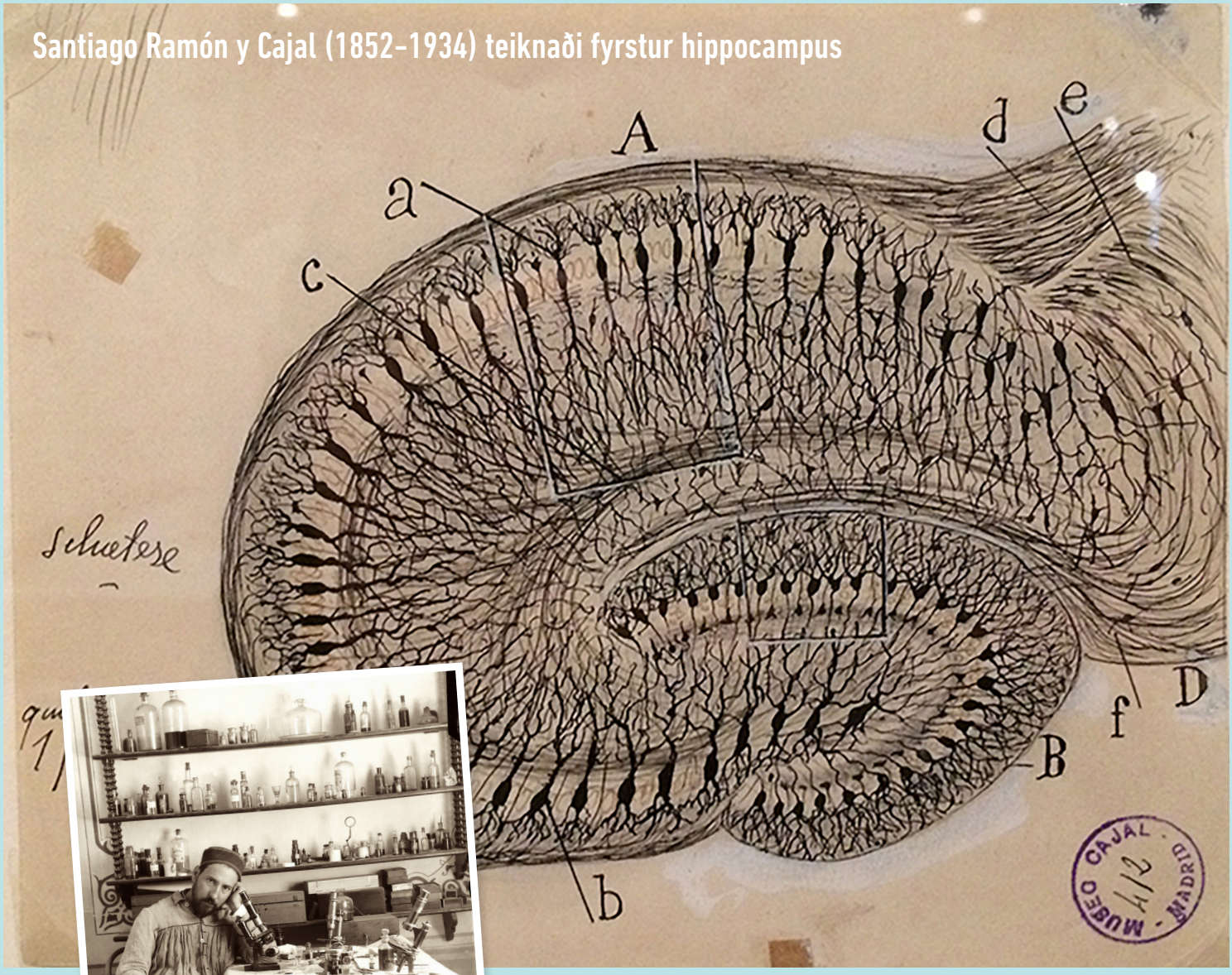
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) teiknaði fyrstur hippocampus



LEIÐARI Offita á meðgöngu / Heiðdís Valgeirsdóttir

VIÐTÖL OG UMFJÖLLUN Óútskýrður kynbundinn launamunur á Landspítala

SÉRGREIN/TAUGALÆKNINGAR Haukur Hjaltason, Karen Eva Halldórsdóttir

FYRSTI ÁRGANGUR: GRAVIDITAS EXTRAUTERINA Steingrímur Matthíasson

1915-2024

árgangur: 181-236

04/2024

TRIXEO AEROSPHERE®

(budesonid, formoterol, glykopyrronium)
innúðalyf, dreifa

AstraZeneca

Þriggja lyfja meðferð við langvinnri lungnateppu

Bætir einkennastjórnun og minnkar líkur á versnunum samanborið við tveggja lyfja meðferð*[1,2]

EINA ÞRIGGJA LYFJA MEÐFERÐIN MEÐ BUDESONIDI

HÆGT AÐ NOTA MEÐ EÐA ÁN ÚÐABELGS



IS/SE-13429-01-24-TRX-2

* Tveggja lyfja meðferð = LAMA/LABA eða ICS/LABA. Einkennastjórnun miðar að mæði; TDI-mælikvarði 1,3 samanborið við 0,9 (LAMA/LABA), samanborið við 1,0 einingar (ICS/LABA) p<0,0001 og þörf á bráðalyfi: –0,51 púst/dag samanborið við LAMA/LABA; –0,37 púst/dag samanborið við ICS/LABA <0,0001. Meðalsvæsin/svæsin versnun lækkaði um 24% (1,08 samanborið við 1,42 sjúklinga-tilvik hvert ár p<0,0001) samanborið við LAMA/LABA og 13% (1,08 samanborið við 1,24 sjúklingatilvik hvert ár p=0,0027) samanborið við ICS/LABA. Í klínísku rannsóknunum var Trixeo Aerosphere borið saman við föstu lyfjasamsetningarnar glykopyrronium/formoterol og budesonid/formoterol.

Heimildir: 1. Samantekt á eiginleikum Trixeo Aerosphere, www.serlyfjaskra.is. 2. Rabe KF *et al. N Engl J Med* 2020;383:35-48.

Trixeo Aerosphere 5 µg/7,2 µg/160 µg, innúðalyf, dreifa

Heiti virkra efna
Formoterolfumarat dihydrat, glycopyrronium, budesonid.

Ábending
Trixeo Aerosphere er ætlað til viðhaldsmeðferðar hjá fullorðnum sjúklingum með meðal-svæsna til svæsna langvinna lungnateppu sem fá ekki fullnægjandi meðferð með samsetningu af barksterum til innöndunar og langverkandi β_2-örvum eða með samsetningu langverkandi β_2-örva og langverkandi múskarínblokka.

Frábendingar
Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.

Markaðsleyfishafi
AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Svíþjóð

Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

vistor



Helga og Jóhanna grófu upp ástæður þess að þær fengu lægri laun en fimm karlar sem ráðnir voru á eftir þeim á Barnaspítalann og fengu leiðrétt. Mynd/gag

„Sannarlega óútskýrður launamunur til staðar“

Þrír kvenkyns læknar ráðnir árið 2019 á Barnaspítalann grófu upp að fimm karlkyns barnalæknar sem ráðnir voru á eftir þeim fengu hærri laun en þær. Fordæmalaus leiðrétting, segir formaður Félags sjúkrahúslækna. Spítalinn segir kerfisbundinn kynbundinn launamun ekki til

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Gögn sýna svart á hvítu að það er sannarlega óútskýrður launamunur í læknastétt og þar hallar oftar á konur,“ segir Theódór Skúli Sigurðsson, formaður Félags sjúkrahúslækna. Þrír barnalæknar, konur, hafa fengið laun sín leiðrétt afturvirkt eftir að fimm barnalæknar, karlar, voru ráðnir inn á betri kjörum.



Theódór Skúli Sigurðsson.

Theódór Skúli segir félagið hafa skoðað mál kvenlæknanna á Barnaspítalanum. „Það er fordæmalaust að Landspítali hafi skoðað einstaka mál eftir ábendingar og á endanum leiðrétt launamisrétti af þessu tagi afturvirkt að eigin frumkvæði.“

Helga Elídóttir og Jóhanna Guðrún Pálmadóttir rekja málið í viðtali hér í *Læknablaðin*u og Landspítalinn fer einnig yfir sína hlið. Minnisblað frá 2016 um greiðslur fyrir starfsbundna þætti var ekki notað á Barnaspítalanum við ráðningu kvennanna en það var gert hjá körlunum. Þá höfðu orðið mannaskipti í brúnni.

„Til að gæta samræmis innan sviðsins var samþykkt að leiðrétta laun þeirra,“ segir í svörum spítalans. Helga bendir þar á að jafnlaunavottunin frá 2020 hafi ekki gripið muninn. Theódór gagnrýnir einnig vottunina.

„Jafnlaunavottun Landspítala, eins og hún horfir við mér, var sorgarsaga frá upphafi. Ekki stendur steinn yfir steini,“ segir hann. „Samt voru skýr dæmi um launamismun til staðar.“ Hann furðar sig á að launasamningar við lækna séu í höndum hvers og eins yfirmanns án þess að rauð ljós kvikni hjá yfirstjórninni þegar eitthvað fari aflaga.

„Mann setur hljóðan að ferlið sé svo einfalt að þetta stoppi þar.“ Hann hvetur lækna til að vera virka og afla launaupplýsinga. „Hver og einn þarf að passa upp á sitt.“ Félag sjúkrahúslækna hafi hvatt til meira gagnsæis í launasetningu til að auðvelda læknum að bera saman laun sín á milli.

Landspítali réðst í ítarlega skoðun á launasetningu sérfræðilækna þvert á svið spítalans eftir ábendingarnar í fyrra. Spítalinn segir í svörum til blaðsins að ekki séu vísbendingar um kerfisbundinn kynbundinn launamun á Landspítala. Hann mælist innan marka, eða 1,4% í ár körlum í vil.

Theódór segir félagið enn skoða launamál nokkurra félagsmanna. Árleg launasamtöl lækna ættu að vera grunnur að slíkum leiðréttingum. „En þau fara alltof sjaldan fram.“

Landspítalinn hefur fundað með forsvarsmönnum Læknafélagsins og Theódóri og farið yfir stöðuna „Gögn hafa ekki sannað kerfisbundinn launamun milli kynja, einungis afmörkuð dæmi þar sem þó virðist oftar halla á konur, sérstaklega með tilliti til viðbótarþátta og óunninnar yfirvinnu hjá þeim heilbrigðisstofnunum sem Félag sjúkrahúslækna hefur gögn um,“ segir Theódór.

Hann bætir við að nú blási sanngjarnari vindar innan Landspítala. Nýr framkvæmdastjóri rekstrar- og mannauðsmála spítalans og skrifstofa launamála hafi tekið á ákveðnum fortíðarvanda og reynt að leiðrétta stöðuna. Deilt hafi verið um hversu langt ætti að ganga.

Jóhanna og Helga hvetja lækna, karla og konur, sem eru á heimleið til þess að ráðfæra sig við Læknafélagið og undirbúa sig. Ekki setja traust sitt blint á spítalann þegar kemur að launum.

„Ég mun aldrei trúa því aftur að launasetningin sé sanngjörn,“ segir Helga. „Ég verð bara að gá að því sjálf.“

Sjá nánar viðtal á bls. 216

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Berglind Jónsdóttir
Halla Viðarsdóttir
Lilja Sigrún Jónsdóttir
Oddur Ingimarsson
Ólöf Jóna Elíasdóttir
Sæmundur Rögnvaldsson

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
24.900,- m. vsk.
Lausasala
2490,- m. vsk.

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

Dreifing
Íslandspóstur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík

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

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

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

ISSN: 0023-7213

LEIÐARAR



Sunneva Roinesdóttir



Sigurveig Pétursdóttir



Elísabet Mjöll Guðjónsdóttir

187

Hvar eru strákarnir?

Ljóst er að mikil breyting hefur orðið á læknastéttinni. Hlutfall kvenna hefur aukist til muna.



189

Heiðdís Valgeirsdóttir

Aukin tíðni offitu á meðgöngu er alvörumál

Eftir því sem offita er meiri, þeim mun meiri áhætta er á fylgikvillum sem eru: meðgöngusykursýki, háþrýstingssjúkdómar, vaxtarskerðing hjá barni, að barn sé þungburi, fósturgallar og fósturdauði á meðgöngu. Í fæðingu er aukin hætta á áhaldafæðingu eða bráðakeisaraskurði.

FRÆÐIGREINAR

191

Valdimar Bersi Kristjánsson, Embla Ýr Guðmundsdóttir, Sigurbjörg Skarphéðinsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir, Ragnheiður I. Bjarnadóttir

Svæfingar íslenskra og erlendra kvenna fyrir bráðakeisaraskurð á Íslandi á árunum 2007-2018

Erlendar konur eru ekki í aukinni hættu á svæfingu fyrir bráðakeisaraskurð en eru líklegri til að lenda í neyðarkeisaraskurði. Þetta gæti skýrst af tungumálaörðugleikum og að mögulega sé stuðningi og upplýsingagjöf ábótavant hjá þessum viðkvæma þjóðfélagshópi. Hægt væri að koma í veg fyrir hluta neyðarkeisaraskurða og svæfinga fyrir keisaraskurð með tímanlegri upplýsingagjöf og þjónustu.

200

Kamilla Dóra Jónsdóttir, Laufey Hrólfsdóttir, Björn Gunnarsson, Ingibjörg Jónsdóttir, Þórhallur Ingi Halldórsson, Alexander Kr. Smárason

Þróun líkamsþyngdar barnshafandi kvenna á Norðurlandi árin 2004-2022

Eftir því sem offita er meiri, þeim mun meiri áhætta er á fylgikvillum sem eru: meðgöngusykursýki, háþrýstingssjúkdómar, vaxtarskerðing hjá barni, að barn sé þungburi, fósturgallar og fósturdauði á meðgöngu. Í fæðingu er aukin hætta á áhaldafæðingu eða bráðakeisaraskurði.

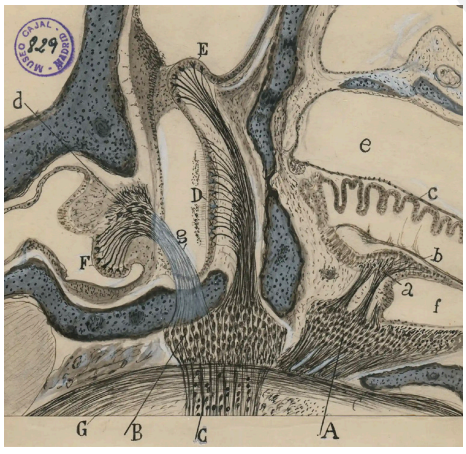
206

Elías Ólafsson

Klínísk skoðun og aðferðafræði. Stuttar sjúkrasögur úr daglega lífinu

Sögur sem sýna gagnsemi skoðunar við greininguna og eru birtingarmyndir sem taugalæknar sjá oft. Lýsingarnar eru stuttar og gerðar til að vekja athygli á þessum fyrirbrigðum, en ekki til að ræða í smáatriðum

Á FORSÍÐU



Teikningarnar og ljósmyndin af Santiago eru frá Náttúrusögusafninu í Madrid

Hippocampus

Spánverjinn Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) fékk Nóbelinn í læknisfræði 1906.

Hann var brautryðjandi í nútíma taugavísindum og sumar af fjölmörgum listrænum teikningum hans af heila og mænu og gróðurþykkni taugakerfisins eru enn í fullu gildi og notaðar í kennslu.

Teikningin á kápunni er af hippocampus (dreka) í heilanum, og innfellda myndin er af Santiago ungum manni á sinni rannsóknastofu sem hefur allt til alls.

Myndin hans hér til vinstri er af því flókna völundarhúsi sem eyrað er og aðeins örfáir háls-, nef og eyrnalæknar og guð sjálfur skilja til hlítar. VS

UMFJÖLLUN OG GREINAR



212

Burtu með fordóma – Geðlæknar geta líka glímt við geðræna sjúkdóma

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Mér finnst nauðsynlegt að minnka stimplun vegna geðsjúkdóma. Ég ákvað því að deila sögu minni af geðhvarfasýki með öðrum, vera virk," segir Astrid Freisen, geðlæknir á Landspítala, sem gaf út sjálfsævisögu sína um baráttuna við sjúkdóminn, ráð og fræðslu fyrir ári síðan. Hún flutti hingað fyrir þremur árum, féll fyrir landinu og langar í íslenskan ríkisborgararétt

216

Flettu ofan af launamun kynja á Barnaspítalanum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Þrír kvenlæknar sýndu fram á launamun kynjanna á Barnaspítalanum. Fimm karlkyns barnalæknar sem ráðnir voru á eftir þessum þremur kvenlæknum fengu hærri laun. Laun kvennanna hafa verið leiðrétt og þeim bættur skaðinn. Þær hvetja lækna til að fara í saumana á sínum deildum. Fleiri konur hafi fengið launaleiðréttingu



220

Vala – okkar eigin móðir líknarmeðferða

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Virðing skein úr andlitum þeirra sem sóttu heiðursmálþing um störf Valgerðar Sigurðardóttur fyrrum yfirlækni líknardeildar Landspítala. Salurinn fullur. Frumkvöðull, sögðu eftirmenn hennar. Einkunnarorð hennar: seigla



208 Fréttir

215

Helga Hannesdóttir

Minningargrein um Thomas Max Achenbach

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

232-233 Taugalækningar



Haukur Hjaltason

Svo lengi lærir sem lifir



Karen Eva Halldórsdóttir

Blanda af rólegheitum og látum

ÖLDUNGADEILD LÍ

230

Guðrún Agnarsdóttir

Neyðarmóttakan

Neyðarmóttakan var opnuð 1993 á slysadeild Borgarspítala sem þriggja ára tilraunaverkefni

110. ÁRGANGUR LÆKNABLAÐSINS

222-227

Kolbrún Pálsdóttir

Steingrímur Matthíasson. Graviditas extrauterina

Þórður Harðarson

Í vísindaskuggsjá *Læknablaðsins* – klínískar rannsóknir á 20. öld

Þröstur Haraldsson

Saga *Læknablaðsins* Fagnaðarerindi koma og fara

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



211

Steinunn Þórðardóttir

Húsnæðismarkaðurinn og fjarlækningar

Mér finnast líkindin augljós: framboðið en ekki eftirspurnin

BÓKIN MÍN



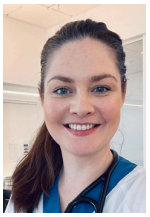
219

Salóme Ásta Arnardóttir

Enginn er eyland

Bókin mín er skáldsagan Brestir í Brooklyn eftir bandaríska rithöfundinn Paul Auster

DAGUR Í LÍFI LÆKNIS



229

Berglind Árnadóttir

09-09:20 Áður en lengra er haldið er *fika*, ekki hægt að sleppa því hér í Sverige

LIPUR PENNII



234

Hildigunnur Þórsdóttir

Gæsluvaktir og guilty pleasure

Þessi pistill er bara grín með smá alvöru í bland





Sérfræðingar í sjúkraflugi

Skjót og fagleg þjónusta þegar þú þarft mest á henni að halda

Sérútbúnar sjúkravélar til og frá íslandi fyrir liggjandi og/eða sitjandi sjúklinga.

- *Gæði og góð þjónusta alla leið*
- *Fullkominn búnaður um borð*
- *Læknateymi um borð*
- *Áreiðanleiki*

Fjöldi flugvéla til taks allan sólarhringinn.
Neyðarnúmer 24/7: 522-0000 - www.airbrokericeland.is

Air Broker Iceland

Hvar eru strákarnir?



Sunneva Roinesdóttir
4. árs læknanemi[1]



Sigurveig Pétursdóttir
bæklunarskurðlæknir[2]



Elísabet Mjöll Guðjónsdóttir
4. árs læknanemi[1]

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Landspítala

Lengi vel var læknastéttin karlastétt. Nú eru tímarnir aðrir þar sem hægt og rólega hefur þróunin verið sú að konur eru fleiri en karlar í læknanáminu. Síðastliðinn áratug hefur hlutfall kvenkyns nýnema verið 56-74%. Frá því að nemendum var fjölgað upp í 60 á ári hefur hlutfallið verið í kringum 70% (tafla I). Áhugavert verður að sjá hvernig þróunin verður við fyrirhugaða fjölgun nýnema í læknisfræði á komandi árum.

Sjónarhorn sérfræðilæknis

Þegar ég (SP) hóf læknanám voru konur mun færri en karlar í læknadeildinni. Þegar við okkur var talað vorum við ávörpuð: Strákar. Það þótti ekkert athugavert við það. Það var aldrei spurt „Hvar eru stelpurnar?" ef fáar voru í hópnum, sem var nær alltaf. Við fengum eingöngu að skipta um föt í karlaklefum, kom ekki til greina að við fengjum pláss í kvennaklefum æruverðugu sjúkrahúsanna í Reykjavík. Kennari í bæklunarlækningum sagði meðal annars að bæklunarlækningar væru ekkert fyrir konur. Konur hafa í gegnum tíðina ekki fengið sömu tækifæri og karlar og ýmsar stöður á spítölum hafa ekki verið jafn aðgengilegar þeim. Vonandi fær enginn læknir lengur að heyra að hún hafi ekki fengið stöðuna því karlinn sem á móti sótti þurfti hana því hann á fjölskyldu, en það fékk ég einu sinni að heyra á Sviþjóðarárum mínum.

Sjónarhorn læknanema

Þegar við (SR og EMG) hófum læknanám voru konur meirihluti nemenda í læknisfræði. Hins vegar erum við sjaldan ávörpuð sem „stelpur" og frekar fáum við spurninguna „Hvar eru strákarnir?" eða „Eru bara stelpur í læknisfræði?" Oftar en einu sinni hefur fylgt í kjölfarið: „Heimur versnandi fer", meint sem grín en féll ekki í kramið hjá nemendum. Þetta má flokka sem öráreiti (*microaggression*) og kemur fram sem auka álag ofan á það að sjúklingar halda sífellt að kvenkyns læknirinn sé hjúkrunarfræðingurinn þeirra, talað er frekar við karlkyns læknanemann en kvenkyns lækninn og að konur, bæði kvenkyns læknanemar og læknar, eru beðnar um hin ýmsu verk, eins og að sækja kaffi eða aðstoða á klósett, frekar en karlkyns kollegar þeirra. Í dag deila allir læknanemar búningsklefa óháð kyni og námsári. Hið sama á við um unglækna sem deila öll klefa. Þetta fyrirkomulag tíðkast almennt ekki hjá öðrum starfsmönnum Landspítala. Við vonum og trúum að við munum fá jöfn tækifæri og mæta betra viðmóti en eldri kynsystur okkar þegar við sækjumst eftir stöðum í framtíðinni.

Lokaorð

Ljóst er að mikil breyting hefur orðið á læknastéttinni. Hlutfall kvenna hefur aukist en þrátt fyrir það virðist það koma fólki á óvart þegar það gengur inn í kennslustofu fulla af kvenkyns læknanemum. Athyglin virðist sífellt beinast að strákunum, sama hvort þeir eru mættir á staðinn eða ekki. Oft hefur verið skipt um stjórnendur og veggirnir málaðir en það er samt eins og það sitji fastlímt í veggina að best væri nú að þetta yrði áfram karlastétt. Það er ekki nóg að flestir sjái að konur og karlar verða góðir læknar. Við þurfum öll að leggjast á eitt og útrýma kynbundnum mun. Við þurfum að útrýma talshætti sem lítillækkar fólk vegna kyns þess. Gefa jöfn námstækifæri svo að allir fái sama möguleika á að verða góðir læknar, það er að bæði konum og körlum sé „réttur hnífurinn".

Ljóst er að mikil breyting hefur orðið á læknastéttinni. Hlutfall kvenna hefur aukist til muna

Skólaár	Karlar og kvár	Konur	Heildarfjöldi	Hlutfall kvenna (%)
2023-24	19	42	61	69
2022-23	16	45	61	74
2021-22	20	41	61	67
2020-21	20	40	60	67
2019-20*	27	35	62	56
2018-19	20	30	50	60
2017-18	20	32	52	62
2016-17	18	31	49	63
2015-16	17	33	50	66
2014-15	18	31	49	63

*Nemendum fjölgað upp í 60 á ári.

Tafla I. Yfirlit yfir fjölda og hlutfall kvenkyns nýnema í læknisfræði við Háskóla Íslands síðastliðinn áratug. Tölur fengnar frá „HÍ í tölum" á heimasíðu skólans.

Where are the men? Increasing number of women in medicine at the University of Iceland

Sunneva Roinesdóttir[1]
Sigurveig Pétursdóttir[2]
Elísabet Mjöll Guðjónsdóttir[1]

[1]Faculty of Medicine, University of Iceland, [2]MD, Landspitali – The National University Hospital of Iceland.

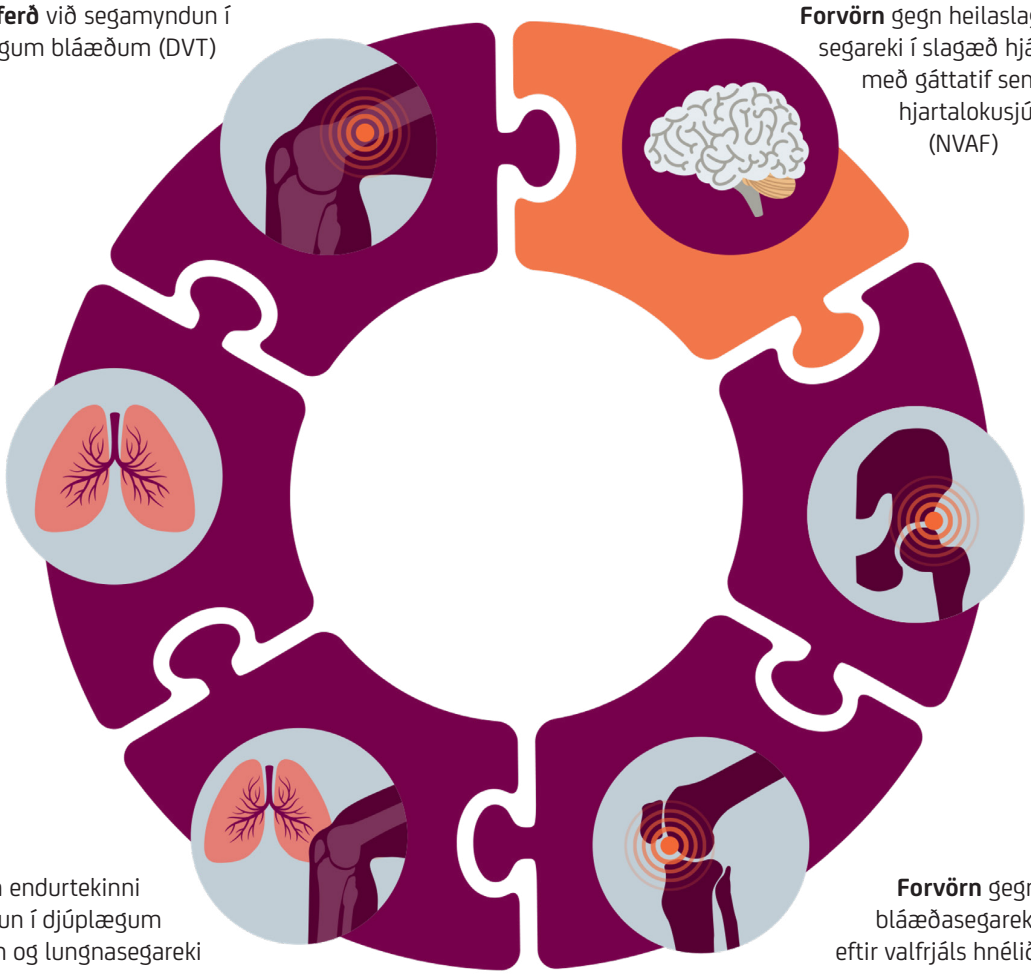
doi 10.17992/lbl.2024.04.786

Eliquis®
apixaban

Sýnt hefur verið fram á verkun og öryggi ELIQUIS® fyrir allar samþykktar ábendingar

Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT)

Forvörn gegn heilaslagi og segareki í slagæð hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (NVAF)



Meðferð við lungnasegareki (PE)

Forvörn gegn blóðasegareki (VTEp) eftir valfrjáls mjaðmarliðskipti

Forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki

Forvörn gegn blóðasegareki (VTEp) eftir valfrjáls hnéliðskipti

Lyfjatexti er á bls. 231

Bristol Myers Squibb™ | Pfizer

1. Samantekt á eiginleikum lyfs - Eliquis®
PP-ELI-NOR-2068 / PP-ELI-DNK-0472 / PFI-24-03-04 Mars 2024

Aukin tíðni offitu á meðgöngu er alvörumál



Heiðdís Valgeirsdóttir
kvensjúkdóma- og fæðingalæknir á Landspítala

Fáum hefur dulist sú gríðarlega aukning sem hefur orðið á tíðni ofþyngdar og offitu í hinum vestræna heimi á síðastliðnum árum og áratugum. Umræðan er þó alltaf viðkvæm. Sem heilbrigðisstarfsfólk verðum við að bera virðingu fyrir fólki, skoðunum þess, líkama og útliti. Jafnframt er það mikilvægt hlutverk okkar að koma upplýsingum, þekkingu og fræðslu áleiðis, bæði til okkar skjólstæðinga, en einnig til samfélagsins í heild. Viss áskorun í umræðunni er að velja hvaða orð skuli notuð svo enginn verði særður, orð geta falið í sér ákveðna stimplun og verið gildishlaðin og þar með túlkuð á misjafnan hátt. Hér mun ég tala um ofþyngd og offitu, ekki til að mismuna neinum eða móðga, heldur til að skýrt sé hvað um er rætt. Ofþyngd er yfirleitt skilgreind sem líkamsþyngdarstuðull (LÞS, kg/m^2) 25-29,9 og offita sem LÞS ≥30.

Heilsukvillar tengdir offitu eru vel þekktir og er einnig mikilvægt að hafa í huga áhrif offitu hjá barnshafandi konum. Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* birtist grein sem lýsir þróun á þyngd barnshafandi kvenna á Norðurlandi og kemur þar fram að tíðni offitu hefur aukist jafnt og þétt á síðustu árum. Ofþyngd og offita mæðra skapar ákveðnar áskoranir í mæðravernd og við fæðingaþjónustu. Aukin hætta er á fylgikvillum hjá þessum hópi kvenna og ákveðin tæknileg atriði geta verið meira krefjandi við eftirlit og meðferð.

Eftir því sem offita er meiri, þeim mun meiri áhætta er á fylgikvillum. Meðal fylgikvilla sem eru algengari hjá konum með offitu á meðgöngu eru meðgöngusykursýki, háþrýstingssjúkdómar, vaxtarskerðing hjá barni, að barn sé þungburi, fósturgallar og fósturdauði á meðgöngu. Í fæðingu er aukin hætta á áhaldafæðingu eða bráðakeisaraskurði. Einnig er aukin hætta á súrefnisskorti hjá barninu í fæðingu, axlarklemmu og innlögn á Vökudeild.[1,2]

Líklega eru ýmsir þættir sem spila inn í aukna áhættu á fylgikvillum á meðgöngu, en meðal annars getur offita leitt til ójafnvægis í hormónabúskap og öðrum lífvirkum sameindum (svo sem IL-6, TNF-α, leptin og adiponectin) sem getur í kjölfarið haft neikvæð áhrif á fylgjustarfsemina og fóstrið.[3] Eftirlit á meðgöngu og í fæðingu getur einnig verið snúnara hjá konum með offitu. Við fósturskoðanir með ómun er skert ómskyggni og þar með getur verið hætta á að missa af fósturgöllum og mat á fósturvexti verður ónákvæmara. Mæling á legbotnshæð með málbandi getur verið ónákvæm þar sem erfitt getur verið að þreifa legbotn og töluvert meiri vefur er með í mælingunni.

Í fæðingunni sjálfri getur reynst erfitt að ná góðu sambandi með hjartsláttarnema til að fylgjast með fóstrinu og erfiðara getur verið að leggja legg fyrir utanbastsdeyfingu (*epidural anesthesia*). Tæknileg framkvæmd við keisaraskurð getur einnig verið meiri áskorun hjá konum í mikilli offitu, aðgerð tekið lengri tíma og þær eru í aukinni hættu á sýkingum í skurðsári og að fá blóðasega.

Mikilvægt er að við heilbrigðisstarfsfólk séum meðvituð um aukna tíðni offitu hjá verðandi mæðrum, um aukna áhættu fyrir móður og barn í barneignarferlinu og bjóðum upp á bestu mögulegu þjónustu með þetta að leiðarljósi. Á Íslandi er konum með offitu boðið aukið eftirlit á meðgöngu og í fæðingu, mismikið eftir alvarleika offitu. Aukið eftirlit á meðgöngu getur meðal annars falið í sér þéttari mæðraskoðanir, skimun fyrir meðgöngusykursýki, ómskoðanir til að fylgjast með vexti barns, metin þörf á blóðsegavörn og boðin framköllun fæðingar fyrr en ella. Í fæðingu er mælt með sírituðu fósturs, utanbastdeyfing boðin snemma í ferlinu og virkri meðferð (handtök og lyf) beitt á þriðja stigi fæðingar til að draga úr hættu á stórri blæðingu.[2]

Eftir því sem offita er meiri, þeim mun meiri áhætta er á fylgikvillum sem eru: meðgöngusykursýki, háþrýstingssjúkdómar, vaxtarskerðing hjá barni, að barn sé þungburi, fósturgallar og fósturdauði á meðgöngu. Í fæðingu er aukin hætta á áhaldafæðingu eða bráðakeisaraskurði.

Að þessu sögðu er þó forvörnin líklega alltaf besta vörnin. Á meðgöngu er mikilvægt að hvetja konur til heilbrigðs lífsstíls, bæði góðrar hreyfingar og holls mataræðis til að stuðla að hóflegri þyngdaraukningu.[4] Ekki er þó síður mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk og samfélagið allt leggist á eitt til að stemma stigu við offitufaraldrinum, ekki eingöngu í þágu verðandi mæðra og barna þeirra, heldur okkar allra vegna þess heilsutjóns sem offita getur valdið. Vart er ofmælt að aukin tíðni offitu á meðgöngu sé alvörumál.

Heimildir

1. Elíasdóttir ÓJ, Harðardóttir H, Þórkelsson Þ. Áhrif þyngdar verðandi mæðra á meðgöngu, fæðingu og nýbura. Læknablaðið 2010; 96: 691-5.
2. McAuliffe FM, Killeen SL, Jacob CM, et al. Management of prepregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FIGO Pregnancy and Non-Communicable Diseases Committee: A FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) guideline. Int J Gynaecol Obstet 2020; 151 Suppl 1: 16-36.
3. Howell KR, Powell TL. Effects of maternal obesity on placental function and fetal development. Reproduction 2017; 153: R97-R108.
4. Gunnarsdóttir GH. Konur sem glíma við offitu á barneignaraldri og á meðgöngu. Hvað er til ráða? Ritgerð til kandídatsprófs í ljósmóðurfræði. Háskóli Íslands 2019, Reykjavík. hdl.handle.net/1946/33551 - mars 2024.

The increased prevalence of obesity during pregnancy is a real issue

Heiðdís Valgeirsdóttir
MD, PhD
Department of Obstetrics and Gynecology
Landspitali University Hospital Iceland.

doi 10.17992/lbl.2024.04.787



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

Svæfingar íslenskra og erlendra kvenna fyrir bráðakeisaraskurð á Íslandi á árunum 2007-2018

Valdimar Bersi Kristjánsson[1,2] sérnámslæknir
Embla Ýr Guðmundsdóttir[3,4] ljósmóðir
Sigurbjörg Skarphéðinsdóttir[1] svæfinga- og gjörgæslulæknir
Helga Gottfreðsdóttir[3,5] ljósmóðir
Ragnheiður I. Bjarnadóttir[2,5] fæðingalæknir

[1]Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild Háskóla Íslands, [4]Fæðingarheimili Reykjavíkur, [5]kvenna- og barnasviði Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Valdimar Bersi Kristjánsson, *valdimak@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 16. júlí 2023, samþykkt til birtingar 26. febrúar 2024.

ÁGRIP

INNGANGUR

Svæfing fyrir bráðakeisaraskurð er sjaldgæft og alvarlegt inngrip í líf móður og barns sem reynt er að komast hjá en getur bjargað lífi þeirra. Erlendar konur eru í aukinni hættu á fylgikvillum og inngripum á meðgöngu. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna hvort erlendar konur væru í aukinni hættu á svæfingu fyrir bráðakeisaraskurð samanborið við íslenskar konur.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Lýðgrunduð ferilrannsókn á 4415 konum sem fæddu lifandi einbura með bráðakeisaraskurði á Íslandi á árunum 2007-2018. Gögn fengust úr Fæðingaskrá. Hópnum var skipt upp eftir ríkisfangi og erlendum ríkisföngum skipt nánar með tilliti til lífskjaravísitölu (HDI). NCSP-IS og ICD-10 greiningarkóðakerfin voru notuð til að greina heilsufarsupplýsingar, inngrip og fylgikvilla. Fjölþátta aðhvarfsgreining var framkvæmd til að kanna áhrif skýribreyta á útkomuna.

NIÐURSTÖÐUR

Erlendar konur voru svæfðar fyrir bráðakeisaraskurð í 16,1% tilfella á móti 14,6% tilvika íslenskra kvenna. Erlendar konur voru í aukinni hættu á því að lenda í neyðarkeisaraskurði (OR 1,45, 95% ÖB 1,08-1,94) sem er nær alltaf gerður í svæfingu. Fyrri saga um keisaraskurð (aOR 0,73, 95% ÖB 0,59-0,89) og utanbastsdeyfing lögð á fæðingarstofu (aOR 0,49, 95% ÖB 0,40-0,60) drógu úr líkunum á svæfingu fyrir keisaraskurð þegar leiðrétt var fyrir öðrum þáttum.

ÁLYKTUN

Erlendar konur eru ekki í aukinni hættu á svæfingu fyrir bráðakeisaraskurð en eru líklegri til að lenda í neyðarkeisaraskurði. Þetta gæti skýrst af tungumálaörðugleikum og að mögulega sé stuðningi og upplýsingagjöf ábótavant hjá þessum viðkvæma þjóðfélagshópi. Hægt væri að koma í veg fyrir hluta neyðarkeisaraskurða og svæfinga fyrir keisaraskurð með tímanlegri upplýsingagjöf og þjónustu.

Inngangur

Keisaraskurður er framkvæmdur í 16-17% fæðinga á Íslandi.[1] Aðgerðin getur bjargað lífi en einnig haft í för með sér alvarlega fylgikvilla.[2] Um 6% keisaraskurða á Íslandi eru fyrirfram ákveðnir (valkeisaraskurður) en hinir eru bráðakeisaraskurðir sem eru flokkaðir með tilliti til bráðleika.[1] Í flestum tilvikum er bráðakeisaraskurður gerður í miðlægri deyfingu, það er mænudeyfingu (*spinal anaesthesia*) sem lögð er á skurðstofu eða ábót á utanbastsdeyfingu (*epidural anaesthesia*) sem upphaflega var lögð á fæðingarstofu.[3] Svæfing fyrir keisaraskurð er áhættusamari fyrir móður og barn en hefur þann kost umfram deyfingu að ná skjótari og fyrirsjáanlegri verkun.[4] Helstu ábendingar svæfingar fyrir keisaraskurð eru bráðleiki aðgerðar, frábendingar við deyfingu, konan afþakkar deyfingu eða deyfing tekur ekki.[5-7] Markmið Royal College of Anaesthetists er að halda tíðni svæfinga fyrir bráðakeisaraskurði undir 5%.[6] Tíðni svæfinga fyrir keisaraskurð er mjög mismunandi milli landa. Í Bretlandi fór hlutdeild svæfinga fyrir keisaraskurð úr 76% árið 1982 í 4,9% árið 2006.[6] Í Svíþjóð eru 10% af öllum keisaraskurðum gerðir í svæfingu.[8]

Þungun fylgja lífeðlisfræðilegar breytingar sem hafa áhrif á lyfjahvörf (*pharmacokinetics)* og lyfhrif (*pharmacodynamics*) auk þess sem meiri líkur eru á krefjandi loftvegameðferð og ásvelgingu í tengslum við svæfingu samanborið við almennt þýði.[3,4,9-11] Í yfirlitsgrein Kinsella og félaga leiddi misheppnuð barkaþræðing til dauða í 2,3 af hverjum 100.000 svæfingum fyrir keisaraskurð.[10] Með tilkomu kokmaska (*laryngeal mask airway*), barkakýlissjáa með myndavél (*video laryngoscope*), aukinni hlutdeild miðlægra deyfinga og þróun undirsérgreinar í svæfingaþjónustu þungaðra kvenna hefur verulega dregið úr tíðni alvarlegra fylgikvilla tengdum svæfingu fyrir keisaraskurð.[2,4,7,9-13] Mikilvægt er að tryggja að almennir svæfingalæknar fái nægilega þjálfun í loftvegameðferð þungaðra kvenna.[2,5,7,9] Við ákvörðunartöku um svæfingu fyrir keisaraskurð þarf því að taka tillit til heilsufars konunnar, bráðleika aðgerðar og þeirrar þekkingar, færni og búnaðar sem er til staðar.[3,7,14]

Á undanförnum áratugum hefur íslenskt þjóðfélag þróast í fjölmenningarsamfélag og er hlutfall innflytjenda orðið sambærilegt við aðrar Norðurlandaþjóðir, eða um 14% árið 2019.[15] Um helmingur innflytjenda eru konur og flestar þeirra á barneignaraldri. Árið 2008 höfðu 13% fæðandi kvenna erlent ríkisfang en árið 2018 hafði hlutfallið aukist í tæp 19%. Flestar konur sem flytja til landsins eru frá Póllandi (35%), Filippseyjum (5,9%), Litáen (4,9%) og hinum Norðurlöndunum (4,7%).[15]

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna hvort konur af erlendum uppruna séu frekar svæfðar fyrir bráðakeisaraskurð samanborið við íslenskar konur. Samhliða því var markmiðið að kortleggja tíðni og áhrifaþætti bráðakeisaraskurða sem gerðir voru í svæfingu á Íslandi á árunum 2007-2018.

Efniviður og aðferðir

Gagnasöfnun og skilgreining á breytum

Gerð var lýðgrunduð ferilrannsókn á öllum konum sem fæddu lifandi einbura með bráðakeisaraskurði á Íslandi á árunum 2007-2018. Fjölburafæðingar voru ekki teknar með í rannsóknina vegna þess hve frábrugðnar einburafæðingum þær eru. Öll gögn voru fengin úr Fæðingaskrá, sem inniheldur gögn um allar fæðingar á Íslandi og hefur verið hluti af rafrænni sjúkraskrá í Sögukerfinu frá árinu 2006. Í Fæðingaskrá er ICD-10 notað við skráningu sjúkdóma á burðarmálsskeiði en inngrip í fæðingu eru skráð með Norræna flokkunarkerfinu (NCSP-IS) sem var innleitt í núverandi mynd árið 2007. Rannsóknin er hluti af stærra verkefni: „Erlendar konur á Íslandi: útkoma á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu og samskipti þeirra við heilbrigðiskerfið" (nr.1962188051). Leyfi vísindarannsóknarnefndar Landspítala og vísindasiðanefndar (VSNb2019050003/03.91) liggja fyrir en tilkynnt var um nýtt verkefni sem byggði á sama gagnasafni og breytingar á rannsóknarhópnum.

Helstu breyturnar til athugunar voru svæfing fyrir bráðakeisaraskurð, miðlæg deyfing (utanbastsdeyfing eða mænudeyfing), bráðatilvik í fæðingu, frábendingar miðlægrar deyfingar, neyðarkeisaraskurður, fylgikvillar barns og móður ásamt heilsufarsþáttum móður (tafla I). Bráðatilvik í fæðingu var samsett breyta skilgreind sem legrof, naflastrengsframfall, viðgróin fylgja (*placenta accreta*), fylgjulos (*placental abruption*), fyrirsæt fylgja (*placenta previa*) og alvarleg blæðing í eða fyrir fæðingu. Alvarleg blæðing var skilgreind sem blæðing fyrir eða í fæðingu sem þarfnaðist blóðgjafar, legnáms eða blóðstillingar eftir fæðingu (tafla I). Fósturstreita var sér breyta og telst bráðatilvik í fæðingu sem tengist barni. Fylgikvillar barns voru skilgreindir sem Apgar-stig færri en sjö við fimm mínútna aldur, innlögn á Vökudeild og burðarmálsdauði. Leitað var að afstæðum frábendingum miðlægrar deyfingar með leit að greiningarkóðum fyrir blæðingarhneigð, sýklasótt, afbrigðileikum í hrygg og taugasjúkdómum sem gætu torveldað miðlæga deyfingu. Heilsufarsþættir móður voru skilgreindir með reiknilíkani fyrir fylgisjúkdóma sem þróaður var af Bateman og félögum (Obstetric Comorbidity Index, *OCI*) til að meta sjúkdómsbyrði á meðgöngu (tafla I).[16]

Fjórflokkun á keisaraskurðum eftir bráðleika hefur náð mikilli dreifingu vegna einfaldleika.[17] Þessi flokkun keisaraskurða er hvorki til staðar innan ICD-10 né NCSP-IS kóðunarkerfanna. NCSP-IS flokkar aðgerðir í val-, bráða- eða neyðaraðgerð. Við túlkuðum flokkun NCSP-IS þannig að keisaraskurðir kóðaðir sem neyðaraðgerð væru af flokki 1 en þeir sem kóðaðir voru sem bráðaaðgerð ættu við bráðakeisaraskurði af flokki 2 og 3. Flokkur 4 telst til valaðgerða og því ekki skoðaður nánar í þessari rannsókn.

Ríkisfang kvennanna var flokkað sem íslenskt eða erlent og nánar skipt upp eftir lífskjaravísitölu (Human Development Index, HDI), það er mælikvarða Sameinuðu þjóðanna á þróun lífsgæða í 191 ríki, sem tekur mið af lífslíkum, menntun og þjóðartekjum.[18] Vegna persónuverndarsjónarmiða var lífskjaravísitala landsins þar sem konan hafði ríkisfang notuð í stað ríkisfangsins sjálfs. Til að auðvelda samanburð vegna smæðar gagnasafnsins voru lífskjaravísitölur flokkaðar saman í þrjá hópa: HDI ≥0,900 (flokkur 1: Danmörk, Bandaríkin, Bretland og fleiri), HDI 0,850-0,899 (flokkur 2: Pólland, Litáen, Spánn og fleiri) og HDI ≤0,849 (flokkur 3: Filippseyjar, Taíland, Venesúela og fleiri). Til samanburðar er Ísland í þriðja sæti af 191 landi með HDI 0,959.[18]

Tölfræðiúrvinnsla

Tölfræðiúrvinnsla fór fram í R (v.4.3.1). Flokkabreytum er lýst með fjölda og prósentuhlutfalli og prófaðar með kí-kvaðrat prófi eða Fisher-prófi ef tilfelli voru færri en fimm. Samfelldum breytum með normaldreifingu er lýst með meðaltali og staðalfráviki og prófaðar með fervikagreiningu (*analysis of variance*, ANOVA). Marktækni miðast við p-gildi <0,05.

Forspárþættir þess að bráðakeisaraskurður verði framkvæmdur í svæfingu voru metnir með fjölþátta lógístískri aðhvarfsgreiningu (*multiple logistic regression*) þar sem valið var inn í líkanið ríkisfang kvennanna ásamt marktækum bakgrunnsþáttum úr einbreytugreiningu (*simple univariate analysis*). Niðurstöður fjölþátta aðhvarfsgreiningarinnar voru settar fram með leiðréttu líkindahlutfalli (*adjusted odds ratio*, aOR) og 95% öryggisbili (ÖB). Forsendur fjölþátta aðhvarfsgreiningarinnar voru prófaðar og breytur sem ekki stóðust forsendurnar voru fjarlægðar. Leiðrétt var fyrir meðgöngueitrun, fyrri sögu um keisaraskurð, utanbastsdeyfingu, frábendingum við miðlægri deyfingu, bráðatilvikum í fæðingu, fósturstreitu og hvort keisaraskurður hafi verið framkvæmdur í neyð.

Tafla I. Skilgreining á breytum og fylgikvillavísi (Obstetric Comorbidity Index).

Breytur	Stig	ICD-10 kóðar / NCSP-IS kóðar
Alvarleg meðgöngueitrun	5	O14, O15
Langvinn hjartabilun	5	I50.0
Meðfæddur hjartasjúkdómur	4	Q20-Q26, O99.4
Lungnaháþrýstingur	4	I27.0, I27.2, I27.8, I27.9
Langvinnur blóðþurrðarhjartasjúkdómur	3	I20, I25
Sigðkornablóðleysi	3	D56, D57
Fjölburaþungun	2	O30, O31, Z37.2-Z37.7, Z37.90
Hjartalokukvilli	2	I05-I09, I34-39
Rauðir úlfar (SLE)	2	M32
Eyðniveira (HIV)	2	B20, B24, O98.7, Z21
Mild/óskilgreind meðgöngueitrun	2	O11, O14 (án alvarlegrar meðgöngueitrunar)
Fíkniefnaneysla	2	F11-F16, F18, F19
Fyrirsæt fylgja (placenta previa)	2	O44
Langvinnur nýrnasjúkdómur	1	N02.2, N03-N05, N08, N17.1, N17.2, N18, N25, O26.8
Undirliggjandi háþrýstingur	1	I10-I13, I15, O10, O11
Fyrri keisaraskurður	1	O34.20
Meðgönguháþrýstingur	1	O13, O16 (án meðgöngueitrunar eða undirliggjandi háþrýstings)
Áfengismisnotkun	1	F10
Astmi	1	J44, J45
Undirliggjandi sykursýki	1	E10, E11, O24.5-O24.7
Aldur móður, ár **>44** **40-44** **35-39**	 3 2 1	 NA
Aðrar breytur		
Meðgöngueitrun		O11, O14, O15
Sykursýki, samsett		E10-E14, O24
Offita		E66, eða BMI >30kg/m^2 við upphaf eða lok meðgöngu
Blæðingarhneigð eða storkugalli		D65-D69, O14.2, O46.0, O45.0
Sýklasótt (sepsis)		(A02.1, A04.0–A04.3, A39–A41, A42.7, A48, A90–A99, B37.7, B38.7, B39.3, B40.7, B41.7, B42.7, B44.7, B45.7, B46.4, B95–B99, D65, T80.2) O85 og O75.3, án Z22 eða O23.5
Fósturstreita		O68 hjá móður, P20-P22 hjá barni
Bráðatilvik í fæðingu **Legrof** **Sjúkdómar í fylgju** **Naflastrengsframfall** **Alvarleg blæðing fyrir eða í fæðingu**		 O71.0, O71.1 O43.2, O44, O45 O69.0 O44-O46, O71.0, O69.4, O43, O67 eða O71.1 ásamt aðgerðarkóðum fyrir blóðgjöf (WGX500, WGX508, WGX509), blóðstillingu (MBSC90) eða legnámi (MCSA30, MCSA33, MCSW00, O82.2)
Svæfing		WAA400, WAA404, WAA408, WAA419
Utanbastsdeyfing		WAA302, WAA306, WAA307, ZXXX30
Mænudeyfing		WAA320, WAA322, ZXXX31, (WAA330)
Bráðakeisaraskurður		O82.1 + ZXXD00
Neyðarkeisaraskurður		O82.1 + ZXXD05
Fylgikvillar móður **Fylgikvillar aðgerða** **Áverkar í og eftir fæðingu** **Barnsfararsótt og aðrar sýkingar** **Djúp bláæðasegamyndun og blóðrek** **Fylgikvillar barns**		O29, O74, O75.4, O89, O90, O99 O70, O71.2-O71.9 O85, O86 O87.1, O87.3, O88 Apgar-stig <7 við 5 mínútna aldur Innlögn á Vökudeild Burðarmálsdauði

Tafla II. Bakgrunnsþættir og útkomur kvenna sem fæddu lifandi einbura með bráðakeisaraskurði á Íslandi á árunum 2007-2018, með tilliti til ríkisfangs. Gefinn er fjöldi (%), meðaltöl ± staðalfrávik og líkindahlutfall með 95% öryggisbili.

	Íslenskt ríkisfang (n=3.764)	Erlent ríkisfang (n=651)	Líkindahlutfall [95% öryggisbil]	HDI ≥0,900 (n=94)	HDI 0,850-0,899 (n=360)	HDI ≤0,849 (n=197)
Bakgrunnur og fyrra heilsufar						
Fæðingarár 2012 eða síðar	1983 (52,7)	364 (55,9)	1,14 [0,96-1,35]	54 (57,4)	214 (59,4)	96 (48,7)
Aldur móður	29,6 ± 5,9	29,9 ± 5,1	1,01 [0,99-1,02]	**31,5± 4,8****	29,1± 5,0	**30,7 ± 5,1***
Meðgöngulengd	39,2 ± 2,3	39,1 ± 2,5	0,99 [0,95-1,02]	39,2 ± 2,1	39,1 ± 2,7	39,1 ± 2,1
Fjöldi fyrri fæðinga						
Frumbyrja	2282 (60,6)	411 (66,5)		61 (64,9)	**242 (67,2)***	130 (66,0)
Fjölbyrja, P1	918 (24,4)	168 (25,8)	0,96 [0,79-1,17]	26 (27,7)	91 (25,3)	51 (25,9)
Fjölbyrja, P2	412 (10,9)	38 (5,8)	**0,49 [0,34-0,68]*****	5 (5,3)	**20 (5,5)***	13 (6,6)
Fjölbyrja, P3+	151 (4,0)	12 (1,8)	**0,42 [0,22-0,74]****	2 (2,1)	**7 (1,9)***	3 (1,5)
Fyrri keisaraskurður	838 (56,5)	142 (65,1)	**1,44 [1,07-1,93]***	19 (57,6)	80 (67,8)	43 (64,2)
Meðgöngueitrun	346 (9,2)	43 (6,6)	**0,70 [0,50-0,96]***	3 (3,2)	25 (6,9)	15 (7,6)
Sykursýki á meðgöngu	432 (11,5)	84 (12,9)	1,14 [0,89-1,47]	12 (12,8)	35 (9,7)	**37 (18,8)***
Offita	1144 (30,4)	131 (20,1)	**0,58 [0,47-0,71]*****	**18 (19,1)***	**88 (24,4)***	**25 (12,7)*****
Obstetric Comorbidity Index ≥2	785 (20,9)	102 (15,7)	**0,71 [0,56-0,88]****	14 (14,9)	**52 (14,4)***	36 (18,3)
Svæfing og deyfing						
Svæfing fyrir bráðakeisaraskurð	549 (14,6)	105 (16,1)	1,13 [0,90-1,41]	17 (18,1)	58 (16,1)	30 (15,2)
Utanbastsdeyfing	2305 (61,2)	384 (59,0)	0,91 [0,77-1,08]	56 (59,6)	207 (57,5)	121 (61,4)
Mænudeyfing	1281 (34,0)	235 (36,1)	1,10 [0,91-1,30]	32 (34,0)	141 (39,2)	62 (31,5)
Frábendingar við miðlægri deyfingu	53 (1,4)	8 (1,2)	0,89 [0,39-1,77]	2 (2,1)	5 (1,4)	1 (0,5)
Bráðatilvik						
Fósturstreita	1747 (46,5)	307 (47,2)	1,03 [0,87-1,22]	40 (42,6)	172 (47,8)	95 (48,5)
Bráðatilvik í fæðingu	185 (4,9)	31 (4,8)	0,97 [0,65-1,41]	5 (5,3)	15 (4,2)	11 (5,6)
Neyðarkeisaraskurður	255 (6,8)	62 (9,5)	**1,45 [1,08-1,94]***	11 (11,7)	33 (9,2)	18 (9,1)
Útkomur						
Fylgikvillar barns[a]	810 (21,5)	122 (18,7)	0,84 [0,68-1,04]	17 (18,1)	65 (18,1)	40 (20,3)
Fylgikvillar móður[b]	493 (13,1)	71 (10,9)	0,81 [0,62-1,05]	9 (9,6)	36 (10,0)	26 (13,2)
Blæðing eftir fæðingu	389 (10,3)	52 (8,0)	0,76 [0,55-1,01]	7 (7,5)	26 (7,2)	19 (9,6)

p-gildi: * <0,05 ** <0,01 ***<0,001 – p-gildi hjá HDI undirhópum taka mið af konum með íslenskt ríkisfang. Gildi eru feitletruð þegar p-gildi er <0,05.

[a]Apgar-stig <7 við 5 mínútna aldur, innlögn á Vökudeild og burðarmálsdauði.

[b]Sýking eða blæðing í skurðsár, djúpbláæðasegi, blæðing eftir fæðingu, fylgikvillar svæfingar/deyfingar, fæðingaráverkar.

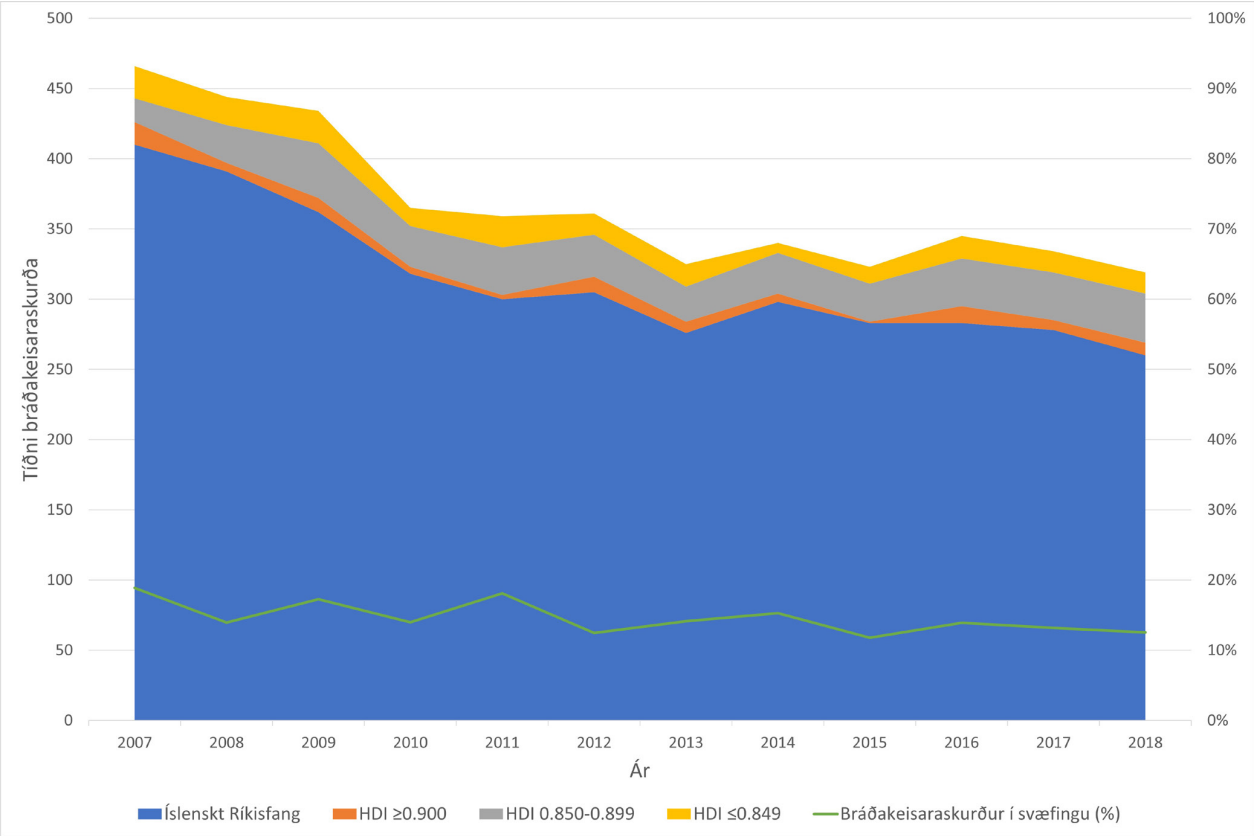
Niðurstöður

Tíðni bráðakeisaraskurða lækkaði á tímabilinu 2007-2010 en hélst síðan stöðug út rannsóknartímabilið samhliða lækkandi hlutfalli svæfinga og vaxandi hlutdeild erlendra kvenna (mynd 1). Á tímabilinu 2007-2018 fæddist 51.651 lifandi einburi. Af þeim voru 15,6% (n=8040) fæddir með keisaraskurði og 54,9% (n=4415) þeirra voru bráðakeisaraskurðir (flokkur 1-3). Alls voru 654 (14,8%) bráðakeisaraskurðir framkvæmdir í svæfingu (tafla II). Neyðarkeisaraskurðir (flokkur 1) voru 3,9% (n=317) allra keisaraskurða og voru konurnar svæfðar í 77,6% (n=246) tilfella samanborið við 9,9% (n=408) bráðakeisaraskurða af flokki 2 og 3 (n=4098). Utanbastsdeyfing var lögð á fæðingarstofu hjá 41,1% (n=101) kvenna sem voru svæfðar fyrir neyðarkeisaraskurð.

Ríkisfang og HDI-flokkar

Af 4415 konum sem fæddu með bráðakeisaraskurði á tímabilinu voru 14,7% (n=651) með erlent ríkisfang. Rúmlega helmingur þeirra kvenna (n=360) tilheyrði HDI-flokki 2 og 197 konur HDI flokki 3. Konur í HDI-flokki 1 og 3 voru eldri en íslensku konurnar en íslenskar konur voru oftar fjölbyrjur. Algengara var að erlendar fjölbyrjur hefðu fyrri sögu um keisaraskurð (tafla II).

Meðgöngueitrun var algengari meðal íslenskra kvenna (OR 0,70, 95% ÖB 0,50-0,96, p=0,038). Íslenskar konur voru tvöfalt líklegri til að hafa BMI >30 kg/m^2 á meðgöngunni (OR 0,58, 95% ÖB 0,47-0,71, p<0,001). Þessi munur var mest áberandi þegar íslenskar konur voru bornar saman við konur af HDI-flokki 3 (30,4% á móti 12,7%). Meðgöngusykursýki eða fyrri sykursýkisgreining var algengari hjá konum í HDI-flokki 3 (18,8% á móti 11,5% íslenskra kvenna, p=0,011). Annars höfðu íslenskar konur



Mynd 1. *Tíðni bráðakeisaraskurða eftir ríkisfangi og hlutfall þeirra sem gerðir voru í svæfingu á Íslandi árin 2007- 2018.*

aukna sjúkdómsbyrði í samanburði við erlendar konur (OCI ≥2, OR 0,71, 95% ÖB 0,58-0,88, p=0,003) þegar heilsufar þeirra var tekið saman í fylgikvillavísi Bateman (tafla II).[16]

Erlendar konur voru svæfðar í 16,1% tilvika fyrir bráðakeisaraskurð samanborið við 14,6% kvenna með íslenskt ríkisfang. Ekki voru marktækt auknar líkur á svæfingu fyrir bráðakeisaraskurð hjá erlendum konum almennt né þegar HDI-undirflokkar voru skoðaðir. Notkun miðlægra deyfinga og tíðni frábendinga þeirra var svipuð milli allra hópa (tafla II). Tíðni fylgikvilla eftir bráðakeisaraskurð var svipuð, óháð ríkisfangi, jafnt hjá móður (sýking, blæðing, djúpbláæðasegi, tafla I) og barni (burðarmálsdauði, Vökudeildarinnlögn, Apgar-stig færri en sjö við fimm mínútna aldur) (tafla II).

Svæfing fyrir bráðakeisaraskurð

Fósturstreita (súrefnisskortur í legi, fósturköfnun eða andnauð nýbura) kom fram með sambærilegri tíðni milli íslenskra (46,5%) og erlendra kvenna (47,2%). Tíðni bráðatilvika í fæðingu sem geta leitt til bráða- eða neyðarkeisaraskurðar (legrof, naflastrengsframfall, viðgróin fylgja, fylgjulos, fyrirsæt fylgja og alvarleg blæðing í eða fyrir fæðingu) reyndist svipuð hjá íslenskum konum (4,9%) samanborið við erlendar konur (4,8%) (tafla II). Þessar konur voru margfalt líklegri til að vera svæfðar fyrir bráðakeisaraskurð. Erlendar konur eru líklegri til að gangast undir neyðarkeisaraskurð samanborið við íslenskar (OR 1,45, 95% ÖB 1,08-1,94, p=0,015).

Bráðakeisaraskurðir framkvæmdir frá og með árinu 2012 voru síður framkvæmdir í svæfingu en þeir sem framkvæmdir voru á fyrri hluta tímabilsins (p=0,004). Konurnar sem voru svæfðar höfðu oftar meðgöngueitrun, fleiri fylgisjúkdóma (≥2 OCI) og höfðu oftar frábendingu við miðlægri deyfingu.[16] Konur sem voru svæfðar fyrir bráðakeisaraskurð voru ekki með aukna tíðni á samsettum fylgikvillum keisaraskurða (sýkingu eftir aðgerð, djúpbláæðasega og fleira, tafla I), en alvarleg blæðing eftir fæðingu (blæðing sem krafðist inngrips eins og blóðgjafar) var tvöfalt líklegri hjá konum sem voru svæfðar. Nýburar þeirra kvenna sem voru svæfðar voru oftar fyrirburar, höfðu lægra Apgar-stig við fimm mínútna aldur og lögðust frekar inn á Vökudeild (tafla III).

Þegar leiðrétt var fyrir utanbastsdeyfingu, sögu um fyrri keisaraskurð, meðgöngueitrun, bráðatilvikum, fósturstreitu, frábendingum við miðlægri deyfingu og neyðarkeisaraskurðum hafði lífskjaravísitala ríkisfangs móður ekki áhrif á líkur hennar á svæfingu fyrir bráðakeisaraskurð (mynd 1). Sterkasti áhættuþáttur svæfingar fyrir bráðakeisaraskurð var neyðarkeisaraskurður (aOR 22,9, 95% ÖB 16,9-31,0, p<0,001), en fósturstreita, bráðatilvik í fæðingu, meðgöngueitrun og frábendingar við miðlægri deyfingu höfðu í för með sér auknar líkur á svæfingu fyrir bráðakeisaraskurð (tafla IV). Konur sem fengu utanbastsdeyfingu (aOR 0,49, 95% ÖB 0,40-0,60, p<0,001) á fæðingarstofu eða höfðu fyrri sögu um keisaraskurð (aOR 0,73, 95% ÖB 0,59-0,89, p=0,003) voru síður svæfðar fyrir bráðakeisaraskurð (tafla IV).

Umræður

Þrátt fyrir aukið hlutfall erlendra kvenna sem notar fæðingarþjónustu á Íslandi, hefur tíðni bráðakeisaraskurða og svæfinga

Tafla III. Samanburður á bakgrunnsþáttum og útkomum kvenna sem fæddu lifandi einbura með bráðakeisaraskurði í miðlægri deyfingu eða svæfingu á Íslandi á árunum 2007-2018. Gefinn er fjöldi (%), meðaltöl ± staðalfrávik og líkindahlutfall með 95% öryggisbili.

	Miðlæg deyfing (n=3761)	Svæfing (n=654)	Líkindahlutfall [95% öryggisbil]	p-gildi
Bakgrunnur og fyrra heilsufar				
Fæðingarár 2012 eða síðar	2034 (54,1)	313 (47,9)	**0,78 [0,66-0,92]****	0,004
Aldur móður	29,7 ± 5,8	29,6 ± 6,0	1,00 [0,98-1,01]	0,739
Meðgöngulengd	39,2 ± 2,2	38,8 ± 2,8	**0,93 [0,90-0,96]*****	<0,001
Ríkisfang				
Íslenskt ríkisfang	3.215 (85,5)	549 (83,9)		0,692
HDI ≥0,900	77 (2,1)	17 (2,6)	1,30 [0,74-2,17]	
HDI 0,850-0,899	302 (8,0)	58 (8,9)	1,13 [0,83-1,50]	
HDI ≤0,849	167 (4,4)	30 (4,6)	1,06 [0,70-1,55]	
Fjöldi fyrri fæðinga				
Frumbyrja	2332 (62,0)	383 (58,6)		0,022
Fjölbyrja, P1	930 (24,7)	156 (23,9)	1,02 [0,83-1,25]	
Fjölbyrja, P2	369 (9,8)	81 (12,4)	**1,34 [1,02-1,73]***	
Fjölbyrja, P3+	129 (3,4)	34 (5,2)	**1,61 [1,07-2,36]***	
Fyrri keisaraskurður	892 (23,7)	103 (15,7)	**0,60 [0,48-0,75]*****	<0,001
Meðgöngueitrun	305 (8,1)	84 (12,8)	**1,67 [1,29-2,15]*****	<0,001
Sykursýki á meðgöngu	453 (12,0)	63 (9,6)	0,78 [0,59-1,02]	0,088
Offita	1102 (29,3)	173 (26,5)	0,87 [0,72-1,05]	0,151
Obstetric Comorbidity Index ≥2	726 (19,3)	161 (24,6)	**1,37 [1,12-1,66]****	0,003
Svæfing og deyfing				
Utanbastsdeyfing	2396 (63,7)	293 (44,8)	**0,46 [0,39-0,55]*****	<0,001
Mænudeyfing	1477 (39,3)	39 (6,0)	**0,10 [0,07-0,14]*****	<0,001
Frábendingar við miðlægri deyfingu	33 (0,9)	28 (4,3)	**5,05 [3,01-8,43]*****	<0,001
Bráðatilvik				
Fósturstreita	1631 (43,4)	423 (64,8)	**2,40 [2,02-2,85]*****	<0,001
Bráðatilvik í fæðingu	112 (3,0)	104 (15,9)	**6,16 [4,64-8,16]*****	<0,001
Legrof	26 (0,7)	11 (1,7)	**2,48 [1,16-4,93]***	0,020
Naflastrengsframfall	7 (0,2)	33 (5,0)	**28,0 [13,0-69,8]*****	<0,001
Sjúkdómar í fylgju[a]	70 (1,9)	57 (8,7)	**5,03 [3,50-7,21]*****	<0,001
Alvarleg blæðing í eða fyrir fæðingu	21 (0,6)	18 (2,8)	**5,04 [2,63-9,56]*****	<0,001
Neyðarkeisaraskurður	71 (1,9)	246 (37,6)	**31,2 [23,7-41,7]*****	<0,001
Útkomur				
Fylgikvillar barns	707 (18,8)	225 (34,4)	**2,27 [1,89-2,71]*****	<0,001
Apgar stig <7 við 5 mínútur	112 (3,0)	77 (11,8)	**4,35 [3,20-5,88]*****	<0,001
Innlögn á Vökudeild	683 (18,2)	212 (32,4)	**2,16 [1,80-2,59]*****	<0,001
Burðarmálsdauði	2 (0,1)	1 (0,2)	**3,06 [0,10-37,9]**	0,382
Fylgikvillar móður eftir fæðingu[b]	468 (12,4)	96 (14,7)	1,21 [0,95-1,53]	0,129
Alvarleg blæðing eftir fæðingu[c]	69 (1,8)	26 (4,0)	**2,22 [1,38-3,48]*****	0,001

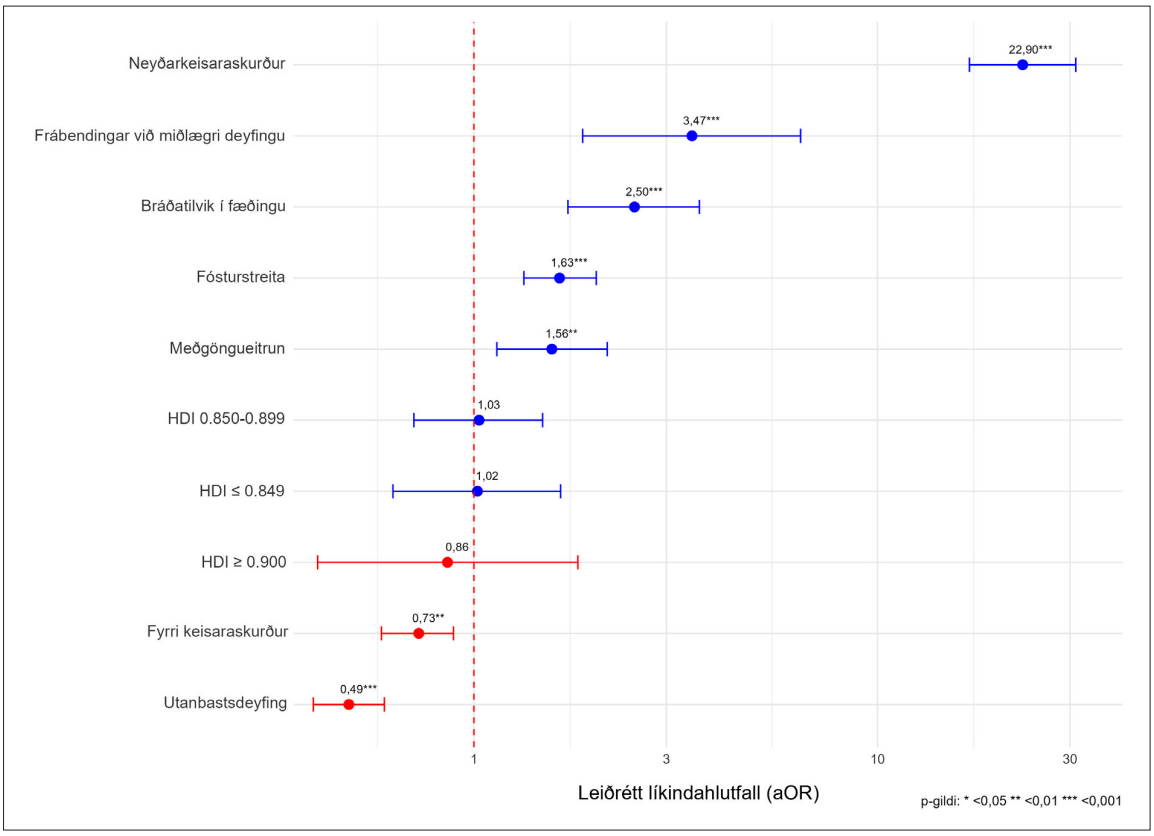
p-gildi: * <0,05 ** <0,01 ***<0,001. Gildi eru feitletruð þegar p-gildi er <0,05.

[a]Viðgróin fylgja, fyrirsæt fylgja og fylgjulos.

[b]Sýking eða blæðing í skurðsár, djúpbláæðasegi, blæðing eftir fæðingu, fylgikvillar svæfingar/deyfingar, fæðingaráverkar.

[c]Alvarleg blæðing eftir fæðingu var skilgreind sem kóðinn O72 ásamt aðgerðarkóðum fyrir blóðstillingu, legnám eða blóðgjöf.

fyrir slíkar aðgerðir lækkað (mynd 2). Erlendar og íslenskar konur hafa svipaðar líkur á því að vera svæfðar fyrir bráðakeisaraskurð, en erlendar konur eru líklegri til að fara í neyðarkeisaraskurð, sem er veigamesti áhættuþáttur svæfingar fyrir bráðakeisaraskurð.[3,4,6,7] Aukinni áhættu erlendra kvenna á neyðarkeisaraskurði hefur einnig verið lýst í Noregi.[19] Auknar líkur á neyðarkeisaraskurði meðal erlendra kvenna var ekki hægt að skýra með fjölda bráðatilvika sem gætu verið ábending fyrir neyðarkeisaraskurð. Tíðnitölur um notkun og frábendingar miðlægra deyfinga voru svipaðar meðal erlendra og íslenskra kvenna. Rannsóknir erlendis hafa sýnt að kynþáttamismunun getur átt þátt í aðgengi að miðlægum deyfingum.[6,20,21] Erlendar konur voru síður með undirliggjandi heilsufarsvanda eða meðgöngutengda kvilla. Það getur samrýmst svokölluðu „healthy migrant effect" sem hefur verið lýst í Svíþjóð og öðrum Evrópulöndum, það er að ungt og hraust fólk er líklegra til að flytja til



Mynd 2. *Líkindahlutfall áhættuþátta svæfingar fyrir bráðakeisaraskurð meðal kvenna sem fæddu lifandi einbura á Íslandi árin 2007-2018.*

Tafla IV. Forspárþættir svæfingar fyrir bráðakeisaraskurð samkvæmt fjölþátta lógístískri aðhvarfsgreiningu hjá öllum konum sem fæddu lifandi einbura með bráðakeisaraskurði á Íslandi á árunum 2007-2018.

	Leiðrétt líkindahlutfall (aOR)[a] [95% öryggisbil]	p-gildi
HDI ≥0,900	0,86 [0,41-1,81]	0,507
HDI 0,850-0,899	1,03 [0,71-1,48]	0,296
HDI ≤0,849	1,02 [0,63-1,64]	0,423
Fyrri keisaraskurður	0,73 [0,59-0,89]	0,003
Meðgöngueitrun	1,56 [1,14-2,14]	0,001
Utanbastsdeyfing	0,49 [0,40-0,60]	<0,001
Frábendingar við miðlægri deyfingu	3,47 [1,86-6,45]	<0,001
Fósturstreita	1,63 [1,33-2,01]	<0,001
Bráðatilvik í fæðingu	2,50 [1,71-3,62]	<0,001
Neyðarkeisaraskurður	22,9 [16,9-31,0]	<0,001

[a]Leiðrétt var fyrir meðgöngueitrun, fyrri keisaraskurði, utanbastsdeyfingu, frábendingum fyrir miðlægri deyfingu, bráðatilvikum í fæðingu, fósturstreitu og neyðarkeisaraskurði.

annars lands en aðrir samlandar þess.[22] Þó er mögulegt að erlendar konur séu með færri heilsufarsgreiningar vegna þess að heilsufarskvillar þeirra séu vanskráðir eða vangreindir.[23] Skilgreining meðgöngueitrunar í þessari rannsókn náði yfir konur með langvinnan háþrýsting og væga meðgöngueitrun. Aukin tíðni lífsstílssjúkdóma meðal íslenskra kvenna gæti skýrt hærri tíðni meðgöngueitrunar í þeim hópi. Safngreining á meðgöngusögu innflytjenda í fjölmörgum Evrópuríkjum sýndi helmings auknar líkur á slæmri fæðingarútkomu (fyrirburafæðingu, burðarmálsdauða og fæðingargöllum) en slíkan mun væri hægt að lágmarka ef ríki beittu sér fyrir stefnu varðandi aðlögun innflytjenda.[24] Þrátt fyrir meiri líkur á neyðarkeisaraskurði og minni sjúkdómsbyrði meðal erlendra kvenna, var ekki munur á útkomum móður (sýkingu, blæðingu, djúpbláæðasega og fleira) og barns (burðarmálsdauða, Vökudeildarinnlagnar, Apgar undir sjö við fimm mínútna aldur) í kjölfar bráðakeisaraskurðar (tafla II). Þetta gæti verið vísbending um að fæðingarþjónustan geri ekki upp á milli ríkisfangs kvenna heldur miði við þjónustuþörf hverrar konu fyrir sig.

Alls voru 14,8% bráðakeisaraskurða á Íslandi (8,1% allra keisaraskurða) gerðir í svæfingu árin 2007-2018. Neyðarkeisaraskurðir voru gerðir í svæfingu í 77,6% tilfella. Til samanburðar eru í Svíþjóð 10% allra keisaraskurða framkvæmdir í svæfingu og 45% neyðarkeisaraskurða.[8] Í Bandaríkjunum er hlutfall svæfinga fyrir keisaraskurði á háskólasjúkrahúsum 8,5% af öllum keisaraskurðum og 14,5% af bráðakeisaraskurðum.[25] Í rannsókn á svæfingum fyrir keisaraskurði í New York-ríki kom fram að allt að 44% svæfinga fyrir keisaraskurði hefði verið hægt að koma í veg fyrir með einum eða öðrum hætti.[5] Hlutdeild órökstuddra svæfinga lækkaði á tímabilinu nema á stærri spítölum og hjá konum í minnihlutahópum þar sem tíðni svæfinga jókst. Samkvæmt greiningu þeirra var tímanleg utanbastsdeyfing einn áhrifamesti þátturinn til að draga úr tíðni svæfinga.[5] Klínískar leiðbeiningar bandarísku svæfingalæknasamtakanna (ASA) hafa frá árinu 2007 lagt áherslu á að draga úr tíðni svæfinga fyrir keisaraskurði með tímanlegri notkun utanbastsdeyfingar hjá konum sem hafa auknar líkur á bráðakeisaraskurði.[14] Í okkar niðurstöðum voru minni líkur á því að kona yrði svæfð

fyrir bráðakeisaraskurð ef hún hafði fengið utanbastsdeyfingu á fæðingarstofu eða hafði sögu um fyrri keisaraskurð. Þessar niðurstöður endurspegla mikilvægi undirbúnings í að draga úr þeim fylgikvillum sem óvænt atvik geta valdið.

Ekki er hægt að segja til um ábendingu fyrir hverri svæfingu sem átti sér stað á rannsóknartímabilinu og því er heldur ekki hægt að segja til um hvort hægt hefði verið að koma í veg fyrir hana. Við áætlum að í flestum tilvikum sé góð ábending til staðar þegar svæft er fyrir bráðakeisaraskurð á Íslandi, en samspil bráðaaðstæðna og samskiptaörðugleika getur þó hugsanlega átt stóran þátt í ákvarðanatöku heilbrigðisstarfsfólks.

Meðgöngu- og fæðingarþjónusta erlendra kvenna á Íslandi

Barnshafandi erlendar konur geta mætt ýmsum hindrunum í íslenska heilbrigðiskerfinu. Þessar hindranir orsakast af samspili tungumálaörðugleika, heilsulæsi, menningarmun, viðmóti heilbrigðisstarfsfólks og skorti á stuðningi frá stórfjölskyldu. Erlendar konur eru almennt í viðkvæmari fjárhags- og félagslegri stöðu. Ofangreindir þættir geta leitt til þess að vandamál greinast seint á meðgöngu eða í fæðingu.[19,23,26,27] Þá getur bráðleikinn verið slíkur að ekki sé hægt að undirbúa fæðingu né bjóða upp á bestu mögulegu heilbrigðisþjónustu.

Konur sem hvorki tala íslensku né ensku eru í aukinni hættu, umfram aðrar erlendar konur, að fá ófullnægjandi heilbrigðisþjónustu.[19,23,26,27] Fagleg túlkaþjónusta ætti að standa til boða allan sólarhringinn og vera nýtt eftir bestu getu af heilbrigðisstarfsfólki. Í bráðaaðstæðum gefst ekki tími til að útvega túlkaþjónustu. Heilbrigðisstarfsfólki er hætt við að telja túlk óþarfan þótt tími gefist fyrir slíka þjónustu og reyna samræður á annan máta, til dæmis með látbragði eða túlkun aðstandenda.[27] Þessi nálgun getur leitt til misskilnings, eykur líkur á mistökum og rýrir traust kvennanna á þjónustunni.[27] Miðlægar deyfingar krefjast þess að sjúklingur sé samvinnufús, geti skilið og fylgt fyrirmælum og auk þess gert grein fyrir virkni deyfingarinnar. Forsendur fyrir upplýstu samþykki eru skilningur á hvaða inngrip eigi að gera, hver tilgangurinn sé og mögulegum fylgikvillum.[28] Skilji kona ekki fyrirmæli sem eru gefin og geti hún ekki gefið til kynna áhrif deyfingarinnar, aukast líkur á að hún verði svæfð. Veita ætti tímanlega upplýsingagjöf um miðlægar deyfingar á tungumáli sem konan skilur svo að hægt sé að bjóða utanbastsdeyfingu snemma, sérstaklega til kvenna sem eru í aukinni hættu á bráðakeisaraskurði eða alvarlegum fylgikvillum ef til svæfingar kæmi.[14,29]

Styrkleikar og takmarkanir

Þessi rannsókn hefur nokkra styrkleika. Hún er lýðgrunduð ferilrannsókn á öllum fæðingum lifandi einbura með keisaraskurði á Íslandi á árunum 2007-2018. Jafnframt er hún fyrsta hérlenda rannsóknin sem skoðar áhrif ríkisfangs á líkur á bráðakeisaraskurði, svæfingu fyrir bráðakeisaraskurð og fylgikvilla. Kostur þess að nota lífskjaravísitölu til að bera saman erlend ríkisföng er að það gefur betri upplýsingar en einstaka ríkisfang um lífslíkur, menntun og tekjur í upprunalandinu. Þrátt fyrir það vantar nánari upplýsingar um stöðu kvennanna hér á landi. HDI-flokkur 3 inniheldur til dæmis mörg ólík lönd og er því fjölbreyttur í samanburði við hina flokkana og erfiðara að ályktа um þann hóp. Staða sjúkratryggingar og lengd búsetu á Íslandi fyrir meðgöngu væru gagnlegar breytur en þær hafa áhrif á notkun heilbrigðisþjónustu.

Fæðingaskrá inniheldur ekki allar breytur sem gagnlegt væri að skoða, auk þess var vanskráning á öðrum breytum, eins og hæð og þyngd móður. Takmörkun gagnaöflunar við Fæðingaskrá varð til þess að ekki var hægt að leiðrétta fyllilega fyrir ákveðnum þáttum. Skráningu vantaði um hvaða deyfingar voru reyndar áður en svæft var, hvaða lyf voru gefin, og hvort deyfing hafi verið að verka vel áður en svæft var. Þetta torveldar mat á því hvort deyfing hafi ekki tekið, en hlutfall þess að svæft sé fyrir keisaraskurð vegna ónógrar deyfingar getur verið 2-20%.[5,13,25,30] Að skoða svæfingaskrá kvennanna hefði því verið gagnleg viðbót við þessa rannsókn.

Gögnin flokka keisaraskurði í neyðar-, bráða- eða valaðgerð en í klínísku starfi er notast við flokkun Lucas.[17] Þetta misræmi skapar óvissu í gögnunum þar sem ekki er víst að allir keisaraskurðir af flokki 1 séu kóðaðir sem neyðaraðgerð. Að sama skapi gæti bráðakeisaraskurður af flokki 2 verið kóðaður sem neyðaraðgerð. Þrátt fyrir það er hlutfall bráða- og neyðarkeisaraskurða hér á landi sambærilegt við það sem sést í Svíþjóð.[8] Neyðarkeisaraskurðir eru mengi innan bráðakeisaraskurða en færa má rök fyrir því að aðgerðirnar séu gjörólíkar og vandasamt að flokka þær saman sem einn flokk eins og gert er í þessari rannsókn. Neyðarkeisaraskurður er til að mynda nánast alltaf gerður í svæfingu en keisaraskurðir af flokki 2 og 3 er nær alltaf hægt að gera í miðlægri deyfingu.

Ályktanir

Niðurstöður þessarar rannsóknar veita innsýn í hvernig bráðafæðingarþjónusta á Íslandi hefur þróast síðastliðinn áratug samhliða auknum fjölda innflytjenda í landinu. Erlendar konur eru líklegri til að fara í neyðarkeisaraskurð og getur skýringin verið að stuðningi og upplýsingagjöf sé ábótavant. Áhugavert væri að skoða hvort svæfingar hafi haft skýra ábendingu og kanna nánar horfur þeirra kvenna sem voru svæfðar fyrir bráðakeisaraskurð. Þar að auki væri gagnlegt að greina þörf og meta nýtingu túlkaþjónustu í íslenska heilbrigðiskerfinu til að kanna hvort þörf sé á úrbótum. Íhlutunarrannsókn með upplýsingum um deyfingar og svæfingar fyrir keisaraskurð á ólíkum tungumálum gæti metið hvort hægt sé að bæta skilning og upplifun kvenna á þjónustunni.[29] Hér eru tækifæri fyrir gæða- og umbótavinnu á sjúkrastofnunum, en nú þegar er aukin vitundarvakning um tímanlegar utanbastsdeyfingar hjá barnshafandi konum sem eru í aukinni áhættu, til dæmis vegna fjölburafæðingar eða ofþyngdar.

Heimildir

1. Eiríksdóttir VH, Smárason AK, Jónasdóttir E, et al. (ritstj). Skýrsla Fæðingaskráningar starfsárið 2020. landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Rit-og-skyrslur/Faedingaskraningar/faedingarskraning_skyrsla_2020.pdf - september 2023.
2. Knight M, Bunch K, Felker A, et al. MBRRACE-UK Saving Lives Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2019-2021. National Perinatal Epidemiology Unit (NPEU). 2023.
3. Ratnayake G, Patil V. General anaesthesia during caesarean sections: implications for the mother, foetus, anaesthetist and obstetrician. Curr Opin Obstet Gynecol 2019; 31: 393-402.
4. Delgado C, Ring L, Mushambi MC. General anaesthesia in obstetrics. BJA Educ 2020; 20: 201-7.
5. Guglielminotti J, Landau R, Li G. Adverse Events and Factors Associated with Potentially Avoidable Use of General Anesthesia in Cesarean Deliveries. Anesthesiology 2019; 130: 912-22.
6. Ring L, Landau R, Delgado C. The Current Role of General Anesthesia for Cesarean Delivery. Crr Anesthesiol Rep 2021; 11: 18-27.
7. Fernandes NL, Dyer RA. Anesthesia for Urgent Cesarean Section. Clin Perinatol. 2019; 46: 75-99.
8. Norlin H, Albert J, Jakobsson J. Mammorna blir allt äldre men mortaliteten är betryggande låg [Age, ASA-Physical Status All-Cause 30-Day Mortality Among Caesarean Section in Sweden 2016 to 2022]. Läkartidningen 2023; 120: 22164.
9. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG 2011; 118 Suppl 1: 1-203.
10. Kinsella SM, Winton AL, Mushambi MC. Failed tracheal intubation during obstetric general anaesthesia: a literature review. Int J Obstet Anesth 2015; 24: 356-74.
11. Mushambi MC, Kinsella SM, Popat M. Obstetric Anaesthetists' Association; Difficult Airway Society. Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia 2015; 70: 1286-306.
12. Oglesby FC, Ray AG, Shurlock T. Litigation related to anaesthesia: analysis of claims against the NHS in England 2008-2018 and comparison against previous claim patterns. Anaesthesia 2022; 77: 527-37.
13. Prior CH, Burlinson CEG, Chau A. Emergencies in obstetric anaesthesia: a narrative review. Anaesthesia 2022; 77: 1416-29.
14. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Anesthesiology 2016; 124: 270-300.
15. Mannfjöldi eftir ríkisfangi, kyni og aldri 1998-2022. Hagstofa Íslands. px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__mannfjoldi__3_bakgrunnur__Rikisfang/MAN04103.px/ - september 2023.
16. Bateman BT, Mhyre JM, Hernandez-Diaz S. Development of a comorbidity index for use in obstetric patients. Obstet Gynecol 2013; 122: 957-65.
17. Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, et al. Urgency of caesarean section: a new classification. J R Soc Med 2000; 93: 346-50.
18. UNDP (United Nations Development Programme). Human Development Report 2021-22: Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping our Future in a Transforming World. United Nations. 2022.
19. Jatta F, Sundby J, Vangen S, et al. Association between Maternal Origin, Pre-Pregnancy Body Mass Index and Caesarean Section: A Nation-Wide Registry Study. Int J Environ Res Public Health.2021; 18: 5938.
20. Lee W, Martins MS, George RB, et al. Racial and ethnic disparities in obstetric anesthesia: a scoping review. Can J Anaesth 2023; 70: 1035-46.
21. Bamber JH, Goldacre R, Lucas DN, et al. A national cohort study to investigate the association between ethnicity and the provision of care in obstetric anaesthesia in England between 2011 and 2021. Anaesthesia 2023; 78: 820-9.
22. Helgesson M, Johansson B, Nordquist T, et al. Healthy migrant effect in the Swedish context: a register-based, longitudinal cohort study. BMJ Open 2019; 9: e026972.
23. Leppälä S, Lamminpää R, Gissler M, et al. Prenatal care adequacy of migrants born in conflict-affected countries and country-born parturients in Finland. J Migr Health 2022; 6: 100122.
24. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, et al. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. Soc Sci Med 2009; 68: 452-61.
25. Juang J, Gabriel RA, Dutton RP, et al. Choice of Anesthesia for Cesarean Delivery: An Analysis of the National Anesthesia Clinical Outcomes Registry. Anesth Analg 2017; 124: 1914-7.
26. Jónsdóttir BG, Gunnarsdóttir S, Ólafsdóttir ÓÁ. Barneignir erlendra kvenna á Íslandi: Skipulag þjónustu, menningarhæfni og þjónandi forysta. Stjórnmál og stjórnsýsla 2011; 7: 369-86.
27. Sharma E, Tseng PC, Harden A, et al. Ethnic minority women's experiences of accessing antenatal care in high income European countries: a systematic review. BMC Health Serv Res 2023 ;23: 612.
28. Broaddus BM, Chandrasekhar S. Informed consent in obstetric anesthesia. Anesth Analg 2011; 119: 912-5.
29. Purcell-Jones JMA, Haasbroek M, Van der Westhuizen JL, et al. Overcoming Language Barriers Using an Information Video on Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery: Implementation and Impact on Maternal Anxiety. Anesth Analg 2019; 129: 1137-43.
30. Stav M, Matatov Y, Hoffmann D, et al. Incidence of conversion to general anaesthesia and need for intravenous supplementation in parturients undergoing caesarean section under spinal anaesthesia: A retrospective observational study. Acta Anaesthesiol Scand 2023; 67: 29-35.

Anaesthesia for Emergent Caesarean Section: A Population-based Study on Icelandic and Migrant Women during 2007–2018

doi 10.17992/lbl.2024.04.788

Valdimar Bersi Kristjánsson[1,2]
Embla Ýr Guðmundsdóttir[3,4]
Sigurbjörg Skarphéðinsdóttir[1]
Helga Gottfreðsdóttir[3,5]
Ragnheiður I. Bjarnadóttir[2,5]

[1]Department of Anesthesia and Intensive Care, Landspítali University Hospital, [2]Faculty of Medicine, University of Iceland, [3]Faculty of Nursing and Midwifery, University of Iceland, [4]The Reykjavík Birth Center, [5]Department of Obstetrics and Gynaecology, Landspítali University Hospital.

Correspondence: Valdimar Bersi Kristjánsson, *valdimak@landspitali.is*

Key words: *caesarean section, pregnancy, anaesthesia, migrant women, Human Development Index, obstetrics.*

INTRODUCTION: General anaesthesia for emergent caesarean section, though uncommon, is vital in expediting deliveries. Studies indicate higher complication risks among pregnant migrant women. This research investigates if migrant women in Iceland are more likely to undergo general anaesthesia for emergent caesarean section compared to their Icelandic counterparts.

MATERIALS AND METHODS: This population-based cohort study analysed 4,415 emergency caesarean sections in Iceland between 2007 and 2018, sourced from the National Birth Registry. Participants were categorized by citizenship, with migrants further stratified by their country's Human Development Index (HDI). NCSP-IS and ICD-10 codes indexed diseases, interventions, and complications. The impact of variables was assessed through multiple logistic regression analysis.

RESULTS: Migrant women received general anaesthesia in 16.1% of cases, slightly surpassing Icelandic women's 14.6%. Adjusting for risk factors showed no increased risk for migrant women. However, they had a higher likelihood of urgent caesarean sections (OR 1.45, 95% CI 1.08-1.94, p=0.015), a known risk factor for general anaesthesia, despite fewer comorbidities. Adjusting for confounders revealed reduced odds with a history of previous caesarean section (aOR 0.73, 95% CI 0.59-0.89, p=0.003) and placement of epidural anaesthesia in the delivery room (aOR 0.49, 95% CI 0.40-0.60, p<0.001).

CONCLUSIONS: Migrant women in Iceland do not face increased risks of general anaesthesia for emergent caesarean sections. However, their elevated risk of urgent caesarean sections suggests potential challenges, including language barriers or inadequate antenatal care. Early information dissemination and targeted interventions may mitigate these risks in this vulnerable community.

Þróun líkamsþyngdar barnshafandi kvenna við upphaf meðgöngu á Norðurlandi árin 2004-2022

Kamilla Dóra Jónsdóttir[1] læknanemi
Laufey Hrólfsdóttir[2,3] næringarfræðingur
Björn Gunnarsson[3,4] læknir
Ingibjörg Jónsdóttir[1] ljósmóðir
Þórhallur Ingi Halldórsson[5,6] faraldsfræðingur
Alexander Kr. Smárason[1,3] læknir

[1]Fæðingadeild Sjúkrahússins á Akureyri, [2]deild mennta og vísinda á Sjúkrahúsinu á Akureyri, [3]Heilbrigðisvísindastofnun Háskólans á Akureyri, [4]svæfinga- og gjörgæsludeild Sjúkrahússins á Akureyri, [5]rannsóknarstofu Landspítala í næringarfræði, [6]matvæla- og næringarfræðideild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Kamilla Dóra Jónsdóttir, *kamilladorajonsdottir@gmail.com*

Rannsókn þessi er unnin á fæðingadeild Sjúkrahússins á Akureyri.

Greinin barst til blaðsins 1. nóvember 2023, samþykkt til birtingar 6. mars 2024.

ÁGRIP

INNGANGUR

Ofþyngd og offita barnshafandi kvenna er ört vaxandi lýðheilsuvandamál um allan heim, að Íslandi meðtöldu. Meðgöngukvillar og frávik í fæðingu eru algengari meðal þessara kvenna. Markmið rannsóknarinnar var að skoða þróun líkamsþyngdar við upphaf meðgöngu meðal kvenna á Norðurlandi 2004 til 2022, og hvort marktæk breyting hafi orðið á algengi ofþyngdar og offitu í þessum hópi.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin var afturskyggn þversniðsrannsókn gerð á konum búsettum á Norðurlandi sem fæddu á Sjúkrahúsinu á Akureyri 2004 til 2022 (N=7410). Upplýsingar um aldur, fjölda fyrri fæðinga, hæð og þyngd móður fyrir meðgöngu voru fengnar úr fagrýnisgrunni fæðingardeildar Sjúkrahússins á Akureyri. Líkamsþyngdarstuðull (LÞS) kvennanna var reiknaður út frá uppgefinni hæð og þyngd, og miðgildi LÞS ásamt hlutfalli (%) kvenna í hverjum LÞS-flokki var reiknað fyrir fjögur árabil.

NIÐURSTÖÐUR

Miðgildi LÞS hækkaði úr 24,5 kg/m^2 á árunum 2004-2008 í 26,2 kg/m^2 á síðasta árabilinu, 2019-2022. LÞS hækkaði að jafnaði um 0,15 kg/m^2 með hverju ári sem leið ($p<0,001$). Algengi kjörþyngdar lækkaði úr 53% í 40%. Samsvarandi hliðraðist dreifingin milli LÞS-flokka öll í átt að hærri LÞS, en hlutfall kvenna í offituflokki 1 (LÞS 30,0-34,9) fór úr 12,8% í 17,3%. Hlutfall kvenna tvöfaldaðist (3,7% í 8,1%) í offituflokki 2 (LÞS 35,0-39,9) og þrefaldaðist (1,6% í 4,8%) í offituflokki 3 (LÞS ≥40,0).

ÁLYKTUN

Líkamsþyngd barnshafandi kvenna á Norðurlandi hefur aukist jafnt og þétt síðastliðin 19 ár og eru nú 30% þeirra með offitu við upphaf meðgöngu. Mikilvægt er að skoða nánar áhrif þessa á meðgöngu og fæðingu, og hvernig minnka megi þau áhrif og snúa þróuninni við.

Inngangur

Ofþyngd og offita barnshafandi kvenna er ört vaxandi lýðheilsuvandamál um allan heim og er Ísland þar ekki undanskilið. Í nýlegri, viðamikilli rannsókn var algengi ofþyngdar (líkamsþyngdarstuðull (LÞS) ≥25,0) og offitu (LÞS ≥30,0) hjá barnshafandi konum 23,0% og 16,3% á heimsvísu.[1] Á Íslandi er staðan svipuð, en í gögnum frá árunum 2015 og 2016 voru 24% kvenna í ofþyngd og 19% með offitu í upphafi meðgöngu.[2]

Konur sem hefja meðgöngu í ofþyngd eða með offitu eru líklegri en konur í kjörþyngd til að fá meðgöngukvilla, svo sem meðgöngusykursýki, meðgönguháþrýsting og meðgöngueitrun, og eykst þessi áhætta með hækkandi LÞS.[3-5] Einnig eru konur í ofþyngd og með offitu líklegri en konur í kjörþyngd til þess að fæða þungbura og nýbura sem eru stórir fyrir meðgöngulengd (*large-for-gestational age*).[3-6] Framköllun fæðingar, fæðing með keisaraskurði og áhaldafæðingar eru einnig algengari hjá þessum konum samanborið við konur í kjör-

Tafla I. Bakgrunnsbreytur kvenna sem fæddu á Sjúkrahúsinu á Akureyri árin 2004 til 2022.

		Tímabil og ár			
		1	2	3	4
	Allt þýðið	2004-2008	2009-2013	2014-2018	2019-2022
Fjöldi, N (%)	7105	1903 (26,8)	1987 (28,0)	1698 (23,9)	1517 (21,4)
Frumbyrjur, n (%)	2695 (37,9)	710 (37,3)	721 (36,3)	615 (36,3)	649 (42,8)
Aldur í árum[a]	28,7 (5,4)	28,3 (5,5)	28,8 (5,6)	28,9 (5,3)	28,8 (5,2)
Hæð í cm[a]	166,7 (5,9)	166,6 (5,6)	166,8 (5,9)	166,6 (5,9)	166,9 (6,0)
Þyngd fyrir meðgöngu í kg[a]	73,9 (16,6)	71,2 (14,8)	72,8 (15,9)	75,1 (17,3)	77,3 (17,9)
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m^2)[b]					
Frumbyrjur	24,7 (6,6)	24,2 (6,4)	24,3 (6,1)	25,0 (7,1)	25,6 (8,0)
Fjölbyrjur	25,6 (7,4)	24,7 (6,5)	25,4 (6,8)	26,0 (7,8)	26,9 (8,2)
Allur hópurinn	25,2 (7,2)	24,5 (6,5)	24,9 (6,6)	25,6 (7,4)	26,2 (8,3)
Dreifing innan LÞS-flokka, n (%)					
Undirþyngd (LÞS <18,5)	119 (1,7)	37 (1,9)	38 (1,9)	31 (1,8)	13 (0,9)
Kjörþyngd (LÞS 18,5-24,9)	3312 (46,6)	1009 (53,1)	968 (48,7)	733 (43,2)	602 (39,7)
Ofþyngd (LÞS 25,0-29,9)	2015 (28,4)	511 (26,9)	573 (28,8)	487 (28,7)	444 (29,3)
Offita – flokkur I (LÞS 30,0-34,9)	1028 (14,5)	244 (12,8)	266 (13,4)	256 (15,1)	262 (17,3)
Offita – flokkur II (LÞS 35,0-39,9)	414 (5,8)	71 (3,7)	97 (4,9)	123 (7,2)	123 (8,1)
Offita – flokkur III (LÞS ≥40,0)	217 (3,1)	31 (1,6)	45 (2,3)	68 (4,0)	73 (4,8)

[a]meðaltal (staðalfrávik), [b]miðgildi (fjórðungaspönn)

þyngd.[3,4,7] Auk þess eru vísbendingar um að þyngd móður á meðgöngu geti haft áhrif á þyngd og heilsufar barnsins seinna meir. Börn kvenna með offitu eru til dæmis líklegri til að glíma sjálf við offitu og fá hjarta- og æðasjúkdóma, efnaskiptasjúkdóma, astma og taugaþroskaraskanir síðar á lífsleiðinni, samanborið við börn kvenna í kjörþyngd á meðgöngu.[6,8]

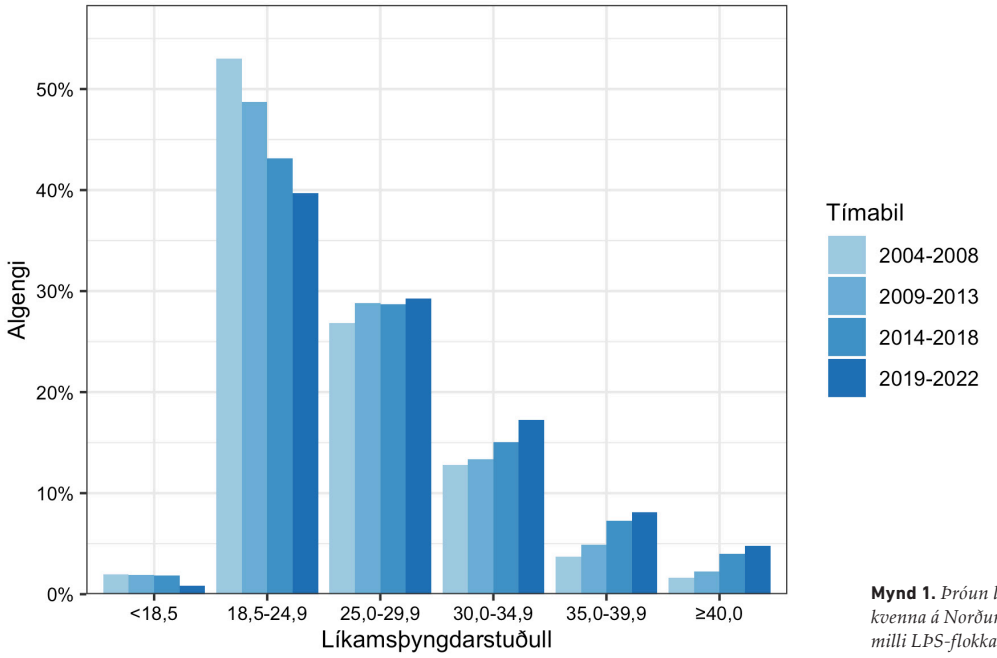
Í ljósi mögulegra áhrifa ofþyngdar og offitu á barneignarferlið og framtíðarheilsu afkomenda, sem og þeirra breytinga á hlutfalli landsmanna með ofþyngd og offitu sem hafa átt sér stað á undanförnum árum[9,10], er mikilvægt að skoða með markvissum hætti þá þróun sem hefur átt sér stað meðal barnshafandi kvenna hér á landi. Markmið rannsóknarinnar var því að kortleggja þróun líkamsþyngdar barnshafandi kvenna við upphaf meðgöngu á Norðurlandi síðastliðin 19 ár, frá 2004 til 2022, og skoða hvort marktæk breyting hafi orðið á LÞS og algengi ofþyngdar og offitu í þessum hópi.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn þversniðsrannsókn á öllum konum sem fæddu á Sjúkrahúsinu á Akureyri (SAk) frá 1. janúar 2004 til 31. desember 2022. Alls fæddu 8063 konur 8168 börn á tímabilinu. Á SAk fæða flestar konur sem búsettar eru á svæðinu frá Blönduósi að Vopnafirði (það er í póstnúmerum 540-691) en konur á Norður- og Austurlandi sem búsettar eru utan þessa svæðis fæða oft á SAk séu vissir áhættuþættir til staðar. Offita er einn þessara áhættuþátta og til þess að forðast bjögun voru þessar konur (n=653) útilokaðar úr þýðinu. Heildarfjöldi kvenna í þýðinu eftir útilokanir var 7410. Hæð eða þyngd fyrir meðgöngu vantaði í 305 tilvikum, sem voru því einnig útilokuð, en dreifing þessara tilvika var jöfn yfir allt tímabilið. Endanleg stærð þýðisins til tölfræðilegrar úrvinnslu var 7105 konur, eða 88% af öllum konum sem fæddu á SAk á tímabilinu.

Gögn rannsóknarinnar voru fengin úr rafrænum fagrýnisgrunni fæðingardeildar sem er byggður á fæðingarritum. Við stofnun mæðraskrár, sem oftast er á fyrsta þriðjungi meðgöngu, eru skráðar helstu bakgrunnsbreytur móður. Þar á meðal er aldur, fjöldi fyrri fæðinga (*parity*), hæð og uppgefin þyngd fyrir meðgöngu (venjuleg þyngd). Í öllum fæðingum á SAk er síðan fyllt út eyðublað, fæðingarrit, sem inniheldur hið eiginlega fæðingarrit (*partogram*) ásamt helstu upplýsingum úr mæðraskránni, sem og upplýsingar um framgang og inngrip í fæðingunni. Þessar upplýsingar eru færðar án persónuauðkenna í rafrænan fagrýnisgrunn fæðingadeildar, sem varðveittur er eins og önnur sjúkraskrárgögn, og nýtist sérstaklega við fagrýni og ársskýrslugerð deildarinnar.

Við skoðun á þróun holdafars var notaður líkamsþyngdarstuðull sem var reiknaður út frá hæð og uppgefinni venjulegri þyngd með formúlunni LÞS = kg/m^2. Flokkun Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar á LÞS má sjá í töflu I en flokkarnir eru 6: undirþyngd (LÞS <18,5), kjörþyngd (LÞS 18,5-24,9), ofþyngd



Mynd 1. *Þróun líkamsþyngdarstuðuls (LÞS) barnshafandi kvenna á Norðurlandi við upphaf meðgöngu og dreifingin á milli LÞS-flokka 2004-2022.*

(LÞS 25,0-29,9), offituflokkur I (LÞS 30,0-34,9), offituflokkur II (LÞS 35,0-39,9) og offituflokkur III (LÞS ≥40,0).[11] Viðmið og nöfn flokka hafa verið nokkuð á reiki, til að gæta samræmis við fyrri rannsóknir og umfjöllun eru hér notuð orðin *ofþyngd*, um þann flokk sem á ensku er nefndur *overweight* (LÞS 25,0-29,9), og *offita* fyrir *obesity* (LÞS ≥30,0).

Flokkabreytum var lýst með hlutföllum (%), samfelldum breytum var lýst með meðaltali og staðalfráviki þegar dreifing þeirra var nánast samhverf, en með miðgildi og fjórðungsspönnum þegar dreifing þeirra var skekkt. Breytingar á LÞS á tímabilinu voru metnar með því að skipta rannsóknartímabilinu í fjögur árabil (tafla I) og bera saman miðgildi LÞS og hlutföll innan einstakra LÞS-flokka á milli árabila. Til að meta þróun LÞS á tímabilinu (ártal) að teknu tilliti til aldurs konu (ár) og fjölda fyrri fæðinga (frumbyrjur eða fjölbyrjur) var gerð fjölþátta línuleg aðhvarfsgreining með þessum skýribreytum.

Myndir og tölfræðiútreikningar voru gerðir í forritinu RStudio og niðurstöður taldar marktækar ef p-gildi var undir 0,05. Siðanefnd heilbrigðisrannsókna á SAk veitti leyfi fyrir rannsókninni (nr. 2022-01).

Niðurstöður

Meðalaldur þátttakenda var 28,7 ár, meðalhæð 166,7 cm og meðalþyngd 73,9 kg. Í heild voru 37,9% þýðisins frumbyrjur. Hlutfall frumbyrja hélst nánast stöðugt á fyrstu þremur tímabilunum og var 36-37% en hækkaði í 43% á tímabilinu 2019-2022 (tafla I).

Meðal líkamsþyngd jókst jafnt og þétt á rannsóknartímabilinu. Miðgildi LÞS var 24,5 kg/m^2 á fyrsta árabilinu, en tæplega tveimur einingum hærra á því síðasta eða 26,2 kg/m^2. Þetta er í samræmi við þá breytingu sem hefur orðið á meðalþyngd, sem hækkaði um rúmlega 6 kg. Við línulega aðhvarfsgreiningu (tafla II) sem lýsir sambandinu á milli LÞS og ártals, aldurs og hvort kona hafi fætt áður, kemur fram að LÞS hækkaði að jafnaði um 0,15 kg/m^2 með hverju ári sem leið, að teknu tilliti til annarra breyta í líkaninu (p<0,001). LÞS hækkaði nánast jafn mikið með hverju ári sem kona eltist og fjölbyrjur höfðu að jafnaði hærri LÞS en frumbyrjur. Marktæk víxlverkun var á milli aldurs og hvort kona hafði fætt áður og tekur líkanið þetta með í reikninginn: áhrif hækkandi aldurs til aukningar á LÞS voru minni hjá fjölbyrjum en frumbyrjum.

Ef horft er á þróun í flokkun kvenna í rannsóknarhópnum eftir LÞS fyrir árabilin má sjá að algengi undirþyngdar og kjörþyngdar hefur lækkað og algengi ofþyngdar og offitu hækkað og hefur öll dreifingin hliðrast í átt að hærri LÞS (mynd 1). Á fyrsta árabilinu voru 53% kvennanna í kjörþyngd, en á því síðasta var hlutfallið 40%. Hlutfallsleg breyting í ofþyngdar- og offituflokkunum þremur fór vaxandi eftir því sem ofar dró í LÞS. Þannig hækkaði hlutfall kvenna í offituflokki I úr 12,8% í 17,3%, hlutfall kvenna í offituflokki II tvöfaldaðist úr 3,7% í 8,1%, og hlutfallið í offituflokki III rúmlega þrefaldaðist á tímabilinu og fór úr 1,6% í 4,8%.

Umræða

Rannsóknin sýnir að á síðastliðnum 19 árum hefur hlutfall kvenna í kjörþyngd við upphaf meðgöngu á Norðurlandi lækkað um fjórðung, úr 53% í 40%, og í takt við þessa þróun hefur öll dreifingin á milli LÞS-flokka hliðrast í átt að hærri LÞS. Hlutfall kvenna yfir kjörþyngd hefur aukist um þriðjung og miðgildi líkamsþyngdarstuðuls hefur hækkað um tæpar tvær einingar, frá 24,5 í 26,2. Þessar breytingar verða ekki skýrðar með breytingu á aldri eða hvort kona hafi fætt áður.

Ekki hafa einungis orðið miklar breytingar hvað varðar líkamsþyngd kvenna á Norðurlandi á þessu 19 ára tímabili,

en í óbirtum niðurstöðum frá SAk fyrir árin 1972 til 1975 (N = 1246) kemur fram að 80% kvenna sem fæddu á SAk voru í kjörþyngd við upphaf meðgöngu og einungis 12% í ofþyngd eða með offitu á þessum árum (erindi Laufeyjar Hrólfsdóttur á Sjónauka Háskólans á Akureyri 14. maí 2020). Víða erlendis má sjá sambærilega þróun hvað varðar dreifingu innan LÞS-flokka og eru tölur frá Bandaríkjunum hvað líkastar okkar niðurstöðum.[12,13] Hjá nágrannaþjóðum okkar á Norðurlöndunum er staðan hins vegar allt önnur. Í Danmörku og Noregi er rúmlega ein af hverjum sex konum með offitu við upphaf meðgöngu samanborið við eina af hverjum þremur konum í okkar þýði.[14,15] Í þessum sömu niðurstöðum frá Danmörku kemur fram að 12,4% kvenna hafi verið með offitu við upphaf meðgöngu árið 2004, samanborið við 18,1% á fyrsta tímabilinu í okkar rannsókn. Algengi offitu við upphaf meðgöngu hefur því aukist um 25% í Danmörku en um 67% á Norðurlandi yfir sama tímabil, frá 2004 til 2022.[15]

Undanfarin 20 ár hefur reglulega verið rætt um muninn á holdafari einstaklinga á höfuðborgarsvæðinu og á landsbyggðinni og eru vísbendingar um að konur á landsbyggðinni séu þyngri en kynsystur þeirra á höfuðborgarsvæðinu.[16-18] Slíkan mun má einnig sjá í niðurstöðum fyrir barnshafandi konur í nágrannalöndum okkar en árið 2022 var meðal LÞS við upphaf meðgöngu 25,1 kg/m^2 í Noregi fyrir allt landið en 23,8 kg/m^2 í Osló og svipaðar tölur má sjá sama ár í Danmörku.[14,15] Okkar niðurstöður benda einnig til þess að barnshafandi konur á Norðurlandi séu þyngri en landsmeðaltalið, en í tölum frá Embætti landlæknis fyrir allt landið árið 2020 voru 23% barnshafandi kvenna með LÞS ≥30 við upphaf meðgöngu samanborið við 30,2% í okkar rannsókn.[19] Hugsanlega tengist þessi munur fæðuvali en íslensk rannsókn frá 2015 sýndi að fæði fólks innan höfuðborgarsvæðisins sé nær ráðleggingum um mataræði en utan höfuðborgarsvæðisins.[18] Fyrri rannsóknir benda ekki til þess að þetta tengist ólíku menntunarstigi.[16] Mögulega er aðgengi að sérhæfðri heilbrigðisþjónustu og heilsueflandi forvörnum minna á landsbyggðinni. Á höfuðborgarsvæðinu er til dæmis starfræktur heilsuskóli fyrir börn með offitu og fjölskyldur þeirra en sambærileg úrræði eru takmörkuð á Norðurlandi.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að hlutfall kvenna í undirþyngd við upphaf meðgöngu hefur lækkað úr 2% í 1%, sem er jákvæð þróun, en konur sem hefja meðgöngu í undirþyngd eru í aukinni áhættu á því að eiga léttbura (skilgreint sem fæðingarþyngd <2500 grömm) og vaxtarskerta nýbura (*small-for-gestational age*) samanborið við konur í kjörþyngd.[3,20] Einnig eru vísbendingar um að fyrirmálsrifnun himna og fyrirburafæðingar séu algengari hjá konum undir kjörþyngd.[20,21]

Hlutfall kvenna með offitu hefur hækkað úr 18% í 30% á þessu 19 ára tímabili. Mæður með offitu eru líklegri til þess að eignast þyngri börn, sem svo eru líklegri til þess að þróa með sér offitu síðar á lífsleiðinni.[6] Okkar niðurstöður endurspegla því ekki einungis núverandi stöðu ofþyngdar og offitu meðal barnshafandi kvenna á Norðurlandi, heldur gefa þær einnig vísbendingar um mögulega þróun hjá komandi kynslóðum. Niðurstöður nýlegra rannsókna benda til þess að fræðilega mætti fyrirbyggja um 60% af algengi ofþyngdar og offitu hjá

Tafla II. Niðurstöður fjölþátta línulegrar aðhvarfsgreiningar sem lýsir sambandinu á milli líkamsþyngdarstuðuls (LÞS) og ártals, aldurs og fjölda fyrri fæðinga.

Stuðlar	ß*	95% öryggismörk
Ártal [ár]	0,15	0,12 – 0,17
Aldur [ár]	0,16	0,11 – 0,20
Átt barn áður [já]	2,69	1,13 – 4,25
Aldur x átt barn áður	-0,09	-0,14 – -0,03

*Aukning í LÞS (kg/m^2) fyrir hverja 1-árs aukningu (ártal og aldur). Hallatalan fyrir „átt barn áður" gefur meðalmun á LÞS fjölbyrja og frumbyrja.

börnum og ungmennum ef móðir í ofþyngd eða með offitu nær kjörþyngd fyrir meðgöngu og þyngist innan eðlilegra marka á meðgöngu.[22,23]

Konur sem hefja meðgöngu í ofþyngd eða með offitu eru einnig líklegri til þess að glíma við ýmis vandamál á meðgöngu og í fæðingunni samanborið við konur í kjörþyngd.[3-7] Þrátt fyrir þessa auknu áhættu fær meirihluti þessara kvenna ekki meðgöngukvilla en nýlegar rannsóknir benda til þess að vissir þættir geti spáð fyrir um hvernig meðgangan muni þróast hjá þessum hópi.[24] Íslensk rannsókn á þessu sviði sýndi til að mynda að konur í ofþyngd eða með offitu sem fylgdu heilsusamlegu mataræði, sem er í samræmi við almennar ráðleggingar Embætti landlæknis, reyndust ekki vera í meiri hættu á að fá meðgöngusykursýki miðað við konur í kjörþyngd.[25,26] Skimun fyrir fæðuvali í upphafi meðgöngu stuðlar að markvissari ráðleggingum um næringu óháð þyngd en hér á landi hefur verið þróað einstakt skimunartæki sem byggir á íslenskum rannsóknum.[27] Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins vinnur nú að því að innleiða þennan lista en vonandi verður þessi skimun í boði bráðlega fyrir allar barnshafandi konur á Íslandi. Einnig hefur hreyfing á meðgöngu verið tengd við minni áhættu á meðgöngusykursýki, meðgönguháþrýstingi og fyrirburafæðingu, og hefur jafnframt jákvæð áhrif á andlega líðan móður á meðgöngu.[28] Nýleg rannsókn frá Finnlandi sýndi til að mynda að fyrirbyggja megi meðgöngusykursýki hjá konum með offitu í um 40% tilfella með lífsstílsbreytingum sem fela í sér hreyfingu við miðlungs ákefð og næringarráðgjöf.[29] Þessar niðurstöður benda til þess að nauðsynlegt sé að skoða betur lífsstíl og fæðuval barnshafandi kvenna fremur en að einblína bara á þyngdina.

Orsakir offitu eru margþættar og flókið samspil umhverfis og erfða. Svefn, álag, áföll og heilsuhegðun eru mikilvægir þættir í þessu sambandi en ekki má gleyma að fordómar spila einnig hlutverk í þyngdarstjórnun.[30] Einstaklingar með offitu mæta oft fordómum, bæði innan heilbrigðiskerfisins og utan, og eru barnshafandi konur með offitu þar ekki undanskildar.[31] Nýlegar rannsóknir benda til þess að fordómar og virðingarleysi heilbrigðisstarfsfólks hafi verri áhrif á allar útkomur tengdar meðgöngu og fæðingu, og eins geta fordómar gegn offitu valdið verri andlegri líðan og verri heilsuhegðun, og þar með leitt til frekari þyngdaraukningar.[32,33] Þetta ber að hafa í huga í allri umræðu um offitu, hvort sem um ræðir barnshafandi konur eða aðra skjólstæðinga, þar sem fordómafullar athugasemdir og virðingarleysi geta haft þveröfug

og neikvæð áhrif.[34] Til að bæta þjónustu í mæðravernd og heilbrigðisþjónustu almennt er ákaflega mikilvægt að skoða hvernig hægt er að efla fræðslu meðal heilbrigðisstarfsfólks, sem og ráðgjöf til skjólstæðinga, stuðla að bættum forvörnum og draga úr neikvæðum áhrifum offitu á jákvæðan hátt og af virðingu.

Meðal takmarkana þessarar rannsóknar er að upplýsingar um hæð og þyngd móður fyrir meðgöngu eru fengnar frá konunum sjálfum. Nýlegar rannsóknir á sambærilegu þýði sýna að 85% kvenna lenda í réttum LÞS-flokki þegar sjálfsmat á þyngd er borið saman við mælda þyngd. Konur í kjörþyngd eru líklegastar til þess að meta þyngd sína rétt, konur í undirþyngd eru líklegri til þess að ofmeta þyngd sína og konur yfir kjörþyngd eru líklegri til þess að vanmeta þyngd sína og hefur þetta vanmat tilhneigingu til þess að aukast með hækkandi LÞS.[35,36] Við teljum þó að þetta hafi ekki veruleg áhrif á meginniðurstöður rannsóknarinnar, þar sem gera má ráð fyrir því að sama skekkjan gildi yfir allt tímabilið, svo sú þróun sem hér sést endurspeglar líklega þá þróun sem raunverulega hefur átt sér stað.

Helsti styrkleiki okkar rannsóknar er að hún nær yfir langt tímabil, þýðið er stórt og nær yfir allar konur sem fætt hafa á SAk síðastliðin 19 ár. Skráningar í fagrýnisgrunn fæðingadeildar SAk hafa verið staðlaðar og framkvæmdar af einungis forstöðulækni og yfirljósmóður á sama máta frá árinu 2004. Skráningarnar eru villuprófaðar á hverju ári við vinnslu ársskýrslu deildarinnar og einnig voru gögnin villuprófuð og leiðrétt eins og við átti við upphaf gagnavinnslu rannsóknarinnar. Annar styrkleiki rannsóknarinnar er sá að 95% kvenna á Norðurlandi fæða í sinni heimabyggð (á SAk) og þýðið endurspeglar því vel konur á Norðurlandi.[19]

Ályktun

Við upphaf meðgöngu eru konur á Norðurlandi nú að meðaltali 6 kg þyngri en fyrir 19 árum og hlutfall kvenna yfir kjörþyngd hefur hækkað um þriðjung. Þannig er nú um það bil þriðja hver kona með LÞS ≥30 við upphaf meðgöngu. Í ljósi þeirrar þróunar og mögulegra neikvæðra áhrifa þessa á meðgöngu, fæðingu og framtíðarheilsu afkvæma, er mikil þörf á að efla vinnu við fræðslu og forvarnir allt frá unga aldri. Sömuleiðis er mikilvægt að efla fræðslu heilbrigðisstarfsfólks á þessu sviði og huga að íhlutunum á öllum stigum heilbrigðisþjónustu. Þegar kemur að meðgöngu þarf að leita ráða til þess að takmarka áhættuþætti sem eru breytanlegir óháð þyngd, svo sem með skimun fyrir fæðuvali og næringarráðgjöf í mæðravernd og hvatningu til hreyfingar. Einnig gæti stofnun Heilsuskóla á Norðurlandi fyrir fjölskyldur barna með offitu verið mikilvægt skref til að sporna við þessari þróun, efla heilsu og minnka áhættuþætti til lengri tíma.

Þakkir

Sérstakar þakkir fá Vísindasjóður Sjúkrahússins á Akureyri og Vísindasjóður Háskólans á Akureyri fyrir veitta styrki við gerð rannsóknarinnar.

Prevalence and Trends in Prepregnancy Overweight and Obesity in Northern Iceland 2004-2022

doi 10.17992/lbl.2024.04.789

Kamilla Dóra Jónsdóttir[1]
Laufey Hrólfsdóttir[2,3]
Björn Gunnarsson[3,4]
Ingibjörg Jónsdóttir[1]
Þórhallur Ingi Halldórsson[5,6]
Alexander Kr. Smárason[1,3]

[1]Department of Gynecology, Akureyri Hospital, Iceland, [2]Department of Education and Science, Akureyri Hospital, Iceland, [3]Institute of Health Science Research, University of Akureyri and Akureyri Hospital, Iceland, [4]Department of Anesthesia and Critical Care Medicine, Akureyri Hospital, Iceland, [5]Unit for Nutrition Research, Landspitali University Hospital, [6]Faculty of Food Science and Nutrition, University of Iceland.

Correspondence: Kamilla Dóra Jónsdóttir, *kamilladorajonsdottir@gmail.com*

Key words: *prepregnancy body mass index, Iceland/epidemiology, obesity, overweight, pregnancy.*

INTRODUCTION: Prepregnancy overweight and obesity is an increasing public health issue worldwide, including Iceland, and has been associated with higher risk of adverse maternal and birth outcomes. The aim of this study was to investigate trends in prepregnancy weight amongst women in North Iceland from 2004 to 2022, and the prevalence of overweight and obesity in this population.

MATERIAL AND METHODS: This retrospective cross-sectional study included all women who gave birth at Akureyri Hospital in North Iceland between 2004 and 2022 (N = 7410). Information on age, parity, height, and prepregnancy weight was obtained from an electronic labour audit database. Body mass index (BMI) was calculated from self-reported height and weight, and the median BMI and proportions in each of the six BMI categories were calculated for four time periods.

RESULTS: Median BMI increased significantly from 24.5 kg/m^2 in 2004-2008 to 26.2 kg/m^2 in 2019-2022. On average, BMI increased by 0.15 kg/m^2 with each passing year ($p<0.001$). The prevalence of normal weight decreased from 53% to 40% and the entire BMI distribution shifted towards a higher BMI. The proportion of women in obesity class I (BMI 30.0 – 34.9) increased from 12.8% to 17.3%, the proportion of women in obesity class II (BMI 35.0 – 39.9) doubled (3.7% to 8.1%) and tripled in obesity class III (BMI ≥ 40.0; 1.6% to 4.8%).

CONCLUSION: Prepregnancy weight of women in Northern Iceland has gradually increased over the last 19 years and 30% of pregnant women are now classified as obese. Further studies on the subsequent effects on maternal and birth outcomes are needed, with a focus on strategies to decrease adverse effects and reverse this trend.

Heimildir

1. Martínez-Hortelano JA, Cavero-Redondo I, Álvarez-Bueno C, et al. Monitoring gestational weight gain and prepregnancy BMI using the 2009 IOM guidelines in the global population: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20: 649.
2. Hrolfsdottir L, Gunnarsdottir I, Birgisdottir BE, et al. Can a simple dietary screening in early pregnancy identify dietary habits associated with gestational diabetes? Nutrients 2019; 11: 1868.
3. Li N, Liu E, Guo J, et al. Maternal Prepregnancy Body Mass Index and Gestational Weight Gain on Pregnancy Outcomes. PLoS One 2013; 8: e82310.
4. Elíasdóttir Ó J, Harðardóttir H, Þórkelsson Þ. Áhrif þyngdar verðandi mæðra á meðgöngu, fæðingu og nýbura. Læknablaðið 2010; 96: 691-6.
5. D'Souza R, Horyn I, Pavalagantharajah S, et al. Maternal body mass index and pregnancy outcomes: a systematic review and metaanalysis. Am J of Obstet Gynecol MFM 2019; 1: 100041.
6. Yu Z, Han S, Zhu J, et al. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. PloS One 2013; 8: e61627.
7. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. Obstet Gynecol 2004; 103: 219-24.
8. Godfrey KM, Reynolds RM, Prescott SL, et al. Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring. Lancet Diabetes Endocrinol 2017; 5: 53-64.
9. Sigbjörnsdóttir HB. Heilsa og heilbrigðisþjónusta á Íslandi í evrópskum samanburði - Country Health Profiles 2019. Embætti landlæknis, Reykjavík 2019.
10. Health at a Glance 2021: OECD Indicators Paris. OECD Publishing, París 2021.
11. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. World Health Organization 1998.
12. Wang MC, Freaney PM, Perak AM, et al. Trends in Prepregnancy Obesity and Association With Adverse Pregnancy Outcomes in the United States, 2013 to 2018. J Am Heart Assoc 2021; 10: e020717.
13. Deputy NP, Dub B, Sharma AJ. Prevalence and Trends in Prepregnancy Normal Weight - 48 States, New York City, and District of Columbia, 2011-2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2018; 66 (51-52): 1402-7.
14. Thomsen LCV. 40 prosent af kvinner som blir gravide i Norge er overvektige eller har fedme rett før svangerskapets start. Norwegian Institute of Public Health. 2023. https://www.fhi.no/nyheter/2023/40-prosent-av-kvinner-som-blir-gravide-i-norge-er-overvektige-eller-har-fedme-rett-for-svangerskapets-start/ - september 2023.
15. Nyfødte og fødsler (1997 -). Sundhedsdatastyrelsen. 2024. esundhed.dk/Emner/Graviditet-foedsler-og-boern/Nyfoedte-og-foedsler-1997-#tabpanel8870B21F0AD248ECB7EB2A9A69B1B5D9 – febrúar 2024.
16. Steingrímsdóttir L, Ólafsdóttir EJ, Jónsdóttir LS, et al. Reykingar, holdafar og menntun kvenna í borg og bæ. Læknablaðið 2010; 96: 259-64.
17. Sigurðsson EL, Pálsdóttir K, Sigurðsson B, et al. Áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma meðal fimmtugra á Akureyri og í Hafnarfirði. Staða og áhrif einfaldrar íhlutunar. Læknablaðið 2003; 89: 859-64.
18. Guðjónsdóttir H, Halldórsson ÞI, Gunnarsdóttir I, et al. Áhrif búsetu og menntunar á mataræði og líkamsþyngdarstuðul kvenna og karla. Læknablaðið 2015; 101: 11-6.
19. Elínardóttir SH, Eiríksdóttir VH, Sigbjörnsdóttir HB. Fæðingar og meðgöngutengdir sjúkdómar 2020. Embætti landlæknis, Reykjavík 2021.
20. Liu P, Xu L, Wang Y, et al. Association between perinatal outcomes and maternal prepregnancy body mass index. Obesity Rev 2016; 17: 1091-102.
21. Zhang J, An W, Lin L. The Association of Prepregnancy Body Mass Index with Pregnancy Outcomes in Chinese Women. J Diabetes Res 2022; 8946971.
22. Hjorth MF, Helbo AS, Astrup A. Prevention and management of obesity in a lifetime perspective. Dan Med J 2023; 70: A03230164.
23. Voerman E, Santos S, Patro Golab B, et al. Maternal body mass index, gestational weight gain, and the risk of overweight and obesity across childhood: An individual participant data meta-analysis. PLoS Med 2019; 16: e1002744.
24. Relph S, Guo YF, Harvey ALJ, et al. Characteristics associated with uncomplicated pregnancies in women with obesity: a population-based cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 2021; 21: 10.
25. Tryggvadottir EA, Medek H, Birgisdottir BE, et al. Association between healthy maternal dietary pattern and risk for gestational diabetes mellitus. Eur J Clin Nutr 2016; 70: 237-42.
26. Ólafsdóttir A, Gísladóttir E, Þorgeirsdóttir H, et al. Ráðleggingar um mataræði fyrir fullorðna og börn frá tveggja ára aldri. 5. útg. Embætti landlæknis, Reykjavík 2021.
27. Gunnarsdóttir GA. Fyrst í heiminum til að skima fæðuval í upphafi meðgöngu? Ingibjörg Gunnarsdóttir vinnur að því. Læknablaðið 2023; 109: 304-6.
28. Gascoigne EL, Webster CM, Honart AW, et al. Physical activity and pregnancy outcomes: an expert review. Am J Obstet Gynecol MFM 2023; 5: 100758.
29. Koivusalo SB, Rönö K, Klemetti MM, et al. Gestational diabetes mellitus can be prevented by lifestyle intervention: the Finnish Gestational Diabetes Prevention Study (RADIEL) a randomized controlled trial. Diabetes Care 2016; 39: 24-30.
30. Sveinsdóttir E, Sævarsdóttir H, Thors H. Klínískar leiðbeiningar um meðferð fullorðinna einstaklinga með offitu. Embætti landlæknis í samstarfi við Félag fagfólks um offitu. Reykjavík 2020.
31. Incollingo Rodriguez AC, Smieszek SM, Nippert KE, et al. Pregnant and postpartum women's experiences of weight stigma in healthcare. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20: 499.
32. Hill B, Incollingo Rodriguez AC. Weight Stigma across the Preconception, Pregnancy, and Postpartum Periods: A Narrative Review and Conceptual Model. Semin Reprod Med 2020; 38: 414-22.
33. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nat Med 2020; 26: 485-97.
34. Incollingo Rodriguez AC, Dunkel Schetter C, Brewis A, et al. The psychological burden of baby weight: Pregnancy, weight stigma, and maternal health. Soc Sci Med 2019; 235: 112401.
35. Bannon AL, Waring ME, Leung K, et al. Comparison of Self-reported and Measured Pre-pregnancy Weight: Implications for Gestational Weight Gain Counseling. Matern Child Health J 2017; 21: 1469-78.
36. Breland JY, Joyce VR, Frayne SM, et al. Differences in body mass index based on self-reported versus measured data from women veterans. Obes Sci Pract 2020; 6: 434-8.

Vísinda- og þróunarstyrkir
Vorúthlutun 2024

Félags íslenskra heimilislækna

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

Umsóknir um vorúthlutun fyrir styrkárið 2024 þurfa að berast sjóðnum **fyrir 22. apríl** næstkomandi. Umsóknir sem berast eftir þann tíma verða ekki teknar til greina.

Umsóknum ber að skila rafrænt til Margrétar Aðalsteinsdóttur (**margret@lis.is**), hjá Læknafélagi Íslands, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi, ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum eða framgangsskýrslu ef um endurumsókn sama verkefnis er að ræða.

Umsóknareyðublað er að finna á innra neti heimasíðu Læknafélagsins, **www.lis.is**, á heimasvæði FÍH.

Starfsstyrkir geta verið allt frá 1 til 12 mánaða í senn. Upphæð starfsstyrks miðast við fasta upphæð sem svarar til dagvinnulauna styrkþega og er þá tekið mið af menntun og starfsaldri, þó aldrei hærri en sem svarar dagvinnulaunum yfirlæknis í heilsugæslu. Sé styrkþegi starfandi á heilbrigðisstofnun innan heilsugæslunnar leggur stjórn Vísindasjóðsins til að styrkurinn verði greiddur beint til þeirrar stofnunar. Á móti komi að forsvarsmenn stofnunarinnar sjái til þess að styrkþegi haldi áfram starfi sínu, óbreyttum launum og réttindum, en fái jafnframt tíma til að sinna rannsóknarstörfum á dagtíma. Sjóðurinn veitir að jafnaði starfsstyrki til verkefna sem krefjast minnst tveggja mánaða vinnu eða meiri.

Við mat á umsóknum er lögð áhersla á að rannsóknarverkefnið sé á forsendum heilsugæslunnar. Sé um vísindaverkefni að ræða er einnig lögð áhersla á tengsl rannsakenda við heimilislæknisfræði Háskóla Íslands eða aðra akademíska háskólastofnun í heimilislækningum.

Nánari upplýsingar veitir

Emil L. Sigurðsson (emilsig@hi.is)

Stjórn Vísindasjóðs FÍH

Stuttar sjúkrasögur úr daglega lífinu

Elías Ólafsson
taugasjúkdómalæknir

Inngangur

Sjúkrasagan er mikilvægust við greiningu taugasjúkdóma og dugar oft til, en þarf að minnsta kosti að leiða til hugmynda að sjúkdómsgreiningu sem taugaskoðunin getur þá stundum staðfest eða hafnað. Dæmi: sagan bendir til Parkinson-sjúkdóms og skoðunin leiðir í ljós hægar hreyfingar (bradykinesiu), stífleika í útlimum og skert stöðuviðbrögð (extrapyramidal-einkenni). Stundum getur skoðunin útilokað ákveðnar greiningar. Dæmi: ef skyn er skert í fótum þá útilokar Babinski-svörun og spastisitet að um úttaugamein (*peripher neuropathy*) sé að ræða, en gera mænusjúkdóm líklega greiningu.

Hér fylgja stuttar sjúkrasögur sem sumar sýna gagnsemi skoðunar við greininguna. Þær byggja á sögu einstaklinga sem ég hef hitt á síðust áratugum, þótt atriðum sé breytt til að vernda þá. Flestar lýsa birtingarmynd sem taugalæknar sjá oft. Lýsingarnar eru mjög stuttar og fyrst og fremst gerðar til að vekja athygli á þessum fyrirbrigðum, en ekki til að ræða í smáatriðum.

Dregst aftur úr félögunum

65 ára gömul kona. Hraust þar til fyrir sex mánuðum er hún byrjaði að finna fyrir hægt vaxandi máttleysi og dofatilfinningu, fyrst í fótum og fótleggjum og síðan í höndum. Fór að dragast aftur úr félögunum í gönguferðum og síðan varð erfitt að ganga upp stiga án þess að nota hendurnar. Hún er óstöðug, sem versnar til muna við að loka augunum.

Við skoðun er væg kraftminnkun í höndum, einkum extension um fingur. Stendur nokkuð auðveldlega á hælum og tám, en erfitt að standa upp úr stól og getur ekki hoppað á öðrum fæti. Væg minnkun á stöðuskyni í tám og ekki finnast taugaviðbrögð (reflexar) í útlimum.

Þannig er hún með máttminnkun í nær (*proximal*) vöðvum og helstu skýringar á því eru: 1) Fjölvöðvabólga (*polymyositis*) vegna bólgu í vöðvum vegna sjálfsónæmis, en þá eru húðskyn og taugaviðbrögð eðlileg. 2) Vöðvaslensfár (*myasthenia gravis*) – þá eru oftast einnig sigin augnlok (*ptosis*) eða tvísýni, og skyn í útlimum er eðlilegt. 3) Mænusjúkdómur – einkennist af trufluðu skyni (náladofa) neðan línu sem liggur þvert yfir kvið eða bringu (*sensory level*) og Babinski-svörun. 4) Bólga í mýlisslíðri úttauga (*demyelinating polyneuropathy*), sem getur verið bráð (Guillain Barré sjúkdómur) eða langvarandi (*chronic inflammatory demyelinating polyneuropahty*, CIDP). Í báðum tilvikum er dæmigert að sjá skyntruflanir og skort á taugaviðbrögðum (areflexiu). Einkenni Guillain Barré ná hámarki á 1-2 vikum en hér hafa einkennin versnað á mörgum mánuðum og því er CIDP líklegasta greiningin.

Frekari staðfesting fæst síðan með taugamælingu. CIDP er sjálfsónæmissjúkdómur sem svarar oft meðferð. Í þessu tilfelli hurfu einkenni nær alveg eftir meðferð með mótefnum. Ætla má að 30-40 Íslendingar séu með CIDP á hverjum tíma.[1]

Vaxandi minnisleysi og grunur um Alzheimer-sjúkdóm

68 ára gömul kona. Vaxandi minnisleysi síðasta árið. Greint sem vitglöp og meðferð hafin með donepezil, en það hjálpaði ekki. Þegar einkennin höfðu staðið í nokkra mánuði verður fjölskyldan vör við að hún fær af og til stutt köst, sem standa í 1-2 mínútur. Hún verður eins og utan við sig, starir, smjattar og kyngir og endurtekur óskiljanleg orð og er síðan dösuð á eftir. Taugaskoðun er eðlileg og heilarit er eðlilegt og einnig segulómun af heila. Rannsókn í heilasírita sýnir dæmigerð ráðvilluflog *(complex partial).* Hafin er meðferð með flogalyfi og köstin hætta með öllu og minnið verður eðlilegt á um tveimur mánuðum.

Ráðvilluflog eiga oftast uppruna sinn í dreka (*hippocampus*) í gagnaugahluta heilans (*temporal lobus*). Þar myndar heilinn líka minningar og minnisleysi er algengt einkenni þessara floga, einkum ef þau eru tíð. Ætla má að nú séu um 400 Íslendingar með flog af þessu tagi.[2]

Klaufska í annarri hendi

59 ára gamall maður. Klaufska í hægri hendi síðustu mánuði. Byrjaði vægt en hefur ágerst og háir honum nú talsvert í vinnu, þar sem hann á í vaxandi erfiðleikum með að skrifa á tölvu. Ekki önnur einkenni, en nefnir þó að hann hafi endurtekið dottið af hestbaki upp á síðkastið, sem er nýtt, en hann hefur stundað hestamennsku frá barnsaldri.

Við skoðun er stífleiki í hægri handlegg, en ekki skjálfti og við skoðun (*pull test*) virðast stöðuviðbrögð eðlileg. Kraftar og sársauka- og stöðuskyn er eðlilegt.

Klaufska í hendi er fyrsta einkenni ýmissa taugasjúkdóma, og bæði kraftur og skyn getur þá verið eðlilegt. Þessir sjúkdómar geta verið í: 1) Hreyfibrautum – til dæmis vegna slags, mænusiggs (MS-sjúkdóms) eða heilaæxlis. Þá finnast oft einnig, önnur einkenni frá miðtaugakerfi (efri hreyfitauga-einkenni), svo sem Babinski, helftareinkenni, ofviðbrögð (*hyperreflexia*) eða spastisitet. 2) Extrapyramidal-kerfi og þá finnast gjarnan dæmigerð einkenni, bradykinesia, hvíldarskjálfti, tap á stöðuviðbrögðum, stífni í útlimum. 3) Litla heila og þá er samhæfing hreyfinga skert. 4) Stöðuskyn, truflast einkum við sjúkdóma í mýlisslíðri taugakerfisins, oftast í bakstrengjum mænu (MS, B12-vítamínskortur) eða úttaugum (sykursýki, CIDP).

Hann er með extrapyramidal-einkenni og klaufsku sem tengist hægum viðbrögðum tauga og bylturnar tengjast tapi á stöðuviðbrögðum. Hér sést hvernig sjúkrasagan er oft nærmari en skoðunin við að finna mikilvæg einkenni.

Parkinson-sjúkdómur (*idiopathic Parkinson disease*) er algeng orsök



Taugaskoðunarhamar

extrapyramidal-einkenna, og þá er dæmigert að einkenni byrji í annarri hliðinni eins og hér. Klaufskan í hendinni lagaðist til muna við meðferð með l-dopa (Sinemet®, Madopar®).

Flog í flugvél

Beðið er um aðstoð læknis í flugvél. Ung kona situr í miðjusæti, milli tveggja annarra farþega. Hún svarar ekki og virðist meðvitundarlaus. Kippir eru í báðum handleggjum, sem hún heldur krepptum um olnboga. Kemur til sjálfrar sín á innan við hálfri mínútu. Hún og eiginmaður lýsa því að hún hafi verið slæm af ógleði allan daginn og verið að kúgast þegar hún missti meðvitund.

Hún kemst strax til eðlilegrar meðvitundar, tjáir sig, skilur og hreyfir sig eðlilega, en erfitt er að koma við hefðbundinni taugaskoðun.

Tvær helstu skýringar á stuttu meðvitundarleysi með ósjálfráðum hreyfingum eru flog, eða yfirlið með kippum (*convulsive syncope*), sem getur þá ýmist verið *vasovagal*-yfirlið eða yfirlið vegna áhrifa frá hjarta (*cardiogen*-yfirlið). Í fljótu bragði bendir útlit kastsins hér til grand mal-flogs, en hún var mun fljótari að ná sér en algengast er við grand mal-flog. Þar sem hún var slæm af ógleði og kastaði upp rétt á undan var *vasovagal*-yfirlið líklegasta skýringin. Við nánari skoðun á sjúkrahúsi á áfangastað bentu ýtarlegar rannsóknir ekki til flogaveiki eða hjartasjúkdóms.

Skyndilegt tvísýni

60 ára gamall maður sá skyndilega tvöfalt fyrr um daginn. Hann er ekki með önnur einkenni, svo sem höfuðverk, ógleði, eða einkenni frá útlimum. Hann hefur alltaf verið hraustur og aldrei haft einkenni af þessu tagi áður.

Við skoðun sér hann tvöfalt þegar hann horfir lárétt til vinstri, sem hverfur þegar hann horfir til hægri. Þegar hann heldur fyrir annað augað (sama hvort) þá hverfur tvísýnið. Hann er ekki með sigin augnlok (*ptosis*) og augnhreyfingar virðast eðlilegar.

Sex vöðvar hreyfa hvort auga og truflun á samstillingu vöðvanna veldur tvísýni. Hver vöðvanna hreyfir augað í eina af sex höfuðstefnum. Orsökin getur verið í heilastofni (MS, slag, æxli), taugum til vöðvanna, á tauga-vöðvamótunum (*myasthenia gravis*) eða í vöðvunum sjálfum.

Hér var hámarkstvísýni þegar horft var lárétt til vinstri. Orsökin er þá annaðhvort í hliðlæga vöðvanum (*lateral rectus)* vinstra megin eða miðlæga vöðvanum (*medial rectus*) hægra megin. Sú myndanna tveggja sem er utar í sjónsviðinu kemur alltaf frá auganu sem er í vanda. Þegar hann setti hendina yfir vinstra auga þá hvarf sú mynd sem var utar til vinstri. Því er það hliðlægi rectus-vöðvinn á vinstra auga sem starfar ekki eðlilega.

Líklegasta skýringin hér er truflun á heilataug VI (*abducens*-taugin). Orsakir geta verið margvíslegar[3] og vel þekktar orsakir eru meðal annars þrýstingur frá innankúpuæðum hjá eldra fólki, hækkaður innankúpuþrýstingur (æxli, (*pseudotumor cerebri*)). Næsta skref er ýtarleg skoðun og blóðsýnataka (sykursýki?) og myndrannsóknir (segulómun af heilastofni og jafnvel augntóft).

Mikil þreyta og óeðlileg ökklaviðbrögð

30 ára gömul kona er send til taugalæknis vegna fjögurra mánaða versnandi heilsu. Mikil og vaxandi þreyta og úthaldsleysi sem gerir henni erfitt að sinna sínu starfi. Finnur fyrir stirðleika í kjálkaliðum og útlimum og jafnvel stjórnleysi á fótum. Aðspurð segist hún vera kulvísari og telur einnig að hárið sé heldur grófara en áður, en það gæti verið vegna áburðar sem hún hefur notað af og til við hármissi.

Við skoðun er áberandi hvað slökun er sein þegar slegið er á hásinar til þess að fá ökklaviðbrögð.

Sein slökun sinaviðbragða er þekkt einkenni vanstarfsemi á skjaldkirtli. Fengin var mæling á blóðgildi TSH (*thyroid stimulating hormone*) sem sýndi hækkun 88 (0,3-4,2) mIU/L. Þetta fyrirbrigði rekur sjaldan á fjörur taugalækna og ég hef ekki séð þetta oft á nú 40 árum.

Heimildir

1. Hafsteinsdottir B, Olafsson E. Incidence and Natural History of Idiopathic Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy: A Population-Based Study in Iceland. Eur Neurol 2016; 75: 263-8.
2. Olafsson E, Hauser WA. Prevalence of epilepsy in rural Iceland: a population-based study. Epilepsia 1999; 40: 1529-34.
3. Akagi T, Miyamoto K, Kashii S, et al. Cause and prognosis of neurologically isolated third, fourth, or sixth cranial nerve dysfunction in cases of oculomotor palsy. Jpn J Ophthalmol 2008; 52: 32-5.



Teymi Tómasar. Kijin Jang, Juan Ouyang, Meghna Vinod, Tinna Reynisdóttir, Katrín Möller, Sara Pöll Halldórsdóttir, Agnes Ulfig, Arnhildur Tómasdóttir, Hans Tómas Björnsson, Kaan Okay, og Jóhann Örn Thorarensen. Mynd/Birta Dröfn Jónsdóttir

Vísindi á heimsmælikvarða við endurbættar aðstæður

Það hillir undir síðustu handtökin tengd fyrsta vegvísaverkefni Rannís til að efla grunninnviði fyrir vísindastarf hér á landi. Hans Tómas Björnsson, einn þriggja sem leitt hefur verkefnið, segir vísindamenn nú geta sameinast í öflugri aðstöðu. Þeir þurfi ekki að dreifa kröftunum víða við misgóðar aðstæður

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Öflugir innviðir eru mikilvægir svo íslenskir vísindamenn geti stundað vísindi í heimsklassa og einnig til að tryggja að vísindafólk vilji koma heim með rannsóknir sínar," segir Hans Tómas Björnsson, yfirlæknir í klínískri erfðafræði við Landspítala og prófessor í færsluvísindum við Háskóla Íslands.

Hans Tómas hefur leitt eitt þeirra verkefna sem valið var sem vegvísir til uppbyggingar á öflugri vísindaaðstöðu hér á landi. Verkefnið hlaut hæsta styrkinn úr innviðasjóði Rannís í síðustu úthlutun. Honum til halds og trausts hafa verið Jóna Freysdóttir fyrir Landspítala og Eiríkur Steingrímsson fyrir Háskóla Íslands.

Aðstaðan, sem er hýst á fjórum stöðum, nýtist fyrir klínískar- og akademískar rannsóknir, sem og rannsóknir sprotafyrirtækja, og hlaut verkefnið 120 milljóna króna styrk, þann hæsta úr Innviðasjóði við úthlutun í janúar 2024. „Nú höfum við góð tæki á fáum stöðum sem margir geta nýtt," segir hann.

Allt að 60 komu að undirbúningi umsóknarinnar. Heildarúthlutun fyrir þennan vegvísi hefur verið 300 milljónir króna en þetta var síðasta úthlutun. Verkið er einn af sex vegvísum Rannís þar sem grunninnviðir í rannsóknarstarfi eru styrktir. Vegvísirinn nefnist *Frá sameindum til sniðlækninga: heildstæð aðstaða fyrir nútíma lífvísindi* en nú hefur verið auglýst eftir nýjum verkefnum á vegvísi.

Innviðir sem gera gagn

„Við höfum lagt áherslu á innviði sem gera gagn fyrir mjög marga: smásjár, raðgreiningu, frumuflokkun og tilraunadýraaðstöðu," segir Hans. Lífvísindasetur Háskóla Íslands heldur utan um þessa kjarnaaðstöðu en frumuflokkun og raðgreining er hýst á Landspítala, smásjáraðstaðan hjá Háskólanum og dýratilraunaaðstaða var byggð upp í samstarfi við þekkingarfyrirtækið ArcticLAS. Allir fjármunir voru nýttir til uppbyggingar aðstöðu sem á að nýtast öllu vísindasamfélaginu.

„Við notuðum þessa 120 milljón króna úthlutun til þess að kaupa vél sem getur mælt flúrljómun í frumum annars vegar og svo búnað sem tengist sviði sem heitir *optogenetics;* búnaður þar sem ljós er notað til að virkja taugafrumur í lifandi dýrum," segir hann. Þessi búnaður er sá fyrsti sinnar tegundar hér á landi. „Þetta tæki er á öllum stærri stöðum og opnar nú möguleika fyrir rannsakendur sem vilja nýta þá tækni."

Hans Tómas segir afar mikilvægt að vísindaumhverfi hér á landi sé samkeppnishæft við umheiminn. Aðstaðan sé grunnur að kjarnastarfsemi vísinda hér á landi. Viðhalda þurfi henni. „Svona græjur virka oft ekki nema í 10 ár þannig að það þarf alltaf að vera að endurnýja búnað og kaupa nýja tækni." Allir vísindamenn hér á landi geti nýtt þessa öflugu vísindaaðstöðu.

Vel heppnað verkefni

„Ég tel að þetta hafi verið mjög vel heppnað hjá Rannís," segir hann, og að tugir vísindamanna nýti nú hvert úrræði án endurgjalds. Sjálfur nýti hann aðstöðuna til rannsókna. „Já, sérstaklega tilraunadýra- og raðgreiningaraðstöðuna. Þar hafa framfarirnar verið miklar og mikilvægt að halda aðstöðunni í góðu standi."

Hans Tómas hefur allt frá því að hann kom heim til Íslands haft annan fótinn við Johns Hopkins-sjúkrahúsið í Baltimore þar sem hann starfaði áður. Þangað heldur hann í viku í mánuði eða tvær á tveggja mánaða fresti. Þaðan útskrifaðist hann úr mannerfðafræði 2007 og barnalækningum og klínískri erfðafræði árið 2012.

„Ég stunda þó orðið meira vísindi hér heima en úti," segir hann, en beðinn um samanburð segir hann ákveðna hluti ódýrari úti. Þar sé einnig meira aðgengi að rannsóknarfé. „Ég hef haft annan fótinn ytra til að halda mér við og hafa tenginguna út. Ég vinn með mikið af sjaldgæfum sjúkdómum og það er gott að geta leitað álits á sérhæfðum stað."

Þessi leggur verkefnisins er á enda. „Ég vona að þessi eða annar sambærilegur vegvísir verði þá í boði sem tryggir þessar grunnstoðir til framtíðar."



Þórarinn Tyrfingsson læknir og fyrrum forstjóri SÁÁ mætti og lagði orð í belg á fyrsta fundi Læknafélagsins, Læknisráði. Valgerður Rúnarsdóttir, forstjóri SÁÁ, Erna Gunnþórsdóttir læknir á Vogi og Sirrý Arnardóttir fundarstjóri lögðu línurnar og læknarnir svöruðu fyrirspurnum. Mynd/gag

Læknisráð í beinu streymi

Læknafélag Íslands stendur að röð fjögurra funda undir nafninu Læknisráð þar sem boðið er samtal um málefni líðandi stundar

„Aukið aðgengi eykur skaðann," sagði Valgerður Rúnarsdóttir, forstjóri SÁÁ, á fyrsta fundi af fjórum í fundaröð Læknafélags Íslands sem kallast *Læknisráð*. Þar er tæpt á ýmsum brýnum málefnum sem tengjast heilbrigðismálum á Íslandi. Sirrý Arnardóttir, fyrirlesari, stjórnendaþjálfi og kennari, stýrir fundunum. Þeim er streymt og upptaka er á vef félagsins, lis.is.

Valgerður sagði á þessum fyrsta fundi að alvarleg ópíóíðafíkn væri vaxandi vandi hér á landi. Þörf á sérhæfðri lyfjameðferð hefði aukist. Hátt í 400 hefðu fengið gagnreynda lyfjameðferð við ópíóíðafíkn á göngudeild SÁÁ í fyrra.

„Það er brýn þörf á meiri meðferð og endurhæfingu vegna fíknisjúkdóms og skjótara aðgengi að meðferð vegna fíknisjúkdóms," sagði hún og hvatti til aukins aðgengis að naloxone-nefúðanum. Hann ætti að vera til taks rétt eins og hjartastuðtæki. Valgerður sagði einnig mikilvægt að minnka refsingu við neyslu og lagði sem fyrr segir áherslu á lífsbætandi lyfjameðferð til að sporna við neyslu.

Mál sem hátt hefur borið í umræðunni þar sem læknir var sviptur leyfi til að ávísa lyfjum til fíkla var rætt á fundinum. „Það eru opnar dyr hjá okkur," sagði Valgerður. Símtöl frá fíklum hafi hins vegar ekki enn borist. SÁÁ styðji ákvörðun landlæknis.

Sirrý spurði að lokum hvert læknisráðið væri við ópíóíðafíkn. „Ekki gera ekki neitt," svaraði Valgerður. „Þetta er algengur sjúkdómur sem engin skömm er að því að hafa," sagði hún. „Aðalatriði er að taka ábyrgð á því og leita sér aðstoðar."



Anna Björg Jónsdóttir yfirlæknir, Margrét Ólafía Tómasdóttir formaður Félags íslenskra heimilislækna, Sirrý Arnardóttir, Ólafur Orri Sturluson læknir og Ragnar Freyr Ingvarsson formaður Læknafélags Reykjavíkur, voru framsögumenn á öðrum fundi Læknafélagsins, Læknisráði.

Sögðu bið eftir hjúkrunarheimili sóun og mannréttindabrot

„Síðasta mánudag biðu 73 á Landspítala eftir að komast á hjúkrunarheimili. Þeir eru tilbúnir en bíða því það vantar rými. Nýjustu tölur sýna að 424 bíða eftir hjúkrunarrými á höfuðborgarsvæðinu," sagði Anna Björg Jónsdóttir yfirlæknir öldrunarlækninga á Landspítala og benti á að eitt heimili væri í byggingu. Það tæki á sjöunda tug sjúklinga.

„Þetta er sóun fyrir einstaklingana, aðstandendur, heilbrigðiskerfið og samfélagið í heild." Annar fundur Læknafélags Íslands fyrir almenning í fundaröðinni Læknisráð var fimmtudaginn 14. mars. Ragnar Freyr Ingvarsson, formaður Læknafélags Reykjavíkur, fullyrti að þetta væru mannréttindabrot. Fólkið væri í allt of dýru úrræði.

„Við verjum 5-7 milljörðum í mannréttindabrot. Það er ógeðfellt að við förum svona með fólk og peninga."



Okkar besta fólk leggur traust sitt á okkur

Okkar besta fólk í heilbrigðisgeiranum hefur reitt sig á þjónustu okkar um árabil. Þau þurfa að geta treyst því að öll tæki og búnaður sé örugglega í lagi og virki eins og til er ætlast.

FASTUS

HEILSA

VINNUM MEÐ ÞEIM BESTU

Höfðabakki 7, 110 Reykjavík | expert.is

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

Teitur Ari Theodórsson
formaður Félags almennra lækna



Húsnæðismarkaðurinn og fjarlækningar

Úff, húsnæðismarkaðurinn. Markaður sem virðist aldrei vera í jafnvægi. Allt er svo dýrt núna að það er eiginlega bara ómögulegt að kaupa sér íbúð. Þrátt fyrir það hefur þó ýmislegt verið gert til þess að auðvelda fólki að kaupa sér íbúð, hlutdeildarlán, ráðstöfun séreignarsparnaðar til útborgunar við fyrstu kaup og fleira. En staðan breytist lítið. Þessar aðgerðir eiga það þó sammerkt að ráðast helst af eftirspurn og því kannski ekkert skrítið að þær skili ekki tilætluðum árangri. Heilbrigðiskerfinu mætti líkja við húsnæðismarkaðinn. Misræmi er milli framboðs og eftirspurnar. Mörg okkar vilja meina að það sé slæmt, sem það líklega er, en hin hliðin á þeim peningi er þó hvað við erum vinsæl! Sjúklingar leita til okkar í sífellt ríkari mæli, og það er gott að við njótum trausts þeirra. Áskorunin felst í því að það virðist aldrei vera nægilegt framboð af okkar kröftum til þess að mæta eftirspurninni. Biðlistar á heilsugæslum og stofum lækna teljast í vikum eða mánuðum og þröskuldur til innlagnar á sjúkrahús verður sífellt hærri.

Kunnuglegt stef til lausnar á þessu misræmi á milli framboðs og eftirspurnar eru tæknilausnir. Tæknin muni leysa okkur úr snörunni og eiginlega án þess að við þurfum að pæla neitt sérstaklega í því. Gervigreindin er rétt handan við hornið og svo eru fjarlækningar alltaf að færast í aukana, ekki satt? Ekki misskilja mig, ég fagna öllum tækninýjungum en ég held að reynsla lækna sé sú að tækninýjungar séu kannski ekki alltaf til þess fallnar að auka framleiðni í þjónustu. Nýjasta dæmið um slíkt er hin þjóðkunna Heilsuvera sem hefur í raun aukið misræmið á milli eftirspurnar og framboðs með því að ýta undir eftirspurnarhliðina. Þá er okkar helsta núverandi tæknilausn rafrænt A4 blað sem nýtist nær eingöngu í tímabókanir og pappírssparnað. Ekki beint tímasparandi lausnir.

Þá eru það fjarlækningarnar. Ég hlustaði nýverið á útvarpsviðtal þar sem fjallað var um mönnun í heilbrigðiskerfinu og fjarlækningar bar á góma. Viðmælendum fannst miður hve fjarlækningar væru skammt á veg komnar og voru sammála um að við værum mikið betur sett ef að þær væru komnar almennilega í gagnið. Það virðist svo mikil trú á fjarlækningum um þessar mundir að nýverið var læknum meinað að hitta sjúklinga í eigin persónu á Akureyri, þeim bæri að sinna þeim með fjarlækningum úr Reykjavík! Fjarlækningar eru góðar og blessaðar, en ég held að þær muni aðallega auka aðgengi landsbyggðarinnar að sérfræðiþjónustu, eitthvað sem er þarft og gott en mun kannski auka eftirspurn frekar en framboð. Læknir sem situr heima fyrir framan tölvuskjá að tala við sjúklinga á Egilsstöðum er ekki að sinna öðrum sjúklingum á meðan.

Mér finnst augljóst að svarið við þessum vanda er, líkt og á húsnæðismarkaðnum, á *framboðshliðinni* en ekki á eftirspurnarhliðinni. Við þurfum alveg örugglega að mennta fleiri lækna en það sem meiri þörf er á er að bæta vinnuumhverfi lækna. Við þurfum að geta boðið upp á samkeppnishæf laun til þess að geta lokkað lækna heim eftir sérnám. Við þurfum að stilla álagi í hóf svo læknar brenni ekki út og geti hugsað sér að vinna klíníska vinnu. Við þurfum að ráðast í endurskipulagningu verkefna lækna (*task shifting*) og gefa frá okkur þau verkefni sem ekki þarf lækni í að framkvæma. Við þurfum að hætta að rífast stöðugt um rekstrarform og nýta okkur þau form sem auka á starfsánægju lækna. Því á endanum snýst þetta allt um það, það verður engin læknisþjónusta án okkar, lækna.

Stjórn Læknafélags Íslands Steinunn Þórðardóttir formaður **Félag almennra lækna** Teitur Ari Theodórsson, Thelma Kristinsdóttir
Félag íslenskra heimilislækna Margrét Ólafía Tómasdóttir, Oddur Steinarsson **Félag sjúkrahúslækna** Theódór Skúli Sigurðsson, Magdalena Ásgeirsdóttir
Læknafélag Reykjavíkur Ragnar Freyr Ingvarsson, Katrín Ragna Kemp

Burtu með fordóma – Geðlæknar geta líka glímt við geðræna sjúkdóma

„Mér finnst nauðsynlegt að minnka stimplun vegna geðsjúkdóma. Ég ákvað því að deila sögu minni af geðhvarfasýki með öðrum, vera virk," segir Astrid Freisen, geðlæknir á Landspítala, sem fyrir ári gaf út sjálfsævisögu um baráttuna við sjúkdóminn, ráð og fræðslu. Hún flutti til landsins fyrir þremur árum og skrifaði bókina hér á landi. Hún féll fyrir landinu og langar í íslenskan ríkisborgararétt

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Við lærum í læknisfræðinni að við læknar stöndum fyrir utan línu sjúkdóma og horfum yfir. Það er auðvitað ekki rétt. Við vitum að geðlæknar verða þunglyndir, þeir fremja sjálfsvíg. Ég tel að ein af ástæðunum sé þessi boðskapur um að skilin verði að vera svona skýr," segir Astrid Freisen, geðlæknir á Landspítala og umsjónarmaður raflækninga.

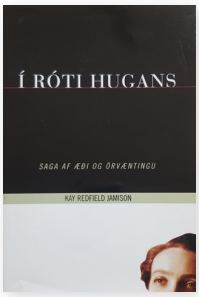


Fyrir ári síðan kom bókin hennar, *Við fljúgum hátt, við sökkvum djúpt (Wir fliegen hoch, wir fallen tief)* út í Þýskalandi. Þar segir hún frá sjúkdómi sínum, geðhvarfasýki, fræðir og gefur ráð. „Það skiptir því miklu máli að hafa geðlækna sem leyfa sér að segja öðrum að þeir hafi einnig geðsjúkdóma. Læknar eru ekki ósigrandi heldur geta einnig veikst." Og það gerði hún.

Astrid skrifaði bókina eftir árs veru hér á landi. Hún hefur búið hér ásamt eiginmanni sínum í þrjú ár. Hann starfar einnig á Landspítala. Kettirnir komu með og hún segir þau ekki sjá fyrir sér að flytja til baka fyrr en að þeim gengnum – í fyrsta lagi. „Svo langar mig í blátt vegabréf," segir Astrid og brosir.

„Þetta land er bara svo yndislegt. Við maðurinn minn höfðum aldrei komið hingað þegar við fluttum hingað á COVID-tímanum 2021, heldur farið um Svíþjóð og Danmörku. Hér voru því engir ferðamenn og við gátum farið Gullna hringinn ein. Við urðum ástfangin af landinu. Það jafnast ekkert á við að fara út í náttúruna á 30 mínútum eftir stressríkan dag."

Astrid er þýsk. Ólst upp nálægt Frankfurt. Hún lærði í Freiburg og bjó nálægt Köln áður en hún flutti til Íslands. „Stærsta fyrirmyndin í starfi er Kay Redfield Jamison," svarar hún. „Hún er prófessor í klínískri sálfræði og var einn af ritstjórum fyrstu kennslubókarinnar um geðhvarfasýki og er sjálf með geðhvörf. Síðan opnaði hún sig um eigin geðhvarfasýki og gaf út sjálfsævisögu árið 1995, *An Unquiet Mind* (*Í róti hugans*, 1999). Það hvatti mig áfram."



Astrid segir heilbrigðisstarfsfólk gjarnan vilja fela eigin sjúkdóma. „En það má ekki gleyma að stimplun (*stigma*) og skömm drepur fólk. Það dregur úr fólki að leita sér þeirrar aðstoðar sem það þarf. Læknar eru í þeirri stöðu og ég held að hluti af því sé skömmin yfir því að tala um okkar eigin geðrænu mein, sem við höfum að sjálfsögðu rétt til eins og aðrir," segir Astrid.

„Við vinnum annasamt starf með næturvöktum, álagi, stressi og sjáum hræðilega hluti sem geta gerst. Við þurfum að fást við brotnar fjölskyldur. Streitustigið okkar er því hátt og ímyndin er sú að við verðum að sýna heiminum að við sem læknar verðum ekki veik. Við verðum ekki fyrir geðrænum sjúkdómum."

Innri baráttan og ytri

Astrid lýsir því hvernig hún sagði frá sjúkdómnum þegar hún sótti um á Landspítala. „Ég þurfti að skýra út fyrir þeim að ég gæti ekki unnið vaktavinnu, nætur- og helgarvinnu. Næturvaktir eru okkur sem glímum við geðhvörf mjög hættulegar," segir hún.

„En þegar ég mætti til vinnu sagði ég samstarfsfélögunum ekki frá. Auðvitað hefðu þau getað fundið það út bara með því að gúggla mig, en sjálfri fannst

mér erfitt að kynna mig sem nýja sérfræðinginn með geðhvörfin.“ Hún hafi upplifað að vilja sanna sig í starfi áður en sú breyta yrði ljós.

„Ég vildi sýna að ég væri góður geðlæknir sem tækist á við erfiðar aðstæður áður en ég segði þeim frá geðhvörfunum. Ég óttaðist að ef ekki færi vel, myndu þau skrifa það á geðhvörfin, sem væri jú ekki rétt,“ segir Astrid.

En hvaða viðbrögðum mætti hún þegar hún svo sagði frá? „Já, öll beinu samskiptin voru jákvæð, en ég veit ekki hvort einhver orðrómur fór af stað eða annað slíkt,“ segir hún og brosir. Hún hafi haldið fyrirlestur og fengið að heyra að það væri hjálplegt að fá að sjá með augum hennar.

Astrid vill minnka fordóma, en fann hún fyrir sínum eigin? „Já, algjörlega. Fjölskyldan mín stóð fast á því að innan hennar fyndust ekki geðsjúkdómar. Þunglynt fólk væri latt, ætti að vinna og allt yrði í himnalagi. En þegar ég svo veiktist, varð þunglynd og svo verra, greindist með geðhvarfasýki, var skömmin innra með mér mikil í byrjun,“ segir hún.

„Mér leið eins og ég ætti ekki heima í vinnunni minni, allt væri rangt í lífinu mínu. Svo gerði ég hluti í maníu árið 2010 sem voru hræðilegir fyrir fjölskylduna mína – manninn minn og að komast yfir það var erfitt. Fyrsta hálfa árið reyndi ég að forðast samstarfsfólkið mitt. Ég ýtti frá mér fólki því ég skammaðist mín þegar ég hitti það,“ lýsir Astrid.

„Þunglyndi var heldur ekki gott og ég skammaðist mín fyrir það, fannst ég ekki eins skilvirk og aðrir læknar. En veikindin voru ekki eins sjáanleg og þegar ég fór í maníuna,“ segir Astrid og brosir. „Og þótt ég sé geðlæknir og hafi skrifað doktorsritgerð um geðhvarfasýki fannst mér erfitt að skilja af hverju ég varð veik.“



Bókin hjálpar fagfólki

Astrid finnur að bókin hjálpar. „Já, ég sé það á endurgjöfinni sem ég fæ. Oft segir fólk að það hafi hjálpað að heyra frá öðrum geðlækni, öðrum heilbrigðisstarfsmanni, að það væri ekki þeim að kenna að þau hefðu veikst. Það væri ekki þeim að kenna að þau hefðu gert þá hluti sem þau gerðu í veikindum sínum.“

Hún lýsir því hvernig hún hafi í kjölfar þess að veikjast alvarlega af þunglyndi árið 2006 ekki farið að fyrirmælum. Þá hafi hún heldur ekki vitað, þótt hún hafi síðar séð í læknagögnum, að hún hefði hugsanlega geðhvarfasýki 2 – mildari útgáfu geðhvarfasýkinnar.

„Ég hafði þyngst mikið og hætti því á öðru lyfinu sem ég hafði verið sett á. Það jók líkurnar á frekari sveiflum, sem gerðist,“ segir hún og lýsir miklum afleiðingum maníu sem hún fór í árið 2010. En áttaði hún sig sjálf á veikindum sínum? „Ég

Astrid Freisen geðlæknir á Landspítala hefur barist gegn stimplun og fordómum vegna geðsjúkdóma. Hún segir frá reynslu sinni af geðhvarfasýki í sjálfsævisögu sem kom út fyrir ári í Þýskalandi. Hér er hún með bókina sem hún skrifaði eftir árs búsetu hér á landi. Mynd/gag



Bókin hennar kom út fyrir ári síðan og vonast Astrid til þess að hún verði þýdd og gefin út hér á landi. Þessi mynd var tekin við útgáfuna. Mynd/Sebastian Knoth

hafði unnið með lækninum sem seinna meðhöndlaði mig og hún hafði tekið eftir skapsveiflunum," segir Astrid.

„Hún benti mér á að þetta gæti verið meinið en ég sætti mig ekki við það." Eftir 2006 hafði hún orðið niðurdregin yfir vetrartímann en þurft minni svefn á sumrin og verið í léttri uppsveiflu. „Innan félagslega samþykktra marka," segir hún. En svo hafi ekki verið í maníunni árið 2010. En það voru þó merki eftir á að hyggja.

„Ég hafði alltaf verið mjög tilfinningarík en ég hélt að það væru eðlilegar tilfinningasveiflur. Ritað var í menntaskólaárbókina mína að ég ætti hæstu hæðirnar og dýpstu dýfurnar." Hún leggur þó áherslu á að þeir sem glíma við geðhvörf fari mun oftar niður á við en upp.

„Það er mikilvægt að fólk viti að langflestir þeirra sem hafa geðhvarfasýki geta lifað venjulegu lífi." Virki lyfin, geti langur tími liðið milli sveiflanna. Hún segir svo að þegar sveiflurnar verði, sé afar mikilvægt að kenna sjúklingnum ekki um.

„Fólk með geðhvörf gerir allt sem það getur til að halda heilsu. Það tekur lyfin og reynir að lifa heilsusamlega en fær samt sveiflurnar. Það er því mikilvægt að kenna ekki sjúklingnum um. Hann sér um það sjálfur."

Sjálfsævisaga og ráð

Bókin er sjálfsævisaga Astridar. Þar eru einnig kaflar sem skýra stimplun, þunglyndi og geðhvarfasýki auk þess sem hún segir frá því sem hefur hent hana.

„Sá tímapunktur kom þar sem ég vildi segja skilið við að búa við skömm vegna veikindanna," segir hún og rekur hvernig eitt skrefið hafi leitt af öðru þar til bókin varð að veruleika. Hún hafi meðal annars stofnað hóp fyrir fagfólk sem glímir við geðhvörf.

„Frá fyrsta degi varð hreyfingin stærri og stærri. Hún bjargaði mér á þann máta að fyrstu þrjú árin frá greiningu leið mér einfaldlega hræðilega. Nú skil ég að við sem höfum þessa reynslu erum auður fyrir kerfið. Viðhorf mín hafa breyst og þessi reynsla gefur mér tilgang í lífinu. Mér hefur tekist að lifa góðu lífi," segir hún.

En treysta sjúklingar henni betur þegar þeir vita að hún hefur þessa reynslu? „Ég deili ekki reynslu minni með öllum sjúklingum. Ég vinn á mót-

„Fólk með geðhvörf gerir allt sem það getur til að halda heilsu. Það tekur lyfin og reynir að lifa heilsusamlega en fær samt sveiflurnar. Það er því mikilvægt að kenna ekki sjúklingnum um. Hann sér um það sjálfur."

tökugeðdeild svo við höfum sjúklinga hjá okkur í fáa daga, auk þess sem það myndi ekki hjálpa þessum sjúklingum. En séu sjúklingar hér til lengri tíma og eigi erfitt með að sætta sig við greininguna, segi ég: Já, ég veit hvernig það er að líða illa, veit hvernig það er að eiga enga von og vera í sjálfsvígshugleiðingum. Það er hægt að lifa af og ég gerði það. Það hjálpar til við að mynda samband við sjúklinginn."

Astrid segir að þótt skapsveiflurnar séu litlar, verði hún fara varlega. „Ég sleppi hlutum sem mig langar að gera, eins og að fljúga til Japans, já eða Bandaríkjanna, vegna tímamismunarins. Ég er ekki komin fyrir horn þótt mér finnist stundum eins og þetta gerist ekki aftur, en ég veit betur: Það getur gerst."

Hún er ævintýragjörn, sem leiddi hana til Íslands. „Það á við um marga með geðhvarfasýki," segir hún, en hún og eiginmaður hennar ætluðu í *roadtrip* á húsbíl þegar COVID skall á.

„Við máttum ekki ferðast þá en við ætluðum að vera í burtu í ár. Þetta voru vonbrigði. Auglýsing á netinu frá Landspítala greip athygli mína og ég hugsaði: Af hverju ekki."

Hún vinnur nú að því að fá bók sína íslenskaða og stefnir að annarri bók þótt sú sé ekki efst í forgangsröðinni. „Nú einbeiti ég mér helst að því að bæta íslenskukunnáttuna enn frekar en mig langar að gera bók þar sem fagfólk með ólíkan geðrænan vanda lýsir upplifun sinni."

Minning

Thomas Max Achenbach

1940-2023



Látinn er góður vinur, prófessor Thomas Max Achenbach, 83 ára að aldri. Dánarmein hans var krabbamein. Tom, eins og hann var vanalega kallaður, var einn þekktasti frumkvöðull í forvörnum barna- og unglingageðlækninga í heiminum. Hann þróaði matslista til greiningar á hegðun og líðan barna af mikilli viðsýni snemma á starfsferli sínum og urðu þessir skimunar- eða matslistar þeir mest notuðu um heim allan.

Tom lauk BA-prófi í sálfræði frá Yale-háskóla árið 1962 og doktorsprófi frá Minnesota-háskóla 1966. Tom varð síðar prófessor við háskólann í Vermont, Burlington, árið 1980 til dauðadags. Hann stofnaði rannsóknarsetur þar sem kallað var „Research Center for Children, Youth and Families" árið 2000.

Árið 1971 var Tom eitt ár í rannsóknarvinnu með Jean Piaget í Genf við félagsvísindarannsóknir. Í framhaldi af því vann hann í 5 ár við National Institute of Mental Health í Washington. Eftir að hann varð prófessor í Vermont þróaði hann „Achenbach System of Empirically Based Assessment" (ASEBA) sem hafa verið mest notuðu mats- og skimunarlistar í heiminum í dag og hafa þeir verið þýddir á 110 tungumál. Þetta eru matslistar til að meta geðraskanir barna og unglinga á frumstigi en ekki greiningarlistar. Listar þessir hafa allir verið þýddir á íslensku og hafa nú þegar fest rætur í íslensku samfélagi. Frá þeim hafa þróast fjölmargar rannsóknir innan félags-, mennta- og heilbrigðisvísinda á Íslandi. Tom kom fjórum sinnum til Íslands til að greina frá vísindastarfi sínu.

Óhætt er að segja að Tom hafi verið ímynd hins fullkomna vísindamanns þar sem hann hélt áfram rannsóknum sínum og skrifum vísindagreina til æviloka. Tom þróaði í samstarfi við rannsakendur við UVM alþjóðlegt þverfaglegt vísindasamstarf um skimunarlistana í að minnsta kosti 57 þjóðlöndum og skrifaði hann meira en 300 vísindagreinar og margar bækur um matslistana. Tom var gjöfull á hvatningu, ráðgjöf og leiðsögn og andlát hans á því eftir að snerta marga rannsakendur út um allan heim.

Tom var einstaklega eftirminnilegur og hafði sérstakan áhuga á menningu, tónlist og umhverfismálum. Hann var skapandi, frumlegur og gagnrýninn í hugsun og hvatti samstarfsmenn sína til þess að taka þátt í því vísindastarfi sem hann sinnti. Hans verður sárt saknað bæði vegna þess hve jákvæður hann var og fyrir frumkvöðlastarf sitt og yfirgripsmikil vísindastörf og óbilandi hvatningu til samstarfsmanna víða um heim.

Minning hans mun lengi lifa.

Helga Hannesdóttir

Ertu með hugmynd að dagskrá fyrir Læknadaga 20.-24. janúar 2025?

Þau sem vilja leggja til efni í dagskrá Læknadaga eru beðin að fylla út umsóknarblað á innra neti Læknafélags Íslands www.lis.is og senda til Margrétar Aðalsteinsdóttur – margret@lis.is fyrir 13. maí nk.



Flettu ofan af launamun kynja á Barnaspítalanum

Þrír barnalæknar á Landspítalanum leiddu í ljós launamun kynjanna á Barnaspítalanum. Fimm karlkyns barnalæknar sem ráðnir voru á eftir þessum þremur kvenlæknum fengu allir hærri laun. Laun kvennanna hafa verið leiðrétt og þeim bættur skaðinn afturvirkt. Þær hvetja lækna á spítalanum til að fara ofan í saumana á sínum deildum. Dæmi eru um að fleiri konur hafi fengið launaleiðréttingu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Mér var sagt í hvaða launaflokk ég ætti að fara þegar ég kom heim og spurði: Er hægt að ræða það eitthvað frekar? Þá var horft framan í mig og sagt: Nei, það er ekki gert. Svo veit ég að það var gert í tilfelli karlkyns kollega," segir Jóhanna Guðrún Pálmadóttir, barnalæknir á Barnaspítalanum.

Jóhanna, ásamt Helgu Elídóttur og Berglindi Jónsdóttur barnalæknum, réði sig til Landspítala árið 2019 eftir sérnám og vinnu erlendis. Helga og Berglind í Svíþjóð og Jóhanna í Bandaríkjunum. Fimm karlkyns barnalæknar sem ráðnir voru til Barnaspítalans á eftir þeim fengu allir hærri laun þrátt fyrir að þær teldu þá ekki standa þeim framar hvað varðaði ábyrgð og menntun.

Héldu að öll sætu við sama borð

„Þetta eru ákveðin svik sem maður upplifir frá sínum vinnuveitanda. Við vorum í þeirri trú og trausti að allir sætu við sama borð, sem var alls ekki," segir Helga. „Svikin svíða og ég var mjög reið. Á sama tíma vorum við staðráðnar í að fá þetta leiðrétt."

Styrkur þeirra þriggja hafi verið að vinna saman að málinu. „Það hefði verið erfitt að berjast ein á móti kerfinu, en við vorum þrjár í sambærilegri stöðu, sem hjálpaði okkur í gegnum þetta."

Upphaf málsins má rekja til Kvennafrídagsins stóra í október. Þær hafi velt fyrir sér hvort hann væri tímaskekkja. Þær ræddu líka þann orðróm að læknar á spítalanum væru misvel launaðir eftir deildum, og oft dregið í efa að laun á kvenna- og barnasviði væru sambærileg við önnur svið. Spítalinn hafi gert úttekt og kynnt. Meðallaun lækna á spítalanum sögð í flokki 303 og þar stæði kvenna- og barnasviðið einnig.

„Ég sat eftir og hugsaði: Ég er hér í 100% vinnu, geng í öll störf auk þess að sinna undirsérgrein minni og er samt undir meðaltali. Hvað þarf ég að gera til að vera með meðaltal eða fyrir ofan það?" lýsir Jóhanna. Boltinn fór að rúlla.

Smátt og smátt púsluðu þær gögnunum saman, nýttu heimild í lögum til að fá uppgefin laun allra sérfræðilækna deildarinnar, reiknuðu út fjölda viðbótarþátta hjá hverjum lækni, báru saman við menntun og stöðu, sem sýndi þeim svart á hvítu stöðuna. Karlarnir metnir hærra.

Grundavallaratriði

„Við þekktum nokkur dæmi og sáum svo fleiri og fleiri. Þetta var sláandi og okkur leið ekki vel," segir Jóhanna. Á sama tíma hafi þær óttast að vera að gera of mikið mál úr hlutum.

„En í grundvallaratriðum skiptir þetta máli," segir Jóhanna. „Ekki aðeins fyrir okkur, heldur allar í kringum okkur og þær sem á eftir koma." Barátta þeirra þriggja hafi haft þau áhrif að nú séu fleiri kvenlæknar að skoða stöðu sína. *Læknablaðið* hefur heimildir fyrir því að fleiri konur hafi fengið launin leiðrétt.

En hvernig getur staðið á þessu? Kjarasamningar lækna eru sem meitlaðir í stein. Laun eftir námsferli og starfsaldri. Þá hækka sérfræðilæknar um einn launaflokk fyrir að hafa erlent læknapróf, eins og ameríska *board*-próf eða annað sambærilegt, en tvo fyrir doktorspróf. Saman verði þetta þó ekki þrír flokkar heldur tveir.

Síðan geta læknar hækkað um fimm launaflokka, metið huglægt hverju sinni, og gefur hver flokkur um 30 þúsund krónur. Landspítali hafi kynnt minnisblað til að meta viðbótarþættina árið 2016. Samkvæmt því getur til að mynda sérþekking eins og undirsérgrein, stjórnun, rannsóknir og kennsla, auk sérstaka verkefna, reiknast til. Matið í höndum yfirmanns.

Við eftirgrennslan kvennanna kom í ljós að þetta minnisblað var ekki nýtt þegar þær voru ráðnar 2019. Með nýjum framkvæmdastjóra sviðsins og mannauðsstjóra eftir að þær voru ráðnar hafi það verið tekið í notkun og karlarnir þá fengið fleiri þætti metna inn. Það hafi ekki kveikt á viðvörunarbjöllum um mismunina sem þá varð.

Þær benda á að þrátt fyrir minnisblaðið virðist þó sem stífar sé horft á rammann í tilfelli kvenna. Útreikningar þeirra þriggja hafi sýnt að konur á Barnaspítalanum höfðu að meðaltali 3,15 viðbótarþætti þegar karlar voru með 3,8. „Munurinn er 20% körlum í vil," segir Helga.

„Við viljum vekja athygli á því að við sáum þennan kynbundna launamun á þessum stærsta vinnustað landsins, sem jafnframt er jafnlaunavottaður. Jafnlaunavottunin grípur ekki þennan mun," segir Helga. Skoða þurfi hvern einstakling og bera saman hvernig launin eru samsett. „Það þýðir ekki að skoða lækna sem



Helga Elídóttir og Jóhanna Guðrún Pálmadóttir komu heim og hófu störf á Landspítala árið 2019 eftir áralangt nám og vinnu erlendis. Mynd/gag

heild, því það er svo mismunandi hvað er á bakvið hvern einstakling.“

Þær segja að þegar þær hafi verið komnar með launaupplýsingarnar í hendur hafi það tekið þær nokkrar klukkustundir að finna út úr launanum. „Að sjálfsögðu hefði einhver yfirmanneskja getað gert það fyrir löngu síðan,“ segir Helga.

Launin leiðrétt afturvirkt

Þær rekja ferilinn. Landspítali hafi á endanum leiðrétt launin afturvirkt til þess tíma sem þær voru ráðnar. Það var eftir að þær höfðu undirbúið ítarlega kæru til Kærunefndar jafnréttismála og sent afrit hennar til forstjóra, framkvæmdastjóra kvenna- og barnasviðs og framkvæmdastjóra mannauðssviðs.

Þær hafi fundað með forsvarsmönnum spítalans sem hafi gert þeim að sanna muninn með dæmum. Þær hafi varið miklum tíma í gagnaöflun, haft lögfræðing sér við hlið og fengið stuðning frá stéttarfélagi sínu, Læknafélagi Íslands.

Þær lýsa því að tveimur dögum eftir að hafa fengið launaupplýsingar allra læknanna frá launadeild spítalans hafi þeim borist skilaboð í tölvupósti um nýjan samning. „Þar höfðum við óumbeðið hækkað um einn launaflokk. Þetta finnst okkur vera viðurkenning þeirra þótt þau viðurkenni ekki bókstaflega að þetta hafi verið mismunun á grunni kyns,“ segja þær.

Eftir fundi með framkvæmdastjóra, mannauðsstjóra og launadeild hafi þeim svo boðist einn launaflokkur tvö ár aftur í tímann með þeim rökum að þá hafi þessi hópur karlkyns lækna verið ráðinn. „Þau vildu meina að þá hafi misréttið hafist. Við vorum ekki sammála því,“ segja þær. Leiðréttingin hafi á endanum náð aftur til þess tíma sem þær voru ráðnar.

„Þetta finnst mér vera þeirra viðurkenning þótt þau viðurkenni ekki bókstaflega að þetta hafi verið kynjamismunun,“ segir Helga og er sátt við samskiptin við mannauðsstjóra og málalokin.

„Við erum ekki að leita að einhverjum til að kenna um, heldur viljum við vekja athygli á því að maður getur aldrei verið öruggur. Og þó að einhver sé búinn að segja þér að það sé enginn munur, áttu ekki að trúa því heldur verður þú sjálf að skoða þetta svart á hvítu.“

En kom þeim þessi staða á óvart þar sem jafnlaunavottun er í gildi? „Sláandi en nei,“ segir Jóhanna. „Við kvenkyns læknar þekkjum mjög vel að þurfa að berjast fyrir því að fá ákveðna hluti, gera ákveðna hluti og vera metnar að verðleikum.“

Yfirmenn sváfu á verðinum

Jóhanna segir yfirmenn og stjórnendur hafa sofið á verðinum. „Þó þeir hafi heyrt að það væri einn launaflokkur í mun fannst engum það sérstaklega mikið atriði eða vandamál. En það er það í grundvallaratriðum.“– 30 þúsund á mánuði verði 360 þúsund á ári og svo koll af kolli og sjáist svo í lífeyrisréttindum. Munurinn sem þær sáu hafi numið nærri 100 þúsund krónum á mánuði.

„Ég tel að öllum hafi brugðið þegar við sýndum fram á muninn. Framkvæmdastjórinn okkar þakkaði okkur fyrir að gera þetta,“ segir Jóhanna. „Karlkyns kollegum sem vita af þessu finnst þetta ömurlegt.“

Þær segja aðrar konur nú banka á mannauðsdyrnar. „Við tókum þær eiginlega með okkur; upplýstum aðrar konur um það sem við vorum að gera,“ segir Jóhanna. „Yfirmenn segja við þær sem nú eru að bíða að það sé verið að skoða þetta allt, en hvenær endanleg lausn finnst vitum við ekki.“

„Kynbundinn leiðréttur launamunur á Landspítala mældist 1,7% (karlar hærri) á árinu 2023 og á árinu 2024 mælist hann 1,4% (karlar hærri).“

Jóhanna vann í fimm ár í Suður-Karólínu eftir að hafa lokið námi í Connecticut í Bandaríkjunum í undirsérgrein sinni; næringar- og meltingarsjúkdómum barna. Helga starfaði á Skáni í Svíþjóð þar sem hún bætti við sig undirsérgrein í ofnæmis- og lungnasjúkdómum barna. Berglind vann einnig á Skáni þar sem hún lærði innkirtla- og efnaskiptasjúkdóma barna sem undirsérgrein og lauk doktorsprófi.

„Við sáum í þessari vinnu okkar að doktorsprófið sérstaklega virðist ekki skila konum neinum launaflokki. Þeir eiga að vera tveir en virðist talið aukaatriði séu konur komnar með aðra viðbótarþætti.“ Vel menntaðar konur hafi því ekki notið góðs af því.

Augun hér eftir alltaf opin

Ljóst er að málið hefur hoggið í traustið til vinnuveitandans. „Ég er sátt við okkar málalok. Hins vegar mun ég árlega bera laun mín saman við laun annarra lækna á vinnustað mínum og fylgjast grannt með málum áfram,“ segir Helga.

Þær hvetja lækna, karla og konur, sem eru á heimleið að ráðfæra sig við Læknafélagið og undirbúa sig. Ekki setja traust sitt blint á spítalann þegar kemur að launum.

„Ég mun aldrei trúa því aftur að launasetningin sé sanngjörn,“ segir Helga. „Ég verð bara að gá að því sjálf.“

En kom til greina að hætta og fara aftur út? „Við getum það,“ segir Helga og Jóhanna segir það stóra ákvörðun að koma til Íslands og vinna hér. „Svarið var því ekki að hlaupa í burtu þegar staðan var ljós, heldur að vinna að því að taka til og breyta stöðunni.“

Landspítali segir kerfisbundinn kynbundinn launamun ekki finnast

Landspítali réðst í ítarlega skoðun á launasetningu sérfræðilækna þvert á svið spítalans eftir ábendingar sem bárust frá nokkrum sérfræðilæknum í fyrra. Þetta segir í svari við fyrirspurnum *Læknablaðsins* til spítalans. Spítalinn haldi ekki miðlægt utan um mál er varða launaleiðréttingar. Hann viti af launahækkunum 11 kvenlækna og 7 karllækna en ekki ástæðuna. Launamunur kynjanna sé nú mældur 1,4% körlum í vil.

„Niðurstöður voru kynntar Læknafélagi Íslands og benda ekki til þess að kerfisbundinn kynbundinn launamun sé að finna á Landspítala. Vegna þátta sem kveðið er á um í miðlægum kjarasamningi (prófa, sólarlags- og starfsbundinna þátta) getur verið um mun á launum að ræða á milli einstakra sérfræðilækna en sá munur er ekki kynbundinn,“ segir þar.

Samþykktu launaleiðréttinguna

Samkvæmt svörunum segir að sérstaklega hafi verið tekið til skoðunar misræmi í launasetningu sérfræðilækna á kvenna- og barnasviði.

„Við þá skoðun kom í ljós að minnisblað um notkun starfsbundinna þátta við nýráðningar sérfræðilækna hafði ekki verið nýtt gagnvart þeim sem ráðnir voru til kvenna- og barnasviðs á árinu 2019 en að það hefði verið nýtt við ráðningu sérfræðilækna á sviðinu á árinu 2021.“ Til að gæta samræmis innan sviðsins hafi því verið samþykkt að leiðrétta laun þeirra kvenna sem ráðnar voru til kvenna- og barnasviðs árið 2019.

Spítalinn útskýrir að í kjarasamningum sé kveðið á um að starfsbundnir þættir lækna geti gefið allt að fimm launaflokka. „Landspítali fór þá leið að útbúa sérstakt matskerfi til að úthluta starfsbundnum þáttum og er þeim endurúthlutað einu sinni á ári til eins árs í senn. Þeir læknar sem fá launaflokk vegna starfsbundinna þátta eru að jafnaði ekki með fleiri en 1-2 launaflokka vegna þessa,“ segir þar.

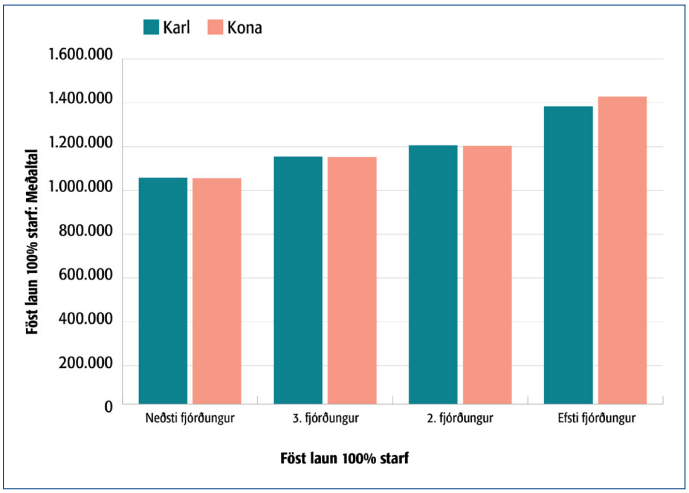
„Þess má geta að á meðal sérfræðilækna er hlutfall kvenna sem hafa fengið greidda viðbótarlaunaflokka vegna starfsbundna þátta á Landspítala 47,6% en að sama skapi fá 44,4% karla greidda viðbótarlaunaflokka vegna þeirra.“

Vilja vera undir 2,5% launamun

Í svörunum segir að Landspítali hafi haft jafnlaunavottun frá árinu 2020 og hafi það markmið að leiðréttur kynbundinn launamunur á föstum mánaðargreiðslum mælist ekki meiri en 2,5%.

„Leiðréttur launamunur metur hvort karlar og konur með sömu eiginleika eða þætti (að meðaltali) fái sambærileg laun. Í því mati er notað launalíkan til þess að einangra þau áhrif sem kyn hefur á föst laun. Tekið er tillit til viðeigandi skýribreyta, til að mynda vegna menntunar, starfshlutfalls, starfaflokkun og fleira,“ segir í svarinu.

„Kynbundinn leiðréttur launamunur á Landspítala mældist 1,7% (karlar hærri) á árinu 2023 og á árinu 2024 mælist hann 1,4% (karlar hærri).“ Enginn sérfræðilæknir komi upp í útlagagreiningu jafnlaunagreiningarinnar undir vikmörkum, en Landspítali notar 20% vikmörk í útlagagreiningu. „Markmiðið er að lækka þessi vikmörk niður í 15% við næstu úttekt.“



Samanburður sem spítalinn hefur gert á meðaltalslaunum sérfræðilækna á Landspítala eftir kyni og launum.

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



Halldór Jónsson
heimilislæknir

Enginn er eyland

Þegar kom að því að velja „Bókina mína“ hvarflaði hugurinn að þremur bókum sem allar eru vel þekktar og margir hafa lesið: *Fátækt fólk* eftir Tryggva Emilsson er sjálfsævisaga sem lýsir uppvaxtarárum drengs sem elst upp í örbirgð og harðræði fyrir aðeins rúmum hundrað árum, fyrir daga jafnaðarstefnu og velferðarkerfis. Bókin er feikilega vel skrifuð og kaflinn „Ljósið í tóttinni“ er sá sem ég hef lesið oftast um dagana. *Veröld sem var* eftir Stefán Zweig er einnig sjálfsævisaga og gerist á svipuðum tíma en lýsir ævidögum rithöfundar sem ásamt vinum sínum býr við ótrúlega velgengni í fjölmenningarsamfélagi þar sem allir búast við enn meiri framförum. Hins vegar leiðir þjóðernisofstæki, útlendingaandúð og hernaðarhyggja til einræðis, heimsstyrjaldar og þjóðarmorðs. Loks skal nefna skáldsögu eftir José Saramago, *Blindu*, sem lýsir því hvernig siðmenntað samfélag hrynur í kjölfar heimsfaraldurs og siðblindingjar taka völdin.

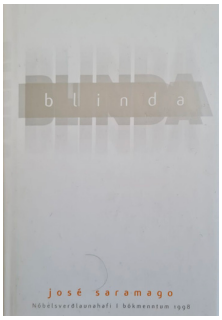
Í þetta sinn er Bókin mín skáldsagan *Brestir í Brooklyn* eftir bandaríska rithöfundinn Paul Auster, sem er hans tólfta og kom út árið 2005 og ári síðar í ágætri þýðingu Jóns Karls Helgasonar. Auster kom á Bókmenntahátíð þetta sama ár og las upp fyrsta kaflann í bókinni og var flutningnum útvarpað. Ég heillaðist af fyrstu setningunni: „I was looking for a quiet place to die“. Sannarlega merkileg byrjun á fyrstu persónu frásögn á 270 blaðsíðum. Ég las hana fljótlega eftir þetta á frummálinu og síðari lestrar í þýðingu hafa ekki dregið úr hrifningu minni.

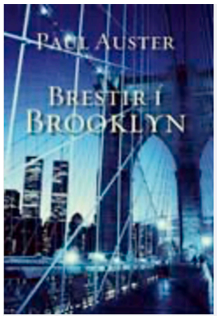
Bókin er frásögn Nathans Glass, tæplega sextugs fyrrum tryggingasala, sem er nýfráskilinn og þolir ekki einkadótturina. Að aflokinni krabbameinsmeðferð ákveður hann að verja síðustu dögum „síns sorglega og fáránlega lífs“ á frumbernskuslóðunum í Park Slope hverfinu í Brooklyn. Hann hefur engan áhuga á að kynnast meðborgurum sínum en vill frekar skrá bresti og ambögur þeirra og sjálfs sín. Engu að síður býr hann að eigin sögn yfir eðliskostum góðs sölumanns: Hann er næmur á fólk og góður að hlusta og hann veit hvernig á að heilla fólk.

Straumhvörf hljóta að koma og þau verða þegar hann rekst fyrir tilviljun á Tom, systurson sinn. Sá var efnilegur doktorsnemi við Michigan-háskóla í Ann Arbor en lauk aldrei við ritgerðina og hefur dagað uppi í fornbókaverslun, þunglyndur, akfeitur og uppgefinn. Í kjölfarið koma til sögunnar fleiri persónur sem hafa gefist upp á lífinu eða eiga við tilvistarvanda að stríða: Samkynhneigði bóksalinn Harry er heillandi persóna með skuggalega fortíð sem eltir hann uppi. Aurora, systir Toms, sem eftir feril í klámiðnaðinum er föst í ofbeldisfullu hjónabandi með ofsatrúarmanni. Lucy, níu ára dóttir Auroru, birtist heima hjá Tom en neitar að tala. „Fallega, fullkomna móðirin“ Nancy er ofmetin af einum og vanmetin af öðrum. Þetta er sagan af því hvernig þeir frændurnir finna aftur lífsneistann og með afskiptum sínum eða fyrir tilviljanir ná að smita samferðamenn sína af lífslöngun og -gleði. Höfundurinn hefur sagt að þetta sé eina skáldsaga sín þar sem meirihluti persónanna er ánægður í lokin.

Sagan gerist á rúmu ári eftir sumrinu 2000 og í fjarlægum bakgrunni er kosningabarátta Als Gore og George Bush og síðan málaferlin í kjölfar kosninganna. Maður fær á tilfinninguna að höfundurinn vilji koma á framfæri frjálslyndi og umburðarlyndi. Í því skyni hikar hann ekki við að beita uppskrúfuðum stíl og tilfinningasemi, jafnvel væmni, sem heillaði ekki gagnrýnendur. Eins og oft hjá Auster, eru tilvísanir í heimspeki og bókmenntir; í þetta sinn meðal annars með sögum af Kafka og Wittgenstein og einræðu Toms um samanburð á Poe og Thoreau. Bókin endar reyndar með hvelli og óvissu um hvað framtíðin ber í skauti sér.







Ég skora á Valgeir Stein Runólfsson lækni að skrifa um sínar bækur.

Vala – okkar eigin móðir líknarmeðferða

Virðing skein úr andlitum þeirra sem sóttu heiðursmálþing um störf Valgerðar Sigurðardóttur fyrrum yfirlæknis líknardeildar Landspítala. Salurinn fullur. Frumkvöðull, sögðu eftirmenn hennar. Einkunnarorð hennar væri seigla

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Mér líður eins og við séum að uppskera. Þú vannst erfiðisvinnuna og við uppskerum af henni núna," sagði Arna Dögg Einarsdóttir, yfirlæknir líknarlækninga á Landspítala, þegar hún hélt erindi um forvera sinn í starfi, Valgerði Sigurðardóttur líknar- og krabbameinslækni, í húsakynnum Læknafélags Íslands í byrjun marsmánaðar.

„Vala, þú ert okkar eigin móðir líknarmeðferða," sagði hún eftir stutta yfirferð á upphafssögu líknarmeðferðar erlendis og frumkvöðlum fræðanna.

Þéttsetið var í salnum. Andinn léttur og ljóst að þar fór læknir sem hefur haft mikil áhrif á samferðamenn sína. Frumkvöðull sem vann af elju við að festa líknarlækningar í sessi hér á landi – og það stuttu eftir að þær fengu viðurkenningu erlendis. Vísindamaður sem vann þverfaglega og hefur fengið riddarakross lýðveldisins fyrir forystu á vettvangi líknarmeðferðar.

„Eitt orð sem kemur upp í hugann þegar ég hugsa um Valgerði. Seigla. Það að þora að dvelja í erfiðum kringumstæðum, geta lent í krísu, mótlæti og koma standandi út," sagði Arna.

Sérhæfð í að líkna

Valgerður Sigurðardóttir gekk í MR, útskrifaðist úr læknisfræði 1978, sérhæfði sig í krabbameinslækningum í Svíþjóð og lauk doktorsprófi í líknarmeðferðum. Lengi vann hún hjá Krabbameinsfélaginu og var þar formaður félagsins og yfirlæknir þar til hún var ráðin yfirlæknir á líknardeild Landspítalans frá árinu 1999. Hún var einnig yfir HERU, sérhæfðri líknarheimaþjónustu Landspítala.

„Maður útsetur sig fyrir ýmsu áreiti og erfiðleikum að starfa við líknarmeðferð. Við sinnum fólki í sorg og krísu. Við erum að upplifa þetta dag eftir dag, ár eftir á. Það reynir á. Það reynir líka á því við erum einstaklingar með allskyns sögu og vandamál sjálf. Seiglan er því sá eiginleiki sem hjálpar okkur að halda áfram. Að vera til staðar í sorginni og þora að vera þar," lýsti Arna.

„Enginn sjúklingur er of erfiður fyrir okkur. Þú ert búin að kenna mér svo margt og ég vona að við njótum ennþá þinna krafta, eins lengi og þig langar," sagði hún við Valgerði.

Arna lýsti því hvernig Valgerður væri örlagavaldur í lífi sínu. Hún hafi ætlað að verða krabbameinslæknir. „Sannleikurinn er sá að hún leysti mig úr vanda," lýsti Arna fyrir fullum salnum.

„Ég var búin að ráða mig sem deildarlækni á krabbameinsdeildina og var að velta fyrir mér hvernig ég ætti að komast í framhaldsnám til útlanda." Hún hafi verið heima með þriðja barnið í fæðingarorlofi. Valgerður hafi hringt og boðið henni að vinna á líknardeildinni. Þær hafi aldrei hist.

„Fagið er þannig að það er erfitt að slíta sig frá því þegar einu sinni byrjað." Framhaldsnám í líknarmeðferð varð valið.

Markviss líknarmeðferð

Nanna Friðriksdóttir, sérfræðingur í hjúkrun sjúklinga með krabbamein á Landspítala, hélt einnig erindi. Hún fór yfir söguna, þróunina, vinnu við klínískar leiðbeiningar og þverfaglega nálgun þjónustunnar en þar var Valgerður lykilmaður.

Nanna lýsti því hvernig þær unnu markvisst að því að koma líknarmeðferðinni fyrr að í ferli sjúklings. Um Val-



gerði sjálfa sagði hún einnig að þar hefði verið um að ræða frumkvöðul og brautryðjanda líknarteyma hér á landi.

„Líknarráðgjafar líknarteymis og líknarmeðferðar hafa ekki farið eftir beinum og breiðum vegi. En það eru svo ótal margir þættir í þínu fari sem eru til fyrirmyndar og hafa gert það að okkur hefur tekist að feta þennan fjallveg," sagði hún við Valgerði. Líknarteymin hafi elst og fimm ára lífshorfurnar séu góðar.

„Stuðningur við teymið hefur verið góður. Starfsmannaveltan í teyminu hefur verið lítil. Þess vegna er þessi heildarlifun teymisins 30 ár með góðum lífsgæðum," sagði hún.

„Þú býrð yfir svo mikilli visku og hefur verið sönn ímynd fagmennskunar, visku og þolgæðis. Þú hefur haft óbilandi trú á viðfangsefninu alla tíð, ötul og fórnfús og kannt svo vel að fara með öll þessi fræði," sagði Nanna. „Þú átt alltaf svör og hefur bent á það að vita ekki svarið er líka svar."

Sigríður Gunnarsdóttir, prófessor og forstöðumaður Rannsókna- og skráningarseturs KÍ, sagði Valgerði alltaf leita leiða til að bæta meðferð, líðan og lífsgæði.

„Hún hefur einlægan áhuga á því sem hún fæst við og óhemju elju. Hún er eldklár, skörp og ósérhlífin. Hún er svo áreiðanleg, alveg sama hve mikið var að gera, mörg verkefni og hve mörg þurfti að leysa, mátti treysta á hana. Svo er hún sanngjörn." Sigríður þakkaði henni fyrir samstarfið og bað um að það yrði lengra.

„Til hamingju á þessum tímamótum og takk fyrir allt."

Valgerður Sigurðardóttir með yngstu barnabörnin sín tvö af fjórum í fanginu. Með henni: Arna Dögg Einarsdóttir á hægri hönd, Nanna Friðriksdóttir og Sigríður Gunnarsdóttir. Málþing henni til heiðurs var haldið 1. mars í sal Læknafélagsins og var þétt setið. Mynd/gag

Margar áskoranir við líknarþjónustu

„Við erum að eldast og krabbameinstilfellum að fjölga. Þörfin er mikil og stærsta áskorunin að tryggja mannauðinn alls staðar. Það á líka við um líknarmeðferð. Það þarf að mennta fólk og fræða," sagði Arna Dögg Einarsdóttir, yfirlæknir líknarlækninga á Landspítala, á málþinginu til heiðurs Valgerði Sigurðardóttur forvera hennar í starfi.

„Við sem vinnum að sérhæfðri líknarmeðferð vitum að verkefnin verða fleiri, flóknari og sérhæfðari," sagði Arna. Byggja þyrfti upp um allt land, hvort sem litið væri til hjúkrunarrýma eða heima fyrir. „Það er svigrúm til að efla þekkingu almennings." Hún benti á að lengja þyrfti stefnumörkunina í málaflokknum: 2025 og hvað svo?

„Ég held við séum sammála um að við erum á allt öðrum stað en þegar ég byrjaði. Það er aukinn áhugi, aukinn skilningur á þörfinni. Það er þetta grasrótarstarf, þessi gífurlega vinna sem þú, Valgerður, og fleiri hafa innt af hendi, sem skiptir þar höfuðmáli og er að skila sér," sagði Arna um forvera sinn en hún tók við af Valgerði fyrir tveimur árum.

Úr fyrsta árgangi Læknablaðsins 1915

Steingrímur Matthíasson
Graviditas extrauterina

Læknablaðið 1915; 1: 129-30

20 ára nullipara. Tubaabort. Laparotomia cum ablatione tubæ gravidæ. Sanatio.

Stúlkan hafði ætíð verið hraust áður. Fékk snögglega verki í kviðinn neðanverðan, hægra megin, ógleði, velgju og uppsölu, og annað veifið lá henni við yfirliði. Eftir vandlega yfirheyrslu játaði hún sig „gravida“, og að menses hefðu síðast verið fyrir rúmum 6 vikum. (Hún var trúlofuð, „ringforloved“ eins og Danir segja.) Hún fékk nú hvað eftir annað, með mjög stuttu millibili, sárar þrautir, og tvívegis kom ofurlítið blóð pr. vaginam. Enginn feber. Með heitum bökstrum og inject. morphia tókst að lina verkina, svo að hún gat sofið um nóttina. Við exploratio fanst uterus nokkuð stærri en eðlilegt var, og í hægri adnexa var að finna tumor, en mjög óljóst vegna eymsla. Henni leið vel um morguninn og hélt sig sloppna, en þá byrjuðu aftur verkir og uppsala. Eg þóttist nú viss í minni diagnosis, og lét flytja hana upp á spítala. Um mikla innri blæðing gat enn ekki verið að ræða, því hún var ekki átakanlega föllleit, púlsinn góður, og engin deyfing neðan til yfir abdomen.

Eftir fljótan undirbúning, er í chloroform. æthernarcose gerð Laparotomia, uten við hægri m. rectus abdom. Það er töluvert blóð neðan til í cavum peritonei, og adnexa hægra megin falin af þéttum blóðlifrum. Út úr þessari blóðstorku tekst að losa hnefastóran tumor, sem sýnir sig að vera tuba gravida, og fæðist eggið in toto um hið mjög útvíkkaða ostium abdom. um leið og tumorinn er dreginn fram.

.....

Þetta var nú alt blessað og gott. Eftir 3 vikur var stúlkan heilbrigð, og fær í flestan sjó. Í þessu falli var diagnosis tiltölulega létt, en auðvitað útheimtist þó fyrst og fremst, að maður gæti látið sér detta í hug gravidit. extraut., en það verður mörgum á að gleyma því, sem kunnugt er. Okkur var kent, og það haft eftir gamla próf. With. að maður ætti ætíð að skrifa bak við eyra þrjá möguleika við diagnosis, nfl. lues, hernia og graviditas extraut.

III para, 35 ára, ruptura tubæ gravidæ, Mors ex anæmia.

Eg er sóttur til fátæks fólks á hrörlegt heimili, þar sem kona er gestur. Hún hafði verið að drekka kaffi, og hafði fengið aðsvif og ónot fyrir hjartað að loknum kaffibollanum. Hún kvartaði yfir einhverjum óljósum verkjum innvortis. Eg gaf henni hjartastyrkjandi dropa og ordineraði opium, ef verkirnir ágerðust. – Daginn eftir er eg sóttur aftur. Henni vill ekki skána. Hún hefir fengið uppköst nokkrum sinnum; aðsvif og óróa í allar taugar. Opium hefir ekkert dugað, hún hefir selt því upp. Engar hægðir í nokkra daga. Stólpípan hefir verið reynd árangurslaust. Hún var föllleit og þjáð að sjá, en húsfreyja huggar mig með því „að hún sé mesti ræfill, hafi í mörg ár verið móðursjúk, og átt vanda til aðsvifa og yfirliða, og sennilega sé þetta mest á sinninu, út af því, að hún eigi að fara til Ameríku; ættingjar hafi sent fargjald, og hún eigi að fara, mjög á móti vilja sínum, með krakkana að nokkrum dögum liðnum, á skipsfjöl“. Þessi „harangue“ flutt með miklum eloquens, hafði allmikil áhrif á mig, og dró úr nákvæmni við skoðunina.

Eg fór heim og lagði mig, en daginn eftir er komið með hana moribunda. Valeriana og asa foetida og annar djöfulskapur hefir ekkert hjálpað. Fólk hefir samt dregið að koma með hana í þeirri trú, að þetta væri uppgerð og móðursýki. Hún er náföl, púlsinn því nær óteljandi, og öll einkenni um anæmia gravis. Nú grunar mig, að vera kunni graviditas extraut. rupta, en þó hefi eg eigi annað auk anæmiunnar að styðja þá diagnosis við, en óljósa anamnesis um, að hún kunni að vera gravida. Við exploratio er ómögulegt að finna nokkuð nákvæmt, af því að kviðurinn er svo þaninn að því er virðist af vindi (Ileus-teikn?). Eg treystist ekki til að gera operatio, horfurnar alt of slæmar til þess. Hún collaberar eftir stutta stund og deyr í coma.

„Af þessu læknir læra má“. Þessi yfirsjón mín í diagnosis olli mér mikils hugarangurs eftir á, því eg *hefði* átt að geta diagnostiserað rétt. En örbyrgð, óþrifaleg húsakynni, þar sem naumlega er hægt að þvo sér, og svo sagan af hennar hysteri og Ameríkuógleði og „hún væri sæl, ef hún fengi að deyja“ – alt þetta dró úr vísindalegri nákvæmni, og mér lá við að resonnera sem svo: „ilt er það og grábölvað, skítt veri með það og svei því!“



Kolbrún Pálsdóttir
kvensjúkdómalæknir

Graviditas extrauterina

Í fyrsta árgangi *Læknablaðsins*, í september 1915, birtust lýsingar af greiningu og meðferð tveggja tilfella utanlegsþungunar eða „graviditas extrauterina“. Það var Steingrímur Matthíasson (1876-1948) kvensjúkdómalæknir sem skrifaði greinina. Hann var héraðslæknir á Akureyri og samkvæmt heimildum einn af fyrstu læknum á Íslandi til að gera vel heppnaðan keisaraskurð. Í þessari merkilegu grein segir Steingrímur meðal annars frá því hvernig skurðaðgerð, laparotomia í chloroform aethernarcose, bjargar lífi 20 ára stúlku með utanlegsfóstur. Hitt tilfellið endar ekki jafn vel þar sem greining er gerð post mortem og minnir hann þar á mikilvægi þess að huga að þessari mismunagreiningu hjá konum með kviðverki. Má segja að sú áminning sé jafn brýn enn þann dag í dag enda um lífshættulegt ástand að ræða ef ekki er rétt greint.

Mikið hefur breyst á 110 árum hvað varðar möguleika okkar að greina og meðhöndla utanlegsþunganir. Verður þar fyrst að nefna hina nákvæmu greiningargetu sem þróast hefur til að fylgjast með snemmþungunum með *human chorionic gonadotropin* (hcg) sem fyrst var skilgreint 1938. Um er að ræða glykóprótein sem framleitt er í fylgjuvef. Með þvagprufu er hægt að greina hækkuð gildi um það bil tveimur vikum eftir getnað og ennþá nákvæmara er að mæla slík gildi í blóði þar sem greina má hækkun einungis 10 dögum eftir að getnaður hefur átt sér stað. Það þýðir þó ekki að klínísk einkenni skipti ekki máli því það gera þau svo sannarlega. Enn þann dag í dag er fyrsta einkenni sem leiðir til læknisskoðunar oftast kviðverkur og afbrigðileg blæðing. Skilgreining á hvaða gildi og hækkun á hcg á sér stað á ákveðnum vikum þungunar leiðbeinir okkur svo nánar við mismunagreiningu á eðlilegri snemmþungun eða afbrigðilegri þungun. Með sónarskoðun um leggöng fæst góð mynd af legi, eggjastokkum og yfirlit yfir kviðarholið á örskammri stundu til að átta okkur á hvort merki séu um þungun utan legs með beinum eða óbeinum hætti. Því sem Steingrímur lýsir við þreifingu sem tumor sjáum við með sónarskoðun um leggöng sem þungun í eggjaleiðaranum/eggjastokknum. Óbein merki eru svo frír vökvi í kvið eða fyrirferð.

Þvílík bylting sem sónartæknin hefur verið fyrir okkar sérgrein í kvensjúkdóma- og fæðingarlækningum enda hefur tæknin þróast gríðarlega frá því að fyrsta greinin eftir Ian Donald birtist í *Lancet* 1958 um sónarskoðun á fyrirferðum í kviðarholi. Einfaldara hefði verið fyrir Steingrím að greina konuna rétt, þá sem síðar lést af blæðingu eftir rof á utanlegsþunguninni, ef hann hefði haft aðgang að þungunarprófi og sónar.

Skoðun og greining í snemmþungun hefur færst að mestu leyti úr höndum heimilislækna yfir til kvensjúkdómalækna þar sem meðferðin fer einnig fram. Aðgerð er yfirleitt gerð þegar utanlegsþungun hefur verið staðfest, í færri tilfellum er beitt lyfjameðferð með methotrexate eða biðmeðferð. Í *Læknablaðinu* árið 2013 birtist grein um nýgengi og meðferð utanleggsþykktar á Íslandi árin 2000-2009.[1] Þar var því lýst að nýgengi lækkaði á rannsóknartímabilinu úr 14,1/1000 í 11,7/1000 þunganir á ári og hlutfall þeirra sem fóru í aðgerð lækkaði úr 98% í 91,3% á þessu 10 ára tímabili. Af þeim sem fóru í aðgerð jókst hlutfall kviðsjáraðgerða á rannsóknartímabilinu og var 91,1% á landsvísu í lok rannsóknartímabilsins. Meðallengd sjúkrahúslegu var 0,9 dagar fyrir þær konur sem meðhöndlaðar voru með kviðsjáraðgerð. Steingrímur lýsir því að unga stúlkan hafi verið 3 vikur að jafna sig eftir kviðskurðinn.

Ef miðað er við aðstæður Steingríms árið 1915 má sjá að afgerandi framfarir hafa átt sér stað við greiningu og meðferð þessa hættulega ástands. Ætla má að dánartíðni á þeim tíma hafi verið há, bæði við biðmeðferð en einnig hjá þeim sem meðhöndlaðar voru með opinni skurðaðgerð.

Steingrímur lýsir í seinna tilfellinu seinkun á greiningu sem leiddi til dauða konunnar. Hann vitjaði hennar í hrörlegum bústað hjá fátæku fólki. Þar er meðal annars skýrt frá því af húsfreyju þar sem konan var gestkomandi að konan sem um ræðir væri „mesti ræfill, hafi í mörg ár verið móðursjúk, og átt vanda til aðsvifa og yfirliða og sennilega sé þetta mest í sinninu“ og að „þessi harangue flutt með miklum eloquens“ hafi haft mikil áhrif á hann og dregið úr vísindalegri nákvæmri. Það er gömul saga og ný hvernig margar umkvartanir kvenna hafa verið útskýrðar sem móðursýki gegnum aldirnar. Í mínum huga eru þessar greinar Steingríms þörf áminning um mikilvægi þess að taka mark á einkennum sjúklinga og aðdáunarvert hversu mikil þekking var til staðar fyrir 110 árum þegar nánast einu greiningartólin voru saga sjúklings og klínísk skoðun og hefur það svo sannarlega staðist tímans tönn.

1. Baldvinsdóttir Á, Guðmundsson JA, Geirsson RT. Nýgengi og meðferð utanlegsþykktar á Íslandi 2000-2009. Læknablaðið 2013; 99: 565-70.

Frumkvöðlar í læknastétt

Seinni grein um frumkvöðla í íslenskri læknisfræði sem fram hafa komið á síðum *Læknablaðsins* í gegnum tíðina.



Þórður Harðarson
prófessor emeritus

Í vísindaskuggsjá *Læknablaðsins* – klínískar rannsóknir á 20. öld

Í fyrri grein minni var gerð tilraun til að rýna klínískar rannsóknir á síðum *Læknablaðsins* árin 1913 til 1973. Nú verður fjallað um síðari hluta 20. aldar, árin 1974 til 2000. Rétt er að rifja upp að val mitt á greinum til umfjöllunar er huglægt og því umdeilanlegt, en gert er ráð fyrir hefðbundinni formfestu í lýsingu á tilgangi rannsóknar, rannsóknaraðferðum, niðurstöðum og umræðu, auk samantektar og faglegrar umfjöllunar heimilda. Segja má að á þessu tímabili uppfylli flestar klínískar rannsóknir í *Læknablaðinu* þessi viðmið.

Árin 1974 til 1993

Mikil umskipti urðu á *Læknablaðinu* á þessum árum. Minnumst þess að á árunum 1954 til 1973 voru kynntar 69 klínískar rannsóknir í blaðinu og þeim hafði fjölgað um rúman helming frá fyrra 20 ára tímabili. Á tímabilinu 1974 til 1993 hafði þeim hins vegar fjölgað meira en sjöfalt frá fyrri 20 árum og töldust samtals 454, eða nærri 23 á ári.

Mestum blóma náði rannsóknavirknin síðustu 5 ár tímabilsins, en þá voru kynntar til sögunnar 168 greinar, um 33 greinar á ári hverju.

En breytingarnar snerust ekki einungis um magn. Mikilsverðar efnislegar breytingar urðu á umfjöllun blaðsins og greinarhöfunda á árunum 1974 til 1993.

1. Markverðar rannsóknarniðurstöður tóku að birtast frá hinum mikilvægu stofnunum Hjartaverndar og Krabbameinsfélagi Íslands. Þær náðu sumar máli á alþjóðlegan mælikvarða. Sama er einnig að segja um sum framlög Vinnueftirlitsins, göngudeildar Landspítalans fyrir háþrýsting og blóðfituröskun og fleiri aðila.
2. Formfesta fór mjög vaxandi í greinaskrifum og tölfræði.
3. Mikilvægar faraldsfræðilegar rannsóknir litu dagsins ljós.
4. Fyrstu greinar *Læknablaðsins*, þar sem lýst er framskyggnum, klínískum tilraunum, til dæmis á áhrifum lyfja, sáu dagsins ljós. Einnig birtust (örfáar) greinar sem fjölluðu um grunnrannsóknir, til dæmis í ónæmisfræði.
5. Umsækjendum um sérfræðileyfi var á þessum tíma skylt að birta fræðigrein á sviði sérgreinar sinnar. Þess sáust merki á síðum *Læknablaðsins*. (Páll Ásmundsson ritstjóri kvartar um þá klípu sem þessi regla lagði honum á herðar !).

Vitað er að fyrst var efnt til þátttöku Íslendinga í klínískum íhlutunarrannsóknum á þessu tímabili, en þeirra sést ekki staður á síðum *Læknablaðsins* eðli málsins samkvæmt. Vettvangur slíkrar rannsóknarþátttöku var oftast göngudeild Landspítala fyrir háþrýsting og blóðfituraskanir.

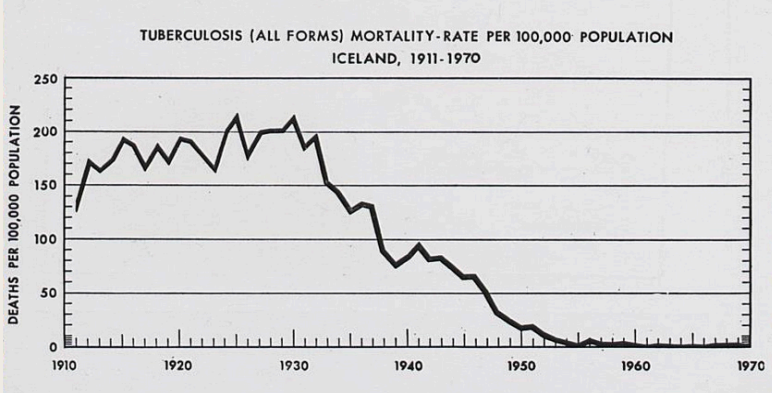
Fjölmargar greinar vekja sérstaka athygli. Til dæmis má nefna ítarlegt yfirlit Sigurðar Sigurðssonar landlæknis um berklaveiki á Íslandi árið 1976. Hann hafði lengi verið í fararbroddi í baráttunni við sjúkdóminn.[1] Í ljós kom að Ísland hafði þá lægsta dánartíðni samanburðarlanda. Fleiri smitsjúkdómar fengu mikilvæga umfjöllun í *Læknablaðinu á* þessu tímabili. Má einkum nefna margar greinar Ólafs Steingrímssonar, Karls Kristinssonar og félaga um chlamydia og camphylobactersýkingar,[2] en slíkar sýkingar voru mjög í þjóðfélagsumræðu um þær mundir. Ólafur Jensson var frumkvöðull um erfðarannsóknir og frumugreiningu. Verka hans sá stað í blaðinu, einkum framan af tímabilinu. Starfsmenn Vinnueftirlitsins, einkum Vilhjálmur Rafnsson, gerðu mikilvægar úttektir á atvinnusjúkdómum og dánarmeinum starfsstétta. Til dæmis kom í ljós aukin tíðni lungnakrabbameins meðal múrara.[3] Meðal mikilvægra viðfangsefna Rannsóknarstöðvar Hjartaverndar má einkum nefna grein Guðmundar Þorgeirssonar og félaga um áhættuþætti kransæðasjúkdóms. Hún varð grundvöllur áhættureiknilíkans Hjartaverndar.[4]

Guðmundur Björnsson efndi til markvissra rannsókna á faraldsfræði augnsjúkdóma, einkum gláku. Hann rannsakaði einnig sjónskerðingu barna.[5] Þetta framlag leiddi meðal annars til skimunar á augnþrýstingi á vegum Hjartaverndar og bættrar reglubundinnar augnskoðunar barna. Þorkell Guðbrandsson fjallaði um svæsinn háþrýsting í grein sem síðar varð kjarni doktorsritgerðar hans.[6] Sigurður Björnsson og félagar gerðu úttekt á tíðni sjúkdóms Crohns og sáraristilssjúkdóms á Íslandi. Fyrri sjúkdómurinn var þá fátíður hérlendis,[7] en hinn síðari sýndi vaxandi tíðni.

Guðrún Jónsdóttir sýndi fram á að sjálfsvígstíðni var minni á Íslandi en hinum Norðurlöndunum[8] og Hólmfríður Magnúsdóttir komst að þeirri niðurstöðu að tíðni geðveiki og greindarskorts væri aukin í tvímenningsfjölskyldum.[9] Guðjón Jóhannesson lýsti afar sjaldgæfu fyrirbrigði hjá þremur bræðrum, arfgengum skorti á sársaukaskyni.[10]

Á þessu tímabili var fyrst fitjað upp á ýmsum nýjum viðfangsefnum í blaðinu, sem síðar reyndust mikilvæg í íslenskum heilbrigðismálum, heymæði,[11] svefntruflunum[12] og húsasótt (myglu).[13]

Jóhannes Björnsson og félagar sýndu fram á að dánarorsakir voru ónákvæmt eða ranglega greindar á dánarvottorðum í um það bil helmingi tilvika.[14]



Línurit um þróun berklaveiki sem birt var á forsíðu 1. tölublaðs Læknablaðsins 1976.

Árin 1995 til 2000

Á þessu tímabili fjölgaði klínískum fræðigreinum *Læknablaðsins* enn. Einnig jókst meðalfjöldi höfunda, svo og samstarf stofnana eða deilda, innlendra sem erlendra. Þetta endurspeglaði án efa víkkandi sjóndeildarhring íslenskra heilbrigðisvísindamanna. Talsvert var um að heilsugæslulæknar greindu frá starfsháttum á stöðvum sínum.

Tímamót urðu við sameiningu spítalanna þriggja í Reykjavík árið 2000. Því er ekki úr vegi að taka árin 1994 til 2000 sem sýnishorn af rannsóknarvirkni stofnana fyrir sameininguna, eins og hún birtist á síðum *Læknablaðsins*. Enn er vert að minna á að ýmsir heilbrigðisvísindamenn birtu fræðigreinar sínar að mestu eða öllu leyti á erlendum vettvangi.

Á þessu 7 ára tímabili birtust 192 fræðigreinar í blaðinu, 27 á ári að meðaltali. Eitt hundrað og fimmtán áttu höfundartengsl við Landspítalann, þar af 55 lyflækningadeild, 20 skurðdeild, 20 ýmsum rannsóknardeildum, 19 barnadeild og 16 sýklafræðideild. Fimmtíu og sjö tengdust Borgarspítala (Sjúkrahús Reykjavíkur til ársins 2000), þar af 32 lyflækningadeild, 9 svæfingadeild og 9 skurðdeild. Læknar Landakotsspítala áttu aðild að 8 greinum á árunum 1994 til 1996. Tíu til tuttugu greinar áttu tengsl við Rannsóknastofu Háskóla Íslands í meinafræði, Hjartavernd, Krabbameinsfélag Íslands og Vinnueftirlitið. Í 17 tilvikum áttu þessar stofnanir ekki aðild.

Freistandi væri að setja fram langan lista áhugaverðra greina þessara ára. Nokkur dæmi aðeins: Skurðlæknar Landspítala lýstu því að tíðni nýrnakrabbameins væri hvergi hærri en hérlendis. Bjarni Þjóðleifsson og samstarfsmenn hans gerðu fjölmargar rannsóknir á ætisjúkdómi í meltingarfærum, þætti *helicobacter* í tilurð hans, auk lyfjameðferðar.[15] Þeir sýndu einnig fram á lága og lækkandi tíðni skorpulifrar, þrátt fyrir vaxandi áfengisneyslu. Þröstur Laxdal lýsti erfðagalla þar sem allir 12 sjúklingarnir voru rauðhærðir. Glúteinóþol reyndist hér fátíðast í Evrópu. Ólafur Steingrímsson og félagar héldu áfram markvissum rannsóknum á *Chlamydia*-sýkingum og greiningum þeirra með pólýmerasa-keðjuverkun. Þorsteinn Blöndal og félagar vöktu athygli á mikilli berklatíðni innflytjenda. Sýnt var fram á sterkt samband menntunar og dánartíðni.[16] Ýmsar erfðafræðirannsóknir voru kynntar til dæmis á blöðruhálskirtilkrabbameini og blöðrusjúkdómi í nýrum. Gunnar Sigurðsson og félagar lögðu til mikilvægar greinar um beinþéttni og D-vítamínbúskap.

Meðal nýjunga þessara 7 ára má nefna umfjöllun um þátttöku lækna Borgarspítalans í sjúkraflutningum með þyrlu. Fyrstu gallblöðrutökur um kviðsjá voru kynntar. Bættur árangur reyndist vera af tilraunum til endurlífgunar eftir að sjúkrabíll með lækni var gerður út frá Borgarspítala. Úttekt var gerð á tíðni lifrarbólgu C veirusýkingar, sem fór mjög vaxandi og fyrsta umfjöllun blaðsins um HIV-sýkingar var grein Haralds Briem og félaga 1996.[16] Gerð var grein fyrir fyrstu tafarlausu kransæðavíkkunum hérlendis. Framskyggnar slembivaldar rannsóknir á virkni lyfja voru kynntar.

Enginn vafi er á mikilvægi *Læknablaðsins* sem aðalvettvangs heilbrigðisfræða á Íslandi. Með birtingu í *Læknablaðinu* hafa nemendur á ýmsum þjálfunarstigum kynnst og tileinkað sér öguð vinnubrögð fræðanna. Blaðið hefur mótað íslenskt tungutak heilbrigðisfræða. Greinar blaðsins hafa mjög oft haft þá alþjóðlegu sérstöðu að viðfang rannsókna hefur verið sjúklingahópur heillar þjóðar eða jafnvel þjóðin öll. Mestu skiptir þó að greinarhöfundar hafa kynnt til sögunnar ýmis stórmæli sem mótað hafa vinnubrögð heilbrigðisstarfsmanna og leiðbeint höfundum íslenskrar heilbrigðisstefnu.



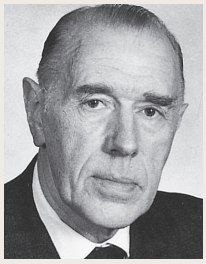
Níels Dungal (1897-1965) stofnandi Krabbameinsfélags Íslands.



Sigurður Sigurðsson (1903-1986), landlæknir 1960-1972.



Ólafur Jensson (1924-1996) frumkvöðull í íslenskum erfðarannsóknum.



Sigurður Samúelsson (1911-2009) fyrsti formaður Hjartaverndar, frumkvöðull vísindalegra lýðheilsurannsókna.

Heimildir við greinina eru á heimasíðu blaðsins.

Fagnaðarerindi koma og fara

110 árgangar þriðja elsta tímarits landsmanna skannaðir 1945–1954



Þröstur Haraldsson
blaðamaður

Nú er stríðinu að ljúka og þá hlýtur að vera réttur tími til að birta fagnaðarerindi. Það er gert með bravúr því fyrsta greinin í fyrsta tölublaði *Læknablaðsins* árið 1945 heitir einfaldlega PENICILLIN og er eftir Kristin Stefánsson. Hann byrjar á að vitna í breska lækninn Alexander Fleming sem lýsir myndun efnisins og hvernig það virkar. Þessi grein birtist árið 1929 en síðan „er heldur hljótt um þetta þar til H. W. Florey í Oxford og samstarfsmenn hans þar, taka upp frekari framleiðslu og rannsóknir á penicillini, 1940 og 1941 birta þeir tvær greinar í Lancet, um það, hvernig megi framleiða efni þetta, hversu litlar eiturverkanir þess séu á tilraunadýr og menn, og hve öflugar sýklaeyðandi verkanir það hafi við vissum infectionum."

Þetta hefur aldeilis verið gleðifrétt fyrir læknastétt sem búin var að upplifa alls kyns smitsjúkdóma og farsóttir sem engin þekkt lyf bitu á. Nú var komið til skjalanna efni sem virtist geta útrýmt sýklum og fleiri óværum með öruggum og skjótum hætti. Þetta lyf og önnur skyld sem þróuð voru upp úr því virkuðu líka lengi vel. En þetta var þó engin endanleg lausn. Meðan ég var að fletta í gegnum fyrsta árgang þessa áratugar sem hér er undir lagði ég eyru við Samfélaginu í nærmynd á Rás 1 þar sem rætt var við Þórólf Guðnason um sýklalyfjaónæmi sem breiðist ískyggilega hratt út þessi misserin. Hann var talsmaður starfshóps á vegum heilbrigðisráðuneytisins sem lagði til aðgerðaáætlun í þá veru að draga úr notkun sýklalyfja þar sem sýklarnir sem þeim er ætlað að deyða hafi séð við þeim. Verði ekkert að gert er talið að um 2050 muni 50 milljónir manna deyja árlega af völdum þessa ónæmis.

Mænuveiki þá og nú

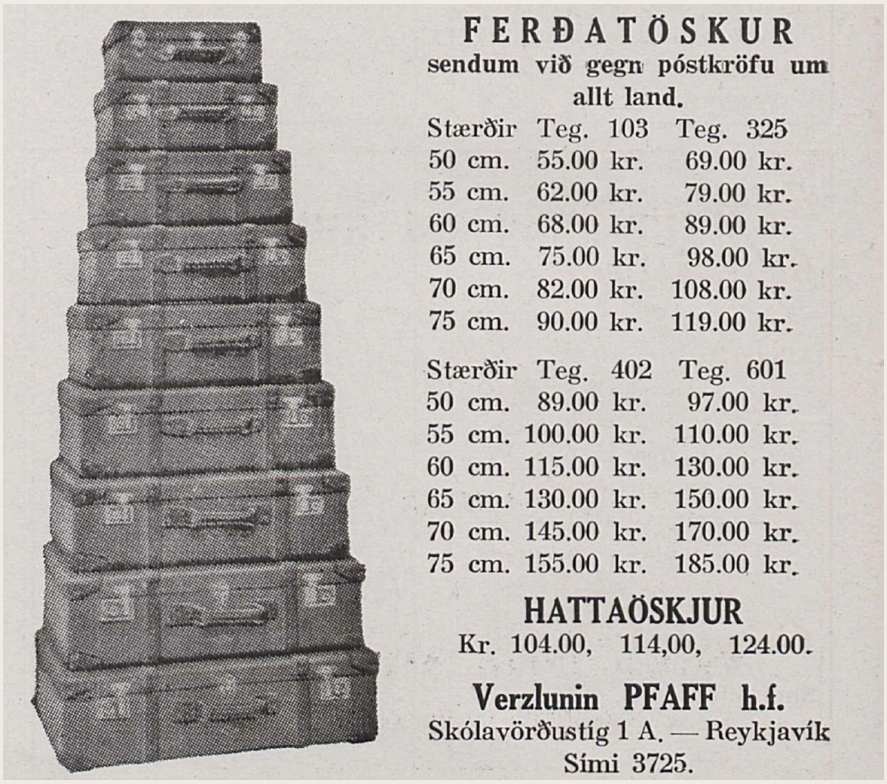
Á þeim tíma sem hér um ræðir voru penicillin og ápekk lyf alger bylting á starfi lækna. Allt í einu urðu fjölbreyttar sýkingar viðráðanlegar með til þess að gera einfaldri lyfjagjöf. Um líkt leyti, eða árið 1948, náðist langþráður áfangi þar sem samfélagið náði loks utan um berklabakteríuna sem hafði kostað fjölmörg mannslíf.

En það er eins og það er, þegar ein pestin hopar tekur önnur við. Mænusótt eða mænuveiki var skæð pest sem hvað eftir annað skaut upp kollinum á þessum árum og felldi í valinn eða lamaði allt að hálfri milljón manna árlega um allan heim um miðja öldina. Einnig þar eru fréttir í fjölmiðlum dagsins því nú greina þeir frá því að það stefni í að mænuveiki verði útrýmt, jafnvel á þessu ári. Um miðjan mars höfðu liðið 19 vikur án þess að mænuveiki hefði greinst í þeim tveimur löndum, Pakistan og Afganistan, þar sem hún greindist síðast. Haldi þetta áfram út árið má búast við því að veikin verði sett á lista yfir farsóttir sem heimurinn hefur útrýmt. Sá listi er raunar ekki langur því þetta mun verða önnur pestin sem hverfur, hin er bólusótt sem hvarf árið 1977.

Það var og er alveg nóg að gera hjá læknum heimsins og öðru starfsfólki heilbrigðiskerfisins. Nýir sjúkdómar skjóta stöðugt upp kollinum og birtast á síðum *Læknablaðsins*. Það sama gildir sem betur fer um ráð gegn mörgum sjúkdómum, gömlum og nýjum. Á stríðsárunum gerðist það til dæmis að byrjað var að gera aðgerðir til lækninga á hjarta- og æðasjúkdómum. Að því er virðist eru það fyrst og fremst meðfæddir hjartagallar sem hægt er að lagfæra en bráðatilvikum kunna menn ekki enn að bregðast við. Sigurður Samúelsson skrifar um þessar aðgerðir og fagnar því að nú þurfi læknar ekki lengur að sjúkdómsgreina hjartasjúklinga án þess að geta nokkuð að gert. „Áður hafði greining þessara sjúkdóma aðallega fræðilegt gildi, en nú er nauðsynlegt að læknum sé ljóst, að eitthvað er hægt að gjöra fyrir margt af þessu fólki."

Rotlækningar eða raflost?

Um miðja öldina var læknastéttin einnig að ná tökum á ýmsum sjúkdómum sem áður varð lítt ráðið við. Meðal þeirra eru maga- og skeifugarnarsár sem hafði fjölgað talsvert hér á landi. Það er fjallað um eyrnabólgur barna og botnlangabólgu en síðarnefndi kvillinn var af einhverjum ástæðum mun útbreiddari hér á landi en í nágrannalöndunum. Háþrýstingur er kominn á dagskrá, sem og blóðrannsóknir og ófrjósemi beggja kynja. Þá eru tauga- og geðlæknar farnir að fjalla um nýjar aðferðir á borð við heilaritun og lóbotómíu sem ég hef ekki



Í stríðinu tók fyrir ferðalög lækna á erlendar ráðstefnur og til að sækja sér fræðslu. Það breyttist eftir að stríðinu lauk og þá sáu auglýsendur viðskiptatækifæri í því að selja þeim ferðatöskur og hattaöskjur. Einnig var töluvert um auglýsingar um bíla og flugferðir. Þessi birtist í blaðinu árið 1949.

fundið íslenskt heiti á en enskumælandi kenna við „white snit“ og felst í skurðaðgerð á heila sem lækningu á geðsjúkdómum.

Málfarið á greinum lækna á þessum árum er ekki alveg farið að slípast eins og það gerði síðar. Til dæmis heitir ein grein eftir Kristján Þorvarðarson einfaldlega „Rotlækningar geðveikra“ og fjallar um „shock therapia“ eða raflost. Eins og fjölmargar greinar sem blaðið birtir á þessum árum var grein Kristjáns fyrst flutt sem erindi á Læknaþingi árið 1946. Enn er ekki farið að ritrýna greinar með skipulegum hætti eins og síðar varð. Ritrýnin fór því eiginlega fram á læknafundum sem haldnir voru á vegum læknafélaganna, heilbrigðisfélagsins Eir og víðar.

Frumkvöðlar falla frá

Það setur svip sinn á blaðið þessi misserin sem hér eru til umfjöllunar að kynslóðin sem kom til skjalanna í upphafi aldarinnar og hafði sterk mótunaráhrif á íslenska læknastétt er farin að falla frá. Guðmundur Hannesson fellur frá haustið 1946 og er heilt tölublað helgað minningu hans árið eftir, löng grein eftir Helga Tómasson og ljóð eftir annan kollega, Pál V.G. Kolka. Steingrímur Matthíasson á Akureyri og Gunnlaugur Claessen röntgenlæknir dóu báðir skömmu síðar en þeir voru mjög virkir í greinaskrifum á fyrstu árum blaðsins.

Annars var sá háttur lagður af að segja fréttir af stöðu- og leyfisveitingum, ferðalögum og jafnvel veikindum lækna um hríð en árið 1951 er hann tekinn upp aftur. Meðal þess sem greint er frá og er eins konar arfur skömmtunarkerfis stríðsáranna er úthlutun „jeppa og fólksbifreiða (ameríska)“ til lækna. Einnig er tekinn upp fréttaflutningur af nýútskrifuðum læknum með aðaleinkunn og nöfnum foreldra.

Og að sjálfsögðu er skotið á stjórnvöld fyrir ankannalegar stöðuveitingar þegar svo ber undir. Árið 1951 var Elías Eyvindsson, fyrsti sérfræðingur landsins í svæfingum og deyfingum, ráðinn svæfingalæknir við Landspítalann „og síðan til að veita forstöðu blóðbanka, ef til kemur“. Þetta þykir ritstjórn mjög „… varfærnislegt. Nú þegar kvað hafa verið byggt hús fyrir blóðbanka, og sennilega er það ekki reist af vangá, né án þess að gera sér fyrst grein fyrir til hvers átti að nota það. Er ef til vill eitthvað nýtt í bígerð með þetta hús?“

Breytingar í aðsigi

Útgáfa *Læknablaðsins* er einnig til umræðu á þessum árum, kannski vegna þess að útgáfutíðni þess er dálítið skrykkjótt. Í 4. tölublaði 1950 er athugasemd frá ritstjórn þar sem vitnað er í umræður á aðalfundi Læknafélags Reykjavíkur þess efnis að útgáfan sé ekki auðveld viðureignar, blaðið þyrfti að vera stærra vegna lengdar margra greina en fjárhagur þess leyfi það ekki. Einnig er þar auglýst eftir styttri greinum byggðum „á sjálfstæðum athugunum og eigin reynslu“ lækna og er því ekki síst beint „til héraðslækna að þeir láti meira til sín heyra en verið hefur“.

Þarna er raunar markað upphaf þróunar sem leiddi til þess að árið 1955 varð breyting á útgáfu blaðsins sem að sjálfsögðu verður greint nánar frá í næsta pistli. Í byrjun þess árs var allri ritnefndinni skipt út og Læknafélag Íslands varð formlegur aðili að útgáfu blaðsins.



Sjóvá er efst tryggingafélaga í Íslensku ánægjuvoginni sjöunda árið í röð.

Sjóvá | Kringlunni 5 | 440 2000 | sjova@sjova.is

SJÓVÁ



Glæný símamynd frá Berglindi.

Berglind Árnadóttir

Dagur í lífi sérnámslæknis í gigtlækningum á Akademiska sjúkrahúsinu í Uppsölum

05:30 Yngri guttinn vaknar og vekur þann eldri, þýðir ekkert annað en að drífa sig á fætur með þessar elskur. Eiginmaðurinn á næturvakt á bráðamóttökunni og best að vera tímanlega með þá. Rólegur morgun.

07:15 Komin á hjólið og á leiðinni í leikskólann sem er nánast úti í sveit. Með 50 kg í eftirdragi (báðir strákarnir og hjólavagninn), þakklát fyrir að vera á rafmagnshjóli. Finnum lyktina af fjósi, kindum og kúm á leiðinni. Smá víðátta, friðsælt umhverfi og gaman að hjóla þessa leið á morgnana.

07:50 Komin í vinnuna.

08:00 Morgunfundur gigtlækna. Gríp með mér kaffibolla. Farið yfir helstu tilfellin sem liggja inni á gigtardeild.

09–09:20 Áður en lengra er haldið er að sjálfsögðu kaffipása (*fika*), ekki hægt að sleppa því hér í Sverige. Veitir ekki af þriðja kaffibolla dagsins.

09:30–11:00 Flettum með hjúkrunarfræðingunum og síðan stofugangur.

11:00 Ég held fyrirlestur um VEXAS-heilkennið fyrir hina ST-læknana. Sjúkdómur sem fyrst var lýst árið 2020. Athyglisvert hvernig hann var uppgötvaður. Klínískum svipgerðum lýst með genetískri rannsókn. Erfitt að meðhöndla. Verður verkefni framtíðar gigtlækna að finna út úr því og kortleggja betur þennan áhugaverða sjúkdóm.

12:00 Hádegismatur. Gigtlæknarnir sitja saman. Rætt um pólitík og fólk lýsir yfir áhyggjum af því að ónefndur maður geti mögulega aftur orðið forseti Bandaríkjanna. Hvað verður um heiminn þá?

13:00 Innlögn á deildina. Karlmaður greindur með ANA-neikvæðan lupus (áhugavert), meðal annars áhrif á hjarta og heila, stórfrumublóðleysi og blóðflögufæð. Flókið tilfelli og löng saga. Leggst inn vegna máttleysis í hægri útlimum. Reynist vera með blóðþurrðarslag í heila og því fluttur á taugadeild. Verandi nýbúin að vera með VEXAS-fyrirlesturinn, veltir maður fyrir sér hvort þetta sé einhver annar sjúkdómur en lupus, sem við þekkjum ekki ennþá. Þessir sjúklingar sem eru með atýpísk einkenni, greinast yngri eða erfitt er að meðhöndla, mögulega eru þetta einfaldlega aðrir sjúkdómar, okkur ókunnugir. Hugsanlega má líkja þessu við að horfa í gegnum óskýra linsu, við sjáum ekki muninn eins og er.

15:00 Flettifundur með hjúkrunarfræðingum kvöldvaktar.

15:30 Deildarvinnan heldur áfram. Heyrum af ungum manni frá öðrum spítala í umdæminu sem á að flytjast til okkar á morgun. Blóðhósti og talsverðar lungnablæðingar beggja vegna. Háir ANCA-títrar. Mjög líklega GPA.

16:30 Sæki strákana í leikskólann. Þeir eru ánægðir með daginn en það er þreyta í mannskapnum. Ótrúlegt hvað sá eldri er farinn að tala góða sænsku eftir stuttan tíma.

17:00 Komin heim. Eiginmaðurinn tekur á móti okkur með lasagna í ofninum, búinn að þrífa og taka til. Þvílíkur ofurmaður sem ég á!

18:30 Förum í kvöldgöngu. Strákarnir fá sitthvorn ísinn, aðallega svo þeir sofni ekki á leiðinni í hjólavagninum. Erum forvitin um hús í næsta nágrenni við okkur sem er til sölu. Yndislegt hverfi. Gætum alveg hugsað okkur að búa þar.

19:30 Yngri fer að sofa. Lestrarstund með þeim eldri og svefntími.

20:30 Reyni að lesa aðeins um IgG4-sjúkdóma fyrir komandi próf í næstu viku. Veit ekki hversu mikið fer inn eftir langan dag. Við hjónin horfum síðan saman á einn þátt.

22:00 Hér byrja allir morgnar snemma. Best að fara að sofa.



Guðrún Agnarsdóttir
læknir og fyrrum alþingismaður

Um stofnun Neyðarmóttöku vegna nauðgunar

Fyrsta þingsályktunartillaga Samtaka um Kvennalista (Rannsókn og meðferð nauðgunarmála) var samþykkt vorið 1984. Nauðgunarmálanefnd var svo skipuð af dómsmálaráðherra í júlí 1984 með það hlutverk að kanna hvernig háttað væri rannsókn og meðferð nauðgunarmála og falið að gera tillögur til úrbóta. Nefndina skipuðu Ásdís J. Rafnar lögfræðingur, Guðrún Agnarsdóttir læknir og alþingiskona, Hildigunnur Ólafsdóttir afbrotafræðingur, Jónatan Þórmundsson prófessor, og jafnframt formaður, og Sigrún Júlíusdóttir félagsráðgjafi. Í skýrslu nefndarinnar 1989 var sett fram tillaga um neyðarmóttöku sem myndi veita þeim sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi samræmda læknis-, og sálfélagslega meðferð og stuðning og mælt með að hún yrði á slysadeild Borgarspítala.

Hlutverk mitt í nefndinni var að sjá um þátt heilbrigðisþjónustunnar í því að lækna og liðsinna brotaþolum og afla sönnunargagna. Ennfremur að kanna hvernig mætti draga úr þeim áhrifum sem nauðgun hefur á andlega og líkamlega heilsu brotaþola. Ég átti þess kost í ferðum 1986, af öðru tilefni, að heimsækja skipulagða neyðarmóttöku á læknavaktinni í Osló, og síðar lögreglu Oslóborgar, réttarrannsóknarstofnun Scotland Yard í London, rannsóknarlögreglu New York borgar og Mount Sinai-sjúkrahúsið í New York. Einnig síðar neyðarmóttöku San Fransisco sem var sú fyrsta sinnar tegundar í heimi. Allar þessar heimsóknir voru mjög lærdómsríkar og fékk ég margvísleg gögn í hendur um ítarlegt skipulag og framkvæmd þessara mála og þjálfun starfsfólks. Síðla árs 1990 var mér falið af Guðmundi Bjarnasyni heilbrigðisráðherra að gera tillögur um staðarval, nánara skipulag og kostnaðaráætlun neyðarmóttöku, sem ég skilaði í ágúst 1991.

Neyðarmóttökunni (NM) var valinn staður á slysa- og bráðadeild Borgarspítala og hún opnaði 8. mars 1993 sem tilraunaverkefni til þriggja ára og fékk sérstaka fjárveitingu á fjárlögum og ég var skipuð yfirlæknir hennar.

Skýr stefna var mótuð um heildræna þjónustu, veitta af hópi fagfólks sem tæki á móti eða kæmi á vettvang, hvert af öðru, þegar á þyrfti að halda. Brotaþoli þyrfti ekki að bíða eða fara á marga staði til að leita aðstoðar. Þjónusta byggð á þverfaglegri samvinnu margra starfsstétta og teymi sérlega þjálfaðs starfsfólks. NM skyldi opin allan sólarhringinn, árið um kring, þjónusta án endurgjalds og að eigin vali, bæði fyrir konur og karla, hvort sem kært er eða ekki. Þau sem þangað leita njóta forgangs og fyllsta trúnaðar gætt. Nafnleynd ríkir og fyllstu leyndar gætt um önnur auðkenni.

Við skipulagsgerðina byggði ég á þeirri innsýn og reynslu sem starf nefndarinnar, lestur og heimsóknir minnar erlendis höfðu veitt og átti mjög gott samstarf við Rannsóknarlögreglu ríkisins varðandi réttarlæknisfræðilega þáttinn. Skipulagt var námskeið á vegum Stígamóta fyrir starfsfólk slysadeildar og fulltrúa rannsóknarlögreglu áður en NM opnaði. Frá byrjun voru gerðar nákvæmar og ítarlegar verklagsreglur um móttöku og allt ferli skoðunar og meðferðar brotaþola, söfnunar og varðveislu gagna, þannig að þau stæðust fyrir dómi ef til sakamáls kæmi. Hönnuð voru sérstök stöðluð eyðublöð um alla þætti starfseminnar að erlendri fyrirmynd, löguð að íslenskum aðstæðum, þar sem lykilatriði voru skráð í sjúkraskrá í hverri heimsókn og þær fljótlega slegnar inn í tölvu. Einnig útbúinn sýnatökukassi sem innihélt allt sem nauðsynlegt er til töku sakargagna og bar lögreglan ábyrgð á að útvega slíkan búnað. Ég fékk sjö lækna, sex félagsráðgjafa og tvo sálfræðinga til liðveislu og svo unnu hjúkrunarfræðingar slysadeildar við móttöku. Allt starfsfólk var með skýra starfslýsingu, þekkti hlutverk sitt og einnig hlutverk annarra í teyminu og haldnir voru mánaðarlegir teymisfundir með fulltrúum allra starfshópa og rannsóknarlögreglu.

Á öðru starfsári, 1994, bættust í hópinn fimm lögfræðingar, sem einnig skiptu með sér vöktum og veittu brotaþola endurgjaldslausa ráðgjöf og stuðning varðandi kærur, yfirheyrslur, dómsmeðferð og gerð miskabótakröfu. Þáverandi dómsmálaráðherra, Þorsteinn Pálsson, veitti sérstakt fjármagn til að standa straum af kostnaði við störf lögfræðinganna. Reynsla af brautryðjendastarfi þeirra varð síðar fyrirmynd og hvati að lagabreytingum sem tryggðu þeim sem hafa orðið fyrir kynferðis- eða ofbeldisbroti svonefndan „réttargæslumann“.

Hinir ólíku starfshópar NM sýndu faglegan metnað í störfum sínum og öðluðust verðmæta reynslu sem nýttist þeim vel á öðrum starfsvettvangi. Við heimsóttum ýmsa faghópa og stofnanir með fræðslu um eðli og umfang starfseminnar og einnig lögreglu höfuðborgarsvæðisins með fundaröð fyrir vakthópa og fundir haldnir með dómur-

um í Héraðsdómi Reykjavíkur, Héraðsdómi Reykjaness og Hæstarétti. Ríkissaksóknari var viðstaddur tvo fundi. Ennfremur voru kynningar- og samráðsfundir og málþing með starfsfólki teymisins og fulltrúum rannsóknarlögreglu, ríkissaksóknara, rannsóknastofu í lyfja- og eiturefnafræði og sýklafræði.

Fulltrúar NM héldu erindi og fræddu heilbrigðisstarfsfólk innan og utan Landspítala, meðal annars læknanema, tóku þátt í kennslu við Lögregluskóla ríkisins, bæði í grunnámi og endurmenntun, áttu gott samstarf við Stígamót, Kvennaathvarfið, Barnahús, Hitt húsið, V-dags-samtökin og ýmsa fleiri. Fundir líka með Dómarafélaginu, Lögmannafélaginu, félagsráðgjöfum, námsráðgjöfum og Svæðisskrifstofu fatlaðra.

Samvinna var höfð við skipuleggjendur útihátíða fyrir Verslunarmannahelgar og reynsla hjúkrunarfræðinga NM af útihátíð við Eldborg 2001 varð til þess að skipaður var starfshópur á vegum dómsmálaráðuneytisins til að vinna leiðbeinandi verklagsreglur fyrir mótshaldara og lögreglustjóra um viðbúnað og skipulagningu útihátíða.

Fulltrúar NM tóku þátt í ýmsum málþingum og ráðstefnum erlendis og norrænu rannsóknarsamstarfi, Norvold, styrkt af Norrænu ráðherranefndinni. Megináherslan var að kanna heilsufarslegar afleiðingar kynbundins ofbeldis, tíðni þess og úrræði til móttöku og liðsinnis. Einnig samstarf við Sérfræðinganefnd Evrópuráðsins um varnir fyrir konur og stúlkur gegn ofbeldi, en þar var ég formaður 1998-2000. Í tengslum við þetta samstarf, en einnig víða á öðrum vettvangi, bæði hér á landi og erlendis, hefur verið lokið lofsorði á skipulag og starfsemi Neyðarmóttökunnar, meðal annars í sérfræðiáliti til Sameinuðu þjóðanna[1] var Neyðarmóttakan á Íslandi tilgreind sem eitt af örfáum öndvegissetrum í heiminum (*centres of excellence*) í þessum málaflokki.

Talsverðar breytingar hafa verið gerðar á starfsemi NM á starfstíma hennar. Á árinu 2004 urðu róttækar breytingar á skipulaginu í sparnaðarskyni. Yfirlæknisstaðan og stöður félagsráðgjafa voru lagðar niður. Hjúkrunarfræðingur varð verkefnastjóri og gegndi Eyrún Björg Jónsdóttir því starfi mjög vel og lengi og sálfræðingar veita nú stuðning í stað félagsráðgjafa en aðrir starfshópar eins og áður. Skipulag NM hefur þróast farsællega í takt við tímann og þjóðfélagsbreytingar og þar er nú áfram veitt mikilvæg, fagleg þjónusta af vel þjálfuðu og reyndu starfsfólki.

Nokkur rannsóknarverkefni voru unnin til BSc, MSc og kandídatsprófa og greinar skrifaðar í ritrýnd tímarit, byggt á komum til NM, bæði um eðli og umfang mála og afleiðingar ofbeldis á þolendur. Fagleg örvun og greið samskipti vekja metnað og vinna gegn kulnun í krefjandi og ágengu starfi.

Á tímabilinu 1993-2023 hafa 3928 einstaklingar leitað til NM, um 90% þeirra konur, 852 voru börn, eða undir 18 ára aldri, 1398 voru 18-25 ára. Ástæða komu var oftast nauðgun, oft tengd skemmtunum um helgar, og áfengi og vímuefni eru veigamiklir áhættuþættir. Fjöldi kærðra mála voru 1677.

NM var stofnuð sem þriggja ára tilraunaverkefni en hefur sannað sig og veitt tæplega 4000 manns mikilvæga þjónustu síðastliðin 30 ár. Ég er þakklát fyrir að hafa fengið að eiga hlut að því að þjónusta Neyðarmóttöku var sett á laggirnar.

Heimild

1. Kelly L. "Promising Practices addressing sexual violence". Expert paper. Violence against women: Good practices in combating and eliminating violence against women. Expert group meeting organized by UN Division for the advancement of Women in collaboration with UN office on Drugs and Crime 17 to 20 May 2005 Vienna, Austria. un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-gp-2005/docs/experts/kelly.sexualviolence.pdf - mars 2024.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Óttar Guðmundsson formaður
Helga M. Ögmundsdóttir ritari
Sigurður Guðmundsson gjaldkeri
Friðrik Yngvarsson
Gísli Einarsson

Öldungaráð
Guðmundur Viggósson
Jóhannes M. Gunnarsson
Kristófer Þorleifsson
Margrét Georgsdóttir
Reynir Þorsteinsson

Ritstjóri vefsíðu og síðu Öldungadeildar í Læknablaðinu:
Helga M. Ögmundsdóttir

Eliquis (apixaban) 2,5 mg og 5 mg filmuhúðaðar töflur.
Ábendingar: Eliquis 2,5 mg: Forvörn gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. **Eliquis 2,5 mg og 5 mg**: Forvörn gegn heilaslagi og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II). Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE), og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum**. Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Lifrarsjúkdómur sem fylgir blóðstorkukvilli og blæðingarhætta sem hefur klíníska þýðingu. Vefjaskemmdir eða kvillar ef það er talið vera áhættuþáttur fyrir verulegri blæðingu. Þar með talið nýlegur eða virkur sárasjúkdómur í meltingarvegi, illkynja æxli með mikilli blæðingarhættu, nýlegir áverkar á heila eða mænu, nýleg skurðaðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, slagæða- og bláæðatenging, æðagúlar eða meiriháttar óeðlilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðru segavarnarlyfi, t.d. ósundurgreint (unfractionated) heparín, létt (low molecular weight) heparín (enoxaparin, dalteparin, o.s.frv.), heparín afleiður (fondaparinux, o.s.frv.), segavarnarlyf til inntöku (warfarín, rivaroxaban, dabigatran, o.s.frv.), nema í þeim sérstöku tilvikum þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum, ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð eða þegar ósundurgreint heparín er gefið meðan á brennsluaðgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatifs stendur.
Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.
Markaðsleyfishafi: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG.
Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) dags. 25. maí 2023
Sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér fræðsluefni (RMP) fyrir lyfið og tiltekið fræðsluefni ætlað sjúklingum (öryggisspjald fyrir sjúklinga) áður en notkun lyfsins hefst. Ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

Hvernig varð sérgrein lækna fyrir valinu? Hvar lærðu þeir? Hvaða ráð gefa þeir ungum læknum?

Haukur Hjaltason
taugalæknir



Haukur og eiginkonan, Þóra Steingrímsdóttir, á góðum degi í Suður-Týról í 2500 m hæð yfir sjávarmáli. Ágúst Eiríksson tók myndina.

Svo lengi lærir sem lifir

Vogaskóli og MS, gekk 13 ár sömu leið í skólann. Hvað ef ég hefði átt heima í sveit? Hefði ég þá orðið bóndi eða mjólkurbílstjóri? Tæpast smiður en kannski málari. Foreldrar mínir fluttu á mölina úr sveitum Suðurlands. Pabbi varð olíubílstjóri, mamma rak heimilið ásamt ýmsu öðru. Hvert átti ég að stefna? Las mikið af allskonar og *andlegu efni* á menntaskólaárunum enda voru þá eftir-hippa tímar, jóga, Guðspekifélagið og annað í þeim anda. Árni móðurbróðir var nýburalæknir í Sviss; vissulega hugsaði ég um læknisfræði í menntaskóla en sálfræðinám í HÍ varð lokaniðurstaða.

Árin sem fylgdu hef ég stundum kallað „golden years of university“. Sálfræði er hóll á milli raungreina og hugvísinda sem er hollt og gott að standa á og litast um. Í náminu tók ég ýmis hliðarspor og sat námskeið í heimspeki, stjórnmálafræði og mannfræði, innritaði mig í þau mörg, sagði mig svo bara frá prófi ef ég taldi mig tæpan. Féll í mannfræði, gleymdi að segja mig úr prófinu. Heimspekin hafði kannski mest áhrif á mig með frábærum kennurum: Páli Skúlasyni, Þorsteini Gylfasyni, Mike Marlies (Mikael Marlies Karlssyni), og ekki síst Arnóri Hannibalssyni, þeim gefandi og fjölfróða manni. Ekki að sálfræðikennararnir væru síðri, Sigurjón Björnsson, Erlendur Haraldsson, Jón Torfi Jónasson, og ekki síst Magnús Kristjánsson. Hvað þessir kennarar lögðu inn á minn þekkingarreikning! Og hafa þó margir góðir kennarar gert slíkt hið sama fyrr og síðar.

Áður en annað ár sálfræðinnar hófst haustið ´79 var ég vaklandi um framhaldið þrátt fyrir að hafa staðið mig vel! Byrjaði í læknisfræði eins og Ernir Snorrason, þá taugasálfræðingur á Grensásdeild. Eftir þrjár vikur hvarf ég aftur til sálfræðinnar en Ernir hélt áfram. Auk þess að vera læknanemi kenndi Ernir taugasálfræði (með sínum hætti) á 2. ári sálfræðinnar. Þar hittumst við aftur og úr varð einhver taugagaldur í huga mínum sem hafði leiðandi áhrif á starfsval mitt síðar.

Eftir BA í sálfræði hafði ég fullan hug á framhaldsnámi, sérstaklega í Bandaríkjunum. Ég stóð á hól og virti fyrir mér tauga-, sálar-, og hugfræðivísindi (*information processing*), jafnvel tölvusálfræði (*artificial intelligence/computer simulation*). Á þessum tíma, um 1980, var mikil gróska í þessum fræðum og, ekki síst í Bandaríkjunum, boðið upp á námsleiðir sem voru samsuða þeirra og skyldra greina. En, ég var áfram hikandi. Vann í framhaldinu á geðdeild Landspítala í tæpt ár, lærði þar margt umfram það sem ég lærði síðar. Svo, haustið ´82, byrjaði ég aftur í læknisfræði og hélt nú áfram. Ákvörðunin var öllu heldur að fara í taugalækningar og þrátt fyrir skemmtilegar og áhugaverðar aðrar greinar í náminu breytti það engu um áform mín. Gunnar Guðmundsson prófessor var í leyfi þegar kom að taugakúrsus á fimmta ári og því leiddi Sverrir Bergmann kennsluna, og það gerði hann vel.

Að læknanámi mínu loknu var Þóra mín á förum til Uppsala í framhaldsnám í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum. Hvað gerir maður annað en að fylgja Þóru? Úr varð kandídatsár í Uppsölum og nágrenni; við bjuggum þar næstu tíu árin, ´88-´98. Afrek okkar Þóru voru nokkur á þessum áratug; dæturnar þrjár, sérnám okkar beggja og tvær doktorsritgerðir. Svo eignuðumst við líka vini fyrir lífstíð. Að kandídatsári loknu var ekki pláss að fá á taugadeild á Akademíska sjúkrahúsinu í Uppsölum og því hringdi ég í Lennart Grimby klínikchef á taugadeildinni á Karolinska í Stokkhólmi.

Jú, þangað var ég velkominn (hann réð mig í fyrsta símtali (hvorki CV né meðmælabréf) og segir það nú sitthvað um orðspor íslenskra fyrirrennara minna á þeim stað). Þangað fór ég og ferðaðist milli Uppsala og Stokkhólms næstu átta árin, daglegur ferðatími tæpir tveir tímar í lest, og svo hjól á báðum stöðum. Það sem íslenskir læknar leggja á sig! Margir íslenskir taugalæknar eiga Grimby og hans fólki á taugadeild Karolinska mikið að þakka. Grimby er heiðursfélagi Taugalæknafélags Íslands. Góður maður og læknir svo vægt sé til orða tekið. Áður en ég steig fæti inn á Karolinska í júní ´90 hitti ég Richard Tegnér taugalækni þar á bæ. Á þeim fundi var ákveðið að hann myndi handleiða mig í doktorsnámi sem ég lauk svo ´97. Hann hafði doktorerað í neuropatíu tengdri nýrnabilun en ákveðið að skipta yfir í taugasálfræðilegar rannsóknir, nefnilega *unilateral (hemispatial) neglect* eða gaumstol eins og það heitir á íslensku. Richard hafði ekki mörg orð um hlutina en hann var sannarlega mikilvægur áhrifavaldur í mínu rannsókna- og háskólastarfi. Gaumstol flokkast sem taugasálfræðileg truflun (eins og málstol) og mér fannst á þessum tímapunkti að nú væri ég búinn bæði með framhaldsnámið í sálfræði og læknisfræði!

Bara svo þið vitið, þá hélt mitt sérnám áfram eftir að ég kom heim til Íslands sem taugalæknir. Svo lengi lærir sem lifir. Sjúklingar og félagar mínir taugalæknar (sumir af mínum bestu vinum) hafa viðhaldið og aukið þekkingu mína. Takk Karolinska fyrir að taka við ungum læknum frá okkur, takk fyrir að ég hef alltaf fengið að tala við ykkur þegar mig hefur vantað ráð. Persónuleg tengsl við læriferður og öflugar stofnanir utan Íslands skipta meira máli en margur hyggur.

Blanda af rólegheitum og látum



Karen Eva Halldórsdóttir
taugalæknir

Ég kynntist fyrst taugalækningum eins og svo margir aðrir læknanemar á fimmta ári í verknámi og ákvað fljótt að það væri sérgreinin fyrir mig. Ég svaf reyndar í gegnum flesta anatómíukúrsa taugakerfisins og fór inn í taugakúrsinn með það eina markmið að læra nógu mikið um dofa til að forðast dagleg taugakonsúlt, hvar svo sem ég myndi enda. En ég heillaðist af greininni, og eins og svo mörgum öðrum sem enda í taugalækningum fannst mér alveg magnað að geta staðsett einkenni á skoðuninni einni (þó við elskum okkar segulómanir líka).

Taugalækningar eru líka blanda af rólegheitum og látum sem gerir vinnuna mjög fjölbreytta. Það sem skipti líka miklu máli voru frábærir deildarlæknar og sérfræðingar sem störfuðu á deildinni sem ég gat tengt við. Mér fundust þeir hafa raunverulega gaman af vinnunni sinni, tóku sig ekki of alvarlega, en voru alltaf „spot on“ og vissu hvenær þyrfti að bregðast hratt og rétt við.

Þegar kom að því að hefja formlegt sérnám var ég bæði að hugsa um Bretland og Bandaríkin. Ég flutti fyrst til London og vann þar í rúmt ár á sama tíma og ég tók öll bandarísku prófin og undirbjó umsóknarferlið. Stefnan var held ég alltaf innst inni að fara til Bandaríkjanna og voru þar íslenskir taugalæknar sem höfðu lært úti sterkar fyrirmyndir. Eftir á að hyggja var sú ákvörðun sennilega með þeim betri sem ég hef tekið. Það er flókið ferli og ég fékk hjálp frá hinum ýmsu læknum sem ég verð ævinlega þakklát fyrir.

Námið úti er mjög skipulagt. Það er vel haldið utan um kennslu og markmiðin eru skýr. Það er séð til þess að þú fáir eins góða reynslu og hægt er til þess að undirbúa þig til þess að starfa á eigin vegum. Ég lauk sérnámi við The University of Vermont og flutti svo til Los Angeles í Kaliforníu til að hefja *fellowship* í tauga- og vöðvalækningum. Tíminn í *fellowshipi* var mjög góður, þar sem var farið dýpra inn í undirsérhæfinguna. Ég kynntist frábærum sérfræðingum sem hafa mikinn metnað fyrir sinni grein og sá ógrynni af tilfellum sem ég mun seint gleyma.

Ég starfa núna á Landspítala og held líka úti göngudeild á Heilsuklasanum. Ég er mjög sátt við mína sérgrein og finnst það stór kostur að geta framkvæmt vöðvarit samhliða klíníkinni. Það brýtur upp dagana og þó ég hafi aldrei verið neitt sérstaklega inngripsglöð, er gaman að gera eitthvað allt annað og geta bætt tæknilegu atriðin.

Ég hefði ekki endilega getað ímyndað mér að enda á þessum stað þegar ég byrjaði í læknisfræði, verandi frekar tækniheft manneskja, en ég trúi ekki mikið á að skipuleggja hluti of langt fram í tímann. Mikilvægast af öllu held ég sé að hafa gaman af því sem maður gerir, eins klisjukennt og það hljómar. Þó hver einn og einasti dagur sé ekki endilega frábær þá þarf að vera ákveðinn neisti eða löngun til þess að vilja læra meira og bæta sig. Flestar sérgreinar eru nú sem betur fer þannig gerðar að bjóða upp á fjölbreytta möguleika, og þannig eru taugalækningar klárlega, þar sem eru spennandi hlutir að gerast í flestum undirsérgreinum.

Ég hefði ekki endilega getað ímyndað mér að enda á þessum stað þegar ég byrjaði í læknisfræði, verandi frekar tækniheft manneskja, en ég trúi ekki mikið á að skipuleggja hluti of langt fram í tímann.



Ég skellti mér í Grundarfjörð nýlega í mömmufrí og var læknir vikunnar á heilsugæsluvaktinni hjá þeim. Það var algjörlega frábært, geggjuð aðstaða og frábært starfsfólk, en mikið vona ég að plássið eignist sinn eigin lækni mánaðarins fljótlega – jafnvel lækni ársins.

Hildigunnur Þórsdóttir
almennur læknir á heilsugæslu á landsbyggðinni

Gæsluvaktir og guilty pleasure

Það er þetta með að hafna forminu og draga fram það sem virkilega skiptir máli sem mig langaði að skrifa um. Að gera það sem maður finnur í hjarta sínu að er rétt, skynsamlegt og hefur tilgang. Læknar verða að hafa svigrúm í sínu vinnuumhverfi til að gera það. Ég er þakklát fyrir að tilheyra aðgerðahópi heimilislækna og berjast á móti froðu og upphefja fagmennsku og skynsemi. *Þessi stutti pistill er bara grín með smá alvöru í bland.*

Ég er almennur læknir á heilsugæslu úti á landi. Heilsugæslan er mikið notendastýrð þjónusta og frekar illa væntingastýrð fyrir alla aðila með tilliti til tímastjórnunar og árangurs. Mér líður oft eins og ég vinni í sjálfsala, fólk bara pantar sér tíma hjá mér og byrjar svo að leggja fram pantanir sínar við mig um einhver óræð vottorð, rannsóknir og lyf. Jú, eitthvað af þessu er nauðsynlegt en það er ekki mikill tími til að velta því fyrir sér, það þarf bara að afgreiða málin.

Ég hef held ég aldrei læknað hné á neinum. Hné hafa þrjár mögulegar útkomur: Geta lagast af sjálfu sér, lagast með bólgueyðandi- eða sýklalyfi eða skurðaðgerð, eða þau lagast alls ekki. Ég hef lært af biturri reynslu að ef nýr skjólstæðingur minn vill byrja á að tala um hnéð á sér í löngu máli og reifa einhvern gamlan krossbandaáverka, þarf ég að vera mjög fljót að spyrja viðkomandi: „Hvað vildirðu ræða við mig fleira í dag, því við höfum bara 20 mínútur?“ Svo brýst ég fastar út úr notendastýrða forminu, renni skrifborðsstólnum mínum lymskulega fram að brún drekkhlaðins skrifborðsins, með hendur í skauti, hné beint fram og varfærnislegt augnsamband. Svona þefa ég uppi vandræðin. Kemur þá oft upp úr dúrnum að fólk vill ræða eitthvað *högaktuellt* sem er vel þess virði að eyða tíma okkar í, oft eitthvað sem það skammast sín fyrir eða hefur þungar áhyggjur af og þorir annars ekki að nefna fyrr en í dyrunum á leiðinni út. Svona slepp ég líka alveg við að framkvæma *inkonklusiva* hnéskoðun og eiga samtal um mismunandi NSAID í 19 mínútur. Hnéð getur klárlega beðið. Þessi alvöru vandamál þurfa tíma, skyggni milli sílóa, tilvísanir til ólíkra fagaðila og samfellu í eftirfylgd. Fullkomið verkefni fyrir mig á heilsugæslunni og gefur mér tilgang.

Ég á eina alveg ferlega sakbitna sælu (*guilty pleasure*) sem ég leyfi mér að detta í þegar ég er á gæsluvaktinni eftir klukkan fjögur á heilsugæslunni.

Forsaga: Ég vann á bráðamóttökunni í Fossvogi frá 2018 til 2020 og gat svo aldrei alveg hætt að taka aukavaktir þar samhliða annarri vinnu. Það var bara eitthvað þar sem fyllti á einhver dularfull holrými hjarta míns. Og svo fann ég það aftur óvænt á minni eigin biðstofu árum síðar. Hin hráa læknisfræði gangaplássins!

Þetta er samt bara gangapláss-*lite* hjá mér, því það eru auðvitað ekki 15 aðrir sem heyra allt sem fer fram á svæðinu eins og er á bráðamóttökunni. Bara ég, skjólstæðingurinn og aðstandandi. En við erum frammi. Persónuvernd er bara mjög sátt.

Ég rúlla lífsmarkamælinum inn á biðstofu til kvalins skjólstæðings míns. Ég fer sjálf á hnén á gólfið í vaktaflísbuxunum mínum til að mynda samband í réttri augnhæð til að fara inn í sjúkrasögu af einlægni, órafjarri skjáa- og pappírshlöðnu skrifborði mínu þar sem ég hef fundið gleði mína og empatíu dofna marga sjálfsaladaga í röð.

Nú finn ég neistann. Vel rétta mansettu, tek mettun og hitann og tel öndunartíðnina meðan ég hugsa um mismunagreiningar. Sé púlsinn á tækinu en treysti því ekki, þreifa hann líka vandlega beggja vegna til að geta lýst því í nótunni minni. Þarf ég EKG? Hvað veldur þessum kvölum og hvernig ætla ég að freista þess að stilla þær? Hvaða manneskja er þetta og hvernig get ég hjálpað henni?

Svo er komin niðurstaða, græja lyf og vatnsglas og fer með á gangaplássið. Þannig kem ég líka í veg fyrir að fólk taki mig á spjallið við tölvuna: „Fyrst ég er nú með þig hérna, ertu til í að endurnýja öll lyfin mín og geturðu svo flett upp hvað kom úr hnémyndinni hjá manninum mínum í sumar…“

Nei, steingleymdu því, þetta er bráðamóttaka. Útskrift! Næsti!

KYNNTU ÞÉR RÉTTINDI ÞÍN

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna greiðir:

- EINGREIÐSLUSTYRKI
- ENDURHÆFINGARSTYRKI
- FÆÐINGARSTYRKI
- GLASAFRJÓVGUNARSTYRKI
- STYRKI VEGNA NAUÐSYNLEGRA LÆKNISAÐGERÐA, SEM SJÚKRATRYGGINGAR GREIÐA EKKI
- STYRKI VEGNA KAUPA Á HEYRNARTÆKJUM OG GLERAUGUM
- STYRKI VEGNA SÁLFRÆÐIAÐSTOÐAR
- STYRKI VEGNA TANNVIÐGERÐA
- ÚTFARARSTYRKI
- VEIKINDASTYRKI

Læknar sem starfa samkvæmt kjarasamningi fjármála- og efnahagsráðherra og LÍ eiga rétt á styrk úr sjóðnum. Þeir sem stunda sjálfstæðan rekstur verða að sækja um aðild að FOSL og greiða iðgjald til hans.

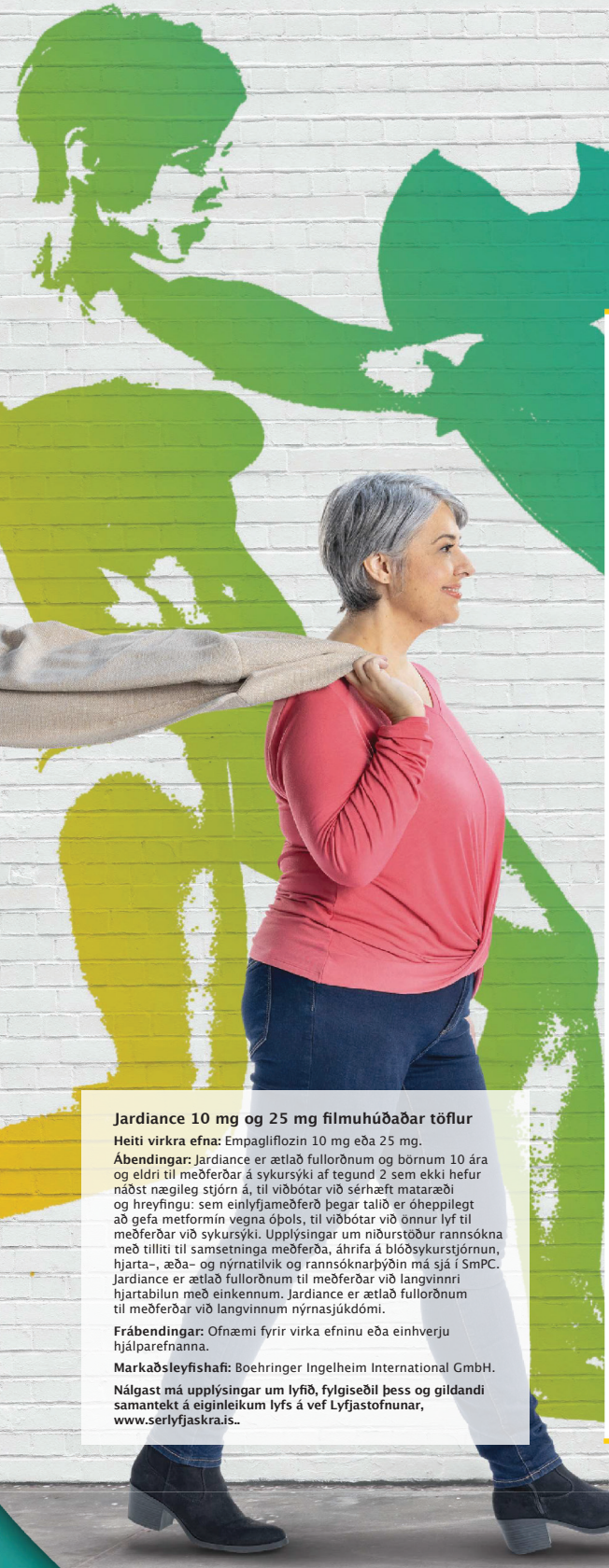
Sjá nánar á www.lis.is/is/sjodir/fjolskyldu-og-styrktarsjodur

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS STOFNAÐ 1918
Icelandic Medical Association

NÚ SAMÞYKKT TIL MEÐFERÐAR VIÐ LANGVINNUM NÝRNASJÚKDÓMI

LÍFFÆRAVERND MEÐ JARDIANCE

Jardiance® (empagliflozin)



Þreföld vörn

Jardiance® veitir sjúklingum vörn sem eru með:

Sykursýki af tegund 2
Minni hætta á dauðsföllum af völdum hjarta- og æðasjúkdóma hjá sjúklingum með sykursýki af tegund 2 og hjarta- og æðasjúkdóma.[1]

Langvinnur nýrnasjúkdómur
Minni hætta á dauðsföllum af völdum hjarta- og æðasjúkdóma eða versnun nýrnasjúkdóms.[2,3]

Hjartabilun
Minni hætta á dauðsföllum af völdum hjarta- og æðasjúkdóma eða hjartabilun sem krefst innlagnar á sjúkrahús.[4,5]

Sýnt hefur verið fram á öryggi og þolanleika í fjölda rannsókna[2]

Einföld skömmtun: Til inntöku einu sinni á sólarhring, engin skammtastilling[2]

Jardiance 10 mg og 25 mg filmuhúðaðar töflur

Heiti virkra efna: Empagliflozin 10 mg eða 25 mg.

Ábendingar: Jardiance er ætlað fullorðnum og börnum 10 ára og eldri til meðferðar á sykursýki af tegund 2 sem ekki hefur náðst nægileg stjórn á, til viðbótar við sérhæft mataræði og hreyfingu: sem einlyfjameðferð þegar talið er óheppilegt að gefa metformín vegna óþols, til viðbótar við önnur lyf til meðferðar við sykursýki. Upplýsingar um niðurstöður rannsókna með tilliti til samsetninga meðferða, áhrifa á blóðsykurstjórnun, hjarta-, æða- og nýrnatilvik og rannsóknarþýðin má sjá í SmPC. Jardiance er ætlað fullorðnum til meðferðar við langvinnri hjartabilun með einkennum. Jardiance er ætlað fullorðnum til meðferðar við langvinnum nýrnasjúkdómi.

Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.

Markaðsleyfishafi: Boehringer Ingelheim International GmbH.

Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is..

Heimildir: 1. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, *et al.* EMPA-REG OUTCOME® investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015;373(22):2117-2128 (EMPA-REG OUTCOME® results and the publication's Supplementary Appendix). 2. Samantekt á eiginleikum JARDIANCE®, www.serlyfjaskra.is. 3. Herrington WG, Staplin N, Wanner C *et al.* EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. *N Engl J Med* 2023;388(2):117-127 (EMPA-KIDNEY results and the publication's Supplementary Appendix). 4. Packer M, Anker SD, Butler J *et al.* EMPEROR-Reduced® trial investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. *N Engl J Med* 2020;383(15):1413-1424 (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix). 5. Anker SD, Butler J, Filippatos G *et al.* EMPEROR-Preserved® trial investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2021;385(16):1451-1461 (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix).

IS-October2023

Boehringer Ingelheim á Íslandi/Vistor
www.vistor.is | vistor@vistor.is
sími 535 7000

vistor

Boehringer Ingelheim