Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



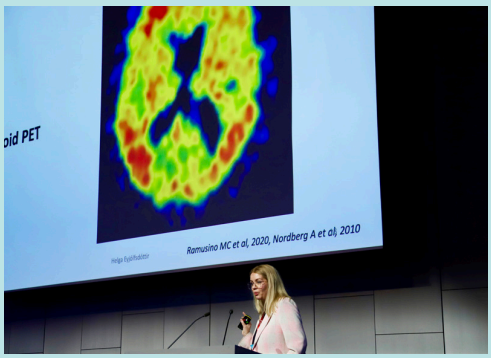








LÆKNADAGAR 2023





GREIN
Áföll í æsku valda verkjum á fullorðinsárum

LEIÐARI
Hulda Hjartardóttir

VIÐTAL
Alma Möller

HEIMILISLÆKNINGAR
Pétur Pétursson, Ásthildur Erlingsdóttir



02/2023 109. árgangur: 57-116

Auglýsing



Guðni Th. Jóhannesson forseti Íslands setti Læknadaga og hvatti til jákvæðs hugarfars í starfi og jafnvægis. Mynd/gag

„Við þurfum að ná jafnvægi“

Forseti Íslands lýsti því í opnunarræðu á Læknadögum hversu mikilvægt það væri að vinna af kappi og vilja til að gera betur frekar en að festast í áhyggjum og angist yfir því hversu vandamálið er umfangsmikið

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Mér fannst eiginlega forseti Íslands nánast skamma okkur fyrir að vera að væla svona mikið um álag,“ sagði Margrét Ólafía Tómasdóttir, formaður Félags íslenskra heimilislækna, á málþinginu *Líðan lækna – Næstu skref* á Læknadögum þegar hún hóf erindi sitt og vísaði til ræðu forsetans frá opnunarhátíðinni. Forsetinn hvatti þar lækna til að halda í Pollýönnu-hlið sína. Þeir þyrftu að ná ákveðnu jafnvægi í starfi.

„Og ég held að við gætum jafnvel líka spurt okkur: Er þá ástandið ekki betra en það var einu sinni?“ spurði forsetinn. „Er ekki ástandið betra en það var í gamla daga, eða var allt betra í gamla daga?“ Hann varpaði 50 ára gamalli frétt á skjáinn þar sem vísað var til þess að þúsundir heimilislækna vantaði hér fyrir sunnan og aðeins einn væri á Akureyri.

„Og hvernig var ástandið á slysó,“ spurði hann og vísaði í jafngamla fyrirsögn úr *Tímanum*: „Geðsjúkir, drykkjusjúkir og töfluætur fylla slysadeildina.“ Tímarnir væru í það minnsta umburðarlyndari nú.

„Við erum þá kannski á réttri leið, er það ekki?“ sagði hann og áréttaði: „Smá *balance* – smá mótvægi hjálpar okkur alltaf.“ Hann sagði nýjar heilsugæslustöðvar ekki leysa vandann heldur forvarnir gegn lífsstílstengdum sjúkdómum. Ráðast þyrfti á rót vandans.

Margrét Ólafía sagði mikilvægt í umræðum á málþinginu um miðja Læknadaga að lýsa stöðunni eins og hún væri, því það væri grundvöllur fyrir breytingum. „Það þýðir ekki að fela hlutina,“ sagði hún og velti fyrir sér hvort umræðan hefði hugsanlega varað of lengi án aðgerða.

„Helst hefði ég haldið að við værum föst í ákveðnum vítahring með álagið. Þegar álagið er mikið, eins og við vitum, erum við föst í að hlaupa stöðugt hraðar og höfum ekki tóm eða rými til að staldra við og greina vandann og breyta því sem þarf að breyta svo aðstæður okkar verði betri.“ Hún velti því einnig upp hvort læknar hefðu týnt tilgangi sínum í óþarfa aukahandtökum.

Nokkuð var togast á á málþinginu og þeirri spurningu varpað úr sal hvort kulnun í læknastétt væri nokkuð meiri en í öðrum. „Nei, svo er ekki,“ sagði Bára Hildur Jóhannsdóttir, formaður Landsráðs um mönnun og menntun í heilbrigðisþjónustu, sem einnig hélt þar erindi og sýndi klippur úr gömlum fréttum og hvatti fólk til að tempra orðræðuna um álagið.

„Þetta er ekkert nýtt af nálinni og við erum ennþá, tveimur áratugum síðar, á svipuðum stað með sömu fyrirsagnirnar. Við þurfum því að finna nýjan takt,“ sagði Bára og benti á að bruninn væri helst hjá ungu fólki á barneignaraldri sem héldi mörgum boltum á lofti: konum.

Steinunn Þórðardóttir, formaður Læknafélagsins, segir í viðtali við *Læknablaðið* að neikvæð umræða verði ekki til í tómarúmi. „Það er erfitt að ríghalda í jákvæðnina árum, eða jafnvel áratugum saman, þegar ekkert bólar á aðgerðum til að mæta sívaxandi álagi,“ segir hún.

„Læknar hafa ítrekað sett fram raunhæfar hugmyndir að lausnum, meðal annars í ákalli 1000 lækna til heilbrigðisráðherra, sem nú nálgast óðfluga tveggja ára afmælið. Þessar hugmyndir virðast því miður meira og minna daga uppi í skúffum ráðamanna.“

Í opnunarræðu sinni benti hún á að kulnun heilbrigðisstarfsfólks væri alþjóðleg krísa sem teygði anga sína svo sannarlega hingað til lands. „Hún er sérstök fyrir okkar geira og lýsti lýðheilsuskóli Harvard-háskóla því yfir árið 2019 að kulnun lækna væri lýðheilsukrísa eða „public health crisis“– og það fyrir COVID!“

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Berglind Jónsdóttir
Gunnar Thorarensen
Hulda María Einarsdóttir
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Lilja Sigrún Jónsdóttir
Oddur Ingimarsson
Ólafur Árni Sveinsson

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingar
Ingvar Freyr Ingvarsson
ingvar@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
1850

Áskrift
23.400,- m. vsk.
Lausasala
2340,- m. vsk.

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

Dreifing
Íslandspóstur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík

© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild, án leyfis.

Fræðigreinar Læknablaðsins eru skráðar (höfundar, greinarheiti og útdrættir) í eftirtalda gagnagrunna: Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition, Scopus og Hirsluna, gagnagrunn Landspítala.

The scientific contents of the Icelandic Medical Journal are indexed and abstracted in Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition and Scopus.
ISSN: 0023-7213

LEIÐARAR



63

Hulda Hjartardóttir

Þörf á frekari rannsóknum á útkomu þungana hjá konum af erlendum uppruna

Miklir fólksflutningar hafa orðið víða um heim og er Ísland ekki undanskilið. Ekki er að sjá annað en þetta haldi áfram bæði vegna stríðsástands og ójöfnuðar víða um heim. Rannsóknir benda til þess að uppruni, menntun og tungumálafærni skipti máli þegar kemur að heilsufari og samskiptum við heilbrigðisstofnanir.



65

Svanur Sigurbjörnsson

Vaxandi tré þarfar í litlum potti lækninga

Sé ekki nægt rými til staðar er veikt fólk lagt seint inn á viðeigandi meðferðarstaði og er jafnvel ýtt of fljótt út af þeim. Viðeigandi staðir eins og hágæsla eru jafnvel ekki til og of fáir viðeigandi staðir fyrir hægan bata (endurhæfingu, hjúkrun) teppa útflæðið.

FRÆÐIGREINAR

67

Vigdís Hlíf Pálsdóttir, Þorbjörg Jónsdóttir, Guðmundur Kristján Óskarsson

Tengsl langvinnra verkja á fullorðinsárum og sálrænna áfalla í æsku

Sálrænu áfalli fylgir mikil streita sem leitt getur til þess að einstaklingur verður næmari fyrir því að þróa með sér sjúkdóma síðar á lífsleiðinni. Áföllum í æsku fylgir aukin hætta á því að verða fyrir líkamlegu, tilfinningalegu og kynferðislegu ofbeldi á fullorðinsárum. Þeim sem hafa upplifað erfiða reynslu sem börn er jafnframt hættara við að glíma við langvinna verki á fullorðinsárum.

75

Embla Ýr Guðmundsdóttir, Lilja Vigfúsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir

Tíðni fyrirburafæðinga og áhættuþátta hjá íslenskum konum og konum af erlendum uppruna á árunum 1997-2018

Rannsóknir hafa sýnt aukna áhættu á fyrirburafæðingum hjá konum af erlendum uppruna í samanburði við innfæddar og hefur það í sumum rannsóknum jafnvel verið talinn sjálfstæður áhættuþáttur fyrir fyrirburafæðingum að vera af erlendum uppruna. Fyrirburafæðingar eru taldar vera á bilinu 5-18% fæðinga á heimsvísu. Meðaltal á heimsvísu er 10,6% en þrátt fyrir að tíðnin hér á landi sé lægri hafa fyrirburafæðingar hér á landi aukist úr 4,8% árin 1972-1981 í 6,1% árin 2012-2016.

82

Ingibjörg Gunnarsdóttir, Ari J. Jóhannesson, Jóhanna Eyrún Torfadóttir, Zulema Sullca Porta, Bryndís Eva Birgisdóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir

Joðneysla tveggja ára barna og fullorðinna á Íslandi og mat á áhrifum þess að nota joðbætt salt við framleiðslu á brauði

Ekki er reglulega fylgst með joðhag almennings á Íslandi. Þær rannsóknir sem eru til benda til þess að joðhagur hafi í gegnum tíðina verið fullnægjandi. Ófullnægjandi joðhagur greindist í fyrsta sinn á Íslandi í rannsókn frá 2017-2018 meðal barnshafandi kvenna. Erlendar rannsóknir benda til þess að jafnvel vægur joðskortur á meðgöngu geti haft áhrif á þroska barna.

Mynd/gag



Á FORSÍÐU

Læknadagar gengu í endurnýjun lífdaga í janúar eftir COVID-dvala síðustu ára. Það fór ekki brosið af 800 læknum sem tóku þátt í gleðinni alla vikuna: þeir sporðrenndu milljón kleinum og karmellum, nokkur hundruð lítrum af latte og allskonar djúsum, og innbyrtu nokkur gígabæt af upplýsingum um nýjar rannsóknir, nýja tækni, nýjar lausnir og uppgötvanir í læknavísindum. Svo keyptu líka 450 þeirra miða á árhátíð Læknafélagsins og urðu ekki sviknir af þeirri skemmtun. Myndir/Védís

UMFJÖLLUN OG GREINAR



94

Barist gegn vitrænni skerðingu við geðhvörf

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Sérhæfð teymismeðferð fyrir fólk með geðhvörf hefur sannað sig á geðsviði Landspítala. Markmiðið er að koma í veg fyrir veikindalotur, segir Birna Guðrún Þórðardóttir geðlæknir



96

Mótar þekkinguna á mergæxli

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Rannsóknin „Blóðskimun til bjargar" fór á flug í kvöldverðarboði árið 2015. Sigurður Yngvi Kristinsson, prófessor í blóðsjúkdómum við Háskóla Íslands, fer yfir verkefnið, sigrana og hvernig rannsóknin breytir nú greiningu forstigsmergæxlis



98

Fólk ætti að vilja laga það sem þarf að laga

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Vandi bráðamóttökunnar á sér áratuga langan aðdraganda, segir Alma D. Möller landlæknir. Hún er lent eftir COVID-takmarkanirnar þar sem kastljósið stóð á þríeykinu hennar. Þessi tími breytti hvorki henni né embættinu og hún fann ekki fyrir brunaáhrifum

ÖLDUNGADEILDIN

104

Reynir Tómas Geirsson, Guðmundur Vikar Einarsson

Öldungar við símann

Allt í einu vorum við, seniorarnir, komin inn í hringiðu hins klíníska veruleika á ný

106

Ársæll Jónsson

Hjólað í vinnuna árið 1976

FÉLAG LÆKNANEMA

110

Daníel Pálsson

Að fjölga læknanemum um helming

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

112-113

Heimilislæknar



Pétur Ingvi Pétursson



Ásthildur Erlingsdóttir

BRÉF TIL BLAÐSINS

102

Ragnar Freyr Ingvarsson

Er réttlætanlegt að leggja skatt á sjúklinga?

Það er kominn tími til að fara að lögum og færa sjúkratryggingar landsmanna til nútímans

103

Guðmundur Þorgeirsson

Inntak læknisstarfs og læknanáms í framtíð

Hvernig á að velja námsefni fyrir læknanema og hvað á að hafa forgang?

LÖGFRÆÐI 47. PISTILL

109

Dögg Pálsdóttir

Vottorðafargan og vottorðafrumskógur



88

Fréttir

111

Nýr doktor

Ásta Dögg Jónasdóttir

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

93

Theódór Skúli Sigurðsson

Samtöl um áherslur og aðgerðir í heilbrigðismálum á Íslandi

Stjórnmálamenn þurfa að treysta læknum, taka samtalið og hlusta á góð ráð



DAGUR Í LÍFI INNKIRTLALÆKNIS

101

Arna Guðmundsdóttir

08:00

Geng í vinnuna á Landakoti sem tekur aðeins 6 mínútur, þvílík lífsgæði!



BÓKIN MÍN

107

Gerður Gröndal

Eitt bros getur dimmu í dagsljós breytt

Ég klaraði barnabækurnar í Bókasafni Kópavogs 12 ára og fór þá að lesa skáldskap og heimsbókmenntir



LIPUR PENNI

114

Michael Clausen

Tónlist, heilsa og hamingja

Búið er að ræða mataræði og hreyfingu í 2500 ár en nú er tími tónlistarinnar kominn!



Auglýsing

Þörf á frekari rannsóknum á útkomu þungana hjá konum af erlendum uppruna



Hulda Hjartardóttir
yfirlæknir fæðingaþjónustu, kvenna- og barnasviði Landspítala

Í þessu hefti *Læknablaðsins* birtist athyglisverð grein Emblu Guðmundsdóttur og félaga um tíðni fyrirburafæðinga á Íslandi og áhrif þess að vera móðir af erlendum uppruna. Tíðni fyrirburafæðinga hefur áður verið skoðuð hérlendis og þekkt að hún er með lægsta móti á heimsvísu. Áhrif uppruna mæðranna hefur þó ekki verið skoðuð sérstaklega að neinu marki.[1]

Miklir fólksflutningar hafa orðið víða um heim og er Ísland ekki undanskilið. Ekki er að sjá annað en þetta haldi áfram, bæði vegna stríðsástands og ójöfnuðar víða um heim en einnig þykir minna mál að flytja á milli landa þegar góð atvinnutækifæri og kjör bjóðast. Rannsóknir benda til þess að uppruni, menntun og tungumálafærni skipti máli þegar kemur að heilsufari og samskiptum við heilbrigðisstofnanir.

Í nýjustu bresku mæðradauðaskýrslunni sem kom út fyrir rúmu ári var sérstaklega á það bent að orsakir mæðradauða megi of oft rekja til félagslegs ójöfnuðar og annars uppruna en bresks. Sama hefur sýnt sig þegar burðarmálsdauði er skoðaður í Bretlandi með vaxandi tíðni bæði andvana fæðinga og nýburadauða eftir uppruna og versnandi félagslegrar stöðu þar sem þeldökkar konur frá Afríku standa verst að vígi *npeu.ox.ac.uk/mbrrace-uk/reports*

Orsakir sjálfkrafa fyrirburafæðinga eru um margt óþekktar og eru sennilega fjölþættar eins og fram kemur í grein Emblu og félaga. Talið er að bólguferlar af ýmsu tagi, sýkingar, leghálsveila, rof á líknarbelg og blæðing eigi þar þátt en einnig hafa þær verið tengdar andlegu álagi, næringu, aldri móður, uppruna og félagslegri stöðu.[2]

Hérlendis sást hærri tíðni sjálfkrafa fyrirburafæðinga kvenna af erlendum uppruna en nánar tiltekið bara hjá þeim hópum kvenna sem koma frá svæðum með lægri lífskjaravísitölu en á Íslandi. Þessi munur fannst ekki þegar orsökin var meðferðartengd, svo sem vegna meðgöngueitrunar eða vaxtarskerðingar. Hægt er að velta því fyrir sér hvort það sé gott eða slæmt þar sem meðgöngueitrun og vaxtarskerðing hefur einmitt einnig verið tengd uppruna, sérstaklega frá Afríku, og vaxtarskerðing er algengari þar sem félagsleg staða og næring er verri. Getur verið að áhættuþættir fyrir slæmri útkomu uppgötvist síður hjá þessum hópi vegna stopulli mæðraverndar eða samskiptaörðugleika. Fyrirburafæðing í meðferðarskyni hefur þann tilgang að fækka fylgikvillum fyrir móður og barn tengt því að ganga lengur með. Þannig getur slík meðferð komið í veg fyrir andvana fæðingar og mæðradauða en erfitt er að sýna fram á mun á fátíðum en alvarlegum afleiðingum í litlu þýði eins og hér er. Ef til vill skýrir smæð þýðisins það að ekki fannst munur á útkomu eftir uppruna þegar fæðingar allra yngstu fyrirburanna er skoðuð. Þar sem um mjög fá tilvik er að ræða er ekki endilega hægt að búast við að niðurstöður séu marktækar. Gott er þá að hafa til hliðsjónar rannsóknir úr stærra þýði eins og að ofan er getið.

Athyglisvert er að ekki voru neinar greiningar tengdar geðsjúkdómum hjá erlendu konunum og má leiða að því líkur að þar sé um að ræða vangreiningu sem er ef til vil tengd tungumálaerfiðleikum en einnig mögulega menningarmun. Margir sem leita hingað hafa orðið fyrir erfiðri upplifun heima fyrir eða á ferðalaginu. Undirliggjandi geðvandamál ættu því að vera síst minni en hjá konum með íslenskt ríkisfang. Betri túlkaþjónusta og lengri viðtöl geta verið nauðsynleg til að ná þessum þáttum fram.

Miklir fólksflutningar hafa orðið víða um heim og er Ísland ekki undanskilið. Ekki er að sjá annað en þetta haldi áfram, bæði vegna stríðsástands og ójöfnuðar víða um heim. Rannsóknir benda til þess að uppruni, menntun og tungumálafærni skipti máli þegar kemur að heilsufari og samskiptum við heilbrigðisstofnanir.

Mikið hefur verið fjallað um áhrif uppruna og félagslegrar stöðu á heilsufar fæðandi kvenna undanfarin ár. Má þar benda á skýrslu og aðgerðaáætlun bandarískra fæðingarlækna, SMFM,[3] þar sem mjög er hvatt til rannsókna á þessu sviði, auk skýrslna sem hér hafa verið nefndar frá Bretlandi. Í farvatninu eru rannsóknir á vaxtarritum í meðgöngu á Íslandi, útkomu barna og andvana fæðingum þar sem sérstaklega verður hugað að uppruna mæðra. Verður spennandi að fylgjast með niðurstöðum þessara rannsókna sem geta, ásamt þeirri sem hér birtist, gefið okkur vísbendingar um hvernig bæta megi útkomur þungana hjá sístækkandi hópi nýrra Íslendinga.

Heimildir

1. Grétarsdóttir ÁS, Aspelund T, Steingrímsdóttir Þ, et al. Preterm births in Iceland 1997-2016: Preterm birth rates by gestational age groups and type of preterm birth. Birth 2020; 47: 105-14.
2. Burris HH, Riis VM, Schmidt I, et al. Maternal stress, low cervicovaginal β-defensin, and spontaneous preterm birth. Am J Obstet Gynecol MFM 2020; 2: 100092.
3. Headen IE, Elovitz MA, Battarbee AN, et al. Racism and perinatal health inequities research: where we have been and where we should go. Am J Obstet Gynecol 2022; 227: 560-70.

More research is needed for pregnancy outcomes of women of foreign origin

Hulda Hjartardóttir
MD, PhD, FRCOG,
Head of Obstetrics and Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynaecology, Landspítali - The National University Hospital of Iceland

doi 10.17992/lbl.2023.02.726

Alvogen

DEXÓL | TIL MEÐFERÐAR VIÐ ÞURRUM OG ERTANDI HÓSTA

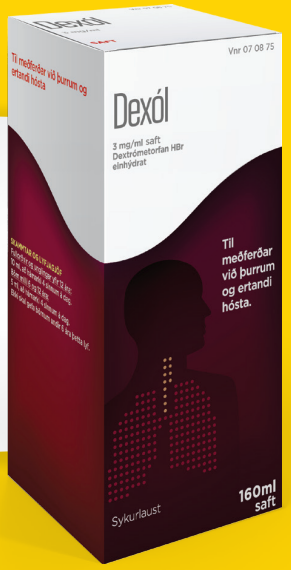
- SAFT
- INNIHELDUR DEXTRÓMETORFAN
- MÁ NOTA FRÁ 6 ÁRA ALDRI
- HÓSTASTILLANDI

Dexól 3 mg/ml, mixtúra, 160 ml. Virkt efni: Dextrómetorfan HBr einhýdrat. **Ábending:** Dexól er ætlað til meðferðar við einkennum á ertandi og þurrum hósta án uppgangs. **Nauðsynlegar upplýsingar fyrir notkun:** Ekki má nota Dexól samhliða MAO hemlandi þunglyndislyfjum eða í 14 daga eftir að meðferð þeirra lýkur, ef um alvarlega öndunarfærakvilla er að ræða eða samhliða brjóstagjöf. Meðferð skal standa yfir í eins stuttan tíma og mögulegt er. Lyfið getur verið ávanabindandi. Ef hóstinn varir enn eftir 4 til 5 daga skal hafa samband við lækni.

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

DEX.L.A.2022.0001.01

FÆST ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN **alvogen.is**



Vaxandi tré þarfar í litlum potti lækninga



Svanur Sigurbjörnsson

lyflæknir,
MA í heilbrigðissiðfræði við læknadeild HÍ, lyflækningadeild Landspítala

Það skorti margt í heilbrigðiskerfið framan af 20. öldinni en eftir talsverða uppbyggingu spítalahúsnæðis í Reykjavík á 7. og 8. áratugnum og heilsugæslustöðva um allt land var líkt og umhyggja stjórnvalda gagnvart málaflokknum færi í flokkinn: „Æ, verð ég nokkuð að leggja meira fé í þetta strax?“ Vissulega var skiljanlegt að frekari uppbyggingu væri frestað um tíma, þar sem margt annað nauðsynlegt, eins og vegakerfið, þurfti sína bót til aukins öryggis, en vaxtarhamlandi meðferð í yfir þrjá áratugi hefur reynst niðurbrjótandi. Mannfjöldi hefur aukist um 62% frá uppbyggingarárunum fyrir 40 árum síðan.[1] Sú takmarkaða uppbygging sem hefur átt sér stað síðan hefur ekki náð að fylgja eftir vaxandi þörfinni. Hjúkrunar- og öldrunarheimilum hefur fjölgað, en ekki nógu mikið til að mæta auknum fjölda aldraðra. Heilbrigðiskerfið hefur fengið sitt árlega rekstrarfé í eitthvað auknum mæli (frá 6% til 8% af vergri landsframleiðslu)[2] en húsakosturinn er fyrir löngu sprunginn. Það er staðreynd.

Þegar horft er siðferðilega til verðmæta heilbrigðisþjónustunnar eru það gildin *líf* og *heilsa* okkar allra sem hún verndar og fagfólk hennar hefur siðferðilega skyldu til að rækja þetta mikilvæga hlutverk af fagmennsku. Fagmennska byggir á þremur samofnum þáttum: fræðilegri fagþekkingu, hagnýtri færni/tækni og siðferðilegri þekkingu/dómgreind. Allt eru þetta þættir sem eiga samnefnara í ábyrgðinni sem þeim fylgir og þarf að axla. Það er augljóst að ábyrgðin er borin af einstaklingum kerfisins en það er erfiðara að sjá (eða muna eftir) að möguleikar hvers og eins til að hafa afgerandi góð áhrif á heilsufarslega útkomu sjúklinga skerðast eftir því sem sjúkdómurinn er alvarlegri (og flóknari) og fjöldi þeirra sem leita sér hjálpar eykst. Hærra stig alvarleika (og erfiðleika) krefst hás stigs menntunar og færni (sérhæfingar) fagfólksins sem starfar í samhangandi faglegu neti annars sérhæfðs fagfólks og ósérhæfðari aðila sem veita nauðsynlegan stuðning við umgjörðina. Hátæknisjúkrahús eru lífsbjargandi stofnanir, fyrst og fremst vegna háþróaðrar samvinnu sérhæfðs fagfólksins þar fremur en háþróaðrar tækninnar sem þar er beitt. Þetta þarfnast ekki aðeins hæfni og tækja heldur einnig *rýmis* – rýmis sem við sem þjóð höfum vanrækt að auka í samræmi við þörf.

Þörfin fyrir aukið rými stafar ekki eingöngu af fyrrgreindri fólksfjölgun, heldur einnig breyttum siðferðilegum tíðaranda varðandi persónulegt rými, fjölgun rannsóknarúrræða (skannar, þræðingar, speglanir, ómanir og fleira) og meðferðarkosta (flóknar aðgerðir, aðgerðaþjarkar, sérhæfð lyfjagjöf, gjörgæsla, hágæsla, sérhæfð eftirfylgd, og fleira). Þessi rýmisþörf vex upp eins og tré í öllum sínum víddum, samhliða aukningu allra þeirra fjölmörgu möguleika til greiningar og lækninga sem háskólasjúkrahús á að geta boðið upp á.

Það að fagfólk axli ábyrgð veltur á viljanum og hæfninni en sé ekki nægt rými til staðar er veikt fólk lagt seint inn á viðeigandi stað meðferðar og er jafnvel ýtt of fljótt út af þeim. Viðeigandi staðir eins og hágæsla eru jafnvel ekki til og of fáir viðeigandi staðir fyrir hægan bata (endurhæfingu, hjúkrun) teppa útflæðið. Allt þetta eykur líkur á og leiðir óhjákvæmilega til lækkunar í gæðum (og hindrar í aukningu gæða) og kerfislægra mistaka vegna taps á yfirliti og faglegum aðstæðum til að sinna sjúklingum. Biðlistar fyrir bæði langveika og bráðveika lengjast og kröfur um skilvirkni herðast. Val til að tryggja gæði þrengjast, því læknar standa frammi fyrir valkostum á borð við að afgreiða 100 sjúklinga með lágmarki alls þess allra nauðsynlegasta eða 50 með ákjósanlegustu gæðum. Þetta nagar lækna og sjúklingar upplifa gæðaskort. Hvað skal gera? Fagfólkið byggir ekki húsrýmið heldur þjóðin öll – í gegnum það forræði og ákvörðunarvald um heilbrigðismálin sem kosnum stjórnmálamönnum er afhent í hverjum kosningum. Þessi alvarlegi vandi rýmisskorts æpir á okkur og hefur gert í rúma tvo áratugi en stjórnvöld þess tíma og nú hafa ekki gert fulla grein fyrir ábyrgð sinni á þessu.

Sé ekki nægt rými til staðar er veikt fólk lagt seint inn á viðeigandi staði meðferðar og er jafnvel ýtt of fljótt út af þeim. Viðeigandi staðir eins og hágæsla eru jafnvel ekki til og of fáir viðeigandi staðir fyrir hægan bata (endurhæfingu, hjúkrun) teppa útflæðið.

Það er ljóst að nýja háskólasjúkrahúsið við Hringbraut mun bæta mikið úr (áætluð 243 legurými)[3] en jafn ljóst að það mun hvergi nærri nægja miðað við áætlaða þörf (370 legurými).[4] Það er blekking að taka ákvarðanir út frá því að það muni duga. Víða á Íslandi er rætt um nauðsyn uppbyggingar – og með réttu – en það er fagmennska stjórnmálamannsins að forgangsraða því sem bætir úr stærstu nauðsyn þjóðarinnar. Landsmenn gera þá eðlilegu kröfu til okkar lækna að sinna þeim veiku fyrst og setja skylduna við lækningu fremur en við hámörkun annarra góðra eiginleika. Ég tel að við eigum að gera þá sömu kröfu til þeirrar forgangsröðunar sem gott stjórnmálafólk okkar fylgir. Fyrst vaskar maður upp og horfir svo á bíómyndina.

Heimildir

1. Samkvæmt útreikningi eftir tölum Hagstofu um mannfjölda árin 1982 og 2022. hagstofa.is - janúar 2023.
2. Tölur Hagstofu Íslands. sama.
3. Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn frá Ingu Sæland um fjölda sjúkrarýma á Landspítala. Þingskjal 256. 169. mál. 151. löggjafarþing 2020 – 2021. althingi.is/altext/pdf/151/s/0256.pdf - janúar 2023.
4. Eyþórsson ES, Guðmundsdóttir E, Jónasdóttir KH, et al. Skortur á legurými fyrir bráðveika á Landspítala. Læknablaðið 2021; 107: 619.

A growing tree of need in a small flower-pot for cure

Svanur Sigurbjörnsson
MD, MA in biomedical ethics

doi 10.17992/lbl.2023.02.727

Velkomin/n í...

- **skemmtilegan skyldusparnað**

  45% af skyldusparnaði í séreignarsjóð, nokkurs konar skemmtisjóð fyrir seinni hálfleik

- **valfrelsi**

  hægt að velja á milli sex ávöxtunarleiða

- **sjóðfélagalýðræði**

  eingöngu sjóðfélagar í stjórn, kosnir af sjóðfélögum

- **allt að 85% lán**

  fyrir fyrstu fasteign

- **áhættudreifingu**

  vel dreifð eignasöfn og áhersla á ábyrgar fjárfestingar

Velkomin/n til starfa
Velkomin/n í Almenna

ALMENNI
LÍFEYRISSJÓÐURINN

Tengsl langvinnra verkja á fullorðinsárum og sálrænna áfalla í æsku

Vigdís Hlíf Pálsdóttir[1,2] ráðgjafi
Þorbjörg Jónsdóttir[1] hjúkrunarfræðingur
Guðmundur Kristján Óskarsson[1] stærðfræðingur

[1]Heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri, [2]fjölskyldusviði sveitarfélagsins Árborgar.

Fyrirspurnum svarar Vigdís Hlíf Pálsdóttir, *vhp1@unak.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Langvinnir verkir eru heilbrigðisvandi og ein helsta orsök fyrir örorku. Rannsóknir hafa sýnt að ýmsir þættir í sögu fólks, svo sem erfið reynsla snemma á ævinni, geta haft áhrif á lífshætti og heilsufar síðar. Markmið rannsóknar var að skoða tengsl langvinnra verkja meðal almennings á Íslandi við sálræn áföll í æsku og ofbeldi á fullorðinsárum.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin var afturskyggn þversniðsrannsókn og úrtakið 12.400 einstaklingar, 18-80 ára, sem valdir voru með slembiúrtaki úr svarendahópi gagnaöflunarfyrirtækisins MASKÍNU (Þjóðargátt). Skoðuð voru gögn um langvinna verki, sálræn áföll í æsku og reynslu af ofbeldi á fullorðinsárum. Tölfræðiúrvinnsla var unnin í IBM SPSS Statistics, 28. útgáfu.

NIÐURSTÖÐUR

Svarhlutfall var 44,8% (kvk 57,1%, M=56ár). Algengi langvinnra verkja (≥3 mán) var 40,1%. Alls svöruðu 91,1% þátttakenda spurningum um sálræn áföll í æsku og af þeim voru 16,1% með ≥4 ACE-stig. Jákvæð tengsl voru á milli sálrænna áfalla í æsku og langvinnra verkja (OR=1,675, 95% CI: 1,420-1,977). Einnig voru þeir sem mældust með ≥4 ACE-stig líklegri til að hafa orðið fyrir ofbeldi á fullorðinsárum.

ÁLYKTUN

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að langvinnir verkir á fullorðinsárum og það að verða fyrir ofbeldi á fullorðinsárum getur tengst sálrænum áföllum í æsku. Einstaklingar sem verða fyrir sálrænum áföllum í æsku og ofbeldi á fullorðinsárum eru líklegri til að glíma við langvinna verki. Mikilvægt er því að gefa gaum að reynslu af áföllum og/eða ofbeldi fyrr á ævinni þegar fólk leitar til heilbrigðiskerfisins vegna langvinnra verkja.

Inngangur

Rannsóknir hafa sýnt að sálræn áföll í æsku geta haft margvíslegar afleiðingar á heilsu og líðan fólks síðar á ævinni.[1-4] Sálrænu áfalli fylgir mikil streita sem leitt getur til þess að einstaklingur verður næmari fyrir því að þróa með sér sjúkdóma síðar á lífsleiðinni,[5,6] svo sem sykursýki, hjartasjúkdóma[7] og krabbamein.[8] Rannsóknir benda einnig til þess að sálræn áföll í æsku geti valdið því að einstaklingur þrói með sér ógagnleg bjargráð sem stuðla að óheilsusamlegum lífsháttum og erfiðleikum síðar,[2] svo sem óhóflegri áfengisneyslu,[7] reykingum,[1,3,7] ofþyngd,[7] þunglyndi og áfallastreituröskun.[1] Rannsóknir sýna jafnframt að sálrænum áföllum í æsku fylgir aukin hætta á því að verða fyrir líkamlegu,[4] tilfinningalegu[4] og kynferðislegu ofbeldi á fullorðinsárum.[9,10] Þeim sem hafa upplifað erfiða reynslu snemma á ævinni er jafnframt hættara við að glíma við langvinna verki á fullorðinsárum.[11,12]

Langvinnir verkir eru heilbrigðisvandi sem er ein helsta orsök fyrir örorku og hefur neikvæð áhrif á líf og líðan hjá tæplega tveimur milljörðum einstaklinga á heimsvísu.[13] Síendurteknir eða viðvarandi verkir sem staðið hafa í þrjá mánuði eða lengur eru skilgreindir sem langvinnir verkir.[14] Í erlendum rannsóknum hefur algengi langvinnra verkja verið á bilinu 20-54%[15,16] en 30,6% til 47,5% samkvæmt íslenskum rannsóknum.[17,18]

Sálrænt áfall er tilfinningaviðbragð sem einstaklingur getur upplifað í kjölfar streituvaldandi atburða.[19] Atburðir sem valda sálrænum áföllum í æsku geta verið ofbeldi og vanræksla sem barn býr við,[20] ofbeldi á milli umönnunaraðila sem barn verður vitni að,[20] geðræn veikindi og misnotkun umönnunaraðila á vímuefnum.[8] Rannsóknir á algengi áfalla í æsku sýna að 52% til 60,9%[2,21] hafa upplifað að minnsta kosti einn streituvekjandi atburð og 6,2% til 15,6%[2,21] fjóra eða fleiri.

Við streituvekjandi atburði virkjast sympatíska taugakerfið og undirstúku-heiladinguls-nýrnahettuöxull (*hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA))[22] sem býr einstakling undir átök eða að flýja streituvaldinn.[23] Viðvarandi eða síendurtekin virkjun HPA-öxulsins veldur ójafnvægi í ýmsum kerfum líkamans[3,6] og getur leitt til breytinga á tauga-, hjarta- og æðakerfi sem og innkirtla- og ónæmiskerfi og haft langtímaáhrif á sálræna og líkamlega heilsu.[23] Eigi það sér stað á barnsaldri getur það haft neikvæð áhrif á þroska þessara kerfa sem síðan getur leitt til truflunar á vitsmuna-, félags- og tilfinningaþroska.[6,8,20] Talið er að þetta ferli spili lykilhlutverk í tengslum milli áfalla í æsku og sjúkdóma síðar á lífsleiðinni.[24] Hér getur jafnframt skipt máli hversu oft, hvers eðlis og hversu lengi atburðir sem valda sálrænum áföllum standa yfir, sem og aldur barns þegar slíkir atburðir eiga sér stað.[6]

Áhrif sálrænna áfalla í æsku á heilsufar seinna meir hafa verið skoðuð síðustu ár með Adverse Childhood Experiences (ACE) spurningalistanum.[2] ACE-spurningalistinn samanstendur af 10 já/nei-spurningum sem flokkast í þrjá flokka eftir efnisinntaki (ofbeldi, vanræksla og áskoranir á heimili).[2] Hvert jákvætt svar gefur eitt stig og hafa rannsóknir sýnt að ef samanlögð stig eru fjögur eða fleiri eru auknar líkur á heilsufarsvandamálum á fullorðinsárum.[2,4]

Niðurstöður þversniðsrannsóknar meðal 1480 einstaklinga, á aldrinum 18 til 70 ára, sem sóttu sér þjónustu á ýmsum deildum sjúkrahúss í Austurríki sýndu að einstaklingar sem orðið höfðu fyrir sálrænum áföllum í æsku höfðu frekar orðið fyrir ofbeldi á fullorðinsárum.[4] Sama rannsókn sýndi einnig að þeir sem höfðu upplifað fjögur eða fleiri áföll í æsku og líkamlegt ofbeldi á fullorðinsárum var fimmfalt hættara við að glíma við langvinna verki, samanborið við einstaklinga sem áttu að baki færri en fjögur áföll í æsku.[4]

Tengsl milli langvinnra verkja og sálrænna áfalla í æsku hafa lítið sem ekkert verið rannsökuð hér á landi. Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða tengsl langvinnra verkja meðal almennings á Íslandi við sálræn áföll í æsku og reynslu af ofbeldi á fullorðinsárum. Settar voru fram þrjár rannsóknarspurningar: 1) Eru einstaklingar sem upplifað hafa sálræn áföll í æsku (≥4 ACE-stig) líklegri til að glíma við langvinna verki á fullorðinsárum en þeir sem mælast með færri en fjögur stig á sama kvarða? 2) Eru tengsl milli sálrænna áfalla í æsku (≥4 ACE-stig) og að verða fyrir ofbeldi á fullorðinsárum? 3) Eru einstaklingar sem orðið hafa fyrir ofbeldi á fullorðinsárum líklegri til að glíma við langvinna verki?

Efniviður og aðferð

Í þessari afturskyggnu þversniðsrannsókn voru skoðuð fyrirliggjandi gögn um langvinna verki, sálræn áföll í æsku og reynslu af ofbeldi á fullorðinsárum. Gögn voru fengin úr stærri rannsókn um heilsutengd lífsgæði, lífshætti og verki meðal almennings á Íslandi. Rannsóknin var samþykkt af vísindasiðanefnd (VSN-19-096) og þessi gagnaúrvinnsla tilkynnt haustið 2021. Heildarúrtak samanstóð af 12.400 einstaklingum á aldrinum 18-80 ára sem valdir voru með slembiúrtaki úr svarendahópi gagnaöflunarfyrirtækisins MASKÍNU (Þjóðargátt) og gögnum var safnað með rafrænum spurningalista sumarið 2021. Úrtakið var lagskipt með tilliti til aldurs, kyns og búsetu. Tölvupóstur með ýtarlegum upplýsingum um rannsóknina og aðgangi að spurningalista var sendur á heildarúrtakið og litið á svörun hans sem samþykki fyrir þátttöku.

Spurt var út í reynslu af verkjum og hversu lengi þeir hefðu varað og var verkjabreytu í gagnasafni skipt í tvo flokka út frá þeirri spurningu. Annars vegar í verki sem höfðu varað í þrjá mánuði eða lengur og hins vegar enga verki eða verki sem höfðu varað skemur en þrjá mánuði. Þátttakendur voru beðnir um að merkja í lista yfir ástæður verkjanna og staðsetningu verkja á líkamskort. ACE-spurningalistinn var notaður til að afla gagna um reynslu af sálrænum áföllum í æsku, umfangi þeirra og eðli.[2] Spurningalistinn samanstendur af 10 spurningum sem snúa að áföllum, erfiðum atburðum eða reynslu fyrstu 18 ár ævinnar. Spurningum er svarað á tveggja punkta kvarða þar sem já gefur eitt stig og nei gefur núll. Heildarstigafjöldi er reiknaður út frá fjölda spurninga sem svarað er játandi og mest er hægt að fá 10 stig (Viðauki 1, bls. 73). Með hliðsjón af fyrri rannsóknum sem sýna að líkur á heilsufarslegum vanda eru mun meiri hjá þeim sem hafa ≥4 ACE stig en <4 stig,[2,4] var ACE-breyta í gagnasafni sett upp sem tvíkosta breyta, annars vegar fjögur eða fleiri ACE-stig og hins vegar þrjú eða færri ACE-stig. Einnig var spurt um ofbeldi á fullorðinsárum og var þeirri breytu skipt eftir því hvort einstaklingar höfðu reynslu af því eða ekki (já/nei). Við gagnaúrvinnslu voru einnig skoðaðar lýðfræðilegar breytur eins og kyn, hjúskaparstaða, menntun, aldur og búseta.

Tölfræðiúrvinnsla var unnin í IBM SPSS Statistics, 28. útgáfu. Lýsandi tölfræði var notuð til að kanna helstu þætti gagnasafnsins. Mátpróf var notað til að skoða hvort munur væri á svarendum og þeim sem ekki svöruðu. Tíðni- og krosstöflur voru notaðar til að skoða helstu atriði varðandi lýðfræðilegar breytur, sálræn áföll í æsku, reynslu af ofbeldi á fullorðinsárum og langvinna verki. Ályktandi tölfræði var beitt til að skoða tengsl milli breyta og marktækni á Kí-kvaðrat prófi var miðað við ($p<0,05$). Fylgni var skoðuð með Spearman's Rho prófi.

Við vinnslu ályktunartölfræði voru einnig skoðaðar breytur yfir offitu (BMI-stuðul), áfengisneyslu og reykingar. Gerð var tvíkosta aðhvarfsgreining til að kanna tengsl langvinnra verkja við sálræn áföll og lífsstíl þar sem leiðrétt var fyrir kyn, aldur og menntun. Gagnlíkindahlutfall (*odds ratio*, OR) var reiknað með 95% öryggisbili (*control interval*, CI). Brottfallsgildi voru ekki tekin með í útreikninga.

Niðurstöður

Svarhlutfall var 44,8% (N=5557) og þar af glímdu 40,1% (N=2226) við langvinna verki (≥3 mánuði). Konur voru í meirihluta þátttakenda (57,1%) og meirihluti var giftur, í sambúð eða föstu sambandi (78,9%). Rúmlega helmingur bjó á höfuðborgarsvæðinu (50,2%) (tafla I). Algengustu ástæður verkja voru vöðvabólga (39,1%), líkamlegt slit vegna langvarandi álags (30,3%), slitgigt

Tafla I. *Bakgrunnur þátttakenda. Fjöldi (%).*

Kyn	Kona	3137 (57,1)
	Karl	2365 (42,6)
	Kynsegin	4 (0,1)
Hjúskaparstaða	Gift(ur) / sambúð / sambandi	4386 (78,9)
	Fráskilin(n) / einhleyp / ekkja (ekkill)	1151 (20,7)
Menntun	Grunnskóli (≤10 ár)	779 (14,0)
	Framhaldsskóli (11 til 14 ár)	1939 (34,9)
	Háskóli (≥14 ár)	2441 (43,9)
Aldur	18-29 ára	256 (4,6)
	30-39 ára	606 (10,9)
	40-49 ára	1063 (19,1)
	50-59 ára	1357 (24,4)
	60-69 ára	1410 (25,4)
	70-80 ára	865 (15,6)
Búseta	Höfuðborgarsvæði	2792 (50,2)
	Þéttbýli aðrir landshlutar	2413 (43,4)
	Strjálbýli	319 (5,7)

*Vegna námundunar er samanlögð tala ekki alltaf 100%

Tafla II. *Fylgni langvinnra verkja við sálræn áföll í æsku, reykingar, áfengisneyslu, BMI, kyn, menntun og ofbeldi á fullorðinsárum.*

	Langvinnir verkir	
	Spearman's rho	p-gildi*
≥ 4 ACE-stig	0,101	<0,001
Reykingar	0,064	<0,001
Drykkja	0,076	<0,001
BMI	0,145	<0,001
Kyn	-0.063	<0,001
Menntun	-0,042	0,003
Líkamlegt ofbeldi	0,112	<0,001
Andlegt ofbeldi	0,136	<0,001
Kynferðislegt ofbeldi	0,146	<0,001

*Spearmans'rho fylgni

Tafla III. *Tengsl langvinnra verkja við bakgrunns- og lífsstílsbreytur. Fjöldi (%).*

	Engir verkir / verkir <3 mánuði (n=3331)	Verkir varað ≥3 mánuði (n=2226)	p-gildi*
Kyn			
Karl	1502 (63,5)	863 (36,5)	<0,001
Kona	1818 (57,3)	1355 (42,7)	
Menntun			
Grunnskóli	420 (53,9)	359 (46,1)	0,006
Framhaldsskóli	1127 (58,1)	812 (41,9)	
Háskóli	1472 (60,3)	969 (39,7)	
BMI			
Kjörþyngd <25	804 (67,8)	382 (32,2)	<0,001
Yfirþyngd 25 til 30	1065 (59,2)	734 (40,8)	
Offita ≥30	776 (49,4)	795 (50,6)	
Hefur þú reykt sígarettur?			
Nei	1697 (61,6)	1056 (38,4)	<0,001
Er hætt(ur)	1003 (54,1)	852 (45,9)	
Reyki	313 (56,7)	239 (43,3)	
Hversu oft á síðustu 12 mánuðum hefur þú drukkið áfengan drykk?			
≥4 sinnum í viku	248 (66,5)	125 (33,5)	<0,001
tvisvar sinnum í mánuði til þrisvar í viku	1607 (60,8)	1036 (39,2)	
Aldrei eða einu sinni í mánuði eða sjaldnar	1270 (54,5)	1061 (45,5)	

*Kí-kvaðrat próf

(25,2%), áverkar eftir slys (22,8%) og vefjagigt (19,7%). Meðalaldur var 56 ár en aldri var skipt í 6 aldursbil og voru flestir á aldrinum 60-69 ára (25,4%). Svarhlutfall var nokkuð mismunandi eftir aldurshópunum: 18 til 29 ára (21,8%), 30 til 39 ára (31,9%) en hærri í eldri aldurshópum (44,2-60,4%). Þátttaka var minnst í yngsta aldurhópnum en ekki er talið líklegt að sá munur hafi marktæk áhrif á niðurstöður. Samkvæmt mátprófi var ekki tölfræðilega marktækur munur á kyni og búsetu þátttakenda og þeirra sem ekki svöruðu.

Fjórir einstaklingar skilgreindu sig kynsegin, sem er of lág tala til að nýta í tölfræðiútreikningum. Kynjamunur er því skoðaður út frá körlum og konum. Alls svöruðu 5066 (91,1%) einstaklingar

Tafla IV. *Tengsl langvinnra verkja við sálræn áföll í æsku og sálræn áföll síðar. Fjöldi (%).*

	Engir verkir / verkir <3 mánuði (n=3331)	Verkir varað ≥3 mánuði (n=2226)	p-gildi*
ACE-Stig			
<4 ACE-stig	2546 (61)	1625 (39)	0,001
≥4 ACE-stig	430 (48)	465 (52)	
Hefur þú orðið fyrir líkamlegu ofbeldi			
Nei	2573 (61,2)	1634 (38,8)	<0,001
Já	508 (47,4)	564 (52,6)	
Hefur þú orðið fyrir andlegu ofbeldi			
Nei	2172 (63,3)	1258 (36,7)	<0,001
Já	912 (49,3)	939 (50,7)	
Hefur þú orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi			
Nei	2539 (62)	1558 (38)	<0,001
Já	522 (44,7)	647 (55,3)	

*Kí-kvaðrat próf

Tafla V. *Tengsl sálrænna áfalla í æsku og líkamlegs, andlegs eða kynferðislegs ofbeldis á fullorðinsárum. Fjöldi (%).*

	<4 ACE-stig (n=4171)	≥4 ACE-stig (n=895)	p-gildi*
Líkamlegt ofbeldi			
Nei	3546 (88,8)	449 (11,2)	<0,001
Já	582 (57,6)	428 (42,4)	
Andlegt ofbeldi			
Nei	3018 (92,3)	251 (7,7)	<0,001
Já	1103 (63,5)	633 (36,5)	
Kynferðislegt ofbeldi			
Nei	3467 (89,2)	419 (10,8)	<0,001
Já	653 (59)	454 (41)	

*Kí-kvaðrat próf

spurningum um áföll í æsku. Af þeim höfðu 60,1% reynslu af áföllum í æsku en 16,1% (21,4% kvenna og 12,6% karla) höfðu fjögur ACE-stig eða fleiri. Spurningum um reynslu af ofbeldi á fullorðinsárum svöruðu tæp 95% þátttakenda. Meðal þeirra höfðu 20,3% reynslu af líkamlegu ofbeldi (19,9% kvenna, 20,9% karla), 35% andlegu (40,8% kvenna, 27,3% karla) og 22,2% kynferðislegu ofbeldi (32,9% kvenna, 7,9% karla).

Fylgni breyta

Tengsl milli breyta voru skoðuð með Spearman's Rho prófi. Tafla II sýnir niðurstöður út frá fylgni langvinnra verkja við ýmsar breytur. Þó að marktæk fylgni hafi verið milli langvinnra verkja og allra breyta sem skoðaðar voru, var hún fremur veik en sterkust við kynferðislegt ofbeldi á fullorðinsárum (r=0,146).

Marktæk fylgni var milli sálrænna áfalla í æsku (≥4 ACE-stig) og líkamlegs, andlegs og kynferðislegs ofbeldis á fullorðinsárum. Fylgni var lítil við kyn (r=-0,114) en allt að miðlungs við ofbeldi á fullorðinsárum og þar af hæst við andlegt ofbeldi (r=0,359).

Tengsl milli breyta

Framkvæmt var Kí-kvaðrat próf til að skoða tengsl langvinnra verkja við kyn, menntun og BMI-stuðul og lífsstílsbreyturnar „reykingar" og „áfengisneysla" (tafla III). Karlar glímdu síður við langvinna verki en konur og algengi verkja fór lækkandi með hækkandi menntunarstigi. Þeir sem reykja eða reyktu áður, sem og þeir sem voru yfir kjörþyngd (BMI>25), glímdu frekar við langvinna verki.

Í töflu IV má sjá hvernig tengsl langvinnra verkja voru við fjölda ACE-stiga og reynslu af ofbeldi á fullorðinsárum. Niðurstöður voru marktækar (p<0,001). Þeir sem höfðu fjögur ACE-stig eða fleiri glímdu frekar við langvinna verki en þeir sem höfðu færri en fjögur ACE-stig. Þeir sem höfðu reynslu af ofbeldi á fullorðinsárum glímdu einnig frekar við langvinna verki.

Skoðuð voru tengsl á milli fjölda ACE-stiga og reynslu af líkamlegu, andlegu eða kynferðislegu ofbeldi á fullorðinsárum með Kí-kvaðrat prófi og voru þau jákvæð og marktæk í öllum tilfellum (p<0,001) (tafla V).

Samband milli langvinnra verkja og sálrænna áfalla

Tvíkosta aðhvarfsgreining var notuð til að kanna samband milli breyta. Gagnlíkindahlutfall var reiknað með tvíkosta aðhvarfsgreiningu með 95% öryggisbili (tafla VI). Fyrst var keyrt aðhvarfsgreiningarlíkan með bakgrunnsbreytum: kyn, aldur, menntun og ≥ 4 ACE-stig. Niðurstöður tvíkosta aðhvarfsgreiningar í líkani eitt voru að karlar voru ólíklegri til að vera með langvinna verki heldur en konur (OR=0,678, 95% CI: 0,594-0,775). Einnig voru þeir sem voru ekki með háskólamenntun líklegri til að glíma við langvinna verki en mestar líkur voru hjá þeim sem aðeins höfðu lokið grunnskóla (OR=1,437, 95% CI: 1,178-1,753). Þeir sem voru með fjögur ACE-stig eða fleiri voru líklegri til að glíma við langvinna verki (OR=1,675, 95% CI: 1,420-1,977) en þeir sem höfðu færri en fjögur ACE-stig.

Í líkani tvö var þremur breytum bætt inn: líkamlegu, andlegu og kynferðislegu ofbeldi. Þá tapaði ACE-breytan marktækni sinni en einstaklingum sem höfðu orðið fyrir líkamlegu (OR=1,276, 95% CI: 1,059-1,536), andlegu (OR=1,380, 95% CI: 1,175-1,620) eða kynferðislegu ofbeldi (OR=1,688, 95% CI: 1,413-2,014) var hættara við að glíma við langvinna verki heldur en þeim sem ekki höfðu

Tafla VI. *Tvíkosta aðhvarfsgreining til að meta tengsl langvinnra verkja við sálræn áföll.*

	Líkan 1[a]			Líkan 2[b]			Líkan 3[c]		
	OR	95% CI	p-gildi	OR	95% CI	p-gildi	OR	95% CI	p-gildi
Kyn	0,678	0,594-0,775	<0,001	0,755	0,656-0,869	<0,001	0,749	0,648-0,865	<0,001
Aldur	1,006	1,001-1,011	0,021	1,010	1,005-1,015	<0,001	1,010	1,004-1,015	<0,001
Háskóli			<0,001			<0,001			0,051
Grunnskóli	1,437	1,181-1,749	<0,001	1,437	1,178-1,753	<0,001	1,233	1,004-1,513	0,045
Framhaldsskóli	1,272	1,105-1,464	<0,001	1,260	1,093-1,453	0,001	1,159	1,002-1,341	0,047
≥4 ACE-stig	1,675	1,420-1,977	<0,001	1,158	0,963-1,391	0,119	1,127	0,936-1,358	0,207
Líkamlegt ofbeldi				1,276	1,059-1,536	0,010	1,258	1,042-1,519	0,017
Andlegt ofbeldi				1,380	1,175-1,620	<0,001	1,357	1,154-1,596	<0,001
Kynferðislegt ofbeldi				1,688	1,413-2,014	<0,001	1,632	1,364-1,952	<0,001
BMI-kjörþyngd <25									<0,001
Yfirþyngd 25 til 30							1,475	1,246-1,747	<0,001
Offita ≥ 30							2,035	1,713-2,417	<0,001
Reykingar							1,146	1,001-1,313	0,049
Áfengisneysla							0,848	0,743-0,969	0,015
Kí-kvaðrat líkan		95,640	<0,001		102,313	< 0,001		279,328	<0,001
Frígráður			5		8			12	
Breyting á Kí-kvaðrat					6,677			177,015	
Frígráður					3			4	

[a]Breytur í líkani: kyn, aldur, menntun, ≥4 ACE-stig. [b]Bætt við breytunum: líkamlegt, andlegt og kynferðislegt ofbeldi. [c]Bætt við breytunum: BMI-stuðull, reykingar og áfengisneysla.

orðið fyrir ofbeldi. Einnig breyttist gagnlíkindahlutfallið fyrir kyn, menntun og aldur.

Í þriðja líkani var lífsstílsbreytum bætt við: BMI-stuðull, reykingar og áfengisneysla, en hér voru breyturnar reykingar og áfengisneysla gerðar tvíkosta. Einstaklingar sem voru í yfirþyngd eða ofþyngd voru líklegri til að glíma við langvinna verki (yfirþyngd, OR=1,457, 95% CI: 1,246-1,747; ofþyngd, OR=2,035, 95% CI:1,713-2,417). Einnig voru þeir sem reyktu líklegri til að glíma við langvinna verki heldur en þeir sem ekki reyktu (OR=1,146, 95% CI: 1,001-1,313). Við það að bæta lífsstílsbreytunum inn í líkanið varð menntunin á mörkum þess að halda marktækni sinni. Áfengisneysla virtist ekki auka líkur á langvinnum verkjum meðal þátttakenda.

Umræða

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að langvinnir verkir og sálræn áföll í æsku eru algeng í almennu þýði á Íslandi. Algengi langvinnra verkja var 40,1%, sem er í takt við fyrri rannsóknir meðal almennings á Íslandi.[17,18]

Meginmarkmiðið var að skoða tengsl langvinnra verkja við sálræn áföll í æsku og reynslu af ofbeldi á fullorðinsárum. Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð áður hér á landi svo höfundar viti til. Niðurstöður sýndu að langvinnir verkir voru marktækt algengari hjá þeim sem höfðu orðið fyrir sálrænum áföllum í æsku (≥4 ACE-stig) en þeim sem mældust með færri en 4 ACE-stig. Jafnframt var marktækt algengara að þeir sem höfðu orðið fyrir áföllum í æsku (≥4 ACE-stig) hefðu orðið fyrir ofbeldi á fullorðinsárum, sem jók hættu á langvinnum verkjum enn frekar.

Af 5066 þátttakendum sem svöruðu spurningum um áföll í æsku höfðu 60,1% einhverja áfallareynslu og 16,1% mældust með ≥4 ACE-stig. Marktækur kynjamunur var á áfallareynslu þar sem 21,4% kvenna og 12,6% karla höfðu ≥4 ACE-stig. Þessi kynjamunur er eftirtektarverður en tölur varðandi algengi áfalla hjá konum koma heim og saman við niðurstöður nýrrar íslenskrar þversniðsrannsóknar meðal 26.198 kvenna, 18 til 69 ára, þar sem 20,4% höfðu 5 ACE-stig eða fleiri.[25] Í rannsókn meðal íslenskra ungmenna (16-18 ára) kom fram að 16,4% þátttakenda höfðu orðið fyrir líkamlegu eða kynferðislegu ofbeldi.[26] Einnig eru vanræksla og tilfinningalegt ofbeldi algeng en í íslenskri rannsókn sem birtist 2015 kom fram að 69% þátttakenda höfðu reynslu af tilfinningalegu ofbeldi og 11% af vanrækslu í æsku.[27]

Niðurstöður okkar benda til þess að tengsl séu á milli langvinnra verkja á fullorðinsárum og fjölda áfalla í æsku (≥4 ACE-stig). Sambærilegar niðurstöður hafa komið fram í öðrum rannsóknum þar sem fjöldi sálrænna áfalla í æsku hefur neikvæð áhrif á heilsu einstaklinga,[2,25] og forspárgildi fyrir langvinna verki, óháð tegund áfallanna.[11]

Áhrif áfalla geta verið mismunandi og einstaklingar sem verða fyrir sálrænum áföllum í æsku þróa ekki allir með sér heilsufarsvanda á fullorðinsárum. Rannsóknir hafa þó sýnt að endurtekið eða viðvarandi streituástand eykur hættu á að einstaklingur þrói með sér ógagnleg bjargráð sem eru skaðleg heilsu þeirra.[1,2,3,7] Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu fram á tengsl nokkurra lífsstílstengdra þátta, svo sem ofþyngdar/offitu og reykinga, við áföll í æsku og að þeir sem reyktu eða höfðu reykt, ásamt þeim sem áttu við ofþyngd/offitu að stríða, glímdu frekar við langvinna verki.

Niðurstöður sýndu fram á tengsl milli ofbeldis á fullorðinsár-

um og sálrænna áfalla í æsku (≥4 ACE-stig) og er það í samræmi við niðurstöður fyrri rannsókna sem sýnt hafa að einstaklingar sem upplifa áföll í æsku eru útsettari fyrir endurteknu ofbeldi síðar.[4,9] Velta má því upp hvort endurtekin áföll á fullorðinsárum miðli neikvæðum áhrifum sálrænna áfalla í æsku þar sem þeim sem hafa reynslu af hvoru tveggja er hættara við að glíma við langvinna verki og heilsufarslegan vanda, samanborið við þá sem hafa litla eða enga áfallasögu.[4]

Niðurstöður benda jafnframt til þess að ofbeldi á fullorðinsárum, sérstaklega kynferðislegt ofbeldi, valdi því að einstaklingi er hættara við að þróa með sér langvinna verki. Samkvæmt niðurstöðum þessarar rannsóknar voru marktæk tengsl milli langvinnra verkja og allra breyta sem skoðaðar voru (sálræn áföll í æsku, ofbeldi á fullorðinsárum, kyn, menntun, reykingar og BMI-stuðull). Eftirtektarvert er þó að ofbeldi á fullorðinsárum virðist vega þyngra varðandi langvinna verki en sálræn áföll í æsku. Velta má því upp hvort tímalengd frá atburði, það er hversu mörg ár eru liðin frá atburði, hafi þar áhrif. Í líkaninu má einnig sjá að andlegt og kynferðislegt ofbeldi hefur þarna meiri áhrif en líkamlegt ofbeldi.

Hagnýting niðurstaðna

Þar sem hér er um þversniðsrannsókn að ræða er ekki hægt að fullyrða um orsakatengsl milli breyta. Þær breytur sem hér eru skoðaðar eiga sér þó stað í ákveðinni tímaröð þar sem atburðir í æsku koma á undan atburðum á fullorðinsárum. Án þess að fullyrða um orsakatengsl má því ætla að tengsl milli breyta liggi í þá átt að sálræn áföll í æsku geti haft áhrif á lífshætti og lífsaðstæður síðar á ævinni sem aftur geti haft áhrif á heilsufar. Í ljósi þess er mikilvægt að koma í veg fyrir neikvæð áhrif sálrænna áfalla í æsku og ofbeldis á fullorðinsárum á heilsufar síðar á ævinni. Með það í huga mætti nýta þessar niðurstöður til að auka áfallamiðaða þjónustu í heilbrigðiskerfinu og stuðla þannig að því að minnka neikvæð áhrif áfalla á heilsufar síðar á ævinni. Einnig þarf að skoða reynslu fólks sem leitar eftir heilbrigðisþjónustu vegna verkja, af áföllum og ofbeldi. Jafnframt mætti rannsaka verndandi þætti sem mögulega geta dregið úr skaðlegum áhrifum áfalla á heilsufar og hagnýta niðurstöður til að vinna að snemmtækri íhlutun í þeim kerfum sem koma að börnum ásamt því að styðja við menntun starfsfólks heilbrigðis- og félagsþjónustu um tengsl áfalla og ýmissa heilsufarsvandamála.

Styrkleikar og veikleikar rannsóknar

Helsti styrkleiki þessarar rannsóknar er að hún er fyrsta rannsókn hér á landi þar sem skoðuð eru í almennu þýði tengsl langvinnra verkja á fullorðinsárum við sálræn áföll í æsku og reynslu af ofbeldi á fullorðinsárum. Lagskipting úrtaks með tilliti til aldurs, kyns og búsetu endurspeglar vel íslenskt þýði. Helstu veikleikar eru að þetta er þversniðsrannsókn. Þó að fylgni og tengsl séu á milli langvinnra verkja á fullorðinsaldri og áfalla í æsku og ofbeldis á fullorðinsárum er ekki hægt að alhæfa um hvernig og hvort um orsakasamband sé að ræða.

Þakkir

Við þökkum þátttakendum sem tóku þátt í rannsókninni og sérstakar þakkir fá þeir þátttakendur sem svöruðu spurningum er sneru að erfiðri reynslu í æsku. Jafnframt viljum við þakka Rannsóknarsjóði Háskólans á Akureyri og Lýðheilsusjóði sem styrktu rannsóknina.

Greinin barst til blaðsins 22. júní 2022,
samþykkt til birtingar 3. janúar 2023.

Heimildir

1. Chang X, Jiang X, Mkandarwire T, et al. Associations between adverse childhood experiences and health outcomes in adults aged 18–59 years. PLoS ONE 2019; 14: e0211850.
2. Felitti V J, And R., Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. Am J Prev Med 1998; 14: 245-58.
3. Novais ., Henriques T, Vidal-Alves MJ, et al. When problems only get bigger: The impact of adverse childhood experience on adult health. Front Psychol 2021; 12: 1-12.
4. Riedl D, Beck T, Exenberger S, et al. Violence from childhood to adulthood: The influence of child victimization and domestic violence on physical health in later life. J Psychosom Res 2019; 116: 68-74.
5. Nusslock R, Miller GE. Early-life adversity and physical and emotional health across the lifespan: A neuroimmune network hypothesis. Biol Psychiatry 2016; 80: 23-32.
6. Shonkoff JP, Boyce WT, Levitt P, et al. Leveraging the biology of adversity and resilience to transform pediatric practice. Pediatrics 2021; 147: e20193845.
7. Miller TR, Waehrer GM, Oh DL, et al. Adult health burden and costs in California during 2013 associated with prior adverse childhood experiences. PLoS ONE 2020; 15: e0228019.
8. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health 2017; 2: e356-e366.
9. Pro G, Camplain R, de Heer B, et. al. A national epidemiologic profile of physical intimate partner violence, adverse childhood experiences, and supportive childhood relationships: Group differences in predicted trends and associations. J Racial Ethn Health Disparities 2020; 7: 660-70.
10. Sutton TE, Simons LG, Tyler KA. Hooking-up and sexual victimization on campus: Examining moderators of risk. J Interpers Violence 2021; 36: 15-6.
11. Dennis CH, Clohessy DS, Stone AL, et al. Adverse childhood experiences in mothers with chronic pain and intergenerational impact on children. J Pain 2019; 20: 1209-17.
12. You DS, Albu S, Lisenbardt H, et al. Cumulative childhood adversity as a risk factor for common chronic pain conditions in young adults, Pain Med 2019; 20: 486-94.
13. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injueries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017; 390: 1211-59.
14. Mills S, Torrance N, Smith BH. Identification and management of chronic pain in primary care: a review. Curr Psychiatry Rep 2016; 18: 22.
15. Daily SM, Dyer AM, Lilly CL, et. al. Using adverse childhood experiences to explore the usefulness of community health needs assessments to monitor complex determinants of health at the local level. Eval Program Plann 2022; 19: 102044.
16. Zajacova A, Grol-Prokopczyk H, Zimmer Z. Pain trends among american adults, 2002-2018: Patterns, disparities, and correlates. Demography 2021; 58: 711-38.
17. Gunnarsdottir S, Ward S, Serlin R. A population based study of the prevalence of pain in Iceland. Scand J Pain 2010; 1: 151-7.
18. Jonsdottir T, Aspelund T, Jonsdottir H, et. al. The relationship between chronic pain pattern, interference with life and health-related quality of life in a nationwide community sample. Pain Manag Nurs 2014; 15: 641-51.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, APA 2013.
20. McLaughlin KA, Weissman D, Bitrán D. Childhood adversity and neural development: A systematic review. Ann Rev Dev Psychol 2019; 1: 277-312.
21. Merrick MT, Ford DC, Ports KA, et al. Vital signs: Estimated pro-portion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention - 25 states, 2015–2017. MMWR. Morb Mortal Wkly Rep 2019; 68: 999-1005.
22. Hostinar CE, Sullivan RM, Gunnar MR. Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the HPA axis: A review of animal models and human studies across development. Psychol Bull 2014; 140: 1-47.
23. Roelofs K. Freeze for action: neurobiological mechanisms in animal and human freezing. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2017; 372: 20160206.
24. Bucci M, Marques SS, Oh D, et al. Toxic stress in children and adolescents. Adv Pediatr 2016; 63: 403-28.
25. Daníelsdóttir HB, Aspelund T, Thordardottir EB, et al. Adverse childhood experiences and resilience among adult women: A population-based study. Elife 2022; 1: e71770.
26. UNICEF. Staða barna á Íslandi: Ný tölfræði um þróun ofbeldis gegn börnum á Íslandi. Reykjavík 2019.
27. Einarsdóttir J, Gunnlaugsson G. Algengi og margbreytileiki andlegs ofbeldis og reynsla af vanrækslu í æsku á Íslandi. Læknablaðið 2015; 101: 145-50.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.02.728

Adult chronic pain in relation to psychological trauma in childhood

Vigdís Hlíf Pálsdóttir[1,2]

Þorbjörg Jónsdóttir[1]

Guðmundur Kristján Óskarsson[1]

[1]University of Akureyri, [2]The Family Department of Árborg Municipality.

Correspondence: Vigdís Hlíf Pálsdóttir, *vhp1@unak.is*

Key words: *chronic pain, psychological trauma, violence, neglect, psychological trauma in childhood.*

INTRODUCTION: Chronic pain is a health problem that is one of leading cause of disability. Studies have shown that various aspects of a person's history, such as difficult experiences in early life, can affect lifestyle and health later. The aim of this study was to examine the relationship between chronic pain, adverse childhood experience (ACE) and violence in adulthood in the general population of Iceland.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective cross-sectional study. The sample was 12.400 individuals, 18-80 years of age, randomly selected from respondents' group of the data collection company MASKINA (National Portal). Data on chronic pain, ACE and experience of violence in adulthood were examined. Statistical processing was carried out in IBM SPSS Statistics 28th edition.

RESULTS: Response rate was 44.8% (female 57.1%, M=56 years). Prevalence of chronic pain (≥3 months) was 40.1%. A total of 91.1% of participants answered questions about ACE, of which 16.1% ≥4 ACE-scores. There was a positive relationship between ACE and chronic pain (OR = 1.675, 95% CI: 1.420 - 1.977). Those who had ≥4 ACE-scores were more likely to have experienced violence in adulthood.

CSONCLUSION: The results of this study show that chronic pain and violence in adulthood can be associated with psychological childhood trauma. People who experience psychological childhood trauma and violence in adulthood are more likely to suffer from chronic pain. It is important to be aware of experiences of childhood psychological trauma and violence when people seek healthcare for chronic pain.

Viðauki 1. ACE-spurningalistinn.

1. Bjó einhver á heimili þínu sem þjáðist af þunglyndi, öðrum geðrænum vandamálum eða sjálfsmorðshugleiðingum?
2. Bjó einhver á heimili þínu sem átti við áfengisvandamál að stríða, var alkóhólisti, misnotaði lyf eða fíkniefni?
3. Bjó einhver á heimili þínu sem fór einhvern tímann í gæsluvarðhald eða fangelsi?
4. Slitu foreldrar þínir einhvern tímann samvistum eða skildu?
5. Sást þú eða heyrðir þú foreldri eða heimilismeðlim vera sleginn, kýldan, sparkað í eða verða fyrir öðrum barsmíðum á heimili þínu?
6. Flengdi, sló, sparkaði, kýldi eða lamdi foreldri, forráðamaður eða annar heimilismeðlimur þig?
7. Varstu móðgaður, niðurlægður, var öskrað eða æpt á þig eða þér blótað af foreldri, forráðamanni eða öðrum heimilismeðlimi?
8. Vanræktu foreldrar þínir í langan tíma að sjá þér fyrir fullnægjandi mat og drykk, hreinum fatnaði eða hreinu og hlýju húsnæði?
9. Fannst þér oft eða mjög oft að enginn í fjölskyldu þinni elskaði þig eða fannst að þú værir mikilvæg(ur) eða einstök/einstakur? Eða að fjölskyldumeðlimir í fjölskyldunni þinni pössuðu ekki upp á hvern annan, væru ekki nánir hver öðrum eða studdu hver annan?
10. Snerti einhver þig á kynferðislegan hátt þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það? Reyndi einhver að láta þig snerta sig kynferðislega þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það? Reyndi einhver að þvinga þig til maka (munnmaka, endaþarmsmaka eða kynmaka) þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það?

Prolia 60 mg stungulyf, lausn í áfylltri sprautu.

Heiti virkra efna: denosumab. **Ábendingar:** Meðferð við beinþynningu eftir tíðahvörf hjá konum og karlmönnum sem eru í aukinni hættu á beinbrotum. Prolia dregur marktækt úr hættu á samfallsbrotum í hryggjarliðum, öðrum beinbrotum og mjaðmarbrotum hjá konum eftir tíðahvörf. Meðferð við beintapi sem tengist hormónabælingu hjá karlmönnum með blöðruhálskirtilskrabbamein sem eru í aukinni hættu á beinbrotum. Hjá karlmönnum með blöðruhálskirtilskrabbamein sem fá hormónabælandi meðferð dregur Prolia marktækt úr hættu á samfallsbrotum í hryggjarliðum. Meðferð við beintapi sem tengist langtíma altækri meðferð með sykursterum hjá fullorðnum sjúklingum sem eru í aukinni hættu á beinbrotum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna, blóðkalsíumlækkun. Markaðsleyfi lyfsins er háð sérstökum skilyrðum. Lyfinu fylgja öryggisupplýsingar fyrir lækna og sjúklinga sem sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér og kynnt það sem við á fyrir sjúklingi ásamt því að afhenda honum efni ætlað sjúklingum til varðveislu. Til að nálgast öryggisupplýsingarnar fyrir sjúklinga útprentaðar skal hafa samband við umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., sími: 535-7000. Öryggisupplýsingar fyrir lækna er að finna á www.serlyfjaskra.is. **Markaðsleyfishafi:** Amgen Europe B.V. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is. Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar:** R **Leyfilegt hámarksverð í smásölu janúar 2023:** 41.739 kr. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** 0

Repatha 140 mg stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna.

Heiti virkra efna: evolocumab. **Ábendingar:** Kólesterólhækkun og blönduð blóðfituröskun: Repatha er ætlað, til viðbótar við sérstakt mataræði, til notkunar hjá fullorðnum með frumkomna kólesterólhækkun (arfblendna ættgenga kólesterólhækkun og kólesterólhækkun sem ekki er arfgeng) eða blandaða blóðfituröskun og hjá börnum 10 ára og eldri með arfblendna ættgenga kólesterólhækkun: í samhliðameðferð með statíni eða statíni með öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ná ekki viðmiðunarmörkum LDL kólesteróls við hámarksþolskammt statína eða eitt og sér eða í samsetningu með öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ekki þola statín eða mega ekki nota statín. Arfhrein ættgeng kólesterólhækkun: Repatha er ætlað til notkunar hjá fullorðnum og börnum 10 ára og eldri með arfhreina ættgenga kólesterólhækkun samhliða öðrum blóðfitulækkandi meðferðum. Staðfestur hjarta og æðasjúkdómur vegna æðakölkunar: Repatha er ætlað fullorðnum með staðfestan hjarta og æðasjúkdóm vegna æðakölkunar (hjartadrep, slag eða útæðasjúkdóm) til að draga úr hættu á hjarta og æðasjúkdómum með lækkun LDL kólesteról gilda, sem viðbót við að ná tökum á öðrum áhættuþáttum í samsetningu með þeim hámarksskammti sem þolist af statínum með eða án annarra blóðfitulækkandi meðferða eða eitt og sér eða í samsetningu með öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ekki þola statín eða mega ekki nota statín. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi:** Amgen Europe B.V. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.**

VSCAN AIR
NÝTT ÓMTÆKI FRÁ GE

Vscan Air er lítið, þráðlaust ómskoðunartæki sem tengist farsíma/spjaldtölvum. Einfalt í notkun og hentar breiðum hópi notenda.





GE Healthcare

- Tveir ómhausar, Curved 2-5 MHz og Linear 3-12 MHZ (sitthvor endinn)
- Rafhlaða endist í allt að 50 mín í skönnun
- Þráðlaust hleðslutæki
- Afburðar myndgæði
- Auðvelt í notkun - tengist við app í síma/spjaldtölvu
- Harðgert og vatnshelt
- Þriggja ára ábyrgð
- Frábært verð!

Upplýsingar veita:
Stefán Skúlason,
stefan@fastus.is
og Guðmundur Hreiðarsson,
gudmundur@healthco.is

Tíðni fyrirburafæðinga og áhættuþátta hjá íslenskum konum og konum af erlendum uppruna á árunum 1997-2018

Embla Ýr Guðmundsdóttir[1,2] ljósmóðir
Lilja Vigfúsdóttir[3] ljósmóðir
Helga Gottfreðsdóttir[1,4] ljósmóðir

[1]Hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild Háskóla Íslands, [2]Fæðingarheimili Reykjavíkur, [3]Heilbrigðisstofnun Austurlands, [4]kvennadeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Embla Ýr Guðmundsdóttir, *emblayrg@gmail.com*

ÁGRIP

INNGANGUR

Takmörkuð þekking er til um útkomur hjá konum af erlendum uppruna í barneignaferlinu samanborið við íslenskar konur. Markmið rannsóknarinnar var að skoða tíðni fyrirburafæðinga og áhættuþátta fyrir fyrirburafæðingum hjá þessum hópum á Íslandi.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin var lýðgrunduð ferilrannsókn og gögn fengin úr Fæðingaskrá. Í ferilhópnum voru allar konur sem fæddu einbura frá 22v0d til 36v6d meðgöngu á Íslandi á árunum 1997-2018, samtals 89.170 konur. Hópnum var skipt í tvennt: konur með íslenskt og erlent ríkisfang. Frekari skipting hópsins var gerð með tilliti til lífskjaravísitölu ríkisfangslands þeirra. Tíðni fyrirburafæðinga og áhættuþátta fyrir fyrirburafæðingum var greind eftir þessum flokkum og marktækni á mun mæld með kí-kvaðrat prófi.

NIÐURSTÖÐUR

Marktækur munur var á tíðni fyrirburafæðinga hjá íslenskum konum (4,4%) og kvenna með erlent ríkisfang (5,6%) (p<0,001). Konur með erlent ríkisfang frá mið-lífskjaravísitölulöndum fæddu fyrir tímann í 5,5% tilfella (p<0,01) og konur frá lág-lífskjaravísitölulöndum í 6,4% tilfella (p<0,001). Konur með erlent ríkisfang greindust oftar með þvagfærasýkingar, sykursýki, vaxtarskerðingu og fyrirmálsrifnun himna, en sjaldnar með meðgöngueitrun, offitu, fylgjugalla, geðræn vandamál og aldur <18 ára (p<0,05).

ÁLYKTUN

Konur með erlent ríkisfang á Íslandi fæða oftar fyrirbura en íslenskar konur, þessi munur finnst helst hjá konum frá mið-lífskjaravísitölulöndum og lág-lífskjaravísitölulöndum. Þetta er í samræmi við margar erlendar rannsóknir. Munur á áhættuþáttum er til staðar og þarfnast frekari rannsókna. Taka þarf tillit til þessara þátta í áframhaldandi þróun meðgönguverndar kvenna af erlendum uppruna á Íslandi.

Inngangur

Rannsóknir hafa sýnt aukna áhættu fyrir fyrirburafæðingum hjá konum af erlendum uppruna í samanburði við innfæddar[1-10] og hefur það í sumum rannsóknum jafnvel verið talinn sjálfstæður áhættuþáttur fyrir fyrirburafæðingum að vera af erlendum uppruna.[11-12] Þó er þetta samband ekki algert þar sem konur af erlendum uppruna eru fjölbreyttur hópur.

Fyrirburafæðingar eru taldar vera á bilinu 5-18% fæðinga á heimsvísu og þar af eru Norðurlöndin með hvað lægsta tíðni.[13] Meðaltal á heimsvísu er 10,6%[14] en þrátt fyrir að tíðnin hér á landi sé lægri, hafa fyrirburafæðingar hér á landi aukist úr 4,8% árin 1972-1981 í 6,1% árin 2012-2016. Meirihluti fyrirburafæðinga fer sjálfkrafa af stað,[15] en tíðni meðferðartengdra fyrirburafæðinga hefur aukist undanfarin ár vegna sjúkdómsástands móður eða fósturstreitu. Meðferðartengdar fyrirburafæðingar eru nú um tvöfalt hlutfall af fyrirburafæðingum á Íslandi miðað við árið 1997, eða 43% af öllum fyrirburafæðingum.[14] Fylgikvillar fyrirburafæðinga valda um 35% dauðsfalla hjá nýburum og 16% hjá börnum undir 5 ára aldri.[16] Auk þess kljást fyrirburar við ýmsa kvilla sem eru tengdir því að hafa fæðst fyrir tímann eins og

öndunarfærasjúkdóma, taugakvilla, og sjón- og heyrnarskerðingu.[13] Þá eru fyrirburafæðingar og lág fæðingarþyngd talin vera vísir á félagslegan ójöfnuð einstaklinga.[17]

Áhættuþættir og fyrirburafæðingar

Áhættuþættir móður fyrir fyrirburafæðingum eru margvíslegir og tengjast jafnt líkamlegu ástandi og sálfélagslegum þáttum. Þar má nefna fyrri fyrirburafæðingu, fjölburameðgöngu, kynþátt, aldur (háan og lágan), frumbyrjur, lágt menntunarstig, stutt bil á milli fæðinga, næringarskort, lengd legháls og leghálsgalla, tæknifrjóvgun, reykingar og neyslu annarra vímuefna, ýmsar sýkingar, meðgöngueitrun, sykursýki, blóðleysi, offitu, tannholdssjúkdóm, geðræn vandamál, mengun, streitu fyrir og á meðgöngu, félagslega stöðu, heimilisofbeldi og undirliggjandi sjúkdóma. Einnig geta gallar á fylgju og legi aukið tíðni fyrirburafæðinga, auk fósturgalla.[8,10,13] Marga af þessum þáttum er hægt að bera kennsl á og í sumum tilfellum koma í veg fyrir eða meðhöndla með árangursríkri meðgönguvernd.[18]

Í nýlegri rannsókn[14] voru helstu ástæður fyrir meðferðartengdum fyrirburafæðingum á Íslandi fósturstreita, fylgjulos, sykursýki, gallstasi og veikindi móður. Aðrar algengar ástæður geta verið meðgöngueitrun og vaxtarskerðing fósturs.[19]

Rannsóknarniðurstöðum um samanburð á áhættuþáttum meðferðartengdra fyrirburafæðinga á meðal kvenna af erlendum uppruna og innlendra ber ekki saman. Nokkrar rannsóknir[20,21] hafa sýnt að konur af erlendum uppruna eru í meiri hættu á meðgöngueitrun[20-21] en aðrar rannsóknir[22,23] sýndu ekki þennan mun á milli þessara hópa kvenna. Einnig ber niðurstöðum rannsókna ekki saman um hvort konur af erlendum uppruna séu í aukinni hættu á vaxtarskerðingu fósturs, en rannsókn Abdullahi[1] sýndi fram á aukna áhættu á vaxtarskerðingu fósturs en niðurstöður rannsóknar Ankert[24] sýndu ekki mun. Þó virðast rannsóknarniðurstöðum bera saman um að konur af erlendum uppruna séu líklegri að þróa með sér sykursýki.[25]

Markmið rannsóknarinnar var að skoða tíðni fyrirburafæðinga og áhættuþátta fyrir fyrirburafæðingum hjá íslenskum konum og konum af erlendum uppruna á Íslandi og hvort munur væri þar á.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var lýðgrunduð ferilrannsókn og voru gögn fengin úr Fæðingaskrá. Ferilhópurinn var allar konur sem fæddu einbura frá 22v0d til 36v6d meðgöngu á Íslandi á árunum 1997-2018. Hópnum var skipt í tvennt: konur með íslenskt og erlent ríkisfang. Frekari skipting hópsins var gerð með tilliti til lífskjaravísitölu eða Human Development Index (HDI) ríkisfangslands þeirra. Tíðni fyrirburafæðinga og áhættuþátta fyrir fyrirburafæðingum var greind eftir þessum flokkum og marktækni á mun mæld með kí-kvaðrat prófi og var miðað við 0,05 marktæknimörk.

Útsetning

Ferilhópnum var skipt eftir ríkisfangi. Annars vegar konur með íslenskt ríkisfang og hins vegar konur sem ekki voru skráðar með íslenskt ríkisfang í Fæðingaskrá en þær voru skilgreindar sem konur af erlendum uppruna. Þeim var svo frekar skipt eftir HDI-flokkun ríkisfangslands þeirra. Sú skipting var gerð til þess að fá hugmynd um það hvort munur sé á tíðni fyrirburafæðinga eftir ríkisfangi kvennanna. HDI-lífskjaralistinn var þróaður af Sameinuðu þjóðunum og kom fyrst fram árið 1990.[26] Samkvæmt þeim lista var ætlunin að gefa betri mynd af hagþróun landa en fæst með öðrum aðferðum, svo sem heildarlandsframleiðsla (GDP). HDI er listi sem er samsettur úr vísum fyrir lífslíkur við fæðingu, menntun og vergar þjóðartekjur á mann.[26] HDI-listanum var í þessari rannsókn skipt í þrennt: lönd með hátt HDI (≥0,900), miðlungs HDI (0,850-0,899) og lágt HDI (≤0,849). Undir hæsta flokkinn falla til dæmis Norðurlöndin, Bandaríkin og Bretland. Í mið-flokknum má finna Lettland, Pólland, Litháen, Frakkland, Spán og fleiri lönd. Til lægsta flokksins er svo hægt að telja löndin Tæland, Írak, Nigeríu og Filippseyjar.[26] Ekki var skráð ríkisfang 23 kvenna og þar af leiðandi falla þær ekki undir HDI-flokkun. Hins vegar voru þær greindar undir flokknum „erlendar konur".

Samanburðarhópurinn var allar konur með íslenskt ríkisfang sem fæddu fyrirbura á sama tímabili. Inn í þann hóp falla þó einnig konur sem eru af erlendum uppruna, en hafa öðlast íslenskt ríkisfang.

Útkomubreytur

Fyrirburafæðingar voru í þessari rannsókn flokkaðar í þrjá flokka eftir meðgöngulengd í vikum í samræmi við skiptingu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar.[27] Þeir flokkar eru eftirfarandi: Mjög miklir fyrirburar (<28 vikur), miklir fyrirburar (28v0d-31v6d), og miðlungs- og síðfyrirburar (32v0d-36v6d). Mismunandi er hvort andvana fæðingar fyrir tímann eru hafðar inni í skilgreiningunni á fyrirburafæðingu.[13,27-28] Þar sem helstu orsakir fyrir andvana fæðingum eru oft þær sömu og fyrir fyrirburafæðingum[29] og hér er einungis verið að skoða fæðingarnar sjálfar, en ekki útkomu barns, var ákveðið að hafa þær með í gagnagreiningu þessarar rannsóknar.

Áhættuþættir voru að mestu flokkaðir eftir ICD-greiningunum. Þeim var skipt upp í flokka þar sem greiningar fyrir svipað eða sama sjúkdómsástand voru flokkaðar saman (tafla I).

Þeir áhættuþættir sem innihéldu ekki ICD-greiningar voru tveir: Andvana fæðingar (fóstur lést í móðurkviði og fæddist andvana fyrir fullar 37 vikur meðgöngu) og aldur móður (aldur móður undir 18 ára aldri og yfir 40 ára). Teknir voru út flokkarnir: Aðrar sýkingar (O98), sjaldgæfir fylgjugallar (C58, D39.2, O01, P02), reykingar (F17.1, F17.2) og næringarskortur (E46, E63, E63.8, E63.9), þar sem engar konur voru skráðar með greiningar innan þessara flokka. Ekki reyndist mögulegt að greina BMI eða tíðni reykinga, þar sem það var illa skráð í Fæðingaskrá yfir tímabilið sem var rannsakað.

Greiningar

Reiknuð var tíðni og framkvæmt kí-kvaðrat marktektarpróf. Ef væntitíðni innan hópa var minni en 5 í 20% reita eða meira var notað Fisher's nákvæmnis-próf.[31] Niðurstöður úr kí-kvaðrat- og Fisher's-prófunum voru settar fram sem p-gildi. Í þessari rannsókn var miðað við p-gildið 0,05. Gagnagreining fór fram í forritinu SPSS, útgáfu 26 fyrir Windows.

Rannsóknin er hluti af stærra verkefni: „Erlendar konur á Íslandi: útkoma á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu og samskipti þeirra við heilbrigðiskerfið" (nr. 196218051). Fyrir liggur

Tafla I. *Bakgrunnbreytur kvenna sem fæddu fyrirbura á Íslandi á árunum 1997-2018.*

	Heildar (n=4021)		Íslenskar (n=3582)		Erlendar (n=439)			Hátt HDI ≥0,900 (n=83)			Mið HDI 0,850-0,899 (n=218)			Lágt HDI ≤0,849 (n=115)		
	n	%	n	%	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Hjúskaparstaða																
Gift/í sambúð	1466	36,5	1261	35,2	205	62,9	<0,001	29	45,3	0,094	90	57,3	<0,001	77	82,8	<0,001
Ekki gift/í sambúð	2441	60,7	2320	64,8	121	37,1		35	54,7		67	42,7		16	17,2	
Gildi vantar	114	2,8	1	0,0	113	25,7		19	22,9		61	28,0		22	19,1	
Búseta																
Höfuðborgarsvæði	2514	62,5	2258	63,0	256	58,3	0,054	39	47,0	0,003	134	61,5	0,641	74	64,3	0,774
Landsbyggð	1507	37,5	1324	37,0	183	41,7		44	53,0		84	38,5		41	35,7	
Gildi vantar	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Starf																
Í vinnu/námi	3402	84,6	3067	85,6	335	76,3	<0,001	61	73,5	0,002	174	79,8	0,019	88	76,5	0,007
Ekki í vinnu/námi	619	15,4	515	14,4	104	23,7		22	26,5		44	20,2		27	23,5	
Gildi vantar	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Bæri																
Frumbyrja	2014	50,1	1745	49,0	260	59,2	<0,001	44	53,0	0,466	134	61,5	<0,001	67	58,3	0,050
Fjölbyrja	2007	49,9	1828	51,0	179	40,8		39	47,0		84	38,5		48	41,7	
1	1068	26,6	945	26,4	123	28,0	<0,001	22	26,5	0,799	64	29,4	<0,001	32	27,8	0,040
2	621	15,4	578	16,1	43	9,8		12	14,5		17	7,8		13	11,3	
3+	318	7,9	305	8,5	13	3,0		5	6,0		3	1,4		3	2,6	
Gildi vantar	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Aldur																
≤20 ára	294	7,3	273	7,6	21	4,9	0,151	4	4,8	0,080	14	6,4	0,902	2	1,7	0,073
21-29 ára	1917	47,8	1714	47,9	203	47,1		31	37,3		108	49,5		57	49,6	
30-39 ára	1629	40,6	1440	40,2	189	43,9		45	54,2		86	39,4		53	46,1	
≥40 ára	173	4,3	155	4,3	18	4,2		3	3,6		10	4,6		3	2,6	
Gildi vantar	8	0,2	0	0,0	8	1,8		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Upphaf fæðingar																
Sjálfkrafa fæðing	2611	64,9	2309	64,5	302	68,8	0,073	47	56,6	0,141	156	71,6	0,033	85	73,9	0,037
Gangsetning	976	24,3	879	24,5	97	22,1	0,260	17	20,5	0,395	58	26,6	0,492	19	16,5	0,048
Valkeisaraskurður	512	12,7	462	12,9	50	11,5	0,371	11	13,3	0,924	28	12,8	0,982	10	8,7	0,184
Fjöldi forskoðanna																
0	44	1,1	21	0,6	23	5,2	<0,001	10	12,0	<0,001	3	1,4	0,005	4	3,5	<0,001
1 til 3	238	5,9	201	5,6	37	8,4		6	7,2		18	8,3		12	10,4	
4 til 8	2512	62,5	2225	62,1	287	65,4		53	63,9		150	68,8		73	63,5	
Fleiri en 8	1226	30,5	1134	31,7	92	21,0		14	16,9		47	21,6		26	22,6	
Gildi vantar	1	0,0	1	0,0	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	

Ekki var skráð ríkisfang 23 kvenna og þar af leiðandi falla þær ekki undir HD-flokkun. Hins vegar voru þær greindar undir flokknum „erlendar konur".
p-gildi eru fyrir samanburð á hópi erlendra kvenna og stakra HDI-hópa við hóp íslenskra kvenna.

leyfi vísindasiðanefndar (VSNb2019050003/03.01), Embættis landlæknis, siðanefndar heilbrigðisrannsókna á Landspítala, vísindanefndar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Háskóla Íslands fyrir yfirrannsókninni. Sótt var um leyfi fyrir þessari rannsókn sem viðbót við verkefnið og var það samþykkt þann 8. desember 2020.

Niðurstöður

Heildarfjöldi kvenna í ferilhópnum voru 89.170, þar af 7820 með erlent ríkisfang. Í hópnum sem tilheyrði háu-HDI var 1771 kona, í mið-HDI hópnum voru 3928 konur og í lágt-HDI hópnum 1796 konur.

Konur með erlent ríkisfang voru síður í námi eða vinnu, voru

Tafla II. *Tíðni fyrirburafæðinga einbura á Íslandi á árunum 1997-2018.*

	Allar (n=89170)		Íslenskar (n=81350)		Erlendar (n=7820)			Hátt HDI ≥0,900 (n=1771)			Mið HDI 0,850-0,899 (n=3928)			Lágt HDI ≤0,849 (n=1796)		
	n	%	n	%	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Fyrirburafæðingar alls	4021	4,5	3582	4,4	439	5,6	<0,001	83	4,7	0,565	218	5,5	0,001	115	6,4	<0,001
Gildi vantar	3558	3,9	2895	3,4	338	4,1		76	4,1		147	3,6		90	4,8	
Mjög miklir fyrirburar <28 vikur	276	0,3	243	0,3	33	0,4	0,061	6	0,3	0,760	16	0,4	0,227	9	0,5	0,123
Miklir fyrirburar 28v0d-31v6d	397	0,4	355	0,4	42	0,5	0,218	9	0,5	0,666	19	0,5	0,667	11	0,6	0,285
Miðlungs- og síðfyrirburar 32v0d-36v6d	3348	3,8	2984	3,7	364	4,7	<0,001	68	3,8	0,704	183	4,7	0,001	95	5,3	<0,001

frekar frumbyrjur og áttu færri börn, voru sjaldnar gangsettar og fóru í færri forskoðanir á meðgöngu (tafla I).

Tíðni fyrirburafæðinga

Fyrirburafæðingar einbura á árunum 1997-2018 voru 4021 talsins, eða 4,5% af öllum einburafæðingum á tímabilinu (tafla II). Þá vantaði upplýsingar um meðgöngulengd hjá 3,9% ferilhópsins. Konur með erlent ríkisfang fæddu fyrirbura í 5,6% tilfella af öllum einburafæðingum þeirra, samanborið við 4,4% tilfella hjá íslenskum konum. Konur í mið-HDI hópnum og lágt-HDI hópnum fæddu oftar fyrir tímann en íslenskar konur (5,5% og 6,4% á móti 4,4%).

Áhættuþættir fyrir fyrirburafæðingum

Konur með erlent ríkisfang sem fæddu fyrirbura greindust oftar með snemmbúna fyrirmálsrifnun himna en íslenskar konur (33,5% á móti 27,3%) (tafla III). Konur með erlent ríkisfang voru sjaldnar greindar með meðgöngueitrun, meðgöngukrampa eða HELLP-heilkenni (12,1% á móti 16,5%). Þá voru þær einnig sjaldnar skráðar með ICD-greiningu tengda offitu (2,7% á móti 5,1%). Engin kona með erlent ríkisfang var skráð með greiningu sem tengdist geðrænum vanda í ferilhópnum og engin kona með erlent ríkisfang fæddi fyrirbura í rannsóknninni undir 18 ára aldri.

Þá fannst einnig munur á tíðni áhættuþátta þegar greint var með tilliti til HDI-flokkunar upprunalands, þó ekki hjá hátt-HDI hópnum. Einungis 2,8% kvenna í mið-HDI hópnum voru greindar með fylgjugalla (á móti 6,3% tilfella hjá íslenskum konum). Þó voru þær oftar greindar með þvagfærasýkingar (0,9% á móti 0,1%), fyrirmálsrifnun himna (33,5% á móti 28,0%) og börn þeirra líklegri að vera greind vaxtarskert miðað við meðgöngulengd (16,5% á móti 11,8%).

Í samanburði við íslenskar konur voru konur innan lágt-HDI hópsins oftar greindar með sykursýki (16,5% á móti 8,4%) en sjaldnar greindar með meðgöngueitrun, fæðingarkrampa og HELLP-heilkenni (8,7% á móti 16,5%) og offitu (0,0% á móti 5,1%).

Umræða

Konur með erlent ríkisfang á Íslandi fæða oftar fyrirbura en íslenskar konur, þessi munur finnst helst hjá konum frá mið-HDI löndum og lágt-HDI löndum. Í þessari rannsókn gat rúmlega þriðjungur fyrirburafæðinga talist til meðferðartengdra fyrirburafæðinga, það er framkallaðar fæðingar eða valkeisaraskurðir. Meðferðartengdar fyrirburafæðingar urðu oftast þegar barnið taldist til miðlungs- og síðfyrirbura.

Flestar rannsóknir sem áður hefur verið vitnað til sýndu fram á aukna tíðni fyrirbura hjá konum með erlent ríkisfang, hvort sem það var hjá öllum konum með erlent ríkisfang,[2,4-5,8-10,12,31] konum frá vissum löndum[1,6-7,32-33] eða við vissa meðgöngulengd.[1,3,6] Því samræmast niðurstöður þessarar rannsóknar að miklu leyti erlendum rannsóknum. Þegar munur fannst á meðgöngulengd í erlendum rannsóknum var tíðni frekar aukin snemma á meðgöngu, en ekki seinna eins og í þessari rannsókn.[1,3,6.] Í rannsóknarhópnum voru konur með erlent ríkisfang oftar frumbyrjur, en þær eru líklegri til að fæða fyrirbura.[13] Jafnframt áttu þær sem voru fjölbyrjur færri börn en íslenskar fjölbyrjur, sem er ekki í samræmi við erlendar rannsóknir.[34]

Þrátt fyrir að hlutfall innflytjenda á Íslandi hafi aukist á tímabilinu[35-36] virðist það ekki hafa áhrif á heildartíðni fyrirburafæðinga einbura. Samkvæmt einni rannsókn[14] jókst tíðni fyrirburafæðinga einungis hjá fjölburum á árunum 1997-2016, en fyrirburafæðingar einbura héldust nánast óbreyttar.

Í þessari rannsókn voru um það bil tvær af hverjum þremur fyrirburafæðingum sjálfkrafa fyrirburafæðingar. Samkvæmt annarri rannsókn[14] fækkaði sjálfkrafa fyrirburafæðingum á tímabilinu 1997-2016. Hins vegar jókst tíðni meðferðartengdra fyrirburafæðinga, þar sem fæðing var framkölluð eða keisaraskurður framkvæmdur vegna veikinda móður eða ástands fósturs.[14] Þessi þróun hefur sést í öðrum löndum og ýtir undir mikilvægi þess að skipta fyrirburafæðingum í sjálfkrafa- og meðferðartengdar fyrirburafæðingar þegar horft er til tíðni.[37-38] Ekki fannst marktækur munur á tíðni andvana fæðinga á milli hópa og því ættu andvana fæðingar ekki að hafa marktæk áhrif á mun á tíðni fyrirburafæðinga milli hópa íslenskra kvenna og kvenna af erlendum uppruna.

Áhættuþættir fyrirburafæðinga

Konur með erlent ríkisfang fá marktækt oftar greininguna fyrirmálsrifnun himna en íslenskar konur. Þetta er í samræmi við niðurstöður Zhou og fleiri[10] sem töldu innflytjendastöðu beinan áhættuþátt fyrir fyrirmálsrifnun himna fyrir tímann. Töldu þau mögulega ástæðu vera verri húsnæðis- og hreinlætisaðstæður innflytjenda. Í skýrslu Hagstofunnar um félagslegar aðstæður innflytjenda var meðal annars fjallað um húsnæðismál þeirra. Innflytjendur eru líklegri til að búa þrengra en innfæddir, auk þess sem hátt í þriðjungur þeirra telur sig búa í lélegu húsnæði.[39]

Tafla III. *Tíðni áhættuþátta hjá konum sem fæddu einbura fyrir tímann á Íslandi á árunum 1997-2018.*

	Allar (n=4021)		Íslenskar (n=3582)		Erlendar (n=439)			Hátt HDI ≥0,900 (n=83)			Mið HDI 0,850-0,899 (n=218)			Lágt HDI ≤0,849 (n=115)		
	n	%	n	%	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Þvagfærasýking[a]	6	0,1	4	0,1	2	0,5	0,133	0	0,0	1,000	2	0,9	0,042	0	0,0	1,000
Sýking í belgjum[a]	66	1,6	58	1,6	8	1,8	0,752	0	0,0	0,642	6	2,8	0,181	1	0,9	1,000
Kynsjúkdómar[a]	14	0,3	13	0,4	1	0,2	1,000	0	0,0	1,000	0	0,0	1,000	1	0,9	0,358
Leghálsgalli[a]	7	0,2	6	0,2	1	0,2	0,555	0	0,0	1,000	1	0,5	0,339	0	0,0	1,000
Meðgöngueitrun	643	16,0	590	16,5	53	12,1	0,018	8	9,6	0,096	30	13,8	0,293	10	8,7	0,026
Meðgönguháþrýstingur[a]	159	4,0	149	4,2	10	2,3	0,056	1	1,2	0,261	8	3,7	0,724	1	0,9	0,09
Sykursýki	348	8,7	301	8,4	47	10,7	0,105	4	4,8	0,243	23	10,6	0,270	19	16,5	0,002
Blóðleysi[a]	88	2,2	84	2,3	4	0,9	0,053	1	1,2	1,000	1	0,5	0,092	2	1,7	1,000
Offita[a]	194	4,8	182	5,1	12	2,7	0,030	2	2,4	0,440	8	3,7	0,353	0	0	0,007
Fylgjugallar	246	6,1	226	6,3	20	4,6	0,148	6	7,2	0,734	6	2,8	0,033	7	6,1	0,923
Glasafrjóvgun[a]	71	1,8	63	1,8	8	1,8	0,924	2	2,4	0,659	4	1,8	0,793	2	1,7	1,000
Fyrirmálshríðir[a]	71	1,8	63	1,8	8	1,8	0,924	2	2,4	0,659	4	1,8	0,793	2	1,7	1,000
Fyrirmálsrifnun himna	1124	28,0	977	27,3	147	33,5	0,006	30	36,1	0,074	73	33,5	0,046	40	34,8	0,076
Geðræn vandamál[a]	42	1,0	42	1,2	0	0,0	0,012	0	0,0	1,000	0	0,0	0,172	0	0,0	0,641
Vatnsleg[a]	107	2,7	96	2,7	11	2,5	0,830	2	2,4	1,000	4	1,8	0,449	5	4,3	0,244
Vaxtarskerðing fósturs	484	12,0	422	11,8	62	14,1	0,155	11	13,3	0,681	36	16,5	0,037	12	10,4	0,659
Eftirlit með áhættuþungun[a]	100	2,5	93	2,6	7	1,6	0,203	1	1,2	0,724	3	1,4	0,265	3	2,6	1,000
Vímuefnaneysla	11	0,3	11	0,3	0	0,0	0,622	0	0,0	1,000	0	0,0	1,000	0	0,0	1,000
Gallstasi[a]	86	2,1	77	2,1	9	2,1	0,892	0	0,0	0,421	5	2,3	0,810	4	3,5	0,319
Fósturstreita	460	11,4	409	11,4	51	11,6	0,902	9	10,8	0,871	32	14,7	0,144	9	7,8	0,231
Andvana fæðingar[a]	182	4,5	164	4,6	18	4,1	0,649	4	4,8	0,791	8	3,7	0,531	5	4,3	0,907
Aldur móður <18 ára[a]	41	1,0	41	1,1	0	0,0	0,019	0	0,0	1,000	0	0,0	0,170	0	0,0	0,638
Aldur móður >40 ára[a]	122	3,0	110	3,1	12	2,7	0,697	3	3,6	0,742	5	2,3	0,515	3	2,6	0,319

Ekki var skráð ríkisfang 23 kvenna og þar af leiðandi falla þær ekki undir HDI-flokkun. Hins vegar voru þær greindar undir flokknum „erlendar konur".
[a]Ef kí-kvaðrat próf var ekki marktækt vegna þess að >20% hólfa höfðu væntitíðni undir 5, var Fisher-marktektarpróf notað.

Bent hefur verið á samband milli geðrænna vandamála á meðgöngu og fyrirburafæðinga[5] en svo virðist sem geðræn vandamál séu annaðhvort vangreind eða vanskráð en engin kona með erlent ríkisfang var skráð með geðgreiningu í ferilhópnum og einungis 42 íslenskar konur, eða 1,2%. Þar af var engin kona skráð með geðgreiningu fyrir árið 2005.

Konur með erlent ríkisfang voru marktækt sjaldnar með meðgöngueitrun en ekki fannst marktækur munur þegar einungis var horft á háþrýsting, bæði fyrirkominn og meðgönguháþrýsting. Niðurstöður norskrar rannsóknar[23] sýndu að fleiri konur með erlent ríkisfang fæddu fyrir tímann af þeim sem voru greindar með meðgöngueitrun en Ray og fleiri[20] fundu mjög dreifða áhættu fyrir meðgöngueitrun eftir upprunalandi kvenna. Vaxtarskerðing fósturs og fyrirburafæðingar haldast oft í hendur en í þessari rannsókn var vaxtarskerðing einungis hærri hjá konum í mið-HDI hópnum miðað við íslenskar konur. Það er í samræmi við niðurstöður rannsóknar[32] sem sýndi mun á tíðni eftir upprunalandi og niðurstöður frá Ástralíu[1] og Danmörku.[7]

Sjálfkrafa fyrirburafæðing var algengari hjá konum í mið- og lægsta-HDI-hópnum en hins vegar var fyrirburafæðing marktækt sjaldnar framkölluð hjá konum í lægsta-HDI-hópnum. Þar gæti meðgöngueitrun haft áhrif á tíðnina þar sem hún var eini áhættuþátturinn sem var lægri hjá lægsta-HDI-hópnum, en hún er ábending fyrir meðferðartengdum fyrirburafæðingum. Frekari rannsókna er þörf til þess að greina af hverju munur á sjálfkrafa- og meðferðartengdum fyrirburafæðingum er til staðar.

Sé horft til meðgönguverndarinnar mættu konur með erlent ríkisfang oftar í núll til þrjár skoðanir í meðgönguvernd og sjaldnar í fleiri en 8 skoðanir. Þetta kom fram í öllum HDI-flokkum og er í samræmi við erlendar rannsóknir þar sem niðurstöður benda til þess að konur með erlent ríkisfang mæti seinna og sjaldnar í meðgönguvernd.[3,17] Flestar konur í rannsóknninni voru að mæta fjórum til 8 sinnum í meðgönguvernd í öllum hópum. Eðlilegt er að konur sem fæða fyrir tímann séu með færri komur en mælt er með fyrir heilbrigða konu í eðlilegri meðgöngu. Þær ættu þó samt að ná að minnsta kosti tveimur skoðunum fyrir 23 vikna meðgöngu.[40] Samkvæmt leiðbeiningum Embættis landlæknis[40] er það einnig hlutverk fagfólks að fylgjast með og bera kennsl á einkenni eða ástand sem getur haft áhrif á heilsu móður og fósturs, eins og vímuefnaneysla, næringarástand, andlega líð-

an og ofbeldi, háþrýstingur, meðgöngueitrun og sykursýki. Allt eru þetta áhættuþættir fyrirburafæðinga.[8,10,13]

Samskipti, tungumálaörðugleikar og aðgengi eru stórir áhrifaþættir þegar kemur að gæðum meðgönguverndar til kvenna af erlendum uppruna.[4] Ekki kom fram í rannsókninni hvort konurnar þurftu á túlkaþjónustu að halda, eða fengu hana. Konur þurfa á góðri fræðslu að halda í meðgönguvernd til þess að styðja við eðlilegt barneignarferli: fá fræðslu um áhættuþætti, hvert skal leita ef upp koma vandamál og viðbrögð við vandamálum.

Félagslegir þættir gætu líka haft áhrif. Ekki kom fram í rannsókninni við hvað konurnar störfuðu, hvort konur með erlent ríkisfang væru til dæmis oftar í lágtekjustörfum eins og kom fram í skýrslu sem var gerð fyrir félagsmálaráðuneytið.[41] Gæti sú vinna verið erfiðari líkamlega og valdið meira álagi. Þó kom fram í þessari rannsókn að konur með erlent ríkisfang voru sjaldnar á vinnumarkaði eða í námi í samanburði við íslenskar konur. Upplýsingar um sjúkratryggingar kvennanna voru ekki í gagnasafninu. Ef konur voru ósjúkratryggðar gæti það mögulega haft þau áhrif að þær hikuðu við að sækja sér þjónustu vegna fjárhags.

Almennt eru konur af erlendum uppruna í meiri áhættu á slæmum útkomum en innfæddar konur.[4,11] Niðurstöður rannsóknarinnar varpa ljósi á hóp sem lítið hefur verið rannsakaður á Íslandi. Þær gefa vísbendingar um hverju þarf að fylgjast betur með hjá þessum hópi og nýta til áframhaldandi þróunar á meðgönguvernd hér á landi.

Styrkleikar og veikleikar

Helsti styrkleiki þessarar rannsóknar er að hún nær yfir langt tímabil. Lýðgrundað rannsóknarsnið styrkir réttmæti rannsóknarinnar og má yfirfæra niðurstöður yfir á skilgreint þýði. Annar styrkleiki er stöðluð tölfræðipróf sem notuð voru við greiningu gagna og vel afmörkuð og skilgreind aðferðafræði, sem hvort tveggja eykur áreiðanleika rannsóknarinnar.

Helstu veikleikar rannsóknarinnar eru vegna skorts á gögnum í Fæðingaskrá. Upplýsingar um menntun kvennanna og tímasetningu fyrstu komu í meðgönguvernd voru ekki til staðar í gagnasafninu og ekki var hægt að greina upplýsingar um líkamsþyngdarstuðul eða reykingar allt tímabilið. Þessir þættir geta allir talist til áhættuþátta fyrir fyrirburafæðingum[10,13] og hefðu því getað aukið við niðurstöður rannsóknarinnar. Þá vitum við ekki hvort notuð var túlkaþjónusta í meðgönguvernd hjá erlendu konunum, hvort þær voru hælisleitendur eða flóttakonur, hvort konurnar voru sjúkratryggðar eða hvaða tekjur þær höfðu. Þeir þættir gætu verið hindranir í veitingu meðgönguverndar til erlendra kvenna.[4] Auk þess vantar upplýsingar um hjúskaparstöðu hátt í fjórðungs kvenna með erlent ríkisfang og upplýsingar um hversu lengi konurnar höfðu verið á Íslandi fyrir fæðingu voru ekki skráðar og þar af leiðandi erfitt að álykta hvort þær hafi fengið meðgönguvernd í öðru landi fyrir komuna til Íslands. Það má því segja að niðurstöður rannsóknarinnar varpi ljósi á mikilvægi skráningar í Fæðingarskrá til að hægt sé að gera gæðarannsóknir á þessu sviði í framtíðinni.

Ekki lágu fyrir upplýsingar um þjóðaruppruna kvenna í skráningunni. Þess í stað var stuðst við ríkisfang kvennanna. Einhverjar konur af erlendum uppruna sem hafa dvalið mislengi á landinu eru með tvöfalt ríkisfang, erlent og íslenskt. Þá voru þær skráðar með íslenskt ríkisfang í gagnasafninu. Alls fengu 6983 konur af erlendum uppruna íslenskt ríkisfang á tímabilinu, flestar úr mið- og lágt-HDI-hópunum. Þessi mikli fjöldi ætti þó frekar að minnka mun á milli hópa en auka hann. Einnig kom fram valbjögun við skiptingu HDI-flokka. Undir lágt-HDI flokkinn (≥0,849) falla mun fleiri lönd en hina flokkana og hópurinn þar því mjög fjölbreyttur og gæti það haft þau áhrif á niðurstöður að minni munur sjáist í tölfræðigreiningu.

Þakkir

Við þökkum Embætti landlæknis og Fæðingaskrá fyrir að útvega gögnin í rannsókninni.

Greinin barst til blaðsins 3. nóvember 2022,
samþykkt til birtingar 3. janúar 2023.

Heimildir

1. Abdullahi I, Wong K, Glasson, et al. Are preterm birth and intra-uterine growth restriction more common in Western Australian children of immigrant backgrounds? A population based data linkage study. BMC Pregnancy Childbirth 2019; 19: 287.
2. Becker S, Stolberg C. Ethnic inequality in preterm birth. Schmollers Jahrbuch 2012; 133: 299-322.
3. Castelló A, Río I, Martinez E, et al. Differences in Preterm and Low Birth Weight Deliveries Between Spanish and Immigrant Women: Influence of the Prenatal Care Received. Ann Epidemiol 2012; 22: 175-82.
4. Hayes I, Enohumah K, McCaul C. Care of the migrant obstetric population. Int J Obstetr Anesthes 2011; 20: 321-9.
5. Heslehurst N, Brown H, Pemu A, et al. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. BMC Med 2018; 16: 89.
6. Li X, Sundquist J, Sundquist K. Immigrants and Preterm Births: A Nationwide Epidemiological Study in Sweden. Mat Child Health J 2013; 17: 1052-8.
7. Pedersen GS, Mortensen LH, Gerster M, et al. Preterm Birth and Birthweight-for-Gestational Age among Immigrant Women in Denmark 1978–2007: A Nationwide Registry Study. Paediatr Perinat Epidemiol 2012; 26: 534-42.
8. Vik ES, Nilsen RM, Aasheim V, et al. Country of first birth and neonatal outcomes in migrant and Norwegian-born parous women in Norway: a population-based study. BMC Health Serv Res 2020; 20: 540.
9. Wanigaratne S, Cole DC, Bassil K, et al. The influence of refugee status and secondary migration on preterm birth. J Epidemiol Comm Health 2016; 70: 622.
10. Zhou Q, Zhang W, Xu H, et al. Risk factors for preterm premature rupture of membranes in Chinese women from urban cities. Int J Gynecol Obstetr 2014; 127: 254-9.
11. Cacciani L, Asole S, Polo A, et al. Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy. BMC Public Health 2011; 11: 294.
12. Madendag Y, Sahin E, Demir MB, et al. The Effect of Immigration on Adverse Perinatal Outcomes: Analysis of Experiences at a Turkish Tertiary Hospital. BioMed Res Int 2019; 2326797.
13. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, et al. The global epidemiology of preterm birth. Best Pract Res Clin Obstetr Gynaecol 2018; 52: 3-12.
14. Grétarsdóttir ÁS, Aspelund T, Steingrímsdóttir Þ, et al. Preterm births in Iceland 1997-2016: Preterm birth rates by gestational age groups and type of preterm birth. Birth 2020; 47: 105-14.
15. Sørbye IK, Wanigaratne S, Urquia ML. Variations in gestational length and preterm delivery by race, ethnicity and migration. Best Pract Res Clin Obstetr Gynaecol 2016; 32: 60-8.
16. Hug L, Sharrow D, You D. Levels and trends in child mortality: report 2017: The World Bank. unicef.org -2017.
17. Balaam MC, Akerjordet K, Lyberg A, et al. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. J Advan Nursing 2013; 69: 1919-30.
18. Beeckman K, Louckx F, Downe S, et al. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. Eur J Public Health 2012; 23: 366-71.
19. Joseph KS, Fahey J, Shankardass K. Effects of socioeconomic position and clinical risk factors on spontaneous and iatrogenic preterm birth. BMC Pregn Childbirth 2014; 14: 117.
20. Ray JG, Wanigaratne S, Park AL, et al. Preterm preeclampsia in relation to country of birth. J Perinatol 2016; 36: 718-22.
21. Urquia ML, Glazier RH, Gagnon AJ, et al. Disparities in pre-eclampsia and eclampsia among immigrant women giving birth in six industrialised countries. BJOG 2014; 121: 1492-500.
22. Harakow HI, Hvidman L, Wejse C, et al. Pregnancy complications among refugee women: a systematic review. Acta Obst Gynecol Scand 2021; 100: 649-57.
23. Naimy Z, Grytten J, Monkerud L, et al. The prevalence of pre-eclampsia in migrant relative to native Norwegian women: a population-based study. BJOG 2015; 122: 859-65.
24. Ankert J, Groten T, Pletz MW, et al. Fetal growth restriction in a cohort of migrants in Germany. BMC Pregn Childbirth 2021; 2: 145.
25. Gagnon AJ, McDermott S, Rigol-Chachamovich J, et al. International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta-analysis. Paediatr Perinat Epidemiol 2011; 25: 575-92.

26. Conceição P. Beyond Income, beyond Averages, beyond Today: Inequalities in Human Development in the 21st Century. Human Development Report. 2019. UNDP; New York 2019.
27. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth 2012.
28. Quinn JA, Munoz F.M, Gonik B, et al. Preterm birth: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunisation safety data. Vaccine 2016; 34: 6047-56.
29. Morisaki N, Ganchimeg T, Vogel J, et al. Impact of stillbirths on international comparisons of preterm birth rates: a secondary analysis of the WHO multi-country survey of Maternal and Newborn Health. BJOG 2017; 124: 1346-54.
30. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10. útgáfa). Wolters Kluwer, Fíladelfíu 2017.
31. Sørbye IK, Daltveit AK, Sundby J, et al. Preterm subtypes by immigrants' length of residence in Norway: a population-based study. BMC Pregn Childbirth 2014; 14: 239.
32. Bartsch E, Park L, Jairam J, et.al . Concomitant preterm birth and severe small-for-gestational age birth weight among infants of immigrant mothers in Ontario originating from the Philippines and East Asia: a population-based study. BMJ open 2017; 7: e015386.
33. Park AL, Urquia ML, Ray JG. Risk of preterm birth according to maternal and paternal country of birth: a population-based study. J Obstet Gynaecol Canada 2015; 37: 1053-62.
34. Von Katterfeld B, Li J, McNamara B, et al. Obstetric profiles of foreign-born women in Western Australia using data linkage, 1998–2006. Aust NZ J Obstet Gynaecol 2011; 51: 225-32.
35. Fólksfjöldaþróun og erlendir ríkisborgarar 1996-2006. https://hagstofan.is - desember 2022.
36. Mannfjöldaþróun 2019. http://hagstofan.is - desember 2022.
37. Lucovnik M, Bregar A.T, Steblovnik L, et al. Changes in incidence of iatrogenic and spontaneous preterm births over time: a population-based study. J Perinat Med 2016; 44: 505-9.
38. Purisch SE, Gyamfi-Bannerman C. Epidemiology of preterm birth. Sem Perinatol 2017; 41: 387-91.
39. Félagsvísar: Sérhefti um innflytjendur. http://hagstofan.is - desember 2022.
40. Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu: Klínískar leiðbeiningar. landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/4407.pdf - desember 2022.
41. Skaptadóttir UB, Loftsdóttir K. Konur af erlendum uppruna: Hvar kreppir að? : Háskóli Íslands. stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=c6482f7c-570d-11ea-945f--005056bc4d74 - desember 2022.

Viðauki I. ***Skilgreining áhættuþátta og ICD greiningar.***

Flokkur/heiti	Lýsing	ICD greiningar
Þvagfærasýkingar	Ýmsar þvagvegssýkingar og blöðrubólga	N39.0, O23.9, N30, N30.1, N30.2, N30.8, N30.9
Sýking í belgjum	Sýking í líknarbelg og himnum	O41.1
Kynsjúkdómar	Lekandi, klamydía, sárasótt, lifrarbólga C og HIV	A54, A54.0, A54.1, A56.0, A56.2, Z21, O98.7, B20.8, A50, A51, A52, A53, B18.2, B17.1
Leghálsbilun	Leghálsbilun	N88.3, O34.3, P01.0
Meðgöngueitrun, meðgöngukrampi og HELLP	Meðgöngueitrun, meðgöngukrampi, HELLP, meðgönguprótínmiga og meðgöngubjúgur með prótínmigu	O11, O14, O14.0, O14.1, O14.2, O14.9, O15, O15.0, O15.1, O15.9, O12.1, O12.2
Hár blóðþrýstingur	Háþrýstingur á meðgöngu, meðgöngutengdur og fyrirverandi	O13, O10, O10.1, O10.2, O10.4, O10.9, I10
Sykursýki	Sykursýki tegund 1, sykursýki tegund 2 og meðgöngusykursýki	E10, E11, E14, O24.0, O24.1, O24.2, O24.9, E13
Blóðleysi	Blóðleysi í þungun	O99.0, D50, D51, D52
Offita	Offita	E66, E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9
Fylgjuraskanir	Fyrirsæt fylgja, fylgjulos, annað	O43, O44, O44.0, O44.1, O45, O45.0, O45.8, P50.2
Glasafrjóvgun	Þungun eftir glasafrjóvgun	Z31.2
PROM	Fyrirmálsrifnun himna	O42.0, O42.1, O42.2
Fyrirmálshríðir	Fyrirmálshríðir án fæðingar	O60.0
Geðræn vandamál	Geðraskanir á meðgöngu og lyndisraskanir	O99.3, F20.0-6, F20.8-9, F30.0-2, F30.8-9, F31.0-9, F32.0-3, F32.8-9, F33.0-4, F33.8-9, F41.0-3, F41.8-9, F53.0-1, F53.8-9
Vatnsleg	Of mikið legvatn	O40
Vaxtarskerðing	Hægur fósturvöxtur, létt eða smátt fóstur og fósturvannæring	P05, P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, O36.5
Eftirlit með áhættumeðgöngu	Saga um ófrjósemi, fósturlát, slæma æxlunarsögu, ófullnægjandi forburðarhjálp	Z35.0, Z35.1, Z35.2, Z35.3
Vímuefnaneysla	Skaðleg notkun eða fíkniheilkenni af völdum t.d. alkóhóls, ópíum, kannabis, slævi- eða svefnlyfja og kókaíns. Misnotkun lyfja og lyfjafíkn	F10.1, F10.2, F11.1, F11.2, F12.1, F12.2, F13.1, F13.2, F14.1, F14.2, F15.1, F15.2, F16.1, F16.2, F18.1, F18.2, F19.1, F19.2, Z86.4
Gallstasi	Gallstasi á meðgöngu	O26.6
Fósturstreita	Hjartsláttarfrábrigði fósturs og merki um fósturnauð	O36.3, O68.0, O68.2, O68.8, O68.9

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.02.729

Preterm birth among Icelandic and migrant women in Iceland during 1997–2018 and main contributing factors

Embla Ýr Guðmundsdóttir[1,2]

Lilja Vigfúsdóttir[3]

Helga Gottfreðsdóttir[1,4]

[1]Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, University of Iceland, Iceland, [2]The Reykjavík Birth Center, Iceland, [3]The Health Directorate of East Iceland, Iceland, [4]Department of Obstetrics and Gynecology, Women´s Clinic, Landspítali University Hospital, Iceland.

Correspondence: Embla Ýr Guðmundsdóttir, *emblayrg@gmail.com*

Key words: *preterm birth, migrant women, risk factors, antenatal care.*

INTRODUCTION: Migrant women often experience worse perinatal outcomes during pregnancy, birth, and puerperium than native women, but results regarding preterm birth vary. The objective of this study was to detect the prevalence and risk factors of preterm birth among Icelandic and migrant women in Iceland.

MATERIAL AND METHODS: The study was a population-based cohort study with data from the Icelandic Medical Birth Register. The cohort included all women who had a singleton birth from 22w0d to 36w6d of pregnancy in the years 1997-2018, a total of 89 170 women. The group was divided in two; women with an Icelandic citizenship and women with foreign citizenship, that were further divided according to the Human Development Index (HDI) of their country of citizenship. Preterm birth rate and risk factor prevalence was analysed according to this classification and significance in differences measured with a chi-square test.

RESULTS: Significance in differences of preterm birth was found between Icelandic (4.4%) and migrant women (5.6%) ($p<0.001$). Migrant women from middle-HDI countries gave birth preterm in 5.5% of cases ($p<0.01$) and women from low-HDI countries in 6.4% of cases ($p<0.001$). Migrant women were more often diagnosed with urinary tract infections, diabetes, intrauterine growth restriction and premature rupture of membranes, but less often with pre-eclampsia, obesity, placental defect, mental health issues and age <18 years ($p<0.05$).

CONCLUSION: Migrant women in Iceland from middle-HDI and low-HDI countries give birth preterm more often than Icelandic women. A difference in risk factors is also present and needs further research. The findings can be used in continuing development of prenatal care for migrant women in Iceland.

Joðneysla tveggja ára barna og fullorðinna á Íslandi og mat á áhrifum þess að nota joðbætt salt við framleiðslu á brauði

Ingibjörg Gunnarsdóttir[1,2] næringarfræðingur
Ari J. Jóhannesson[1] læknir
Jóhanna Eyrún Torfadóttir[3] næringarfræðingur
Zulema Sullca Porta[4] sérfræðingur
Bryndís Eva Birgisdóttir[1] næringarfræðingur
Hólmfríður Þorgeirsdóttir[3] næringarfræðingur

[1]Háskóla Íslands, [2]Landspítala, [3]Embætti landlæknis, [4]Matvælastofnun.

Fyrirspurnum svarar Ingibjörg Gunnarsdóttir, *ingigun@hi.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Ófullnægjandi joðhagur greindist nýlega hérlendis meðal barnshafandi kvenna. Notkun á joðbættu salti er þekkt leið til að bæta joðhag, en hefur ekki verið beitt hérlendis. Markmið rannsóknarinnar var að lýsa joðneyslu tveggja ára barna og fullorðinna á Íslandi og meta líkleg áhrif þess að nota joðbætt salt í brauð.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Joðneysla var reiknuð út frá neyslugögnum landskönnunar á mataræði 2019-2021 (18-80 ára, n=822) og rannsókn á mataræði tveggja ára barna (n=124) og mat lagt á aukningu joðneyslu ef joðbætt salt væri notað í brauð. Niðurstöðurnar eru bornar saman við ráðlagða dagsskammta fyrir joð (90 µg/dag fyrir tveggja ára börn og 150 µg/dag fyrir fullorðna), efri mörk hættulausrar neyslu (200 µg/dag fyrir ung börn og 600 µg/dag fyrir fullorðna) og lægri mörk neyslu (70 µg/dag fyrir fullorðna).

NIÐURSTÖÐUR

Meðalneysla á joði var 88 µg/dag meðal tveggja ára barna og 134 µg/dag meðal fullorðinna. Ef allt brauð innihéldi 20 µg af joði í 100 grömmum færi meðalneysla á joði upp í 99 µg/dag hjá tveggja ára börnum (13% aukning) og 153 µg/dag hjá fullorðnum (14% aukning), miðað við núverandi neyslu á brauði. Við hærri styrk myndi meira en 5% tveggja ára barna fara yfir efri mörkin en joðstyrkur sem nemur allt að 70 µg/100 grömmum af brauði væri vel innan marka fyrir fullorðna.

ÁLYKTANIR

Notkun á joðbættu salti í brauð sem svarar til 20 µg af joði í 100 grömmum af brauði virðist örugg fyrir ung börn. Þessi viðbætti joðstyrkur í brauðum myndi þó ekki duga til að tryggja fullnægjandi joðneyslu allra fullorðinna, sé miðað við núverandi mataræði landsmanna.

Inngangur

Joð er snefilefni sem er nauðsynlegt fyrir myndun skjaldkirtilshormóna (þríjoðþýrónín (T3) og þýroxín (T4)). Skjaldkirtilshormón gegna mikilvægu hlutverki í líkamanum, meðal annars á meðgöngu fyrir eðlilegan vöxt og þroska fósturs.[1-4] Helstu uppsprettur joðs í íslensku mataræði eru annars vegar mjólk og mjólkurvörur (aðrar en ostur) og hins vegar fiskur, sér í lagi magur fiskur.[5] Frásog á joði úr fæðu er yfirleitt gott (>90%).[6,7] Þörf fyrir joð er breytileg eftir aldri og aðstæðum (sjá töflu I) en joðþörf eykst til að mynda á meðgöngu vegna aukinnar framleiðslu á skjaldkirtilshormónum, aukins útskilnaðar á joði og flutnings joðs til fósturs.[8,9]

Ekki er reglulega fylgst með joðhag almennings á Íslandi, en til þess væri til dæmis hægt að safna þvagprufum og mæla miðgildi joðs úr tilviljunarkenndu úrtaki. Þær rannsóknir sem eru til um joðneyslu og joðhag Íslendinga benda allar til þess að joðhagur hafi í gegnum tíðina verið fullnægjandi.[10,11] Ófullnægjandi joðhagur greindist í fyrsta sinn á Íslandi í rannsókn frá 2017-2018 meðal barnshafandi kvenna.[12] Erlendar rannsóknir benda til þess að jafnvel vægur joðskortur á meðgöngu geti haft áhrif á þroska

Tafla I. *Ráðlagðir dagsskammtar (RDS), lægri mörk neyslu, áætluð meðalþörf og efri mörk hættulausrar neyslu joðs (µg á dag) fyrir fullorðna og börn.*[18,22]

Hugtak	Skilgreining	Fullorðnir*	Börn 1-5 ára
Lægri mörk neyslu	Neysla undir þessum mörkum gæti leitt til klínískra einkenna hjá flestum einstaklingum	70	Ekki skilgreind
Áætluð meðalþörf	Skammtur sem fullnægir þörf um það bil 50% einstaklinga	100	Ekki skilgreind
Ráðlagður dagsskammtur	Það magn sem talið er fullnægja þörfum flestra heilbrigðra einstaklinga	150	90
Efri mörk hættulausrar neyslu	Það magn sem óhætt er að neyta daglega yfir lengri tíma, án þess að það sé talið hafa neikvæð áhrif á heilsu	600	200

*RDS fyrir barnshafandi konur er 175 µg á dag og 200 µg á dag fyrir konur með barn á brjósti.

barna.[13-19] Því er ekki útilokað að versnandi joðhagur geti verið farinn að hafa áhrif á þroska barna hérlendis.

Í ljósi sögunnar hefur ekki fyrr en nú verið talin þörf fyrir aðgerðir til að bæta joðhag þjóðarinnar. Á grunni rannsókna á joðhag víða erlendis hafa verið sett lög eða reglugerðir um notkun á joðbættu salti,[20] en það er sú aðferð sem Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) mælir með.[21] Á Norðurlöndunum er Danmörk eina landið þar sem skylt er að nota joðbætt salt í framleiðslu á brauðvörum.[20] Lögin voru sett árið 1999 og var miðað við að salt sem notað er í bakstur innihéldi 13 µg af joði fyrir hvert gramm af salti og var styrkur joðs síðan hækkaður árið 2019 í 20 µg af joði fyrir hvert gramm af salti. Á hinum Norðurlöndunum er mælt með notkun á joðbættu salti til heimilisnota (borðsalti). Styrkur joðs sem reglugerðir landanna heimila í borðsalti er mjög breytilegur, allt frá 5 µg/g af salti í Noregi til 50 µg/g í Svíþjóð.[20] Endurspeglar þetta að hluta til mismunandi joðhag þjóðanna í sögulegu samhengi og mismunandi neyslu joðs úr fæðu. Á íslenskum markaði má finna nokkrar tegundir brauða sem innihalda joðbætt salt, auk þess sem joðbætt salt til heimilisnota finnst einnig í hillum verslana.

Mikilvægt er að aðgerðir sem miða að því að bæta joðhag þjóðarinnar séu vel undirbúnar svo þær valdi ekki skaða. Ekki síst vegna þess að bilið milli þess sem telst æskileg neysla á joði (ráðlagður dagsskammtur) og efri marka hættulausrar neyslu er þrengra en fyrir mörg önnur næringarefni, sér í lagi fyrir ung börn.[22] Ráðlagða dagsskammta, lægri mörk neyslu, áætlaða meðalþörf og efri mörk hættulausrar neyslu joðs (µg á dag) fyrir fullorðna og börn má sjá í töflu I.

Markmið rannsóknarinnar var að lýsa joðneyslu annars vegar fullorðinna Íslendinga á aldrinum 18-80 ára og hins vegar tveggja ára barna og áætla út frá þeirri neyslu hvaða áhrif það hefði að nota joðbætt salt við framleiðslu á brauði og brauðvörum. Tekin var sú ákvörðun að einskorða mat á áhrifum af notkun joðbætts salts við brauð líkt og gert er í Danmörku[20] og er til skoðunar í Noregi.[23] Í öðrum löndum þekkist að joðbætt salt sé notað í öllum matvælaiðnaði auk borðsalts.[24]

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin byggir á greiningum á neyslugögnum úr tveimur rannsóknum, annars vegar meðal fullorðinna Íslendinga sem voru þátttakendur í landskönnun á mataræði Íslendinga 2019-2021 og hins vegar tveggja ára barna.

Þátttakendur í landskönnun á mataræði fullorðinna Íslendinga voru 822 á aldrinum 18-80 ára.[5] Kynjahlutfall var nokkuð jafnt (52% konur, 48% karlar) og flestir þátttakenda voru búsettir á höfuðborgarsvæðinu (64%), sem er í samræmi við þjóðskrá. Þátttökuhlutfall eftir aldri var einnig í samræmi við úrtakið úr þjóðskrá, fyrir utan yngsta aldurshópinn (18-39 ára) sem erfiðara var að ná til. Valið var 2000 manna úrtak af handahófi úr þjóðskrá. Þar sem um var að ræða símakönnun var eingöngu haft samband við þá 1545 einstaklinga sem voru með skráð símanúmer og heimilisfang. Boð um þátttöku var fyrst sent með bréfi og því fylgt eftir með símtali. Af þeim 1545 sem var boðin þátttaka í könnuninni luku 781 báðum viðtölunum, eða 51%. Þar sem illa gekk að ná til yngsta aldurshópsins (18-39 ára), var annað úrtak dregið út og lauk 41 þátttakandi úr þeim hópi báðum viðtölum. Heildarfjöldi þátttakenda var því 822. Tvær upprifjanir á neyslu alls matar, drykkjar og fæðubótarefna síðastliðins sólarhrings, ásamt tíðnispurningum um valdar fæðutegundir, auk fæðubótarefna fyrir lengra tímabil (vika/mánuðir), voru notaðar til að kanna mataræði í landskönnun. Í sólarhringsupprifjun er sérstaklega spurt um tegundir matar og drykkjar og þannig hægt að taka tillit til mismunandi næringargildis, meðal annars joðstyrks í mismunandi tegundum af fiski.

Niðurstöður um mataræði tveggja ára barna byggja á þátttöku 124 tveggja ára barna þeirra kvenna sem upphaflega tóku þátt í rannsókninni „Næringarástand á meðgöngu“ 2017-2018[12] og samþykktu að taka þátt í framhaldsrannsókninni „Tengsl fæðuvals og næringarástands mæðra á meðgöngu við örveruflóru barna fyrstu tvö ár ævinnar.“ Börnin voru öll fædd á árinu 2018. Þátttökuhlutfall í rannsókninni „Næringarástand á meðgöngu“ (n=1015) var 75%, þar af samþykktu 328 (32%) þátttöku í framhaldsrannsókninni. Konur sem samþykktu þátttöku í framhaldsrannsókninni voru aðeins eldri en þær sem ekki héldu áfram (meðalaldur 31,2 ár miðað við 29,7 ár, $p<0,05$), en ekki reyndist munur á menntunarstigi, líkamsþyngdarstuðli eða styrk joðs í þvagi þeirra í upphafi meðgöngu. Gagnasöfnun fór fram árið 2020 og alls skiluðu sér 124 gildar skráningar á mataræði. Öll neysla barnanna á mat, drykk og fæðubótarefnum var skráð í matardagbók í þrjá samfellda daga. Skráningin var í höndum foreldra og forráðamanna sem fengu skriflegar og munnlegar leiðbeiningar um skráningu. Áhersla var lögð á nákvæmni er kemur að tegundum matvæla innan hvers matvælaflokks, svo sem tegunda af fiski, sem er mikilvægt fyrir áætlun á joðneyslu. Í þeim tilfellum þar sem skammtastærðir voru ekki skráðar nákvæmlega (til dæmis í máltíðum sem neytt var í leikskóla) var stuðst við viðmiðunarskammta frá Embætti landlæknis fyrir leikskólabörn.

Tafla II. *Neysla á joði (µg á dag) án bætiefna í landskönnun á mataræði fullorðinna Íslendinga 2019-2021 og áætluð neysla á joði (µg á dag) út frá mismunandi sviðsmyndum um styrk joðs í brauðum ef salt sem notað er í brauðin væri joðbætt.*

	Núverandi neysla á joði	20 µg joð/100 g af brauði	40 µg joð/100 g af brauði	60 µg joð/100 g af brauði	70 µg joð/100 g af brauði
Meðaltal	134	153	169	185	193
Miðgildi	101	118	136	154	164
90. hundraðshluti	283	297	313	336	342
95. hundraðshluti	342	360	375	399	412
Hlutfall undir lægri mörkum neyslu (70 µg á dag)	28	16	11	8	7
Hlutfall undir áætlaðri meðalþörf (100 µg á dag)	49	37	26	19	16

Niðurstöður um neyslu matvæla úr báðum rannsóknum voru færðar inn í næringarútreikningaforritið ICEFOOD. Við útreikninga á joðneyslu var annars vegar stuðst við íslenska gagnagrunninn um efnainnihald matvæla (ÍSGEM), og hins vegar við gagnagrunn Embættis landlæknis um samsetningu algengra rétta og skyndibita á íslenskum markaði.

Við áætlun joðneyslu ef joðbætt salt væri notað í brauð voru settar upp mismunandi sviðsmyndir sem gera ráð fyrir að joðinnihald í brauðum væri 20, 40, 60 eða 70 µg fyrir hver 100 grömm af brauði. Þessir styrkleikar voru valdir út frá saltmagni í algengum brauðtegundum á íslenskum markaði (0,9-1,4 g salt í 100 g af brauði), mismunandi styrk joðsalts sem hugsanlega yrði notað í brauðin (15-50 µg/g), mælingum á joðinnihaldi brauða á íslenskum markaði sem innihalda joðbætt salt og erlendum gögnum.[20] Gögn úr mataræðisrannsóknunum tveimur, á fullorðnum og tveggja ára börnum, voru notuð til að áætla neyslu hvers þátttakanda (grömm á dag) af brauði. Undir flokkinn falla allar tegundir af brauði að sætabrauði undanskildu. Þær upplýsingar voru síðan notaðar til að áætla væntanlega neyslu á joði út frá mismunandi joðstyrk í 100 grömmum af brauði.

Niðurstöður fyrir allar sviðsmyndir eru bornar saman við ráðlagða dagsskammta, lægri mörk neyslu, áætlaða meðalþörf og efri mörk hættulausrar neyslu fyrir joð, annars vegar fyrir fullorðna og hins vegar tveggja ára börn (tafla I). Niðurstöður eru birtar fyrir joðneyslu án bætiefna sem lýsandi tölfræði (meðaltöl, staðalfrávik, miðgildi og hundraðshlutar) þar sem sérstaklega er horft til 90. og 95. hundraðshluta við samanburð við skilgreind efri mörk hættulausrar neyslu. Upplýsingar um mögulega joðneyslu, bæði úr fæðu og bætiefnum, eru einnig kynntar, þó með þeim fyrirvara að líklega er um ákveðið ofmat að ræða þar sem stöðluð fjölvítamín- og steinefnatafla í ÍSGEM inniheldur 150 µg af joði, en einungis hluti slíkra bætiefna á íslenskum markaði inniheldur joð.[11]

Niðurstöður

Neysla á joði úr fæðu (án bætiefna) í landskönnun á mataræði fullorðinna Íslendinga 2019-2021 var að meðaltali 134 µg á dag og alls reyndust 28% vera með joðneyslu undir skilgreindum lægri mörkum neyslu (töflur I og II). Ef neysla joðs úr bætiefnum er tekin með, með þeim fyrirvara að um ofmat sé að ræða eins og kynnt er í kafla um efnivið og aðferðir, er áætluð meðalneysla joðs 163 µg á dag. Meðalneysla á brauði meðal fullorðinna þátttakenda í landskönnun á mataræði var 81 gramm á dag og í töflu II má sjá hver áætluð joðneysla væri ef joðbætt salt væri notað í brauðin. Þannig myndi, sem dæmi, meðalneysla á joði fara yfir 150 µg/dag (RDS fyrir fullorðna) og hlutfall einstaklinga með neyslu undir lægri mörkum neyslu fara úr 28% í 11% ef allt brauð innihéldi 40 µg af joði í 100 grömmum. Viðbót sem svarar 70 µg af joði í 100 grömmum af brauði myndi ekki leiða til þess að neysla færi yfir skilgreind efri mörk neyslu meðal fullorðinna (600 µg/dag). Ef sömu útreikningar eru endurteknir með bætiefnum fer 95. hundraðshluti (5% þátttakenda með mestu joðneysluna) hæst í 482 µg/dag ef miðað er við að 100 grömm af brauði gefi 70 µg af joði.

Meðalneysla á joði meðal tveggja ára barna var 88 µg/dag (94 µg/dag með bætiefnum) og þau 5% barna sem fengu mest af joði úr fæðu (95. hundraðshluti) neyttu yfir 180 µg/dag. Meðalneysla á brauði var 54 grömm á dag. Tafla III sýnir áætlaða neyslu á joði (µg á dag) út frá mismunandi sviðsmyndum um styrk joðs í brauði. Notkun á joðbættu salti í brauð sem myndi skila sér í 20 µg af joði í 100 grömmum af brauði virðist ekki leiða til þess að hætta sé á að neysla þeirra sem mest fá af joði úr fæðu færi yfir skilgreind efri mörk neyslu fyrir börn (200 µg/dag). Væri styrkur joðs í brauðum hins vegar hærri, benda niðurstöðurnar til þess að hluti barna gæti farið yfir þessi viðmið. Sé tekið tillit til joðneyslu úr fæðu og bætiefnum fer 95. hundraðshluti barna hæst í 238 µg/dag miðað við 70 µg/ 100 g af brauði.

Umræða

Niðurstöður um joðneyslu þátttakenda í landskönnun á mataræði 2019-2021 benda til þess að hluti fullorðinna Íslendinga sé með neyslu undir skilgreindri lágmarksþörf fyrir efnið og útreikningar okkar á notkun joðbætts salts í brauði sýna að það er mjög ólíklegt að sú aðgerð myndi leiða til ofneyslu á joði meðal fullorðinna. Hins vegar er meðalneysla á joði nálægt RDS meðal tveggja ára barna og minna svigrúm virðist vera til joðbætingar fyrir þennan hóp heldur en fyrir fullorðna.

Mælikvarðar sem helst eru notaðir til að meta joðhag eru styrkur joðs í þvagi, stærð skjaldkirtils (*thyroid volume*) og styrkur TSH (*thyroid stimulating hormone*), skjaldkirtilshormóna (T3 og T4) og týróglóbúlíns (Tg) í blóði.[25] Einnig má meta joðneyslu með

Tafla III. *Neysla á joði (µg á dag) án bætiefna meðal tveggja ára barna og áætluð neysla á joði (µg á dag) út frá mismunandi sviðsmyndum um styrk joðs í brauðum ef salt sem notað er í brauðin væri joðbætt.*

	Núverandi neysla af joði	20 µg joð/100 g af brauði	40 µg joð/100 g af brauði	60 µg joð/100 g af brauði	70 µg joð/100 g af brauði
Meðaltal	88	99	110	121	126
Miðgildi	77	90	101	113	121
90. hundraðshluti	153	161	174	191	198
95. hundraðshluti	180	191	203	216	223

Tafla IV. *Áætluð neysla á helstu joðgjöfum í íslensku mataræði og meðalneysla á joði í landskönnunum á mataræði frá árinu 1939 til 2019-2021*.*

Ár	Aldur	Fiskur (g/dag)	Mjólk og mjólkurvörur (g/dag)	Meðalneysla á joði (µg/dag)
1939	0-80	200	1000	570
1979-1980	0-80	70	729	336
1990	15-18	73	589	299
2002	15-80	40	388	163
2010-2011	18-80	46	300	167
2019-2021	18-80	45	245	134

*Tölurnar byggja á áður birtum upplýsingum,[6] að viðbættum upplýsingum úr landskönnunum á mataræði 2010-2011[26] og landskönnun á mataræði 2019-2021.[5]

ýmsum stöðluðum aðferðum við kannanir á mataræði. Sá lýðheilsumælikvarði sem mælt er með til að meta joðhag þjóða er miðgildi joðstyrks í þvagi.[22,25] Telst miðgildi joðstyrks í þvagi á bilinu 100-299 µg/L spegla fullnægjandi joðhag fyrir fullorðna og börn,[25] en 150-249 µg/L fyrir barnshafandi konur.[22] Eldri rannsóknir á joðhag (joðneyslu og/eða mælingum á joðstyrk í þvagi) fullorðinna Íslendinga benda allar til þess að joðhagur hafi um árabil verið fullnægjandi á Íslandi.[10,11] Meðal joðstyrkur í þvagi Íslendinga á aldrinum 20-59 samkvæmt rannsókn sem fram fór árið 1988 reyndist vera 332 µg/24 klst (sem samsvarar um 215 µg/L ef miðað er við 1,5 L þvagútskilnað á sólarhring),[26] en 10 árum síðar, mældist joðstyrkur í þvagi 66-70 ára Íslendinga 150 µg/L.[27] Fullnægjandi joðstyrkur í þvagi sást í rannsóknum hérlendis allt til áranna 2007-2009 þegar styrkur joðs í þvagi mældist 180 µg/L meðal barnshafandi kvenna[7] og 200 µg/L meðal unglingsstúlkna á aldrinum 16-20 ára.[28] Ófullnægjandi joðhagur greindist í fyrsta sinn á Íslandi í rannsókn frá 2017-2018 meðal barnshafandi kvenna, en í þeirri rannsókn mældist miðgildi joðstyrks í þvagi 89 µg/L.[12] Erlendar rannsóknir benda til þess að jafnvel vægur joðskortur á meðgöngu geti haft áhrif á þroska barna og að gildi undir 100 µg/L í þvagi sé ákveðinn þröskuldur í þessu samhengi.[13-19] Niðurstöður landskönnunar á mataræði Íslendinga 2019-2021 gefa sömu vísbendingar um að joðneysla sé ekki lengur fullnægjandi meðal fullorðinna hérlendis, sérstaklega ekki meðal kvenna á barneignaraldri, en 24% kvenna á aldrinum 18-39 var með joðneyslu undir skilgreindri lágmarksþörf fyrir joð (70 µg/dag).[5] Önnur íslensk rannsókn sem fram fór á árunum 2014-2017 bendir jafnframt til þess að styrkur joðs í móðurmjólk íslenskra mæðra sé ekki nægjanlega hár til að fullnægja þörfum nýbura og ekki var hægt að útiloka að 5,5 mánaða gömul íslensk börn fengju of lítið joð.[29] Þess ber þó að geta að viðmið um joðstyrk í þvagi barna undir 12 mánaða aldri og styrk joðs í móðurmjólk byggja enn sem komið er á mjög fáum rannsóknum.[30] Joðhagur barna eldri en 5,5 mánaða hefur ekki verið metinn hérlendis. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin mælir með að joðhagur viðkvæmra hópa á borð við barnshafandi konur og börn á grunnskólaaldri sé metinn reglulega.[22,25]

Eins og fram hefur komið eru helstu joðgjafar í íslensku mataræði annars vegar fiskur og hins vegar mjólkurvörur. Þannig er áætlað framlag fisks og fiskafurða til heildarneyslu á joði 42% og úr mjólk og mjólkurvörum (án osts) fást 21%. Framlag osta er um 12% og eggja 5%.[5]

Í töflu IV má sjá þróun á neyslu á fiski og mjólkurvörum auk áætlaðrar meðalneyslu á joði úr landskönnunum á mataræði fullorðinna Íslendinga frá árinu 1939 til 2019-2021.[5,10,31] Fiskneysla dróst mikið saman frá 1990 til ársins 2002, en hefur staðið nokkurn veginn í stað síðan. Mjólkurneysla fullorðinna er hins vegar stöðugt á niðurleið á tímabilinu. Afleiðingar þessara breytinga má glögglega sjá, en meðalneysla á joði hefur lækkað um tæplega 50% frá árinu 1990. Þess má geta að meðalneysla tveggja ára barna á mjólk og mjólkurvörum í þeirri rannsókn sem hér hefur verið fjallað um var 282 g/dag (niðurstöður ekki sýndar), sem er meiri neysla en mældist meðal fullorðinna í landskönnun á mataræði 2019-2021. Fiskneysla barnanna var að meðaltali 18 g á dag (niðurstöður ekki sýndar) sem er svipað magn og 6 ára börn neyttu í rannsókn frá árinu 2012.[32]

Niðurstöður okkar benda til þess að val á æskilegri leið til að bæta joðhag fullorðinna Íslendinga (með sérstaka áherslu á konur á barneignaraldri) gæti verið snúin, sér í lagi ef horft er til efri marka hættulausrar neyslu fyrir ung börn. Versnandi joðhag hefur einnig verið lýst í Noregi, af svipuðum ástæðum og hérlendis, það er vegna minni neyslu á mjólkurvörum og fiski. Áhættumat á notkun á joðbættu salti í brauðvörur í Noregi bendir til sambærilegra áskorana og hérlendis, þar sem áætlað var að 8-18% ungra barna færu yfir efri mörk hættulausrar neyslu við slíkar aðgerðir.[23] Mikil óvissa ríkir þó um skilgreind efri mörk

hættulausrar neyslu fyrir börn enda eru þau byggð á rannsóknum á fullorðnum.[22,30] Hérlendis virðist sem styrkur allt að 20 µg af joði í 100 grömmum af brauði sé í lagi og leiði ekki til þess að neysla þeirra sem mest fá af joði úr fæðu fari yfir skilgreind efri mörk neyslu (200 µg/dag) fyrir tveggja ára börn. Þessi joðstyrkur í brauði myndi þó ekki duga miðað við núverandi mataræði landsmanna til að tryggja fullnægjandi joðneyslu allra fullorðinna. Samhliða þyrfti að koma til aukin neysla á öðrum joðgjöfum. Ákveðin áskorun felst í því að helstu joðgjafar í fæði Íslendinga eru dýraafurðir, en síðastliðin ár hefur þeim fjölgað sem neyta eingöngu fæðu úr jurtaríkinu (*vegan*) en einnig hefur mjólkurneysla almennt minnkað hjá þjóðinni og fiskneysla meðal ungs fólks.[5] Í dag er erfitt að mæla með notkun á þara sem joðgjafa þar sem joðmagn í honum getur verið mjög breytilegt og er oft hærra en skilgreind efri mörk hættulausrar neyslu í venjulegum neysluskömmtum.[33]

Í núverandi ráðleggingum (frá árinu 2020) er barnshafandi konum á Íslandi sem borða lítið eða ekkert af fiski og mjólkurvörum ráðlagt að taka fæðubótarefni (fjölvítamín- og steinefnatöflur) sem innihalda 150 µg af joði í dagsskammti. Mælt hefur verið með notkun joðs í formi fæðubótarefnis fyrir barnshafandi konur í þeim löndum þar sem miðgildi joðs í þvagi í almennu þýði (ekki barnshafandi kvenna) er undir 100 µg/L.[34] Miðgildi joðstyrks í þvagi barnshafandi kvenna sem notuðu fæðubótarefni sem innihalda joð (3,5% þátttakenda) í rannsókn frá 2017-2018 var 141 µg/L, sem er nálægt þeim viðmiðum sem Alþjóðaheilbrigðisstofnunin hefur sett fyrir barnshafandi konur (150-249 µg/L). Fræðilegur bakgrunnur þess að ráðleggja joð í formi bætiefna á meðgöngu telst þó veikur, enda benda nýlegar rannsóknir til þess að það gæti verið of seint að leiðrétta joðskort eftir getnað.[35] Ekki liggja fyrir upplýsingar um hvort hlutfall kvenna sem tekur joð sem bætiefni á meðgöngu hafi aukist eftir að ráðleggingarnar voru kynntar.

Ýmsar takmarkanir felast í þeim greiningum sem hér hafa verið settar fram. Fyrst ber að nefna að upplýsingar um joðneyslu byggja á mælingum á joðstyrk í íslenskum matvælum. Joðstyrkur í mjólkurvörum getur verið breytilegur, meðal annars vegna mismunandi innihalds joðs í fóðri. Meðalstyrkur joðs í 100 grömmum af mjólk er skráður 11,2 µg í íslenska gagnagrunninum um efnainnihald matvæla (ÍSGEM) sem notaður er við áætlun á joðneyslu í þessari rannsókn. Byggir það gildi á mælingum sem framkvæmdar voru árið 1995.[36] Mælingar sem gerðar voru í norrænu samstarfi árið 2016 benda ekki til þess að joðstyrkur í íslenskri mjólk hafi lækkað frá árinu 1995 og sýndu niðurstöðurnar mun hærri gildi í íslenskri mjólk samanborið við mólk frá hinum Norðurlöndunum.[37] Niðurstöður rannsóknar á joðhag barnshafandi kvenna frá árunum 2017-2018 sýndu að joðstyrkur í þvagi kvenna sem neyttu mjólkurvara sjaldnar en einu sinni í viku var 55 µg/L, en styrkur joðs jókst jafnt og þétt með aukinni tíðni neyslu og mældist 124 µg/L meðal kvenna sem neyttu mjólkurvara tvisvar sinnum á dag eða oftar.[12] Það er því margt sem bendir til þess að mjólkurvörur séu enn þann dag í dag góður joðgjafi. Styrkur joðs í fiski er jafnframt mjög mismunandi eftir tegundum, en tekið er tillit til þess í þeim greininum sem hér liggja til grundvallar.

Eins ber að nefna að þær aðferðir sem beitt er í báðum rannsóknum til að kanna mataræði eru ekki sérstaklega hannaðar til að meta áhættu á of mikilli eða of lítilli neyslu. Aðferðir þar sem fáum skráningardögum er beitt hafa tilhneigingu til að bæði ofmeta og vanmeta neyslu á fæðutegundum sem neytt er sjaldnar en daglega. Fiskur er dæmi um slík matvæli. Þá eru efri mörk hættulausrar neyslu (200 µg/dag) fyrir tveggja ára börn byggð á rannsóknum meðal eldri barna og fullorðinna og telja sérfræðingar að mörkin gætu verið of lág.[30] Allt þetta þarf að hafa í huga þegar hætta á því að hluti tveggja ára barna fari yfir efri mörk hættulausrar neyslu við íblöndun á joðbættu salti í brauð er metin. Æskilegt væri að fyrir lægju rannsóknir á joðstyrk í þvagi íslenskra barna. Þátttökuhlutfall telst einnig veikleiki í báðum rannsóknum. Hins vegar eru niðurstöðurnar í góðu samræmi við aðrar rannsóknir með fleiri þátttakendum og teljum við að þær spegli nokkuð vel joðneyslu þjóðarinnar í þeim aldurshópum sem rannsakaðir voru.

Brýnt er að grípa til aðgerða til að bæta joðhag fullorðinna Íslendinga, með sérstaka áherslu á konur sem geta orðið barnshafandi. Notkun á joðbættu salti í brauð gæti verið liður í slíkum aðgerðum. Samhliða aðgerðum um að nota joðbætt salt við brauðgerð er mikilvægt að komið verði á reglubundnu eftirliti á joðhag Íslendinga með mælingum á joðstyrk í þvagi, í samræmi við ráðleggingar Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar.

Þakkir

Þakkir fá þátttakendur, spyrlar og aðrir starfsmenn landskönnunar á mataræði Íslendinga. Sérstakar þakkir fá einnig aðstandendur rannsóknarinnar *Tengsl fæðuvals og næringarástands mæðra á meðgöngu við örveruflóru barna fyrstu tvö ár ævinnar* fyrir að hafa veitt góðfúslegt leyfi fyrir notkun á gögnum um mataræði þátttakenda við tveggja ára aldurinn til greininga á áhrifum þess að nota joðbætt salt í brauð.

Greinin barst til blaðsins 4. nóvember 2022,
samþykkt til birtingar 16. janúar 2023.

Heimildir

1. Bougma K, Aboud FE, Harding KB, et al. Iodine and mental development of children 5 years old and under: a systematic review and meta-analysis. Nutrients 2013; 5: 1384-416.
2. Laurberg P, Andersen SL. Nutrition: Breast milk - a gateway to iodine-dependent brain development. Nat Rev Endocrinol 2014; 10: 134-5.
3. Trumpff C, De Schepper J, Tafforeau J, et al. Mild iodine deficiency in pregnancy in Europe and its consequences for cognitive and psychomotor development of children: a review. J Trace Elem Med Biol 2013; 27: 174-83.
4. Zhou SJ, Skeaff SA, Ryan P, et al. The effect of iodine supplementation in pregnancy on early childhood neurodevelopment and clinical outcomes: results of an aborted randomised placebo-controlled trial. Trials 2015; 16: 563.
5. Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2019-2021. Helstu niðurstöður og samanburður við könnun frá 2010-2011. Embætti landlæknis og Rannsóknastofa í næringarfræði við Háskóla Íslands, Reykjavík 2022.
6. Pesce L, Kopp P. Iodide transport: implications for health and disease. Int J Pediatr Endocrinol 2014; 2014: 8.
7. Zimmermann MB, Jooste PL, Pandav CS. Iodine-deficiency disorders. Lancet 2008; 372: 1251-62.
8. Pearce EN, Lazarus JH, Moreno-Reyes R, et al. Consequences of iodine deficiency and excess in pregnant women: an overview of current knowns and unknowns. Am J Clin Nutr 2016; 104: 918s-23s.
9. Moog NK, Entringer S, Heim C, et al. Influence of maternal thyroid hormones during gestation on fetal brain development. Neurosci 2017; 342: 68-100.
10. Gunnarsdottir I, Gustavsdottir AG, Thorsdottir I. Iodine intake and status in Iceland through a period of 60 years. Food Nutr Res 2009; 53.
11. Gunnarsdottir I, Gustavsdottir AG, Steingrimsdottir L, et al. I. Iodine status of pregnant women in a population changing from high to lower fish and milk consumption. Publ Health Nutr 2013; 16: 325-9.
12. Adalsteinsdottir S, Tryggvadottir EA, Hrolfsdottir L, et al. Insufficient iodine status in pregnant women as a consequence of dietary changes. Food Nutr Res. 2020;64.
13. Abel MH, Caspersen IH, Sengpiel V, et al. Insufficient maternal iodine intake is associated with subfecundity, reduced foetal growth, and adverse pregnancy outcomes in the Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. BMC Med 2020; 18: 211.
14. Abel MH, Brandlistuen RE, Caspersen IH, et al. Language delay and poorer school performance in children of mothers with inadequate iodine intake in pregnancy: results from follow-up at 8 years in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. Eur J Nutr. 2019; 58: 3047-58.
15. Abel MH, Caspersen IH, Meltzer HM, et al. Suboptimal Maternal Iodine Intake Is Associated with Impaired Child Neurodevelopment at 3 Years of Age in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. J Nutr 2017; 147: 1314-24.
16. Abel MH, Ystrom E, Caspersen IH, et al. Maternal Iodine Intake and Offspring Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from a Large Prospective Cohort Study. Nutrients 2017; 9: 1239.
17. Bath SC, Steer CD, Golding J, et al. Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). Lancet 2013; 382: 331-7.
18. Markhus MW, Dahl L, Moe V, et al. Maternal Iodine Status is Associated with Offspring Language Skills in Infancy and Toddlerhood. Nutrients 2018; 10: 1270.
19. Murcia M, Espada M, Julvez J, et al. Iodine intake from supplements and diet during pregnancy and child cognitive and motor development: the INMA Mother and Child Cohort Study. J Epidemiol Comm Health 2018; 72: 216-22.
20. Nyström HF, Brantsæter AL, Erlund I, et al. Iodine status in the Nordic countries - past and present. Food Nutr Res 2016; 60: 31969.
21. Guideline: fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin, Genf 2014.
22. Andersson M, de Benoist B, Delange F, et al. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-years-old: conclusions and recommendations of the Technical Consultation. Public Health Nutr 2007; 10: 1606-11.
23. Norwegian Scientific Committee for Food and Environment (VKM). Benefit and risk assessment of iodization of household salt and salt used in bread and bakery products. Scientific opinion of the Panel on Nutrition, Dietetic Products, Novel Food and Allergy. VKM report 2020: 05.
24. Völzke H, Caron P, Dahl L, et al. Ensuring Effective Prevention of Iodine Deficiency Disorders. Thyroid 2016; 26: 189-96.
25. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers, 3rd ed. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin, Genf 2007.
26. Sigurðsson G, Franzson L. Joðútskilnaður í þvagi íslenskra karla og kvenna. Læknablaðið 1988; 74: 179-81.
27. Laurberg P, Pedersen KM, Hreidarsson A, et al. Iodine intake and the pattern of thyroiddisorders: a comparative epidemiological study of thyroidabnormalities in the elderly in Iceland and in Jutland, Denmark. J Clin Endocrinol Metab 1998; 83: 765-9.
28. Gunnarsdottir I, Gunnarsdottir BE, Steingrimsdottir L, et al. Iodine status of adolescent girls in a population changing from high to lower fish consumption. Eur J Clin Nutr 2010; 64: 958-64.
29. Petersen E, Thorisdottir B, Thorsdottir I, et al. Iodine status of breastfed infants and their mothers' breast milk iodine concentration. Matern Child Nutr 2020; 16: e12993.
30. Andersson M, Braegger CP. The Role of Iodine for Thyroid Function in Lactating Women and Infants. Endocr Rev 2021; bnab029.
31. Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2010-2011. Helstu niðurstöður. Embætti landlæknis, Matvælastofnun og Rannsóknastofa í næringarfræði við Háskóla Íslands, Reykjavík 2011.
32. Gunnarsdottir I, Helgadottir H, Thorisdottir B, et al. Landskönnun á mataræði sex ára barna 2011-2012. Læknablaðið 2013; 99: 17-23.
33. Aakre I, Tveito Evensen L, Kjellevold M, et al. Iodine Status and Thyroid Function in a Group of Seaweed Consumers in Norway. Nutrients 2020; 12: 3483.
34. Andersen SL, Laurberg P. Iodine Supplementation in Pregnancy and the Dilemma of Ambiguous Recommendations. Eur Thyroid J 2016; 5: 35-43.
35. Dineva M, Fishpool H, Rayman MP, et al. Systematic review and meta-analysis of the effects of iodine supplementation on thyroid function and child neurodevelopment in mildly-to-moderately iodine-deficient pregnant women. Am J Clin Nutr 2020; 112: 389-412.
36. Reykdal Ó, Thorlacius A, Auðunsson GA, et al. Selen, joð, flúor, járn, kopar, sink, mangan, kadmín, kvikasilfur og blý í landbúnaðarafurðum. Fjölrit Rala 2000; 204: 7-36.
37. Nordic co-operation on food information: Activities of the Nordic Food Analysis Network 2013-2016. Valsta L, Pastell H, Aalto S, et al (ritstj) TemaNord 2017: 503.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.02.730

Iodine intake of two-year-olds and adults in Iceland and estimation of the effect of using iodized salt in breads

Ingibjörg Gunnarsdóttir[1,2]

Ari J. Jóhannesson[2]

Jóhanna Eyrún Torfadóttir[3]

Zulema Sullca Porta[4]

Bryndís Eva Birgisdóttir[1]

Hólmfríður Þorgeirsdóttir[3]

[1]University of Iceland, [2]Landspitali National University Hospital, Iceland, [3]Directorate of Health, Iceland, [4]Icelandic Food and Veterinary Authority.

Correspondence: Ingibjörg Gunnarsdóttir, *ingigun@hi.is*

Key words: *iodine, intake, nutrition, fortification, adults, children.*

INTRODUCTION: Insufficient iodine status was recently identified in pregnant women in Iceland. Iodine fortification of salt is widely used to decrease the risk of iodine deficiency disorders, but the use of iodized salt has not been recommended in Iceland. The aim was to describe iodine intake among Icelandic adults and two-year-olds and estimate the effect of using iodized salt in bread.

MATERIAL AND METHODS: Iodine intake was assessed using data from the Icelandic National Dietary Survey 2019-2021 (18-80 years, n=822) and a study of two-year-old children (n=124). Data on bread intake was used to estimate expected iodine intake if iodized salt was used in bread. The results are compared with recommended iodine intake (90 µg/day for two-year-olds and 150 µg/day for adults) and upper intake level (200 µg/day and 600 µg/day, respectively).

RESULTS: Average iodine intake was 88 µg/day for children and 134 µg/day for adults. If all types of bread consumed would contain 20 µg of iodine in 100 grams, the average iodine intake would increase to 99 and 153 µg/day, respectively. With higher bread iodine content, >5% of two-year-olds would exceed the upper intake level, while concentration up to 70 µg/100 grams of bread would result in iodine intake below the upper intake level for adults.

CONCLUSION: Use of iodized salt in bread corresponding to 20µg of iodine in 100 grams of bread seems safe for young children in Iceland. However, based on the current dietary habits, adding this amount of iodine to bread would not be sufficient to secure optimal intake of iodine in all adults.

Nýjung í kennslu læknanema



Inga Sif Ólafsdóttir, lektor í læknadeild og lyf- og lungnalæknir, og Anna Björg Jónsdóttir öldrunarlæknir.

„Svo þarft," sögðu túlkarnir tveir þegar þeir gengu út úr kennslustofu í Læknagarði á mánudagseftirmiðdegi í janúar. Samskipti við sjúklinga með aðstoð túlks höfðu þá verið kennd í fjóra daga sem og hvernig nýta mætti þverfaglega samvinnu á teymis- og fjölskyldufundum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

52 sjötta árs læknanemar og 45 hjúkrunarfræðingar á starfsþróunarári við Landspítala skipuðu 26 hópa sem stunduðu hermikennslu í góðum vinnubrögðum við samskipti með aðstoð túlks og þverfaglega samvinnu á teymis- og fjölskyldufundum við Læknadeild nú í janúar.

Inga Sif Ólafsdóttir, lektor í læknadeild og lyf- og lungnalæknir, segir þessa kennslu vera lokahnykkinn í kennslu í samskiptafræði þar sem áherslan sé á þverfagleg samskipti. „Þetta er í annað sinn sem við höldum þetta námskeið. Við kennum færni sem algjörlega hefur vantað inn í grunnnámið hingað til. Endurgjöf nemenda á námskeiðið hefur verið mjög jákvæð," segir hún.

„Þetta er færni sem læknar verða að búa yfir frá fyrsta degi í vinnu," segir hún þar sem hún sest með *Læknablaðinu* og Önnu Björgu Jónsdóttur, öldrunarlækni, eftir kennsludaginn. Þær skipulögðu og héldu utan um kúrsinn ásamt Sigrúnu Sunnu Skúladóttur hjúkrunarfræðingi. Túlkaþjónusta ASETUR komi svo með þeim að kennslunni.

„Læknar og hjúkrunarfræðingar sinna teymis- og fjölskyldufundum nánast daglega og því þurfum við að æfa þessa færni eins og allt annað. Þetta er þverfagleg samvinna númer eitt, tvö og þrjú," segir hún. Þjálfa þurfi hvernig fundirnir verði markvissir og skili því sem til sé ætlast.

„Þetta eru stuttir fundir og dýrmætt að virða tíma alla sem þá sitja," segir Inga Sif. „Við æfum þetta í litlum hópum, báðar starfsstéttir, og 2-3 leiðbeinendur fyrir hvern hóp, svo þessi hermikennsla sé af bestu gæðum."

Anna Björg segir mikilvægt að hafa kennsluna verklega. „Nemendur fá að æfa sig í öruggu umhverfi. Þau fá að gera mistök og við ræðum þau og lærum af þeim um leið og þau gefa hvert öðru jafningjamat." Samskiptin þjálfist með endurtekningunni. „Æfingin skapar meistarann."

Inga Sif segir fæsta rétta upp hönd þegar hún spyrji um reynslu nemanna af fjölskyldufundum. „Sumir nemendur fara í gegnum 6 ára háskólanám án þess að hafa setið fjölskyldufundi," segir hún. Fæst ef nokkurt þeirra hafi komið að því að leiða slíkan fund eða fengið að byrja fundinn. Svo hefja þau störf og á fyrstu starfsdögum er nánast öruggt að þau þurfa að taka þátt í slíkum fundum eða jafnvel leiða fundinn.

„Læknar hafa því verið settir í þá stöðu að leiða þessa fundi án undirbúnings og það er það sem við erum að breyta með þessari kennslu," segir hún.



Læknanemar og hjúkrunarfræðingar á starfsþróunarári fóru í gegnum hermikennslu í samskiptum með túlki og á fjölskyldufundum í læknadeild. Myndir/gag

Þursabit er erfitt að þýða

Að mörgu er að huga þegar rætt er við sjúkling í gegnum túlk. Ekki aðeins orðanotkun heldur einnig menningu. Þetta segja þær Inga Sif Ólafsdóttir og Anna Björg Jónsdóttir. Þær segja til að mynda hafa verið nefnt að það þýði ekki að segja við skjólstæðing að hann sé með þursabit.

„Einn túlkurinn þýddi það bókstaflega sem svo að risi hefði bitið í bakið á viðkomandi," segir Inga Sif. Sjúklingurinn hafi ekki átt til orð. „Við verðum því að nota orð og hugtök sem túlkurinn skilur og getur þýtt. Við viljum ekki að túlkur giski og það getur reynst varasamt að þýða orðrétt, þó við viljum líka að túlkurinn komi réttum upplýsingum á milli."

Þær segja að Alþjóðasetur, sem heldur utan um túlkaþjónustu á Íslandi, hafi stutt kennsluna frá upphafi. „Það hefur komið með ómetanlega sýn túlka á samskipti við fólk af erlendum uppruna," segir Anna Björg. „Margir nemendur hafa sagt þessa kennslu opna augu sín fyrir þeim fjölbreytileika sem er í íslensku samfélagi og við sem heilbrigðisstarfsmenn verðum að vera vakandi fyrir og virða."



Steinunn Þórðardóttir, formaður Læknafélagsins, Guðni Th. Jóhannesson forseti og Kristín Sigurðardóttir formaður fræðsludaga við setningu Læknadaga. Myndir/gag



Tækni og nýjungar fengu sinn sess á Læknadögum í ár.



Hér sjáum við Steinunni Þórðardóttur meðal áhorfenda á fjölmennu málþingi í Silfurbergi.



Vala Eiríksdóttir leikkona lýsti því listilega hvernig það hefur litað líf hennar að vera dóttir læknis.

Vel sóttir Læknadagar

Um 800 mættu á Læknadaga í ár. „Við erum sérlega ánægð með afar góða mætingu þetta árið. Þetta er með þeim betri," segir Margrét Aðalsteinsdóttir, framkvæmdastjóri Læknadaga. Fjölgað hafi um 10% milli ára.



Elsa Valsdóttir skurðlæknir hvatti til fjölbreyttari bakgrunns læknanema hér á landi. Hann væri einsleitur í samfélagi sem breyttist hratt um þessar mundir. Mynd/gag

Læknar hafi fjölbreyttari bakgrunn

„Við þurfum fjölbreyttari hóp inn í læknisfræðina," sagði Elsa Valsdóttir skurðlæknir í erindi sínu um undirbúning skurðlæknis á málþinginu Framtíð læknismenntunar á Læknadögum.

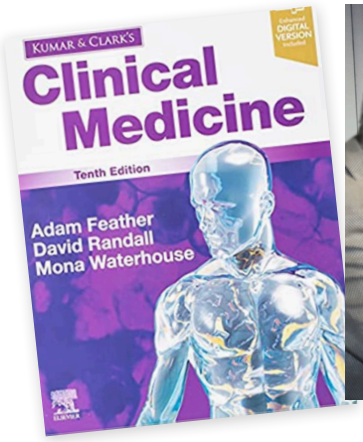
„Alls staðar í hinum vestræna heimi, sérstaklega á Íslandi, er læknahópurinn svolítið einsleitur. Ég horfi yfir salinn og sé allt þetta frábæra fólk og hef unnið með flestum. En við erum öll með svipaðan bakgrunn. Við erum eiginlega öll úr þremur til fjórum skólum, erum góðir námsmenn, eigum það sennilega sameiginlegt að koma úr stöðugu fjölskylduumhverfi," sagði Elsa.

„Við þurfum að fá fólk utan af landi. Við þurfum að fá fólk úr ólíkum framhaldsskólum, með öðruvísi menningarlegan bakgrunn. Samfélagið er að breytast. Það breytist hratt og við sem stofnun, læknisfræðin og læknadeild, þurfum að breytast með."



Katrín Ragna ný í stjórn LÍ

Katrín Ragna Kemp Guðmundsdóttir er ný í stjórn Læknafélagsins. Hún tekur við ritaraembættinu af Ingibjörgu Kristjánsdóttir sem stígur nú úr stjórn. Katrín Ragna er lyf- og hjartalæknir.





Kumar án Clark

Prófessor lafði Parveen Kumar var meðal fyrirlesara á Læknadögum í ár og hélt erindi á málþinginu *Inngangsfyrirlestur um framtíð læknismenntunar.* Hér eru með henni í pallborði frá vinstri: Guðmundur Þorgeirsson, Elsa Valsdóttir, Helga Ágústa Sigurjónsdóttir og Martin Ingi Sigurðsson. Bókin *Kumar and Clark's Clinical Medicine* er margendurútgefin og er kennd og notuð um allan heim. *Mynd/gag*

Bráðnun jökla uppskrift að hörmungum

„Rannsóknir benda til þess að meira en helmingur allra smitsjúkdóma muni aukast verulega í kjölfar loftslagsbreytinga. Þessir sjúkdómar eru af fjölbreyttum toga og þetta gildir jafnt um veirusýkingar, bakteríusýkingar, sveppasýkingar og frumdýrasýkingar,“ sagði Magnús Gottfreðsson á Læknadögum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Bráðnun jökla er dæmi um ógn sem við erum svo fákunnug um að við vitum ekki einu sinni að við vitum,“ sagði Magnús, prófessor í læknisfræði og sérfræðingur í smitsjúkdómum, í erindi sínu: *Smitsjúkdómar og loftslagsbreytingar,* á Læknadögum. Hann lýsti jöklum sem risastórri frystikistu eða tímahylki sem geymi vatn sem hafi safnast upp um árþúsundir og milljónaskeið. Þar finnist verðmæt sýni frá lífríkinu.

„Núna erum við í óðaönn að opna þessa frystikistu. Hreinsa út úr ísskápnum,“ sagði hann. Nýlega hafi verið teknir borkjarnar úr jöklum og aðferðir sameindalíffræðinnar nýttar til að greina lífríki úr 13.000 ára gömlum sýnum og jafnvel 130.000 ára gömlum sýnum sem hægt sé að finna í sífreranum í Síberíu.

„Þarna koma stórkostlegar uppgötvanir í ljós,“ sagði hann og benti á risaveiru með gríðarstórt erfðamengi sem framleiddi fleiri prótín en flestar bakteríur. Hún geti sýkt ýmisskonar heilkennafrumur.

„Við vitum að öðru leyti mjög lítið um hvað hún mun gera ef hún losnar úr læðingi. Þessari veiru var lýst fyrir skömmu og síðan hafa menn bætt um betur og sýnt fram á að jafnvel á svæðum sem við töldum vera algjörlega botnfrosin, hafa myndast jökullón vegna bráðnunar jökla þar sem leynist ótrúlega fjölskrúðugt lífríki.“ Spá megi fyrir framtíðinni með því að nota raðgreiningargögn til að para saman það sem finnist þar og í jöklunum við þær frumur sem síðan gætu mögulega orðið fyrir barðinu á þessum veirum.

„Niðurstöður sýna að það eru heilkennafrumur og dýr sem eru líklegustu skotmörkin, sagði hann og vitnaði í vísindamann sem sagði þetta uppskrift að hörmungum.





Myndir/gag

Mælskulist

„Við náum þeim næst,“ sagði Sigrún Jónsdóttir við *Læknablaðið* sem náði henni við kaffivélina eftir viðureign þeirra Gunnars Baldvins Björgvinssonar, fulltrúa sérnámslækna, við Helgu Margréti Skúladóttur og Jordan Cunningham, fulltrúa sérfræðinga. Fyrir umræðuna studdu fleiri fullyrðinguna um að nútímakröfur um gæði í læknisfræði valdi kulnun meðal lækna. Eftir viðureignina snérust tölurnar og sérfræðingarnir höfðu sigur. Dögg Pálsdóttir, framkvæmdastjóri Læknafélagsins, stýrði kappræðunum og mætingin var prýðileg.

Öll slitin en sum finna til

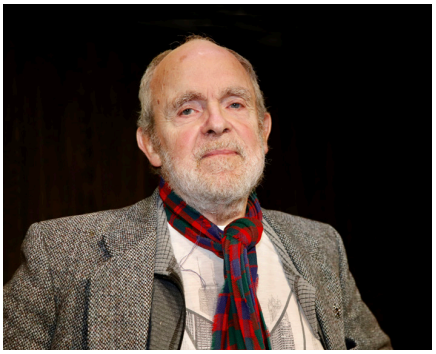
Jósep Ó. Blöndal læknir segir myndatökur af bakverkjum í langflestum tilvikum oflækningar. Allt það, sem sést á myndum hjá fólki með bakverki, sjáist líka hjá þeim, sem aldrei finna til

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Læknar eiga ekki að eltast við verkinn sjálfan heldur heildarmyndina í lífi sjúklingsins," segir Jósep Ó. Blöndal, sérfræðingur í bakverkjum. Hann er fyrrum yfirlæknir sjúkrasviðs Heilbrigðisstofnunar Vesturlands í Stykkishólmi og nú trúnaðarlæknir hjá Heilsuvernd. Hann gagnrýnir myndatökur, sneiðmyndir og segulómanir á skjólstæðingum með bakverki.

„Myndatökur hjá flestum fullorðnum einstaklingum sýna aldurstengdar breytingar, en geta ekki sýnt verki. Suma verkjar og aðra ekki," segir Jósep, sem hlaut þjálfun í ortópedísk-medisínskri læknisfræði í London á árunum 1986-1991 við stofnun James Cyriax — „föður stoðkerfisfræðinnar," eins og hann segir. „Þar var okkur strax sagt að allt það sem sést á myndum af fólki með bakverki sjáist líka hjá fólki sem hefur aldrei fundið til." Jósep hélt hádegisfyrirlestur um málið á Læknadögum.

Jósep starfaði lengi sem almennur skurðlæknir en starfaði samhliða sérgreininni í 25 ár í háls- og bakdeildarteymi á St. Franciskus-spítalanum í Stykkishólmi. Hann segir tilhneigingu innan heilbrigðiskerfisins til að mynda að óþörfu.



Jósep Ó. Blöndal varði lengstum tíma starfsferilsins í bakverki, samhliða almennum skurðlækningum og starfaði á Patreksfirði í 6 ár, síðan í Stykkishólmi í 27 ár. Hann var áður skurðlæknir í Svíþjóð og nú trúnaðarlæknir hjá Heilsuvernd. Hér er hann á Læknadögum. Mynd/gag

„Þetta snýst um vonda læknisfræði — oflækningar. Ekki er hikað við að mynda þótt engin þörf sé á því. En samt er það gert," átelur hann. „Það þarf að hlusta á, spyrja réttra spurninga og skoða fólk almennilega því með því að hlusta vel á sjúklinginn sést heildarmyndin," segir hann og kallar eftir nánari samvinnu lækna og sjúkraþjálfara.

Jósep sótti ráðstefnu í Vancouver í Kanada í september. „Þar ræddum við hvað það er vitlaust að eltast endalaust við verkinn sjálfan. Ein afleiðing þess er yfir 70.000 dauðir Ameríkanar á ári af völdum ópíumskyldra lyfja." Verkjalyf leysi ekki vandann.

„Við þurfum að taka með í reikninginn hver einstaklingurinn er, hver fortíð hans er, hvað gerir hann og hvernig hann er menntaður," segir þessi reyndi læknir og horfir til skjólstæðinganna.

„Þeir sem eru með minni menntun eru í meiri hættu á að hafa króníska verki. Þeir sem hafa lág laun fá frekar langvinna verki. Það skiptir máli hvað þau gera, hvernig neyslumynstrið er, hver þeirra fortíð er, hvað þau eiga mörg börn og svo framvegis," segir Jósep sem lýsir því hvernig honum hafi í fyrstu ekki fundist einstæð móðir með 7 ára barn vera í vondri stöðu fyrr en hún sagði honum að hún hefði haldið á barninu öll þessi ár.

„Síðan hef ég spurt hvert einasta: Eru börnin frísk? Eins þurfum við að spyrja um lífsstílinn: reykingar, áfengisneyslu, mataræði," segir Jósep sem heldur ekki aðeins fast í þessa grunnþekkingu í læknisfræðinni, ef svo má segja, heldur einnig í mataræði. Sjúkdómarnir liggi í lífsstílnum.

„Ég er nú hræddur um það," segir hann í símtali við *Læknablaðið* stuttu áður en hann hélt erindið *Talaðu bara hærra! Um endurteknar myndatökur hjá háls- og baksjúklingum* á Læknadögum.

„Amma þín hvað?"

„Ég skildi ekki hvað það þýddi að spyrja fólk hvað það éti, hvað kemur það okkur [læknum] við? En þegar maður kynnist mataræði Bandaríkjamanna þá fattar maður það. Þeir lifa á rusli og allar aðrar þjóðir eru að taka það upp," segir Jósep Ó. Blöndal læknir.

Jósep hefur lagst yfir næringarfræði og segir ráðleggingar um mataræði hafa verið rangar í gegnum tíðina og byggst á vafasömum vísindum. Dæmi séu um að fræðingar hafi verið keyptir til segja í lagi að drekka „nógu mikið kók" ef menn færu svo út að hlaupa. „Fínhreinsuð kolvetni; hveiti, pasta sykur, hvítt brauð, kex, gosdrykkir og kartöfluflögur. Þetta er það sem er líklegast óhollast fyrir okkur." Hann hvetur fólk til að horfa aftur í tímann.

„Amma þín hvað?" spurði hann í hádegisfyrirlestrinum þriðjudaginn 17. janúar á Læknadögum. Undirtitilinn: *Harmatölur næringarfáfræðings - með trúarlegum undirtónum*. „Þegar maður hefur farið í gegnum þetta og séð vísindin fer maður heim til ömmu, því allt sem hún gaf okkur að borða innihélt það sem við þurftum."

Auglýsing

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

Theódór Skúli Sigurðsson
formaður Félags sjúkrahúslækna



Samtöl um áherslur og aðgerðir í heilbrigðismálum á Íslandi

Athygli vakti sumarið 2021 þegar 1000 íslenskir læknar kröfðust, með undirskriftum sínum og fordæmalausri áskorun til stjórnvalda, aðgerða í heilbrigðismálum þjóðarinnar. Í áskorun sinni kröfðust læknarnir úrbóta í öldrunarmálum, lausna á vanda Landspítala, stuðnings við heilsugæslurnar, samninga við stofulækna, endurskoðun á réttarstöðu heilbrigðisstarfsfólks og aukins samráðs í tengslum við kerfisbreytingar í heilbrigðiskerfinu.

Alvarlegir brestir íslenska heilbrigðiskerfisins urðu öllum ljósir í kjölfar COVID-19 heimsfaraldursins, þegar afléttingar samfélagslegra takmarkana fór á endanum að snúast um að verja heilbrigðisstofnanir. Andvaraleysi stjórnvalda í heilbrigðismálum var búið að vera slíkt, þrátt fyrir endurteknar viðvaranir um alvarlega stöðu, að á endanum vaknaði sofandi risi af værum blundi. Risinn, var ný kynslóð samstiga lækna í forystu Læknafélags Íslands, sem hefur látið hressilega í sér heyra síðustu misseri. Í hundruðum blaðagreina og viðtala hafa læknar rætt staðreyndir og lagt fram lausnir sem núna enduróma í almennri umræðu ásamt kröfu um tafarlausar úrbætur í heilbrigðismálum.

Hverju hefur sterkari tónn frá LÍ skilað?

Í amstri hins daglega lífs inni á heilbrigðisstofnunum, er skiljanlegt að margir upplifi alltof litlar breytingar, þrátt fyrir loforð og aðgerðir til úrbóta. Stöðnun íslenska heilbrigðiskerfisins var algjör og hefur tekið nokkurn tíma að ryðja gömlum hindrunum úr vegi. Nýr heilbrigðisráðherra hefur tekið við stjórnartaumunum í heilbrigðisráðuneytinu og strax má greina breytt viðhorf og raunverulegar aðgerðir, þar sem Læknafélagi Íslands mæta nú opnir armar í stað lokaðra dyra. Afrakstur-inn er sá að Læknafélag Íslands á í dag fulltrúa í fjölmörgum starfshópum sem vinna ötullega að úrbótum í þeim málum sem læknar settu á oddinn í áskorun sinni til stjórnvalda. Fyrirsagnir í fjölmiðlum munu ekki marka sporin, heldur mikil vinna og samtöl á bakvið tjöldin.

Félag sjúkrahúslækna heldur ótrautt áfram að beita sér fyrir bættu starfsumhverfi lækna á Íslandi. Á næstu mánuðum lýkur vinnu við endurskoðun á réttarstöðu heilbrigðisstarfsmanna, stofnun trúnaðarmannakerfis, mat á læknamönnun til framtíðar og mótun nýs vinnuskipulags lækna á Landspítala.

Öldrunarmál ættu að vera í algjörum forgangi

Íslenska þjóðin er að eldast hraðar en heilbrigðiskerfið ræður við og endurspeglast það helst í sligandi fráflæðisvanda Landspítala. Léleg nýting Framkvæmdasjóðs aldaðra í þágu uppbyggingar í öldrunarmálum árin eftir fjármálahrunið þolir illa skoðun og skýrir að hluta alvarlegan skort hjúkrunarrýma í dag. Aldraðir eru í gíslingu sveitafélaga og stjórnvalda, þar sem báðum aðilum hentar ágætlega framtaksleysi og skortur á framtíðarsýn af sparnaðarástæðum. Alvöru þrýsting vantar á sveitarfélög sem halda áfram að vanrækja skyldur sínar, í uppbyggingu þjónustuúrræða fyrir aldraða. Tímabært er að taka upp dagsektir að erlendri fyrirmynd, gegn sveitarfélögum sem ekki taka strax við öldruðum í viðeigandi hjúkrunarrými eftir að hafa lokið meðferð á heilbrigðisstofnunum.

Framtíð ríkisstjórnarinnar er í húfi – standið ykkur eða við skiptum ykkur út!

Í dag er komið að ögurstund íslenska heilbrigðiskerfisins og núverandi ríkisstjórnar.

Sorgleg innkoma Vinstri grænna í heilbrigðisráðuneytið olli talsverðum töfum á nauðsynlegum aðgerðum innan heilbrigðiskerfisins. Falskur söngur eins þaulsætnasta fjármálaráðherra Íslandssögunnar í skugga verðandi fjárlaga um fjármögnun Landspítala og fjármálalæsi hjálpaði ekkert í holskeflu veikinda sem dundu yfir þjóðina um áramótin. Í taktlausum bakröddum Valhallarkórsins heyrast svo ítrekað villandi ranghugmyndir bitlingafólksins um kaup og kjör heilbrigðisstarfsmanna.

Fjárlögin árið 2024 verða fyrstu alvöru fjárlög Willums Þórs Þórssonar heilbrigðisráðherra, eftir að hafa sett sig inn í nýjan málaflokk, óbundinn af hömlum og skilyrðum fyrrum heilbrigðisráðherra. Snúa þarf við áratuga óheillaþróun og vanfjármögnun heilbrigðiskerfisins í eitt skipti fyrir öll. Við þurfum þjóðarsátt um sannkölluð „Heilbrigðisfjárlög“ með skýrri stefnumörkun um uppbyggingu í heilbrigðismálum.

Stjórnmálamenn Íslands þurfa að læra að treysta læknum, taka samtalið og hlusta á góð ráð.

Stjórn Læknafélags Íslands

Steinunn Þórðardóttir formaður

Félag almennra lækna
Þórdís Þorkelsdóttir
Sólveig Bjarnadóttir

Félag íslenskra heimilislækna
Margrét Ólafía Tómasdóttir
Oddur Steinarsson

Félag sjúkrahúslækna
Theódór Skúli Sigurðsson
Magdalena Ásgeirsdóttir

Læknafélag Reykjavíkur
Ragnar Freyr Ingvarsson
Katrín Ragna Kemp

Barist gegn vitrænni skerðingu við geðhvörf

Sérhæfð meðferð fyrir fólk með geðhvörf hefur sannað sig á geðsviði Landspítala. Teymið sem heldur utan um meðferðina hefur vaxið úr tveimur stöðugildum í 6 á 5 árum. 90 sjúklingar sækja meðferðina hverju sinni. Markmiðið er að koma í veg fyrir veikindalotur sem sýnt er að geta leitt af sér vitræna skerðingu, segir Birna Guðrún Þórðardóttir geðlæknir

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Geðhvörf eru sjúkdómur þar sem einkenni koma og fara og fólk getur átt góða spretti inn á milli. Þá skiptir máli að fá fólk til að halda áfram að taka lyfin því meðferðarheldni er slök í þessum veikindum og meðferð í fyrirbyggjandi tilgangi er ein sú öflugasta sem við höfum," segir Birna Guðrún Þórðardóttir, yfirlæknir í meðferðareiningu lyndisraskana í geðþjónustu Landspítala.

Spyrnt hefur verið við því að fólk sleppi lyfjunum með sérhæfðri meðferð göngudeildar á Kleppi fyrir fólk með nýgreind geðhvörf. Hópmeðferð er stór þáttur í nálguninni og 10 manns skipa hvern hóp sem situr 16 vikna námskeið um sjúkdóminn. Um 90 manns hafa lokið hópmeðferðinni þar sem þeim er hjálpað að skilja sjúkdóm sinn og þau hvött til að taka lyfin milli veikindahrina.

„Við sjáum mjög marktækt í okkar hópi að fólk fær færri veikindalotur, þær eru styttri og það sjaldnar lagt inn á geðdeild," segir Birna. Árangurinn hafi styrkt starfið enda aukist lífsgæði fólks og sparnaðurinn mikill.

„Þetta er dýr sjúkdómur og því er stórkostlegt að geta fyrirbyggt alvarleg veikindi með göngudeildarþjónustu og fræðslu," segir hún. „Lyfin hafa ekki breyst en fræðslan hefur gert það að verkum að fólk tekur þau frekar."

Alvarlegri sjúkdómur en talið var

Birna segir að rannsóknir seinni ára hafi sýnt fram á að geðhvörf séu verri sjúkdómur en lengi var talið. „Ástæðan er sú að það verður ákveðin vitræn skerðing, veikist fólk oft. Þetta er mælanlegt í taugasálfræðilegu mati, að skerðing verður á einbeitingu og minni," segir hún.

„Fólk sem hefur farið í margar veikindalotur finnur að það er ekki eins skarpt og það var," lýsir Birna sem fór yfir þessa meðferð geðhvarfasjúkdóms á málþingi um nýjungar í meðferð lyndisraskana og áráttuþráhyggju á Læknadögum miðvikudaginn 18. janúar í Hörpu.

Alls er talið að um 3500 landsmanna glími við geðhvarfasýki 1 (*bipolar*), en um 3-5% þjóðarinnar, og þá um 10-18.000, við týpu 2 en þar fara einstaklingar ekki í maníu heldur hypomaníu. „Geðhvörf eru einn af þessum þungu erfiðu geðsjúkdómum. Þau einkennast af öfgafullum sveiflum á geðslagi. Fólk fer í örlyndiseinkenni, maníu, og svo þunglyndi," segir hún. Þunglyndið sé því sérstaklega erfitt.

„Fólk er oft eins og líkamlega lamað. Það breiðir sængina yfir haus og erfitt er að fá það af stað út í daginn. Svoleiðis getur fólk verið mánuðum saman," segir hún, og að tölur fyrir týpu 1 séu nokkuð öruggar en meira á reiki fyrir 2. „Sumir telja töluna jafnvel hærri en 5% enda ekki auðvelt að greina manneskju í hypomaníu."

Geðlækningar komu einar til greina

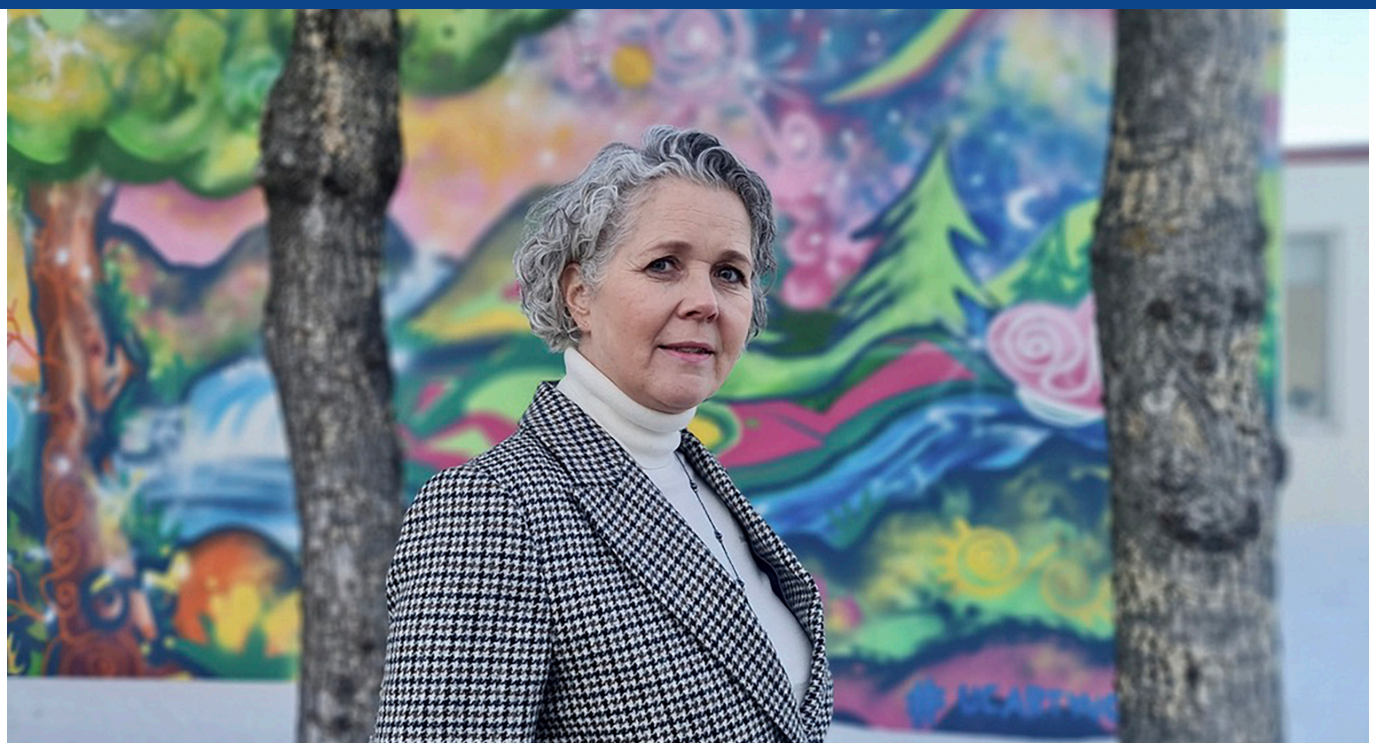
„Mér fannst aldrei neitt annað koma til greina," segir Birna Guðrún Þórðardóttir, sem hefur verið geðlæknir síðustu tvo áratugi um sérgreinavalið.

„Það var einhver dulúð í kringum geðlækningarnar og mörgum spurningum ósvarað. Það heillaði og mig langaði að krafsa í eitthvað sem ég skildi ekki á þeim tíma," segir hún. „Svo var ég ekki týpan til að vinna á spítala og ganga í náttfötum allan daginn," segir hún og hlær.

Hún segir að þótt fyrirmyndirnar hafi ekki verið í nánustu fjölskyldu, eigi hún tvær frænkur sem hafi kosið að verða læknar: Birnu Jónsdóttur, fyrrum formann Læknafélags Íslands og röntgenlækni, og Guðrúnu Agnarsdóttur, veiru- og ónæmislækni og fyrrum alþingismann. Það hafi hvatt hana áfram.

„Ég held ég hafi farið í læknisfræði því ég vil áskoranir og það var það erfiðasta. Svo kaus ég geðlækningar því mér fundust þær erfiðar."

Hún segir sjúklinga nútímans mjög meðvitaða, þekki hugtök og lyf þegar þau setjist í stólinn. „Við geðlæknar þurfum því að hafa okkar á hreinu," segir hún. Kostir þessa séu fleiri en gallarnir. „Þótt rangar upplýsingar trufli, er það almennt til bóta að fólk sé upplýst."



Birna Guðrún Þórðardóttir segir að eftir að fólk með geðhvörf fékk leiðsögn hjá teymi sem stofnað hafi verið á geðsviði Landspítala, hafi veikindalotum þeirra fækkað. Það sé afar mikilvægt því hver lota geti valdið skaða. Mynd/gag

Birna segir að lengi vel hafi verið litið á geðhvörf sem frekar góðkynja sjúkdóm þar sem nægjanlegt væri að grípa inn í þegar fólk væri í veikindalotu. Matið hafi breyst þótt veikindin séu mjög einstaklingsbundin.

„Sumir fá 5 lotur yfir ævina, aðrir 10 og enn aðrir 100," segir hún. Sjúkdómurinn liggi í ættum, jafnvel með 80% fylgni. „Erfðaþátturinn er mjög stór en umhverfisþátturinn líka, eins og í öllum geðsjúkdómum."

Snemminngrip mikilvæg

Birna segir þessa sérhæfðu þjónustu mikilvægt vopn í baráttunni við geðhvörfin. „Ef allir tækju lyfin myndi þeim vegna betur en þar stendur hnífurinn í kúnni. Fólk er ekki hrifið af geðlyfjum. Það er oft hrætt við þau og óttast jafnvel að þau valdi breytingu á persónuleika. Svo hafa þau aukaverkanir sem geta verið leiðinlegar," segir Birna.

„Við grípum fólk í fyrstu eða annarri veikindalotu, bjóðum þeim í hópinn þar sem það fær mikla fræðslu um skaðsemi sjúkdómsins og hvað það geti gert til að fyrirbyggja nýjar veikindalotur," segir hún. Í upphafi veikinda beri ekki á vitrænni skerðingu og því sé snemminngrip mikilvægt.

„Skerðing á vitrænni getu er ekki sama og skerðing á greind en getan til að læra og tileinka sér nýja hluti truflast því einbeitingin er slakari, sem og minnið," segir hún. Veikindin séu sem streita fyrir heilann.

„Hver veikindalota minnkar einnig þröskuldinn fyrir því að veikjast aftur," lýsir hún. „Það er auðveldara að fara í 10. veikindalotuna en aðra. Öll meðferðin gengur því út á að fólk virki bjargráðin sín, bremsi sig af, minnki álagið og geri það sem er hjálplegt: noti lyf," segir hún.

Birna segir allt um lyfin og einkennin kennt á námskeiðinu og ráð sem vert sé að vita, eins og að hækka lyfjaskammtinn og sofa vel um nætur, finni það fyrir maníueinkennum. „Því þó svo að við þekkjum ekki umhverfisorsakir geðhvarfa, þekkjum við hvað getur virkað sem kveikjur fyrir nýjar lotur og vitum hvað getur verið hjálplegt og komið í veg fyrir veikindalotur," segir hún.

„Fólk er upplýst og veit að mikið er í húfi að koma í veg fyrir þunglyndislotur því við eigum ekki lyf sem virka vel gegn þunglyndi í geðhvörfum," segir hún. Þótt greiningarskilmerki sé það sama og fyrir þunglyndi almennt, hafi lyfin ekki verið gerð fyrir geðhvörf og virki ekki eins vel á þau.

Birna segir markhópinn fyrir þessa sérhæfðu göngudeild á Kleppi vera ungt fólk sem sé í þjónustu í þrjú ár eftir að hafa verið á bráðadeildinni á Hringbraut. „Þegar það er útskriftarhæft bjóðum við þeim að koma á göngudeildina og svo í hópmeðferð þegar það hefur náð góðu jafnvægi. Þar lærir fólk hvert af öðru, sem gefur því ekki síður styrk."

Flestir greinist í kringum 25 ára

„Þótt geðhvörf séu mjög alvarlegur sjúkdómur og jafn algengur og geðklofi, fellur hann undir lyndisraskanir í greiningarkerfi okkar, ICD-10," segir Birna Guðrún Þórðardóttir geðlæknir. Tímar komi þar sem fólk sé tiltölulega laust við einkenni. „En það sem gerir geðhvörf þung er að þau byrja mjög snemma á ævinni. Fólk veikist og fær greiningu snemma á þrítugsaldri."

Birna segir flesta greinast í kringum 25 ára. „En oft finnur fólk einkennin miklu fyrr, seinni hluta unglingsára getur farið að koma fram ójafnvægi í geðslagi sem getur lýst sér í endurteknum þunglyndislotum, geðsveiflum," segir hún. „Oft tekur þó langan tíma fyrir myndina að koma í ljós því til að geta greint einhvern með geðhvörf þarf að koma örlyndislota. Hún kemur oft seinna í sjúkdómnum," lýsir Birna.

Birna segir að í upphafi og að jafnaði líði fólki ekki illa í maníu. „Ekki nema að fólk hafi verið það lengi, því fólk sefur mjög lítið og verður því pirrað, verður skapstyggt og finnur fyrir vanlíðan." Glaðværð, vellíðan og ótæmandi orka einkenni tímabilið, sem og lítill svefn.

„Fólk þarf rétt að blikka auga og vaknar svo til í daginn." Fólk taki stórar ákvarðanir, stofni fyrirtæki, steypi sér jafnvel í skuldir. „Aðstandendur horfa svo á með skelfingu."

Mótar þekkinguna á mergæxli

Hundaheppni eða úthugsað útspil? Rannsóknin Blóðskimun til bjargar fór á flug í kvöldverðarboði eftir ráðstefnu The Binding Site í Edinborg árið 2015. Nú rúmum 7 árum síðar hafa 3600 manns verið greind með forstig mergæxlis hér á landi, rúmlega 250 þeirra farið úr forstigi í mallandi mergæxli og um 40 greinst með mergæxli. Sigurður Yngvi Kristinsson, prófessor í blóðsjúkdómum við Háskóla Íslands, fer yfir verkefnið, sigrana og hvernig rannsóknin breytir nú greiningu forstigs mergæxlis

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Eftir erindi mitt í Edinborg um ávinning af því að greina mergæxli snemma spurði ég hvort ætti ekki að skima fyrir forstigi mergæxlis fyrst það er ávinningur," lýsir Sigurður Yngvi Kristinsson, blóðsjúkdómalæknir og prófessor í blóðsjúkdómum við HÍ, sem nú rúmum 7 árum seinna hefur náð miklum árangri í rannsóknum á mergæxli.

„Um kvöldið sátum við nokkur og ræddum fræðin yfir málsverði. Við sátum við hringborð og köstuðum fram að rannsaka mætti tugþúsundir Íslendinga." Við borðið sat Stephen Harding frá Binding Site, en það þróar og framleiðir greiningarvörur til rannsóknarstofa um allan heim.

„Ég spurði hvort fyrirtækið myndi standa straum af kostnaði við skimun sýnanna ef okkur tækist að skima íslensku þjóðina og hitti hann svo aftur á flugvellinum daginn eftir. Hann sagði mér að hann hefði þegar heyrt í stjórninni og hún væri til."

Læknablaðið hittir Sigurð Yngva í húsakynnum Íslenskrar erfðagreiningar. Þar hefur Háskólinn sitt aðsetur. „Frábær, hvetjandi aðstaða til vísindastarfa," segir Sigurður Yngvi með svart kaffi í bolla. Uppáhellt.

„Já, það fer betur með mann þegar bollarnir eru um 8 á dag," segir hann og hlær. Niðurstöður rannsóknarteymisins *Blóðskimun til bjargar*, sem er samstarfsverkefni Háskóla Íslands, Landspítala og Krabbameinsfélagsins, hafa leitt til þess að nú hillir undir að greiningarskilmerki fyrir ákveðna tegund forstigs mergæxlis verða uppfærðar.

Þekking sem breytir greiningunni

Tíðindin birtust fyrst í vísindagrein 24 höfunda í *Blood Cancer Journal* í september, sem er hluti af útgáfu *Nature*. Þau birtust einnig í frétt á forsíðu *Fréttablaðsins* nú í árslok. Sigurður Yngvi bendir á að rannsóknin hafi verið leidd af Þóri Long sem stundar sérnám í nýrnalækningum í Svíþjóð.

„Við tókum fljótt eftir að þau sem hafa væga nýrnaskerðingu mældust oftar með forstig mergæxlis, svokallaðan léttkeðjusjúkdóm. Við nánari yfirlegu sáum við að mælingin reyndist röng því gildin voru eðlileg miðað við nýrnastarfsemina," segir hann. Þessi tímamótaniðurstaða hafi því sýnt að mun færri höfðu forstig mergæxlis en talið var.

„Við mældum fyrst að um 10% þjóðarinnar væru með þetta léttkeðjuforstig mergæxlis en við leiðréttinguna sáum við að það var minna en 1%," segir hann. Niðurstaðan hafi haft áhrif um allan heim.

„Eftir að við birtum greinina heyrum við að allir hafa verið í sömu vandræðum um allan heim og voru að fá falskar niðurstöður. Þau höfðu sagt einstaklingum að þeir hefðu þetta forstig en geta nú sagt fólki að það sé frískt, eins og við höfum gert." Rannsóknin haldi áfram og þau fylgi fólki með forstig mergæxlis áfram.

„Nú er rannsóknarhópurinn okkar næst því í heiminum að hafa skilgreininguna rétta á þessu tiltekna fyrirbæri. Það er því ábyrgðarhluti að segja fólki frá."

Áhugi Sigurðar Yngva á mergæxlum hefur ekki dvínað eftir að hann lauk doktorsnámi sínu í blóðsjúkdómum frá Karólínska í Svíþjóð 2009 og einblíndi á þau í ritgerð sinni. „Stöðugt koma ný lyf á markaðinn sem bæta horfurnar," segir hann og lýsir því hvernig lífslíkur sjúklinga hafi lengst úr 2-3 árum í yfir 10 á starfsævi hans. „Það hélt athygli minni." Lyfjaþróun hafi verið mikil.

„Við notum ný líftæknilyf æ fyrr í sjúkdómsferlinu. Þau eru nú þegar mörg fyrstu lyf sem við gefum þegar einhver greinist og gömul krabbameinslyf þá ekki gefin."

Vísindin heilluðu hann snemma. „Ég fann fljótt í læknadeild að mér fannst mjög gaman í klíník, gaman að hitta sjúklinga og að kenna. En svo fann ég fyrir forvitni og áhuga á að búa til þekkingu sem var ekki til staðar," segir hann.

„Ég hef verið heppinn með leiðbeinendur sem hafa hvatt mig áfram og ýtt í þessa átt að kynna sér hlutina, spyrja gagnrýnna spurninga og ekki taka sannleika í kennslubókum sem gefinn heldur bæta við, búa til nýtt, laga og breyta."

Klíníkin drífi vísindin áfram

Tíu ár eru síðan Sigurður Yngvi kom heim með þekkinguna. „Á Karólínska er mikil og lifandi vísindastarfsemi og maður vissi ekki hvað tæki við hér heima.



Sigurður Yngvi Kristinsson hefur nú starfað sem prófessor við læknadeild Háskóla Íslands í áratug. Háskólinn hefur aðstöðu hjá Íslenskri erfðagreiningu og segir hann umhverfið afar hvetjandi til verka. Mynd/gag

En mig langaði að eiga heima á Íslandi og mér bauðst prófessorsstaða hér við Háskóla Íslands svo ég vissi að ég fengi að stunda vísindi en þyrfti að styrkja umhverfið og rannsóknarverkefnin.“ Fyrst hafi hann notað gögn frá Svíþjóð sem hann hafði safnað þar um mergæxli. Svo byggt upp sinn eigin vísindaheim hér.

„Oft yfirtekur vinna með sjúklingum vísindatímann en ég hef náð að halda jafnvæginu eins og ég vil, sem er þá um 30% klínísk vinna og 70% í vísindin,“ segir hann. Spurður hvernig honum takist þetta, segir hann að lykilatriðið hafi verið að hann fékk tækifæri hjá Háskólanum að vinna að rannsóknum.

„Venjulega ræður fólk sig til starfa á Landspítala og er þá ráðið sem læknar í fullu starfi og ætlar síðan að vinna vísindin með. Það er oft erfitt og kallar á helgar- og kvöldvinnu og samviskubit gagnvart fjölskyldunni.“

Hann segir mikilvægt fyrir sig að sinna klínísku starfi. „Ég er með sjúklinga á göngudeild á fimmtudögum og legudeildina nokkrar vikur á ári. „Ég spyr klínískra rannsóknarspurninga og þarf að vita hvað er áhugavert fyrir sjúklingana og kollegana. Ég þarf að vita hvað fólk með sjúkdóminn hugsar og svara spurningunum sem brenna á þeim og heilbrigðisstarfsfólki.“

Sigurður Yngvi er fullur tilhlökkunar að halda áfram rannsóknum á mergæxli. „Ég hef verið svo heppinn með samstarfsfólk í gegnum tíðina. Nú erum við 20 sem vinnum að rannsókninni: læknar, hjúkrunarfræðingar, tölfræðingar, líffræðingar og fleiri. Við eigum í samstarfi við Landspítala og landsbyggðina og leggjumst öll á eitt að gera vel og getum því treyst því að rannsóknin er alltaf í góðum höndum.“

En fær hann þá aldrei leið á mergæxlum? „Nei, því meira sem ég skil, því áhugasamari verð ég um þau og átta mig á hvað ég skil lítið um þennan eina litla sjúkdóm sem ég spái í. Það á eftir að útskýra svo margt og skilja. Ég færi ekki í að útbúa aðra skimunarrannsókn fyrir eitthvað allt annað krabbamein. Það verða aðrir að gera það.“

Finna má vísindagreinina í *Blood Cancer Journal* hér: nature.com/articles/s41408-022-00732-3

3600 greinst í Blóðskimun til bjargar

Fólk í *Blóðskimun til bjargar* er í ævilöngu eftirliti. Næstu skref eru að fylgja eftir þessum 3600 einstaklingum sem hafa greinst með forstig mergæxlis, mallandi mergæxli eða fullskapað mergæxli.

„Við fylgjumst með hvernig hópnum reiðir af og hvernig réttast er að meðhöndla hann,“ segir Sigurður Yngvi Kristinsson, sem leitt hefur rannsóknarteymið og spyr: „Hvað gerist eftir tvö, þrjú, fjögur ár og er hægt að lækna sjúkdóminn?“ Þetta séu spurningar sem teymið vilji svara.

Ævintýraleg þátttaka varð í rannsókninni þegar henni var ýtt úr vör árið 2016. Yfir 80.000 einstaklingar fæddir 1975, þá fertugir, og eldri skráðu sig til leiks. „Það þýddi að við fengum það risastóra verkefni að halda utan um hópinn. Við spyrjum það spurninga og sendum tölvupósta reglulega. Við spyrjum um áhyggjur og andlega líðan,“ segir hann og að rannsóknarteymið hafi snemma áttað sig á hve einstakan gagnagrunn þau hafi smíðað.

„Hann mótast á meðan við vinnum. Þótt upphaflega hafi verið lagt upp með eina rannsóknarspurningu: Á að skima, já eða nei? Þá erum við að átta okkur á að við höfum hundruð ef ekki þúsundir spurninga sem við getum svarað um forstig mergæxlis, en líka almennt um skimunarhugmyndir í krabbameinslækningum,“ segir hann.

Hann bendir á að meðalaldur þeirra sem greinist með mergæxli um 70 ár. „Fyrir þá sem greinast með mergæxli á byrjunarstigi í rannsókninni er ávinningur ótvíræður,“ segir hann. „En með rannsókninni ætlum við að svara því hvort það sé samfélagslegur ávinningur af því að skima og þannig muni í framtíðinni verða skimað fyrir forstigi mergæxlis. Það á eftir að koma í ljós.“

Fólk ætti að vilja laga það sem þarf að laga

Óljóst er hvort viðurlög vegna vanda bráðamóttökunnar myndu hjálpa til við að rétta stöðuna þar af. Vandinn á sér áratuga aðdraganda, segir Alma D. Möller landlæknir. Hún er lent eftir COVID-takmarkanirnar þar sem kastljósið stóð á þríeykinu hennar. Þessi tími hafi ekki breytt henni eða embættinu og hún ekki fundið fyrir brunaáhrifum. Hvers vegna? „Þú ert í vinnu. Það er mikið að gera. Það má ekki fara í taugarnar á þér," segir landlæknir

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Já, ég held ég sé lent eftir þennan heimsfaraldur, en það tók sinn tíma að læra að hægt væri að gera aðra hluti en að vinna," segir Alma D. Möller landlæknir þegar *Læknablaðið* settist niður með henni á starfsstöð embættisins á 6. hæð í Höfðatorgsturninum. Útsýnið stórbrotið. Andrúmsloftið afslappað þegar hún lýsir því hvernig hreyfing hafi setið á hakanum í heimsfaraldrinum.

„Ég hef tekið upp þráðinn þar," segir hún og byggir upp vöðvana, lyftir. „Svo fer ég út að ganga og í sund." Jafnvægi. Hún hefur fundið það. Tæp þrjú ár eru frá upphafi COVID-faraldursins sem færði henni og þríeykinu öllu fálkaorðu fyrir góð störf. Hún segir reynsluna af því að vera landlæknir í þessum heimsfaraldri hafa verið áhugaverða.

„Ég var þokkalega undirbúin enda verið gjörgæslulæknir. En það var mikið að gera. Ég velti því þó ekkert mikið fyrir mér. Verkefnin komu og maður sinnti þeim eins vel og maður gat. Það var heiður að fá að takast á við faraldurinn úr því að hann varð," segir hún og að hann hafi ekki raskað ró hennar.

„Við vorum ekkert að bugast eða við það að missa stjórn á okkur sjálfum eða eitthvað slíkt. Aldrei nokkru sinni," lýsir hún. „Við fórum á fætur, inn í daginn, heim á kvöldin." Hún sé ánægð með hvernig til tókst. „Og ekki fór maður mikið í frí. Ég held ég hafi fengið 5 daga 2020 og 5 daga 2021."

Hugarfarið bjargi frá bugun

Alma segir að hugarfarið sé lykilinn að því að brenna ekki út í svona aðstæðum. „Þú ert í vinnu. Það er mikið að gera. Það má ekki fara í taugarnar á þér. Auk þess hef ég alltaf haft gaman af að vinna." Hún finni ekki að COVID-takmarkanirnar hafi breytt henni eða embættinu.

„Ég hef ekki merkt það, hvorki fyrir mig né embættið, því við vinnum eftir þeim lögum sem gilda," segir Alma sem finnur þó þær breytingar að fólk hafi í ríkara mæli samband við embættið.

„Við vorum mjög áberandi í tvö ár og traustið til okkar jókst. Við finnum að horft er til okkar, jafnvel með mál sem eiga ekki heima á okkar borði. Við vísum þeim rétta leið." Hún sjái þó að verkefnahalar hafi lengst hjá embættinu eins og annars staðar í heilbrigðiskerfinu. Þá sé fólk orðið flinkara að vinna í fjarvinnu og rafrænt. Hún nefnir því kosti og galla.

Langur spurningalisti bíður samtalsins. Ástand á bráðamóttökunni. Vannýttur skurðlæknatími. COVID. Hvernig líður landlækni með að ekki sé tekið mark á þeim minnisblöðum sem hún hafi ritað um ástandið á bráðamóttökunni? „Það er nú ekki rétt," svarar Alma og rökstyður með grein úr *Læknablaðinu*.

„Þar segir Sigurður Guðmundsson [fyrrum landlæknir] fyrstu úttektina þá beinskeyttustu sem frá landlækni hefur komið." Margt hafi verið sett í gang árið 2019 eftir fyrstu úttektina frá árinu 2018 og aðra ári síðar, en COVID hafi truflað umbótavinnuna. Átakshópur hafi verið settur á laggirnar 2020 eftir enn aðrar ábendingar í minnisblöðunum.

„En ástæðan fyrir því að staðan versnar er að málið er flókið. Það á sér langan aðdraganda og úrræðum fyrir aldraða hefur ekki fjölgað í takti við fjölgun þeirra. Núna er virkilega margt að gerast," segir hún. Skortur á mannauði eigi sér einnig langan aðdraganda.

Áratuga aðdragandi að vandanum

„Þetta er áratuga aðdragandi. Síðan bætist við heimsfaraldur og núna veirusýkingar," segir landlæknir um ástandið á bráðamóttökunni. Það hafi komið henni á óvart hve lengi fyrirsjáanlegir hlutir séu að raungerast.

„Að sama skapi tekur langan tíma að laga ástandið. En mér finnst nú samt margt í gangi og vona að veirusýkingar sem voru í áberandi í lok árs séu



á undanhaldi.“ Staðan hafi verið einna verst um jólin. Leggja hafi þurft marga inn.

„Mér finnst hafa gengið vel að fást við ástandið og starfsfólkið á spítalanum á hrós skilið,“ segir hún. „Heilbrigðisstarfsfólk má aldrei missa sjónar af bjartsýninni og aldrei gefast upp. Við getum ekki leyft okkur það.“

Alma nefnir úrræði. Búið sé að auka við bráðadagdeild lyflækninga og verið að opna nýja legudeild. Búið sé að fjölga rýmum á hjúkrunarheimilum, breyta dagrýmum í biðrými og fjölga plássum á nokkrum hjúkrunarheimilum. Búið sé að fjölga endurhæfingarrýmum, efla heimahjúkrun og heimaþjónustu. Þá hafi kragasjúkrahúsin verið styrkt.

„Í rauninni er verið að styrkja öll stig heilbrigðisþjónustu, ekki hvað síst bráðaþjónustu.“ Hópur hafi skilað tillögum nýlega. Þá sé verið að efla menntun og starfsumhverfi. Nýta þurfi tækni til að létta undir.

„Ég bíð spennt eftir því hvað ný stjórn Landspítalans hefur fram að færa,“ segir landlæknir og ítrekar að hún myndi aldrei segja að ekki væri tekið mark á minnisblöðunum. „Nei, það myndi ég ekki segja.“ Fyrstu úttektirnar hafi verið til að benda á hvað þyrfti að laga og seinni minnisblöðin til að benda ráðherra á stöðuna og til að ýta á eftir verkefnum.

„Þetta er bara svo ótrúlega flókið verkefni,“ segir Alma og bankar létt í borðið til að leggja áherslu á orð sín. En hefur hún áhyggjur af fólki sem þarf nú að leita á bráðamóttökuna? „Já, ég hef auðvitað áhyggjur af stöðunni og við höfum sagt í skýrslum okkar að þegar álag er hvað mest er áskorun að tryggja öryggi sjúklinga,“ segir hún og nefnir að fyrra bragði atvik nú um jólin.

„Þau eru ekki fullrannsökuð og því liggur ekki fyrir af hverju þau urðu,“ segir Alma, og að komist verði til botns í því. Embættið fylgist sérstaklega með biðtímum sjúklinga í forgangi, en forgangsflokkar eru 5. „Þar hefur gengið vel að sinna sjúklingum í fyrsta forgangi þótt vissulega hafi tíminn í hinum fjórum flokkunum lengst nokkuð. En heilt yfir finnst mér takast vel að sinna því sem þarf að sinna.“

Alma D. Möller hefur nú gegnt stöðu landlæknis frá árinu 2018 og leikið lykilhlutverk í að leiða þjóðina í gegnum heimsfaraldur. Hún er fyrsta konan sem gegnir stöðunni en fyrsti landlæknirinn var settur árið 1760. Mynd/gag

„Það eru engar skyndilausnir. Vandi bráðamóttöku Landspítalans er margþættur,“ segir hún. „Eigum við ekki að binda vonir við að veirusýkingarnar nú fari að sjatna og að öll þessi úrræði sem verið er að grípa til utan sjúkrahússins skipti máli og fari að tikka inn svo staðan lagist. Ég vona það.“



Viðurlög lagi ekki vandann

Alma leggur þó áherslu á brotalamirnar. „Við höfum margsagt að ekki er hægt að uppfylla öll lög um réttindi sjúklinga á bráðamóttökunni. Ekki friðhelgi, persónuvernd og slíkt," segir hún, en vill þó ekki sjá viðurlög.

„Hvernig ættu þau að vera?" spyr hún. „Ég hef heyrt lækna tala um að embættið þyrfti að geta sektað ef ekki væri brugðist við ábendingum þess. Það leysir engan vanda heldur eykur hann frekar," segir hún. En hvað með áminningar á yfirstjórn?

„Já, við gætum það, en til hvers leiðir það? spyr landlæknir og bendir á að í sumum löndum sé hægt að setja stjórnendur af. „Ég myndi þá frekar segja að það væri forstjóra að bregðast þannig við ef að honum fyndist tilefni til." Fjölmargir samstarfsaðilar erlendis velti einnig fyrir sér hvernig megi fá eftirlitið til að skila betri árangri.

„Ég tel hins vegar mikilvægast að það ríki traust gagnvart eftirlitsstofnuninni," segir hún. „Svo á fólki að renna blóðið til skyldunnar að vilja laga það sem þarf að laga. Okkur finnst samstarf við stjórnendur og starfsmenn mikilvægast til að farið sé í þær úrbætur sem þarf," segir hún. „Það er ekki aðeins Landspítalans að laga það sem þarf að laga þegar vandi bráðamóttökunnar er annars vegar," leggur hún svo áherslu á.

Læknablaðið vísar í viðtal við Mikael Smára Mikaelsson, yfirlækni á bráðamóttökunni frá því í október. Þar segir hann legudögum milli júlímánaða árið 2022 og 2021 hafa fjölgað úr 300 í 860, það er litið til þeirra sem dvöldu 24 klukkustundir eða lengur á bráðamóttökunni. En fékk embættið þá tilkynningar um fleiri alvarleg tilvik? „Nei," segir hún. Þeim hafi fjölgað þegar fyrsta úttektin var gerð og þá helst falist í fleiri byltum.

„Við höfum farið yfir öll alvarleg atvik síðustu fimm ár á bráðamóttökunni. Þau hafa verið á milli 4-6 á ári. Það er ekki hægt að segja að þeim hafi fjölgað," segir Alma. „Mér léttir við það." Þá hafi þau skoðað aukna tíðni dauðsfalla á spítalanum þegar staðan sé eins og hún er, en tölurnar sýni þess ekki merki. En er þá Mikael kominn á botninn? Getur hann reiknað með betri tíð?

Botninum vonandi náð

„Ég er að vona það," segir Alma. „En ekki ætla ég að lofa því." Í krísuástandi færist viðmiðin til eftir því sem það vari lengur. „Þetta kenndi Víðir (Reynisson, yfirlögregluþjónn almannavarnarsviðs) mér úr almannafræðunum. Ég sé þetta gerast," segir landslæknir og líkir því við þegar froskur sé settur í heitt vatn hoppi hann upp úr, en sé vatnið hitað rólega gæti hann ekki að sér.

„Einhvern tímann fannst okkur mikið að 20 biðu eftir innlögn af bráðamóttöku. Nú eru þeir 30 — stundum 40 nú um jólin. Við þurfum að passa okkur að verða ekki samdauna þessu ástandi. En nákvæmlega hvenær skipið snýr er erfitt að segja." Það taki líka langan tíma að leiðrétta ástandið þegar vandinn hafi varað svo lengi.

„Það eru engar skyndilausnir. Vandi bráðamóttöku Landspítalans er margþættur," segir hún. „Eigum við ekki að binda vonir við að veirusýkingarnar nú fari að sjatna og að öll þessi úrræði sem verið er að grípa til utan sjúkrahússins skipti máli og fari að tikka inn svo staðan lagist. Ég vona það."

Nauðsynlegt að stjórnendur nýti allar bjargir sem best

Nýta þarf allar bjargir sem best og stjórnendur þurfa að finna út úr því hverjar þær eru hverju sinni, segir Alma D. Möller landlæknir spurð út í biðlista eftir aðgerðum, sem hafa lengst síðustu misseri, og þær fregnir að hér á landi sitji skurðlæknar aðgerðarlausir hluta úr vakt þar sem skortur sé á skurðhjúkrunarfræðingum.

„Það er á ábyrgð fagstjórnenda, sem eru yfirlæknar, deildarstjórar og framkvæmdastjórar, að skipuleggja starfsemina þannig að allar bjargir, hvort sem talað er um peninga, fólk eða húsnæði, nýtist sem best." Spurð hvort skoða ætti að fara að fordæmi Svía sem hafa jafnvel aðeins einn skurðhjúkrunarfræðing í aðgerð á meðan þá skorti svarar landlæknir:

„Ég hugsa að það sé rétt að hér séu bæði tækifæri og sóknarfæri. Fagstjórnendur þurfa að skilgreina hvaða hæfni og mannskap þarf til að sinna ákveðnum verkum eins og mismunandi skurðaðgerðum." Vega þurfi og meta öryggi sjúklinga í aðgerð, sem og öryggi þeirra sem bíða.

„En fagfólkið hefur svolítið í hendi sér að skipuleggja starfið þannig að nýting á skurðstofum verði sem best." Það sé ekki hennar að ákveða vinnulag inni á hverri deild Landspítala en samkvæmt 16. grein laga um heilbrigðisstarfsmenn geti stjórnendur kennt aðstoðarfólki að gera ákveðin verk en þurfi þá að bera ábyrgð á því.

„Það er margt hægt að gera," segir landlæknir og bendir á að eðlilegast sé að hugmyndir um breytingar komi frá þeim sem vinni verkin. „Í lögum um heilbrigðisþjónustu bera yfirlæknar sérgreina faglega ábyrgð á sinni deild og þjónustu," bendir hún á. „Leiða þarf fólk saman til að ná lausnum og sátt um hvernig unnið er."



Arna skutlaðist niðrí Hörpu á rafmagnshlaupahjóli. Mynd/Védís

Dagur í lífi innkirtlalæknis

Arna Guðmundsdóttir

Fimmtudagur 19. janúar 2023

07:00 Þarf ekki vekjaraklukku í dag þar sem Elmar, nýi hvolpurinn okkar, laumar sér inn í svefnherbergi og sleikir á mér höndina. Tími til að vakna. Eiginmaðurinn fer með hann í morgungöngu á meðan ég skelli í mig fyrsta kaffibollanum af mörgum. Ég fékk reyndar að sofa aðeins lengur í morgun þar sem allar sundlaugar borgarinnar eru lokaðar í frosthörkunum. Annars hefði ég verið komin á Garpaæfingu í Sundhöll Reykjavíkur eins og venjan er á þriðjudags- og fimmtudagsmorgnum.

08:00 Geng í vinnuna á Landakoti sem tekur reyndar aðeins 6 mínútur. Þvílík lífsgæði sem þetta eru og nú man ég að Landspítali býður upp á samgöngusamning, þarf að kanna það mál.

08:15 Teymisfundur á L-2. Hér hef ég starfað frá því í október sl. Þá var tekin sú ákvörðun að manna þar endurhæfingardeild á vegum lyflækninga sem hefur það hlutverk að undirbúa sjúklinga fyrir útskrift heim. Þessi starfsemi er mjög þörf viðbót við bráðadeildir lyflækninga sem staðsettar eru í Fossvogi. Við tökum við sjúklingum sem hafa að mestu lokið meðferð á þeim bráðavanda sem leiddi til innlagnar. Undanfarnar vikur hafa flestir sjúklinganna verið að jafna sig eftir veirupestir, svo sem inflúensu og COVID-19. Aðrar algengar ástæður innlagna eru byltur, minnistap, hrumleiki og vandamál tengd áfengisneyslu. Lyflækningasviðið hefur einnig tekið yfir þjónustu á deild L-3 á Landakoti sem er heimiliseining eða biðdeild fyrir einstaklinga sem bíða eftir varanlegri vistun á hjúkrunarheimili. Loks stendur til að deild L-5 verði einnig á okkar vegum en þar verður einkum sinnt líknandi meðferð fyrir aldraða.

Á Landakoti starfa gríðarlega öflug teymi sjúkra- og iðjuþjálfara, félags- og næringarráðgjafa, framúrskarandi hjúkrunarfræðinga og fleira starfsfólks sem allt leggst á árarnar við að búa sem best og öruggast um hnútana þannig að viðkomandi sjúklingar geti snúið aftur í sjálfstæða búsetu. Í framtíðinni þurfum við að huga að enn betri þjónustu við einstaklinga í heimahúsum til að stytta dvöl á sjúkrahúsinu eins og hægt er.

09:00 Eftir stuttan morgunfund greip ég næsta Hopp-hjól og brunaði niður í Hörpu til að sækja Læknadaga. Hlustaði á áhugaverð málþing um beinþynningu og breytingarskeið ásamt því að spjalla við vini og kollega. Það læðist að mér sú hugsun hvort að það þurfi ekki að fara varlega í að auka meðvitund og umræðu um breytingaskeiðið til þess að sjúkdómsvæða ekki um of þetta náttúrulega ferli. Ferli sem endar gjarnan með besta skeiði lífsins!

Læknadagar eiga sérstakan sess í hjarta mér eftir að ég sá um að skipuleggja þingið um 8 ára skeið, frá 2005 allt til ársins 2013. Ég hef lengi haft hugmyndir um að það væri hægt að gera Læknadaga að alþjóðlegu símenntunarþingi og skora hér með á núverandi stjórn að skoða þann möguleika fyrir alvöru.

16:00 Yfirfer fundargerð frá síðasta stjórnarfundi Almenna lífeyrissjóðsins sem haldinn var fyrir tveimur dögum. Þetta var vinnufundur stjórnar þar sem verkefnið var að rýna fjárfestingastefnu sjóðsins. Ég hafði lagt mikla vinnu í að yfirfara fjárfestingastefnur sambærilegra sjóða sem bjóða mismargar iðgjaldaleiðir og ólíkar ávöxtunarleiðir séreignar. Almenni lífeyrissjóðurinn kom vel út úr þessum samanburði mínum. Sjóðfélagavefurinn okkar er nýr og afar vel hannaður og ég er mjög stolt af þeirri vönduðu þjónustu sem Almenni veitir.

19:00 Barnabarnið, lítill Thor Aspelund, kemur í pössun í fyrsta sinn. Hann er nú 8 vikna og rétt að byrja að brosa. Ég var vel undirbúin með snuð og pela auk þess að vera hokin af reynslu. Hugsa með mér, þetta getur ekki klikkað.

23:30 Komin í rúmið með Kindelinn og lofa sjálfri mér því að hætta nú að lesa fyrir miðnætti, sérstaklega eftir að hafa hlustað á fyrirlestur í dag um mikilvægi svefns. Ég svík þetta loforð á hverju kvöldi þegar ég nýt þess að hverfa inn í heillandi heim bókmenntanna.



Ragnar Freyr Ingvarsson
formaður Læknafélags Reykjavíkur, stofulæknir og lyflæknir á Landspítala

Er réttlætanlegt að leggja skatt á sjúklinga?

Stór þáttur í að halda Íslandi hátt á listum yfir bestu heilbrigðiskerfi heims er aðgengi sjúklinga að læknum, ekki síst sérgreinalæknum utan stofnana. Árlega leitar stór hluti þjóðarinnar til sérgreinalækna – um 270.000 sjúklingar. Þeir eru á öllum aldri, börn, táningar, ungir sem og aldnir. Þeir kljást við ýmiss konar sjúkdóma, allt frá bráðum veikindum upp í langvinna og ólæknandi sjúkdóma. Þetta er sá sjúklingahópur sem ekki getur fengið lausn sinna mála á heilsugæslu.

Þessi fjölbreytti hópur, sem leitar yfir 500.000 sinnum á ári til sérfræðilækna, á það sameiginlegt að bera langtum hærri byrðar fjárhagslega en eðlilegt mætti teljast. Á liðnum árum hefur sífellt vaxandi hluti kostnaðar við læknisheimsóknir til sérgreinalækna verið greiddur úr vasa sjúklings.

Ástæðan er sú að ekki hefur verið samið við sérgreinalækna á stofum né hafa endurgreiðslur til þeirra, einingaverð, verið leiðrétt síðan í janúar 2020. Lögbundin sjúkratrygging landsmanna verður því sífellt rýrari og fylgir hvorki neyslu- né launavísitölu, en laun eru yfir 70% kostnaðar við heilbrigðisþjónustu. Þetta sýnir myndin sem fylgir greininni glögglega.

Íslenska ríkið ver um 8 milljörðum í sjúkratryggingar vegna sérfræðilækninga á sjálfstætt reknum stofum. Þetta eru undir 3% af heildarkostnaði í heilbrigðiskerfinu sem kostar nærri 400 milljarða. Sérgreinaþjónustan er umfangsmikil – fleiri leita til sérgreinalækna árlega en til lækna heilsugæslunnar og Landspítala samanlagt

Á tímum samningsleysis hafa sérgreinalæknar hækkað gjaldskrár í takt við vaxandi kostnað en greiðslur ekkert breyst frá Sjúkratryggingum Íslands. Skv. könnun Öryrkjabandalags Íslands árið 2020 má gera ráð fyrir því að þessi kostnaður samsvari að minnsta kosti tveggja milljarða álögum á sjúklinga. Þessi hækkun kemur verst við aldraða, börn og öryrkja, þá hópa sem eiga að njóta mests skjóls í kerfi sem Íslendingar vilja búa við og kennt er við norræna velferð.

Ríkið hefur sparað sér geysimikið fé á liðnum árum með því að rýra sjúkratryggingu landsmanna. Hér hafa ekki einu sinni verið nefndar þær fjárhæðir sem sjúklingar greiða þegar þeir þurfa á til dæmis liðskiptaaðgerðum, augasteinaaðgerðum eða efnaskiptaaðgerðum að halda, og þurfa að greiða að fullu úr eigin vasa. Sú upphæð nemur á annan milljarð króna árlega til viðbótar því sem sjúklingar hafa reitt fram vegna hinnar götóttu sjúkratryggingar.

Er sjúklingum mismunað eftir þjónustustigi?

Heilsugæslan er fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðiskerfinu og á að vera notendum aðgengileg. Fyrir komu á heilsugæslu greiða sjúklingar einungis um 5% af heildarkostnaðinum á meðan sjúklingar sem þurfa að leita til sérfræðilækna greiða margfalt hærri hlutdeild í kostnaðinum. Á árum áður greiddu sjúklingar um 30% – en nú síðustu ár hefur þetta hlutfall vaxið í 50% (og jafnvel mun meira) vegna langvarandi samningsleysis.

Örorkulífeyrisþegi með lágar bætur og alvarlega sjúkdóma sem þarfnast mikillar þjónustu og sérfræðiþekkingar lækna, sjúkraþjálfara eða sálfræðinga skal hins vegar greiða 50% reikningsins eða meira úr eigin vasa. Varla getur það talist eðlilegt að þeir sem veikari eru niðurgreiði þjónustu þeirra sem teljast frískari.

Til að bæta gráu ofan á svart hefur hið opinbera ákveðið að veikja sjúkratryggingar ennþá frekar með því að hækka greiðsluþak sjúkratryggðra um 10% nú um áramótin. Þetta kemur verst niður á þeim sem eru á örorku og hafa minnst á milli handa.

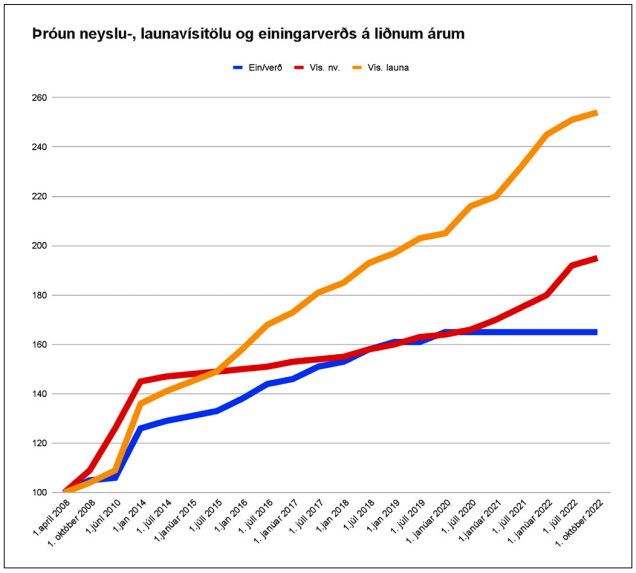
Þessi mismunun er í raun lítið annað en dulin skattheimta sem engin lagastoð er fyrir. Þvert á móti ber ríkinu að tryggja sjúkratryggðum þjónustu á viðráðanlegu verði, ekki bara í heilsugæslu heldur einnig hjá öðrum sérfræðilæknum. Slíkt fyrirkomulag er meira að segja bundið í lög.

Hvert skal stefna?

Við hljótum að vilja snúa af þessari braut og rétta hlut sjúklinga sem þurfa á þjónustu sérgreinalækna að halda. Annars er hætt við því að þessar byrðar aukist enn frekar og að tvöfalt heilbrigðiskerfi verði varanlega fest í sessi. Það er ekki vilji sérgreinalækna og er ekki yfirlýstur vilji ráðamanna. Vilji landsmanna í þessum efnum er skýr.

Það er fyrir löngu kominn tími til að fara að lögum og laga sjúkratryggingar landsmanna að nútímanum. Núverandi heilbrigðisráðherra hefur lýst vilja til að ljúka samningi við sérgreinalækna, nú er lag að hefja þá vinnu svo að þessi styrka stoð okkar heilbrigðiskerfis megi áfram dafna og þróast.

Það væri okkur Íslendingum til mikilla heilla.



Guðmundur Þorgeirsson
lyflæknir og fyrrum forseti læknadeildar



Inntak læknisstarfs og læknanáms í framtíð

Þegar framtíð læknakennslu er tekin til umræðu á Læknadögum liggja í loftinu stórar spurningar sem lúta að inntaki læknisstarfsins. Mun gervigreind og stafræn læknisfræði gerbreyta læknisstarfinu, jafnvel gera lækna að mestu óþarfa? Með Crisper-Cas 9 erfðaskærunum er orðið mögulegt að klippa út úr og/eða bæta inn í basaröð erfðamengisins og breyta því varanlega. Það er svo róttæk aðgerð að við höfum í besta falli óljósar hugmyndir um afleiðingarnar.

Á sama tíma og ný þekking í læknisfræði verður til með ógnarhraða er hluti af gömlu fræðunum áfram mikilvæg undirstöðuþekking og úreldist ekki. Þannig hafa smáatriði líffærafræðinnar öðlast nýtt mikilvægi með stórstígum framförum í myndgreiningu.

Hvernig á að velja námsefni fyrir læknanema við þessar aðstæður og hvað á að hafa forgang?

Daníel Tosteson, fyrrum forseti læknadeildar Harvard-háskóla, nefndi þetta í Íslandsheimsókn fyrir nokkrum árum: „Það er grundvallarmarkmið læknakennslu að útskrifa lækna með nægilega þekkingu og þroska til að axla ábyrgð á ævilangri símenntun.“

Í háskólum samtímans er áhersla á rannsóknir, rannsóknartengt nám og trausta klíníska undirstöðu. Margir leggja áherslu á þjálfun í gagnrýnni hugsun, tjáskiptum, samstarfs- og/eða leiðtogahæfni og sköpunarkrafti, allt meðvitaður undirbúningur undir kröfuharða framtíð.

Gervigreind

Gervigreind er grunntónn í allri framtíðarmúsík og stundum talin svo gáfuð að hún kunni að leysa læknastéttina af hólmi.[1] Geta gervigreindar til að halda utan um gríðarlegt gagnamagn er ótvíræð og svarar brýnni þörf í heilbrigðiskerfinu. Raunhæfar væntingar eru um stuðning við ákvarðanatöku, ekki síst sjúkdómsgreiningar. Á síðustu árum hafa komið fram algrím sem búa yfir nýsköpunarkrafti, virðast skynja fegurð og búa yfir leikgleði, jafnvel fyndni. Er von að spurt sé: Hvar eru mörkin?

Styrkleikar og takmarkanir

Öflugustu skákalgrím nútímans fá eingöngu upplýsingar um skákreglurnar sjálfar, um 64 reiti, 32 skákmenn og gang þeirra, en geta rannsakað 70 milljón stöður á sekúndu og skoðað möguleika í öllum stöðum langt fram í tímann. Styrkur gervigreindar er gríðarlegur þegar tæmandi skilgreining á viðfangsefninu liggur fyrir. Ef margt er hins vegar óljóst, eins og oft er í klínískum viðfangsefnum, vandast málið. Eða í umferðaröngþveitinu í Nýju Delí. Þar hafa sjálfkeyrandi bílar gersamlega brugðist.

Þrátt fyrir takmarkanir er því spáð að gervigreindin verði ómissandi í klínísku starfi, muni auka skilvirkni, draga úr vinnuálagi og mistökum. Vandaðar slembirannsóknir á eiginlegu notagildi eru enn fáar og það vantar viðtæka umræðu um siðferðilegar hliðar og lagaumhverfi og ígrundun um menntun lækna í stafrænum heimi. Sannfærandi rök mæla gegn því að samskipti sjúklings við algrím muni nokkurn tíma koma í stað samskipta læknis og sjúklings, sem eru ómissandi, bæði við greiningu sjúkdóms og meðferð.

CRISPR Cas9 og ritstýring basaraða í DNA

Árið 2020 fengu Jennifer Doudna og Emmanuel Carpientiere Nóbelsverðlaunin í efnafræði fyrir að uppgötva CRISPR Cas9 erfðaskærin.[2] Tími ritstýringar á erfðamenginu var runninn upp. CRISPR er skammstöfun á: „Cluster Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats“, eða Klasar af stuttum basaröðum síendurteknum með reglulegu millibili. Basaraðirnar eru ættaðar úr veirum og eru merki um fyrri sýkingar. Náskyld aðferð kallast ritstjórn basaraðar (*base editing*). Hún felst í því að einum basa er skipt út fyrir annan með því að tengja CAS-9-ensímið við annað ensím sem hvatar nákvæma breytingu á einum basa í annan. Í nýlegri tilraun á öpum var adeníni breytt í guanín í PCSK9-geni og við það dró mjög úr myndun PCSK9-próteinsins og kólesteról lækkaði um 80%, að því er virðist varanlega. Klínísk slembirannsókn er nú hafin með þessari aðferð á sjúklingum með ættlæga kólesterólhækkun og fjölmargir aðrir sjúkdómar eru komnir á þessa dagskrá. Þörf er fyrir víðtæka umræðu og samstarf til að tryggja ábyrga notkun þessara byltingarkenndu aðferða.

Menntun og starfsundirbúningur

Þótt þess megi vænta að bæði gervigreind og erfðaritstjórn hafi í för með sér miklar breytingar á starfi lækna í framtíðinni, mun þörfin fyrir lækna af holdi og blóði fráleitt minnka. Til að nýta þessa nýju tækni þarf hins vegar meiri menntun og þjálfun. Námsáherslum má skipta í tvennt:

Hið augljósa: Efla menntun í erfðafræði, sameindalíffræði og frumulíffræði og samþætta klínískum greinum.

Ævilöng símenntun – undirbúningur undir hið óvænta: Auk lífvísinda þarf breiða undirstöðu í efna- og eðlisfræði og í undirstöðu tækniþróunar: stærðfræði, tölfræði, tölvunarfræði, tæknilæsi og gervigreind.

Heimildir

1. Eric Topol: Deep Medicine. How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. Basic Books, New York 2019.
2. Doudna JA. The promise and challenge of therapeutic editing. Nature 2020; 578: 229-36.

Reynir Tómas Geirsson
Guðmundur Vikar Einarsson
læknar á eftirlaunum

Öldungar við símann

„Góðan daginn, er þetta Sigurður Kaldi Kaldan sem ég tala við?“

„Já, það er hann.“

„Sæll, þetta er Reynir Tómas Geirsson/Guðmundur Vikar Einarsson, læknir í COVID-símaveri Landspítala. Ég hringi til að vita hvernig þú hefur það og hvort eitthvað hefur breyst frá í fyrradag þegar við hringdum í þig. Er hóstinn svipaður eða verri? Hvað með hálsinn og nefrennslið? Niðurganginn, ógleðina, lystarleysið?“

Haustið 2020 var COVID að ná hámarki. Við höfðum skráð okkur í bakvarðasveit til að aðstoða ef læknar veiktust á okkar gömlu deildum, kvennadeild og skurðlækningadeild Landspítala. Þá gætum við aðstoðað við það sem við töldum okkur kunna best. En sú sem hringdi var ekki að sækjast eftir okkur í þannig verk. Hún sagði: „Við vitum að þú getur talað við fólk“. Okkur var boðið á kynningarfund um COVID-símaverið. Engin töf var á að útskýra hvað ætti að gera í símaveri og hvernig ætti að bera sig að við svona símtöl. Ekki var um annað að ræða en að mæta næsta dag á efstu hæð húsnæðis Landspítala við Skaftahlíð og láta setja sig inn í málin þar, tengja símtól, læra að logga sig inn í tölvur staðarins, fara inn á réttar síður, Heilsuveru og gagnagrunna sem settir voru upp til að halda utan um þá sem höfðu smitast. Finna kaffiaðstöðuna og matsalinn.

Þarna var fyrrum samstarfsfólk úr heimilislækningum, geðlækningum, lyflækningum, svæfingalækningum, auk okkar. Þarna voru líka barnalæknir og frábærir samstarfsmenn úr hópi reyndra hjúkrunarfræðinga sem kunnu ekki síður að tala við veikt og ekki svo veikt fólk. Læknanemar, sem svo sannarlega höfðu lært um samskipti, bættust við. Við sátum í opnu vinnusvæði, heyrðum hvort í öðru tala við skjólstæðingana og þar með hvernig samstarfsfólkið tók á álitamálum og uppákomum. Lærðum hvert af öðru og spurðum hvert annað ráða. „Hvað segir þú þegar spurt er um þetta? Hvernig á að leysa úr svona vanda hjá konu með þetta grunnvandamál, eða ungum karlmanni sem spyr um einangrunina fyrir sig og fjölskylduna?“

Allt í einu vorum við, seniorarnir, komin inn í hringiðu hins klíníska veruleika á ný. Hundruð símtala þurfti að eiga við fólk, hvar sem var á landinu, Íslendinga og erlent fólk, þar með talda ferðamenn. Útlendinga sem voru fastir á sóttvarnahóteli eða í heimahúsi. Ýmsu þurfti að bjarga, svo sem lyfjum og vottorðum. Félagsleg vandamál komu oft í ljós. Með góðri aðstoð tókst oftast að leysa bráðasta vandann. Tala við sóttvarnahótelin um aðstæður og matinn, útskrift í lok einangrunar, heimferðina. Hringdum oft upp í 30-40 símtöl á dag hvert okkar þegar mest var. Enska, danska, sænska, þýska, stöku orð í öðrum málum. Sumir kunnu önnur tungumál: pólsku, spænsku, litháísku, taílensku eða rússnesku. Það gladdi fólk að heyra kunnuglega kveðju, og enn meira að fá leiðbeiningar og skýringar á eigin tungumáli.

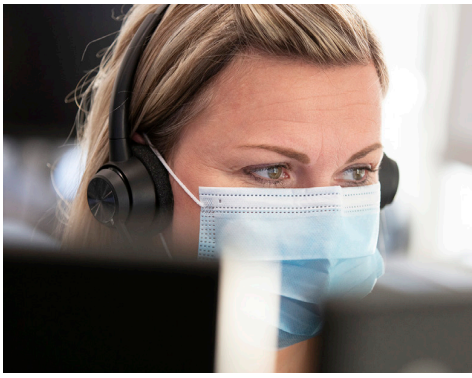
Margir fóru án teljandi veikinda gegnum veirusýkinguna. Aðrir urðu verulega veikir og þurftu skoðanir, innlagnir og þétta eftirfylgd í símanum, tilvísanir og skoðun á COVID-göngudeild Landspítala eða á Akureyri, innlagnir og eftirfylgd eftir sjúkrahúsvist. Nær allir tóku manni vel, suma þekktum við, enn fleiri þekktu okkur og höfðu reynslu af okkar læknisstörfum á fyrri árum. Það hjálpaði í samskiptunum og skipti máli til að skapa traust. Oft urðu umræður skemmtilegar og snerust um fleira en veirusýkinguna. Annar okkar fékk að vita hjá nokkru yngri konu sem greinilega líkaði við viðmælandann eftir ráðleggingar um mál sem ekki snerti COVID-smitið: „Heyrðu, ég er á lausu!“ Þá var gott að hafa hringt





Svipmyndir úr símaveri, ljósmyndir Þorkell Þorkelsson.





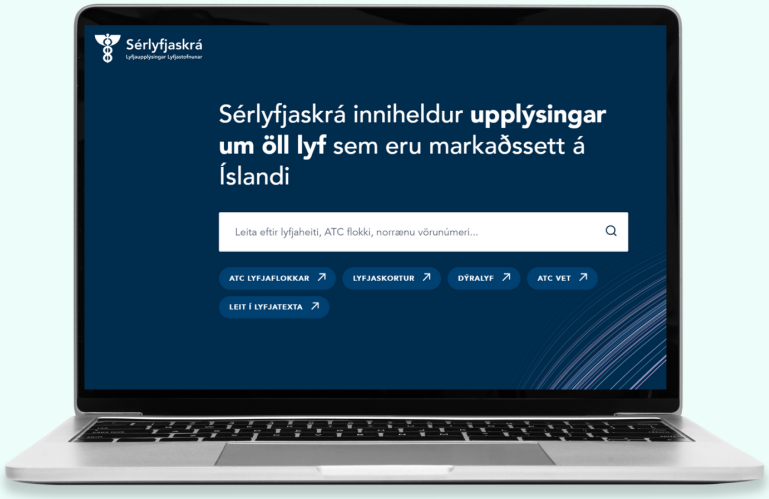
úr spítalasíma en ekki að heiman eins og sumir gerðu í þessum hringingum.

Við vorum að alla daga og höfðum samviskubit ef við mættum ekki svona 2-4 klukkustundir á dag. Allt upp í 7-9 tíma þegar mest þurfti. Ráðguðumst við mjög duglega yngri kollega á COVID-göngudeildinni, en líka eldri kollega í smitsjúkdómateyminu eða á öðrum deildum spítalans, við lyfjafræðinga í apótekum og fleiri. Við höfðum frábæran yfirmann í símaverinu sem sjálf sat við símann alla daga og mun lengur en við hin. Þangað var alltaf hægt að sækja ráð. Skráningarkerfið og utanumhaldið virkaði án hnökra. Mikil stoð var í tölvukerfinu með því starfsfólki hélt því gangandi. Þetta gerði medísínskt utanumhald mun auðveldara. Læra mætti af þessu um leiðir til að létta á heilbrigðisþjónustunni.

Þegar hlé komu á smitum í samfélaginu mátti slaka á, en þrisvar varð uppsveifla og þá komum við öll aftur: læknar, hjúkrunarfræðingar og annað samstarfsfólk. Ljósmyndari spítalans kom og þannig fékk starfið aukna athygli, sjá meðfylgjandi myndir.

Símaversstarfið stóð í nær tvö ár og sýndi að enn gat verið gagn í þeim sem tilheyra öldungadeild Læknafélagsins. Þekking og reynsla nýttust vel fyrir þá sem höfðu smitast og til gagns fyrir samfélagið. Ekki síst var þetta okkur sem þátt tókum í starfsemi COVID-símaversins til gleði. Við gátum enn gert gagn. Ekki bara á golfvöllum og í því að líta eftir barnabörnum.

Hefur þú kynnt þér nýja **sérlyfjaskrá?**



Sérlyfjaskrá inniheldur:

- upplýsingar um öll markaðssett lyf á Íslandi
- öryggis- og fræðsluefni fyrir lækna og sjúklinga
- upplýsingar um tilkynntan lyfjaskort með ráðleggingum
- upplýsingar um ódýrasta valkostinn þegar við á

Sérlyfjaskrá
Lyfjaupplýsingar Lyfjastofnunar

Ársæll Jónsson
læknir

Hjólað í vinnuna árið 1976

Dagblaðið *Vísir* sendi fréttamann og ljósmyndara uppí Hraunbæ til að taka mynd af mér, Ársæli Jónssyni lækni, á leið til vinnu í ágúst 1976. Óvenjulegt var að menn hjóluðu til vinnu í þá daga. Nágrannarnir lýstu líka undrun sinni og spurðu Gyðu konu mína hvort það hefði virkilega verið hennar maður, sem þeir sáu hjólandi á reiðhjóli?

Ég var nýfluttur heim í Hraunbæinn með fjölskylduna eftir framhaldsnám og búsetu í Bretlandi. Var ráðinn í afleysingastöðu á lyflæknisdeild Landspítala en þar sem strætisvagnasamgöngur voru óþjálar, varð úr að ég keypti notað Philips-hjól af góðum Kópavogsbúa.

Var óvanur hjólreiðum og valdi að hjóla fyrst í stað utan gatna – eftir hitaveitustokknum, sem lá frá Reykjum í Mosfellssveit gegnum Ártúnsholt, yfir Elliðaár, gegnum Smáíbúðahverfi, yfir Leitin og til Öskjuhlíðar.

Styrkur í fótum og öryggiskennd óx hröðum skrefum og fljótlega var svo hjólað með bílaumferðinni án vandkvæða. Reyndar var hraðinn helmingi hægari en bílaumferðin, sem passaði fyrir tvenn græn ljós, þegar bílarnir fóru á einu.

Í barnæskunni voru hjólreiðar ekki óalgengar en erfið færð, gæði reiðhjóla og góðar strætisvagnasamgöngur höfðu sitt að segja.

Á ferlir.is er nánar sagt frá sögu hjólreiða á Íslandi, meðal annars frá Guðmundi Björnssyni héraðslækni, síðar landlækni og þingmanni, sem hjólaði í sjúkravitjanir um allan bæ á fyrsta áratug 20 aldar. Þá notaði Ólafur Þorsteinsson læknir hjólið sitt í sjúkravitjanir um allan bæ fram til 1930. Bjarni Snæbjörnsson læknir valdi oftast hjól fram yfir bifreið til þess að sinna vitjunum í Hafnarfirði. Bílstjóri á Læknavaktarbílnum sagði frá því þegar Lára Halla Maack geðlæknir starfaði sem aðstoðarborgarlæknir um hríð. Hún var fljótari að komast á vettvang á hjóli frá Barónsstíg að svara kalli í Breiðholti en lögreglan á sínum bílum. Minnast má annars geðlæknis, sem hjólaði með rafstuðtæki á bögglaberanum og læknaði djúpt þunglyndi í heimahúsum. Þá gátu læknar hjólað hjálmlausir um borgina fyrir allra augum. Í dag þekkjast þeir síður á götunum vegna hraðans, hjálma á höfðum og annars staðalútbúnaðar.



Myndin sem birt var í Vísi er tekin í Hraunbænum.

Á áratugunum um og eftir stríð var notkun reiðhjóla algeng. Með tilkomu betri farartækja dró úr notkun þeirra, og þegar ég hjólaði í vinnuna árið 1976 vakti það nokkra athygli. Það er af og frá að ég telji mig hafa haft í frammi nokkra frumkvöðulstilburði árið 1976, en síðan þá hafa hjólreiðar vaxið gríðarlega í Reykjavík. Í dag er reiðhjólið notað til að komast ferða sinna, til keppnisíþrótta, ferðalaga og til heilsubótar.

Silfurberg ehf. **Umsókn sendist til silfurberg@simnet.is**

Styrkir til náms um hugvíkkandi efni (psychedelics) í meðferðarskyni

Námsstyrkir bjóðast fagfólki í heilbrigðisþjónustu sem lokið hefur námi í sálfræði, hjúkrun, geðhjúkrun, læknisfræði, lyfjafræði eða sambærilegu námi. Styrkurinn er ætlaður til áframhaldandi náms við viðurkenndar stofnanir sem rannsaka og vinna með hugvíkkandi efni í meðferðarskyni.

Áhugasamir sendi inn umsókn með ferilskrá, viðurkenndu prófskírteini og kynningarbréfi þar sem fram koma upplýsingar um það nám sem námsmaður hyggst stunda.

Heildarfjárhæð styrkveitinga verður að hámarki 20 milljónir króna sem leitast er til að veita til nokkurra umsækjanda. Matsnefnd á vegum Silfurbergs ehf. mun velja styrkþega. Sækja má um nú þegar en lokað verður fyrir umsóknir 1. október 2023.

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



Gerður Gröndal
lyf- og gigtarlæknir

Eitt bros getur dimmu í dagsljós breytt

Uppáhaldsbækurnar eru víst margar, mjög margar, og ég þarf augljóslega að velja úr, vel þær sem fyrst koma í hugann og hafa sem besta skírskotun til annarra lækna, þeirra sem munu lesa þennan pistil.

Það hefur aldrei þurft að hvetja mig til þess að lesa, það er bara með því skemmtilegasta sem ég geri. Mér tókst að klára barnabækurnar í Bókasafni Kópavogs 12 ára og fór þá að lesa skáldskap og heimsbókmenntir. Enda uppalin á menningarheimili, faðir minn Gylfi Gröndal rithöfundur og móðir mín íslenskukennari, og því mikið talað um bækur og vitnað í bókmenntir. Uppáhaldsljóð föður míns voru án efa ljóð Einars Benediktssonar og hluti úr *Einræðum Starkaðar* (sjá neðar) þulinn yfir okkur systkinum við hin ýmsu tækifæri, enda uppeldislega afar viðeigandi, kannski síðan mín lífspeki og í sérstöku uppáhaldi hjá mér alla tíð.

Eitt bros - getur dimmu í dagsljós breytt,
sem dropi breytir veig heillar skálar.
Þel getur snúist við atorð eitt.
Aðgát skal höfð í nærveru sálar.

Margar ljóðabækur hafa haft mikil áhrif á mig, til dæmis bækur Ferdinands Jónssonar vinar míns, líka ljóð bróður míns, Gylfa Freys, en síðasta ljóðabók föður míns er samt mín uppáhalds. *Eitt vor enn* heitir hún og kom út hjá Forlaginu 2005. Hún er falleg og gagnleg lesning fyrir alla lækna, hugleiðingar dauðvona manns. Bókin var um tíma notuð við kennslu læknanema í samskiptafræði.

Oft hef ég fengið æði fyrir ákveðnum höfundi og lesið allt eftir hann, Ian McEwan er einn af þeim og þar stendur skáldsagan *Saturday* upp úr, eða *Laugardagur*, eins og hún heitir í íslenskri þýðingu. Hún fjallar um 48 ára taugaskurðlækni og líf hans einn viðburðaríkan laugardag. Fer hægt af stað en endar sem hálfgerð spennusaga og lýsir óhugguleg-um áskorunum sem við læknar getum þurft að glíma við í starfi okkar.



Ian McEwan í Veröld, húsi Vigdísar Finnbogadóttur, að taka á móti Bókmenntaverðlaunum Halldórs Laxness árið 2019.

Mörgum ykkar er kunnugt að ég fékk óvænt í fangið leiðindaverkefni síðustu mánuði, allt er reyndar gott sem endar vel. En á þessu tímabili var það einmitt bók sem ásamt ást og umhyggju ættingja og vina gagnaðist hvað best á erfiðum stundum. Bókin heitir *The Complete Guide to Breast Cancer. How to feel Empowered and Take Control*. Hún er skrifuð af tveimur enskum læknum, Trisha Greenhalgh og Liz O'Riordan, sem báðar fengu þennan sjúkdóm sjálfar. Vinkona mín úr læknadeild kom færandi hendi með þessa bók alla leið frá Cambridge. Tónninn í bókinni er svo fagmannlegur og jákvæður, og það er einhver annar tónn en í sjúklingaskrifum eða læknisfræðilegum texta, einmitt tónninn sem ég leitaði að. Það er nefnilega alveg sérstök áskorun að vera veikur læknir, það skilja líklega bara þeir sem hafa lent í því. Fyrst var ég svo ánægð með undirtitilinn, því það var einmitt það sem ég þráði mest sem sjúklingur (og læknir), að finnast ég hafa einhverja stjórn, jú og að ná að valdeflast þrátt fyrir ástandið. Þegar þessu verkefni er svo lokið núna, finnst mér reyndar álíka mikilvægt að læra að sleppa kontrólinu, líka meiri háttar áskorun fyrir flesta lækna, slaka á og láta bara lífið leika við sig. Og er ekki bráðum að koma eitt vor enn?

Ég skora á Sólveigu Bjarnadóttur sérnámslæknir í almennum lyflækningum að skrifa um þá bók sem hefur haft mest áhrif á hana.

Þórarinn Guðmundsson skurðlæknir opnar stofu

í janúar 2023 hjá Lækningu í Lágmúla 5, www.laekning.is, sími 5909200,
og verður jafnframt með aðstöðu hjá Skurðstofunni ehf.

Almennur skurðlæknir með ristils- og endaþarms skurðlækningar að sérgrein
og með yfir tuttugu ára starfsreynslu á Íslandi og í Svíþjóð,
mun á stofunni fyrst og fremst sinna endaþarmssjúkdómum (proctology).
Tilvísunum veitt móttaka frá birtingu auglýsingar.

Auðvelt
Öruggt
Þægilegt



Við varðveitum gögnin þín

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

Einfalt ekki satt

GAGNAGEYMSLAN

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

Vottorðafargan og vottorðafrumskógur



Dögg Pálsdóttir
framkvæmdastjóri og lögfræðingur LÍ
doggp@lis.is

Læknar benda á vaxandi álag vegna gerðar alls konar vottorða sem styttir þann tíma sem þeir hafa til að sinna sjúklingum.

Kröfur atvinnulífs og menntakerfis til læknisvottorða vegna veikindafjarveru munu vera talsvert meiri hér á landi en í nágrannalöndum okkar. Ýmis vottorð tengjast möguleikum sjúklinga á fjárhagslegum ábata, til dæmis með skaðabótum eða öðrum bótagreiðslum. Það getur sett lækni í óþægilega stöðu gagnvart sjúklingi ef læknir telur sig ekki getað skrifað umbeðið vottorð og orðið til þess að sjúklingurinn fær ekki þær bætur sem hann sækist eftir.

Hvernig fá læknar greitt fyrir læknisvottorð? Staðreyndin er sú að greiðslan er mismunandi. Heilsugæslulæknar fá greitt fyrir ýmis vottorð, sem sjúkrahúslæknar fá ekki greitt fyrir. Til viðbótar kemur að heilbrigðisstofnanir innheimta hjá sjúklingi gjald fyrir flest vottorð, sem er ákveðið í reglugerð um greiðsluhluteild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu, nú nr. 1551/2022. Þetta gjald frá sjúkratryggðum rennur til viðkomandi stofnunar, heilsugæslustöðvar eða sjúkrahúss.

Það er því talsvert flækjustig í þessum málum: Fyrir sum vottorð greiðir sjúklingur ekkert, til dæmis dánarvottorð. Heilsugæslan greiðir heilsugæslulækni 2081 kr. fyrir dánarvottorð sem sjúkrahúsið greiðir sjúkrahúslækninum ekkert fyrir. Fyrir flest vottorð greiðir sjúklingur heilsugæslustöð eða sjúkrahúsi einhverja fjárhæð samkvæmt reglugerð nr. 1551/2002. Heilsugæslan greiðir heilsugæslulæknum ákveðna fjárhæð fyrir gerð hvers vottorðs, ýmist hærri eða lægri en fjárhæðin, sem sjúklingurinn greiðir stofnuninni. Sjúkrahúslæknirinn fær ekkert fyrir gerð flestra þessara vottorða en sjúklingurinn greiðir sjúkrahúsinu gjald fyrir það og heldur sjúkrahúsið þeirri greiðslu.

Málið er þríþætt. Í fyrsta lagi umfang krafna um læknisvottorð vegna aðgengis að heilbrigðisþjónustu eða til staðfestingar á rétti til bóta eða stuðnings. Í öðru lagi mismunandi greiðslur til lækna vegna skrifa á sams konar læknisvottorði, eftir því hvort læknirinn er heilsugæslulæknir eða sjúkrahúslæknir. Í þriðja lagi að heilbrigðisstofnun ber oftast að innheimta gjald hjá sjúkratryggðum vegna vottorða án tillits til hvort stofnunin greiðir lækni fyrir gerð þess.

Nýverið lauk störfum starfshópur sem heilbrigðisráðherra skipaði til að gera drög að reglugerð um vottorð, álitsgerðir, faglegar yfirlýsingar og skýrslur heilbrigðisstarfsmanna, ásamt því að gera tillögur um breytingar á verklagi sem stuðlar að skilvirkari vottorðagerð.[1]

Vinna hópsins leiddi í ljós að á árunum 2018-2021 rituðu læknar hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins samtals 504.670 vottorð, meðal annars 134.670 vottorð vegna fjarveru frá vinnu, 108.834 beiðnir um sjúkraþjálfun og 23.629 vottorð vegna fjarvista frá skóla. Á sama tímabili voru ritaðar 13 langar greinargerðir vegna tryggingaratburða. Það gefur auga leið að á landsvísu er heildarfjöldi vottorða töluvert meiri. Til viðbótar má benda á að læknar á Læknavaktinni sem sinnir höfuðborgarsvæðinu virka daga milli kl. 17-22 og kl. 9-22 um helgar, rituðu árin 2020 og 2021 samtals 7274 vottorð vegna fjarvista frá vinnu, 973 beiðnir um sjúkraþjálfun og 452 vottorð vegna fjarvista frá skóla.

Það eru allnokkur ársverk lækna sem felast í þessum fjölda vottorða.

Hvað veldur öllum þessum fjölda vottorða? Oft byggjast kröfur um vottorð á laga- eða reglugerðarákvæðum. Vottorð vegna veikindafjarvista frá vinnu má rekja til 8. gr. laga um rétt verkafólks til uppsagnarfrests frá störfum og til launa vegna sjúkdóms- og slysaforfalla. Þar kemur fram að vinnuveitandi getur ávallt krafist þess að starfsmaður sanni veikindi sín með læknisvottorði.

Samkvæmt 33. gr. b í lögum um framhaldsskóla nr. 92/2008 setur hver framhaldsskóli sér skólareglur þar sem meðal annars er fjallað um skólasókn. Í skólareglum segir gjarnan að skólameistari geti krafist staðfestingar læknis á veikindum nemenda.

Í 4. gr. reglugerðar nr. 1364/2019 um endurgreiðslu kostnaðar vegna þjónustu sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara sem starfa án samnings við Sjúkratryggingar Íslands kemur fram að forsenda fyrir endurgreiðslu Sjúkratrygginga Íslands vegna sjúkraþjálfunar er að fyrir liggi skrifleg beiðni frá lækni eða sjúkraþjálfara á heilsugæslustöð þar sem fram kemur sjúkdómsgreining. Þá geta Sjúkratryggingar sjálfar krafist vottorðs þjálfara eða læknis sjúklings um nauðsyn þjálfunar, einkum vegna þjálfunarmeðferðar umfram 15 skipti á ári, sbr. 8. gr. sömu reglugerðar.

Sjúkratryggingar hafa í fleiri tilvikum sett það skilyrði fyrir veitingu þjónustu annarra heilbrigðisstétta að fyrir liggi tilvísun frá lækni. Má þar nefna tilvísun heimilis- eða heilsugæslulæknir vegna sérgreinalæknaþjónustu barna og vegna talþjálfunar og iðjuþjálfunar.

Um vottorðafarganið var fjallað á málþingi LÍ á Læknadögum 2023. Þar kom margt athyglisvert fram um annmarka á núverandi fyrirkomulagi. Vinna er hafin við að sníða af helstu vankanta, en betur má ef duga skal.

Áðurnefndur starfshópur heilbrigðisráðherra skilaði drögum að nýrri reglugerð um útgáfu vottorða, álitsgerða, faglegra yfirlýsinga og skýrslur heilbrigðisstarfsmanna. Þar er gert ráð fyrir því að heilbrigðisstarfsmanni sé ekki skylt að verða við beiðni sjúklings eða þriðja aðila um útgáfu álitsgerða. Með álitsgerð er í reglugerðardrögunum átt við „faglegt álit heilbrigðisstarfsmanns á heilbrigðistengdum málefnum einstaklings, að beiðni hans eða þriðja aðila, sem byggir á staðfestum gögnum og þarf ekki að tengjast veittri heilbrigðisþjónustu af hendi viðkomandi heilbrigðisstarfsmanns."

Reglugerðardrögin eru nú til umsagnar í Samráðsgátt stjórnvalda og er umsagnarfrestur til 21. febrúar nk.[2]

Heimildir

1. Skýrsla vinnuhópsins: stjornarradid.is/efst-a-baugi/frettir/stok-frett/2023/01/24/Leggja-til-breytingar-a-vottordagerd-/?fbclid=IwAR0n5GO9fmcw4uOgvXIzd1AVgGV_fgGjWGpRn9jughdwPiSlmNq6zjEX2vU
2. samradsgatt.island.is/oll-mal/$Cases/Details/?id=3384

Daníel Pálsson
formaður Félags læknanema



Að fjölga læknanemum um helming

Mannaflaspá Læknafélags Íslands gefur vísbendingar um að árið 2040 muni vanta um 250 lækna. Heilbrigðisráðherra og ráðherra háskóla, iðnaðar- og nýsköpunar hafa rætt lausnir. Nefnt hefur verið að fjölga læknanemum sem stunda nám við Háskóla Íslands í 75 eða jafnvel 90 sem væri 50% fjölgun. Í haust var stjórn læknadeildar boðuð á fund með ráðuneytunum og skipaðar voru nefndir til þess að safna gögnum um hvernig best væri að haga fjölguninni.

Hér verður gerð grein fyrir afstöðu Félags læknanema til málsins.

Aðstæður til náms og breyttir kennsluhættir

Fyrstu þrjú ár læknanámsins fara að mestu fram í Læknagarði þar sem engin kennslustofa rúmar 90 nemendur. Nýtt hús heilbrigðisvísindasviðs á að rísa árið 2025. Það á að sameina alla starfsemi sviðsins undir einu þaki. Í húsinu verða þrjár kennslustofur sem rúma 90 nema og verður þeim deilt með enn stærri árgöngum hjúkrunarfræðideildar.

Síðari þrjú ár læknanámsins eru verknám á Landspítala en að mati margra er það flöskuháls námsins. Fyrsti árgangurinn með 60 nemendum sem tekinn var inn í læknadeild er nú á fjórða ári að stíga sín fyrstu skref í klínísku námi. Þannig hefur enn ekki fengist reynsla af svo stórum hópi í verknámi á Landspítala og áhrif þess fjölda á námið munu því ekki verða ljós fyrr en árgangurinn útskrifast vorið 2025.

Aðstæður á Landspítala fyrir læknanema í verknámi bjóða varla upp á frekari fjölgun. Fullsetið er í vinnuherbergjum, engin lesaðstaða er til staðar í Fossvogi og búningsklefar of fáir og litlir. Mikilvægust eru þó námstækifærin sem eru háð fjölda sjúklinga. Legurými eru ekki mörg og efri mörk eru á því hve mörgum læknanemum er hægt að bæta við á stofugangi eða í viðtöl á geðsviði, svo dæmi sé tekið. Sömuleiðis er aðgengi að skurðstofum takmarkað þar sem þær eru ekki fullnýttar núna.

Margir sem stunda læknanám erlendis kjósa að taka hluta af verknámi sínu á Landspítala. Aðsókn eykst með ári hverju og hefur þetta í för með sér fjölgun læknanema á deildum sem eru illa í stakk búnar til að taka á móti fleirum.

Verði læknanemum fjölgað þarf að breyta kennsluháttum svo koma megi öllum fyrir. Í því samhengi eru færni- og hermisetur nefnd og nú eru tvö í notkun. Þau hafa þó lítið verið notuð við kennslu læknanema, þau eru oft fullbókuð, krefjast mannafla og því kostnaðarsöm. Í nýju húsi heilbrigðisvísindasviðs er gert ráð fyrir nýju hermisetri og eru fleiri slík verkefni í bígerð. Í gegnum árin hefur einn stærsti kostur læknanámsins verið gæði verknámsins sem hefur einkennst af mikilli viðveru á deildum spítalans. Fjölgun læknanema mun hafa veruleg áhrif á þetta.

Að leita á önnur mið

Á síðustu árum hafa dag- og göngudeildir verið meira nýttar til kennslu en slíkt er þó háð framboði. Til þess að viðunandi kennsla eigi sér stað á þessum vettvangi er lykilatriði að nægur tími sé fyrir hendi svo hægt sé að sinna bæði skjólstæðingnum og læknanemanum.

Ár hvert fara læknanemar í verknám á Sjúkrahúsið á Akureyri. Þetta er valkvætt og hefur gefist vel. Eflaust væri hægt að nýta Fjórðungssjúkrahúsin til verknáms en það strandar á framboði lækna og þjónustu sjúkrahúsanna. Margir læknanemar hafa stofnað fjölskyldu og eiga ekki tök á að flytja sig um set sem hindrar að þessi valkvæði möguleiki verði gerður að skyldu.

Til eru margar sjálfstætt starfandi læknastofur þar sem verknám læknanema gæti farið fram. Semja þyrfti um slíkt við sjálfstætt starfandi lækna og fjármagn yrði að fylgja hverjum nema svo læknar yrðu ekki fyrir tekjutapi af því þeirri kennslu.

Hvati til kennslu og mönnunarvandi

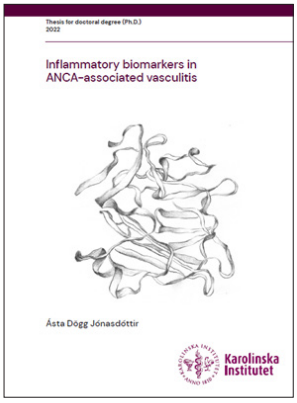
Klínískt verknám byggir á óeigingjarnri kennslu sérfræðilækna, sérnámslækna og annars starfsfólks. Tilfinning læknanema er þó sú að kennsla sé gjarnan einstaklingsframtak sérlega áhugasamra og endurspeglar það skort á hvata lækna til að sinna fræðslu. Hvati í formi kjarabóta, skilgreinds vinnutíma til kennslu og aukinnar fjármögnunar til vísindastarfs er nauðsynlegur þegar vinnuálag er mikið og kulnun í starfi eins áberandi og raun ber vitni en niðurstöður könnunar Félags almennra lækna árið 2022 um þetta voru sláandi.

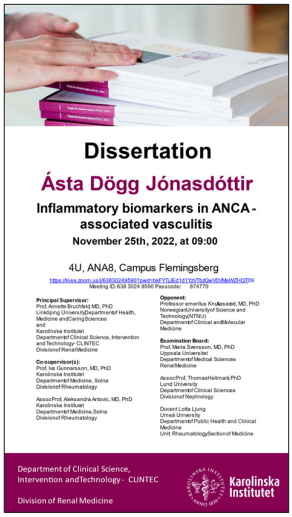
Það er fagnaðarefni að stjórnvöld skoði leiðir til að bregðast við yfirvofandi læknaskorti. Þó er ljóst að umfangsmiklar breytingar þurfa að verða á innviðum heilbrigðiskerfisins og skipulagi læknanámsins eigi 50% fjölgun læknanema að ganga eftir. Viðhalda þarf gæðum klínísks verknáms læknanema en þau hafa veitt íslenskum læknum sérnámsstöður á erlendum sjúkrahúsum í ára raðir. Nákvæmt skipulag hvers læknanema í klínísku verknámi verður að liggja fyrir til grundvallar fjölguninni.

Stjórnvöld verða að hlúa að starfsumhverfi lækna svo heilbrigðiskerfið sé samkeppnishæft og þyki ákjósanlegur áfangastaður nýrra sérfræðilækna. Undirmönnun fagfólks á flestum sviðum, ónógar fjárveitingar og ófullkomin nýting þeirra ásamt álagi og kulnun í starfi getur ekki talist vera frjór jarðvegur fyrir fjölgun læknanema. Mikilvægt er að stjórnvöld beiti sér fyrir því að leysa rót vandans sem viðheldur læknaskortinum áður en farið er í fjölgun af þessu tagi.



Doktorsvörn frá Karólínska:
Ásta Dögg Jónasdóttir





Ásta Dögg Jónasdóttir varði doktorsritgerð sína við Department of Clinical Science, Intervention and Technology við Karolínsku stofnunina í Stokkhólmi 25. nóvember 2022. Ritgerðin heitir „Inflammatory biomarkers in ANCA – associated vasculitis."

Andmælandi var Knut Aasarød prófessor emeritus frá NTNU í Noregi.

Aðalleiðbeinandi var prófessor Annette Bruchfeld, og meðleiðbeinendur prófessor Iva Gunnarsson og Aleksandra Antovic. Mynd/gag

Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildir þú verða læknir?

„Ég ákvað snemma að mig langaði að verða læknir. Ástæðan var sú klassíska að vilja láta gott af sér leiða og hjálpa öðrum en fræðin hafa einnig alltaf vakið áhuga minn."

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

„Það er sjálfsagt einstaklingsbundið en tel að það sé algengt að doktorsnemar ferðist allan skalann. Það koma miklir álagstímar en það koma vissulega líka skemmtileg tímabil þar sem maður sér árangur af vinnunni."

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

„Þetta er erfið spurning og ég tel að ekki sé hægt að leysa vanda heilbrigðiskerfisins með einu verki og í raun ekki hægt að svara þessu í stuttu máli. En ég myndi vilja sjá betri heildarsýn í heilbrigðiskerfinu. Einnig myndi ég að sjálfsögðu vilja sjá aukin tækifæri og fjármagn til rannsókna í heilbrigðisvísindum hérlendis."

Hvaða bók, þættir, músík, líkamsrækt er best?

„Ég hef því miður lítið getað lesið mér til skemmtunar undanfarið ár. Ég hlusta þó mikið á hljóðbækur á meðan ég sinni hinum ýmsu heimilisverkum og get nefnt eina virkilega góða hljóðbók sem ég hlustaði á nýlega, Kim Jiyoung, Born 1982 eftir Cho Nam-Joo. Ég er núna að lesa Tól eftir Kristínu Eiríksdóttur sem ég fékk í jólagjöf og er mjög hrifin.
Ég er að horfa á ítölsku þættina „My brilliant friend" sem eru byggðir á skáldsögum Elena Ferrante. Get svo sannarlega mælt með þeim.
Ég er ekki mikill partýpinni þegar það kemur að tónlist, finnst best að setja eitthvað gamalt og gott á fóninn eins og Nina Simone. Hef annars verið að hlusta á söngkonurnar Laufey og Jensen McRae undanfarið.
Varðandi líkamsrækt þá finnst mér skemmtilegast að fara á skíði með fjölskyldunni. Annars reyni ég að koma hreyfingu inn í hversdagsrútínuna og hjóla því sem oftast til og frá vinnu."

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

„Að vera með fjölskyldunni minni og góðum vinum er það allra skemmtilegasta. Ég hef líka gaman af handavinnu, eins og að prjóna, teikna og mála. Það er að sjálfsögðu gaman að ferðast, við erum tiltölulega nýlega flutt heim frá Svíþjóð og ég hlakka til að ferðast meira innanlands með börnunum okkar."

Sérfræðilæknar svara: - Hvernig varð sérgrein þeirra fyrir valinu? Hvar lærðu þeir? Hvaða ráð gefa þeir ungum læknum?



Heimilislækningar

Pétur Ingvi Pétursson
heimilislæknir

Námsferill minn í læknisfræði hófst um leið og Ríkisútvarpið hóf sjónvarpsútsendingar og hyggst ég á vori komanda fagna hálfrar aldar afmæli brautskráningar frá læknadeild HÍ. Á miðjum ferli mínum í læknadeild hóf Ólafur Mixa að boða fagnaðarerindi sérmenntunar í heimilislækningum og þörfina á persónulegri nálgun og heildarsýn í samskiptum við sjúklinga í stað sérhæfingar, bútalækninga og tæknihyggju. Sérnám í heimilislækningum var þá óvíða í boði nema í helst í Kanada og Bretlandi. Þar sem ég sem landsbyggðarmaður hugðist leggja fyrir mig dreifbýlislækningar, voru heimilislækningar nærtækasta sérgreinin. Engrar hvatningar naut ég en dreif mig í tvö ár til Bolungarvíkur í sjálfsnám í dreifbýlislækningum.

Íbúar Bolungarvíkur voru þá um 1100 og fjölgaði nokkuð næstu árin. Samgöngur voru ótryggar og þorpið oft einangrað á vetrum. Vel var tekið í flestar tillögur mínar um að bæta aðstöðu til heilsugæslu. Þarna var sjúkraskýli með fæðingaraðstöðu, þar sem leggja mátti inn bráðatilfelli ef ófært var til Ísafjarðar. Einnig var það nýtt sem hjúkrunardeild og elliheimili. Mér tókst að útvega röntgentæki og setja þarna upp minni háttar rannsóknaaðstöðu. Verkefnin voru því fjölbreytt og varð það mér ánægjuefni að geta leyst velflest læknisfræðileg vandamál íbúanna hjálparlaust. Eftir nokkra mánuði var ég orðinn vel kunnugur öllum skjólstæðingum mínum í nauðum, leik og starfi, sem og fjölskyldu- og ættartengslum. Hin síendurteknu persónulegu samskipti urðu mér í flestum tilvikum til verulegrar ánægju og lífsfyllingar auk þess sem þessi þekking gjörbreytti öllum möguleikum til skjótrar greiningar, meðferðar og meðferðarheldni til hins betra. Þarna áttaði ég mig á því að samfella í læknisumsjá og hin persónulegu tengsl læknis og sjúklings eru grundvöllur góðra heimilislækninga. Varð þessi reynsla mér vegvísir í framhaldsnáminu.

Að tveimur árum liðnum hvarf ég aftur til Landspítala og síðan til Västerås í Svíþjóð til að afla mér aukinnar þekkingar og færni á hinum ýmsu spítaladeildum og bráðamóttöku. Á þessum árum voru kröfur til veitingar sérfræðileyfis í heimilislækningum að þróast og var þar aðallega horft til spítalareynslu. Gott veganesti reyndist mér að hafa starfað með Ólafi Mixa og Eyjólfi Haraldssyni í nefnd LÍ 1977, sem gerði tillögur að skipan sérnáms í heimilislækningum á Íslandi. Á Svíþjóðarárunum urðum við Íslendingarnir að stofna sérstakt félag með staðbundnum undirdeildum til að nema hugmyndafræði heimilislækninga, því nútíma heimilislækningar meðal Svía voru þá rétt að slíta barnsskónum. Á vegum þessara hópa öfluðum við okkur þekkingar af bókum og tímaritum og krufðum málin í umræðum. Til að öðlast sérfræðiréttindi í Svíþjóð þurftu námslæknar að sækja 6 vikulöng námskeið og reyndust mér gagnlegust námskeiðin í viðtalstækni. Sárlega skorti þó á handleiðslu reyndra heimilislækna og naut ég slíkrar rétt í lok sérnámsins. Þátttaka í samnorrænu heimilislæknaþingunum varð þó afar gagnleg viðbót í hugmyndafræðilegu tilliti.

Að fengnum sérfræðiréttindum fór ég aftur til Bolungarvíkur og starfaði þar í 6 ár. Samgöngur við Ísafjörð höfðu þá skánað talsvert þótt engin væru göngin komin. Mitt fyrsta verk þar var að taka upp sjúkraskrárkerfi Guðmundar Sigurðssonar, Egilsstaðakerfið, sem bauð upp á tölvuúrvinnslu. Vann ég nýjar heilsuvandaskrár upp úr gömlu sjúkraskránum og vakti það furðu mína, hve afskipti lækna og jafnvel sjúkrahúsinnlagnir höfðu skipt litlu máli fyrir heilsufar íbúanna eftir á. Starfið reyndist mér nú enn meira gefandi en fyrr, því samfella í læknisumsjá skapaði betri möguleika á að beita gagnreyndri læknisfræði og minnka lyfjaaustur og var það mest áberandi varðandi sýklalyfin. Þarna sannfærðist ég enn betur um það að læknisviðtalið sjálft er kjarni heimilislækninga og fagmennska í starfi heimilislæknis er afar heilladrjúg skjólstæðingunum.

Þrátt fyrir þokkalegt sjálfsálit taldi ég ráðlegt eftir 6 ára starf þar vestra að færa mig um set til að geta speglað getu mína og takmarkanir í stærra samhengi kollega á Akureyri. Sjúklingasamskiptin urðu þar mun fleiri en viðfangsefnin fábreyttari vegna nálægðar við sjúkrahús og aðrar sérgreinar. Í áranna rás urðu sjúklingarnir kröfuharðari og gagnrýnni á allt og alla, auk þess sem vottorðafarganið tók að varpa leiðum skugga á starfið og æ meiri tími fór í að sinna sjúklingum, sem ekki tilheyrðu mínu samlagi. Vegna mönnunarvanda og trosnandi samfellu í læknisumsjá kom óþolinmæði sjúklinga æ betur í ljós, með tilheyrandi oflækningum, eftir því sem árin liðu.

Niðurstaða mín er sú, að fyrir þá lækna, sem hafa ánægju af mannlegum samskiptum og geta tamið sér þokkalega mannasiði og góða samskiptatækni, þá er fátt meira gefandi og nærandi fyrir sálina en að sinna afmörkuðum sjúklingahópi árum saman og geta ráðið vinnuaðstæðum sínum sjálfur og nýtt hugmyndafræði og aðferðir heimilislæknisfræðinnar í fjölbreyttu daglegu starfi af fagmennsku. Slíkt væri enda farsæl aðferð til að sporna gegn ógn oflækninganna.

Ásthildur Erlingsdóttir
heimilislæknir á Seltjarnarnesi



Að vera eða ekki vera heimilislæknir

Þegar ég útskrifaðist úr læknadeild árið 2008 lá leiðin norður á Akureyri þar sem ég tók kandídatsárið, bæði á Heilsugæslunni á Akureyri og SAK. Við vorum nokkur úr árganginum sem fórum þessa leið og árið varð eftirminnilegt og skemmtilegt, frábær vinnuandi á báðum stöðum og maður fékk mikil tækifæri til að spreyta sig á fjölbreyttum verkefnum undir góðri handleiðslu. Ég byrjaði árið á Heilsugæslunni. Það var sumar og ég fékk það verkefni að leysa af tvo reynda heimilislækna með öllu því sem því fylgir. Mér fannst það sannast sagna yfirþyrmandi. Hafði áður unnið í fríum á bæklun og slysó, geðdeildum og Vogi. Að sitja núna ein inni í herbergi með skjólstæðingi og hafa nokkrar mínútur til að átta mig á vanda hans og koma í farveg. Vanda sem ég hafði oftar en ekki lítið lært um í læknadeild. Vörtur, útbrot, stoðkerfisverki sem ekki voru tilkomnir vegna hálkuslyss, óútskýrð einkenni sem viðkomandi hafði glímt við árum saman og ég sá við stutta yfirferð sjúkrasögu að höfðu jafnvel verið rannsökuð ítarlega og endurtekið síðustu 20 ár, ferðavottorð, örorkuvottorð, tilvísanir í endurhæfingu, slæmar draumfarir, slakar samfarir og svo framvegis. Ég varð guðslifandi fegin þegar ég komst í skjól á spítalanum þar sem verkefnin voru yfirleitt afmarkaðri og alltaf fleiri en ég sem komu að meðferð sjúklinganna.

Þrátt fyrir þessa upplifun hafði fræi verið sáð. Bæði sá ég starf heimilislæknisins sem áskorun en ég fann líka þarna einhvern kjarna læknisfræðinnar sem ég dróst að. Ég eignaðist mitt fyrsta barn skömmu eftir að kandídatsárinu lauk og þá kom einnig inn í ákvörðunartökuna sá praktíski þáttur að sérnám í heimilislækningum bauð upp á stöðuga ráðningu til nokkurra ára í senn. Svo fór að ég sótti um og komst inn í sérnámið hér heima. Ég var í ár á Heilsugæslunni í Garðabæ og tók barna-, kvenna-, geð- og bráðamóttökuhlutann hér heima. Stefnan var samt alltaf að klára sérnámið erlendis og ég fékk stöðu í Uppsölum í Svíþjóð. Til að eiga fyrir flutningum fjölskyldunnar réð ég mig í hálft ár á Höfn í Hornafirði, sem reyndist ómetanleg reynsla og er einn skemmtilegasti kafli minnar starfsævi hingað til.

Ástæða þess að ég valdi að fara erlendis hluta sérnámsins var einfaldlega til að víkka sjóndeildarhringinn. Ég fékk allan klíníska tíma metinn inn í sérnámið úti en til að geta sótt um sænskt sérfræðileyfi þurfti að klára skyldukúrsana þeirra, sem lengdi námið nokkuð fyrir mig. Ég komst að því að námið hér heima stenst fyllilega samanburð við það úti en það að kynnast því að starfa í öðru kerfi en maður elst upp við veitir dýrmæta innsýn. Það veitir manni líka aukið sjálfstraust til að meta kosti og galla hvors fyrir sig og tækifæri til að spegla sig sem fagmann í fleiri og ólíkari fyrirmyndum.

Starf heimilislæknis býður upp á val um rekstrarform og búsetu. Greinin er yfirgripsmikil og fjölbreytt og maður er alltaf að læra eitthvað nýtt. Kollegahópurinn er kraftmikill og byggir starf sitt á sameiginlegri sýn og gildum (sjá „Gildi og markmið heimilislækna“ í 10. tbl. *Læknablaðsins* 2021). Stór hluti starfsins er uppvinnsla eða greining á einkennum sem skjólstæðingur leitar álits á. Það er spennandi vinna og krefst talsverðrar þekkingar, líka á eigin takmörkunum. Maður verður þjálfaður í að fá yfirsýn og greina hismið frá kjarnanum. Skjólstæðingahópurinn er jafn fjölbreyttur og einstaklingarnir í samfélaginu. Maður sinnir fólki á öllum aldri og tekst á við heilsuvernd, tilfallandi veikindi eða fjölþætt langveikindi, oft allt hjá einum og sama skjólstæðingnum. Með tímanum öðlast maður þekkingu á viðhorfi og aðstæðum hvers skjólstæðings og vonandi traust viðkomandi; heyrir ótrúlegustu sögur og fær innsýn í lífshlaup svo margra. Þó verkefni vinnudagsins séu yfirleitt of mörg og ennþá á stundum yfirþyrmandi, hef ég ekki séð eftir vali mínu á sérgrein og treysti mér sannarlega til að mæla með faginu fyrir verðandi lækna.



Lipri penninn heima í stofu og móðir allra hljóðfæra er ekki langt undan. Mynd/aðsend.

Michael Clausen
barna- og ofnæmislæknir

Tónlist, heilsa og hamingja

Tónlist hefur verið ríkur þáttur í lífi mínu frá fyrstu tíð. Mamma spilaði sígilda tónlist, pabbi dægurlög og bróðir minn eldri kynnti fyrir mér rock'n roll. Ég hef haft yndi af hvers konar tónlist frá unga aldri og hef það enn í dag. Að hlusta á tónlist eða flytja er mitt áhugamál og afþreying. Tónlistin er reyndar svo sjálfsagður þáttur í lífi flestra manna að við veltum henni yfirleitt ekki fyrir okkur, hún er bara þarna.

Menn greinir á um hvort hafi komið á undan, tungumálið eða tónlistin, og enn aðrir telja að það hafi þróast samhliða hjá forfeðrum okkar. Elstu merki um hljóðfæri er flauta úr bjarndýrslærlegg sem talin er um 40.000 ára gömul og fannst í helli í Slóveníu. Síðan hefur mikið vatn runnið til sjávar.

Tónlist er oftast í orðabókum skilgreind sem hljóð/tónar sem raðað er saman reglubundið í laglínu eða samhljóm og myndar þannig heild sem er tjáning á hugarástandi eða tilfinningum. Skilgreiningin getur þó verið mismunandi milli menningasvæða þar sem í sumum tungumálum er almenna samheitið „tónlist" ekki til sem slíkt.

Þótt tónlistin geti verið mjög ólík á milli menningasvæða skynja flestir hvort hún sé glaðleg eða sorgleg. Einnig er hægt að að syngja vögguvísu frá hvaða menningarsvæði sem er og það hefur jafn góð svæfandi áhrif á barnið og hver önnur. Þannig virðist hrynjandin eða hljómfallið gefa vísbendingar um innihaldið. Þó skynja ekki allir tónlistina á sama hátt. Til eru þeir sem skynja tóna í litum. Nefnist það synaesthesia. Talið er að um 2-4% af fólki hafi ýmis form af þessu fyrirbæri. Listmálarinn Vincent Van Gogh þrástagaðist á því að píanótónarnir hefðu liti enda gafst píanókennari hans upp á honum og lét hann hætta náminu. Það er einnig margt sem bendir til þess að annar listmálari, Marc Chagall, hafi einnig haft þessa gáfu en tónlist var honum oft innblástur í litríkum myndum hans.

Þar sem tónlistin hefur fylgt okkur frá fyrstu tíð hlýtur hún að vera annað og meira en bara uppfyllingar- eða afþreyingarefni. Á því er enginn vafi. Í Grikklandi til forna skipaði tónlist auk annarra listgreina veglegan sess. Hippókrates (460-370 f.k.) var meðal þeirra fyrstu sem taldi að sjúkdómar væru ekki af völdum guðanna heldur af umhverfinu, fæðunni og lifnaðarháttum. Hann var einnig meðvitaður um lýðheilsu og ráðlagði að það ætti að borða gróft korn fremur en hveiti, fisk frekar en kjöt og drekka vatn, auk þess að stunda líkamsrækt. Þetta hljómar mjög kunnuglega í okkar eyrum í dag hver sem árangurinn hefur verið af heilræðum þessum síðustu 2500 ár. Hann taldi einnig mikilvægt að njóta lista og að tónlist gæti læknað fólk af kvillum.

Bæði Plató og lærisveinn hans Aristóteles töldu að tónlist skipti miklu máli í menntun ungs fólks og einnig að hún hefði lækningamátt. Síðan þá, líkt og áður, hafa menn notið tónlistar sér til ánægju og gleði eða til upplyftingar.

Heilsuráðleggingar Hippókratesar standast enn í dag en hvað segja vísindin þá um tónlistina? Til eru margar rannsóknir á áhrifum tónlistar á heilsu og hamingju manna. Flestir kannast við hvernig tónlist getur haft huglæg áhrif og einnig stuðlað að hreyfingu, til dæmis dansa. Við notum tónlist til að skapa stemmningu, hvort sem það er fjör, rómantík eða sorg. Tónlistin virðist geta breytt breytt hugarástandi okkar. Nútíma tækni eins starfræn segulómun (fMRI) og heilalínurit (EEG) geta sýnt hvernig mismunandi tónlist hefur áhrif á mismunandi svæði í heilanum. Einnig hafa aðrar rannsóknir sýnt að hlustun á tónlist getur haft áhrif á ónæmiskerfið og hormóna. Rannsóknir hafa einnig sýnt að að tónlist getur haft áhrif á framleiðslu á oxytocíni og dópamíni í heila, en þessir tveir þættir hafa verið tengdir við hamingju og ánægju.

Ekki minni spámenn en vísindamenn í Harvard-háskóla og í mörgum öðrum háskólum víða um heim hafa verið að gera þessar rannsóknir á undanförnum árum. Því er ég að minnsta kosti sannfærður um að fornaldarspekin um hollt mataræði, að hreyfa sig og njóta lista, þar með talið tónlistar, er lykillinn að góðri heilsu. Í 2500 ár höfum við talað um mikilvægi mataræðis og hreyfingar, nú er tími tónlistar kominn.

Auglýsing

Auglýsing