Partial Hospital Program. J Nerv Ment Dis 2016; 204: 554-7.
26. Gunnarsson Á, Jónsdóttir SM, Björnsson AS. Líkamsskynjunarröskun: Algengi í átröskunarteymi Geðsviðs Landspítala - háskólasjúkrahúss. Sálfræðiritið 2014; 19: 93-106.
27. Snorrason Í, Smári J, Ólafsson RP. Húðkroppunarárátta: klínísk einkenni og tengsl við geðræn vandamál í úrtaki háskólanema. Sálfræðiritið 2009; 14: 103-13.
28. Björnsson A. Age at onset and clinical course of body dysmorphic disorder. Í Phillips KA (ritstj.): Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice (115-23). Oxford University Press, New York 2017.
29. Phillips KA, Grant JE, Siniscalchi JM, Stout R, Price LH. A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2005; 46: 315-21.
30. Björnsson AS, Dyck I, Moitra E, Stout RL, Weisberg RB, Keller MB, et al. The clinical course of body dysmorphic disorder in the Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP). J Nerv Ment Dis 2011; 199: 55-7.
31. Phillips KA, Menard W, Quinn E, Didie ER, Stout RL. A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. Psychol Med 2013; 43: 1109-17.
32. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. Psychol Med 2006; 36: 877-85.
33. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brahler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychiatry Res 2010; 178: 171-5.
34. Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. J Clin Psychiatry 2005; 66: 717-25.
35. Phillips KA, Menard W. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study. Am J Psychiatry 2006; 163: 1280-2.
36. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. J Clin Psychiatry 2005; 66; 309-16; quiz 404-5.
37. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2003; 44: 270-6.
38. Coles ME, Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB, et al. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. Depress Anxiety 2006; 23: 26-33.
39. Wilhelm S, Phillips KA, Didie E, Buhlmann U, Greenberg JL, Fama JM, et al. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. Behav Ther 2014; 45: 314-27.
40. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Psychopharmacol Bull 1997; 33: 17-22.
41. Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. Behav Res Ther 1996; 34: 717-29.
42. Harrison A, Fernandez de la Cruz L, Enander J, Radua J, Mataix-Cols D. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Psychol Rev; 2016; 48: 43-51.
43. Veale D, Anson M, Miles S, Pieta M, Costa A, Ellison N. Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: a randomised controlled trial. Psychother Psychosom 2014; 83: 341-53.
44. Mataix-Cols D, Fernandez de la Cruz L, Isomura K, Anson M, Turner C, Monzani B, et al. A Pilot Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Body Dysmorphic Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015; 54: 895-904.
45. Krebs G, de la Cruz LF, Monzani B, Bowyer L, Anson M, Cadman J, et al. Long-Term Outcomes of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder. Behav Ther 2017; 48: 462-73.
46. McKay D. Two-Year Follow-Up of Behavioral Treatment and Maintenance for Body Dysmorphic Disorder. Behav Modif 1999; 23: 620-9.
47. Phillips KA, Hollander E. Treating Body Dysmorphic Disorder with Medication: Evidence, Misconceptions, and a Suggested Approach. Body Image 2008; 5: 13-27.
48. Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. Cochr Database Syst Rev 2009; 1: Cd005332.
49. Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1033-9.
50. Perugi G, Giannotti D, Di Vaio S, Frare F, Saettoni M, Cassano GB. Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). Int Clin Psychopharmacol 1996; 11: 247-54.
51. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. Int Clin Psychopharmacol 2006; 21: 177-9.
52. Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. J Clin Psychiatry 1998; 59: 165-71.
53. Phillips KA, Najjar F. An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. J Clin Psychiatry 2003; 64: 715-20.
54. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 381-8.
55. Phillips KA, Keshaviah A, Dougherty DD, Stout RL, Menard W, Wilhelm S. Pharmacotherapy Relapse Prevention in Body Dysmorphic Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Am J Psychiatry 2016; 173: 887-95.
56. Phillips KA (ritstj.). Pharmacotherapy and Other Somatic Treatments for Body Dysmorphic Disorder. Oxford University Press, 2017.
57. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. Psychosomatics 2001; 42: 504-10.
58. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. Psychiatric Bulletin 2000; 24: 218-20.
59. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. Br J Psychiatry 1996; 169: 196-201.
60. Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of American Society of Aesthetic Plastic Surgery members. Aesthet Surg J 2002; 22: 531-5.
61. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. Psychosomatics 2005; 46: 549-55.
62. Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. Psychiatry Res 2013; 210: 647-52.
63. Phillips KA. Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module. McLean Hospital, Belmont, MA 1994.
64. Phillips KA, Menard W, Bjornsson AS. Cued panic attacks in body dysmorphic disorder. J Psychiatr Pract 2013; 19: 194-203.

Barst til blaðsins 28. september 2018, samþykkt til birtingar 4. febrúar 2019.

KYNNTU ÞÉR RÉTTINDI ÞÍN

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna

Fjölskyldu- og styrktarsjóður LÍ (FOSL) var stofnaður árið 2001. Upphaflegi tilgangur sjóðsins var að greiða fæðingarstyrki en í dag greiðir hann marga mikilvæga styrki m.a. vegna tekjumissis í tengslum við veikindi, útfararstyrki og fæðingarstyrki.

STYRKIR SJÓÐSINS ERU:

- FÆÐINGARSTYRKUR
- VEIKINDASTYRKUR
- ENDURHÆFINGARSTYRKUR
- GLASAFRJÓVGUNARSTYRKUR
- STYRKUR FYRIR HEYRNARTÆKI
- STYRKUR FYRIR SÁLFRÆÐIAÐSTOÐ
- ÚTFARARSTYRKUR
- EINGREIÐSLUSTYRKUR

Læknar sem starfa hjá hinu opinbera eiga rétt á styrk úr sjóðnum en þeir sem stunda sjálfstæðan rekstur verða að velja sjálfir að sækja um aðild að FOSL á vefsíðu Læknafélagsins.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

www.lis.is

Sviðalykt og kalsár

Jólahefti *Utposten*, tímarits norskra heimilislækna, er helgað kærleik lækna til starfs síns. Nokkrir heimilislæknar skrifa pistla um ást sína á starfinu, *www.utposten.no*. Það er orðið of langt síðan ég heyrði um slíkt meðal íslenskra lækna. Þó held ég að íslenskum læknum eins og þeim norsku þyki í raun vænt um þann heiður sem okkur er sýndur með því að fólk skuli treysta okkur fyrir heilsu sinni og meðferð, njóta þess að ráða við verkefni starfsins og upplifa í gegnum það samhengi og tilgang. Margir læknar tengjast samstarfsfólki vináttuböndum og gleðjast yfir fjölbreytileika skjólstæðinganna.

Á haustmánuðum stóð Læknafélag Íslands fyrir áhugaverðri könnun á líðan íslenskra lækna. Margt mjög athyglisvert kom í ljós og kannski var það besta sú einlægni sem skín út úr svörunum. Mun fleiri tjáðu sig opið um streitu sína og þreytu en hefði verið hægt að gera sér í hugarlund fyrir nokkrum árum. Könnunin sýndi að meirihluti lækna er ánægður í sínu fjölbreytta starfi og þeim finnst þeir geta haft áhrif á skipulag vinnu sinnar. Læknar eru flestir ánægðir með starfsaðstæður sínar og samstarf á vinnustað. Mjög margir eru undir álagi í starfi og upplifa mikil streitueinkenni. Læknar vinna mjög mikið og það kemur ekki á óvart. Of margir læknar upplifa þessi streitueinkenni svo sterk að þeir hafa íhugað breytingu á starfsháttum sínum. Ég hlakka til að sjá samanburð við líðan annarra háskólamenntaðra stétta á Íslandi sem sumar eiga jafnvel ekki vísa greiðslu fyrir störf sín og alls ekki vísa vinnu. Þannig aðstæður vænti ég að séu streituvaldandi ekki síður en langir dagar. Streita og kulnun er, eins og við vitum öll sem hlustum á fólk í vanda alla daga, síður en svo einkamál lækna. Þessi streita er algeng og félagslega viðurkennd sem ástæða til breytinga á lífi sínu til að fyrirbyggja alvarlegri veikindi.

Í nýlegum auglýsingum frá Virk starfsendurhæfingarsjóði er gert góðlátlegt grín að því aðalsmerki Íslendinga að hafa „brjálað að gera“. Þetta á ekki bara við um lækna. Á Íslandi hefur lengst af verið mörgum nauðsyn, en öðrum virðingarmerki, að vinna langa vinnudaga, til sjá fyrir sér og sínum eða bara til að draga meiri björg í bú en nágranninn. Ef til vill er sú afstaða að breytast. Ef til vill trúum við því að „erlendis“ vinni fólk styttri vinnudaga og fyllumst tilfinningu um að við séum órétti beitt. Ég ætla mér ekki að halda því fram að ég viti mikið um vinnufyrirkomulag lækna erlendis en mér hefur ekki heyrst á þeim sem hafa starfað vestanhafs að þar sé vinnudagur styttri en hér og austanhafs kvarta að minnsta kosti heimilislæknar undan óhóflegu álagi.

Læknisþjónusta hefur fyrir löngu orðið iðnvæðingunni að bráð eins og flest störf nútímans. Samkvæmt Chaplin í kvikmyndinni *Modern times* er það óhjákvæmileg afleiðing færibandavinnu að færibandið fer hraðar og hraðar, líklega til að þóknast hagnaðarkröfu, og dregur með sér starfsfólkið inn í hrunið. Krafa um aukin afköst eru hluti af meinloku nútímans, auk kröfunnar um aukna skrásetningu. Krafan um aukin afköst nær ekki bara til vinnutímans heldur er haldið á lofti lofi um stöðugan óróleika og upplifanafjöld í frítímanum líka, sem getur ekki síður aukið á streitutilfinningu. Samtímis vitum við að störf heilbrigðiskerfisins eru í eðli sínu ekki hagnaðardrifin. Okkar vinna mun aldrei borga sig, nema kannski á himnum. Samkvæmt landlækni er vægi heilbrigðiskerfisins sem svarar til 20% af lífslíkum okkar og er þá ekki tekið tillit til þess hvort þessi viðbættu ár bæta við auð þjóðarbúsins.

Velvilji og samviskusemi heilbrigðisstarfsmanna er ótvíræður. Við erum flest vakin og sofin yfir starfinu okkar, svo mjög að ekki er að undra að eitthvað gefi eftir og skilji eftir kalsár kulnunar og sviðalykt útbrunans. Meðferð kulnunar og streitu er bæði fólgin í breytingum á aðstæðum þeim sem valda streitu, til dæmis eins og að útrýma kjánalegu vaktafyrirkomulagi og manna vinnustaði í samræmi við aðstæður. En meðferð kulnunar og streitu felst líka í breytingu á hugarfari. Við vitum að mikið álag í skemmtilegu starfi er gefandi og þroskandi. Samræming annasams starfs og umönnunarstarfa í fjölskyldu er flókið verkefni og getur krafist þess að maður leiti sér aðstoðar og minnki kröfur til sjálfs síns.

Ég trúi því að væntumþykja til læknisstarfsins geti verið haldreipi í stormviðri dagsins. Kærleikurinn geti hnýtt okkur saman í stolti yfir starfinu okkar. Eigum við að sammælast um að vinna að því að við fáum tíma og tækifæri til að meta þann heiður sem það er að vera treyst fyrir heilsu fólks í erfiðleikum svo þetta áhugaverða ábyrgðarstarf okkar geti haldið áfram að vera hluti af góðu lífi?



Salóme Ásta Arnardóttir

heimilislæknir

Salome@hglagmuli.is

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

Stjórn Læknafélags Íslands

Reynir Arngrímsson
formaður
Björn Gunnarsson
gjaldkeri

FAL
Guðrún Ása Björnsdóttir
Ýmir Óskarsson

FÍH
Salóme Ásta Arnardóttir
Jörundur Kristinsson
varaformaður

FS
María I. Gunnbjörnsdóttir
Gunnar Mýrdal
ritari

LR
Þórarinn Guðnason
Guðmundur Örn Guðmundsson

Haraldur Briem með hálskraga og fálkaorðu

Haraldur fyrrum sóttvarnalæknir er að jafna sig eftir alvarlegt slys á heimili sínu nú á vetrarmánuðum. Aðeins eru þrír mánuðir síðan hann hálsbrotnaði. Hann braggast óðum og er aftur að fara á fullt í nefndar- og ráðgjafastörfum sínum þótt hann hafi þegar skilað góðu ævistarfi og verið sæmdur fálkaorðu fyrir.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Við setjumst niður með rjúkandi kaffi í borðstofu þeirra hjóna Haraldar Briem og Snjólaugar G. Ólafsdóttur. Þótt þau hafi verið á sama tíma í Menntaskólanum í Reykjavík kynntust þau ekki fyrr en í háskóla, hann í læknisfræði og hún í lögfræði. Næsta sumar eiga þau gullbrúðkaupsafmæli. Heimili þeirra hjóna er afar hlýlegt og bjart í vetrarsólinni, sem skín inn um gluggana þar sem húsið stendur ofan við Laugardalinn en þar hafa þau búið síðustu tvo áratugi.

„Jú, pabbi Geirs Gunnlaugssonar fyrrum landlæknis var arkitekt og teiknaði þetta hús. Það var byggt 1954. Geir ólst upp hér," segir Haraldur þar sem við setjum okkur í stellingar fyrir spjallið. „Hér er frábært að búa."

Fékk fálkaorðu í ársbyrjun

Eins og flestir ef ekki allir þekkja var Haraldur sóttvarnalæknir landsmanna. Hann gegndi stöðunni í 18 ár, til ársins 2015, og hefur forysta hans í farsóttum skilað honum fálkaorðu sem hann fékk nú í ársbyrjun.

„Já, þetta var eins og þruma úr heiðskíru lofti," segir Haraldur hógvær og hissa að hann væri einn þeirra 14 sem valdir voru til að taka á móti þessari heiðursorðu sem hann fékk fyrir störf sín í þágu heilsuverndar og lýðheilsu.

Þótt Haraldur Briem sé formlega hættur störfum er hann ráðgefandi bæði hjá sóttvarnalækni og landlækni í ýmsum málum. Þá hefur hann stokkið til og leyst eftirmann sinn af og verið settur sóttvarnalæknir. „Sennilega er þá best að kalla mig starfandi sóttvarnalækni, ég er sem sagt varaskeifa ef á þarf að halda," segir hann og hlær.

Féll heima og hálsbrotnaði

Mörgum brá þegar þeir sáu Harald með hálskragann á Bessastöðum. Hálsbrotinn tók hann við fálkaorðunni, en hann braut banakringluna, efsta hryggjarliðinn. „Ég er allur að komast á ról," segir Haraldur nú þremur mánuðum eftir slysið. „Ég var hér í stofunni með gesti og ætlaði að fara að kveikja ljós yfir einu málverkinu og var með staf. Hann rann til á teppinu og ég skall á kommóðunni. Þannig fór þetta," segir Haraldur sem enn hefur rauða bletti á enninu eftir meðferðina.

„Skrúfuð var gjörð á höfuð mér. Ég var með brynju þar sem gjörðin var pinnuð niður," segir Haraldur og lýsir því að læknir hans hafi horft á hann eftir fallið og sagt: „Þú ættir nú eiginlega að vera dauður." Sjálfur hafi hann haldið að ef menn brotnuðu svo ofarlega á hálsi myndu menn lamast, en svo væri ekki, þótt margir hefðu það ekki af.

„En nú er ég að losna við kragann. Gjörðin þar á undan var bókstaflega eins og þyrnikóróna. Hún var sérkennileg og hana bar ég í tvo mánuði."

Eftir sársaukafulla reynsluna segir Haraldur heilsuna nú vera að skríða saman. Hann jánkar því að fallið hafi verið áfall. „Já, þetta var erfitt fyrir konuna mína. Hún hjúkraði mér og studdi mig í alla staði og gerir enn."

Heppinn að vera á lífi

Haraldur hefur því fengið auka tíma á þessari jörð. „Já, ég var heppinn. Læknar vilja meina það." En hvernig var þá að koma brotinn inn á spítalann þar sem hann þekkir svo marga? „Jú, maður fer fljótt í það hlutverk að vera bara sjúklingur."

En áföll sem þetta hafa markað líf Haraldar. Hann hryggbrotnaði ungur maður, sem er meðal ástæðna þess að hann ákvað að verða læknir. Fyrir þann tíma hafði hann velt fyrir sér verkfræði, nú eða arkitektúr.

„Ég var með allskonar óljósar hugmyndir. En svo lenti ég í bílslysi á menntaskólaárunum og braut bakið á mér. Þá heimsótti ég spítala í fyrsta skipti og þótti merkileg stofnun. Starfsfólkið gekk um í halarófu; fyrst prófessorinn, svo yfirlæknirinn, svo deildarlæknirinn og loks hjúkr-



Haraldur Briem er allur að skríða saman eftir alvarlegt hálsbrot á heimili sínu nú í byrjun vetrar. Mynd/gag

unarfræðingarnir sem voru með stjörnur í kappanum sem markaði starfsreynsluna og ég hugsaði: ég verð að fara í þetta," segir Haraldur og hlær. Slysið var alvarlegt þótt allir hafi komist lífs af.

„Þetta var rússajeppi og við vorum á leið í bæinn eftir fjallgöngu ofan af Hellisheiði um hávetur. Þetta var blæjubíll og við 7 í bílnum. Ég sat í framsætinu og fann dynkinn á bakinu. Hélt þetta væri búið en var þó ekki hræddur – enginn tími til þess."

Ákvörðunin um að læra til læknis féll ekki öllum vel. „Pabbi reyndi að fá mig ofan af því að verða læknir. Þetta væri svo ógeðslegt, mikið blóð. Sjálfur var hann verkfræðingur og ætli honum hafi ekki fundist það eðlilegt fyrir mig."

Hálfsænskur Íslendingur í Svíþjóð

Haraldur fæddist í Reykjavík árið 1945 og útskrifaðist úr læknisfræði við Háskóla Íslands árið 1972. Hann lærði, starfaði og kenndi í Stokkhólmi. „Þegar ég sem ungur maður var að huga að framhaldsnámi hitti ég Ólaf Ólafsson [fyrrum landlækni]. Honum fannst það góð hugmynd að ég lærði um smitsjúkdóma í Svíþjóð. Ég gerði það."

Haraldur hafði forskot á marga lækna sem lærðu í Svíþjóð. Móðir hans var sænsk. Hún lærði íslensku sem töluð var á heimilinu en sænskuna lærði ég í Svíþjóð sem ég heimsótti oft sem barn. „Ég hef aldrei munað eftir mér öðruvísi en að tala tvö tungumál," segir hann. „Svíar heyra ekki að ég sé Íslendingur."

Alnæmi fylgt honum eftir í starfi

Spurður hvað standi upp úr á ferli hans sem smitsjúkdómalæknir segir hann alnæmisfaraldurinn helst hafa litað tímann sinn.

„AIDS var að dúkka upp á 9. áratug síðustu aldar og búin var til farsóttanefnd ríkisins. Ég var ritari hennar og var fenginn til að vinna að lagabreytingum með öðrum." Farsótta- og sóttvarnalögunum hafi verið steypt í nýja löggjöf. Hann hafði þá verið yfirlæknir á smitsjúkdómadeild Borgarspítalans og tekið við stöðu sóttvarnalæknis í kjölfarið eftir að nýju sóttvarnalögin tóku gildi í ársbyrjun 1998.

„Síðan hefur gengið á ýmsu og AIDS-faraldurinn markað djúp spor í þetta starf. Alveg frá upphafi hefur maður fylgst með þessum faraldri og hvernig ný lyf gegn HIV sem veldur alnæmi leystu málið á endanum." Merkilegt hafi verið að sjá menn við dauðans dyr ganga út af spítalanum eftir að þau voru kynnt til leiks.

Tekið þátt í ýmsu alþjóðasamstarfi

Haraldur nefnir einnig alþjóðlegt samstarf, eins og við Sóttvarnastofnun Evrópusambandsins, og þann heiður að hafa komið að gerð alþjóðaheilbrigðisreglugerðarinnar. „Það er svona sóttvarnasáttmáli þjóðanna," segir Haraldur, sem varði töluverðum tíma í Genf í Sviss við reglugerðarsmíðina. Í kjölfarið hafi menn undirbúið sig undir næsta heimsfaraldur inflúensu og að hann gæti orðið eins og spænska veikin sem og aðrar bráðar ógnir við lýðheilsuna sem snerta þjóðir heims.

„Svo kom heimsfaraldur árið 2009, en hann var nú ekki eins alvarlegur og við vorum búin að undirbúa. En öll sú vinna var gríðarlega merkileg og stendur upp úr að hafa tekið þátt í henni: Tryggja okkur bóluefni, tryggja lyf, hlífðarbúnað og undirbúa samfélagið allt til að takast á við þetta vandamál." Merkilegt að hugsa til þess að þessi hlífðarbúnaður nýttist vel í



Fjórtán manns fengu heiðursmerki hinnar íslensku fálkaorðu í ársbyrjun úr hendi forsetans og á myndinni eru þau hjónin Eliza Reed forsetafrú og Guðni Th. Jóhannesson forseti lengst til vinstri. Næst þeim er Margrét Frímannsdóttir, fyrrum þingmaður, Agnes Anna Sigurðardóttir framkvæmdastjóri, Ragnar Aðalsteinsson hæstaréttarlögmaður, Þórhallur Sigurðsson leikari og Páll Óskar Hjálmtýsson söngvari. Fremst sitja Haraldur Briem og Guðríður Ólafs Ólafsdóttir, fyrrum formaður Sjálfsbjargar. Mynd/ Gunnar G. Vigfússon

öskufalli gosins í Eyjafjallajökli árið eftir en heilsufarleg áhrif eldgosa falla undir sóttvarnalögin.

En er hægt að sjá framtíðarfaraldra fyrir sér? „Nei, við erum alltaf á nálum yfir heimsfaraldri inflúensu, en erum með svo gott vöktunarkerfi í heiminum. Fólk má varla hnerra hinum megin á hnettinum þá veit maður af því," segir hann og nefnir þó að alls konar skrítnir hlutir séu að gerast.

Fylgist með framtíðarfaröldrum

„Það fer ekki mjög hátt, en bráðalungnabólga er í gangi á Arabíuskaganum. Dánartíðnin er talsvert há, en hún hefur ekki náð neinu flugi hvað sem verður," segir Haraldur. Lungnabólgan orsakist af veiru sem sé náskyld SARS, eða HABL eins og hún nefndist á íslensku, og er oftast kölluð bráðalungnabólga. Þá sé enn glímt við ebólu, nú síðast í Kongó.

„Hún er ólíkleg til að valda heimsfaraldri, en er erfið viðureignar. Fólk smitast af ebólu í Kongó og alltaf ótti við að hún smitist annað. Við vorum með lífið í lúkunum á sínum tíma að fá ebólu hingað frá Vestur-Afríku, til dæmis með heilbrigðisstarfsmönnum sem fóru þangað til að hjálpa. Þá þarf að vera viðbúnaður hérna, sem er bæði flókið og dýrt."

Margt stendur upp úr löngum ferli, en Haraldur nefnir sérstaklega eitt síðasta verk Páls heitins Skúlasonar í embætti rektors Háskóla Íslands árið 2005. „Hann fór fram á það við mig að koma á laggirnar þverfaglegu námi í lýðheilsufræðum við Háskólann." Það gekk eftir og segir Haraldur að hann sé ánægður með að hafa ásamt góðum hópi komið á legg Miðstöð í lýðheilsuvísindum sem var hýst innan læknadeildar eftir nokkurt reiptog á milli deilda.

„Þá varð sú stefna ofan á að kjarninn í lýðheilsufræðunum skyldi vera faraldsfræði og líftölfræði en talsvert var tekist á um það," segir hann. Unnur Valdimarsdóttir hafi verið ráðin forstöðukennari við miðstöðina. „Miðstöðin hefur vaxið mjög og margir doktorar að útskrifast og mjög ánægjulegt að sjá."

Haraldur er ánægður með starfsvalið og ferilinn. „Ekki síst að fara yfir í stjórnsýsluþáttinn og glíma við ráðuneyti, ráðherra og löggjafir. Það er mjög spennandi." Læknar megi sýna því meiri áhuga. „Það er mjög gefandi að hafa áhrif á ákvarðanir sem teknar eru um líf og heilsu fólks."

Haraldur hvetur til bólusetningar

Haraldur Briem fyrrum sóttvarnarlæknir segir dræma þátttöku heilbrigðisstarfsmannna á Landspítala í bólusetningum miður. „Við höfum tekið eftir þessu. Það er furðulegt og við höfum mælt með því að heilbrigðisstarfsmenn láti bólusetja sig, meðal annars gegn inflúensu." Haraldur nefnir sérstaklega svínaflensuna og bólusetningar fyrir þann heimsfaraldur.

„Það voru ekki nema 50% sem vildu láta bólusetja sig en um leið og fyrstu sjúklingarnir þurftu að vera á gjörgæslu, tiltölulega ungt fólk komið í öndunarvélar, fór hlutfallið hátt í 90% yfir nótt."

Haraldur segir bólusetningar minnka líkur á því að heilbrigðisstarfsmenn beri flensu í sjúklinga sína og ávinningurinn sé því mikill. Hann segir að lokum: „Bólusetningar hafa skilað bestum árangri fyrir lýðheilsu í heiminum alla tíð."

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



Dögg Pálsdóttir

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

Dogg@lis.is

Jafnlaunavottun

Samkvæmt lögum um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla nr. 10/2008 (hér jafnréttislög) skulu konum og körlum er starfa hjá sama launagreiðanda greidd jöfn laun og þau skulu njóta sömu kjara fyrir sömu eða jafnverðmæt störf. Með jöfnum launum er átt við að laun skulu ákveðin á sama hátt fyrir konur og karla þannig að þau viðmið sem lögð eru til grundvallar launaákvörðun feli ekki í sér kynjamismunun. Ákvæði af þessu tagi hefur verið í jafnréttislögum frá því að þau voru sett fyrst. Stjórnvöldum hefur engu að síður þótt það ganga hægt að jafna laun kynjanna og telja óútskýrðan launamun karla og kvenna enn vera nokkurn.

Árið 2017 voru því samþykktar breytingar á jafnréttislögum og lögfest skylda til jafnlaunavottunar sem fram að þeim tíma hafði verið valkvætt úrræði launagreiðenda. Jafnlaunavottunin skal byggjast á Jafnlaunastaðlinum ÍST 85.

Fyrirtæki eða stofnun með 25 eða fleiri starfsmenn þurfa að fá jafnlaunavottun að undangenginni úttekt vottunaraðila á jafnlaunakerfi fyrirtækisins eða stofnunarinnar sem staðfestir að jafnlaunakerfið og framkvæmd þess uppfylli kröfur staðalsins ÍST 85. Vottunina skal endurnýja á þriggja ára fresti.

Tilgangur jafnlaunavottunar er að draga úr kynbundnum launamun og miða að auknu launajafnrétti kynjanna meðal annars í þeim endanlega tilgangi að skila jafnari lífeyrisgreiðslum kvenna og karla við starfslok. Jafnlaunavottunarferlið er talið auka starfsánægju og trú starfsmanna á mannauðsstjórnun launagreiðanda. Því er einnig haldið fram að afrakstur jafnlaunavottunar sé gagnsærra og réttlátara launakerfi. Jafnlaunavottun á að tryggja konum og körlum sömu launakjör fyrir sömu eða jafn verðmæt störf. Vinnustaður má greiða mismunandi laun en munurinn verður að hvíla á málefnalegum sjónarmiðum, svo sem menntun, reynslu, þekkingu, ábyrgð, álagi eða starfsaðstæðum. Jafnlaunavottun kemur ekki í veg fyrir að við launaákvörðun sé litið til einstaklingsbundinna þátta sem hafa áhrif á hvernig starfsmaður getur leyst starf sitt af hendi eða feli í sér mat á árangri í starfi. Launamunur milli einstaklinga er því ekki bannaður en forsendur hans þurfa að vera málefnaleg sjónarmið sem snúa að öðrum þáttum en kynferði.

Í ÍST 85 er hugtakið jafnverðmæt störf skilgreint sem „störf sem geta verið ólík en eru metin jafnverðmæt út frá fyrirfram skilgreindum og málefnalegum mælikvörðum varðandi **þær kröfur sem starf gerir til starfsmanns**“ (leturbreytingin er í skilgreiningu staðalsins). Hugtakið kröfur sem starf gerir til starfsmanns er skilgreint sem „kröfur svo sem um menntun, starfsreynslu, ábyrgð og álag, sem starf gerir til starfsmanns.“

Hjá Landspítala er nú unnið að innleiðingu jafnlaunavottunar. Spítalinn virðist hafa ákveðið að aðlaga að íslenskum veruleika starfsmatskerfi sem notað hefur verið við jafnlaunavottun hjá NHS í Bretlandi. Læknar eru ekki hluti þessa starfsmatskerfis NHS. Í vinnu Landspítala er því verið að setja lækna inn í starfsmatskerfi sem aldrei gerði ráð fyrir þeim. Læknafélag Íslands hefur komið fyrirvörum við þessa vinnu á framfæri við Landspítala og mun á næstunni funda með yfirstjórn spítalans til að ræða málið frekar.

Kærunefnd jafnréttismála kvað upp úrskurð í máli nr. 5/2018 hinn 24. október 2018 þar sem reyndi á hvort störf væru jafnverðmæt. Í málinu kærði A, sem er stéttarfélag, fyrir hönd 5 kvenkyns félagsmanna sinna sem starfa sem svæðisstjórar hjá kærða B, launamun milli þeirra og þriggja karlkyns lækna sem einnig starfa sem svæðisstjórar. Af málavaxtalýsingunni er ljóst að kærandi er Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga og kærði er Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins. Við meðferð málsins kom í ljós að 5 kvenkyns læknar sem einnig unnu sem svæðisstjórar hjá kærða nutu sömu eða betri kjara en karlkyns læknarnir sem voru svæðisstjórar. Kærunefndin taldi að það ætti ekki við rök að styðjast að kynbundinn launamunur væri milli karlanna og kvenkyns félagsmanna kæranda. Þá taldi kærunefndin að fyrirliggjandi launamunur milli lækna og hjúkrunarfræðinga í störfum svæðisstjóra styddist við málefnaleg rök vegna ólíkra sérfræðistarfa þeirra hjúkrunarfræðinga og lækna sem sinntu störfum hjá kærða og hagnýttu þá fagþekkingu sína í starfi. Kærði hefði því fært málefnaleg rök fyrir þeim launamun sem væri milli svæðisstjóra sem eru hjúkrunarfræðingar annars vegar og læknar hins vegar. Kærunefnd jafnréttismála taldi því að ekki hefði verið brotið gegn ákvæðum jafnréttislaga við ákvörðun launa svæðisstjóra á heilsugæslustöðvum kærða.

Heimildir

1. Lög um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla nr. 10/2008 með síðari breytingum, einkum breytingalög nr. 56/2017 ásamt lögskýringargögnum.
2. Heimasíða stjórnarráðsins, stjornarradid.is/verkefni/mannrettindi-og-jafnretti/jafnretti/jafnlaunavottun/
3. ÍST85:2012. Jafnlaunakerfi. Kröfur og leiðbeiningar. Staðlaráð Íslands 2012.

SÚÐIN – forvarnarverkefni gegn streitu hjá læknum og læknanemum

Magnús Hlynur Hreiðarsson

Súðin kallast forvarnarverkefni gegn streitu hjá læknum og læknanemum en verkefnið er forvarnarstarf að norskri fyrirmynd. Nokkrir læknanemar settu verkefnið á laggirnar og vonast til þess að nú þegar mikil umræða er í samfélaginu um streitu og álag að verkefnið muni stækka og sem flestir læknar og læknanemar taki þátt í því. Hugmyndin er að læknar og læknanemar hafi eitthvað annað fyrir stafni en nám og vinnu og að þeir hafi einhvern til þess að leita til og ræða uppákomur í námi og vinnu og stuðning ef eitthvað bjátar á. Matthías Örn Halldórsson, læknanemi hjá Heilbrigðisstofnun Suðurlands, er einn af forsvarsmönnum Súðarinnar. Hann sagði okkur frá sjálfum sér og Súðinni.

Selfyssingur sem gat aldrei setið kyrr

„Ég er 28 ára gamall, fæddur og uppalinn Selfyssingur. Hef stundað íþróttir á fullu frá barnsaldri og þá lengst af spilað handbolta fyrir Selfoss. Útskrifaðist af íþróttabraut Fjölbrautaskóla Suðurlands 2011 og er með BSc í læknisfræði 2015 frá læknadeild HÍ. Í dag starfa ég á legudeild og bráðadeild Heilbrigðisstofnunar Suðurlands (HSU) og mun hefja kandídatsárið á heilsugæslu HSU í júní 2019."

En hvað varð til þess að Matthías Örn ákvað að fara í læknisfræði?

„Ég var einn af þessum krökkum sem gat aldrei setið kyrr og endaði það oftar en ekki með ferð á bráðamóttöku HSU, og þar kynntist maður læknunum sem öllu gátu reddað og segja má að þar hafi kviknað áhuginn á læknisfræðinni, það er að geta hjálpað öðrum eins og þeir voru að hjálpa mér. Annars eru flestir í fjölskyldunni innan heilbrigðisgeirans, en mamma og systir mín eru hjúkrunarfræðingar á HSU, pabbi er lærður sjúkraþjálfari og afi minn og langafi minn voru báðir læknar, ég á því ekki langt að sækja áhugann á heilbrigðisvísindum. Núna er ég á 6. ári í læknisfræði sem er jafnframt síðasta árið á skólabekk en svo tekur kandídatsárið við í sumar."



Mikil vinna fyrir framan tölvu

Matthías Örn segir að námið í læknisfræðinni hafi komið honum nokkuð á óvart, hann var búinn að ímynda sér að það væri öðruvísi. „Já, námið hefur að vissu leyti verið öðruvísi en ég átti von á, það er enn meira verklegt en ég átti von á sem er virkilega gott, en einnig fleiri fög sem lögð er áhersla á í náminu en mig grunaði, eins og samskiptafræði og fyrirbyggjandi læknisfræði svo eitthvað sé nefnt. En ég viðurkenni að vinnan fyrir framan tölvu í verknámi (og þá starfi) er mun meiri en mig grunaði og tel að ég eyði meiri tíma fyrir framan tölvu en sjúklinga og er það eitthvað sem ég myndi gjarnan vilja bæta."



Læknanemar geta líka orðið fyrir óhappi, ekki síst þegar þeir stunda íþróttir eins og Matthías Örn gerir með handboltaliði Selfoss. Þar sleit hann krossband nýlega og var á leið í aðgerð þegar myndin var tekin. Ljósmynd/ Magnús Hlynur Hreiðarsson.

Súðin er undir risinu á Landspítala

Blaðamanni lék forvitni á að vita af hverju forvarnarverkefni læknanema og lækna kallast Súðin? „Já, auðvitað, Súðin er nafn á herbergi sem er undir risinu á Landspítala við Hringbraut og hafa læknanemar löngum leitað þangað í náminu, ýmist til að vinna verkefni eða þegar pása er á verkefnum á deildinni til að drepa tíma eða jafnvel bara leggja sig í sófanum. Oftar en ekki eru fleiri læknanemar þar sem maður getur leitað félagsskapar hjá."

Þegar Matthías Örn var beðinn um að segja frá tilgangi og markmiði Súðarinnar kom fram hjá honum að verkefnið miðaði að því að læknar og læknanemar stofnuðu hópa sem koma reglulega saman, til dæmis einu sinni í mánuði. Hóparnir eru trúnaðarhópar þar sem hægt er að ræða vandamál en einnig miðar verkefnið að því að hóparnir hafi eitthvað skemmtilegt fyrir stafni en verkefnið er gert að norskri fyrirmynd. „Við sem stofnuðum Súðina höfum hist einu sinni í mánuði síðasta eitt og hálft ár, höfum spjallað, eldað, farið á kaffihús og í sund og hefur myndast gott traust innan hópsins og vinátta", segir Matthías Örn.

Kulnun og streita áberandi

„Það kemur mér sífellt á óvart að eftir því sem ég ræði þetta við fleiri virðast flestir annaðhvort hafa upplifað streitu eða kulnun eða þekkja einhvern vel sem hefur upplifað hvort tveggja. Miðað við þá spurningalista sem sendir voru út bæði meðal lækna og læknanema er tíðnin ansi há (2/3 hluti lækna og 47% læknanema eru á mörkum þess að vera með kulnunarmerki). Ég segi já, kulnun og streita eru áberandi meðal lækna og læknanema," segir Matthías Örn aðspurður um hvort streita og kulnun sé áberandi á meðal læknanema og lækna að hans mati. „Ég tel ástæðuna fyrir þessu vera mikið vinnuálag og mikla pressu til þess að standa sig vel enda mikið í húfi. Það eru

margir sjúklingar á hvern lækni og tel ég það útskýrast að mestu af undirmönnun, auk aðstöðuleysis til að sinna sjúklingum. Einnig tel ég að skipulag mætti vera betra þannig að hver einasti starfskraftur nýtist sem best og óþarfa boðleiðum fækki.“

Mikið álag á læknanemum

Það hefur oft komið fram í ræðu og riti að það sé mikið álag á læknanemum, tekur Matthías Örn undir það? „Já, ég er á því að það sé mikið álag á læknanema. Námið er erfitt og það eru líf í húfi, því finnst mér eðlilegt að gerðar séu miklar kröfur um námsárangur. Hins vegar geta of miklar kröfur fælt frá þá sem gætu orðið góðir læknar og jafnvel haft öfug áhrif á læknanema sem eru að reyna að leggja sig fram og gert þá óöruggari um eigin dómgreind og getu.“ Mattías Örn segist hafa rætt við samnemendur sína og þá sem eru með honum í Súðinni vegna álagsins. „Við höfum heyrt sögur af læknanemum sem hafa átt erfitt með að ná jafnvægi milli náms og lífs utan þess. Þá eru nemar sem hafa verið að eignast börn ýmist að dragast aftur úr eða þá að leggja á sig enn meiri vinnu og með samviskubit yfir því að geta hvorki sinnt fjölskyldu né námi af heilum hug. Að auki eru dæmi þess að nemendur sem hafa misst nákomna ættingja hafi mætt í skóla vegna ósveigjanlegrar mætingaskyldu eða þurft að bæta upp fjarveru sem stafaði af alvarlegum veikindum eða andláti í fjölskyldu. Þetta skilningsleysi hjá læknadeild eykur án vafa streitu og álag nemenda og ég held að það sé alveg ljóst að pláss er til þess að rýmka mætingaskyldu og vera sveigjanlegri, ekki síst þegar svona aðstæður koma upp.“



Matthías Örn hefur gaman af útivist og að ganga á fjöll, ekki síst með mömmu sinni, Aðalheiði Guðmundsdóttur sem er hjúkrunar- og gæðastjóri hjá Heilbrigðisstofnun Suðurlands. Aðalheiður hefur starfað frá 1986 hjá Heilbrigðisstofnuninni, eða í 33 ár. Hér eru þau saman á Hvannadalshnjúki. Ljósmynd/Einkasafn

Súðin er skemmtilegt verkefni

Það er margt spennandi fram undan hjá Súðinni en það er til dæmis stefnt á að fara í alla árganga innan læknisfræðinnar og kynna verkefnið og að hvetja læknanema til þess að stofna samskonar hópa og Súðin er með. „Við ætlum líka að vekja athygli og umræður um vandamál sem gætu komið upp í náminu og kynna reglur í vaktagerð svo læknar og læknanemar geti staðið vörð um rétt sinn. Planið er einnig að reyna að ná til sem flestra læknakandídata og sérnámslækna og reyna að fá þá í lið með okkur,“ segir Matthías Örn.

Þeir læknanemar eða læknar sem vilja taka þátt í starfi Súðarinnar geta haft samband við Matthías Örn á facebook eða í gegnum netfangið moh9@hi.is Önnur netföng í Súðinni eru til dæmis arnaryrgudnadottir@gmail.com, arndisros@gmail.com og johanna.andres@gmail.com. Matthías Örn hafði þetta að segja að lokum: „Ég vil þakka öðrum meðlimum Súðarinnar fyrir aðstoð við samsetningu fyrirlestrar á Læknadögum og við myndun Súðarinnar. Verkefnið er búið að vera hjálplegt fyrir mig og vonandi fyrir aðra líka, það er búið að vera skemmtilegt að taka þátt í því og vonandi mun það taka stórt stökk nú á næstu misserum og fleiri taka þátt í því með okkur.“

INN Á DAGATALIÐ

Læknadagar 2020
20.-24. janúar

HEILBRIGÐISSTOFNUN AUSTURLANDS

VIRÐING / ÖRYGGI / FAGMENNSKA

LÆKNASTÖÐUR Á HEILBRIGÐISSTOFNUN AUSTURLANDS



Sérfræðingar í heimilislækningum

Heilbrigðisstofnun Austurlands (HSA) óskar að ráða tvo lækna til starfa í heilsugæslu HSA með aðalstarfsstöð á Egilsstöðum og í Fjarðabyggð. Önnur staðan er 80-100% og hin 50-100% og báðar veitast frá 01.06. 2019 eða eftir nánara samkomulagi.

Austurland er stórt og dreifbýlt með um 11 þúsund íbúa, þar sem HSA sinnir heilsugæslu á 11 starfsstöðvum, rekur Umdæmissjúkrahús Austurlands í Neskaupstað og þrjár hjúkrunardeildir. HSA kemur að kennslu læknanema, kandídata og sérfræðinema í heimilislækningum. Lögð er áhersla á þverfaglega samvinnu lækna með öðru fagfólki, með metnað og framsækni að leiðarljósi til þróunar heilbrigðisþjónustu. HSA fagnar um þessar mundir tuttugu ára starfsafmæli.

Umsóknarfrestur er til 10.04.2019.
Kjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands.
Umsóknum skal skilað á eyðublöðum sem fást á vef Embættis landlæknis; *www.landlaeknir.is*, til HSA, mannauðsstjóra, Lagarási 22, 700 Egilsstöðum.

Öllum umsóknum verður svarað. Tekið er mið af jafnréttisstefnu HSA við ráðningar. Umsókn fylgi staðfestar upplýsingar um nám, starfsreynslu, kennslu og vísindastörf, ásamt afriti af greinum sem umsækjandi kann að hafa birt eða skrifað. Mat HSA byggist á innsendum umsóknargögnum. Notkun tóbaks og rafretta er ekki heimil á vinnutíma innan HSA.

Nánari upplýsingar veita:
Pétur Heimisson, framkvæmdastjóri lækninga, s. 470-3052 og 860-6830, netf. petur@hsa.is, Emil Sigurjónsson, mannauðsstjóri, s. 470-3053 og 895-2488, netf. *emil@hsa.is* og Guðjón Hauksson, forstjóri HSA, s. 470-3051, 470-1437 og 774-5030, netf. *gudjonh@hsa.is.*

Helstu verkefni og ábyrgð

- Almenn læknisstörf.
- Heilsuvernd.
- Vaktþjónusta.
- Kennsla nema.
- Þátttaka í vísindastarfi, gæða- og umbótaverkefnum.

Hæfnikröfur

- Sérfræðimenntun í heimilislækningum.
- Sjálfstæði í starfi, skipuleg og ögguð vinnubrögð og faglegur metnaður.
- Reynsla af og vilji til þverfaglegrar samvinnu (teymisvinnu).
- Hæfni í mannlegum samskiptum, áreiðanleiki, jákvæðni og sveigjanleiki.
- Áskilinn er réttur til að hafna umsóknum frá einstaklingum sem ekki teljast uppfylla framangreind skilyrði.
- Íslenskukunnátta áskilin.

Heilbrigðisstofnun Austurlands starfar á þremur fagsviðum; heilsugæslu-, hjúkrunar- og sjúkrasviði. Áhersla er lögð á samvinnu þvert á byggðarlög.



Arnar Ástráðsson heila- og taugaskurðlæknir í Árósum hefur síðustu 13 ár unnið við rannsóknir hjá Harvard. Mynd/gag

Stofnfrumur bæti líf Parkinson-sjúklinga í stað fósturfrumna

Átta fóstur þarf í eina ígræðslu til að bæta líf Parkinson-sjúklings

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Stofnfrumur munu leysa fósturfrumuígræðslur í Parkinson-sjúklinga af hólmi. Skortur hefur verið á fósturfrumum, en 8 fóstur þarf til einnar frumuígræðslu í hvern Parkinson-sjúkling. Með stofnfrumuígræðslum verður einnig tekið á siðfræðilegum og pólitískum álitamálum auk þess sem stofnfrumurnar eru ekki taldar mynda æxli, ólíkt því sem fósturfrumurnar eru taldar geta. Þetta kom fram í fyrirlestri Arnars Ástráðssonar læknis sem eftir erindi sitt á Læknadögum ræddi við *Læknablaðið*.

Arnar kynnti niðurstöður rannsóknateymis síns við Harvard á stofnfrumuígræðslum í apa. Hann vonar að stofnfrumuígræsla verði rútínumeðferð við Parkinson í framtíðinni en ígræðslurnar séu gerðar til að minnka skjálfta og stífleika og taka á hægum hreyfingum Parkinson-sjúklinga. Arnar segir að allar ígræðslur í Evrópu séu um þessar mundir gerðar með fósturfrumum.

Aðgerðir sem breyta lífi fólks

„Við höfum séð það í Svíþjóð og víðar að ígræðslur breyta lífi sjúklinganna mjög mikið. Þeir hafa af þessu bata og geta minnkað lyfjameðferð og í sumum tilfellum hætt henni," segir Arnar sem hefur síðustu 22 ár starfað erlendis.

„Okkur tókst að sýna fram á að dópamínfrumur gætu lifað í *putamen* í heila í að minnsta kosti 14 ár og allar síðari rannsóknir á nýjum meðferðum á stofnfrumum byggja á að þetta virki.

Arnar er heila- og taugaskurðlæknir við háskólasjúkrahúsið í Árósum og hefur síðustu 13 ár einnig starfað við Harvard New Regeneration Institute. Hann er því meðal fremstu vísindamanna á þessu sviði og byggja rannsóknirnar nú á niðurstöðum fyrri rannsókna hans og félaga.

„Okkur tókst að sýna fram á að dópamínfrumur gætu lifað í *putamen* í heila í að minnsta kosti 14 ár og allar síðari rannsóknir á nýjum meðferðum á stofnfrumum byggja á að þetta virki," segir hann.

Arnar segir kenningar rannsóknarhóps hans þær að frumuígræðsla muni bæta virkni lyfja og minnka aukaverkanir þeirra á hreyfingu: „Erfitt er að fá þessi lyf til að virka á síðustu stigum Parkinson þegar mjög fáar dópamínmyndandi heilafrumur eru eftir. Til þess að þau virki verða að vera starfandi dópamínfrumur eftir til að taka upp þessi lyf," sagði Arnar en ígræðslurnar með hitastungu í djúpkjarna hluta heilans (*putamen*) fjölgi dópamínmyndandi frumum.

Ígræðsla í apa og rottur

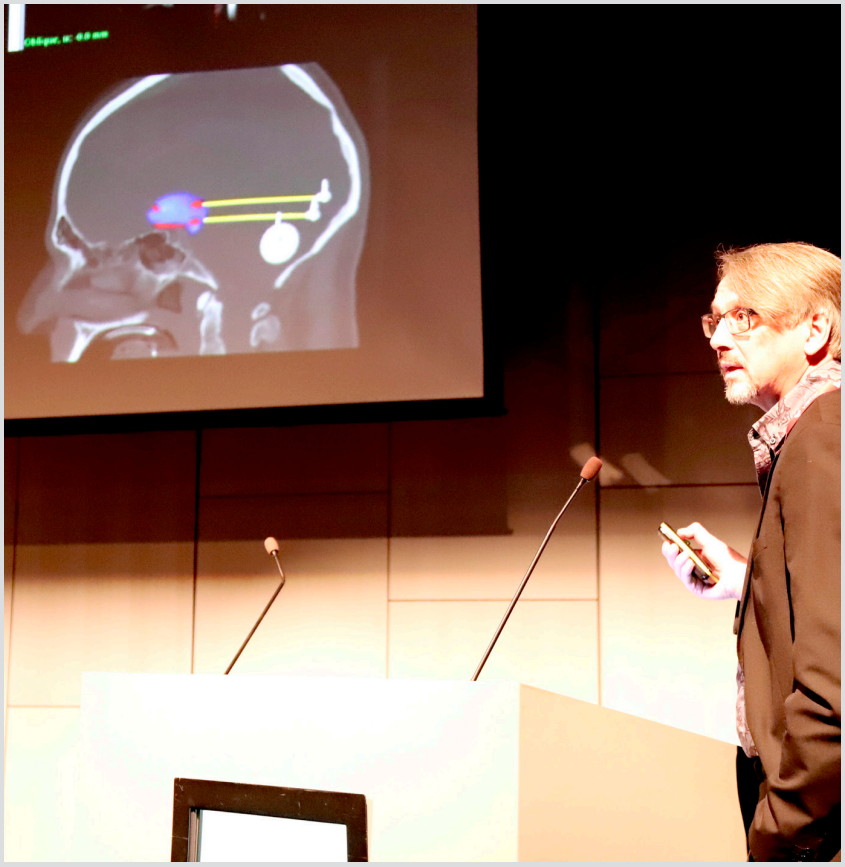
Rannsóknir þeirra byggja á niðurstöðum úr ígræðslum í apa og rottur. „Við erum að fá síðustu niðurstöður úr öpum, sem lofa góðu, og við eigum eftir að fá frekari niðurstöður úr rottutilraunum, en við gerum ráð fyrir að þessar ígræðslur verði prófaðar á mönnum innan eins til tveggja ára," segir Arnar og bætir við: „Klínískar rannsóknir eru þegar farnar af stað í Japan. Þeir byrjuðu í haust, en við erum enn með umsókn hjá FDA í Bandaríkjunum um leyfi til þess að fá að hefja þessar rannsóknir á sjúklingum í Bandaríkjunum."

Spurður hvernig áhugi hans á Parkinson-rannsóknum hófst segir Arnar að hann hafi alltaf viljað verða heilaskurðlæknir. „Ég hafði mikinn áhuga á heilanum og starfsemi hans. Ég á líka systur sem er með mjög slæma fötlun vegna hreyfisjúkdóms. Það kveikti hjá mér áhuga á að hægt væri að lækna slíka sjúkdóma í framtíðinni." Flestir glími við Parkinson. „Ef þetta tekst hjá Parkinson-sjúklingum verður mögulega hægt að nýta þetta fyrir aðra sjúkdóma í heila líka," segir Arnar.

Tímafrekar framfarir

En sér hann fyrir sér að ævin endist til að leysa vandann? „Það er spurning. Mér finnst tíminn líða ótrúlega hratt og síðustu 13 ár, eða frá því að ég fór þarna fyrst, hafa liðið mjög hratt. Þó hafa orðið framfarir, en þær taka stundum langan tíma og það þarf að tryggja öryggi meðferðarinnar."

James M. Schumacher heila- og taugaskurðlæknir á sjúkrahúsum í Sarasota og Boston tók þátt í Parkinson-málstofunni á Læknadögum, en hann hefur síðustu 8 ár unnið við rannsóknina að ígræðslum í apana. Þar var einnig Tipu Z. Aziz, frá Oxford, sérfræðingur í djúpkjarnaörvun, sem Arnar bendir á að sé sú skurðaðgerð sem sé viðurkennd í dag. Svo var þar yfirmaður Arnars og prófessor í Árósum, Jens Christian Sørensen, sem hefur rannsakað málefnið í áratugi.



Hjálmar Bjartmarz á Læknadögum í Hörpu. Mynd/gag

Fá of fá fóstur til ígræðslu

Skortur á fóstrum er helsta hindrun þess að hægt sé að halda áfram að nýta fósturvef til ígræðslu í Parkinson-sjúklinga. Þá vakni margar siðferðislega spurningar við slíkar aðgerðir, sagði Hjálmar Bjartmarz læknir í Lundi í Svíþjóð þegar hann fór á síðasta degi Læknadaga yfir árangur af frumuígræðslu í heila Parkinsonsjúklinga. Í kringum árið 1990 hafi þurft að hætta þessum aðgerðum vegna skortsins.

„Nú þegar við byrjuðum aftur þá söfnuðum við fóstrum frá Malmö, Stokkhólmi, Cambridge og Cardiff. Við áttum í vandræðum með að fá fóstur." Þau þurfi meðal annars að vera af ákveðinni þyngd og þá hafi valdið vandkvæðum þegar farið var að eyða fóstrum með pillum.

Hjálmar fagnaði því að stofnfrumur tækju við af fósturfrumum. Einnig að hægt væri að beisla þær þannig að þær yllu ekki æxlum.

Hjálmar fór yfir ígræðsluaðgerðirnar og sagði frá því að hver þeirra tæki um 7-10 klukkustundir: „Hvert spor tekur um 30 mínútur því það þarf að gerast svo hægt." Hann sagði að hættan á blæðingum við ígræslu fósturfrumna í *putamen* í heila væri lítil, aðgerðin væri nánast án blæðinga og vart hægt að sjá að sjúklingurinn hefði farið í meðferð. Af 1000 aðgerðum hefði aðeins tvisvar blætt. „Og báðir þessir sjúklingar hafa náð sér."

Samkynhneigðir fá að gefa blóð

Ráðgjafanefnd um fagleg málefni blóðbankaþjónustu hefur ákveðið að mæla með að samkynhneigðir karlmenn fái að gefa blóð 12 mánuðum frá nýjum bólfélaga. Nefndin telur mikilvægt að undirbúa vel breytinguna frá banni við blóðgjöf þessa samfélagshóps. Fylgja verði mikilvægum grunnskilyrðum svo hægt sé að stíga þetta skref. Undirbúningurinn getur tekið eitt til tvö ár.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Nefndin og blóðbankastjóri falla frá algjöru banni samkynhneigðra til blóðgjafar," segir Már Kristjánsson, yfirmaður smitsjúkdómalækninga hjá Landspítala sem fer fyrir henni. Með þessari breytingu verði stigið skref að því fyrirkomulagi sem gildi á Norðurlöndunum. Samkvæmt Má er tímabilið fjórir mánuðir í Danmörku og 6 í Svíþjóð. Uppfylla verði nokkur grundvallarskilyrði svo breytingarnar geti gengið eftir.

„Í fyrsta lagi er mikilvægt að allt blóð sé skimað með kjarnsýruprófi," segir Már. „Í öðru lagi er mikilvægt að reglur Blóðbankans verði uppfærðar hvað varðar áhættu annarra hópa svo samræmi verði í öllum heilsufarsreglum sem lúta að blóðgjöfum," segir hann og vísar til dæmis til þeirra með tattú, íhluta í húð, maga- og ristilspeglunar og þeirra sem stunda kynmök við fólk í sérstakri áhættu. Már nefnir fleiri skilyrði.

Hver skipa ráðgjafanefndina?

Már Kristjánsson
yfirlæknir smitsjúkdómalækninga
Kári Hreinsson
yfirlæknir svæfingadeildar
Ólöf Sigurðardóttir
sérfræðilæknir á rannsóknasviði Landspítala og SAk
Vilhelmína Haraldsdóttir
sérfræðingur í lyflækningum og blóðsjúkdómum

Kynheilsan verði skoðuð

„Við teljum mikilvægt að fram fari einhverskonar könnun á kynheilsu Íslendinga," segir Már. Nefndin leggi til rannsóknarsamstarf við akademíska samfélagið. Miðstöð í lýðheilsuvísindum væri til að mynda vel til þess fallin eða sambærilegir rannsóknarhópar.

„Það eru fyrst og fremst þessi atriði sem þarf að uppfylla," segir Már í samtali við *Læknablaðið*. Gera þurfi kostnaðaráætlun fyrir þessar breytingar. „Við teljum að fara þurfi fram rækileg umræða um málið þannig að allir hagsmunaaðilar; almenningur, sjúklingasamtök sem og aðrir séu upplýstir um að þrátt fyrir þessa breytingu sé ekki verið að stefna blóðþegum í hættu."

Spurður hvers vegna rannsaka þurfi kynheilsu landans svarar Már að bannið á sínum tíma hafi verið tilkomið vegna endaþarmsmaka og þeirrar vitneskju að tíðni blóðborinna sýkinga sé hærri meðal samkynhneigðra karlmanna í samanburði við aðra í samfélaginu.

„Rannsóknir myndu sýna fram á að kynhegðun almennings er með ýmsum hætti. Þegar liggja fyrir ýmis gögn um unglinga vegna rannsókna á árunum 2007-2009. Talsvert er um endaþarmsmök hjá gagnkynhneigðum unglingum," segir Már og að lítið sé vitað um kynhegðun Íslendinga frá tvítugu fram að sjötugu eða eldra.

Tólf mánuðir til öryggis

Már nefnir einnig áhuga á að taka saman upplýsingar um útbreiðslu blóðborinna sýkinga almennt. „Það er til slangur af gögnum um faraldsfræði blóðborinna sýkinga sem embætti sóttvarnalæknis hefur gefið út, en við vitum ekki nákvæmlega hvernig þetta dreifist á aldursbil eða hvert raunverulegt nýgengi er í hinu almenna þýði."

Spurður hvers vegna miðað sé við 12 mánuði hér þegar tíminn sé enn styttri í Svíþjóð og Danmörku, bendir Már á að tíminn sé oft lengri en þessi sem horft sé til hér á landi.

„Ákveðið hefur verið að hafa árin 5 í Kanada. Þar er röksemdin sú að það tók um 7 ár frá því að AIDS kom fram þar til að menn uppgötvuðu hvað ylli og hvernig mætti skima fyrir veirunni. Nú segja menn að tækninni hafi fleygt fram og ef óþekktir smitvaldar smituðust áfram við kynmök tæki um 5 ár að komast fyrir þá. Það er röksemdafærslan í Kanada."

„Við teljum að fara þurfi fram rækileg umræða um þessa breytingu þannig að allir hagsmunaaðilar; almenningur, sjúklingasamtök sem og aðrir séu upplýstir um að þrátt fyrir þessa breytingu sé ekki verið að stefna blóðþegum í áhættu."



Már Kristjánsson yfirmaður smitsjúkdómalækninga segir að uppfylla verði ákveðin grunnskilyrði svo samkynhneigðir karlar geti gefið blóð. Mynd/gag

Blóðgjöfunum treyst til sannsögli

Menn hafi hins vegar áttað sig á því að í sumum löndum, þar sem ákveðin tilslökun hefur verið leyfð, að traust eflist á milli þeirra sem koma og gefa blóð og þeirra sem að rannsaki blóðið.

„Það er að segja, einstaklingum er treyst til að segja satt og rétt frá heilsu sinni og kynhegðun. Við vitum að samkynhneigðir hafa gefið blóð en ekki upplýst um sína kynhegðun. Hvað eru margir í hópnum sem segja satt og rétt frá? Það vitum við ekki.“ Umdeilt sé að hafa mánuðina fjóra í Danmörku.

„Menn geta talað sig bláa í framan hvort þetta eigi að vera fjórir mánuðir, 6 ár eða 5 ár. Ólík sjónarmið liggja til grundvallar. Ástæðan fyrir því að Danir hafa mánuðina fjóra er að þrír mánuðir geta liðið frá smiti þar til það greinist hjá þekktum blóðbornum sýklum,“ segir hann. „Það getur vel verið að einhvern tímann í framtíðinni munum við ráðleggja styttri tíma, en við teljum traustast að taka frekar fleiri skref en færri í þessari vegferð.“

Kjarnsýruprófið eykur kostnaðinn

En er dýrt að senda gjafablóð í kjarnsýrupróf? „Það er klárt mál að kostnaður eykst ef þú skimar allt blóð með NAT (*Nucleic acid test*). En á móti eykst öryggi fyrir blóðþega. Þegar öllu er á botninn hvolft snýst blóðgjöf ekki um rétt fólks til að gefa blóð heldur rétt þeirra sem þiggja að fá gott blóð.“

Sjónarmið nefndarmanna sé að hafa öryggi blóðþega að leiðarljósi. „Þetta skref er tekið í þá átt að gefa fleiri einstaklingum kost á að gefa blóð. Síðan kemur sá tími í krafti nýrrar þekkingar og tækni að allir geta gefið blóð óháð kynhegðun. Þannig tækni er innan sjóndeildarhringsins, en hve hratt hún nær fótfestu veit maður ekki.“

Kjarnsýrupróf ekki gerð hér á landi

Gjafablóð er kjarnsýruprófað víða erlendis en ekki hér á landi. Már Kristjánsson segir þorra þjóða í kringum okkur kjarnsýruprófa gjafablóð. Hann nefnir til að mynda Dani, einnig Bandaríkjamenn, Breta og Ástrali. Japanir geri svo enn meira, því þeir skimi fyrir fleiri veirum en þeim sem séu blóðbornar.

Már segir ástæðuna fyrir því að ekki sé kjarnsýruprófað hér að ekki hafi verið neitt um blóðbornar sýkingar í rúma þrjá áratugi, en í kringum 1990 hafi greinst lifrarbólgu C-smit.

„Núverandi kerfi er mjög árangursríkt. Blóð á Íslandi er mjög gott. Hins vegar ef menn ætla að gera tilslakanir á þeim forsendum sem gilda í dag er það ekki talið forsvaranlegt nema með því að taka upp næmari próf sem geta gripið sýkingar,“ segir Már.

Notkun tauga- og geðlyfja eftir aldurshópum á Íslandi og í Svíþjóð

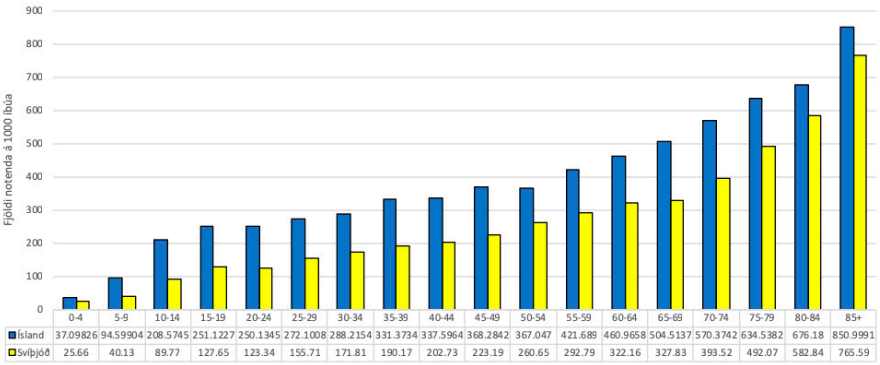
Ólafur B. Einarsson sérfræðingur, **Andrés Magnússon** fíknigeðlæknir
olafur@landlaeknir.is

Af Norðurlöndunum er notkun tauga- og geðlyfja mest á Íslandi en Svíar koma næst á eftir okkur. Íslendingar nota um 30% meira af þessum lyfjum heldur en Svíar og munar þar mest um notkun örvandi lyfja við ADHD og notkun þunglyndislyfja.

Á Íslandi er meira ávísað til allra aldurshópa, bæði hjá konum og körlum, heldur en í Svíþjóð. Þegar litið er á fjölda þeirra sem fá ávísað kemur í ljós að munur milli landanna er talsverður eftir kyni og aldri. Um 9% drengja á aldrinum 5 til 9 ára fengu ávísað tauga- og geðlyfjum á Íslandi sem er 80% hærra en meðal jafnaldra þeirra í Svíþjóð. Um 14% stúlkna á aldrinum 10-14 ára fengu ávísað tauga- og geðlyfjum á Íslandi sem er 80% hærra en meðal jafnaldra þeirra í Svíþjóð. Eftir því sem aldurinn vex er munurinn minni á milli landanna, einfaldlega vegna þess að langflestir yfir 85 ára í báðum löndunum taka tauga- og geðlyf (*ceiling effect*, sjá mynd 1 og 2).

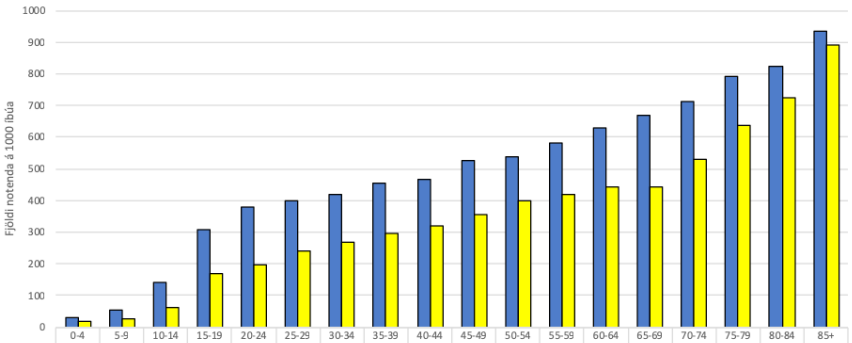
Ef litið er á mun milli landanna í ávísuðum dagsskömmtum er notkunin hærri á Íslandi í öllum aldurshópum, að frátöldum stúlkum á aldrinum 0-4 ára. Munurinn milli landanna er mestur fyrir aldurshópinn 5-9 ára en ávísaðir dagsskammtar voru 68% hærri meðal drengja og 67% meðal stúlkna á þessum aldri, sjá mynd 3 og 4. Skýringin á þessum mun milli landanna á lyfjanotkun meðal þeirra yngri liggur fyrst og fremst í ávísunum ADHD-lyfja en um 10 sinnum fleiri drengir 5-9 ára fá þessum lyfjum ávísað hér á landi miðað við Svíþjóð. Á Íslandi voru 12,6% drengja 5-9 ára settir á metýlfenídat árið 2017 en í Svíþjóð voru það 1,2%. Af

Mynd 1. Fjöldi karla sem fær ávísað tauga- og geðlyfjum á Íslandi og Svíþjóð árið 2017



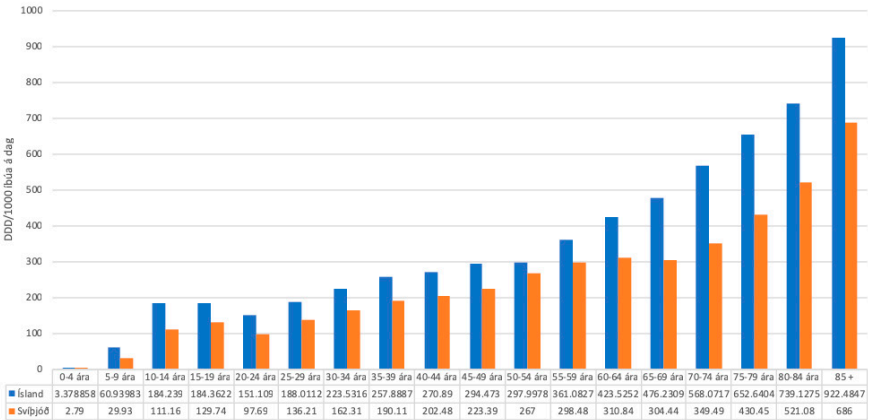
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Ísland	37.09826	94.59904	208.5745	251.1227	250.1345	272.1008	288.2154	331.3734	337.5964	368.2842	367.047	421.689	460.9658	504.5137	570.3742	634.5382	676.18	850.9991
Svíþjóð	25.66	40.13	89.77	127.65	123.34	155.71	171.81	190.17	202.73	223.19	260.65	292.79	322.16	327.83	393.52	492.07	582.84	765.59

Mynd 2. Fjöldi kvenna sem fær ávísað tauga- og geðlyfjum á Íslandi og Svíþjóð árið 2017



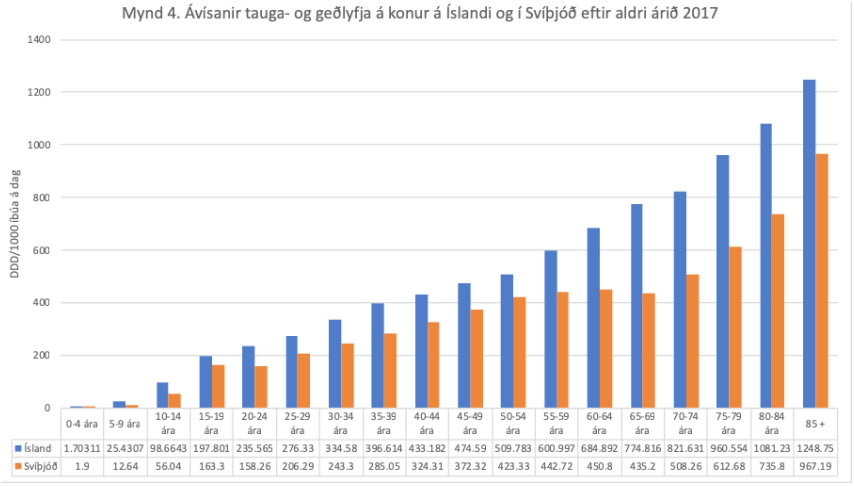
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Ísland	28.8489	52.5305	141.316	306.596	378.747	398.001	420.139	453.562	465.582	526.917	538.462	583.603	627.661	667.619	713.181	791.891	823.061	934.2
Svíþjóð	20.55	27.16	60.69	168.96	198.52	241.91	270.28	295.79	320.3	354.74	400.82	420.48	441.48	441.08	530.46	636.14	724.36	892.64

Mynd 3. Ávísanir tauga- og geðlyfja á karla á Íslandi og í Svíþjóð eftir aldri árið 2017



	0-4 ára	5-9 ára	10-14 ára	15-19 ára	20-24 ára	25-29 ára	30-34 ára	35-39 ára	40-44 ára	45-49 ára	50-54 ára	55-59 ára	60-64 ára	65-69 ára	70-74 ára	75-79 ára	80-84 ára	85 +
Ísland	3.378858	60.93983	184.239	184.3622	151.109	188.0112	223.5316	257.8887	270.89	294.473	297.9978	361.0827	423.5252	476.2309	568.0717	652.6404	739.1275	922.4847
Svíþjóð	2.79	29.93	111.16	129.74	97.69	136.21	162.31	190.11	202.48	223.39	267	298.48	310.84	304.44	349.49	430.45	521.08	686

Mynd 4. Ávísanir tauga- og geðlyfja á konur á Íslandi og í Svíþjóð eftir aldri árið 2017



	0-4 ára	5-9 ára	10-14 ára	15-19 ára	20-24 ára	25-29 ára	30-34 ára	35-39 ára	40-44 ára	45-49 ára	50-54 ára	55-59 ára	60-64 ára	65-69 ára	70-74 ára	75-79 ára	80-84 ára	85+
Ísland	1.7031	25.4307	98.6643	197.801	235.565	276.33	334.58	396.614	433.182	474.59	509.783	600.997	684.892	774.816	821.631	960.554	1081.23	1248.75
Svíþjóð	1.9	12.64	56.04	163.3	158.26	206.29	243.3	285.05	324.31	372.32	423.33	442.72	450.8	435.2	508.26	612.68	735.8	967.19

stúlkum 5-9 ára fengu 2,2% metýlfenídat á Íslandi en 0,36 % í Svíþjóð.

Munur á fjölda notenda meðal eldra fólks er lítill á milli landanna en á Íslandi eru skammtar hærri en hjá jafnöldrum þeirra í Svíþjóð. Sem dæmi er í aldurshópnum 80-84 ára 12-14% fleiri sem fá tauga- og geðlyf hér á landi en munurinn á ávísuðu magni er 34-38% hjá körlum og konum.

Lítil breyting á sér stað á árinu 2018 í ávísunum tauga- og geðlyfja en á árinu fengu 57.000 karlar og 75.000 konur ávísað tauga- og geðlyfjum. Það dregur úr ávísunum margra tauga- og geðlyfja en ávísanir þunglyndislyfja aukast um 5,2% frá árinu 2017 og eru þunglyndislyf stærsti hluti tauga- og geðlyfja hér á landi en árið 2018 fengu rúm 50.000 Íslendinga ávísað þunglyndislyfjum, eða 14,3% þjóðarinnar.

Til samanburðar fengu 9,7% Svía ávísað þunglyndislyfjum árið 2017.

Heimildir

Lyfjagagnagrunnar landanna
Hagstofa Íslands

Xarelto 15 mg/20 mg filmuhúðaðar töflur – Skyldutexti
▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skal Lyfjastofnun um **allar** aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. **Virkt efni:** Rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilaslag eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúplægum bláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Frábendingar:** •Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. •Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. •Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðingu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. •Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparinux), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynningarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. •Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur af flokki Child Pugh B og C. •Meðganga og brjóstagjöf. **Heimild:** Unnið í október 2018 úr Samantekt á eiginleikum lyfs (ágúst 2018). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst. Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. Markaðsleyfishafi:** Bayer AG. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Vinsamlegast hafið samband í síma 821 8046 ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum um lyfið. **Afgreiðslumáti og greiðsluþátttaka:** R, G. **Hámarkssmásöluverð þynnupakkninga (október 2018):** 12.082 kr. (28 stk.), 17.357 kr. (42 stk. – 15 mg eingöngu), 36.686 kr. (98 stk.), 37.824 kr. (100 stk.).

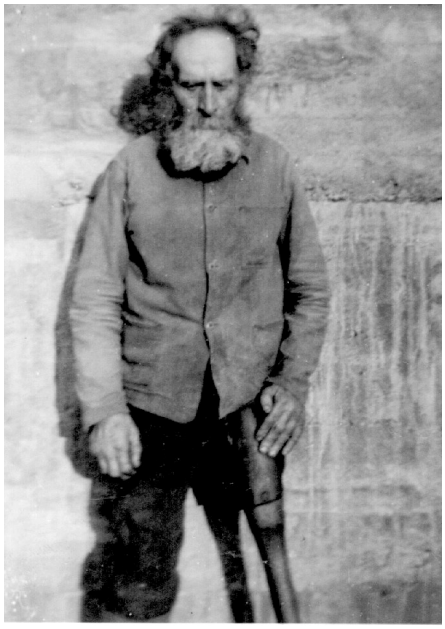
BAY181001

Þegar langafi missti löppina

Magnús Jóhannsson
magjoh@hi.is



Brúnastaðir í Tungusveit 1936.



Jón Þorvaldsson í Stapa 79 ára.

Áður hefur verið fjallað um þessa aflimun á prenti og má þar helst nefna *Læknablaðið* 2014 og bók frænda míns Hannesar Péturssonar, *Frá Ketubjörgum til Klaustra*, 1990. Málið er mér skylt þar sem sjúklingurinn var langafi minn og get ég bætt ýmsu við fyrri frásagnir. Þessi langafi minn lést ári áður en ég fæddist en ég ræddi þennan atburð mörgum sinnum við föður minn og afa.

Faðir minn var Jóhann *Jón* Þorvaldsson (1915-2007; varð 92 ára), afi var Þorvaldur Jónsson (1884-1989; varð tæplega 105 ára) og langafi Jón Þorvaldsson varð 83 ára (1857-1941). Þetta voru langlífir karlar og afi var meðal elstu Íslendinga. Þorvaldur afi minn hætti að reykja 95 ára gamall þegar hann las í blaði að reykingar væru óhollar; hann hætti að drekka áfengi tveimur árum síðar og sagði að það færi ekki vel í sig lengur. Í 100 ára afmælisveislunni 31. desember 1984 gleymdi hann þessu, varð nokkuð blekaður og endaði í hjólastól heimilisins. Kannski hefði hann orðið enn eldri ef hann hefði hætt reykingum fyrr, en hann reykti nú aldrei mikið. Þorvaldur var bóndi í Hjaltastaðakoti (nú Grænamýri) í Blönduhlíð þar sem faðir minn fæddist. Síðar bjó hann á Íbishóli en brá búi 1928 og gerðist verkamaður á Sauðárkróki og síðar Reykjavík. Hann vann í mörg ár við vitabyggingar sem var í þá daga einhver erfiðasta vinna sem þekktist. Eftir að hann flutti til Reykjavíkur bjó hann lengst af með dóttur sinni og tengdasyni, allt til dauðadags.

Langafi minn var gjarnan kallaður Jón í Stapa en hann bjó í Stapa í Tungusveit (Skagafirði). Hann fékk sýkingu í vinstri fót sem sennilega hafa verið berklar. Sýkingin breiddist út og þegar hún var komin frá fæti og upp fyrir hné var karlinn orðinn rúmfastur og augljóst hvert stefndi. Þegar þarna var komið sögu, árið 1891, var hann 33 ára gamall. Hann hafði misst fyrri konu sína og átti 6 ára son (afa minn) frá því hjónabandi og sama sumar og fóturinn var tekinn af honum eignaðist hann son með síðari konu sinni.

Þrír menn komu að þessari aflimun: héraðslæknirinn Árni Jónsson, þá fertugur; læknaneminn Guðmundur Hannesson, þá 25 ára og sóknarpresturinn Jón Ó. Magnússon, þá 35 ára. Guðmundur hafði um vorið lokið fyrrihlutaprófi í læknisfræði við Kaupmannahafnarháskóla og lauk læknaprófi þar þremur árum síðar. Svo virðist sem Guðmundur hafi verið fenginn til að aðstoða Árna við aðgerðina en þegar þeir fóru að bera saman bækur sínar kom í ljós að Guðmundur hafði talsvert meiri reynslu af skurðaðgerðum og endirinn varð því sá að Guðmundur gerði aðgerðina en Árni aðstoðaði. Þáttur Guðmundar Hannessonar í þessari aflimun skipti sköpum. Presturinn, séra Jón, sá um svæfinguna en hann hafði ætlað sér

Öldungadeild
Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Kristófer Þorleifsson formaður
Jóhannes M. Gunnarsson ritari
Guðmundur Viggósson gjaldkeri
Halldóra Ólafsdóttir
Margrét Georgsdóttir

Öldungaráð
Hörður Alfreðsson
Magnús B. Einarson
Reynir Þorsteinsson
Snorri Ingimarsson
Þórarinn E. Sveinsson

Umsjón síðu
Magnús Jóhannsson

að verða læknir. Ljóst er að Guðmundur tók allnokkra áhættu með þessu vegna þess að hann var enn læknanemi og hefði getað lent í vondum málum ef sjúklingurinn hefði ekki lifað þetta af. Ef illa hefði farið má samt ætla að Árni hefði haldið yfir honum hlífiskildi og í skýrslu hans til landlæknis um þessa aðgerð er Guðmundar og hans þáttar ekki getið.

Ýmislegt er á huldu varðandi þessa aðgerð. Fyrst má nefna svæfinguna en hún hefur verið framkvæmd annaðhvort með klóróformi eða eter. Svæfingar með þessum efnum í opnum maska voru orðnar algengar í Evrópu um miðja 19. öld en engar heimildir eru til um etersvæfingar á Íslandi fyrr en eftir aldamótin 1900; því má gera ráð fyrir að þarna hafi verið svæft með klóróformi. Hvergi er minnst á saumaáhöld en Árni héraðslæknir hlýtur að hafa átt nálar og girni. Ekki er heldur ljóst hvernig þeir söguðu lærlegginn í sundur en samkvæmt einni heimild var notast við grindarsög úr smiðjunni á bænum; hvernig sögin var sótthreinsuð er nokkur ráðgáta. En útkoman var góð og sárið greri án teljandi vandræða.

Langafi var smiður góður og smíðaði sér gervifót úr tré og leðri. Hann gekk til flestra verka en gat þó hvorki rist torf né höndlað heybagga. Hann missti síðari konu sína 1899 og var því einn með börn sín 5, eins fatlaður og hann var. Þetta var fyrir nálægt 120 árum og eins og heimurinn hefur breyst er erfitt að gera sér í hugarlund líf fólks í þá daga, hvað þá heldur hlutskipti fatlaðs fólks.

Árið 1936 tók faðir minn meðfylgjandi myndir á kassavél. Síðustu 14 árin sem langafi lifði dvaldi hann sem húsmaður hjá góðu fólki á Brúnastöðum í Tungusveit og andaðist þar 5 árum eftir að myndin var tekin. Tveimur árum eftir að hann dó leitaði faðir minn að gervifætinum en hann hafði þá sennilega verið notaður í eldivið.



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER

APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS

LIPRIR PENNAR

Læknablaðið hefur beðið nokkra lipra penna í læknastétt að senda blaðinu hugleiðingar sínar í dagsins önn.



Höfundur einn í veiðiferð með Guinness-húfuna sína.

Veiðilækningar

Hlynur Níels Grímsson
Almennur læknir

hgrimsson@me.com

Ég hef setið fleiri fundi og ráðstefnur um heilsu og líðan lækna en ég kæri mig um að muna eða get munað (svona í seinni tíð). Þetta hefur allt saman verið mjög áhugavert. Niðurstaða allra þessara funda og ráðstefna er að læknum líði almennt ekki vel og þar hafi starfið og starfsaðstæður mikið að segja.

Allir þessir fundir og ráðstefnur hafa átt það sameiginlegt að í kjölfar þeirra hefur ekkert breyst í störfum og starfsaðstæðum íslenskra lækna. Nákvæmlega núll. Landspítali heldur áfram að vera alltaf jafn yfirfylltur og venjulega, lýst er yfir neyðarástandi alla miðvikudaga og veikt fólk er almennt séð vinsamlega beðið að halda sig í burtu. Svona til að taka nærtækt dæmi.

Við svona starfsaðstæður er sagt mikilvægt að eiga sér áhugamál til að hvíla hugann áður en maður heldur síðan aftur í vinnuna. Ég á mér líka áhugamál. Ég veiði. Fisk, það er að segja. Mér var einu sinni boðið í gæsaveiði. Sú morgunstund flokkast ekki með hápunktum ævi minnar. Ég sofnaði ofan í skurðinum þar sem beðið var eftir morgunfluginu, hraut hástöfum og svo var ekki einu sinni hægt að vekja lækninn enda kúguppgefinn eftir vaktina deginum áður. Mér var ekki boðið aftur.

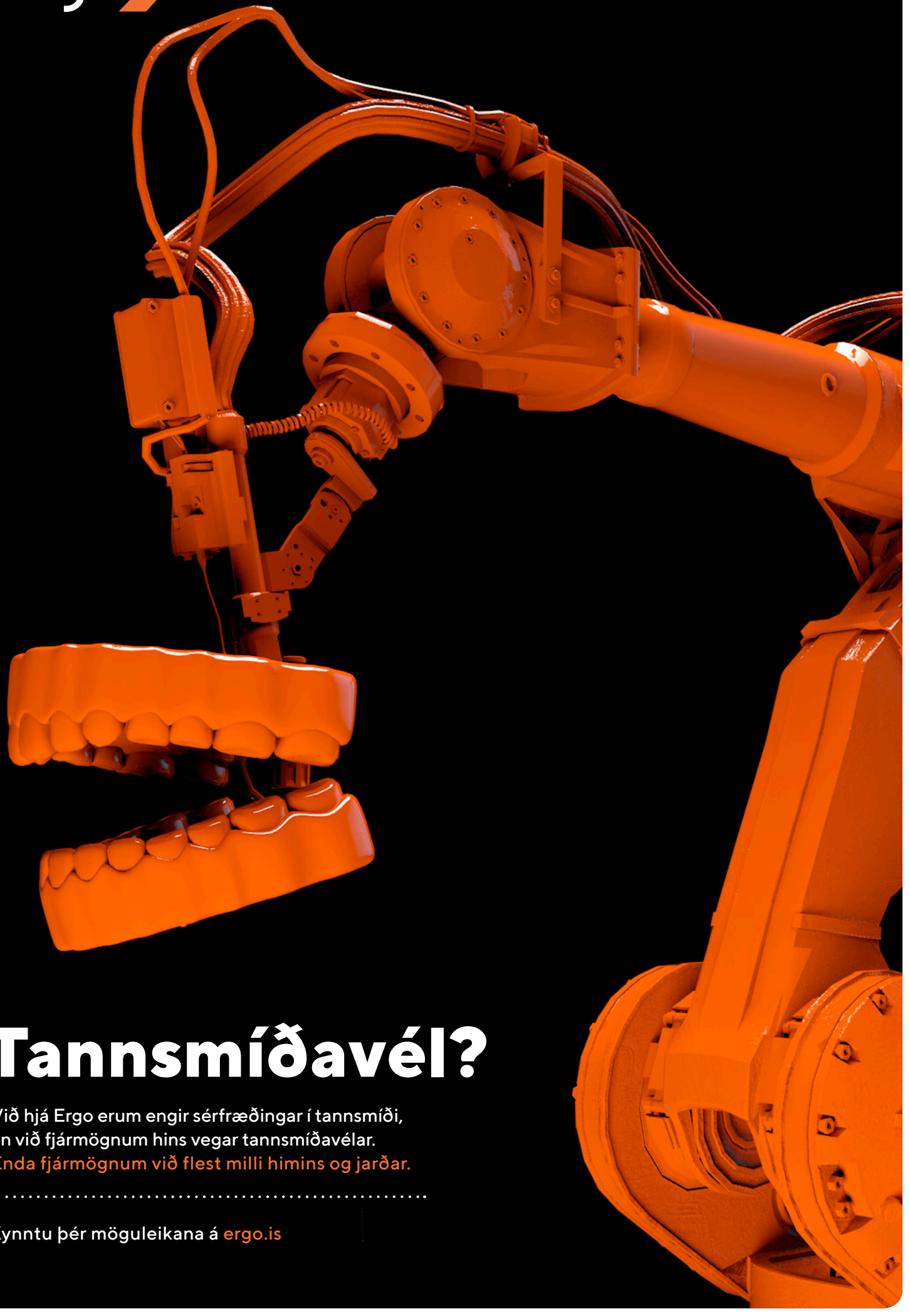
En það er þetta með fiskinn, eða öllu heldur silunginn, hef ekki efni á laxinum enda sú veiði löngu hætt að vera fyrir kaupmátt dauðlegra. Mér finnst ég mjög góður veiðimaður, eiginlega frábær. Ég er algerlega útspekúleraður í flugum, flugulínum, flugustöngum og fluguveiðifatnaði. Ég er hættur að veiða á annað en flugu, sem þýðir til dæmis að barnungir synir mínir veiddu mig undir borðið í síðustu Veiðivatnaferð með bensínstöðvarspúnagræjunum sínum. Ég var alls ekkert sár.

Ég veiði auðvitað eingöngu á flugu núorðið, allir vita að fluguveiði er listgreinin sjálf innan veiðanna, æðsta stigið, hverju skiptir þá að hvort maður veiði minna en veiðifélagarnir? Ég er að ljúga. Það skiptir öllu máli hvað maður veiðir marga. Maður er ekki keppnismaður fyrir ekki neitt. Maður fór ekki í gegnum Numerus Clausus fyrir ekki neitt. Verst er þegar eiginkonan gefur í skyn að maður veiði aldrei neitt. Það er bara ekki satt. Það gerist alveg að ég veiði. Sumir alveg ókei stórir. Alltaf hægt að setja hina bara í reyk, þá koma þeir inn á heimilið niðurskornir og vakúmpakkaðir þannig að engin leið er að giska á upphaflega stærð þeirra. 1 - 0 fyrir mér.

En það var þetta með læknaheilsuna. Ég sem sagt veiði. Og hin merkilega staðreynd er sú að mér finnst best að veiða einn, allra helst þar sem tæplega er möguleiki að hitta á aðra mannveru. Þess vegna fer ég iðulega á slóðir forfeðra minn á heiðum Húnaþings. Þaðan er ég runninn. Skrýtið að segja það, en stundum finn ég meira að segja fyrir skyldleikanum þarna uppi á reginheiðum, aleinn með rigningarúðann í andlitið í kvöldsvalanum. Í júní kemur nóttin aldrei á þessum slóðum og mig langar ekki til að fara að sofa. Það eina sem mig langar til að gera er að standa úti í lognkyrru vatninu, heyra úið í himbrimanum og velja næstu flugu úr boxinu í vinstri brjóstvasanum. Og staðreyndin er sú að á þessum stundum hugsa ég aldrei um vinnuna mína. Bara ekki. Og staðreyndin er sú að þessar stundir eru hollar. Þær eru nauðsynlegar til að minna sig á að maður er ekki bara læknir heldur líka maður. Mér er sagt að svona stundir séu kallaðar „núvitund“ á nútímamáli og hægt sé að skrá sig á rándýr námskeið til að þjálfa sig í að upplifa svoleiðis stundir.

Það er ekki fyrr en ég er að keyra niður af heiðunum sem ég man eftir að skráningarfresturinn á næstu ráðstefnu um læknaheilsu er að fara að renna út.

ergo



Tannsmíðavél?

Við hjá Ergo erum engir sérfræðingar í tannsmíði,
en við fjármögnum hins vegar tannsmíðavélar.
Enda fjármögnum við flest milli himins og jarðar.

Kynntu þér möguleikana á ergo.is



WELLION GALILEO GLU/KET

BLÓÐSYKUR- OG KETÓNAMÆLIR

Hægt að mæla blóðsykurgildi og ketónagildi í blóði með eina og sama mælinum.
Wellion blóðsykur- og ketónamælirinn er notaður á mörgum háskólasjúkrahúsum í Evrópu.
Mælirinn er traustur, nákvæmur og er með stórum skjá og ljósi til að auðvelda mælingu.
Blóðdropi er settur á glúkósa- eða ketóstrimil eftir því hvort á að mæla og niðurstaða fæst á 5 – 8 sekúndum.
Mæling með blóðdropa er mun nákvæmari en aðrar leiðir til að mæla ketóna í blóði.

AF HVERJU AÐ MÆLA KETÓNA?

- Þegar einstaklingar eru greindir í fyrsta skipti með sykursýki og blóðsykurgildið er hátt, er mikilvægt að mæla ketónagildi (diabetic ketoacidosis) til að meta hættuástand sjúklingsins.
- Börn og unglingar eru í aukinni hættu á að vera með langvarandi háan blóðsykur og því getur ketónagildið hækkað nokkuð hratt með tilheyrandi hættu.
- Þegar einstaklingar með sykursýki glíma við veikindi, eins og háan hita eða uppköst, er hættan mest á ketónaeitrun.
  Þá getur bjargað miklu að geta mælt ketónagildi í blóði.
- Ef einstaklingur er viðkvæmur fyrir ketónasveiflum í blóð er mikilvægt að fylgjast með ketónagildinu á auðveldan hátt.
- Hægt er að fá ketónaeitrun þó blóðsykurinn sé innan eðlilegra marka. Það getur gerst þegar einstaklingur með sykursýki er án insúlins lengur en eina og hálfa klukkustund og er með insúlínskort í blóði.

PAKKINN INNIHELDUR:

- Wellion GLU/KET mælir
- 10 x Glúkósa strimlar
- 1 x skotbyssa fyrir fingur
- 10 x stungunálar
- Veski fyrir mælinn
- Auðlesinn bæklingur með myndum til útskýringa.





Nánari upplýsingar veitir
Júlíus Arnarson
Netfang: julius@fastus.is