LÆKNABLAÐIÐ • 2. tbl. 104. árg. • Febrúar 2018

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



2/2018

laeknabladid.is

104. árgangur: 61-116

2018; 104: 61-116

Xarelto®
rivaroxaban

BAYER

Staðfest virkni og öryggi hjá sjúklingum með gáttatif* og marga fylgisjúkdóma[1]

Virkni og öryggi Xarelto til varnar heilablóðfalli voru sannreynd í þýði þar sem **87 % sjúklinga** voru með **$CHADS_2$-skor milli 3 og 6.**[1]



Vörn gegn heilablóðfalli með einni töflu á dag[2]

* gáttatif án lokusjúkdóms.

Heimildir: 1. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, *et al*. Rivaroxaban versus warfarin in non-valvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365(10):883–91. **2.** SmPC fyrir Xarelto.

Sérlyfjatexti á bls. 112

L.IS.MKT.01.2018.0156 Janúar 2018

XARD0112 – Bilbo



Stétt með stétt

Við erum stödd á skurðstofu Landspítalans. Klukkan er að verða tólf á hádegi laugardaginn 8. nóvember 1958. Það er mollulegt innandyra, hitinn 26 gráður. Stórri aðgerð er lokið. Búið er að fjarlægja 80% af maga sjúklings með sár á skeifugörn. Viðstaddir aðgerðina voru Njörður P. Njarðvík blaðamaður og Andrés Kolbeinsson ljósmyndari sem síðar lýstu aðgerðinni í máli og myndum á síðum *Vikunnar 1959; 21/24: 4-7*.

Fjölgun maga- og meltingarsjúkdóma virðist hafa verið töluverð því blaðamaður kallar þá tískusjúkdóma sem valdi geðvonsku og taugaóstyrk. Sagt í kerskni en þó í takt við tímann. Þökk sé framförum í tækni og vísindum voru fleiri sjúkdómar greinanlegir og læknanlegir en áður. Þökk sé bættum efnahag og efldu almannatryggingakerfi hafði aðgengi almennings aukist að heilbrigðiskerfi sem (þá sem endranær) stóð á tímamótum. Deildum spítalans fjölgaði sem og menntuðu og sérhæfðu starfsfólki. Framtíðin var björt.

Flestum er ljóst að við hlið skurðlæknanna starfar hópur sérhæfðra lækna og annars fagfólks sem greinir sjúkdóminn, undirbýr og framkvæmir aðgerðina og hjúkrar sjúklingnum og styrkir. Í *Vikunni* er fókusinn þó á skurðlæknunum sem er líkt við hermenn: „Harður glampi skín úr augum þeirra, og eftir þrjár klukkustundir eru handtökin jafnhröð og í fyrstu, þótt aldrei hafi verið hlé. Eftir uppskurðinn breytast þeir aftur í venjulega menn, en þegar næsta kall kemur íklæðast þeir aftur einkennisklæðum hermannsins, hins eina hermanns, sem berst fyrir lífi, ekki dauða.“

Minni dramatík er í kringum störf allra hinna. Nú þegar skurðlæknarnir eru horfnir á braut hugar eini svæfingalæknir spítalans að sjúklingnum. Til aðstoðar Valtý Bjarnasyni eru tvær ónafngreindar (hjúkrunar)konur. Önnur heldur á flösku með blóði. Öll eru klædd drifhvítum sloppum, með hvítar húfur og maska. Svæfingavélin, fremst á myndinni, er einföld að gerð og tengd súrefnis- og glaðloftskútum. Sjúklingurinn mun sofa áfram. Framundan er tveggja vikna lega á sjúkrahúsinu og aðlögun að lífi án hringvöðvans sem stýrir því að maturinn berist of fljótt niður í þarmana.

Læknablaðið hefur fengið Önnu Þorbjörgu Þorgrímsdóttur til liðs við sig til að velja og skrifa um kápumyndir á 104. árgangi blaðsins í tilefni 100 ára afmælis Læknafélags Íslands. Myndirnar tengjast þeim efnum sem eru í brennidepli afmælisgreina hvers tölublaðs.

Anna Þorbjörg Þorgrímsdóttir er sagnfræðingur og safnafræðingur og fyrrum stjórnandi Lækningaminjasafnsins.



Skipulag byggðar er lýðheilsa

Dagur B. Eggertsson læknir og borgarstjóri minntist frumkvöðulsins Guðmundar Hannessonar læknaprófessors á Læknadögum. Guðmundur ýtti bæði *Læknablaðinu* og Læknafélagi Íslands af stokkunum, og erindið hélt Dagur í tilefni aldarafmælis LÍ.

Guðmundur var einsog kunnugt er ekki bara læknir, heldur var samfélagið sjálf honum hugleikið. Ritgerð hans: *Um skipulag bæja*, kom út árið 1916, og er nýlega endurútgefin. Dagur fjallaði um tengsl lýðheilsu og borgarskipulags og vitnaði þar til Guðmundar sem kynnti nýjustu hugmyndir um skipulagsmál fyrir Íslendingum í upphafi síðustu aldar. Guðmundur sat í skipulagsnefnd með Guðjóni Samúelssyni húsameistara ríkisins og höfðu þeir mikil áhrif á skipulag þéttbýlis þegar íslenskt samfélag breyttist úr sjálfsþurftabúskap á landsbyggðinni í borgarsamfélag með gatnakerfi, frárennsli, hitaveitu og stofnunum margvíslegum.

Guðmundur hugsaði ekki eingöngu um líkamlega heilsu borgaranna heldur einnig andlega vellíðan. Hann lagði mikla áherslu á fagurfræði skipulags og bygginga þannig að fólki liði vel í almenningsrýmum borgarinnar. Dagur brá upp alls kyns fróðleik um stöðu skipulagsmála nú 100 árum eftir stofnun LÍ, - og ekki víst að Guðmundur þótt framsýnn væri hefði getað séð fyrir allar þær vendingar. Og til dæmis þá staðreynd að við Íslendingar ferðumst í bíl til og frá vinnu mun meira en okkar nágrannaþjóðir sem bæði ganga, hjóla og nota almenningssamgöngur miklu frekar en við. - Allt er það spurning um skipulag og pólitík, og Dagur vitnaði til orða Virchows: *Politics is public health in the most profound sense.*

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

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

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Hávar Sigurjónsson
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Esther Ingólfsdóttir
esther@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
2000

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

Áskrift
14.900,- m. vsk.
Lausasala
1490,- m. vsk.

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

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

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

ISSN: 0023-7213

2. tölublað • 104. árgangur • 2018

LEIÐARAR



67

Ólöf Sara Árnadóttir

#MeToo-bylting íslenskra lækna

Yngri kvenlæknar og læknanemar verða mest fyrir kynferðislegri áreitni og ofbeldi, en áreitni gagnvart sérfræðilæknum birtist oftar í þöggun og jaðarsetningu.



69

Tryggvi Helgason

Að hreyfa við óúthvíldri þjóð

Flestir sem vinna við rannsóknir á forvörnum fyrir börn ítreka í ályktunum að mikilvægasti þátturinn sé tími með foreldrum, samtal við þá og jafningja sína.

FRÆÐIGREINAR

71

Erla Svansdóttir, Sesselja Hreggviðsdóttir, Björg Sigurðardóttir, Elísabet Benedikz, Karl Andersen, Hróbjartur Darri Karlsson

Ótilgreindir brjóstverkir og tengsl við viðvarandi verkjaupplifun og vanlíðan

Hjarta- og æðasjúkdómar eru algengar dánarorsakir og meðferðarkostnaður gríðarlegur. Vegna þeirrar áhættu sem fylgir hjartaáföllum hefur verið brýnt fyrir fólki að leita sér læknisaðstoðar hið fyrsta fái það skyndilegan brjóstverk. Eðli málsins samkvæmt geta brjóstverkir vakið ótta, kvíða og aðra vanlíðan og fjölgað komum á bráðadeildir. Hjá meirihluta sjúklinga sem leita aðstoðar vegna brjóstverkja finnast hins vegar engin merki um hjartasjúkdóm við ítarlega skoðun og rannsóknir, né önnur bráð veikindi sem gætu skýrt verkinn. Slík tilvik eru ótilgreindir brjóstverkir (*non-cardiac chest pain*) og stafa af vefrænum orsökum einsog vélindabakflæði og af sálrænum þáttum, eins og kvíða og þunglyndi.

79

Sigríður Lára Guðmundsdóttir, Vaka Rögnvaldsdóttir, Berglind M. Valdimarsdóttir, Robert Brychta, Soffía M. Hrafnkelsdóttir, Sigurbjörn Árni Arngrímsson, Erlingur Sigurður Jóhannsson, Chen Kon, Sigríður Lára Guðmundsdóttir

Hreyfing og svefn reykvískra ungmenna

Hreyfing og svefn eru mikilvægir áhrifaþættir heilsufars. Alþjóðlegar ráðleggingar mæla með því að börn og unglingar hreyfi sig að lágmarki 60 mín daglega af miðlungs eða mikilli ákefð og sofi í 8 til 10 klukkustundir á sólarhring. Tengsl hreyfingar og svefns meðal ungmenna eru ekki vel þekkt. Markmið rannsóknarinnar voru að meta: a) hversu hátt hlutfall 16 ára reykvískra ungmenna uppfyllir viðmið um hreyfingu og svefn, b) hvort tengsl séu milli hreyfingar og svefns og c) kynjamun á hreyfingu og svefni.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 100 ÁRA

86

Læknar í verkfalli

Gylfi Dalmann Aðalsteinsson

Það er ekki algengt að læknar fari í verkfall en þegar það gerist verða gjarnan miklar umræður meðal fagfólks innan heilbrigðisgeirans og almennings meðal annars um siðferðilega réttlætingu verkfalls með sér neitt félag, ekki frekar en aðrir hópar eða starfsstéttir.



90

Læknafélag Íslands 100 ára

Ávarp formanns á afmælishátíð í Eldborg 15. janúar 2018



UMFJÖLLUN OG GREINAR



94

Bólusetningar eru besta forvörnin gegn sjúkdómum,

- segir Ingileif Jónsdóttir prófessor í ónæmisfræði

Hávar Sigurjónsson

Ingileif er í fremstu röð íslenska vísindamanna í lífvísindum og þátttakandi og stjórnandi í rannsóknasamstarfi með vísindafólki frá virtum háskólum og rannsóknastofnum bæði innan lands og utan.

98

Læknisfræði í þátíð, nútíð og framtíð

Hundrað ára afmæli Læknafélags Íslands setti sterkan svip á Læknadaga í ár

Hávar Sigurjónsson

Karine Nordstrand kynnti Lækna án landamæra, en það eru samtök sem hafa brýnt erindi.



105

Stofnfundur Félags sjúkrahúslækna

Hávar Sigurjónsson

Stofnun félagsins kemur í kjölfar mikilla breytinga á skipulagi Læknafélags Íslands sem samþykktar voru á síðasta aðalfundi.





106

Minningargreinar um Margréti Guðnadóttur prófessor

- Jóhannes Björnsson

- Vigdís Finnbogadóttir

EMBÆTTI LANDLÆKNIS 22. PISTILL

108

Yfir 10.000 fengu ávísað metýlfenídati árið 2017

Magnús Jóhannsson, Anna Björg Aradóttir, Jón Pétur Einarsson, Ólafur B. Einarsson

Heildarfjöldi þeirra sem fá ávísað metýlfenídati jókst um 13% 2017 miðað við 2016.

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



93

Félagi í Lækna-félagi Íslands

Jóhanna Ósk Jensdóttir

Er hlutdeild yngri lækni í LÍ nógu mikil til þess að tryggja það að öflugt starf haldi áfram kynslóð eftir kynslóð?

ÖLDUNGAR



110

Af sjónarhóli formanns öldunga

Kristófer Þorleifsson

Læknum 70 ára og eldri kom það í opna skjöldu er þeir fengu ekki að taka þátt í rafrænu kjöri nýs formanns LÍ. Eru öldungar ekki í LÍ?

111

Öldungar í Varsjá, Minsk og Vilnius

Páll Ásmundsson

Dagana 25. ágúst til 3. september 2017 hélt hópur læknaöldunga til Póllands, Hvíta-Rússlands og Litháen.

114

100 ára afmælis-dagskrá Lækna-félags Íslands 2018

Alvogen



ALVOFEN EXPRESS | VIÐ VERKJUM, BÓLGU OG HITA

- INNIHELDUR ÍBÚPRÓFEN
- MJÚK HYLKI TIL INNTÖKU
- VERKAR HRAÐAR EN ÖNNUR ÍBÚPRÓFEN

Alvofen Express 400 mg mjúk hylki. Ábendingar: Alvofen Express er ætlað til notkunar hjá fullorðnum og börnum eldri en 12 ára. Lyfið er ætlað til meðferðar gegn einkennum gigtar- eða vöðvaverkja, bakverks, taugaverkja, mígrenis, höfuðverks, tannverks, tíðaverkja, hita og einkennum kvefs og flensu. Dagsetning endurskoðunar textans: 6. nóvember 2015. **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.**

FÆST ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN

alvogen.is



KONTOR REYKJAVÍK / ALV-18004

#MeToo in medicine

Ólöf Sara Árnadóttir
Orthopaedic and Hand Surgeon
University Hospital of Iceland

doi.org/10.17992/lbl.2018.02.170



Ólöf Sara Árnadóttir

bæklunar- og handarskurðlæknir
Landspítala

olofsaraarnadottir@gmail.com

RITSTJÓRNARGREIN

#MeToo-bylting íslenskra lækna

Þann 11. desember síðastliðinn sendu konur í læknastétt frá sér yfirlýsingu vegna kynbundinnar mismununar, kynferðislegrar áreitni og ofbeldis undir myllumerkinu #ekkiþagnarskylda. Undir yfirlýsinguna rituðu 433 íslenskir kvenlæknar og læknanemar og fylgdu henni 10 valdar frásagnir úr námi og starfi hérlendis og erlendis. Yfirlýsingunni fylgdi einnig áskorun til allra samstarfsmanna og stjórnenda heilbrigðisstofnana að taka höndum saman til að uppræta þennan ósóma.

Læknafélag Íslands sendi frá sér yfirlýsingu 18. desember þar sem fram kemur að: „…taka þarf á vandanum með öllum tiltækum ráðum og uppræta hvers kyns kynferðislegt ofbeldi og mismunun innan raða lækna og í samstarfi þeirra við aðrar heilbrigðisstéttir. Stjórn LÍ mun gera allt sem í hennar valdi stendur til þess að konur í læknastétt standi í einu og öllu jafnfætis körlum hvað fagleg samskipti, samvinnu og þróun í starfi varðar.“ Stofnað var til vinnuhóps á vegum stjórnar LÍ og siðfræðiráðs sem vinnur að tillögum um úrbætur. Efnt var til málþings á Læknadögum undir yfirskriftinni *#MeToo-átakið, frá umræðu til aðgerða.* Var málþingið vel sótt og fögnuðu fundargestir #MeToo-byltingunni og umræðu um jafnrétti kynjanna.

Ábyrgð yfirmanna heilbrigðisstofnana er skýr eins og fram kemur í 22. gr. jafnréttislaga um kynbundið ofbeldi, kynbundna áreitni og kynferðislega áreitni. Þar segir: „Atvinnurekendur og yfirmenn stofnana og félagasamtaka skulu gera sérstakar ráðstafanir til að koma í veg fyrir að starfsfólk, nemar og skjólstæðingar verði fyrir kynbundnu ofbeldi, kynbundinni áreitni eða kynferðislegri áreitni á vinnustað, stofnun, í félagsstarfi eða skólum.“[1]

Frásagnir í hópi kvenna í læknastétt eru nú vel yfir 100 og bera þær vitni um kynbundna mismunun, kynferðislega áreitni, kynferðisofbeldi, þöggun og jaðarsetningu, jafnvel þannig að áhrif hafi haft á starfsferil viðkomandi konu. Gerendur eru oftast karlkyns samstarfsmenn sem eru ofar í valdastiganum en einnig eru dæmi um áreitni og mismunun frá yngri samstarfsmönnum, öðrum starfsstéttum og frá skjólstæðingum. Svo virðist sem yngri kvenlæknar og læknanemar verði mest fyrir barðinu á kynferðislegri áreitni og ofbeldi en áreitni og mismunun gagnvart sérfræðilæknum birtist oftar í þöggun og jaðarsetningu.

Konur í heilbrigðisgeiranum sendu frá sér sameiginlega yfirlýsingu þann 15. desember. Í þeim hópi kemur fram að allar starfsstéttir heilbrigðisgeirans glíma við vandann sem fyrirfinnst alls staðar þar sem kemur fyrir hvers kyns valdaójafnvægi eða stigveldi. Læknar í nágrannalöndum okkar kljást við sama vanda og hafa 10.400 læknar í Svíþjóð og 3600 læknar í Noregi sent frá sér yfirlýsingu og áskorun til yfirvalda. Félag danskra kvenlækna hefur ekki sent frá sér yfirlýsingu en ætlar að rannsaka umfang vandans.

Hefur kynferðisleg áreitni og mismunun verið rannsökuð meðal lækna? Athyglisverð rannsókn birtist í *JAMA* 2016 og var þar skoðað umfang kynbundinnar mismununar, munur á starfsþróun kynjanna og kynferðisleg áreitni á vinnustað meðal þeirra sem þáðu rannsóknarstyrk NIH - National Institutes of Health á árunum 2006 til 2009.[2] Svarhlutfall var um 62%, jafnt meðal kynjanna og náði rannsóknin til 1066 einstaklinga. Niðurstöður sýndu að 30,4% kvenna höfðu orðið fyrir kynferðislegri áreitni á móti 4,2% karla; af þessum konum höfðu 40% orðið fyrir alvarlegri kynferðislegri áreitni á vinnustað og sagði meirihluti það hafa haft neikvæð áhrif á faglegt sjálfstraust og áhrif á starfsþróun þeirra.

Í annarri rannsókn var einelti, mismunun, kynferðisleg áreitni og önnur áreitni skoðuð og birtist hún í *JNZ Journal of Surgery* 2015.[3] Sendur var út spurningalisti til meðlima Royal Australasian College of Surgeons (RACS) og bárust svör frá 2478 körlum og 560 konum. Niðurstöður sýndu að algengast var að yngstu læknarnir væru þolendur en eldri karlkyns sérfræðingar og yfirmenn væru gerendur. Um 2% karla og 30% kvenna höfðu orðið fyrir kynferðislegri áreitni sem samrýmist ágætlega niðurstöðum úr rannsókninni frá *JAMA*.

Þörf er á rannsóknum á umfangi kynferðislegrar áreitni og kynbundins ofbeldis innan okkar stéttar, í samskiptum okkar við aðrar stéttir og við skjólstæðinga. Einnig mætti skoða sérstaklega kynbundna mismunun og mun á starfsþróun kynjanna innan stéttarinnar. Aðgerðaráætlun #MeToo-vinnuhóps LÍ felur í sér að vinna að fræðslu, rannsóknum og forvörnum. Nauðsynlegt er að fræðsluefni um kynferðislega áreitni og ofbeldi sé aðgengilegt félagsmönnum, til dæmis á vefsíðu LÍ, og að þar komi fram upplýsingar um viðbragðsáætlanir og stuðning sem sé að fá. Í því samhengi mætti koma á fót trúnaðarráði og tryggja að úrræði, lögfræðileg og sálfræðileg, séu til staðar fyrir félagsmenn. Síðast en ekki síst þurfum við að efla fræðslu og forvarnir á öllum vinnustöðum lækna og læknanema. #MeToo-byltingin er upphafið að útrýmingu þessa samfélagsmeins, en ljóst er að læknar verða að standa saman til þess að árangur náist í þessu forvarnarverkefni jafnt og öðrum.

Heimildir

1. Slóð á lög nr. 10/2008 um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla: althingi.is/lagas/nuna/2008010.html
2. Jagsi R, Griffith KA, Jones R, Perumalswami CR, Ubel P, Stewart A. Sexual Harassment and Discrimination Experiences of Academic Medical Faculty. JAMA 2016; 315: 2120-1.
3. Crebbin W, Campbell G, Hillis DA, Watters DA. Prevalence of bullying, discrimination and sexual harassment in surgery in Australasia. ANZ J Surg 2015; 85: 905-9.

KONTOR REYKJAVÍK / ALV-18004

ÞÚ GETUR ÁVÍSAÐ XELJANZ® ÞEGAR HEFÐBUNDIN SJÚKDÓMSHEMJANDI GIGTARLYF NÆGJA EKKI IKTSÝKISJÚKLINGNUM ÞÍNUM[1-3]

SKJÓT OG VIÐVARANDI VERKUN[4-8]

SAMÞYKKT SEM SAMHLIÐA-[4,5] OG EINLYFJAMEÐFERÐ*[6,7]

FLEIRI EN 55.000 SJÚKLINGAR UM ALLAN HEIM HAFA FENGIÐ LYFIÐ[9]



Samræmi er í niðurstöðum rannsókna á öryggi XELJANZ[1,8-10]

XELJANZ er valkostur þegar næg svörun fæst ekki með einu eða fleiri sjúkdómshemjandi gigtarlyfjum.[1]

XELJANZ®
(tofacitinib)
5 mg töflur

Pfizer

Heimildir: 1. XELJANZ SmPC 10. janúar 2018. **2.** Singh JA *et al. Arthritis Rheumatol* 2016; 68: 1–26. **3.** Smolen JS et al. Ann Rheum Dis doi:10.1136/annrheumdis-2016-210715. **4.** van Vollenhoven RF *et al. N Engl J Med* 2012; 367: 508–519. **5.** van der Heijde D *et al. Arthritis Rheum* 2013; 65(3): 559–570. **6.** Fleischmann R *et al. N Engl J Med* 2012; 267: 495–507. **7.** Strand V *et al. Arthritis Res Ther* 2015; 17: 307–318. **8.** Curtis JR *et al. Clin Rheumatol* 2016 Jul 28. [Epub ahead of print]. **9.** Strand V *et al. Arthritis Res Ther* 2015 Dec 15; 17: 362. **10.** Cohen SB *et al. Ann Rheum Dis* 2017 Jan 31. [Epub ahead of print]. **11.** Burmester GR *et al. Lancet* 2013; 381(9865): 451–460.

LÍTIL TAFLA - MIKIL ÁHRIF [4-6, 11]

Sérlyfjatexti á bls. 112

PP-XEL-DNK-0079 - Janúar 2018. PFI-18-01-02

Nudgeing a sleep deprived nation

Tryggvi Helgason
Pediatrician
Childrens Hospital, obesity team and general pediatrician

doi.org/10.17992/lbl.2018.02.171



Tryggvi Helgason

barnalæknir
Heilsuskóla Barnaspítalans
og Domus Medica

tryggvih@mac.com

RITSTJÓRNARGREIN

Að hreyfa við óúthvíldri þjóð

Á undanförnum árum hefur æ meira verið rætt um lífsstíl Íslendinga og þær afleiðingar sem hann hefur fyrir heilsufar þjóðarinnar. Bæði fullorðnir og börn hafa þyngst á síðustu áratugum og þótt hlutfall barna með offitu sé hætt að aukast á höfuðborgarsvæðinu er hærra hlutfall Íslendinga komið með offitu á barns- og unglingsaldri en æskilegt er. Íslendingar hafa staðið sig framúrskarandi vel í forvörnum á sviði vímuefna á meðal unglinga svo að eftir er tekið á heimsvísu. Hins vegar eru blikur á lofti varðandi ýmsa grunnþætti í líðan og heilsu hjá stórum hópi barna og ungmenna í okkar velmegandi samfélagi. Því er freistandi að beita sömu forvarnaraðferðum á þessa lífsstílsþætti og vera fyrirmynd annarra þjóða á sama hátt og með vímuefnin.

Í grein í þessu tölublaði[1] birtist okkur staðfesting á því að 10. bekkingar fylgja ekki leiðbeiningum Embættis landlæknis um svefn og hreyfingu. Mælingar sýna að þrír af hverjum fjórum sofa minna en ráðlagt er og einungis einn af hverjum 9 nær bæði að sofa og hreyfa sig eins og þykir skynsamlegt. Þarna eru grunnþarfir meirihluta barna ekki uppfylltar. Miðað við vaxandi þekkingu okkar á svefni og gagnsemi hans er ólíklegt að þetta bæti heilsu og vellíðan barnanna okkar. Þekking okkar á mikilvægi svefns fer sívaxandi og í ljósi þess að Nóbelsverðlaunin í læknisfræði árið 2017 voru veitt fræðimönnum á sviði dægursveiflu og svefns, er þetta öfugsnúin þróun í samfélaginu.

Það læra börn sem fyrir þeim er haft og þegar fyrirmyndir barnanna eru skoðaðar í könnun á svefni fullorðinna sýndi könnun Embættis landlæknis[2] árið 2007 að rúmur fjórðungur fullorðinna á aldrinum 18-44 ára svaf minna en 6 tíma á nóttu. Það hlutfall lækkaði í rúman fimmtung árið 2009, en jókst árið 2012 aftur upp fyrir fjórðung. Margar greinar lýsa hækkandi dánartíðni af völdum ýmissa sjúkdóma og aukinni sjúkdómabyrði við minnkandi svefn.[3] Einfaldar skýringar á þessari þróun hér á landi fást ekki, en freistandi er að ætla að sú breyting sem varð á samfélagi okkar við hið fræga efnahagshrun hafi valdið því að meiri tími gafst frá vinnu og öðru álagi, sem skilaði sér í lengri hvíld.

Hvað hreyfinguna varðar er auðvelt að benda á að stór hluti tíma barna og foreldra þeirra fer nú í að sinna samfélagsmiðlum, tölvuleikjum og afþreyingarefni af ýmsu tagi. Ekki er gott að segja hvort það skýri minnkandi hreyfingu að fullu, sennilega koma til fleiri þættir sem skýra þróunina. Ljóst er að í harðri samkeppni um tíma barna og foreldranna leynast mikil tækifæri: Að minnka skjátíma en auka samveru í hreyfingu og til mikilvægrar hvíldar.

Þeir sem stunda agalitla notkun á skjáum eru í fæstum tilvikum að tileinka sér innihaldsríkt úrvalsefni. Flestar rannsóknir á þessu sviði benda til þess að vaxandi tími við skjáinn ýti hegðun til hliðar sem við vitum að er jákvæð og holl. Þessi niðurstaða lýsir sér vel í nýlegum ráðleggingum American Academy of Pediatrics frá október 2016 um skjánotkun barna.

Vísindasamfélagið hefur tilhneigingu til að vilja fullvissu fyrir að ráðleggingar þess séu fullsannaðar. Það eru hins vegar engin vísindaleg rök eða sannanir sem benda til þess að þróun samfélagsins í þessa átt sé í góðu lagi. Við læknar og aðrir sem annt er um velferð þjóðarinnar verðum að taka höndum saman. Við ættum að benda á þá augljósu staðreynd að mælikvarðar okkar benda til þess við séum að stefna í ranga átt.

Hvernig getum við hreyft við óúthvíldri þjóð? Flestir sem vinna við rannsóknir á forvörnum fyrir börn ítreka í ályktunum sínum að mikilvægasti þátturinn í þeim sé tími með foreldrum, samtal við þá og jafningja sína. Við þurfum að forgangsraða tíma okkar þannig að foreldrar og börn þeirra fái nægan svefn, því óúthvíld þjóð gengur á sjálfsstýringu og er ekki tilbúin í breytingar. Vinnuveitendur þurfa að forgangsraða hjá sér, svo börnin geti notið meiri samvista með foreldrum sínum. Samfélagið þarf að átta sig á þeim veruleika að ytra áreiti leitast við að klípa af tíma okkar á kostnað atferlis sem vitað er að skilar andlegum og líkamlegum þroska og snúa þeirri þróun við. Hlutverk lækna í þessu samhengi er að kynna fyrir foreldrum og þeim sem stýra samfélaginu leiðir til að ná þessum markmiðum.

Heimildir

1. Rögnvaldsdóttir V, Valdimarsdóttir BM, Brychta R, Hrafnkelsdóttir SM, Arngrímsson SÁ, Jóhannsson E. Hreyfing og svefn reykvíska ungmenna. Læknablaðið 2018; 104: 79-85.
2. Heilsa og líðan Íslendinga 2007, 2009 og 2012. landlaeknir.is/utgefid-efni/skjal/item27491/ - janúar 2018.
3. Yin J, Jin X, Shan Z, Li S, Huang H, Li P, et al. Relationship of Sleep Duration With All-Cause Mortality and Cardiovascular Events: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. J Am Heart Assoc 2017; 6: 9.

ACCUVEIN ÆÐASJÁIN
HJÁLPAR ÞÉR AÐ FINNA GÓÐAN STUNGUSTAÐ



- Getur dregið úr sársauka við stungur
- Eykur stungunákvæmni
- Auðvelt í notkun
- Tækið er handhægt, nett og létt
- Standur fylgir fyrir handfrjálsa notkun

Verið velkomin í verslun okkar
Opið virka daga kl. 8:30–17:00
Síðumúli 16 I 108 Reykjavík I Sími 580 3900 I fastus.is

FASTUS
Veit á vandaða lausn

Ótilgreindir brjóstverkir og tengsl við viðvarandi verkjaupplifun og vanlíðan

Erla Svansdóttir*[1] sálfræðingur, **Sesselja Hreggviðsdóttir***[2] nemi, **Björg Sigurðardóttir**[3] hjúkrunarfræðingur, **Elísabet Benedikz**[1] læknir, **Karl Andersen**[3,4] læknir, **Hróbjartur Darri Karlsson**[5,6] læknir

*Þessir höfundar lögðu fram jafn mikla vinnu við ritun þessarar vísindagreinar.

ÁGRIP

Inngangur: Ótilgreindir brjóstverkir eru endurteknir brjóstverkir sem stafa ekki af kransæðasjúkdómi eða öðrum bráðum veikindum. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að 50-75% heimsókna á hjartabráðadeildir séu vegna þeirra. Markmið þessarar rannsóknar var að meta algengi ótilgreindra brjóstverkja á bráðadeildum Landspítala og tengsl þeirra við áframhaldandi verkjaupplifun, andlega líðan, lífsgæði, og ánægju með meðferð.
Efniviður og aðferðir: Þátttakendur voru 390 sjúklingar (18-65 ára) sem komu á Hjartagátt (236) eða bráðamóttöku Landspítala (154) vegna brjóstverkja frá október 2015 fram í maí 2016. Þátttakendur svöruðu stöðluðum spurningalistum, einum til átta mánuðum eftir útskrift, um líkamleg einkenni, andlega líðan og lífsgæði, auk spurninga um áframhaldandi verki og meðferð.
Niðurstöður: Alls 72% (283) þátttakenda töldust hafa ótilgreinda brjóstverki og 24% sjúklinga (91) höfðu greiningu á hjartasjúkdómi. Sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki höfðu svipaða byrði líkamlegra einkenna og þunglyndis, en ívið meiri kvíða og streitu en hjartasjúklingar. Jafnt hlutfall hjartasjúklinga og sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki fundu fyrir brjóstverkjum eftir útskrift, eða 60%. Áframhaldandi brjóstverkir tengdust meiri kvíða (β=0,19, p<0,001) og þunglyndi (β=0,17, p<0,003) meðal sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki, en ekki meðal hjartasjúklinga. Þrjátíu prósent sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki skorti skýrar leiðbeiningar um viðbrögð við áframhaldandi verkjum (samanborið við 19% hjartasjúklinga, p<0,05) og einungis 40% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki fengu upplýsingar um aðrar mögulegar orsakir brjóstverkja.
Ályktanir: Ótilgreindir brjóstverkir voru algengir meðal sjúklinga á bráðadeildum Landspítala. Meirihluti þeirra sjúklinga hafði áframhaldandi brjóstverki eftir útskrift sem tengdust andlegri vanlíðan, og þriðjungi þeirra fannst þá skorta skýringar á mögulegum orsökum brjóstverkjanna og leiðbeiningar um viðbrögð við frekari verkjum.

Inngangur

Hjarta- og æðasjúkdómar eru meðal algengustu dánarorsaka í heiminum og er meðferðarkostnaður og álag vegna þeirra gríðarlegt innan heilbrigðisþjónustu í Evrópu.[1] Vegna þeirrar miklu áhættu sem fylgir hjartaáföllum og mikilvægis bráðainngripa til að koma í veg fyrir dauðsföll eða varanlegan skaða, hefur verið brýnt fyrir fólki að leita sér læknisaðstoðar hið fyrsta fái það skyndilegan brjóstverk.[2] Eðli málsins samkvæmt geta brjóstverkir vakið upp ótta, kvíða og aðra vanlíðan og fjölgað komum á bráðadeildir.[3] Hjá meirihluta sjúklinga sem leita aðstoðar vegna brjóstverkja eða óþæginda fyrir brjósti finnast hins vegar engin merki um hjartasjúkdóm við ítarlega skoðun og rannsóknir, né önnur bráð veikindi sem gætu skýrt verkinn. Slík tilvik má skilgreina sem ótilgreinda brjóstverki (*non-cardiac chest pain*).[4] Ótilgreindir brjóstverkir geta stafað af margvíslegum vefrænum orsökum á borð við vélindabakflæði og stoðkerfisverki en einnig af sálrænum þáttum, eins og kvíða og þunglyndi.[4,5]

Algengi ótilgreindra brjóstverkja hefur aukist undanfarin ár[6] en talið er að 50-75% allra koma á hjartabráðamóttökur séu vegna þeirra.[5,7] Skráðar voru yfir 5000 bráðakomur á hjartagátt Landspítala árið 2015[8] og líklega má rekja talsverðan fjölda þeirra til ótilgreindra brjóstverkja. Sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki eru ekki í aukinni áhættu á að þróa með sér kransæðasjúkdóm umfram fólk í almennu þýði.[5,9] Þessir sjúklingar búa engu að síður við minni heilsutengd lífsgæði,[10] meðal annars vegna þess að 42-56% þeirra hafa áframhaldandi brjóstverki eftir útskrift.[11,12] Að auki er minni virkni, langvarandi lyfjanotkun, tilfinningalegt álag, fjarvera frá vinnu og tíðar endurkomur á sjúkrahús áberandi meðal þeirra.[4]

Sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki virðast hafa slakari skilning á ástandi sínu og hvernig þeir geti tekist á við brjóstverk sinn samanborið við hjartasjúklinga.[13] Slíkt kemur fram í kvörtunum yfir veittri þjónustu á hjartabráðadeildum og óánægju með að fá ekki skýringar á orsökum brjóstverkjanna.[14] Samkvæmt íslenskri rannsókn fannst fjórðungi sjúklinga sem leituðu á hjartagátt yfir tveggja mánaða tímabil árið 2012 þeir ekki fá nægar skýringar á einkennum sínum, auk þess sem þeim fannst eftirfylgni vera ábótavant.[15]

doi.org/10.17992/lbl.2018.02.172

[1]Gæða- og sýkingavarnadeild Landspítala, [2]sálfræðideild Háskóla Íslands, [3]Hjartagátt Landspítala, [4]læknadeild Háskóla Íslands, [5]læknadeild Háskóla Otago, Dunedin, Nýja Sjálandi, [6]hjartadeild, SDHB Dunedin, Nýja Sjálandi.

Fyrirspurnum svarar Erla Svansdóttir, *erlasvan@landspitali.is*

Barst til blaðsins 2. júní 2017, samþykkt til birtingar 8. janúar 2018.

Tafla I. *Samanburður á bakgrunnsbreytum eftir sjúkdómsgreiningu. Hlutfall (fjöldi).*

	Alls (n=374)	Hjartasjúklingar (n=91)	Sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki (n=283)	p-gildi
Kyn (% kvk)	39 (146)	23 (21)	44 (125)	<0,001
Aldur (ár); meðaltal (staðalfrávik)	50,9 (11,7)	57,9 (5,8)	49,1 (11,8)	<0,001
Hjúskaparstaða (% gift/ur eða í sambúð)	74 (274)	72 (66)	74 (208)	0,74
Börn á framfæri (% já)	41 (133)	24 (18)	47 (115)	0,001
Menntun (% framhaldsskólamenntun)	81 (301)	79 (71)	82 (230)	0,49
Atvinnustaða (% fullt starf)	73 (273)	73 (67)	74 (206)	0,89

Gögn í töflu eru sýnd sem prósentuhlutfall og fjöldi, nema annað sé tekið fram. P-gildi eru reiknuð með Kí-kvaðrat prófi eða t-prófi.

Markmið þessarar rannsóknar var þríþætt: a) að kanna algengi ótilgreindra brjóstverkja meðal sjúklinga sem leitað hafa á Hjartagátt eða bráðamóttöku vegna brjóstverkja eða óþæginda fyrir brjósti; b) að meta líkamlega og andlega líðan, lífsgæði og verkjaupplifun þessa sjúklingahóps og hjartasjúklinga eftir útskrift; c) að skoða ánægju þeirra með meðferð og upplýsingagjöf.

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur og framkvæmd

Þátttakendur voru sjúklingar á aldrinum 18-65 ára sem höfðu leitað á Hjartagátt eða bráðamóttöku Landspítala vegna brjóstverkja frá 22. október 2015 til 16. maí 2016. Upplýsingar um komur vegna brjóstverkja á tímabilinu voru sóttar í Sögukerfi Landspítala og tilfellin flokkuð eftir hæfni til þátttöku. Útilokunarskilyrði voru eftirfarandi: talar ekki íslensku; greining á alvarlegum sjúkdómi sem gæti valdið verkjum frá brjóstkassa eða skert getu til þátttöku (svo sem krabbamein, Parkinsons sjúkdómur, vöðvarýrnunarsjúkdómar, Alzheimers sjúkdómur); alvarleg geðröskun, greindarskerðing; áfengis- og vímuefnavandi; og sjónskerðing eða lögblinda. Haft var samband við hæfa sjúklinga símleiðis einum til 8 mánuðum eftir útskrift og þeim boðin þátttaka.

Þátttakendur mættu á Landspítala (að meðaltali 156 ± 64 dögum eftir útskrift) þar sem þeir skrifuðu undir upplýst samþykki og svöruðu spurningalistum rannsóknarinnar. Á rannsóknartímabilinu komu 904 hæfir sjúklingar á Hjartagátt og/eða bráðamóttöku vegna brjóstverkja. Af þeim tóku 390 þátt (43%); 240 karlar (62%) og 150 konur (38%), meðalaldur 51 ± 11,5 ár. Alls 76 neituðu þátttöku (8%), 268 gátu ekki tekið þátt vegna búsetu eða ferðalaga (30%) og ekki náðist samband við eða að leggja spurningalista fyrir 170 sjúklinga (19%). Þátttökuhlutfall meðal þeirra sem náðist samband við og gátu tekið þátt var 84%. Kynjahlutfall meðal brjóstverkjasjúklinga var sambærilegt milli þeirra sem tóku (n=390, 62% karlar) og tóku ekki þátt (n=514, 58% karlar; p=0,34). Þátttakendur voru að meðaltali 9 árum eldri en þeir sem ekki tóku þátt (meðaltal= 51 ± 12 ár miðað við 42 ± 14 ár, p<0,001).

Mælitæki

Bakgrunnsspurningar

Bakgrunnsspurningar rannsóknarinnar mátu kyn, aldur, hjúskaparstöðu, menntun, atvinnustöðu og fjölda barna á framfæri. Einnig var spurt um notkun á hjartalyfjum og ólyfseðilsskyldum lyfjum vegna brjóstverkja, fyrri komur á bráðadeildir Landspítala og á aðra staði vegna brjóstverkja, og fjarveru frá vinnu síðastliðna 12 mánuði vegna brjóstverkja.

Staðlaðir spurningalistar

Líkamleg einkenni voru metin með Somatic Symptoms Scale (SSS-8) sem metur almenna verki, einkenni frá hjarta og lungum, magaeinkenni og þreytu. Heildarstigafjöldi spannar 0-32 stig, þar sem hærri stigafjöldi sýnir aukna byrði líkamlegra verkja. Réttmæti og áreiðanleiki listans er gott.[16] Kvíði var metinn með Generalized Anxiety Disorder spurningalistanum (GAD-7). Heildarstigafjöldi spannar 0-21 stig, þar sem hærri stigafjöldi gefur til kynna meiri einkenni almennrar kvíðaröskunar.[17] Próffræðilegir eiginleikar listans eru góðir[17] og hann hefur reynst vel til að meta kvíða meðal hjartasjúklinga.[18] Þunglyndi var metið með Patient Health Questionnaire spurningalistanum (PHQ-9). Heildarstigafjöldi spannar 0-27 stig og hærri stig gefa til kynna alvarlegri þunglyndiseinkenni.[19] PHQ-9 hefur reynst nægur til að greina mild og alvarleg þunglyndiseinkenni hjartasjúklinga.[18] Streita var metin með Perceived Stress Scale (PSS), sem metur hversu streituvekjandi fólk telur aðstæður í lífi sínu vera. Heildarstigafjöldinn spannar 0-56 stig og hærri stig gefa til kynna aukna streitu. Áreiðanleiki og réttmæti listans er staðfest erlendis[20] og hérlendis.[21] Lífsgæði voru metin með Lífsgæðakvarðanum (Quality of Life Scale, QOLS). Heildarstigafjöldi spannar 16-112 stig þar sem hærri stigafjöldi gefur til kynna meiri lífsgæði. Próffræðilegir eiginleikar listans hafa verið staðfestir erlendis[22] og hérlendis[23] og hann virðist meta lífsgæði ólíkra sjúklingahópa.[22]

Verkjaupplifun eftir útskrift og ánægja með veitta þjónustu

Lagðar voru fyrir viðbótarspurningar sem mátu verkjaupplifun eftir útskrift, viðbrögð og ráð við brjóstverkjum sem og ánægju með veittar upplýsingar og meðferð á bráðadeildunum. Þátttakendur voru einnig spurðir hvað þeir teldu að ylli brjóstverk þeirra og hversu miklar áhyggjur þeir hefðu af brjóstverknum.

Sjúkraskrárgögn og skilgreining sjúklingahópa

Upplýsingar um ICD-10 greiningar þátttakenda á bráðadeild og fyrri greiningar á kransæða- og hjartasjúkdómum voru sóttar í sjúkraskrárkerfi Sögu. Þátttakendur voru skilgreindir með ótil-

Tafla II. *Samanburður á lyfjanotkun, notkun á heilbrigðisþjónustu og fjarveru frá vinnu eftir sjúkdómsgreiningu.*

	Alls (n=374)	Hjartasjúklingar (n=91)	Sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki (n=283)	p-gildi
Taka hjartalyf (% já)	29 (108)	70 (63)	16 (45)	< 0,001
Taka ólyfseðilsskyld lyf (% já)	16 (58)	29 (24)	12 (34)	< 0,001
Hafa leitað lækningar annars staðar (% já)	46 (172)	47 (43)	46 (129)	0,84
Heilsugæslu (% já)	20 (69)	19 (16)	20 (53)	0,73
Hjartalækni (% já)	10 (36)	11 (10)	9 (26)	0,65
Sjúkraþjálfara (% já)	9 (33)	11 (10)	8 (23)	0,43
Fjarverandi frá vinnu (% já)	46 (141)	67 (48)	39 (93)	<0,001
Fjöldi daga; meðaltal (staðalfrávik)	29 (69)	56 (96)	15 (44)	<0,01
Fyrri komur á Hjartagátt og/eða bráðamóttöku (% já)	49 (182)	67 (60)	44 (122)	<0,001
Fjöldi skipta; meðaltal (staðalfrávik)	2,5 (2)	2,5 (2)	2,5 (3)	0,86

Gögn í töflu eru sýnd sem prósentuhlutfall og fjöldi, nema annað sé tekið fram. P-gildi eru reiknuð með Kí-kvaðrat prófi eða t-prófi.

greindan brjóstverk ef þeir höfðu fengið eftirfarandi greiningar: a) brjóstverkur, ótilgreindur (R07.4); b) annar brjóstverkur (R07.3); c) skoðun vegna gruns um kransæðasjúkdóm (Z03.5); eða d) mismunagreiningar sem gáfu til kynna þráláta vefræna ástæðu eða streitutengda ástæðu fyrir brjóstverk (til dæmis vöðvabólga (M60.9), bakflæði (K21.9), vöðvaverkur (M76.9), viðbrögð við mikilli streitu (F43.0) og oföndun (R06.4)). Ef sjúklingar höfðu greiningar á hjartaáfalli, hjartaöng, kransæðasjúkdómi, eða hjartabilun voru þeir skilgreindir sem hjartasjúklingar. Sextán sjúklingar (11 af Hjartagátt og 5 frá bráðamóttöku) sem fengu greiningar á bráðum vefrænum veikindum sem skýrt gátu verkinn (það er gallsteinar, hjartsláttartruflanir, blóðtappi í lungum og bráð ósæðarflysjun (n=2 í öllum tilvikum); og gallblöðru-, botnlanga-, bris-, og gollurhúsbólga, ósæðargúlpur og herpes zoster (n=1 í öllum tilvikum)) eða voru óhæfir vegna annarra veikinda (áfengisvanda og vegna mikillar kvíðasögu (n=2)) voru útilokaðir frá frekari úrvinnslu.

Tölfræðileg úrvinnsla

Gagnaúrvinnsla var gerð í forritinu IBM SPSS Statistics for Windows version 24 (IBM Cor. Armonk, N.Y. USA). Fyrir úrvinnslu var þátttakendum skipt upp í tveimur skrefum, fyrst eftir því hvort sjúklingar höfðu ótilgreindan brjóstverk eða hjartasjúkdóm og svo eftir því hvort þeir höfðu upplifað brjóstverki eftir útskrift (innan hvors sjúklingahóps fyrir sig). Munur á bakgrunns- og fylgibreytum rannsóknarinnar milli sjúklingahópa var skoðaður með t-prófum fyrir samfelldar breytur, og kí-kvaðrat og tau-c prófum fyrir flokkabreytur. Munur á andlegri líðan milli sjúklingahópa, og eftir áframhaldandi brjóstverkjaupplifun innan hvors sjúklingahóps, var metinn með marghliða aðhvarfsgreiningu þar sem leiðrétt var fyrir aldri, kyni og tímalengd frá útskrift. Hlutfallslegur munur á fjölda sjúklinga sem mældust með einkenni um kvíða og þunglyndi (skoruðu ≥5 stig á GAD7[17] og PHQ9[19], sem gefur til kynna mild til alvarleg einkenni) og aukna streitu (skor hærra en 75% annarra þátttakenda á PSS-listanum (í þessari rannsókn ≥24 stig)) var metinn með kí-kvaðrat prófum og gagnlíkindahlutfalli (*odds ratio* (OR)) þar sem leiðrétt var fyrir áhrifum aldurs, kyns og tímalengdar frá útskrift. Einnig var skoðað hlutfall sjúklinga sem sýndi eitt, tvö, eða þrjú einkenni um andlega vanlíðan. Líkindahlutfall hvers hóps var metið í samanburði við þá sem höfðu einum færri einkenni, það er: a) engin einkenni, b) eitt eða færri einkenni, eða c) tvö eða færri einkenni. Miðað var við 5% marktektarmörk.

Niðurstöður

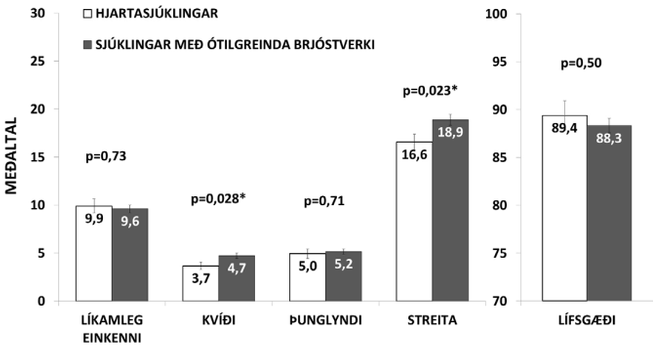
Hlutfall þátttakenda sem voru skilgreindir með ótilgreinda brjóstverki var 72% (283), 24% (91) höfðu greiningu á hjartasjúkdómi en 4% (16) fengu aðrar greiningar. Í töflu I má sjá helstu bakgrunnsbreytur flokkaðar eftir sjúkdómsgreiningu. Hlutfall sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki var hærra á bráðamóttöku (87% (129)) en á Hjartagátt (68% (154); p<0,001). Fleiri konur voru með ótilgreinda brjóstverki en hjartasjúkdóm. Sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki voru að meðaltali 9 árum yngri en hjartasjúklingar.

Alls 44% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki og 67% hjartasjúklinga sögðust hafa leitað áður á Hjartagátt eða bráðamóttöku vegna brjóstverkja (sjá töflu II), en enginn munur mældist á meðaltalsfjölda fyrri koma á bráðadeild eða til annarra aðila vegna brjóstverkja. Aðspurðir um lyfjanotkun höfðu 16% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki notað hjartalyf og 12% ólyfseðilsskyld lyf við brjóstverkjum. Alls 39% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki tilkynntu fjarveru frá vinnu vegna brjóstverkja síðastliðna 12 mánuði samanborið við 67% hjartasjúklinga.

Líðan og lífsgæði

Í mati á líkamlegri og andlegri líðan mældust sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki með jafn mikla byrði líkamlegra einkenna og hjartasjúklingar og sambærileg skor á þunglyndi og lífsgæðum en hærri skor á mælingum á bæði kvíða og streitu (mynd 1). Þegar leiðrétt var fyrir kyni, aldri og tímalengd frá útskrift hélst sá munur ekki marktækur (β=-0,05; p=0,40 fyrir kvíða og β=-0,01; p=0,82 fyrir streitu). Í báðum líkönum hafði aldur sterk neikvæð tengsl við meiri kvíða (β=-0,32; p≤0,001) og streitu (β=-0,28; p≤0,001).

Enginn munur var á fjölda sjúklinga sem sýndu merki um þunglyndiseinkenni eftir sjúklingahópum (sjá töflu III). Hins vegar sýndu fleiri sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki merki um kvíðaeinkenni (40% miðað við 28% hjartasjúklinga) og aukna streitu (32% miðað við 20% hjartasjúklinga). Alls 24% sjúklinga með



Mynd 1. *Samanburður á byrði líkamlegra einkenna, andlegri líðan og lífsgæðum sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki og hjartasjúklinga.*

ótilgreinda brjóstverki sýndu einkenni um bæði þunglyndi, kvíða og streitu, samanborið við 13% hjartasjúklinga (p<0,05, OR 2,36, 95% CI: 1,19-4,59). Mat á líkindahlutfalli sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki á að finna fyrir einkennum kvíða og streitu hélst ekki marktækt eftir að leiðrétt hafði verið fyrir kyni, aldri og tímalengd frá útskrift. Í leiðréttu líkönunum hafði hærri aldur sterkustu tengslin við minni líkur á einkennum kvíða og streitu (OR 0,96; 95% CI: 0,94-0,98 í báðum tilvikum). Sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki sem sýndu einkenni um kvíða og aukna streitu voru að jafnaði 5-6 árum yngri en þeir sem ekki fundu fyrir slíkum einkennum (meðaltal= 46 ± 13 ár og 51 ± 11 ár fyrir kvíða, p<0,001; og meðaltal= 45 ± 12 ár á móti 51 ± 11 ár fyrir streitu, p<0,001).

Verkjaupplifun eftir útskrift og upplifun á þjónustu

Aðspurðir um áframhaldandi verkjaupplifun tilgreindu 60% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki (n=169) og 60% hjartasjúklinga (n=55) að þeir hefðu fundið fyrir brjóstverk eða óþægindum fyrir brjósti eftir útskrift. Meðal sjúklinga með áframhaldandi brjóstverki fundu 9% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki og 15% hjartasjúklinga fyrir verk daglega eða oft á dag. Rúmlega fjórðungur sjúklinga hafði fundið tvisvar til þrisvar sinnum fyrir brjóstverk eftir útskrift. Í töflu IV má sjá að áframhaldandi verkjaupplifun hafði tengsl við meiri byrði líkamlegra einkenna meðal beggja hópa og við aukin kvíða-, þunglyndis- og streitueinkenni meðal sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki. Þau tengsl voru óháð aldri, kyni og tímalengd frá útskrift fyrir kvíða og þunglyndi en ekki fyrir streitu (p=0,10).

Áhyggjur og viðbrögð sjúklinga við áframhaldandi brjóstverkjum voru svipuð, en 30% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki (n=50) og 39% hjartasjúklinga (n=22) höfðu frekar miklar eða mjög miklar áhyggjur af þeim brjóstverkjum sem þeir fundu fyrir (p=0,50). Meirihluti bæði sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki (65% (n=108)) og hjartasjúklinga (64% (n=35)) fannst þeim þó ganga frekar vel eða mjög vel að takast á við þá (p=0,59). Algengustu viðbrögð sjúklinga við áframhaldandi brjóstverkjum voru að reyna að slaka á eða liðka sig og hreyfa (44% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki (n=75) og 37% hjartasjúklinga (n=20)). Þriðjungur sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki og fjórðungur hjartasjúklinga greip ekki til neinna sérstakra úrræða og 16% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki (n=27) og 22% hjartasjúklinga (n=12) tóku inn lyf vegna þeirra. Aðspurðir um eigin hugmyndir um hvað ylli þessum áframhaldandi brjóstverkjum nefndu 29% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki (n=50) andlega eða bæði andlega og líkamlega þætti. Alls 27% (n=45) nefndu vefrænar orsakir og lífstílsþætti og 30% (n=50) voru óvissir um hvað ylli brjóstverkjunum eða tilgreindu ekki ástæðu. Meðal hjartasjúklinga töldu flestir að vefrænar orsakir lægju að baki brjóstverkjunum (33% (n=18)). Alls 22% (n=12) nefndu andlega eða bæði andlega og líkamlega þætti og 24% (n=13) tilgreindu ekki hvað þeir teldu að ylli brjóstverkjunum. Alls töldu 14% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki (n=24) og 18% hjartasjúklinga (n=10) að hjartatengd ástæða (með eða án líkamlegra eða andlegra þátta) orsakaði þá brjóstverki sem þeir höfðu fundið fyrir eftir útskrift.

Tafla V sýnir niðurstöður úr mati sjúklinga á upplýsingagjöf. Þar sést að fjórðungur sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki og 17% hjartasjúklinga taldi sig ekki hafa fengið nægar upplýsingar um brjóstverkinn sem var ástæða fyrir komu þeirra á deildina. Meðal upplýsinga sem sjúklingum með ótilgreinda brjóstverki fannst vanta voru upplýsingar um ástæður brjóstverkjarins (n=22) eða um ástæður brjóstverkjarins og framhaldið (n=8) en 9 sjúklingar sögðust hafa verið í algjörri óvissu. Meðal hjartasjúklinga skorti flesta upplýsingar um ástæður brjóstverkjarins (n=8).

Alls 60% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki og 63% hjartasjúklinga höfðu ekki fengið eða voru óvissir um hvort þeir hefðu fengið upplýsingar frá heilbrigðisstarfsfólki um aðra þætti sem

Tafla III. *Hlutfallslegur fjöldi sjúklinga sem sýndi einkenni um andlega vanlíðan eftir sjúklingahópum. Hlutfall (fjöldi).*

	Sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki (n=283)	Hjartasjúklingar (n=91)	p-gildi	Óleiðrétt líkindahlutfall; OR (95% vikmörk)	Leiðrétt líkindahlutfall; OR (95% vikmörk)
Þunglyndiseinkenni	43 (120)	41 (36)	0,73	1,12 (0,69-1,80)	0,76 (0,44-1,27)
Kvíðaeinkenni	40 (111)	28 (25)	0,036	1,78 (1,06-2,98)*	1,19 (0,68-2,09)
Streitueinkenni	32 (88)	20 (17)	0,017	2,02 (1,12-3,62)*	1,24 (0,66-2,35)
Heildarfjöldi einkenna um andlega vanlíðan					
Engin einkenni til staðar	46 (126)	49 (43)	0,07[a]	--	--
Eitt einkenni til staðar	18 (50)	26 (23)		1,17 (0,73-1,88)[b]	0,77 (0,46-1,30)[b]
Tvö einkenni til staðar	12 (32)	12 (10)		1,87 (1,09-3,24)*[c]	1,19 (0,66-2,17)[c]
Öll þrjú einkenni til staðar	24 (67)	13 (11)		2,36 (1,19-4,59)*[d]	1,32 (0,66-2,91)[d]

[a]Reiknuð raðfylgni (tau-c). [b]Líkindahlutfall samanborið við þá sem höfðu engin einkenni. [c]Líkindahlutfall samanborið við þá sem höfðu engin eða bara eitt einkenni. [d]Líkindahlutfall samanborið við þá sem höfðu engin einkenni, eitt eða tvö einkenni. *p<0,05.

Tafla IV. *Tengsl áframhaldandi brjóstverkja eftir útskrift við byrði líkamlegra einkenna, andlega líðan og lífsgæði.*

	Hjartasjúklingar (n=91)				Sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki (n=283)			
	Brjóstverkir eftir útskrift	Engir brjóstverkir eftir útskrift	B[a]	ΔR[2,b]	Brjóstverkir eftir útskrift	Engir brjóstverkir eftir útskrift	B[a]	ΔR[2,b]
Líkamleg einkenni	11,3 (7,1)**	7,9 (5,7)**	0,23*	0,05*	11,4 (7,1)**	6,8 (5,1)**	0,30**	0,09**
Kvíði	4,1 (3,8)	3,0 (3,3)	0,12	0,01	5,5 (5,1)**	3,5 (3,7)**	0,19***	0,03**
Þunglyndi	5,7 (4,8)	3,8 (4,0)	0,19	0,03	6,0 (5,0)**	4,0 (4,2)**	0,17***	0,03**
Streita	17,1 (8,0)	15,8 (7,7)	0,05	0,00	20,0 (10,4)*	17,2 (8,6)*	0,11	0,01
Lífsgæði	88,5 (15,3)	91,1 (11,6)	-0,10	0,01	87,3 (12,9)	89,8 (12,4)	-0,08	0,01

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001. [a]Staðlaður hallastuðull úr línulegri aðfallsgreiningu, þar sem stjórnað er fyrir áhrif aldurs, kyns, og tímalengdar frá útskrift. [b]Breyting í skýrðri dreifni í fylgibreytu þegar frumbreytunni „brjóstverkir eftir útskrift“ er bætt við líkanið.

gætu skýrt brjóstverkinn. Af þeim sem tilgreindu hvaða skýringar þeir höfðu fengið á öðrum mögulegum orsökum nefndu flestir áhrif líkamlegra einkenna og neikvæðra lífsstílsþátta (sjá töflu V). Einungis 11% sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki og 3% hjartasjúklinga sögðust hafa fengið upplýsingar um að andlegir eða bæði andlegir og líkamlegir þættir gætu valdið brjóstverkjum. Hlutfallslega fleiri sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki sögðust ekki hafa fengið skýrar leiðbeiningar við útskrift um hvað þeir ættu að gera ef brjóstverkurinn kæmi aftur (30% í samanburði við 19% hjartasjúklinga, p=0,029; OR 1,87; 95% CI: 1,04-3,36).

Umræða

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa til kynna að ótilgreindir brjóstverkir séu algengir á bráðadeildum Landspítala. Mikill meirihluti þátttakenda sem leitað höfðu á Hjartagátt eða bráðamóttökuna í Fossvogi á 8 mánaða tímabili vegna brjóstverkja voru greindir með ótilgreindan brjóstverk, eða 72%. Það hlutfall er sambærilegt við erlendar rannsóknir.[5,7] Nærri helmingur þeirra hafði leitað áður á bráðadeild vegna brjóstverkja og þeir áttu að meðaltali jafn margar fyrri komur og hjartasjúklingar. Miðað við þessar tölur og þann umtalsverða kostnað sem þekkt er að fylgi greiningu og meðhöndlun sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki í heilbrigðiskerfinu annars vegar og samfélagslegan kostnað þeim tengdum hins vegar,[24,25] má gera ráð fyrir að heildarkostnaður vegna þeirra sé talsverður hérlendis.

Samanborið við hjartasjúklinga fundu sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki fyrir jafn mikilli byrði líkamlegra einkenna, sambærilegum lífsgæðum og svipuðum einkennum þunglyndis en sýndu ívið meiri kvíða- og streitueinkenni. Þekkt er að hjartasjúklingar séu viðkvæmir fyrir andlegri vanlíðan. Vísbendingar eru um að ekki sé greinanlegur munur á algengi kvíða- og þunglyndiseinkenna milli hjartasjúklinga og sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki.[10,26] Styðja niðurstöður þessarar rannsóknar raunar við slíkar rannsóknarniðurstöður. Í heildina sýndi rúmlega helmingur sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki einkenni um einhverja andlega vanlíðan. Það hlutfall er sambærilegt við norska rannsókn þar sem 39% slíkra sjúklinga höfðu sálræn vandamál.[27] Af þessum niðurstöðum má ljóst vera að algengi kvíða og þunglyndiseinkenna meðal þátttakenda var hærra en þekkist meðal almennings þar sem 20% einstaklinga reynast hafa einhverja geðröskun yfir fjögurra vikna tímabil.[28] Munur á andlegri líðan milli sjúklingahópanna í þessari rannsókn hélst ekki marktækur þegar leiðrétt var fyrir aldri, en lægri aldur hafði sterk tengsl við verri andlega

Tafla V. *Upplifun sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki og hjartasjúklinga á upplýsingagjöf á bráðadeildum Landspítala. Hlutfall (fjöldi).*

	Hjartasjúklingar (n=91)			Sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki (n=283)		
	Já	Nei	Er ekki viss	Já	Nei	Er ekki viss
1. Fékk nægar upplýsingar um brjóstverkinn á bráðadeild.	81 (74)	17 (15)	2 (2)	75 (208)	25 (69)	1 (2)
2. Fékk skýrar leiðbeiningar um hvað ég eigi að gera ef verkur kemur aftur.	81 (74)	19 (17)*	--	70 (192)	30 (83)*	--
3. Var eitthvað ábótavant við þá meðferð sem þér var veitt?	18 (16)	78 (70)	4 (4)	20 (55)	60 (169)	20 (55)
4. Fékk skýringar á öðrum mögulegum orsökum brjóstverkja á bráðadeild.	37 (33)	45 (40)	18 (16)	40 (109)	36 (97)	24 (67)
4.a. Ef já, hvaða skýringar veittar?	n=33			n=109		
Andlegir þættir	0 (0)			5 (5)		
Andlegir og líkamlegir þættir	3 (1)			6 (7)		
Líkamleg einkenni og lífstílsþættir	21 (7)			46 (50)		
Afleiðingar slyss / aðgerða / lyfja	6 (2)			2 (2)		
Ótilgreint	70 (23)			41 (45)		

*p<0,05.

líðan. Raunar voru sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki sem sýndu kvíða-, þunglyndis- og streitueinkenni að jafnaði yngri en þeir sem ekki fundu fyrir slíkum einkennum. Rannsóknir hafa áður tengt hærri aldur við betri andlega heilsu og það þrátt fyrir verri líkamlega heilsu.[29] Hugsanlega er eldra fólk hæfara til að takast á við streituvaldandi aðstæður vegna aukins innsæis, æðruleysis og betri tilfinningastjórnunar. Því má velta fyrir sér hvort yngri sjúklingar með ótilgreinda brjóstverki þurfi meira á sálfræðilegum stuðningi og bættri þjónustu að halda.

Meira en helmingur bæði hjartasjúklinga og sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki fann fyrir áframhaldandi brjóstverkjum eftir útskrift. Algengi slíkra verkjaupplifana var sambærilegt við rannsóknir með skemmri og lengri eftirfylgnitíma,[12,30] sem bendir til þess að um algengt vandamál sé að ræða sem líklega veldur sjúklingum ama og áhyggjum. Slíkur verkjavandi er sérstaklega alvarlegur þar sem áframhaldandi brjóstverkir hafa verið tengdir við verri andlega líðan meðal sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki.[12] Í þessari rannsókn voru slíkir viðvarandi verkir einmitt tengdir við meiri kvíða og þunglyndi, óháð áhrifum aldurs, kyns og tímalengdar frá útskrift. Slík tengsl fundust hins vegar ekki meðal hjartasjúklinga sem er athyglisvert í ljósi þess að ekki mældist munur á áhyggjum af áframhaldandi verkjum milli sjúklingahópa. Hafa ber þó í huga að hópur hjartasjúklinga var talsvert fámennari og afköst til að greina mun innan hans því líklega minni. Hugsanlega skiptir upplifun sjúklinga á meðferð og upplýsingagjöf þar máli, þar sem hlutfallslega fleiri sjúklingum með ótilgreinda brjóstverki fannst þá vanta skýrar leiðbeiningar um hvað þeir ættu að gera ef verkurinn kæmi aftur. Í ljósi þess að þriðjungur sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki hafði miklar áhyggjur af áframhaldandi brjóstverkjum og fjórðungi þeirra fannst þeir ekki fá nægar upplýsingar á meðan á innlögn stóð varðandi brjóstverk sinn, má álykta að ákveðinni upplýsingagjöf til þessa sjúklingahóps sé ekki fullnægt.

Hugmyndir sjúklingahópanna um hvaða þættir viðhéldu brjóstverkjum þeirra voru áþekkar en að mörgu leyti á skjön við þær upplýsingar sem þeim voru veittar af heilbrigðisstarfsfólki. Athyglisvert var að flestir, eða þriðjungur sjúklinga með ótilgreindan brjóstverk, töldu að brjóstverkur þeirra væri tilkominn af andlegum eða bæði andlegum og líkamlegum orsökum, en afar fágætt var að heilbrigðisstarfsfólk nefndi andlega þætti sem mögulega orsök fyrir brjóstverk. Einnig var mun algengara að hjartasjúklingar tryðu því að andlegir þættir gætu skýrt brjóstverkinn heldur en að þeir hafi fengið slíkar skýringar frá heilbrigðisstarfsfólki. Heilbrigðisstarfsfólk nefndi aftur á móti helst vefræna og lífsstílstengda þætti sem aðra mögulega orsakaþætti. Sjúklingar virðast því vera opnir fyrir þeim möguleika að brjóstverkir geti verið tilkomnir af sálrænum orsökum. Þessar niðurstöður benda til þess að þörf sé á því að læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk leggi meiri áherslu á að miðla upplýsingum áfram til sjúklinga sinna um möguleg tengsl andlegrar líðanar og líkamlegrar heilsu. Í ljósi þess að fyrri rannsóknir hafa sýnt að ótilgreindir brjóstverkir geti meðal annars orsakast af sálrænum kvillum á borð við kvíða og þunglyndi[4,5] er full ástæða til að benda sjúklingum á þau hugsanlegu orsakatengsl.

Óvissa um orsök brjóstverkja virðist ala á langvarandi áhyggjum meðal sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki[31] og leiða til aukinnar notkunar heilbrigðisþjónustu. Slík tilhneiging kom fram í þessari rannsókn, þar sem nærri helmingur sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki hafði leitað sér læknisaðstoðar áður vegna brjóstverkja. Þá voru skýringar frá heilbrigðisstarfsfólki um aðrar mögulegar orsakir brjóstverkja einmitt sá þáttur í þjónustunni sem flestum þátttakendum fannst ábótavant. Í erlendum rannsóknum hafa athugasemdir sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki varðandi upplýsingagjöf einnig beinst að ónógum upplýsingum eða skýringum um orsakir brjóstverkja.[14,15,31]

Ályktanir

Þessi rannsókn veitir mikilvægar upplýsingar um líðan og lífsgæði sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki og upplifun þeirra af þjónustu bráðadeilda. Ljóst er að verulegur fjöldi sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki leitar á bráðadeildir Landspítala og að þeir finna fyrir svipaðri líkamlegri og andlegri vanlíðan og hjartasjúklingar þrátt fyrir lægri aldur. Viðvarandi verkjaupplifun meðal bæði sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki og hjartasjúklinga var algeng en hafði eingöngu samband við andlega vanlíðan meðal fyrrnefnda hópsins. Hafa ber í huga við túlkun niðurstaðna að mislangur tími leið frá útskrift sjúklinga til þátttöku þeirra. Hætta er á að minni sjúklinga um atburði sem gerðust við komu á spítala dvíni eftir því sem lengra líður frá útskrift, sem getur valdið skekkju í svörum þeirra. Í heild benda niðurstöðurnar þó til þess að úrbóta sé þörf í stuðningi og upplýsingagjöf til sjúklinga með ótilgreinda brjóstverki. Bent hefur verið á mikilvægi þess að veita þessum hópi sérstaka athygli á bráðadeildum, til dæmis með meiri eftirfylgni eða að veitta fullvissu um orsakir verkja, þar sem kvíði og áhyggjur geta bæði viðhaldið brjóstverkjum og ýtt undir frekari endurkomur.[10] Meðferðarúrræði sem hafa beinst bæði að vefrænum og sálrænum orsökum verkja hafa verið prófuð erlendis fyrir þennan sjúklingahóp með góðum árangri.[32] Slík nálgun hérlendis gæti leitt til betri lífsgæða fyrir stóran hóp sjúklinga og sparnaðar í heilbrigðiskerfinu og fyrir samfélagið í heild.

Þakkir

Rannsóknarhópurinn færir starfsfólki gæða- og sýkingavarnardeildar kærar þakkir fyrir afnot af húsnæði við framkvæmd þessarar rannsóknar, og starfsfólki á Hjartagátt og bráðamóttöku þakkir fyrir veittan stuðning. Rannsóknin var styrkt af Rannsóknarsjóði Íslands og Vísindasjóði Landspítala.

Heimildir

1. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. Eur Heart J 2013; 34: 3028-34.
2. Eslick GD, Talley NJ. Non-cardiac chest pain: predictors of health care seeking, the types of health care professional consulted, work absenteeism and interruption of daily activities. Aliment Pharmacol Ther 2004; 20: 909-15.
3. Gerber TC, Kontos MC, Kantor B. Emergency Department Assessment of Acute-Onset Chest Pain: Contemporary Approaches and Their Consequences. Mayo Clinic Proceedings 2010; 85: 309-13.
4. Fass R, Achem SR. Noncardiac Chest Pain: Epidemiology, Natural Course and Pathogenesis. J Neurogastroenterol Motil 2011; 17: 110-23.
5. Chambers JB, Marks E, Knisley L, Hunter M. Non-cardiac chest pain: time to extend the rapid access chest pain clinic? Int J Clin Pract 2013; 67: 303-6.
6. Thang ND, Karlson BW, Bergman B, Santos M, Karlsson T, Bengtson A, et al. Patients admitted to hospital with chest pain — Changes in a 20-year perspective. Int J Cardiol 2013; 166: 141-6.
7. Zimmermann K, Einsle F, Dannemann S, Pollack K, Köllner V, Nitschke-Bertaud M. Psychische und physische Befindlichkeit von Patienten mit Thoraxschmerzen in der kardiologischen Ambulanz. Psychother Psych Med 2010; 60: 368-78.
8. Landspítali. Komur á bráðamóttökur og meðaldvalartími. http://www.landspitali.is/heilbrigdisstarfsfolk/spitalinn-i--tolum/. - janúar 2017.
9. Sekhri N, Feder GS, Junghans C, Hemingway H, Timmis AD. How effective are rapid access chest pain clinics? Prognosis of incident angina and non-cardiac chest pain in 8762 consecutive patients. Heart 2007; 93: 458.
10. Webster R, Norman P, Goodacre S, Thompson A. The prevalence and correlates of psychological outcomes in patients with acute non-cardiac chest pain: a systematic review. Emerg Med J 2012; 29: 267.
11. Glombiewski J, Rief W, Bösner S, Keller H, Martin A, Donner-Banzhoff N. The course of nonspecific chest pain in primary care: Symptom persistence and health care usage. Arch Intern Med 2010; 170: 251-5.
12. Webster R, Norman P, Goodacre S, Thompson AR, McEachan RRC. Illness representations, psychological distress and non-cardiac chest pain in patients attending an emergency department. Psychol Health 2014; 29: 1265-82.
13. Robertson N, Javed N, Samani NJ, Khunti K. Psychological morbidity and illness appraisals of patients with cardiac and non-cardiac chest pain attending a rapid access chest pain clinic: a longitudinal cohort study. Heart 2008; 94: e12.
14. Richards CR, Richell-Herren K, Mackway-Jones K. Emergency management of chest pain: patient satisfaction with an emergency department based six hour rule out myocardial infarction protocol. Emerg Med J 2002; 19: 122-5.
15. Snorradóttir M, Arnar D, Ólafsson R, Pálsson R, Indriðason Ó. Viðhorf sjúklinga til veittrar þjónustu og viðmóts heilbrigðisstarfsfólks. Læknablaðið 2014; 100: 385-90.
16. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, et al. The somatic symptom scale–8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. JAMA Intern Med 2014; 174: 399-407.
17. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006; 166: 1092-7.
18. Li W, Lukai, Rongjing D, Dayi H, Sheng L. The value of Chinese version GAD-7 and PHQ-9 to screen anxiety and depression in cardiovascular outpatients. J Am Coll Cardiol 2014; 64: C222.
19. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16: 606-13.
20. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983; 24: 386-96.
21. Davíðsdóttir S, Bachman Ó. Tengsl streitu og kynferðis við heilsufar og heilsuvenjur. Háskóli Íslands, Reykjavík 1991.
22. Burckhardt CS, Anderson KL, Archenholtz B, Hägg O. The Flanagan Quality of Life Scale: Evidence of Construct Validity. Health Qual Life Outcomes 2003; 1: 59.
23. Hrafnsson Ó, Guðmundsson M. Próffræðilegir eiginleikar Lífsgæðakvarðans (QOLS). Háskóli Íslands, Reykjavík 2007.
24. Groarke J, O'Brien J, Go G, Susanto M, Owens P, Maree AO. Cost burden of non-specific chest pain admissions. Ir J Med Sci 2013; 182: 57-61.
25. Mourad G, Alwin J, Strömberg A, Jaarsma T. Societal costs of non-cardiac chest pain compared with ischemic heart disease - a longitudinal study. BMC Health Serv Res 2013; 13: 403.
26. Eken C, Oktay C, Bacanli A, Gulen B, Koparan C, Ugras SS, et al. Anxiety and Depressive Disorders in Patients Presenting with Chest Pain to the Emergency Department: A Comparison Between Cardiac and Non-Cardiac Origin. J Emerg Med 2010; 39: 144-50.
27. Jonsbu E, Dammen T, Morken G, Lied A, Vik-Mo H, Martinsen EW. Cardiac and psychiatric diagnoses among patients referred for chest pain and palpitations. Scand Cardiovasc J. 2009; 43: 256-9.
28. Jacobi F, Wittchen HU, Hölting C, Höfler M, Pfister H, MÜLler N, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med 2004; 34: 597-611.
29. Thomas ML, Kaufmann CN, Palmer BW, Depp CA, Martin AS, Glorioso DK, et al. Paradoxical Trend for Improvement in Mental Health with Aging: A Community-Based Study of 1,546 Adults Aged 21–100 Years. J Clin Psychiatry 2016; 77: e1019-e25.
30. Eslick GD, Talley NJ. Natural history and predictors of outcome for non-cardiac chest pain: a prospective 4-year cohort study. Neurogastroenterol Motil 2008; 20: 989-97.
31. Mayou R, Bryant B, Forfar C, Clark D. Non-cardiac chest pain and benign palpitations in the cardiac clinic. Br Heart J 1994; 72: 548-53.
32. George N, Abdallah J, Maradey-Romero C, Gerson L, Fass R. Review article: the current treatment of non-cardiac chest pain. Aliment Pharmacol Ther 2016; 43: 213-39.

ENGLISH SUMMARY

Non-cardiac chest pain and its association with persistent chest pain and poor mental well-being

Erla Svansdóttir[1], Sesselja Hreggviðsdóttir[2], Björg Sigurðardóttir[3], Elísabet Benedikz[1], Karl Andersen[3,4], Hróbjartur Darri Karlsson[5,6]

Introduction: An estimated 50-75% of visits to cardiac emergency departments are due to chest pain which is non-cardiac in nature (non-cardiac chest pain (NCCP). This study evaluates the prevalence of NCCP in the emergency departments at Landspitali, and assesses its association with continued chest-pain post discharge, mental well-being and the information-provision provided to NCCP patients during hospitalization.

Material and methods: Participants were 390 patients (18-65 years) presenting with chest pain to the cardiac emergency or the general emergency department at Landspitali from October 2015-May 2016. Measurements included questionnaires assessing somatic symptoms, mental well-being and quality of life, and questions regarding continued chest-pain and information-provision during hospitalization.

Results: In total 72% of participants (282) were considered having NCCP while 24% (92) had cardiac disease. NCCP patients experienced a similar burden of somatic and depressive symptoms, but slightly more anxiety and mental distress than cardiac patients. Equal proportions (60%) of NCCP and cardiac patients reported having experienced chest-pain post discharge. Continued chest-pain was, however, associated with greater anxiety (β=0.18, p<0.001) and depression (β=0.18, p<0.003) among NCCP patients. Thirty percent of NCCP patients lacked instructions of how to respond to continued chest-pain and only 40% received information regarding other possible causes of chest pain.

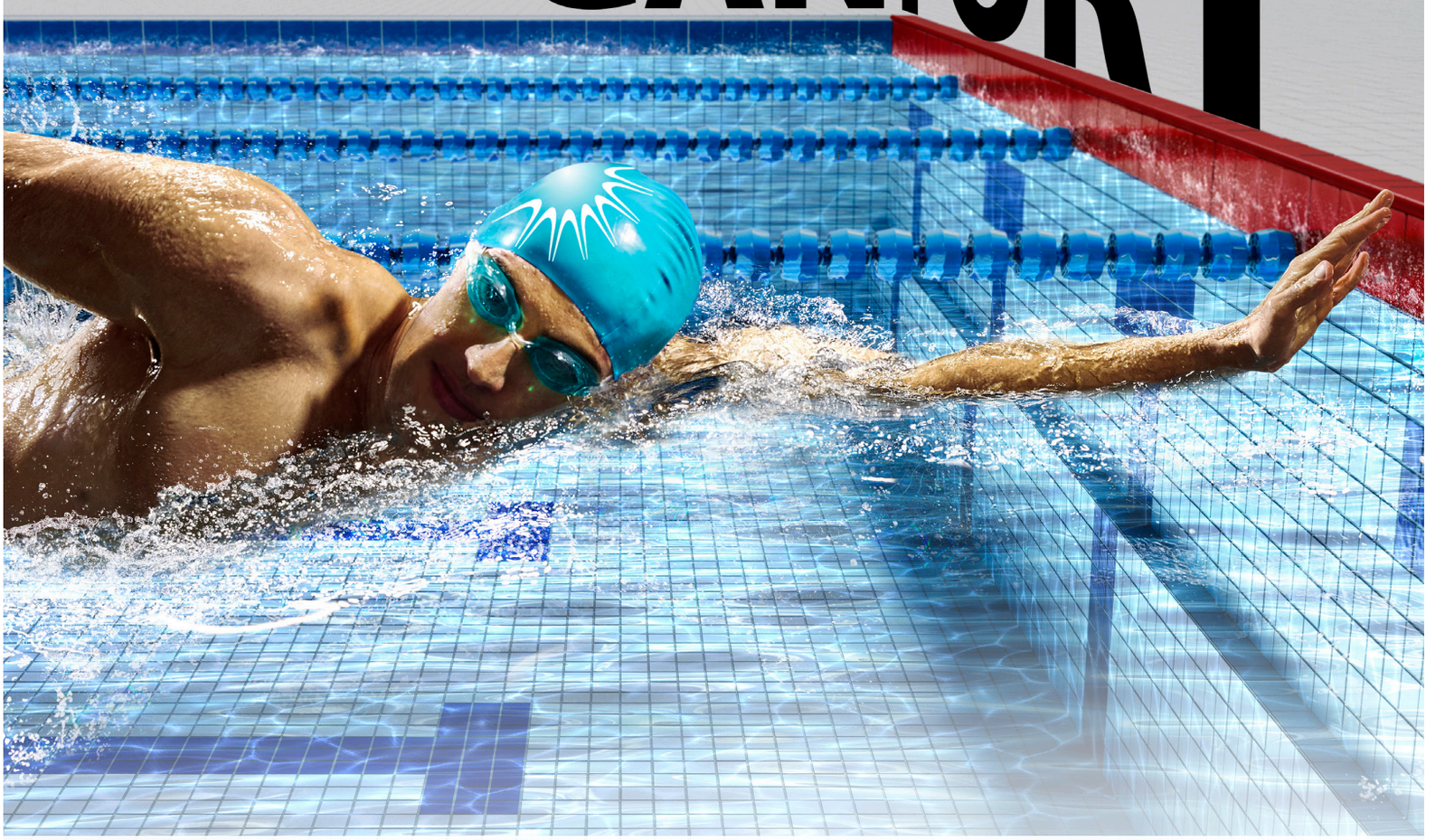
Conclusion: NCCP was prevalent among patients presenting to emergency departments at Landspitali. The majority of NCCP patients experienced continued chest-pain after discharge, and such pain experience was associated with mental distress. A third of NCCP patients lacked information about possible causes for the pain and advice about coping with symptoms.

[1]Department of Quality and Patient Safety, Landspítali University Hospital, Reykjavík IS-101 Iceland, [2]Department of Psychology, University of Iceland, Reykjavík IS-101 Iceland, [3]Landspítali University Hospital, Reykjavik IS-101 Iceland, [4]School of Health Sciences, University of Iceland, Reykjavík IS-101 Iceland, [5]Dunedin School of Medicine, Otago University, Dunedin, New Zealand, [6]Department of Cardiology, SDHB Dunedin Hospital, New Zealand.

Key words: *non-cardiac chest pain, mental well-being, information-provision, pain experience, follow-up.*

Correspondence: *Erla Svansdóttir, erlasvan@landspitali.is*

PRÓFAÐU GANFORT



Þegar meðferðarmarkmið næst ekki með einlyfjameðferð[1]

Hver einasti mmHg skiptir máli[2]

GANfort®

(bimatoprost/timolol) augndropar, lausn 0,3+5 mg/ml

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) fyrir Ganfort augndropa, lausn:

GANFORT 0,3 mg/ml + 5 mg/ml augndropar, lausn. **Virkt innihaldsefni:** Hver ml af lausn inniheldur 0,3 mg bimatoprost og 5 mg timolol (sem 6,8 mg timololmaleat). **Ábendingar:** Til að lækka augnþrýsting hjá fullorðnum sjúklingum með gleiðhornsgláku (open-angle glaucoma) eða hækkaðan augnþrýsting, sem svara ekki nægilega vel meðferð með beta-blokkandi augnlyfjum eða prostaglandinhliðstæðum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu / virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Teppusjúkdómur í öndunarvegum (reactive airway disease), þ.e. astmi eða saga um astma, alvarlegur langvinnur teppulungnasjúkdómur. Gúlshægsláttur, sjúkur sínushnútur, leiðslurof í gáttum, annarrar eða þriðju gráðu gáttasleglarof án gangráðs. Greinileg hjartabilun, hjartalost. **Markaðsleyfishafi:** Allergan Pharmaceuticals Ireland. **Fyrir frekari upplýsingar um lyfið má hafa samband við Actavis Pharmaceuticals Iceland ehf., Dalshrauni 1, 220 Hafnarfjörður, sími 550 3300, www.actavis.is. Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 1. júní 2017. *Október 2017.* **Nálgast má upplýsingar um Ganfort, fylgiseðil lyfsins og gildandi samantekt á eiginleikum þess á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is**

Actavis 710132

UMBOÐSAÐILI Á ÍSLANDI: Actavis

Allergan

Heimildir. 1: Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Ganfort® dags. 1. júní 2017. 2: Leske MC et al. Arch Ophthalmol 2003; 121: 48-56.

Hreyfing og svefn reykvískra ungmenna

Vaka Rögnvaldsdóttir[1] íþrótta- og heilsufræðingur, **Berglind M. Valdimarsdóttir**[1] íþrótta- og heilsufræðingur, **Robert J. Brychta**[2] verkfræðingur, **Soffía M. Hrafnkelsdóttir**[1] lýðheilsufræðingur, **Sigurbjörn Á. Arngrímsson**[1] þjálfunarlífeðlisfræðingur, **Erlingur Jóhannsson**[1,3] lífeðlisfræðingur, **Kong Y. Chen**[2] verkfræðingur, **Sigríður L. Guðmundsdóttir**[1] íþrótta- og heilsufræðingur

ÁGRIP

Inngangur: Hreyfing og svefn eru mikilvægir áhrifaþættir heilsufars. Alþjóðlegar ráðleggingar mæla með því að börn og unglingar hreyfi sig að lágmarki 60 mínútur daglega af miðlungs eða mikilli ákefð og sofi í 8 til 10 klukkustundir á sólarhring. Tengsl hreyfingar og svefns meðal ungmenna eru ekki vel þekkt. Markmið rannsóknarinnar voru að meta: a) hversu hátt hlutfall 16 ára reykvískra ungmenna uppfyllir viðmið um hreyfingu og svefn, b) hvort tengsl séu milli hreyfingar og svefns og c) kynjamun á hreyfingu og svefni.

Efniviður og aðferðir: Alls var 411 nemendum 10. bekkjar 6 grunnskóla í Reykjavík boðin þátttaka í rannsókninni vorið 2015. Gild gögn fengust frá 106 drengjum og 160 stúlkum. Hlutlægar og huglægar mælingar á hreyfingu og svefni voru gerðar með hröðunarmælum og spurningalistum.

Niðurstöður: Um helmingur þátttakenda náði viðmiðum um hreyfingu samkvæmt niðurstöðum spurningalista. Þrátt fyrir að 51,9% teldu sig sofa nógu mikið náðu þó einungis 22,9% viðmiðum um ráðlagða svefnlengd samkvæmt hröðunarmælum. Engin tengsl fundust milli svefnlengdar og hreyfingar samkvæmt spurningalistum. Stúlkur hreyfðu sig marktækt meira en drengir á frídögum ($p<0,01$) samkvæmt hröðunarmælum en ekki var marktækur munur á meðaltali hreyfingar stúlkna og drengja yfir vikuna. Hvorki var marktækur kynjamunur á svefnlengd mældri með hröðunarmælum né spurningalista.

Ályktun: Lífsstíll íslenskra ungmenna virðist ekki endurspegla viðmið opinberra aðila um daglega hreyfingu og svefn. Einungis 22,9% náðu viðmiðum um ráðlagðan svefntíma, og 11,3% uppfylltu bæði viðmið um hreyfingu og svefn.

Inngangur

Svefn og hreyfing eru mikilvægir áhrifaþættir heilsufars. Regluleg hreyfing á unglingsárum minnkar líkur á áunnum og langvinnum lífsstílssjúkdómum síðar á ævinni.[1] Alþjóðlegar ráðleggingar miðast við að börn og unglingar hreyfi sig í að minnsta kosti 60 mínútur daglega af miðlungs eða mikilli ákefð, þar af ætti að stunda erfiðar æfingar sem styrkja bein og vöðva að lágmarki þrisvar í viku.[2] Samkvæmt hlutlægum mælingum árið 2011[3] uppfylltu aðeins 9% 15 ára íslenskra unglinga viðmið um daglega hreyfingu, en drengir hreyfðu sig meira en stúlkur af miðlungs- eða mikilli ákefð. Æskilegt er talið að ungmenni sofi í 8-10 klukkutíma á sólarhring.[4] Ríflega helmingur bandarískra ungmenna er talinn leggja sig á daginn vegna syfju.[8]

Aukin hreyfing er talin tengjast eða leiða til betri svefns.[9] Rannsóknum á unglingum ber saman um að hreyfing hafi jákvæð áhrif á svefnlengd þeirra.[10] Einnig hefur komið fram að börn (10-12 ára) sem fylgja svefnráðleggingum eru líklegri til að viðhalda reglulegum og heilbrigðum hreyfivenjum.[11] Nýleg samantektargrein ályktaði að börn og unglingar sem hreyfa sig mikið, sofa vel og eru í lítilli kyrrsetu hafi ákjósanlegra magn líkamsfitu og séu í betra formi en þau ungmenni sem eru í meiri kyrrsetu, hreyfa sig lítið og sofa minna.[12]

Á síðustu árum hafa hröðunarmælar í auknum mæli verið nýttir til mælinga á hreyfingu og svefni þar sem þeir gefa hlutlægt mat á hvoru tveggja í náttúrulegu umhverfi einstaklinga.[1,3] Mælarnir eru taldir réttmætir og áreiðanlegir við mælingar á hreyfingu og svefni hjá börnum og ungmennum.[14-17] Samanburður á hlutlægum og huglægum mælingum á svefnlengd unglinga bendir til þess að þær huglægu ofmeti svefnlengd, sem þýðir að ungmenni fá jafnvel enn styttri nætursvefn en hingað til hefur verið talið.[18] Fáar rannsóknir hafa metið tengsl hreyfingar og svefns með hlutlægum mælingum á báðum breytum.[10]

Markmið rannsóknarinnar var að meta: a) hversu hátt hlutfall 16 ára reykvískra ungmenna uppfyllir viðmið um hreyfingu og svefn, b) hvort tengsl séu á milli magns hreyfingar og svefns og ennfremur c) kynjamun á hreyfingu og svefni.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknarsnið og val á þátttakendum

Rannsóknin er þversniðsrannsókn byggð á gögnum sem safnað var á tímabilinu apríl-júní 2015. Þátttakendur voru nemendur 10. bekkjar við 6 grunnskóla í Reykjavík, langflestir fæddir árið 1999. Alls var 411 nemendum boðin þátttaka og 315 þáðu boðið (76,6% þátttökuhlutfall). Mælingar fóru fram í hverjum skóla fyrir sig. Ungmennin og foreldrar/forráðamenn þeirra undirrituðu upplýst samþykki áður en þátttaka hófst. Vísindasiðanefnd samþykkti framkvæmd rannsóknarinnar (VSN b200605002&03).

doi.org/10.17992/lbl.2018.02.173

[1]Rannsóknastofu í íþrótta- og heilsufræði, menntavísindasviði Háskóla Íslands, [2]NIH, Heilbrigðisstofnun Bandaríkjanna, [3]deild Íþrótta og hreyfingar, Háskóli hagnýtra vísinda í Vestur-Noregi, Bergen.

Fyrirspurnum svarar Sigríður L. Guðmundsdóttir, *slg@hi.is*

Barst til blaðsins 25. ágúst 2017, samþykkt til birtingar 9. janúar 2018.

Spurning	Samantekt svarmöguleika
Hversu margar klukkustundir æfir þú íþróttir eða stundar líkamsrækt í venjulegri viku?	≤ 6 klst í viku ≥ 6 klst í viku
Hversu oft reynir þú á þig líkamlega þannig að þú mæðist verulega eða svitnir?	≤ 6x í viku ≥ 6x í viku
Stundar þú íþróttir?	Já Nei
Sefur þú nóg?	Ég sef of mikið Ég sef oftast nóg Ég sef nóg um helming nátta Ég sef mjög sjaldan nóg

Mynd 1. *Samantekt svarmöguleika úr spurningalista.*

Mælingar á svefni og hreyfingu með hröðunarmæli

Actigraph GT3X+ hröðunarmælar (ActiSleep by Actigraph Inc. Pensacola Florida, USA) voru notaðir til mælinga á hreyfingu og svefni þátttakenda. Þessir hröðunarmælar mæla og vista hreyfingu (slög/mín) í þremur plönum (*triaxial*). Mælarnir eru hannaðir fyrir rannsakendur og hafa ekkert notendaviðmót. Mælarnir eru litlir (3,8 cm x 3,7 cm x 1,8 cm) og léttir (27 g) kubbar festir með ól og bornir líkt og úr. Þátttakendur báru hröðunarmæli á úlnlið víkjandi handleggs samfellt í 7 sólarhringa. Hreyfibreytur og svefnbreytur voru reiknaðar í Actilife forritinu (6.13.0) frá Actigraph. Hreyfing var reiknuð sem meðaltal slaga á mínútu á dag (3D-slög/mín/dag) yfir vökutíma vikunnar. Þá nema mælarnir birtustig og því má fylgjast með breytingum á dagsbirtu yfir rannsóknartímabilið með þeim.

Við útreikninga á hvíldartíma, svefnlengd og svefnnýtingu var notast við reikniformúlu Sadeh og félaga, sérstaklega þróaðri fyrir ungmenni.[16] Réttmæti og áreiðanleiki Actilife við svefnrannsóknir hefur verið borinn saman við svefnrita (*polysomnography*, PSG) hjá öðrum aldurshópum og mælt er með að staðsetja mælana á úlnið.[19] Ungmennin fylltu út svefndagbók þá viku sem þau báru hröðunarmælinn og var dagbókin notuð til að staðfesta svefntíma reiknaðan af Actilife og leiðrétta skekkjur á svefnmati forritsins ef þurfti.

Tafla I. *Lýsandi tölfræði.*

	Drengir (n=106)	Stúlkur (n=160)	Allir (n=266)
	Meðaltal ± SD	Meðaltal ± SD	Meðaltal ± SD
Aldur (ár)	15,8 ± 0,3	15,9 ± 0,3	15,8 ± 0,3
Hæð (cm)	178,4 ± 18,3	166,9 ± 14,4	171,5 ± 8,1
Þyngd (kg)	69,1 ± 12,8	62,0 ± 11,3	64,9 ± 11,0
LÞS (kg/m^2)	21,7 ± 3	22,2 ± 3,2	22,0 ± 3,1

Skammstafanir: n, fjöldi þátttakenda. LÞS, líkamsþyngdarstuðull. SD= Standard deviation = staðalfrávik.

Hvíldartími, sá tími sem ráðleggingar um svefnlengd (8-10 klukkustundir) eru miðaðar við,[4] var reiknaður í klukkustundum og mínútum frá þeim tíma sem viðkomandi lagðist til hvílu að kvöldi og þar til hann stóð upp að morgni. Svefnlengd er skilgreind sem sá tími sem þátttakandi sefur í klukkustundum og mínútum en svefnnýting (*sleep efficiency*) er skilgreind sem hlutfall svefnlengdar af hvíldartíma í prósentum.

Hröðunarmælarnir voru fyrirfram stilltir á upphafspunkt mælinga og hófust mælingar nokkrum klukkustundum eftir ásetningu mælis, þar sem talið var að þátttakendur væru meðvitaðir um hreyfingu sína fyrstu klukkustundina. Niðurstöður úr mælunum töldust gildar ef þátttakendur báru mælana í að minnsta kosti 14 klukkutíma á dag, í þrjá skóladaga og einn frídag. Lengsta svefnlota einstaklings dag hvern var skilgreind sem nætursvefn og aðrar svefnlotur sem daglúrar. Sadeh-reikniformúlan greinir svefn út frá 11 mínútna glugga þar sem 5 lotur aftur í tímann og næstu 5 lotur fram á við eru viðmið um hreyfingu eða kyrrsetu viðkomandi. Daglúrar voru ekki teknir með í útreikninga á svefnlengd þar sem einungis 15 manns töldust hafa sofnað að deginum, í alls 19 skipti.

Mælingar á hreyfingu og svefni með spurningalistum

Þátttakendur svöruðu spurningalista á spjaldtölvu um ýmsa þætti tengda heilsu, þar á meðal hreyfingu, þátttöku í íþróttum og líkamsrækt og svefnvenjur. Samantekt úr spurningalista varðandi líkamlega áreynslu og svefn má sjá á mynd 1.

Sem viðmið um að hreyfiráðleggingum Embættis landlæknis væri náð var notast við svar möguleikann „meira en 6 klukku-

Tafla II. *Niðurstöður úr spurningalista. Fjöldi (hlutfall).*

Hlutlægar breytur	Drengir (n=106)	Stúlkur (n=160)	Allir (n=266)	Samanburður milli kynja p-gildi (χ^2 próf)
Hreyfing				
Stundar íþróttir með íþróttafélagi	81 (76,4)	108 (67,5)	189 (71,1)	0,15
Íþróttaiðkun eða hreyfing >6 klst/viku	56 (52,8)	59 (36,9)	115 (43,2)	0,01
Reynir á þig þannig að þú svitnir eða mæðist >6 daga/viku	42 (39,6)	47 (29,4)	89 (33,5)	0,11
Sefur þú nóg?				
Ég sef of mikið	2 (1,9)	1 (0,6)	3 (1,1)	0,78
Ég sef oftast nóg	53 (50,0)	83 (51,9)	136 (51,1)	
Ég sef nóg um helming nótta	28 (26,4)	39 (24,4)	67 (25,2)	
Ég sef mjög sjaldan nóg	23 (21,7)	37 (23,1)	60 (22,6)	

Skammstafanir: n, fjöldi þátttakenda. P-gildi er reiknað með χ^2 prófi milli kynja.

Tafla III. *Niðurstöður úr hreyfimælum, skipt eftir kyni og dögum. Samanburður á milli skóladaga miðað við frídaga og á drengjum miðað við stúlkur. Víxlhrif milli skóladaga/frídaga og kyns.*

	Drengir meðaltal ± SD)			Stúlkur (meðaltal ± SD)			Skóla/frídagar p	Drengir/Stúlkur p	Víxlhrif p
Hlutlægar breytur	Skóladaga	Frídaga	Alla daga	Skóladaga	Frídaga	Alla daga			
Hreyfing									
Hreyfing (3D-slög/mín/dag)	2215,2 ± 493,0	1645,8 ± 537,3	1991,8 ± 463,4	2180,4 ± 520,5	1857,4 ± 506,6	2049,4 ± 474,3	<0,001	0,13	<0,001*
Svefn									
Hvíldartími (klst/dag)	7,04 ± 0,79	8,45 ± 1,36	7,77 ± 0,70	7,07 ± 0,79	8,43 ± 1,07	7,56 ± 0,68	<0,001	0,981	0,72
Svefntími (klst/dag)	6,17 ± 0,72	7,3 ± 1,2	6,6 ± 0,67	6,2 ± 0,70	7,4 ± 0,96	6,63 ± 6,2	<0,001	0,566	0,814
Svefnnýting (%)	87,9 ± 4,5	86,7 ± 4,2	87,5 ± 3,9	87,8 ± 4,5	87,9 ± 5,1	87,8 ± 4,4	0,07	0,294	0,017
Hvíldust >= 8 klst n (%)	8 (5,0)	73 (68,9)	23 (21,7)	21 (19,8)	105 (65,6)	38 (23,8)	<0,001	0,744	0,21
Sváfu >= 8 klst n (%)	1 (0,6)	27 (25,5)	2 (1,9)	0 (0,0)	38 (23,8)	3 (1,9)	<0,001	0,624	0,887

stundir á viku“ við spurningunni „*hversu margar klukkustundir æfir þú íþróttir eða stundar líkamsrækt í venjulegri viku?*“

Tölfræðiúrvinnsla

Munur á hlutföllum milli hópa í flokkabreytum úr spurningalista var kannaður með Kí-kvaðrat prófi, til dæmis munur á íþróttaþátttöku milli kynja. Tvíhliða dreifigreining var notuð til að bera saman meðaltal svefns og hreyfingar (samfelldar breytur mældar með hreyfimælum) með pöruðum samanburði milli skóladaga og frídaga annars vegar og samanburði milli drengja og stúlkna hins vegar. Þá voru víxlhrif milli skóladaga/frídaga og kyns könnuð. Tvíhliða dreifigreining var einnig notuð til að bera saman meðalhreyfingu mælda með hreyfimælum eftir þátttöku í íþróttum og hreyfingu samkvæmt spurningalista. Einhliða dreifigreining var notuð til að bera saman meðaltal svefnbreyta mældum með hreyfimælum milli flokkabreyta úr spurningalista. T-próf var notað til að bera saman svefn mældan með hreyfimælum við þátttöku í íþróttum og hreyfingu samkvæmt spurningalista. Notuð voru Tukey eftir-á-próf til að kanna mun milli hópa (þar með talin sérhver samsetning á skóla/frídögum og stúlkum/drengjum) með Bonferroni-leiðréttingu.

Pearson-fylgnistuðull var notaður til að kanna tengsl milli hreyfingar, svefns og dagsbirtu. Marktektarmörk voru skilgreind við p-gildi 0,05 eða minna. Tölfræðileg úrvinnsla fór fram með forritunum Excel og Rstudio (útgáfa 0.99.482).

Niðurstöður

Í töflu I er einkennum úrtaksins lýst. Í rannsókninni voru 266 einstaklingar með gild hreyfi- og svefngildi úr hreyfimælum, gildir dagar fyrir hreyfingu voru að meðaltali 6,1 ± 0,6 og gildar nætur fyrir svefn voru 7,1 ± 0,7. Meðalaldur þátttakenda var 15,8 ± 0,3 ár. Meðallengd dagsbirtu yfir rannsóknartímabilið var 17,6 ± 1,8 klst, stystur dagur var 15,1 klukkustund og lengstur 20,5 klukkustundir. Engin tengsl fundust milli dagsbirtu og hvíldartíma. Hins vegar fundust tengsl milli dagsbirtu og hreyfingar (3D-slög/dag/mín) yfir vikuna hjá öllum þátttakendum (r=0,18, p=0,004), stúlkum (r=0,22, p=0,005) en ekki hjá drengjum.

Tafla II sýnir niðurstöður úr spurningalistum. Marktækt hærra hlutfall drengja en stúlkna stundaði íþróttir eða líkamsrækt í 6 tíma eða meira á viku, eða 52,8% drengja á móti 36,9% stúlkna (p=0,01). Einnig sagðist hærra hlutfall drengja en stúlkna mæðast eða svitna verulega 6 sinnum í viku eða oftar. Ekki var munur milli kynja á því hversu oft þátttakendur töldu sig sofa nóg.

Tafla III sýnir hreyfingu og svefn vikunnar samkvæmt hreyfimælum. Ekki var marktækur munur á hreyfingu stúlkna og drengja alla daga vikunnar eða skóladaga, hins vegar var víxlverkun milli skóladaga/frídaga og kyns, stúlkur hreyfðu sig mark-

Tafla IV. *Huglægt mat borið saman við hlutlægt mat á hreyfingu.*

Hlutlægt mat á hreyfingu úr hröðunarmæli (3D-slög/mín/dag)									
	Drengir		Stúlkur		Allir		Já/Nei	Drengir/ Stúlkur	Víxlhrif
	Já	Nei	Já	Nei	Já	Nei	p	p	p
Huglægt mat á hreyfingu									
Stundar íþróttir með íþróttafélagi	2099,4 ± 438,9	1643,3 ± 363,2	2160,4 ± 474,0	1818,8 ± 386,9	2134,3 ± 459,1	1761,8 ± 385,9	<0,001	0,097	0,359
Íþróttaiðkun eða hreyfing >6 klst/viku	2134,7 ± 398,3	1831,8 ± 482,3	2171,1 ± 481,2	1978,3 ± 457,8	2153,4 ± 441,3	1929,8 ± 469,6	<0,001	0,099	0,343
Reynir á þig þannig að þú svitnir eða mæðist >6 daga/viku	2148,6 ± 434,7	1888,9 ± 455,8	2240,2 ± 475,6	1970,1 ± 452,6	2197,0 ± 456,5	1940,7 ± 454,2	<0,001	0,14	0,931

3D-slög/mín/dag meðaltal af slögum á mínútu á dag.

Tafla V. *Huglægt mat á svefni samanborið við hlutlægt mat úr hröðunarmælum.*

	Huglægar svefnbreytur úr spurningalista: Sefur þú nóg? Alla daga				
	Of mikið (n=3)	Oftast (n=136)	Helming nátta (n=67)	Sjaldan (n=60)	p
Niðurstöður úr hreyfimælum fyrir alla vikuna					
Hvíldartími (klst/dag)	8,0 ± 1,2	7,7 ± 0,6	7,5 ± 0,7	7,2 ± 0,7	<0,001
Svefntími (klst/dag)	6,8 ± 1,0	6,7 ± 0,6	6,6 ± 0,8	6,4 ± 0,6	0,017
Svefnnýting (%)	85,7 ± 2,0	87,2 ± 4,3	88,0 ± 4,4	88,5 ± 3,6	0,149
Hvíldust >= 8 klst (n, %)	1,0 (33,3)	40,0 (29,4)	12,0 (17,9)	8,0 (13,3)	0,057
Sváfu >= 8 klst (n, %)	0 (0)	2,0 (1,5)	3,0 (4,5)	0 (0)	0,289
Hreyfing (3D-slög/mín/dag)	2037,1 ± 301,5	2049,3 ± 441,5	1967,1 ± 540,8	2040,4 ± 458,7	0,697

Skammstafanir: n, fjöldi, % hlutfall. 3D-slög/mín/dag, meðalslög á mínútu á dag.

tækt meira en drengir á frídögum (p<0,01). Þá hreyfðu drengir og stúlkur sig marktækt meira á skóladögum en frídögum (p<0,001).

Bæði stúlkur og drengir sváfu skemur á skóladögum (p<0,001) en frídögum. Ekki var marktækur kynjamunur á svefnlengd á skóladögum né á frídögum. Þegar hvíldartími skóladaga var borinn saman við ráðlagðan svefntíma unglinga, minnst 8 tíma nætursvefn, náðu einungis 5,0% drengja og 19,8% stúlkna ráðlögðum hvíldartíma. Á frídögum náðu 68,9% drengja og 65,6% stúlkna ráðlögðum hvíldartíma fyrir unglinga.

Í töflu IV er borin saman hreyfing sem mæld var með hreyfimælum annars vegar og metin með spurningalistum hins vegar. Stúlkur og drengir sem stunduðu íþróttir og/eða líkamsrækt í meira en 6 klukkustundir á viku hreyfðu sig einnig meira dag hvern samkvæmt hröðunarmælum, samanborið við þau sem hreyfðu sig minna en 6 tíma á viku (p<0,001). Þá mældist einnig marktækt meiri hreyfing með hröðunarmæli hjá þeim sem sögðust reyna á sig líkamlega þannig að þau mæddust eða svitnuðu að minnsta kosti 6 daga vikunnar en hjá öðrum (p<0,001). Sambærilegur munur fékkst milli þeirra sem stunduðu íþróttir með íþróttafélagi og hjá þeim sem stunduðu ekki íþróttir, sérstaklega meðal drengja. Þá mældust ungmenni sem stunduðu íþróttir með 21,1% fleiri slög samkvæmt hröðunarmælum en þeir sem stunduðu ekki íþróttir (p<0,001).

Tafla V sýnir niðurstöður fyrir samanburð á svefni mældum með hreyfimælum og svefni metnum með spurningalistum. Um helmingur þátttakenda taldi sig „oftast sofa nægilega mikið" samkvæmt spurningalista. Þessi ungmenni hvíldust og sváfu einnig lengur samkvæmt hröðunarmæli en þau sem sögðust sofa nóg „um helming nátta" eða „mjög sjaldan".

Í töflu VI eru hvíldartími og svefnlengd mæld með hreyfimæli skoðuð út frá hreyfingu samkvæmt spurningalistum. Ekki var marktækur munur á hvíldar- eða svefnlengd þeirra sem náðu viðmiðum um hreyfingu (≥6 tíma á viku) og þeirra sem ekki náðu þeim viðmiðum samkvæmt niðurstöðum spurningalista. Ekki var heldur marktækur munur á svefnlengd eftir þátttöku í íþróttum.

Einungis 11,3% þátttakenda uppfylltu viðmið um hreyfingu samkvæmt spurningalista og viðmið um svefn mældan með hreyfimæli yfir vikuna. Á skóladögum náðu einungis um 10,9% þátttakenda að uppfylla viðmið um bæði hvíldartíma og hreyfingu.

Umræða

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að nokkuð mikið vanti upp á að íslensk ungmenni uppfylli viðmið um ráðlagða hreyfingu og svefn. Samkvæmt svörum þátttakenda við spurningalistum uppfyllti ríflega helmingur drengja en nokkuð færri stúlkur viðmið um hreyfingu. Þar sem 39,6% drengja og 29,4% stúlkna hreyfðu sig oftar en 6 sinnum í viku af það mikilli ákefð að þau mæddust eða svitnuðu má ætla að hreyfing ungmennanna komi að einhverjum hluta af miðlungs- eða mikill ákefð eins og ráðleggingar mælast til. Stúlkur hreyfðu sig meira en drengir á frídögum samkvæmt niðurstöðum úr hröðunarmælum (3D-slög/mín/dag) en ekki var marktækur munur á hreyfingu stúlkna og drengja aðra daga. Þessar niðurstöður eru frábrugðnar niðurstöðum rannsóknar frá árinu 2011[3] á hreyfingu íslenskra barna og unglinga mældri með hröðunarmælum sem bornir voru á mjöðm (ActiGraph 7124) þar sem einungis 9% 15 ára unglinga uppfylltu viðmið um ráðlagða daglega hreyfingu (>3400 slög/mín/dag). Þar kom einnig fram munur á hreyfingu kynjanna þar sem einungis 1,5% stúlkna og 14,5% drengja uppfylltu viðmiðin. Hafa ber þó í huga að breytileg skilgreining á miðlungserfiðri hreyfingu og mælitækin sem notast er við geta haft áhrif á hlutfall þeirra sem uppfylla viðmiðin. Í núverandi rannsókn var nokkuð gott samræmi milli hreyfingar samkvæmt spurningalistum og mældri með hreyfimælum, þar sem þau sem sögðust hreyfa sig meira samkvæmt spurningalista mældust einnig með 21,1% meiri meðaltalshreyfingu samkvæmt hreyfimælum en þau sem gáfu svar um minni hreyfingu. Þá má sjá að fleiri drengir en stúlkur sögðust stunda íþróttir og mæðast eða svitna 6 sinnum í viku eða oftar en stúlkur mældust þó með fleiri slög á mínútu með hreyfimælum á frídögum. Þetta gæti gefið til kynna að hreyfing stúlkna og drengja sé að einhverju leyti frábrugðin og að hreyfing stúlkna fari síður fram sem skipulögð æfing eða þjálfun en meðal drengja. Það gæti þýtt að hreyfing stúlkna sé að meðaltali af minni ákefð en hreyfing drengja. Engin viðurkennd viðmið um magn eða ákefð hreyfingar mældrar með hreyfimælum eru til, svo erfitt er að bera hreyfigögn frá úlnliðsmæli saman við almennar hreyfiráðleggingar.

Niðurstöður rannsóknar á hreyfingu barna og unglinga á Vesturlöndum benda til að hreyfing minnki um 7% árlega á aldursbilinu 7-19 ára. Mest dró úr hreyfingu stúlkna á aldursbilinu 9-12 ára en 13-16 ára hjá drengjum. Talið er að kynþroski hafi áhrif á þessar breytingar og stúlkur þroskist að meðaltali fyrr sem að

Tafla VI. *Huglægt mat á hreyfingu borið saman við hlutlægt mat á svefnbreytum.*

	Huglægar mælingar á hreyfingu fengnar úr spurningalista								
	Þátttaka í íþróttum á vegum íþróttafélags			Íþróttaiðkun eða hreyfing >6 klst/viku			Reynir á þig þannig að þú svitnir eða mæðist >6 daga/viku		
	Já (n=189)	Nei (n=77)	p	Já (n=115)	Nei (n=151)	p	Já (n=89)	Nei (n=177)	p
Svefnbreytur úr hreyfimæli									
Alla daga									
Hvíldartími (klst/dag)	7,5 ± 0,7	7,6 ± 0,7	0,422	7,6 ± 0,7	7,6 ± 0,7	0,888	7,5 ± 0,6	7,6 ± 0,7	0,582
Svefntími (klst/dag)	6,6 ± 0,6	7,67 ± 0,7	0,492	6,6 ± 0,6	6,6 ± 0,6	0,729	6,5 ± 0,6	6,6 ± 0,6	0,198
Svefnnýting (%)	87,7 ± 4,0	87,7 ± 4,6	0,939	87,8 ± 4,0	87,6 ± 4,4	0,813	87,1 ± 4,2	88,0 ± 4,2	0,089
Hvíldust >= 8 klst (n, %)	42 (22,2)	19 (24,7)	0,673	30 (26,1)	31 (20,5)	0,293	20 (22,5)	41 (23,2)	0,899
Sváfu >= 8 klst (n, %)	2 (1,1)	3 (3,9)	0,229	1 (0,9)	4 (2,6)	0,259	0 (0,0)	5 (2,8)	0,025
Skóladaga									
Hvíldartími (klst/dag)	7,1 ± 0,8	7,1 ± 0,8	0,422	7,1 ± 0,7	7,0 ± 0,8	0,888	7,1 ± 0,7	7,0 ± 0,8	0,482
Svefntími (klst/dag)	6,2 ± 0,7	6,2 ± 0,7	0,492	6,2 ± 0,7	6,2 ± 0,7	0,729	6,2 ± 0,6	6,2 ± 0,7	0,881
Svefnnýting (%)	87,9 ± 4,3	87,7 ± 4,9	0,939	87,9 ± 4,5	87,8 ± 4,5	0,813	87,1 ± 4,7	88,2 ± 4,3	0,07
Hvíldust >= 8 klst (n, %)	21 (11,1)	8 (10,4)	0,673	12 (10,4)	17 (11,3)	0,293	11 (12,4)	18 (10,2)	0,601
Sváfu >= 8 klst (n, %)	0 (0,0)	1 (1,3)	0,229	0 (0,0)	1 (0,7)	0,259	0 (0,0)	1 (0,6)	0,319
Frídaga									
Hvíldartími (klst/dag)	8,4 ± 1,2	8,6 ± 1,1	0,422	8,4 ± 1,2	8,5 ± 1.2	0,888	8,3 ± 1,2	8,5 ± 1,2	0,34
Svefntími (klst/dag)	7,3 ± 1,1	7,5 ± 1,0	0,492	7,4 ± 1,1	7,4 ± 1,1	0,729	7,3 ± 1,1	7,4 ± 1,1	0,233
Svefnnýting (%)	87,3 ± 4,6	87,6 ± 5,1	0,939	87,5 ± 4,4	87,4 ± 5,1	0,813	87,0 ± 4,6	87,6 ± 4,8	0,285
Hvíldust >= 8 klst (n, %)	125 (66,1)	53 (68,8)	0,673	76 (66,1)	102 (67,5)	0,293	57 (64,0)	121 (68,4)	0,487
Sváfu >= 8 klst (n, %)	43 (22,8)	22 (28,6)	0,229	28 (24,3)	37 (24,5)	0,259	22 (24,7)	43 (24,3)	0,94

Skammstafanir: n, fjöldi. %, hlutfall.

hluta til geti útskýrt þennan mun.[20] Í nýlegri evrópskri rannsókn[21] dró verulega úr hreyfingu af miðlungs eða mikilli ákefð frá aldrinum 9-15 ára og samhliða jókst kyrrseta, þó meira hjá drengjum en stúlkum. Þessar breytingar á hreyfingu voru þó breytilegar milli landa og landssvæða.

Hreyfing mæld með hröðunarmælum minnkaði marktækt hjá báðum kynjum á frídögum samanborið við skóladaga. Skipulögð hreyfing innan skólans gæti útskýrt þennan mun. Hafa ber þó í huga að ungmennin báru hröðunarmælinn allan sólarhringinn yfir rannsóknartímann og minni hreyfingu á frídögum má einnig skýra með auknum hvíldartíma á frídögum þar sem hvíldartíminn var tæpum tveimur klukkutímum lengri en á skóladögum.

Veðurfar og dagsbirta eru hugsanlegir áhrifaþættir hreyfingar. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að tímabil með rigningu, vindum, lágu hitastigi og snjó geta dregið úr almennri hreyfingu barna og unglinga.[22] Þar sem rannsókn okkar fór fram að vori má gera ráð fyrir að bæði dagsbirta og veðurfar gæti hafa haft áhrif á hreyfingu ungmennanna. Tengsl dagsbirtu og hreyfingar fundust hjá hópnum þegar hreyfing yfir alla vikuna var skoðuð. Einnig fundust marktæk tengsl milli dagsbirtu og hreyfingar hjá stúlkum en ekki drengjum. Rannsóknir á hreyfingu þessa aldurshóps á mismunandi árstímum gæti varpað frekara ljósi á þessi tengsl veðurfars, hitstigs og dagsbirtu við hreyfingu.

Fæst íslensk ungmenni ná viðmiðum um svefnlengd[4] á skóladögum þegar svefn er metinn út frá hvíldartíma. Þar sem ráðleggingar um svefnlengd eru byggðar á rannsóknum sem flestar byggja á huglægum mælingum á svefni er æskilegt að bera útreiknaðan hvíldartíma unglinga, byggðan á háttatíma og fótaferðatíma, saman við almennar svefnráðleggingar þegar hlutlægum mælingum er beitt.[4] Á frídögum má sjá að ungmennin bæta við um 1,2 klukkutímum í hvíldartíma miðað við skóladaga sem er þekkt mynstur meðal unglinga.[23] Svefnbreytan svefnnýting er notuð, ásamt fleiru, til að meta gæði svefns. Stuðullinn fyrir svefnnýtingu segir til um hve hátt hlutfall af hvíldartíma viðkomandi nýtir til svefns en gerir ekki greinarmun á því hvort viðkomandi vakni oft yfir nóttina eða sé lengi að sofna. Því er svefnnýting notuð sem almenn matsbreyta fyrir svefngæði og sem slík er erfitt að setja viðmið um hátt og lágt gildi hennar.[24] Hins vegar má auðveldlega bera saman svefnnýtingu einstaklinga milli tímabila. Ekki var munur á svefnnýtingu milli kynja eða á milli frídaga og skóladaga hjá ungmennunum.

Ýmsir þættir geta haft áhrif á svefngæði og svefnlengd unglinga. Dagsbirta er þekktur áhrifavaldur og eykst svefnlengd venjulega yfir veturinn og styttist yfir sumartímann.[6,25] Í rannsókninni fannst ekki samband milli dagsbirtu og hvíldartíma, svefnlengdar eða svefnnýtingar, þrátt fyrir að daginn hafi lengt töluvert á rannsóknartímabilinu (úr 15,1 í 20,5 klukkustundir). Í íslenskri rannsókn á ungmennum um tvítugt frá árinu 1985 fannst heldur ekki munur á svefnlengd einstaklinga að vetri eða að sumri til.[26] Ekki hefur fundist munur á svefnlengd íslenskra stúlkna og

drengja[6] en í erlendum rannsóknum á unglingum hafa niðurstöður um svefnlengd eftir kynjum verið misjafnar og sýnt bæði að drengir sofi lengur en stúlkur og öfugt.[27,28]

Nokkuð gott samræmi fékkst milli hlutlægra og huglægra mælinga á svefni. Þannig virtust þeir sem svöruðu í spurningalista að þeir svæfu nægilega mikið einnig sofa að meðaltali lengur samkvæmt hröðunarmæli en þeir sem sögðust sofa minna. Þrátt fyrir að svefndagbækur hafi verið gagnrýndar fyrir ónákvæmni í mælingum,[18] virðist huglægt mat unglinganna á því hvort þeir sofi nóg haldast í hendur við mælda svefnlengd þrátt fyrir að svefnlengdin nái ekki endilega viðmiðum um ráðlagða svefnlengd.

Einungis 11,3% þátttakenda uppfylltu viðmið fyrir hvort tveggja, ráðleggingar um hvíldartíma (≥8 klst/nótt) og hreyfiviðmið (≥60 mín/dag) að meðaltali yfir vikuna. Þeir sem ná viðmiðum um daglega hreyfingu, sofa ekki endilega meira en þeir sem ekki ná þeim viðmiðum. Rannsóknir þar sem gögn fyrir bæði hreyfingu og svefn eru fengin með huglægu mati og einnig þar sem hlutlægar mælingar eru notaðar fyrir báðar breytur hafa bent til þess að aukin hreyfing hafi jákvæð áhrif á svefn.[10] Þegar bornar eru saman hlutlægar og huglægar mælingar á svefnlengd unglinga virðast þær huglægu ofmeta svefnlengd.[18] Því er nauðsynlegt að kanna betur tengsl hreyfingar og svefns mældum með hlutlægum mælingum. Bandarísku svefnsamtökin mæla með reglulegri hreyfingu til að bæta svefn[29] þrátt fyrir að rannsóknir meðal barna og unglinga sýni fram á mismunandi tengsl milli svefns og hreyfingar.[11,30,31] Þá geta mismunandi mæliaðferðir milli rannsókna, árstíðir og aldur mögulega útskýrt mismunandi niðurstöður á tengslum hreyfingar og svefns.

Styrkleikar og takmarkanir

Þetta er fyrsta íslenska rannsóknin sem skoðar bæði hreyfingu og svefn ungmenna með hlutlægum mælingum. Gott þátttökuhlutfall fékkst við gagnasöfnun en alls tóku 315 nemendur þátt eða 76,6% þeirra sem boðin var þátttaka í rannsókninni. Þó höfðu einungis 266 einstaklingar gild gögn sem má skýra með lágmarkskröfum um gild gögn úr hröðunarmælum eða 14 klukkustundir á dag, þrjá skóladaga og einn frídag. Hröðunarmælar gefa nákvæmar upplýsingar um svefn og hreyfingu hjá ungmennum í sínu náttúrulega umhverfi. Þrátt fyrir aukin gæði í svefnmælingum og áreiðanleika Actigraphy-hröðunarmælanna gera mælarnir illa greinarmun á svefni og vöku þegar við liggjum fullkomlega kyrr í lengri tíma.[17] Þetta gæti verið skýring þess að daglúrar greindust aðeins hjá 15 einstaklingum en alls greindust 19 daglúrar, þar af mældist einn einstaklingur með 5 daglúra. Þegar bera á niðurstöður fyrir mælingar á svefni og hreyfingu með hröðunarmælum saman við almennar ráðleggingar um svefn og hreyfingu eru viðmiðunargildi fyrir hlutlægar mælingar af skornum skammti þar sem viðmiðin hafa í gegnum tíðina verið þróuð með huglægum mælingum eins og spurningalistum.

Þar sem rannsóknin fór fram að vori hjá nemendum 10. bekkjar er ekki hægt að útiloka að dagsbirta, veðurfar, álag og starf í skóla geti haft áhrif á svefnlengd, hvíldartíma og hreyfingu miðað við aðra árstíma. Þá er hugsanlegt að þátttaka í rannsókninni og það að bera hreyfimæli hafi haft áhrif á svefn- og hreyfivenjur þátttakenda. Að auki kunna aðrir þættir eins og andleg líðan, skjánotkun, neysla orkudrykkja og tímasetningar íþróttaæfinga að hafa haft áhrif á niðurstöðurnar.

Ályktun

Lífsstíll íslenskra ungmenna virðist ekki endurspegla viðmið opinberra aðila um daglega hreyfingu og svefn. Aðeins um helmingur ungmenna í þessari rannsókn náði viðmiðum um ráðlagða hreyfingu samkvæmt niðurstöðum spurningalista. Fá ungmenni náðu viðmiðum um ráðlagðan svefntíma og enn færri uppfylltu bæði viðmið um hreyfingu og svefn.

Þakkir

Rannsóknarhópurinn vill þakka ungmennunum sem tóku þátt í rannsókninni. Einnig þökkum við starfsfólki þátttökuskólanna sem veitti okkur mikla aðstoð og góða aðstöðu til mælinga. Þá viljum við þakka Rannís fyrir fjárhagslegan stuðning.

Heimildir

1. Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR, Wells JC. Adolescent physical activity and health: a systematic review. Sports Med 2006; 36: 1019-30.
2. WHO. Global recommendations on physical activity for health. 2010.
3. Magnússon KÞ, Arngrímsson SÁ, Sveinsson Þ, Jóhannsson E. Líkamshreyfing 9-15 ára íslenskra barna í ljósi lýðheilsumarkmiða. Læknablaðið 2011; 97: 75-81.
4. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. Sleep Health 2015; 1: 233-43.
5. Millman R, Working Group on Sleepiness in Adolescents/Young Adults; AAP Committee on Adolescence. Excessive sleepiness in adolescents and young adults: causes, consequences, and treatment strategies. Pediatrics 2005; 115: 1774-86.
6. Thorleifsdottir B, Bjornsson JK, Benediktsdottir B, Gislason T, Kristbjarnarson H. Sleep and sleep habits from childhood to young adulthood over a 10-year period. J Psychosom Res 2002; 53: 529-37.
7. Rognvaldsdottir V, Gudmundsdottir SL, Brychta RJ, Hrafnkelsdottir SM, Gestsdottir S, Arngrimsson SA, et al. Sleep deficiency on school days in Icelandic youth, as assessed by wrist accelerometry. Sleep Med 2017; 33: 103-8.
8. National Sleep F. 2011 Sleep in America Poll communications Technology in the Bedroom: National Sleep foundation; 2011. https://sleepfoundation.org/sites/default/files/sleepinamericapoll/SIAP_2011_Summary_of_Findings.pdf - nóvember 2017.
9. Youngstedt SD, Kline CE. Epidemiology of exercise and sleep. Sleep Biol Rhythms 2006; 4: 215-21.
10. Lang C, Kalak N, Brand S, Holsboer-Trachsler E, Puhse U, Gerber M. The relationship between physical activity and sleep from mid adolescence to early adulthood. A systematic review of methodological approaches and meta-analysis. Sleep Med Rev 2015; 28: 28-41.
11. Stone MR, Stevens D, Faulkner GE. Maintaining recommended sleep throughout the week is associated with increased physical activity in children. Prev Med 2013; 56: 112-7.
12. Saunders TJ, Gray CE, Poitras VJ, Chaput JP, Janssen I, Katzmarzyk PT, et al. Combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep: relationships with health indicators in school-aged children and youth. Appl Physiol Nutr Metab 2016; 41(6 Suppl 3): S283-93.
13. Weiss AR, Johnson NL, Berger NA, Redline S. Validity of activity-based devices to estimate sleep. J Clin Sleep Med 2010; 6: 336-42.
14. Pulakka A, Cheung YB, Ashorn U, Penpraze V, Maleta K, Phuka JC, et al. Feasibility and validity of the ActiGraph GT3X accelerometer in measuring physical activity of Malawian toddlers. Acta Paediatr 2013; 102: 1192-8.
15. O'Neil ME, Fragala-Pinkham MA, Forman JL, Trost SG. Measuring reliability and validity of the ActiGraph GT3X accelerometer for children with cerebral palsy: a feasibility study. J Pediatr Rehabil Med 2014; 7: 233-40.
16. Sadeh A, Sharkey KM, Carskadon MA. Activity-based sleep-wake identification: an empirical test of methodological issues. Sleep 1994; 17: 201-7.
17. Slater JA, Botsis T, Walsh J, King S, Straker LM, Eastwood PR. Assessing sleep using hip and wrist actigraphy. Sleep Biol Rhythms 2015; 13: 172-80.
18. Arora T, Broglia E, Pushpakumar D, Lodhi T, Taheri S. An investigation into the strength of the association and agreement levels between subjective and objective sleep duration in adolescents. PLoS One 2013; 8: e72406.
19. Zinkhan M, Berger K, Hense S, Nagel M, Obst A, Koch B, et al. Agreement of different methods for assessing sleep characteristics: a comparison of two actigraphs, wrist and hip placement, and self-report with polysomnography. Sleep Med 2014; 15: 1107-14.
20. Dumith SC, Gigante DP, Domingues MR, Kohl HW, 3rd. Physical activity change during adolescence: a systematic review and a pooled analysis. Int J Epidemiol 2011; 40: 685-98.
21. Ortega FB, Konstabel K, Pasquali E, Ruiz JR, Hurtig-Wennlof A, Maestu J, et al. Objectively measured physical activity and sedentary time during childhood, adolescence and young adulthood: a cohort study. PLoS One 2013; 8: e60871.
22. Rich C, Griffiths LJ, Dezateux C. Seasonal variation in accelerometer-determined sedentary behaviour and physical activity in children: a review. Int J Behav Nutr Phys Act 2012; 9: 49.
23. Gradisar M, Gardner G, Dohnt H. Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence: a review and meta-analysis of age, region, and sleep. Sleep Med 2011; 12: 110-8.
24. Shrivastava D, Jung S, Saadat M, Sirohi R, Crewson K. How to interpret the results of a sleep study. J Community Hosp Intern Med Perspect 2014; 4: 24983.
25. Nixon GM, Thompson JMD, Han DY, Becroft DM, Clark PM, Robinson E, et al. Short Sleep Duration in Middle Childhood: Risk Factors and Consequences. Sleep 2008; 31: 71-8.
26. Kristbjarnarson H, Magnusson H, Sverrisson G, Arnarson E, Helgason T. Könnun á svefnvenjum Íslendinga. Læknablaðið 1985; 71: 193-8.
27. Tsai L-L, Li S-P. Sleep patterns in college students: Gender and grade differences. J Psychosom Res 2004; 56: 231-7.
28. Olds T, Blunden S, Petkov J, Forchino F. The relationships between sex, age, geography and time in bed in adolescents: a meta-analysis of data from 23 countries. Sleep Med Rev 2010; 14: 371-8.
29. National Heart L, and Blood Institute. How much sleep do we really need? 2012 . http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/sdd/howmuch.html - nóvember 2017.
30. Ortega FB, Ruiz JR, Labayen I, Kwak L, Harro J, Oja L, et al. Sleep duration and activity levels in Estonian and Swedish children and adolescents. Eur J Appl Physiol 2011; 111: 2615-23.
31. Olds TS, Maher CA, Matricciani L. Sleep duration or bedtime? Exploring the relationship between sleep habits and weight status and activity patterns. Sleep 2011; 34: 1299-307.

ENGLISH SUMMARY

Physical activity and sleep in Icelandic adolescents

Vaka Rögnvaldsdóttir[1], Berglind M. Valdimarsdóttir[1], Robert J. Brychta[2], Soffía M. Hrafnkelsdóttir[1], Sigurbjörn Á. Arngrímsson[1], Erlingur Jóhannsson[1, 3], Kong Y. Chen[2], Sigríður L. Guðmundsdóttir[1]

Introduction: Physical activity and sleep are major determinants of overall health. According to international recommendations, adolescents should engage in moderate to vigorous physical activity for at least 60 min each day and sleep eight to ten hours each night. The association between physical activity and sleep in adolescents is not well known. The aim of the study was to estimate a) the proportion of Icelandic adolescents that achieves recommended physical activity and sleep, b) if there is an association between physical activity and sleep patterns, and c) sex differences in physical activity and sleep.

Material and methods: A total of 411 adolescents from the 10th grade in six schools in Reykjavik were invited to participate in a cross-sectional study in the spring of 2015. Valid data was obtained from 106 boys and 160 girls. Objective and subjective measures of physical activity and sleep were made by wrist-worn accelerometers and a questionnaire.

Results: Almost half of the participants fulfilled the physical activity recommendations according to the questionnaire. Although 51.1% reported usually getting enough sleep, only 22.9% achieved the recommended sleep length according to objective assessment. No associations were observed between sleep and subjective physical activity. Girls had higher accelerometer-measured physical activity than boys on non-school days ($p<0.01$), but weekly averages were not different between sexes. Girls and boys did not differ in subjective or objective measures of sleep.

Conclusion: The behavior of Icelandic adolescents does not reflect recommended amount of sleep and physical activity. Only 22.9% obtained the recommended sleep length and just 11.3% fulfilled recommendations of both sleep and physical activity.

[1]Center of Sport and Health Sciences, University of Iceland, Reykjavik, Iceland, [2]Diabetes, Endocrinology, and Obesity Branch, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda Maryland, USA, [3]Department of Sport and Physical Activity, Bergen University College, Bergen, Norway.

Key words: *Physical activity, sleep, accelerometers, adolescents.*

Correspondence: Sigríður L. Guðmundsdóttir, *slg@hi.is*

Þetta er ein þeirra greina sem Læknablaðið kallaði eftir í tilefni 100 ára afmælis Læknafélags Íslands.

Læknar í verkfalli

Gylfi Dalmann Aðalsteinsson

dósent í mannauðsstjórnun við viðskiptadeild Háskóla Íslands

gylfidal@hi.is



Inngangur

Það er ekki algengt að læknar fari í verkfall en þegar það gerist verða gjarnan miklar umræður meðal fagfólks innan heilbrigðisgeirans og almennings meðal annars um siðferðilega réttlætingu verkfalls.[1] Frizelle[2] bendir á að á undanförnum tveimur áratugum hafa læknar í mörgum löndum farið í verkfall, til dæmis í Ástralíu, Belgíu, Kanada, Finnlandi, Frakklandi, Þýskalandi, Írlandi, Nýja Sjálandi, Bandaríkjunum og Bretlandi. Helstu ástæður verkfalla lækna má rekja til þátta eins og óánægju með laun, menntun og reynsla er ekki metin til launa, kröfur um breytingu á vinnutilhögun, vinnuaðstöðu, vinnutíma og launamyndun. Ennfremur skortur á stefnumótum í heilbrigðismálum, öryggismálum ábótavant, vinnuskilyrði ekki nægilega góð og stjórnsýslu innan heilbrigðiskerfisins áfátt. Ekki hafi verið hlustað á kröfur þeirra og ábendingar og læknar því þvingaðir til aðgerða og verkföll því í raun neyðar- eða lokaúrræði.[3] Í þessari grein verður rætt um fyrsta verkfall lækna hér á landi, einnig verður rætt um kjarabaráttu þá sem læknar stóðu í fyrir 100 árum síðan, á fyrsta starfsári Læknafélags Íslands.

Fræðileg umræða

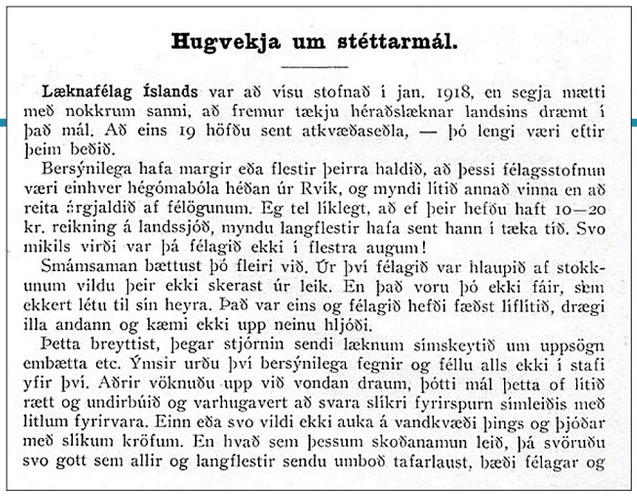
Ef verkfallskenningar eru skoðaðar með hliðsjón af hárri verkfallstíðni opinberra starfsmanna hér á landi eru þrjú atriði sem vert er að skoða. Í fyrsta lagi kenningar Hicks[4] um ófullnægjandi kjarasamningaferli með óskýrum og flóknum samningsmarkmiðum, í öðru lagi stofnanakenningar sem byggja á því að fyrirkomulag kjarasamningagerðar geti haft áhrif á verkfallstíðni. Í þriðja lagi hafa opinberir starfsmenn dregist aftur úr í launum samanborið við þá sem vinna sambærileg störf á almenna vinnumarkaðnum.[5]

Lítið hefur verið skrifað um læknaverkföll. Gerð var allsherjargreining á læknaverkföllum[6] með tilliti til þess hvort dánartíðni hafi aukist eða staðið í stað í kjölfar verkfalla lækna. Skoðuð voru 5 verkföll lækna víðsvegar um heiminn á árunum 1976-2003. Verkföllin stóðu frá 9 dögum upp í 17 vikur. Niðurstaðan var sú að dánartíðni stóð í stað eða jafnvel minnkaði meðan á verkfalli stóð samanborið við önnur tímabil. Nokkuð hefur verið skrifað um siðferðilega þætti varðandi verkföll lækna.[1,3,7] Verkfallsrétturinn er einn helgasti réttur launþega, verkfallsvopnið þrýstir á viðsemjendur að ganga til samninga, annars að eiga á hættu að starfsemi og þjónusta fari úr skorðum eða leggist niður.[5]

Samnings- og verkfallsréttur starfsmanna á almennum vinnumarkaði var lögfestur árið 1938 hér á landi þegar lög nr. 80/1938 um stéttarfélög og vinnudeilur voru samþykkt. Langt fram eftir 20. öldinni var staða opinberra starfsmanna talsvert frábrugðin stöðu launþega á almennum vinnumarkaði hvað samnings- og verkfallsrétt varðaði. Launakjör voru einhliða háð ákvörðun vinnuveitenda þar sem þau voru ákvörðuð með lögum eða úrskurði kjaradóms (nú kjararáðs). Þegar leið á 20. öldina urðu kröfur opinberra starfsmanna um samnings- og verkfallsrétt sífellt háværari og launarannsóknir sýndu að opinberir starfsmenn höfðu dregist verulega aftur úr öðrum launþegum í launum.[5,8,9,10] Aðrar reglur giltu um verkfallsrétt opinberra starfsmanna en á launþega á almennum vinnumarkaði. Verkföll voru bönnuð lengst framan af 20. öldinni en um skipulag og heimildir opinberra stéttarfélaga til verkfallsboðunar gilda lög nr. 94/1986, um kjarasamninga opinberra starfsmanna. Opinber stéttarfélög hafa heimild til verkfallsaðgerða í 14. gr. þessara laga. Aftur á móti gilda enn lög nr. 33/1915, um verkfall opinberra starfsmanna en samkvæmt 1. gr. þeirra laga sætir opinber starfsmaður sektum eða fangelsi allt að tveimur árum ef hann tekur þátt í verkfalli. Síðari málsliður 14. gr. laga nr. 94/1986 tilgreinir sérstaklega að ákvæði laga nr. 33/1915 nái ekki til þeirra sem heimilt er að efna til verkfalla samkvæmt lögum nr. 94/1986.

Bandalag starfsmanna ríkis og bæja (BSRB) öðlaðist samningsrétt gagnvart ríkinu með lögum nr. 55/1962. Opinberum starfsmönnum var þannig tryggður réttur til að semja um kjör sín en með ákveðnum takmörkunum. Ef samkomulag náðist ekki milli aðila skyldi kjaradómur úrskurða um kjör opinberra starfsmanna. BSRB fékk verkfallsheimild árið 1976, sbr. 18. gr. laga nr. 29/1976, en þessi verkfallsheimild var aðeins tengd gerð aðalkjarasamnings. Tekið var sérstaklega fram að rétturinn væri einungis í höndum heildarsamtakanna, BSRB, en ekki einstakra félaga. Árið 1986 var samnings- og verkfallsréttur færður til aðildarfélaganna með lögum um kjarasamninga opinberra starfsmanna (lög nr. 94/1986).[5,8,9,11] Til að lágmarka tjón og óþægindi vegna verkfalla starfsmanna í almannaþjónustu er reynt með undanþágulistum að halda grunnþjónustu gangandi, sbr. 5 tl. 1 mgr. 19. gr. l. nr. 94/1986. Þar segir að hin almenna verkfallsheimild nái ekki til þeirra sem starfa við nauðsynlegustu öryggisgæslu og heilbrigðisþjónustu. Þannig er verkfallsréttur lækna takmarkaður með lögum og á meðan verkfall lækna stendur eiga læknar einungis að sinna nauðsynlegustu heilbrigðisþjónustu og bráðatilvikum.[12]

Frá því að opinberir starfsmenn fengu verkfallsrétt hér á landi árið 1976 hafa verkföll meðal þeirra verið tíð. Fyrstu verkföll opinberra starfsmanna skullu á með miklum þunga árið 1977.



Hugvekja um stéttarmál.

Læknafélag Íslands var að vísu stofnað í jan. 1918, en segja mætti með nokkrum sanni, að fremur tækju héraðslæknar landsins dræmt í það mál. Að eins 19 höfðu sent atkvæðaseðla, — þó lengi væri eftir þeim beðið.

Bersýnilega hafa margir eða flestir þeirra haldið, að þessi félagsstofnun væri einhver hégómabóla héðan úr Rvík, og myndi lítið annað vinna en að reita árgjaldið af félögunum. Eg tel líklegt, að ef þeir hefðu haft 10—20 kr. reikning á landssjóð, myndu langflestir hafa sent hann í tæka tíð. Svo mikils virði var þá félagið ekki í flestra augum!

Smámsaman bættust þó fleiri við. Úr því félagið var hlaupið af stokkunum vildu þeir ekki skerast úr leik. En það voru þó ekki fáir, sem ekkert létu til sín heyra. Það var eins og félagið hefði fæðst líflítið, drægi illa andann og kæmi ekki upp neinu hljóði.

Þetta breyttist, þegar stjórnin sendi læknum símskeytið um uppsögn embætta etc. Ýmsir urðu því bersýnilega fegnir og féllu alls ekki í stafi yfir því. Aðrir vöknuðu upp við vondan draum, þótti mál þetta of lítið rætt og undirbúið og varhugavert að svara slíkri fyrirspurn símleiðis með litlum fyrirvara. Einn eða svo vildi ekki auka á vandkvæði þings og þjóðar með slíkum kröfum. En hvað sem þessum skoðanamun leið, þá svöruðu svo gott sem allir og langflestir sendu umboð tafarlaust, bæði félagar og

Grein eftir Guðmund Hannesson. Læknablaðið 1918; 4: 118-122.

Ef litið er til kjaradeilna opinberra starfsmanna síðustu fjóra áratugi hafa þær verið oft og tíðum langvinnar og harðvítugar. Kjarabarátta þeirra hefur í grunninn gengið út á samanburð við sambærilega hópa á almennum vinnumarkaði ásamt samanburði við aðra eða sambærilega hópa innan hins opinbera vinnumarkaðar. Það sem hefur einkennt kjaradeilur opinberra starfsmanna hér á landi er að það líður langur tími á milli kjarasamninga og þegar ákveðnir hópar opinberra starfsmanna fara af stað í sína kjarabaráttu hafa þeir dregist aftur úr öðrum hópum. Þetta var mjög áberandi í kjaradeilu ljósmæðra árið 2008 og læknaverkfallinu 2014.

Læknar í kjarabaráttu

Fljótlega eftir stofnun Læknafélags Íslands, þann 14. janúar 1918, fór að bera á kjarabaráttu lækna. Guðmundur Hannesson segir í *Læknablaðinu* í janúar 1918:

> „... í öllum menningarlöndum hafa læknar komið á fót föstum félagsskap og skipulagi sín á milli, og fleiri eða færri málgögnum til að ræða sín mál. [] Mitt í öllum harðindinum, þrátt fyrir alla dýrtíð og styrjöld, byrja nú íslenskir læknar árið með þessari félagsstofnun, víllausir og alls ósmeikir, til þess að búa betur í haginn fyrir komandi ár ..."[13]

H. Stefánsson skrifar í *Læknablaðið*[14] um stéttarmál og segir að það ætti ekki að vera ágreiningur um kröfur lækna um launakjör meðal þjóðar og þings:

> „Öll sanngirni virðist mæla með því, að þau séu ekki minni en sýslumannanna. Staða lækna er jafnvandasöm, ábyrgðarmikil og í alla staði ófrjálslegri en þeirra [] Við verðum að krefjast sómasamlegra launa, launa, sem hægt er að lifa af við áhyggjulitlu lífi, svo við getum gefið okkur alla við starfi okkar."

Á þessum tíma var ekki ljóst hvaða leið væri best að fara til að bæta kjör lækna. Guðmundur Hannesson sagði greiðslur fyrir læknisverk hér á landi langt „fyrir neðan allt það, sem sem dæmi eru til í nágrannalöndunum"[15] og gerir hann samanburð á kjörum norskra og íslenskra lækna. Dýrtíð og verðfall peninga á þessum tíma rýrði kjör lækna mjög mikið og tóku allmargir læknar upp á því að setja meira upp fyrir læknisverk en gjaldskráin kvað á um. Guðmundur benti á að við þetta yrði ekki unað og bráðra endurbóta þörf. „Lagaákvæðin eru svo ósanngjörn, að bæði læknar og alþýða hætta að skeyta um þau," ritaði Guðmundur.[15] Það voru skiptar skoðanir um það hvaða leið ætti að fara til að leiðrétta og bæta kjör lækna. Ein hugmynd var sú að koma á sama skipulagi hér og í útlöndum, að læknar ákveði sjálfir upphæð fyrir læknisverk. Rökin voru þau að launin væru þóknum fyrir störf í þágu lands og þjóðar eða eins og segir í *Læknablaðinu* „fyrir að líta eftir að heilbrigðislöggjöf landsins sé fylgt, fyrir ráðstafanir til þess að verja almenning sóttum og ekki síst fyrir að vera tjóðraðir hver í sínu horni, skyldugir til að láta siga sér, nótt sem nýtan dag, út í veður og vind."[15] Útfærslan yrði þá sú að stjórn Læknafélags Íslands, landlæknir og landsstjórn kæmi sér saman um taxtann. Læknar töldu hæpið að Alþingi myndi samþykkja þessa leið. Önnur hugmynd var sú að saminn yrði nýr taxti og hann lagður fyrir Alþingi en stjórn Læknafélags Íslands treysti sér ekki til að gera tillögu um nýjan taxta, slíkt væri mikið vandaverk. Læknastéttinni ætti að gefast kostur á að segja sitt álit á tillögunum og það var mat Læknafélags Íslands að óvíst væri hvort Alþingi hefði tekið þessar tillögur um taxtahækkun á dagskrá. Þriðja hugmyndin var að gera kröfu um dýrtíðaruppbót til bráðabrigða á öll læknisverk en halda töxtum óbreyttum. Læknafélag Íslands taldi þessa leið einfaldasta og fór þess á leit við landsstjórnina að hún legði fyrir Alþingi frumvarp „um hækkun á borgun fyrir öll læknisverk sem nemi því er peningar hafa fallið í verði frá 1914-1918".[15] Almenn samstaða var meðal lækna að fara þessa leið og bjuggust þeir við því að þetta yrði auðsótt mál. En raunin varð önnur. Landsstjórnin og fjárveitinganefnd studdi kröfu lækna en meirihluti neðri deildar Alþingis felldi tillögurnar með 15 atkvæðum á móti 10. Stjórn Læknafélags Íslands fjallaði um þessa ákvörðun Alþings. Benti stjórnin á að frá því að íslenskir læknar hófu störf hér á landi þá hafi alltaf verið gott samstarf milli þeirra og landsstjórnarinnar eða Alþingis. En læknum var nóg boðið og lesa má í maíhefti *Læknablaðsins* árið 1918 eftirfarandi:

> „En hvað hafa svo læknar lengst af fengið fyrir sitt erfiða starf? Þakklæti sjúklings en annars hundsbætur! [] En læknastéttin beygði sig með þögn og þolinmæði fyrir þingi og stjórn. Og héraðslæknarnir" dóu öreiga og útslitnir. Ekkjur þeirra og börn stóðu með tvær hendur tómar við fráfall þeirra. Og enn eru kjör lækna svo, að þeir færast undan svari, ef útlendingar spyrja um þau, til þess að gera ekki þjóðinni minkunn! [] Meirihluti neðri deildar telur lækna fullsæmda af því, að fá þriðjung af kaupi trésmiða og rúman þriðjung af kaupi algengra daglaunamanna."[16]

Viðbrögð lækna voru mjög hörð og einhugur og samstaða meðal lækna var mjög mikil. Fljótlega komu upp hugmyndir um að læknar myndu segja af sér embættum vegna þessa máls. Læknafélag Íslands spurði símleiðis héraðslækna hvort þeir myndu, ef til þess kæmi, segja embættum sínum lausum. Fimm læknar voru mótfallnir uppsögnum, 28 voru samþykkir. Tillögur lækna fóru

aftur fyrir Alþingi og var samþykkt að greiða læknum dýrtíðaruppbætur frá 1. júlí 1918.[17]

Læknar hafa nokkrum sinnum gripið til uppsagna í tengslum við baráttu um bætt kjör og starfsaðstöðu. Sem dæmi má nefna uppsagnir 31 sjúkrahúslæknis árið 1962[18] og árið 1966 þegar 19 læknar sögðu upp við Landspítalann og Kleppspítalann[19] og þegar 70 sjúkrahúslæknar sögðu upp árið 1972.[20] Rétt er að taka það fram að afstaða lækna gagnvart uppsögnum var sú að ekki væri um verkfallsaðgerð að ræða, heldur ákvarðanir einstaklinga. Í tilkynningu stjórnar Læknafélags Reykjavíkur vegna uppsagna lækna árið 1972 segir að þrátt fyrir þessa kjaradeilu sé ekki um verkfall að ræða.

> „Uppsagnir fela ekki í sér verkfall á neinn hátt og munu læknar fúsir að halda áfram störfum eftir að uppsagnir hafa tekið gildi, ef þess verður óskað en greiðslur munu þá fara eftir gjaldskrá Læknafélags Reykjavíkur. Starfsemi sjúkrahúsanna þarf því ekki að raskast vegna kjaradeilu þessarar."[21]

Fyrsta verkfall lækna

Fyrsta verkfall lækna hér á landi átti sér nokkurn aðdraganda. Mikil umræða hafði verið um stöðu heilbrigðismála hér á landi allt frá efnahagshruninu. Á aðalfundi Læknafélags Íslands 25. september 2014 var skorað á stjórnvöld að móta raunhæfa stefnu um íslenska heilbrigðiskerfið og tryggja fjármögnun þess. Læknar og félög þeirra höfðu oft og tíðum bent á lausnir til að bregðast við þeim vanda sem steðjaði að heilbrigðiskerfinu hér á landi.[22] Á sama aðalfundi var samþykkt að hefja undirbúning að stofnun verkfallssjóðs sem var ákveðin vísbending um að nota þyrfti verkfallsvopnið til að fá kröfum framgengt. Læknar voru mjög óánægðir með kjör sín, þeir höfðu dregist aftur úr öðrum háskólamenntuðum starfsmönnum í launum og brottflutningur lækna var staðreynd. Það vantaði hvata fyrir íslenska lækna starfandi erlendis til að koma heim. Á árunum 2009-2014 höfðu 330 læknar flutt frá Íslandi en 140 læknar flutt til landsins. Í ársbyrjun 2014 voru 110 færri læknar starfandi hér á landi en 2009.[23] Þorbjörn Jónsson, þáverandi formaður Læknafélags Íslands, benti á þá stöðu að Íslendingar gætu misst út heila kynslóð lækna.[24] Þann 1. febrúar 2014 voru kjarasamningar lækna lausir og hófu læknar strax að undirbúa kröfugerð sína. Á haustmánuðum 2014 var ljóst að það myndi stefna í verkfall lækna, í fyrsta skipti hér á landi. Árangurslausar samningaviðræður höfðu staðið yfir í 9 mánuði. Kjaradeilu lækna, það er Læknafélags Íslands og Skurðlæknafélags Íslands, var vísað til ríkissáttasemjara 18. og 20. júní 2014.

Forvígismenn lækna leituðu fljótlega til Gunnars Steins Pálssonar, almannatengils, til að vera læknum innan handar þegar kæmi að samskiptum við fjölmiðla og viðsemjendur.[25] Nokkuð hefur verið um að stéttarfélög leiti til utanaðkomandi ráðgjafa í vinnudeilum, slíkt gerðu ljósmæður í tengslum við verkfall sitt árið 2008. Kosið var um verkfallsboðun meðal félagsmanna í Læknafélagi Íslands og Skurðlæknafélagi Íslands í byrjun október 2014. Þátttaka í atkvæðagreiðslunni var 80%, 910 læknar voru á kjörskrá og sögðu 96,0% já, 2,1% nei og 1,9% skiluðu auðu. Sem dæmi má nefna var þátttaka breskra lækna vegna verkfallsboðunar þeirra árið 2012, 51% og sögðust 84% vera hlynntir verkfalli en 16% á móti verkfallsboðun. Þetta var í fyrsta sinn í 180 ára



70 sjúkrahúslæknar hafa sagt upp

Enginn sáttafundur frá 11. apríl — Læknar svara fjármálaráðherra í dag eða á morgun

Uppsagnir aðstoðarlækna og sérfræðinga á spítölunum halda stöðugt áfram að berast og höfðu 71 læknir sagt upp störfum sínum á Borgarspítalanum og ríkisspítölunum í morgun. Alls eru 110-120 slíkir læknar ráðnir á þessum spítölum, þannig að meirihluti þessara lækna hafa nú sagt upp störfum. Þeir, sem eftir eru, munu eflaust segja upp á næstu dögum, en heyrzt hefur, að læknar hafi dregið um það í hvaða röð þeir ættu að segja upp.

Enginn sáttafundur hefur verið haldinn með læknum og viðsemjendum þeirra frá 11. apríl, þegar sáttaviðræðurnar sigldu í strand. Litlar líkur virðast til þess, að árangursríkar viðræður eigi sér stað á milli deiluaðila á næstunni, þar sem harka virðist nú hlaupin í málin. Hætt er við að almenningsálitið hafi smúist nokkuð gegn læknum, eftir upplýsingar fjármálaráðherra á alþingi um kröfur þeirra. Læknar líta nokkuð stórt á sig og þykja erfiðir í samningaviðræðum vegna smákóngasjónarmiða og er líklegt að ófaganúið almenningsálit geri þá aðeins stífari í afstöðu sinni.

Vert er að gera þess sérstaklega að útgjaldaaukningin, sem mundi verða rúmar 100 milljónir, ef gengið yrði að öllum kröfum lækna, rynni ekki nema að hluta beint til lækna sjálfra. — Hinsvegar er hætt við, að útgjaldaaukningin fyrir ríkissjóð yrði mun meiri en þessar 100 milljónir, þar sem reikna má með , að aðrir læknar á hinum ýmsu spítölum fylgdu á eftir.

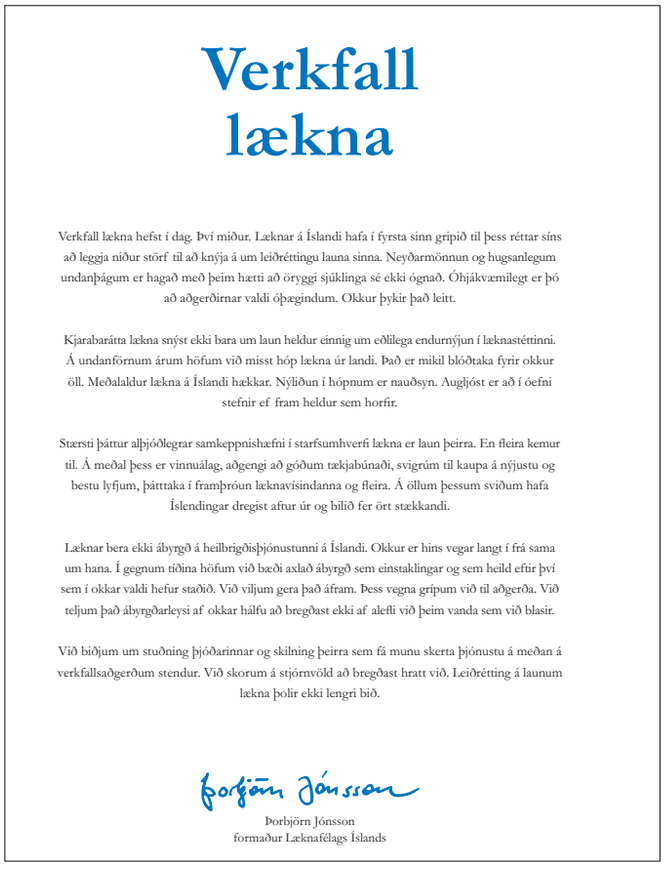
Læknafélag Reykjavíkur ætlar að senda út fréttatilkynningu í dag eða á morgun vegna umræðanna um kröfur þeirra á alþingi og upplýsingar, sem þar komu fram. — VJ

Vísir, 10. maí 1972.

sögu bresku læknasamtakanna (British Medical Association) að greidd voru atkvæði í allsherjaratkvæðagreiðslu um verkfall.[7]

Verkföll Skurðlæknafélags Íslands og Læknafélags Íslands hófust 27. október 2014 og lauk 7. og 8. janúar 2015. Verkfallið var skipulagt í lotum með nokkrum hléum á milli og áttu aðgerðir að standa fram í miðjan desember. Loturnar voru þrjár, 27. október til 6. nóvember, 10.-20. nóvember og 8.-11. desember. Verkfallsaðgerðir stóðu yfir í tæpar 11 vikur og voru haldnir yfir 80 samningafundir hjá samninganefndum þessara félaga.[26] Sama dag og verkfall lækna hófst birtist í dagblöðum heilsíðutilkynning frá Læknafélagi Íslands, undirrituð af Þorbirni Jónssyni, þáverandi formanni Læknafélags Íslands.

Í tilkynningunni kemur fram að læknum finnst miður að fara í verkfall til að knýja á um bætt kjör, en neyðarmönnun og undanþágur tryggi það að öryggi sjúklinga verði ekki ógnað en óhjákvæmlegt er að einhverjir verði fyrir óþægindum. Einnig er farið yfir kröfur lækna, starfsaðstöðu þeirra, nýliðun og að heilbrigðisþjónusta á Íslandi sé ekki á ábyrgð lækna en þeim sé alls ekki sama um hana. Að endingu er beðið um stuðning þjóðar-



Verkfall lækna

Verkfall lækna hefst í dag. Því miður. Læknar á Íslandi hafa í fyrsta sinn gripið til þess réttar síns að leggja niður störf til að knýja á um leiðréttingu launa sinna. Neyðarmönnun og hugsanlegum undanþágum er hagað með þeim hætti að öryggi sjúklinga sé ekki ógnað. Óhjákvæmilegt er þó að aðgerðirnar valdi óþægindum. Okkur þykir það leitt.

Kjarabarátta lækna snýst ekki bara um laun heldur einnig um eðlilega endurnýjun í læknastéttinni. Á undanförnum árum höfum við misst hóp lækna úr landi. Það er mikil blóðtaka fyrir okkur öll. Meðalaldur lækna á Íslandi hækkar. Nýliðun í hópnum er nauðsyn. Augljóst er að í óefni stefnir ef fram heldur sem horfir.

Stærsti þáttur alþjóðlegrar samkeppnishæfni í starfsumhverfi lækna er laun þeirra. En fleira kemur til. Á meðal þess er vinnuálag, aðgengi að góðum tækjabúnaði, svigrúm til kaupa á nýjustu og bestu lyfjum, þátttaka í framþróun læknavísindanna og fleira. Á öllum þessum sviðum hafa Íslendingar dregist aftur úr og bilið fer ört stækkandi.

Læknar bera ekki ábyrgð á heilbrigðisþjónustunni á Íslandi. Okkur er hins vegar langt í frá sama um hana. Í gegnum tíðina höfum við bæði axlað ábyrgð sem einstaklingar og sem heild eftir því sem í okkar valdi hefur staðið. Við viljum gera það áfram. Þess vegna grípum við til aðgerða. Við teljum það ábyrgðarleysi af okkar hálfu að bregðast ekki af alefli við þeim vanda sem við blasir.

Við biðjum um stuðning þjóðarinnar og skilning þeirra sem fá munu skerta þjónustu á meðan á verkfallsaðgerðum stendur. Við skorum á stjórnvöld að bregðast hratt við. Leiðréttingá launum lækna þolir ekki lengri bið.

Þorbjörn Jónsson

Þorbjörn Jónsson
formaður Læknafélags Íslands

Úr Fréttablaðinu, 27. október 2014.

innar og skilning þeirra sem munu fá skerta þjónustu og skorað á stjórnvöld að bregðast hratt við. Mikill samhugur og samstaða var meðal lækna og nutu þeir mikils stuðnings meðal almennings. Capacent gerði skoðanakönnun dagana 13.-20. nóvember, þegar verkfallið stóð sem hæst. Spurt var hvort viðkomandi styddi kjarabaráttu lækna eða ekki, 85% kvenna studdu kjarabaráttuna á móti 71% karla. Stuðningur var mikill á höfuðborgarsvæðinu, eða 85% á móti 72% stuðningi íbúa á landsbyggðinni.[27]

Fljótlega fór að bera á kröfum þess efnis að Alþingi myndi grípa inn í verkfall lækna með lagasetningu. Lög höfðu verið sett á verkfall Félags íslenskra atvinnuflugmanna sem störfuðu hjá Icelandair Group þann 15. maí 2014 og þann 2. apríl 2014 hjá félagsmönnum Sjómannafélags Ísands sem störfuðu hjá Herjólfi. Löggjafinn hafði oft gripið til lagasetningar vegna verkfalla, eða alls 15 sinnum á árunum 1985-2016, þar af 5 sinnum frá árinu 2010.[11] Ástæðum lagasetningar vegna vinnudeilna má skipta í þrennt. Í fyrsta lagi hafa lög verið sett ef efnahagslegt vægi þjóðarbúsins og stöðugleiki á vinnumarkaði eru í húfi, í öðru lagi ef heildarhagsmunir atvinnugreinar eru í húfi og í þriðja lagi ef lögmælt verkefni og framkvæmd þeirra hjá hinu opinbera eru í húfi. Loks hefur löggjafinn talið heimilt að skerða verkfallsrétt ef það þjónar ákveðnum almannahagsmunum eða almannaheill er í húfi. Þáverandi heilbrigðisráðherra Kristján Þór Júlíusson sagði að það kæmi ekki til greina að setja lög á verkfall lækna, það yrði að láta reyna á samningsviljann.[28]

Eins og áður sagði áttu lotuverkföllin að standa fram undir miðjan desember 2014 og þegar lítið þokaðist í samningsátt samþykktu 98% lækna í atkvæðagreiðslu, í byrjun desember 2014, að ráðast í harðari verkfallsaðgerðir sem hefjast áttu 5. janúar 2015. Helsta breytingin varðandi framkvæmd verkfallanna var sú að hver eining átti að fara í fjögurra daga verkfall þar sem engar verkfallslausar vikur væru inn á milli.[29] Þann 7. og 8. janúar 2015 náðust loks samningar, 11 vikna verkfalli Skurðlæknafélags Íslands og Læknafélags Íslands sem hófst 27. október 2014 var lokið. Haldnir voru yfir 80 samningafundir hjá samninganefndum þessara félaga.[26] Kjarasamningurinn var til þriggja ára, hann var afturvirkur til 1. júní 2014. Samningurinn var samþykktur með miklum meirihluta, eða 91,1% þeirra 734 lækna sem greiddu atkvæði.[30,31] Samningurinn gilti til 30. apríl 2017. Þann 6. júní 2017 var undirritaður kjarasamningur sem var samþykktur þann 19. júní. Á kjörskrá voru 926 félagsmenn, þátttaka var 56,6%. Já sögðu 341, eða 65,1%, nei sögðu 164, eða 31,3%, 19, eða 3,6%, skiluðu auðu. Samningurinn gildir til 28. febrúar 2019.[32]

Verkfallið hafði mikil áhrif á starfsemi heilbrigðisstofnana, fresta þurfti 983 skurðaðgerðum, 108 hjartaþræðingum, 1599 myndgreiningum, 4413 dag- og göngudeildarkomum og 725 öðrum aðgerðum var frestað. Ekkert alvarlegt atvik var skráð sem rekja mátti til verkfallsins.[33] Samhliða undirritun kjarasamninganna, þann 8. janúar 2015, rituðu forsætisráðherra, fjármála- og efnahagsráðherra, heilbrigðisráðherra, formaður Læknafélags Íslands og varaformaður Skurðlæknafélags Íslands undir yfirlýsingu í 8 liðum. Þar er meðal annars fjallað um leiðir til að skapa heilbrigðisstarfsmönnum betri starfsskilyrði, aukið samráð verði haft við lækna varðandi stefnumótun og nýtingu fjármagns og lögð áhersla á byggingu nýs Landspítala. Ennfremur að laun, vinnuálag og vaktafyrirkomulag lækna verði samkeppnishæf og færð nær því sem þekkist á hinum Norðurlöndunum.[34]

Lokaorð

Það er margt sem hægt er að læra af læknaverkfallinu og verkföllum opinberra starfsmanna almennt. Bregðast þarf við gagnrýni opinberra stéttarfélaga í þá veru að samninganefndir ríkisins hafi ekki nægilega skýrt samningsumboð. Samninganefndir stéttarfélaga hafa líkt samningaviðræðum við störukeppni og lítill árangur verið af samningaviðræðum. Níu mánaða samningaviðræður lækna við viðsemjendur þar sem voru haldnir yfir 80 formlegir samningafundir segja allt sem segja þarf. Tryggja þarf opinberum starfsmönnum það launaskrið sem á sér stað á gildistíma kjarasamnings en opinberir starfsmenn hafa í kröfum sínum bent ítrekað á að þeir hafi dregist aftur úr í launum, annars vegar í innbyrðis samanburði háskólamenntaðra ríkisstarfsmanna og hins vegar í samanburði við sambærilega hópa á hinum almenna vinnumarkaði. Auka þarf dreifstýringu í launasetningu. Veita þarf opinberum starfsmönnum í ríkara mæli aðgang að samráðskerfinu, það er að ríkisvaldið bjóði fram ákveðnar lausnir til að liðka fyrir gerð kjarasamninga. Samkomulag stjórnvalda og lækna sem undirritað var samhliða kjarasamningum 2015 er spor í þá átt.

Heimildir

1. Thompson SL, Salmon JW. Strikes by physicians: A historical perspective toward an ethical evaluation. Int J Health Serv 2006; 36: 331-54.
2. Frizelle F. Is it ethical for doctors to strike? N Zealand Med J 2006; 119: 6-8.
3. Aacharya RP, Varghese S. Medical Doctors' Strike: An Ethical Overview with Reference to the Indian Context. J Clin Res Bioethics 2016; 7: 272.
4. Hicks J. The theory of wages. St. Martin´s Press, New York 1966.
5. Aðalsteinsson GD. Verkföll opinberra starfsmanna á Íslandi. Stjórnmál og stjórnsýsla 2015; 11: 247-68.
6. Cunningham SA, Mitchell K, Narayan KM, Yusuf S. Doctors' strikes and mortality: a review. Soc Sci Med 2008; 67: 1784-8.
7. Park JJ, Murray SA. Should doctors strike? J Med Ethics 2014; 40: 341-2.
8. Aðalsteinsson GD. Um verkfallshneigð opinberra starfsmanna. Rannsóknir í félagsvísindum VI. Viðskipta- og hagfræðideild. Ritstj: Ingjaldur Hannibalsson. Félagsvísindastofnun, Reykjavík 2005: 189-99.
9. Aðalsteinsson GD. Vinnulöggjöfin (lög nr. 80/1938) í 70 ár. Stjórnmál og stjórnsýsla veftímarit 2008; 4: 181-204.
10. Olgeirsson FG. Saga Bandalags háskólamanna 1958-2008. BHM, Reykjavík 2008.
11. Friðriksson F, Aðalsteinsson GD. Lög á verkföll 1985-2010: Um forsendur lagasetningar. Stjórnmál og stjórnsýsla 2010; 6: 151-83.
12. Pálsdóttir D. Verkfall lækna. Læknablaðið 2014; 100: 621.
13. Hannesson G. Læknafélag Íslands. Læknablaðið 1918; 4: 2.
14. Stefánsson H. Stéttarmál. Læknablaðið 1918; 4: 22-4.
15. Hannesson G. Læknafélag Íslands. Læknablaðið 1918; 4: 56-8.
16. Stjórn Læknafélags Íslands. Sómastrik Alþingis. Hverju svarar læknastéttin? Læknablaðið 1918; 4: 65-7.
17. Bjarnhéðinsson S. Pílagrímsför læknamálsins á Alþingi 1918. Læknablaðið 1918; 4: 107-8.
18. Læknar hætta störfum á sjúkrahúsum. Morgunblaðið 1962, 1. nóvember: 1.
19. Öngþveiti í læknamálum Landspítalans. Þjóðviljinn 1966, 5. apríl: 1.
20. 70 sjúkrahúslæknar hafa sagt upp. Vísir 1972, 10. maí: 1.
21. Uppsagnir en ekki verkfall. Alþýðublaðið 1972, 20. maí: 6.
22. Stjórnvöld móti stefnu fyrir lok árs. Mbl.is 2013, 12. október. mbl.is/frettir/innlent/2013/10/12/stjornvold_moti_stefnu_fyrir_lok_ars/ - janúar 2018.
23. Líðlega 110 færri læknar en 2009. Mbl.is 2014, 18. október. mbl.is/frettir/innlent/2014/10/18/lidlega_110_faerri_laeknar_en_2009/ - janúar 2018.
24. Læknar stofna verkfallssjóð. Mbl.is 2013, 16. október. mbl.is/frettir/innlent/2013/10/16/laeknar_stofna_verkfallssjod/ - janúar 2018.
25 Sigurjónsson H. „Stórt skref til bættra kjara íslenskra lækna." Læknablaðið 2015; 101: 102-3.
26. Ríkissáttasemjari. Ársskýrsla ríkissáttasemjara. Reykjavík 2014.
27. Ísleifsson A. Mikill meirihluti styður kjarabaráttu lækna. Vísir.is 2014, 1. desember. visir.is/g/2014141209914/mikill-meirihluti-stydur-kjarabarattu-laekna - janúar 2018.
28. Vill ekki láta setja lög á verkfall lækna. Rúv.is 2014, 28. október. ruv.is/frett/vill-ekki-lata-setja-log-a-verkfall-laekna - janúar 2018.
29. Harðari aðgerðir á nýju ári. Mbl.is 2014, 13. desember. mbl.is/frettir/innlent/2014/12/13/hardari_adgerdir_a_nyju_ari/ - janúar 2018.
30. Læknar samþykktu nýjan kjarasamning. Vísir.is 2015, 17. janúar. visir.is/g/2015150119160 - janúar 2018.
31. Ritstjórn Kjarnans. Yfir 90 prósent lækna samþykktu nýjan kjarasamning. Kjarninn.is 2015, 10. janúar. kjarninn.is/frettir/yfir-90-prosent-laekna-samthykktu-nyjan-kjarasamning/ - janúar 2018.
32. Gunnarsson JA. Nýr kjarasamningur lækna samþykktur. Kjarninn.is 2017, 10. júlí. kjarninn.is/frettir/2017-07-10-nyr-kjarasamningur-laekna-samthykktur/ - janúar 2018
33. Embætti landlæknis. Áhrif verkfalls lækna frá október 2014 til janúar 2015. Embætti landlæknis, Reykjavík 2015.
34. Stjórnarráð Íslands. Yfirlýsing forsætisráðherra, fjármála- og efnahagsráðherra, heilbrigðisráðherra, Læknafélags Íslands og Skurðlæknafélags Íslands í tengslum við gerð kjarasamninga lækna. Stjórnarráð Íslands, Reykjavík 2015.

Læknafélag Íslands 100 ára

Ávarp formanns á afmælishátíð í Eldborg 15. janúar 2018

Reynir Arngrímsson

erfðalæknir
formaður Læknafélags Íslands
reynir@lis.is

Forseti Íslands, Guðni Th. Jóhannesson, ágætu læknar og kollegar!

Fyrir hundrað árum, þann 14. janúar 1918, stofnuðu 39 læknar Læknafélag Íslands. Við minnumst þeirra með djúpri virðingu og þakklæti í dag og allra okkar góðu félaga sem á undan okkur hafa helgað starfsævi sína lækningum á Íslandi.

Okkar síunga félag hefur vaxið og dafnað. Í dag eru 1318 félagar í LÍ og í öldungadeild félagsins eru 287 félagsmenn.

Það er ánægjulegt að sjá hversu margir úr okkar röðum eru hér og margir aðrir góðir gestir. Ég býð ykkur hjartanlega velkomin. Sérstaklega vil ég þakka forseta Íslands þann heiður sem hann sýnir okkur í dag.

Saga lækna og lækninga á Íslandi er löng og heimildir ná aftur til miðalda. Við minnumst stoltir Hrafns Sveinbjarnarsonar og Snorra goða sem þekktir voru meðal annars af lækningum sínum. Virðing fyrir sögu okkar skiptir miklu máli. Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar er einn af sterkustu meiðum samtaka okkar lækna.

Á Stofnun Árna Magnússonar eru varðveitt forn íslensk lækningahandrit, sem við ættum ef til vill að leggja meira af mörkum til kynningar á.

Í upphafi handrits frá 13. eða 14. öld er sagt frá tilurð þess á eftirfarandi hátt.

„Maður hét Hippokrates, hann var spakastur lækna. Hann bauð vildarvini sínum á andlátsdegi sínum að hann skyldi leggja undir höfuð sér í gröf hans allar virktar bækur, hans leyndarlækningar væru um. Miklu síðar kom þar keisari gangandi og sá á gröf hans að þar lá hinn spakasti læknir er verið hafði og hugði hann þar fé mikið vera í gröf þeirri og bauð mönnum sínum að rannsaka gröf þá. En þeir fundu ekki annað í henni en leyndarlæknisbækur hans.“

Þessi formáli sveipar handritið ákveðinni dulúð og má vera að svo sé enn um störf lækna. En með þessari tengingu er einnig verið að auka á trúverðugleikann og uppruni spekinnar sannaður.[1] En líka að dýrmætasta eign sérhvers læknis er þekking hans og lærdómur.

■■■

Læknar hafa frá örófi alda lagt áherslu á samstöðu, mannkosti og dyggðir sem hafa mótað samskipti þeirra á milli og við skjólstæðinga þeirra. Þagmælska og miskunnsemi hafa verið einkennandi fyrir læknastéttina.

Allir þeir sem hafa þurft á aðhlynningu læknis að halda hafa getað treyst á þagnareið lækna.

Ein af fyrstu skyldum lækna er að gæta að því að enginn skaði hljótist af verkum þeirra og ákvörðunum. Primum no nocere. Læknar eiga ætíð að gæta varúðar við störf sín og sýna hófsemi í ákvörðunum og meðferð.

■■■

Heimildir sýna að stofnun Læknafélags Íslands átti sér nokkurn aðdraganda. Fyrir áeggjan margra lækna og mikinn áhuga landlæknis dr. J. Jónassen var fyrsti fundur starfandi lækna hér á landi haldinn 1896. Samtals 12 læknar mættu til fundarins. Meðal mála sem rædd voru, var stofnun íslensks læknafélags.

Á næsta læknafundi sem haldinn var þremur árum seinna munu þeir 9 læknar sem þar voru saman komnir hafa stofnað Hið íslenzka læknafélag. Þeir samþykktu lög fyrir félagið og reglur um bróðurlega samvinnu milli lækna (*Codex ethicus*).

Tilgangur félagsins skyldi vera að efla samlyndi og bróðerni, samvinnu og persónulega viðkynningu milli íslenskra lækna, að annast öll sameiginleg áhugamál læknastéttarinnar, halda uppi heiðri hennar í öllu og vernda íslenska læknareynslu frá gleymsku.

Félagið skyldi jafnframt sjá um að haldnir væru læknafundir eigi sjaldnar en annað hvert ár og gefa út alþýðlegt tímarit um heilbrigðismál. Félagið mun hafa orðið lítið annað en nafnið og ókleift reyndist að halda læknafundi.[2]

Svo virðist sem læknar á Austurlandi og Norðurlandi hafi gert tilraunir til félagsstofnunar kringum aldamótin 1900. Stofnfundur austfirskra lækna mun hafa verið haldinn á Seyðisfirði 16. ágúst 1894. Félagið hélt árlega fundi í nokkur ár í lok 19. aldar en virðist síðan hafa liðið undir lok.[3]

Guðmundur Hannesson, fyrsti formaður Læknafélags Íslands, var kringum aldamótin 1900 héraðslæknir á Akureyri. Hann beitti sér í félagsmálum nyrðra og hélt læknafund á Akureyri vorið 1902 þar sem meðal annars átti að ræða „organisation“ lækna fyrir norðan og austan.

Amtmaður vildi ekki gefa nema öðrum hverjum lækni fararleyfi og varð að ná samkomulagi um það hverjir ættu að sitja heima og hverjir að fara. Niðurstaðan varð sú að einungis tveir læknar mættu til fundarins.

Næsti læknafundur er ekki haldinn fyrr 11 árum síðar, eða 1909, og er sá fundur ekki almennur læknafundur fyrir land allt, heldur fundur meðal lækna í Reykjavík til þess að ræða afstöðu læknanna gagnvart Sjúkrasamlagi Reykjavíkur og úr verður stofnun LR það sama ár.[4]

■■■

Guðmundur Hannesson, sem að öðrum ólöstuðum, telst helsti forystumaður stofnunar Læknafélags Íslands, tiltók fjölmörg rök fyrir því af hverju skynsamlegt væri að stofna læknafélag:



Forsetinn, Guðni Th. Jóhannesson, mættur til leiks í Hörpu til að ávarpa hið hundrað ára gamla Læknafélag Íslands. Reynir Arngrímsson formaður og Sólveig Jóhannsdóttir framkvæmdastjóri bjóða hann velkominn.

Má þar nefna í fyrsta lagi nauðsyn á samvinnu lækna til að hrinda heilbrigðismálum þjóðarinnar áleiðis og auka þekkingu á þeim, og í öðru lagi hagsmunamál læknastéttarinnar, bæði því að læknar geti staðið sem best í stöðu sinni og að þeir fái sómasamleg laun fyrir starf sitt.

Læknar lifi víða við svo aumleg kjör að vart megi lífvænlegt heita, svo aumleg að illmögulegt sé að fylgjast með í fræðigreininni og óvíst sé að Alþingi fáist til að bæta kjörin að nokkru ráði. Þetta myndi horfa öðru vísi við ef öll læknastéttin stæði sem einn maður.

■■■

Í grein sem Guðmundur ritar 1916 segir hann:[5]

„Vér þurfum að „o r g a n i s e r a“ læknastéttina hér á landi og síðan starfa samhentir bæði að ýmsum þjóðþrifum og hagsmunamálum stéttar vorrar.

Hvarvetna um heim eru læknar félagslyndir. Eg skil ekki að vér stöndum öllum öðrum að baki.“

Undirbúningi að stofnun íslensks læknafélags miðaði áfram og félagið var formlega stofnað á félagsfundi í Læknafélagi Reykjavíkur 14. janúar 1918.

Á fyrsta aðalfundi Læknafélags Íslands 1919 lagði Guðmundur Hannesson, fyrsti formaður þess, til að Ásgeir Blöndal yrði gerður að heiðursfélaga. Hann hefði fyrstur lagt til að læknar hér á landi mynduðu félagsskap með sér.

Árið 1933, á 15 ára afmæli félagsins, var Guðmundur Hannesson kosinn annar heiðursfélagi Læknafélags Íslands. Hann hvarf þá úr stjórn eftir samfellda 15 ára stjórnarsetu, þar af 10 ár sem formaður.

■■■

Á eftir verða 15 núverandi félagsmenn heiðraðir fyrir störf sín.

■■■

Árangursríkt félagsstarf byggir á þátttöku og virkni félagsmanna og líka á virðingu í samskiptum þeirra á milli. Það er mikilvægt að temja sér hófsemi í orði og framkomu.

Að gleyma aldrei hver við erum og að til okkar er horft sem einstaklinga og sem hluta af ævafornri samheldinni stétt sem þekkt er fyrir að hafa frá örófi alda sett sér siðareglur og unnið læknaeiðinn.

Góðir félagar. Siðareglur okkar, *Codex ethicus*, eru ekki úr lausu lofti gripnar. Hvort sem okkur líkar betur eða verr eigum við öll við meðfædda bresti mannsins að glíma og togstreita milli dyggða og lasta er eilíf barátta allt okkar líf.

Ég er viss um að öll getum við litið í eigin barm og fundið orð sem betur hefðu verið ósögð, framkoma og atvik sem við iðrumst. Þá er mikilvægt að sú reynsla og þau orð verði okkur lærdómsrík. Okkar þroskaskref.

Styðjum þá sem eiga um sárt að binda, en einnig þá sem hafa vikið af hinum beina vegi. Verum öðrum leiðarljós og sýnum hófsemi og miskunnsemi í dómum okkar.

■■■

Það er ekki alltaf auðvelt að vera læknir. Að fylgjast með í erfiðum veikindum sjúklinga sinna, að styðja syrgjandi fjölskyldur, að vera kletturinn sem rís upp úr öldurót sorgar og gleði á ögurstundum í lífi samborgara okkar. Það reynir á lækna í samskiptum sín á milli og við aðra.

Þess sjást merki að það tekur sinn toll að vera læknir, bæði af heilsufari og fjölskyldulífi lækna. Þessu þurfum við að mæta sem einstaklingar og sem samheldin stétt. Það er okkar helsta núvitundar verkefni. Gleðistundir eru mikilvægar, næsta vika – Læknadagar, er okkar sólrisuhátíð.

■■■

Ég vil að lokum færa afmælisnefndum félagsins okkar, starfsfólki og félögum mínum í stjórn LÍ þakkir og þeim fjölmörgu félögum í okkar röðum og samstarfsaðilum sem lagt hafa hönd á plóginn til að gera 100 ára afmæli Læknafélags Íslands að stund gleðinnar og stund framtíðarinnar.

Það er með auðmýkt og þakklæti sem ég stend hér og minnist þessara tímamóta. Megi gæfa og gleðiríkir dagar fylgja Læknafélagi Íslands og félagsmönum þess. Megi starfsemi félagsins verða landinu og læknum áfram til gagns og blessunar um ókomna tíð.

Til hamingjum með daginn íslenskir læknar.

Heimildir

1. Ísberg JÓ. Líf og lækningar, íslensk heilbrigðissaga. Reykjavík 2005: 47.
2. Hannesson G. Íslenskt læknfélag. Læknablaðið 1915; 1: 3.
3. Hanneson G. Íslensk læknafélög. Læknablaðið 1915; 1: 30.
4. Jónsson J. „Um læknafundi.“ Læknablaðið 1936; 22: 58.
5. Hannesson G. „Íslenskt læknafélag.“ Læknablaðið 1916; 2: 169-71.

JÓHANNS DAGUR

Hátíðardagskrá í tilefni sjötugsafmælis Jóhanns Ágústs Sigurðssonar, prófessors

Hilton Nordica Reykjavík 2. mars kl. 14.00-18.00

Ýmis erindi verða haldin þar sem birt verður mynd af vísindamanninum, klíníska lækninum, fræðimanninum og kennaranum. Þetta er samfléttað við sögu heimilislæknisfræðinnar á Íslandi sem er samofin störfum Jóhanns Ágústs sl. 30 ár.

Sérstakur heiðursgestur verður Steinar Hunskår, prófessor við háskólann í Bergen í Noregi, sem mun fjalla um:

The general practitioner: Still absolute necessary or a postmodern anomaly?

Að loknum erindum verður boðið uppá léttar veitingar

Allir velkomnir
F.h. undirbúningshóps
Emil L. Sigurðsson





Jóhanna Ósk Jensdóttir
sérfræðingur í heimilislækningum
jojensdottir@gmail.com

Félagi í Læknafélagi Íslands

Á afmælishátíð Læknafélags Íslands flutti formaður LÍ, Reynir Arngrímsson, yfirlit yfir sögu félagsins eða fortíð Læknafélags Íslands. Á sömu hátíð færði Andri Snær Magnason góð rök fyrir því að þróun og breytingar í samfélaginu gerist nú með ógnarhraða og mun hraðar en nokkru sinni fyrr. Framtíðin færist hraðar nær okkur og fortíðin fjær okkur á sama hraða.

LÍ hefur breyst mikið á síðustu 100 árum á þann hátt að flest erum við nokkuð ánægð með félagið okkar en nú er spurningin kannski frekar hvernig breytist LÍ á næstu 100 árum. Verður LÍ yfirleitt til eftir 100 ár? Verður þörf fyrir félag með það hlutverk og tilgang sem LÍ hefur í dag, verður það bara umgjörðin sem breytist eða mun tilgangur LÍ breytast?

LÍ er stéttarfélag og í dag er eitt stærsta og mikilvægasta hlutverk þess að semja um kjör lækna. En það eru mörg önnur verkefni sem falla undir tilgang LÍ og mörg tækifæri til þess að hafa áhrif í krafti LÍ.

Tilgangur félagsins er samkvæmt lögum Læknafélags Íslands:

1. Að efla hag og sóma hinnar íslensku læknastéttar og auka kynni og stéttarþroska félagsmanna.
2. Að standa vörð um sjálfstæði læknastéttarinnar og gæta hagsmuna félagsmanna.
3. Að stuðla að aukinni menntun lækna og glæða áhuga þeirra á því, er að starfi þeirra lýtur.
4. Að efla samvinnu lækna um allt, sem horfir til framfara í heilbrigðismálum.
5. Að taka þátt í alþjóðlegu samstarfi lækna að sameiginlegum hagsmunamálum.
6. Að beita sér fyrir bættu heilsufari landsmanna og vinna að stefnumótun í heilbrigðismálum.

Á þessum tímamótum er mér hugsað til þess hvort gamlir félagar framtíðarinnar, ég og mér yngri læknar, getum staðið undir þessum tilgangi. Er hlutdeild yngri lækni í LÍ nógu mikil til þess að tryggja það að öflugt starf haldi áfram kynslóð eftir kynslóð? Er eðlilegt eða nútímalegt að ætlast til þess að ungir og miðaldra læknar sækist eftir að vinna fyrir LÍ eða væri raunhæfara að sækja unga lækna til starfa, bjóða þeim og biðja þá fyrir verkefni? Ég hef ekki áhyggjur af LÍ í dag og á allra næstu árum en ég hef áhyggjur af því að við séum ekki að vinna okkur í hag fyrir framtíðina með því að hvetja unga félaga til starfa fyrir LÍ.

Á undanförnum vikum voru umræður meðal félagsmanna um ákveðnar breytingar og hvort þær ættu rétt á sér eða væru yfirhöfuð nauðsynlegar. Sem betur fer heppnaðist árshátíð LÍ með eindæmum vel og mun fleiri fengu að njóta en áður.

Það hafa nýlega verið gerðar nauðsynlegar breytingar á lögum félagsins sem eru til þess fallnar að einfalda og færa skipulag LÍ nær því sem eðlilegt er og nær nútímanum. Að baki þessum breytingum lá í fyrsta lagi langt ákvarðanaferli og í öðru lagi mikil og sérhæfð vinna með skýrt markmið.

En það hafa litlar breytingar orðið á aðkomu félagsmanna að félaginu, ennþá komast þeir í stjórn sem bjóða sig fram og ennþá eru þeir í nefndum sem eru tilnefndir í þær, oftast af stjórn. Það var að vísu verðug barátta um formannssætið sem er til fyrirmyndar og það verða breytingar á mönnun stjórnar eftir næsta aðalfund. En er ástæða til að hugsa út fyrir kassann og breyta því enn frekar hvernig við sækjum eða óskum eftir félagsmönnum til starfa fyrir LÍ. Viljum við ekki öll að í framtíðinni verði áfram fjöldi lækna sem bjóði fram krafta sína til þess að tilgangi LÍ verði náð? Þessir læknar eru í dag ungir.

Einhverjir munu líta á þennan pistil sem skoðanir ungs læknis sem ekki ber virðingu fyrir né hefur skilning á því starfi sem eldri læknar hafa unnið og vinna enn. Ég er hins vegar löglega miðaldra, ber virðingu fyrir því starfi sem þegar hefur verið unnið en hef að sama skapi áhyggjur af því að einhver hluti LÍ muni deyja ef ungir félagar eru ekki virkjaðir til þess að hafa áhrif og breyta því sem þarf, ef það þarf, þrátt fyrir að við eldri sjáum það ekki eða séum endilega alltaf sammála um að breytinga sé þörf.

Það er í eðli mannsins að kvíða og forðast breytingar en það er samt allt að breytast.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

Stjórn Læknafélags Íslands

Reynir Arngrímsson *formaður*
Agnar H. Andrésson
Björn Gunnarsson *gjaldkeri*
Hjalti Már Þórisson
Jóhanna Ósk Jensdóttir
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
María Soffía Gottfreðsdóttir
Ólafur Ó. Guðmundsson

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

Bólusetningar eru besta forvörnin gegn smitsjúkdómum

– segir Ingileif Jónsdóttir prófessor í ónæmisfræði

Hávar Sigurjónsson

Ingileif Jónsdóttir, prófessor í ónæmisfræði við læknadeild Háskóla Íslands, forstöðunáttúrufræðingur á ónæmisfræðideild Landspítala og deildarstjóri hjá Íslenskri erfðagreiningu, er handhafi heiðursverðlauna úr Verðlaunasjóði Ásu Guðmundsdóttur Wright árið 2017. Það var Guðni Th. Jóhannesson, forseti Íslands, sem afhenti Ingileif verðlaunin við hátíðlega athöfn í Þjóðminjasafninu þann 27. desember. Verðlaun úr sjóði Ásu Guðmundsdóttur Wright eru veitt íslenskum vísindamanni sem náð hefur framúrskarandi árangri á sínu sérsviði í vísindum eða fræðum og miðlað þekkingu sinni til framfara í íslensku þjóðfélagi. Þetta var í 49. sinn sem verðlaunin eru veitt.

Ingileif hefur stýrt bóluefnarannsóknum við ónæmisfræðideild Landspítala frá árinu 1997 og rannsóknum smit- og bólgusjúkdóma hjá Íslenskri erfðagreiningu frá árinu 2005 ásamt því að starfa sem prófessor við Háskóla Íslands frá árinu 2006. Hún var dósent í ónæmisfræði við læknadeild Háskóla Íslands frá 2000 til 2005 og dósent í ónæmisfræði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands frá 1994-1999.

Ingileif er í fremstu röð íslenska vísindamanna í lífvísindum og þátttakandi og stjórnandi í rannsóknasamstarfi með vísindafólki frá virtum háskólum og rannsóknastofnunum bæði innan lands og utan. Hún hefur ritað ótal greinar í alþjóðleg og virt ritrýnd vísindatímarit auk þess að hafa setið í ritnefndum virtra tímarita á sviðum ónæmisfræða. Hún hefur leiðbeint fjölda nema í rannsóknarnámi, í BS-, MS- og doktorsnámi. Ingileif sat í Vísinda- og tækniráði frá árinu 2003 til 2009 og hefur gegnt formennsku Vísindasiðanefndar Íslands og Norrænu vísindasiðanefndarinnar auk þess sem hún sat fyrir Íslands hönd í stjórnarnefnd um 4., 5., og 6. rannsóknaráætlun Evrópusambandsins.

Læknablaðinu lék hugur á að kynna nánar rannsóknir Ingileifar og samstarfsmanna hennar og fékk hana til að segja frá rannsóknarferli sínum.

Áherslan færðist yfir á bólusetningar

„Þegar ég kom heim frá doktorsnámi mínu í Stokkhólmi 1984 fékk ég rannsóknarstöðu við læknadeild Háskóla Íslands með aðstöðu á ónæmisdeild Landspítala. Þar vann ég í nokkur ár hjá prófessor Helga Valdimarssyni að rannsóknum á þætti ónæmiskerfisins í meingerð Psoriasis, einkum ónæmisviðbrögðum í húð og blóði og einnig tengslum við hálsbólgusýkingar af völdum streptókokka. Síðan færðist áherslan yfir á bólusetningar og ég fór að vinna að rannsóknum á bólusetningum gegn pneumókokkum, sem valda lungnabólgu en einnig eyrnabólgu í börnum og blóðsýkingu. Við gerðum rannsókn á fullorðnum einstaklingum sem voru bólusettir með fjölsykrubóluefni og við mældum magn, gerð og verndargetu mótefna sem þeir mynduðu, það var skemmtileg rannsókn. Við hófum síðan samstarf við tvo frumkvöðla á Heilbrigðistofnun Bandaríkjanna, John B. Robbins og Rachel Schneerson, sem höfðu þróað próteintengt fjölsykrubóluefni gegn lungnabólgubakteríunni. Fjölsykrubóluefnið sem gefið er fullorðnum vekur ekkert ónæmissvar í börnum, en bóluefnið sem þau höfðu þróað byggir á því að hengja fjölsykrurnar við prótein og þá fæst miklu betra ónæmissvar hjá börnum frá nokkurra mánaða aldri.“

Þegar Ingileif er beðin að lýsa rannsókninni nánar segir hún:

„Rannsóknarvinnan var tvíþætt, annars vegar gerðum við klínískar rannsóknir á börnum frá þriggja mánaða aldri og á ungum fullorðnum og eldra fólki með lungnaþembu. Þetta gaf mjög góðan árangur og var með fyrstu tilraunum sem gerðar voru með próteintengdu fjölsykrubóluefni gegn pneumókokkum í fólki. Í framhaldinu fórum við í samstarf við lyfjafyrirtæki sem voru að þróa próteintengd fjölsykrubóluefni gegn mörgum stofnum bakteríunnar. Við gerðum nokkrar klínískar rannsóknir hér sem voru meðal annars doktorsverkefni Sigurveigar Þ. Sigurðardóttur barnalæknis, en hún sá um klíníska þátt rannsóknanna og ég um mælingarnar á ónæmissvörum.“

Bólusetningar þungaðra kvenna til verndar nýburum

„Samtímis setti ég upp rannsóknir á músum þar sem við prófuðum bóluefni með svokölluðum ónæmisglæðum, sem eru efni sem hvetja ónæmissvarið, og



„Mér finnst það nánast ófyrirgefanlegt þegar foreldrar neita að láta bólusetja börnin sín þar sem þau eru ekki einungis að setja sín eigin börn í hættu heldur líka önnur börn, einkum þau yngstu sem eru ekki búin að mynda verndandi ónæmi," segir Ingileif Jónsdóttir prófessor í ónæmisfræði sem í lok síðasta árs hlaut verðlaun úr verðlaunasjóði Ásu Guðmundsdóttur Wright.

könnuðum myndun verndandi ónæmis gegn pneumókokkassýkingum. Einnig tókum við sermi úr börnum sem höfðu verið bólusett og sprautuðum í mýs og sýndum fram á að það verndaði mýsnar gegn bæði lungnabólgu og blóðsýkingu af völdum pneumókokka. Við bólusettum þungaðar mýs til að athuga hvort mætti vernda afkvæmin. Niðurstöðurnar voru mjög jákvæðar. Bólusetning þungaðra kvenna og verðandi mæðra hefur verið mjög mikilvæg í þróunarlöndum og hefur verið notuð til að vernda nýbura gegn stífkrampa, þar sem börnin smitast snemma, áður en þau eru sjálf farin að mynda ónæmissvar. Þetta hafði lítið verið prófað gegn fjölsykruhjúpuðum bakteríum, en eitt af því sem rannsóknir okkar leiddu í ljós er að hægt er að nota bólusetningar mæðra til að verja yngstu afkvæmin gegn pneumókokkasýkingum.

Eftir þetta fór ég að rannsaka bólusetningar í gegnum slímhúð og bera árangurinn saman við bólusetningu með sprautu. Best væri ef hægt að væri bólusetja hvern einstakling aðeins einu sinni, helst í frumbernsku og gjarnan í gegnum slímhúð. Það er yfirleitt ekki svo heldur þarf að gefa marga skammta, nema þegar bólusett er með lifandi veikluðum sýklum. Þessar rannsóknir gáfu mjög skemmtilegar niðurstöður og sýndu kosti slímhúðarbólusetninga gegn öndunarfærasýkingum."

Ónæmisglæðar sem bæta ónæmissvörun nýbura

„Í upphafi þessarar aldar færði ég mig yfir í að rannsaka ónæmiskerfi nýbura og bólusetningar nýbura. Vandinn er sá að því yngri sem börnin eru því verr svara þau bólusetningum og rannsóknir okkar hafa beinst að því að finna þá þætti sem eru mest takmarkandi í ónæmiskerfi nýbura og hvernig er hægt fá fram betri ónæmissvörun. Eitt af því fyrsta sem við gerðum var að bera saman áhrif bólusetninga með stungu og í gegnum slímhúð nefsins. Þá sáum við að ónæmiskerfi í slímhúð þroskast fyrr, en það þarf hjálparefni til að koma bóluefninu yfir slímhúðina til ónæmiskerfisins í öndunarveginum. Okkar vinna hefur því mikið beinst að því að rannsaka hvaða hjálparefni má nota til að koma bóluefninu yfir slímhúð og hvaða þætti ónæmiskerfisins þau hafa áhrif á. Rannsóknirnar sýndu að bólusetning með nefdropum gaf að minnsta kosti jafngott verndandi ónæmi í nýburamúsum og ef bólusett var með sprautu.

Vikugamlar mýs samsvara ágætlega eins mánaðar gömlum börnum hvað varðar þroska ónæmiskerfisins og þriggja vikna mýs samsvara ungbörnum á aldrinum tveggja til tólf mánaða. Þetta er músamódelið sem við höfum notað fyrir nýbura og ungbörn. Við sýndum fyrst allra fram á að með því að gefa nýburamúsum ákveðinn ónæmisglæði með bóluefni,

þroskuðust kímstöðvarnar í eitilvef fyrr en ella, en þær eru eins konar uppeldisstöðvar fyrir mótefnamyndandi ónæmisfrumur sem gerir það að verkum þær þroskast fyrr og fara fyrr inn í beinmerginn þar sem þær framleiða síðan mótefni í lengri tíma. Undanfarin ár höfum við verið að skoða ýmsa aðra ónæmisglæða og kanna hvaða áhrif þeir hafa og reyna að skilja hvaða ferlar það eru sem þeir hafa áhrif á. Við höfum beint sjónum okkar að milta, eitlum og beinmergnum. Við höfum sýnt að mótefnaseytandi B-frumur sem fara í beinmerginn lifa stutt í nýburamúsum, en með því að gefa ónæmisglæða haldast þær lifandi vikum og mánuðum saman. Með þessu myndast ónæmið mun fyrr og helst lengur en það myndi annars gera. Áherslan í rannsóknum mínum og þeirra sem starfa með mér hefur beinst að þessu: hvaða frumur seyta lifunarboðunum í beinmerg og hvaða þættir það eru í ónæmiskerfinu öllu sem ónæmisglæðarnir hafa áhrif á og bæta ónæmissvör nýbura.“



Ingileif tók við verðlaunum úr sjóði Ásu Guðmundsdóttur Wright úr hendi Guðna Th. Jóhannessonar, forseta Íslands, við hátíðlega athöfn í Þjóðminjasafninu þann 27. desember síðastliðinn. Ljósmynd Árni Sæberg.

Minna magn bóluefnis með ónæmisglæðum

„Núna erum við að skoða hvort ónæmisglæðarnir hafa áhrif á tjáningu ákveðinna gena og hvaða líffræðilegu ferlar það eru sem skipta máli. Þannig erum við að tengja öll þau áhrif á ónæmiskerfið sem við getum mælt, mótefnamagn, T-frumu starfsemi, lifun B-frumna og minnisfrumna við aukna tjáningu á ákveðnum genum og virkni líffræðilegra ferla. Það er mikill áhugi á að nota ónæmisglæða en sumir þeirra eru toxískir og valda bólgulíkum einkennum sem hvetja ónæmissvarið, en má ekki vera of mikið. Unnið er að þróun ónæmisglæða sem hafa sem jákvæðust áhrif en valda sem minnstum aukaverkunum. Við höfum líka gert rannsóknir á bólusetningu gegn meningókokkum sem valda heilahimnubólgu, bæði meningókokkum B og C. Einnig höfum við unnið að rannsóknum á bólusetningum nýburamúsa gegn ýmsum stofnum inflúensu. Eitt af því sem við höfum sýnt fram á er að með því að gefa ónæmisglæða má minnka skammtinn af bóluefninu sjálfu en fá fram verndandi ónæmissvar. Þetta er mikilvægt því þegar stefnir í faraldur af inflúensu nýtist bóluefnið fleirum en einn stærsti flöskuhálsinn er getan til að framleiða nægilegt magn af bóluefni fyrir alla, því tíminn sem gefst frá því að inflúensustofninn er greindur og þar til bóluefnið þarf að vera tilbúið er aðeins nokkrir mánuðir. Rannsóknir beinast núna meðal annars að þróun fjölvirks bóluefnis sem getur verndað gegn mörgum stofnum inflúensu og einnig að nýjum og hraðvirkari aðferðum til framleiðslu bóluefna. Doktorsnemar, mastersnemar og nýdoktorar hafa unnið með mér að þessum rannsóknum, frábært teymi á ónæmisfræðadeild Landspítalans. Dr. Stefanía P. Bjarnarson, dósent við læknadeild, hefur unnið með mér í áratug og er nú að taka við þessum rannsóknum. Við trúum því að aukinn skilningur á því hvernig má yfirvinna takmarkanir í ónæmiskerfi nýbura geti leitt til betri og öruggari bólusetninga.

Síðastliðin 10 ár hef ég samhliða starfi mínu við læknadeild unnið hjá Íslenskri erfðagreiningu. Ég hef meðal annars unnið að rannsóknum á erfðafræði berkla. Rannsókn okkar sem birtist í fyrra var merkileg fyrir margra hluta sakir, berklum hefur verið nær útrýmt á Íslandi en við skráðum allar tiltækar upplýsingar um berkla á 20. öldinni á Íslandi og fengum rúmlega 4000 af þeim rúmlega 11.000 Íslendingum sem höfðu fengið berkla til að taka þátt. Þetta er fyrsta stóra erfðarannsóknin á berklum meðal fólks af evrópskum uppruna sem sýnir fram á tengsl erfðabreytileika sem tengjast hættunni á að fá berkla. Þeir erfðabreytileikar eru á svokölluðu HLA svæði á litningi 6, sem stýrir ónæmissvörum líkamans, og hefði því ekki átt að koma á óvart. Annars er ótrúlega lítið vitað um erfðabreytileika sem tengjast smitsjúkdómum, þar er sýkillinn sjálfur svo yfirgnæfandi áhættuþáttur að þar er erfitt að finna áhrif erfða. Ég hef líka verið að vinna hér hjá ÍE að rannsókn á áhrifum erfða og annarra þátta á svör við bólusetningum. Við vorum að birta niðurstöður úr rannsókn á áhrif aldurs, kyns og undirliggjandi

sjúkdóma á ónæmissvör við inflúensubólusetningu 1860 Íslendinga á aldrinum 18 til 105 ára. Við sýndum fram á að fyrri kynni af inflúensuveirunni, sýking eða bólusetning, hefur mest áhrif, og með hækkandi aldri svarar fólk bólusetningunni verr. Kyn hefur ekki áhrif og við gátum ekki sýnt að undirliggjandi sjúkdómar hafi áhrif. Við höfum enn ekki fundið erfðabreytileika sem tengjast svörun við inflúensubólusetningum en höldum enn í vonina um að finna þá. Fyrir utan erfðafræði smitsjúkdóma hef ég unnið að rannsóknum sem tengjast ónæmiskerfinu, bólgusjúkdómum eins og asthma og ofnæmissjúkdómum, sjálfsofnæmissjúkdómum, lungnaþembu og kæfisvefni. Hjá Íslenskri erfðagreiningu vinnur öflugur hópur vísindamanna, aðstaða og samstarf er frábært. Sú hugmyndafræði sem Kári Stefánsson lagði upp með hefur svo sannarlega skilað árangri. Íslensk erfðagreining er öflugasta rannsóknarstofnun í mannerfðafræði í heiminum í dag, það eru sannkölluð forréttindi að vinna hér.“

Ekkert sem bendir til að bólusetningar séu skaðlegar

„Mér finnst það nánast ófyrirgefanlegt þegar foreldrar neita að láta bólusetja börnin sín þar sem þau eru ekki einungis að setja sín eigin börn í hættu heldur líka önnur börn, einkum þau yngstu sem eru ekki búin að mynda verndandi ónæmi. Við vitum að um leið og bólusetningatíðnin er komin niður fyrir 85-90% geta sýklarnir farið að smitast milli manna. Þá eru ungbörnin sem enn eru of ung fyrir bólusetningu í mestri hættu. Við höfum séð á síðustu árum að mislingar brjótast út í löndum eins og Þýskalandi, Bretlandi og Bandaríkjunum, af því að fólk heldur að betra sé að láta náttúruna hafa sinn gang og treysta á lukkuna í stað þess að bólusetja börn til að vernda þau gegn illvígum smitsjúkdómum, sem börn dóu úr áður en bóluefni voru þróuð, og deyja enn úr í fátækari löndum heims. Við vitum að þeir sem ekki bólusetja börnin sín trúa því að bólusetningar geti verið barninu skaðlegar en það er ekkert sem bendir til þess. Einstaka bóluefni geta valdið aukaverkunum en slíkt er afar sjaldgæft. Með bólusetningu er hægt koma í veg fyrir 25 smitsjúkdóma en bilið á milli fátækra landa og ríkra er gríðarlegt hvað þetta varðar. Til dæmis má nefna að árið 2010 voru 85% barna í efnaðri löndum heimsins bólusett gegn pneumókokkum en í fátæku löndum heimsins voru 98% barna ekki bólusett. Það er sorglegt að bóluefni sem eru til og hafa útrýmt alvarlegum sýkingum og dregið úr barnadauða í efnaðri löndum heimsins eru ekki notuð sem skyldi í þróunarlöndunum vegna fátæktar. Til dæmis var notkun þrígilda bóluefnisins gegn stífkrampa, kíghósta og barnaveiki um 30% minni í fátækum en ríkum löndum árið 2010 og þó er þetta bóluefni sem hefur verið í notkun í áratugi. Hið sama á við um mislingabóluefnið, notkun þess í fátækari löndum heims er enn of lítil. Síðan vantar sárlega betri bóluefni gegn ýmsum smitsjúkdómum eins og berklum og malaríu. Fyrst og fremst er það efnahagsleg misskipting í heiminum sem veldur því að þekkt og góð bóluefni eru ekki notuð til að koma í veg fyrir barnadauða og alvarlegar afleiðingar sýkinga.“

Þörf fyrir efnahagslegt og pólítískt átak

„Árið 2012 var sett af stað verkefni sem kallast *Global Vaccination Action Plan* og fyrsta markmið þess er að öll lönd setji sér það markmið að allir njóti bólusetninga. Annað markmið er að stjórnvöld allra ríkja krefjist þess að allir séu bólusettir, það sé réttur þegnanna og skylda stjórnvalda. Síðan koma markmið sem okkur þykja eflaust sjálfsögð en eru það alls ekki í stórum hluta heimsins; að öflugt bólusetningarprógram sé hluti af heilbrigðisþjónustunni. Einnig að rannsóknir séu auknar á nýjum bóluefnum og þróun á nýtingu og gjöf þeirra bóluefna sem til eru. Þetta síðastnefnda hefur verið eitt meginviðfangsefni *Global Vaccination and Immunization Research Forum*, þar sem ég hef verið í vísindaráðgjafahópi í allmörg ár. Þar er verið að kortleggja vandann og hvernig best sé að standa að rannsóknum til að flýta þróun og framleiðslu bóluefna, bæta nýtingu, auka þol við geymslu og flutninga, auk þróunar nýrra bóluefna. Að verkefninu standa Alþjóðaheilbrigðisstofnunin, Heilbrigðisstofnun Bandaríkjanna á sviði smitsjúkdóma og Bill and Melinda Gates Foundation. Sú stofnun hefur gert gríðarlegt átak í að styrkja rannsóknir á bóluefnum og uppbyggingu innviða heilbrigðiskerfis í þróunarlöndum. Það gleymist gjarnan að í þróunarlöndunum er allt að 50% munur á tíðni bólusetninga eftir því hvort um dreifbýli eða þéttbýli er að ræða en skortur á innviðum er enn meiri í dreifbýlinu. Mikið hefur áunnist á undanförnum árum en það þarf að gera stórátak alþjóðlega til að tryggja öllum bólusetningar óháð búsetu og efnahag. Það er margsannað að bólusetningar eru besta forvörn gegn sjúkdómum sem til er og þær eru líka efnahagslega hagkvæmar því kostnaðurinn við að missa fólk úr sjúkdómum sem hægt er að fyrirbyggja er gríðarlegur. Þetta hafa hagfræðingar sýnt fram á með óyggjandi hætti. Það eru sannarlega sterk rök og kannski þau sem stjórnmálamenn skilja best. Það þarf átak á bæði pólitísku og efnahagslegu sviði til að bóluefni komist til allra sem þurfa á þeim að halda og þau nýtist sem best. Það eru sjálfsögð mannréttindi allra, ekki bara okkar sem búum í ríku samfélagi.“

LÆKNASTOFUR

Hef lausar nokkrar stofur í nýinnréttaðri klíník að Grensásvegi 13, á mótum Grensásvegar og Miklubrautar.

Húsnæðið hentar hóp, stökum læknum eða tannlæknum.

Við höfum ekki haft bílastæðavandamál.

Áhugasamir vinsamlegast hafið samband við undirritaðan á netfangið *bolli@utlitslaekning.is* eða í síma 892 3755.

Bolli Bjarnason læknir



Læknakórinn varð til á nóinu þegar afmælisnefndin kallaði eftir söngglöðum röddum kolleganna. Einn tveir og bingó, og það voru mættir 70 læknar, og þurfu bara þrjár æfingar. Árni Harðarson leiddi þau gegnum fjögur lög, viðtökurnar voru skínandi góðar og almennt er talið að kórinn sé hérmeð orðinn einn af stofnunum í Læknafélaginu. Myndir Védís.

Læknisfræði í þátíð, nútíð og framtíð

Hundrað ára afmæli Læknafélags Íslands setti sterkan svip á Læknadaga í ár

Hávar Sigurjónsson

Læknadagar nú í þriðju viku janúar voru geysilega vel sóttir að sögn Margrétar Aðalsteinsdóttur skrifstofustjóra Læknafélags Íslands en hún hefur haldið utan um skráningar og skipulag Læknadaganna mörg undanfarin ár og hefur því góða yfirsýn yfir hvernig þeir hafa þróast.



Hallgrímur Kjartansson, Kristinn Þorbergsson og Hannes Hrafnkelsson.

„Skráning á Læknadaga var mjög góð og betri en í fyrra en það var fyrst og fremst þátttakan í einstökum málþingum sem fór fram úr björtustu vonum," segir Margrét. „Málþing voru í heildina mjög vel sótt og í nokkrum tilvikum urðum við að loka því ekki komust fleiri inn og starfsmenn Hörpu voru farnir að tvístíga yfir fjöldanum."

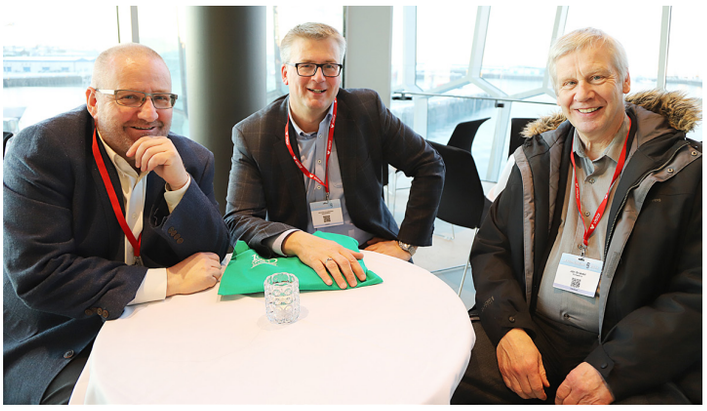
Undir þetta tekur Sólveig Jóhannsdóttir framkvæmdastjóri Læknafélagsins og segir að Læknadagarnir hafi heppnast afskaplega vel og hún hafi fundið fyrir mikilli ánægju meðal þátttakenda. „Dagskráin



Afmælisdagskrá LÍ lauk með tónlistarveislu í Eldborg. Guðmundur Óskar Guðmundsson stýrði henni og meðal annarra sem fram komu var Sigríður Thorlacius.



Ástríður Stefánsdóttir siðfræðingur og Birgir Jakobsson landlæknir , voru frummælendur á vel sóttu málþingi um oflækningar sem Alma Möller stýrði.



Ingólfur Kristjánsson, Jörundur Kristinsson og Jón Snædal voru kampakátir með Læknadaga.



Gunnar Helgi Guðmundsson og Elínborg Bárðardóttir heimilislæknar.



Eyjólfur Örn Jónsson sálfræðingur umkringdur geðlæknunum Halldóru Jónsdóttur, Ferdinand Jónssyni og Nönnu Briem.

var sérstaklega fjölbreytt og höfðaði jafnt til sérfræðinga á ákveðnum sviðum og breiðari hóps alls almennings. Það sýnir þátttakan í mjög sérhæfðum málþingum og einnig þeim sem opin voru almenningi. Þeir læknar sem ég talaði við höfðu sérstaklega orð á því hvað dagskráin var fjölbreytt og óvenju margir sóttu viðburði alla dagana," segir Sólveig. Hún bendir einnig á hversu mikilvægu félagslegu hlutverki Læknadagarnir gegna en fyrir marga lækna er þetta kærkomið tækifæri til að hitta kollega í öðrum sérgreinum og kynna sér hvað er efst á baugi.

Af vel sóttum málþingum má nefna Mótun heilans og Skjánotkun barna þar sem fylltist allt útúr dyrum og urðu allmargir frá að hverfa og sama er að segja um málþing um geðheilbrigði og samfélag sem opið var almenningi. Er ljóst að skipuleggjendur hittu þar naglann beint á höfuðið.

Einnig má nefna málþing um Oflækningar, Skipulag borga og bæja þar sem borgarstjórinn og læknirinn Dagur



Ungliðar áttu glaðbeitta fulltrúa á staðnum.



Tveir góðir sem hafa engu gleymt.



Páll Ásmundsson var gerður að heiðursfélaga LÍ á Læknadögum. Hann var um skeið ritstjóri Læknablaðsins og hefur verið velgjörðamaður þess ár og síð. Blaðið samfagnar með honum og fjölskyldu hans.



Magnús Gottfreðsson ritstjóri Læknablaðsins flutti afburða skelegga tölu um spænsku veikina 1918 á þingi Félags áhugamanna um sögu læknisfræðina.

B. Eggertsson var einn frummælenda. Skjánotkun barna vakti áhuga margra og var hver stóll setinn. Einnig nýtur gagnvirka málþingið um tilfelli af Barnadeild Landspítalans sívaxandi vinsælda og var fullt útúr dyrum. Vinnubúðir þar sem fjöldi þátttakenda var takmarkaður fylltust strax og biðlistar myndu uðust en að lokum komust þó nær allir að sem vildu.

Það sem setti þó sterkastan svip á Læknadagana í ár var 100 ára afmæli Læknafélags Íslands sem fagnað var með veglegri afmælishátíð í Eldborgarsalnum á opnunardeginum. Var hátíðin opin almenningi og dagskráin fjölbreytt; fróðleg og fagleg erindi um læknisfræði og lýðheilsu auk kynningar á starfsemi samtakanna Læknar án landamæra. Bretinn Anthony Costello barnalæknir hjá WHO hélt frábæra tölu um heilsufar, mengun, loftslagsbreytingar og misskiptingu auðs, - hún var snjöll, vel flutt og sannarlega hrollvekjandi. Andri Snær Magnason flutti hugvekju um samspil heilsufars og náttúru eins og honum einum er lagið og síðan tók við glæsileg tónlistardagskrá þar sem Sigríður Thorlacius, Sigurður Guðmundsson og Valdimar ásamt hljómsveit leiddu áheyrendur í gegnum syrpu þekktra íslensk sönglaga frá liðnum áratugum. „Þetta var einstaklega vel heppnað og aðsókn fór framúr björtustu vonum okkar," segir Sólveig framkvæmdastjóri.



Brynjólfur Mogensen, Þórarinn Arnórsson, Lúðvík Ólafsson og Magni Jónsson.



Fimmtán læknar voru gerðir að heiðursfélögum Læknafélags Íslands á stóru 100 ára afmælishátíðinni í Eldborg: Tryggvi Ásmundsson, Tómas Zoëga, Sveinn Magnússon, Þorbjörn Jónsson, Páll Ásmundsson, Sigurður V. Sigurjónsson, Katrín Fjeldsted, Sigurður Guðmundsson, Jón Sigurðsson, Guðmundur Björnsson, Birna Jónsdóttir, Guðmundur I. Eyjólfsson, Guðmundur Oddsson, Haukur Heiðar Ingólfsson og Jóhann Heiðar Jóhannsson.

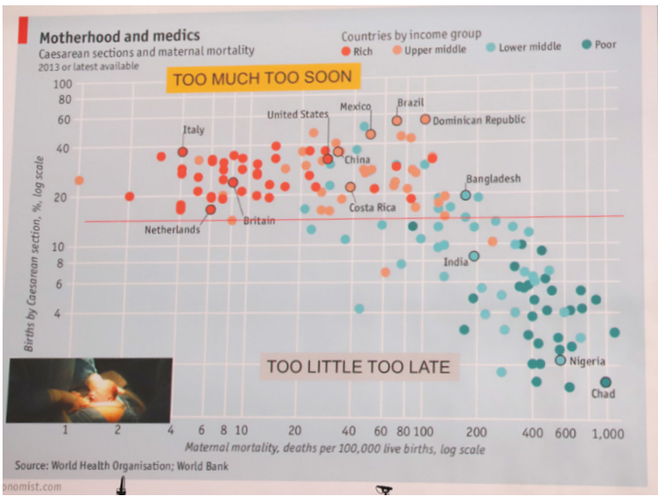
Tónlist átti þó eftir að hljóma meira á Læknadögunum því Óttar Guðmundsson ásamt Karlakórnum Fóstbræðrum og Hildigunni Einarsdóttur sópransöngkonu fluttu dagskrá helgaða tónskáldinu og lækninum Sigvalda Kaldalóns á þriðjudagskvöldinu. Var það endurtekinn flutningur frá fyrra ári sem segir sitt um vinsældirnar. „Þetta var svo flott dagskrá að það var eiginlega synd að RÚV var ekki á staðnum til að taka upp og flytja síðar í sjónvarpinu," segir Sólveig.

Áhorfendur troðfylltu Norðurljós og þeirra á meðal var Auðólfur Gunnarsson læknir. Hann sendi *Læknablaðinu* eftirfarandi frásögn og vísu af þessu tilefni:

Vísan varð til á fögru sumarkvöldi, þegar við Unnur kona mín gistum, ásamt Jóni G. Stefánssyni og Helgu Hannesdóttur geðlæknum, í læknisbústað Sigvalda Kaldalóns að Árnesi á Snæfjallaströnd, sem þá hafði verið gerður upp nýlega fyrir bændagistingu. Eigandi jarðarinnar hafði farist veturinn áður í hræðilegu flugslysi í Ljósufjöllum á Snæfells-



Björn Hjálmarsson, Ingibjörg Eva Þórisdóttir, Katrín Davíðsdóttir, Eyjólfur Örn Jónsson og Óli Örn Atlason – frummælendur á þinginu um skjánotkun barna og unglinga, og Katrín stýrði fundi. Efnið var bæði ógnvekjandi og áhugavekjandi, - nær því hvert mannsbarn er öllum stundum á netinu, - hvaða afleiðingar hefur það í alvörunni?



Upplýsingar um mæðradauða og keisaraskurði á heimsvísu, úr gögnum WHO sem Costello sýndi afmælisgestum.



Ólafur Guðlaugsson smitsjúkdómalæknir talaði um land og lýð í spænsku veikinni 1918. Nútíminn var þá kominn með annan fótinn til landsins með kvikmyndahúsum og blaða- og tímaritaútgáfu og þá var þessi mynd til dæmis í bíó í Reykjavík: Hearts Afire með stórstjörnunni Clara Kimball Young. Hann ræddi líka almennt um flensur og ýmis fár, og þann viðbúnað sem til er hérlendis ef slík vá kæmi upp aftur.



Dagskrá um Sigvalda Kaldalóns lækni og tónskáld sló í gegn. Óttar Guðmundsson sigldi snilldarlega gegnum líf Sigvalda og þátt Læknafélagsins, Guðmundar Hannessonar og Jónasar frá Hriflu í því. Aðalheiður Þorsteinsdóttir, Hildigunnur Einarsdóttir og sjálfir Fóstbræður undir stjórn Árna Harðarson sungu lög Sigvalda sem er þjóðinni svo kær og hjartabundin. Myndin sýnir stemmningu dagskrárinnar og Fóstbræður sem eru hugfangnir af Hildigunni að syngja Ave María.



Kvensjúkdóma- og fæðingarlæknar: Arnar Hauksson, Ósk Ingvarsdóttir og Kristín Andersen.

nesi. Jörðin ásamt húsum var því til sölu. Ég var þess fýsandi, að Læknafélagið keypti jörðina og byggði þar upp aðstöðu fyrir félagsmenn sína þeim til útivistar og yndisauka og að heiðra með því minningu Sigvalda Kaldalóns. Ég fékk litlar undirtektir og aðrir aðilar hrepptu hnossið.

Þar sem læknir töfratóna
tældi fram af gígjustrengjum,
úthafsselur, einn að lóna,
yrkir ljóð sín horfnum drengjum.

Stofnfundur nýs stéttarfélags, Félags sjúkrahúslækna, var haldinn á miðjum Læknadögum og voru þar samþykkt lög hins nýja félags og kosin þess fyrsta stjórn. Eru því gerð ítarlegri skil annars staðar í blaðinu.

Afmælis Læknafélags Íslands var einnig minnst með málþingum um sögu Læknafélagsins og sögu lækninga á Íslandi sem er líkast til jafnlöng búsetu í landinu og er Hrafn Sveinbjarnarson þekktastur fyrir lækningar sínar á tímum sögualdar. Tengingu bókmennta og lækninga voru síðan gerð skil



Ólafur Bjarnason og Einar Ólafsson.



Margrét Sjöfn Torp, Andri Snær Magnason, Magni Jónsson lungnalæknir og eitt barnabarn. Erindi Andra Snæs á afmælishátíðinni um tímann og vatnið var mjög áhrifamikið.



Á málþinginu um spænsku veikina talaði Sjón um verðlaunabók sína Mánastein (2013). Bókin er algert metfé, gerist í Reykjavík haustið 1918. Söguhetjan er Máni Steinn, munaðarlaus strákur sem elst upp hjá ömmu sinni, og er á jaðri samfélagsins einsog nafn hans ber með sér. Kvikmyndir, samkynhneigð, farsóttin í bænum, fullveldið, læknisþjónusta – þetta eru allt ráðandi öfl í sögunni. Á málþinginu töluðu líka Magnús Gottfreðsson og Ólafur Guðlaugsson, og Haraldur Briem mætti til að hlýða á lærisveina sína.

á málþingi sem helgað var sársauka eins og hann birtist í bókmenntum okkar og stóð Dagný Kristjánsdóttir prófessor fyrir því. Sérstakt málþing var helgað spænsku veikinni er geisaði hér afmælisárið 1918 og kom fram í máli Magnúsar Gottfreðssonar smitsjúkdómalæknis að þetta var mannskæðasti faraldur sem gengið hefur yfir heimsbyggðina.

Greinilegt var að málþing um misnotkun ópíóða og lyfseðilsskyldra lyfja vakti áhuga margra og varð tilefni langrar greinar Guðrúnar Hálfdanardóttur blaðamanns í *Morgunblaðinu*. Þá var fjallað um lyfja- og áfengisvanda aldraða á sérstöku málþingi og kom skýrt fram að vandinn er stærri en menn gera sér almennt grein fyrir og full ástæða til að vekja máls á honum. Skjánotkun barna er áhyggjuefni margra foreldra og forráðamanna barna og fylltist málþing um efnið útúr dyrum. Þar var reynt að setja



Helgi Sigurðsson, Óttar Guðmundsson, Birgir Jakobsson, Eiríkur Jónsson, Ólöf Garðarsdóttir og Vilhelmína Haraldsdóttir, - þau voru burðarásar á málþingi um íslenska lækna í 1000 ár. Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar ræðst ekki á garðinn þar sem hann er lægstur.

fingurinn á hvernig mætti bregðast við þessum vanda og takmarka notkun barna og unglinga af snjalltækjum og tölvum. Þar brennur vandinn sérstaklega á skólastjórnendum sem telja sig ekki hafa rétt til að banna notkun snjalltækja í skólunum. Í pallborðsumræðum kom fram að heilbrigð skynsemi væri líklega besta vopnið í þessari baráttu, foreldrar ættu að setja gott fordæmi með því að draga úr eigin notkun



Fulltrúar Blóðbankans: Anna Margrét Halldórsdóttir og Þorbjörn Jónsson heiðursfélagi í LÍ, og Kristján G. Guðmundsson heimilislæknir.



Ingunn Benediktsdóttir, Ferdinand Jónsson, Andri Snær, Páll Matthíasson og Högni Óskarsson: geðlæknar taka rithöfundinn tali.


Jens Kristján Guðmundsson, Hróðmar Helgason og Gríma Huld Blængsdóttir.


Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen, Eyrún Baldursdóttir og Þórir Einarsson Long.

Keppnisliðin voru tvö að vanda, og svöruðu af öryggi og festu eftir að tæknimál komust í lag og Kristján Guðmundsson byrjaði að dengja yfir þau spursmálum

slíkra tækja og verja meiri tíma með börnum sínum. Óhætt væri að setja reglur en boð og bönn væru þó líklega til þess eins að brjóta þau.

Hádegisfundur um áhrif lakkrís á heilsu manna vakti áhuga margra og sama er að segja um oflækningar sem voru viðfangsefni málþings þar sem rætt var um ýmsar hliðar þessa vandamáls hinna hátæknivæddu samfélaga. Birgir Jakobsson landlæknir var meðal frummælenda og sagði að vísbendingar væru um oflækningar í einkarekinni heilbrigðisþjónustu. Hann sagði ástæðurnar margþættar en greiðslukerfið hefði trúlega haft þýðingu. Lokaorð hans voru þau að „Oflækningar geta skaðað sjúklinga og taka „resúrsa“ frá öðrum mikilvægum sviðum einsog fyrirbyggjandi aðgerðum og lýðheilsustarfi.“

Að lokum má segja að dagskrá Læknadaganna hafi vakið verðskuldaða athygli fjölmiðla þar sem umfjöllun var á hverjum degi í einum eða fleiri miðli og segir Sólveig Jóhannsdóttir að Læknadagarnir hafi sannarlega náð tilgangi sínum að vera í senn öflug fagráðstefna læknastéttarinnar og upplýsandi fyrir almenning um lýðheilsu og jafnframt að vekja athygli á mikilvægi læknisfræðinnar í nútímasamfélagi.


Þessar stúlkur munu erfa landið og læknislistin verður í öruggum höndum þeirra í framtíðinni.


Sveinn Magnússon - ánægður með að vera heiðursfélagi í LÍ.


Elísabet Reykdal Jóhannesdóttir húð- og kynsjúkdómalæknir og Kristín Huld Haraldsdóttir skurðlæknir.

Stofnfundur Félags sjúkrahúslækna

Hávar Sigurjónsson

Nýtt stéttarfélag lækna leit dagsins ljós á Læknadögum þegar haldinn var stofnfundur Félags sjúkrahúslækna miðvikudaginn 17. janúar. Stofnun félagsins kemur í kjölfar mikilla breytinga á skipulagi Læknafélags Íslands sem samþykktar voru á síðasta aðalfundi og kynntar hafa verið rækilega hér í blaðinu.



Fyrsta stjórn Félags sjúkrahúslækna, skipuð á Læknadögum, 17. janúar 2018. Frá vinstri: Ólafur Helgi Samúelsson gjaldkeri, Ragnheiður Baldursdóttir meðstjórnandi, María Gunnbjörnsdóttir formaður, Sunna Snædal ritari og Hjörtur Friðrik Hjartarson varaformaður.

Hið nýja félag á að rúma alla þá lækna sem starfa á sjúkrahúsum og opinberum stofnunum og skarast þannig að nokkru leyti við Félag almennra lækna en eins og fram kom á fundinum er ekkert sem hindrar þá er vilja að vera félagar í báðum félögum eða þess vegna fleirum. Sjúkrahúslæknar voru áður í Læknafélagi Reykjavíkur en það verður héðan í frá stéttarfélag sjálfstætt starfandi lækna og getur því orðið skörun þar á milli ef læknir starfar bæði sjálfstætt og á sjúkrahúsi. Viðbúið er að einhverjar breytingar verði á lögum Læknafélags Reykjavíkur á aðalfundi nú í vor vegna þessa.

Að Læknafélagi Íslands standa því nú fjögur félög: Félag sjúkrahúslækna, Félag almennra lækna, Læknafélag Reykjavíkur og Félag heimilislækna. Öll munu þau eiga tvo fulltrúa í stjórn LÍ og fara með atkvæði sinna félagsmanna á aðalfundi LÍ. Þeir félagar sem velja að vera í fleiri en einu félagi geta skipt atkvæði sínu til helminga á milli tveggja en þó ekki fleiri, þó sá möguleiki sé sannarlega hugsanlegur að einn og sami læknirinn geti verið félagi í öllum fjórum aðildarfélögum LÍ.

Formenn þessara félaga eiga sæti í stjórn LÍ en auk þess kýs aðalfundur hvers félags einn fulltrúa úr sínum röðum til stjórnarsetu í LÍ en formaður LÍ er kosinn beinni rafrænni kosningu allra félaga í LÍ. Allt eru þetta breytingar sem unnið hefur verið að frá því snemma á síðasta ári og verður endanlega frá þeim gengið á næsta aðalfundi LÍ sem haldinn verður í lok október.

Á stofnfundi Félags sjúkrahúslækna kynnti Dögg Pálsdóttir lögfræðingur LÍ lög hins nýja félags og eftir smávægilegar breytingar á einstökum greinum voru lögin borin upp til atkvæðis og samþykkt samhljóða. Ekki var minni samstaða um kosningu fyrstu stjórnar félagsins en tillaga undirbúningsnefndar að stjórn var samþykkt einum rómi og var ný stjórn því sjálfkjörin við dynjandi lófaklapp. Í hinni nýju stjórn sitja María Gunnbjörnsdóttir formaður, Hjörtur Friðrik Hjartarson varaformaður, Ólafur Helgi Samúelsson gjaldkeri, Sunna Snædal ritari og Ragnheiður Baldursdóttir meðstjórnandi.

Nokkrar umræður urðu um félagsgjald og voru fundarmenn aðallega að velta fyrir sér hvort það kæmi að einhverju leyti í stað þess félagsgjalds sem þeir greiða til LÍ. Svo er ekki enda munu aðildarfélögin fjögur ekki bera neinn kostnað af launum formanna sinna heldur er það LÍ sem greiðir þau og sagði Dögg Pálsdóttir að helsti kostnaðurinn sem hið nýja félag mætti gera ráð fyrir, væri við ferðir stjórnarmanna þar sem líklegt væri að einn eða fleiri þeirra kæmu af sjúkrastofnunum utan af landi. Var félagsgjald samþykkt 5000 krónur.

Í stuttu ávarpi í lok fundarins þakkaði nýi formaðurinn fundarmönnum traustið og sló svo á létta strengi og kvaðst hafa vonað að fram kæmi mótframboð því undirbúningsnefndin hefði hitt á sig í kæruleysiskasti og hún því játað því að gefa kost á sér. Af meiri alvöru sagði hún framundan vera gerð nýs kjarasamnings fyrir sjúkrahúslækna og nyti hún þar góðs af samstarfi við Sigurveigu Pétursdóttur formann samninganefndar LÍ í síðustu samningalotu við ríkisvaldið.

Sjúkrahúslæknar á Akureyri voru einnig viðstaddir stofnfundinn með rafrænum hætti þar sem fundinum var streymt til þeirra og gátu þeir því tekið fullan þátt í samhljóða atkvæðagreiðslunum öllum við mikil fagnaðarlæti beggja megin. Það kom þó fram að allir sem ganga í félagið á þessu fyrsta starfsári þess munu teljast til stofnfélaga og er gert ráð fyrir að þetta verði eitt stærsta stéttarfélag lækna innan Læknafélags Íslands.

Margrét Guðnadóttir, prófessor

Kennarar skilja eftir sig ýmiss konar minningar í hugum nemenda. Kennslu-hæfileikar eru engan veginn öllum gefnir. Engu að síður eiga flest okkar auðvelt með að nefna þá kennara frá barnaskóla til háskóla sem við teljum okkur skuldbundin og minnumst til æviloka. Þau atriði sem sitja eftir í huga okkar eru þekking kennarans á námsgreininni og hæfileikinn til að koma inntaki hennar til skila. Þessir eiginleikar eru nauðsynlegir en ekki nægilegir til að öðlast ævilangan sess í hugum nemenda. Til þurfa að koma umhyggja og virðing fyrir þeim og merkjanlegur áhugi á því, að fræðigreinin skili sér til nemenda, sem þá eru fljótir að átta sig á gæðum kennslunnar. Flest eigum við minningar um kennara sem þannig er farið um, og þessi tilfinning fylgir okkur alla ævi.

Í huga undirritaðs er Margrét Guðnadóttir (7. júlí, 1929-2. janúar, 2018) ein þeirra kennara sem fylgja honum til æviloka.

Ekki var ljóst sumarið 1954, að leiðir okkar ættu eftir að liggja svo saman, sem raun varð. Næstu sex áratugina, eða ríflega það, voru samskiptin tíð og náin, sérstaklega frá upphafi tíunda áratugar síðustu aldar. Margrét, í síðasta hluta læknanáms, kom fyrrnefnt sumar fyrst til starfa á Tilraunastöð Háskólans í meinafræði á Keldum, sem á þeim tíma heyrðu til Mosfellssveitar í Gullbringu- og Kjósarsýslu. Undirritaður var sex ára þennan júlímánuð, óráðinn um framtíðina, en man engu að síður vel þessi fyrstu kynni. Þetta sumar hófst vísindaferill Margrétar undir handleiðslu forstöðumanns Keldna, Björns Sigurðssonar (1913-1959). Björn hreifst strax af hæfileikum og dugnaði hennar, studdi og greiddi götu hennar til framhaldsnáms í Bretlandi (London School of Hygiene) og Bandaríkjunum (Communicable Disease Center í Montgomery, Alabama, og Yale University í New Haven, Connecticut). Björn fylgdist frá upphafi náið með ferli Margrétar og vænti mikils af vísindavinnu hennar.

Að sérnámi loknu árið 1960 kom Margrét aftur að Keldum og starfaði þar til ársins 1969 er hún tók við starfi prófessors í sýklafræði við læknadeild Háskóla Íslands. Heil kynslóð íslenzkra lækna naut kennslu hennar næstu þrjá áratugina, þar til við tók eftirlaunaaldur árið 1999. Hún var skipulagður kennari, lét sér annt um læknanema, gaf hins vegar ekkert eftir væru þeir með uppsteyt.



Margrét Guðnadóttir (7. júlí 1929 - 2. janúar 2018).

Samhliða kennslu stofnaði Margrét um miðjan áttunda áratuginn rannsóknastofu í veirufræði við Landspítalann og stjórnaði stofnuninni næstu tuttugu árin. Þessir tímar voru oft erfiðir, ekki sízt við tilkomu alnæmisveirunnar um miðjan níunda áratug síðustu aldar. Auk almennrar þjónustu við greiningu veirusjúkdóma kannaði Margrét meðal annars árangur bólusetningar við rauðum hundum, einkum meðal þungaðra kvenna.

Margrét hélt áfram grundvallarrannsóknum á hæggengum veirusýkingum, fyrst og fremst visnu/mæði, sem hún hafði hafið um miðjan sjötta áratuginn undir handleiðslu Björns Sigurðssonar. Þeim rannsóknum hélt hún áfram nánast til dauðadags, þótt komin væri því sem næst tvo áratugi fram yfir eftirlaunaaldur, bæði á landareign sinni á Vatnsleysuströnd og í samstarfi við vísindamenn á Kýpur. Það eru þessar rannsóknir, sem fleytt hafa nafni Margrétar á bækur hins alþjóðlega vísindasamfélags þar sem vænta má að hún verði þekkt um langa framtíð.

Margrét eignaðist tvö börn, Guðna Franzson (f. 1961) og Eydísi Franzdóttur (f. 1963). Bæði börn Margrétar eru vel þekkt klassískt tónlistarfólk. Barnabörn eru sex og barnabarnabörn fjögur.

Á þessum tímamótum minnast íslenzkir læknar prófessors Margrétar Guðnadóttur með virðingu og þakklæti.

Jóhannes Björnsson
fyrrverandi ritstjóri Læknablaðsins

Margrét Guðnadóttir - minning

„Mér er sama hvert þið ætlið að fara, ég kem með.“ Þessa afdráttarlausu yfirlýsingu gaf Margrét Guðnadóttir á fundi okkar samstúdentanna frá MR árið 1949, þegar við löngu síðar fórum að skipuleggja sameiginlegar ferðir, innanlands og utan. Margrét stóð sannarlega við sín orð, eins og hún gerði jafnan, því ekki nóg með að hún færi með í allar ferðir heldur mætti hún alltaf á mánaðarlega fundi þessa hóps.

Margrét kom sveitastelpa í bæinn og ég kynntist henni fyrst þegar við sátum saman í 1. bekk í Gagnfræðaskóla Reykvíkinga við Vonarstræti, sem þá var eins og unglingaskólar á okkar dögum, undirbúningsskóli fyrir menntaskólana. Þar sá ég ekki bara hvað hún var mikill framúrskarandi námsmaður, glósaði af nákvæmni öll þessi undarlegu orð í dönsku og ensku sem við nýgræðingar vorum að kljást við, heldur líka hvað hún var óvenjulega heilsteypt manneskja. Eftir á að hyggja held ég að það orð lýsi henni einna best: Hún var heilsteypt. Svo skildu leiðir, því í MR fór Margrét í stærðfræðideild, sú mikla raunvísindakona sem hún var, en ég fór í máladeild. Á milli okkar hafði þó þegar myndast góð vinátta sem hélst alla tíð, enda Margrét óvenjulega traust í alla staði og í raun höfðum við í grunninn svipaða afstöðu til lífsins.

Samskipti okkar urðu svo stopulli eftir útskrift og framhaldsnám. Við misstum hvor af annarri á miðjum aldri, vissum samt alltaf hvað hvor okkar var að sýsla hverju sinni í málefnum þjóðfélagsins, hvor á sínum kanti, ég í leikhúsinu og hún í rannsóknunum, en reglulegt samband hófst svo að nýju þegar stúdentaárgangurinn frá 1949 fór að hittast reglulega, sem hann hefur verið einstaklega iðinn við, og Margrét lét sig aldrei vanta.

Ég var svo lánssöm, í síðustu utanlandsferð okkar, til York á Englandi, að ég var henni samferða í gegnum hið merkilega læknaminjasafn sem þar er. Margrét var auðvitað þarna á heimavelli og viskubrunnur, en það var ógleymanlegt augnablik þegar hún benti allt í einu á veggspjald og sagði stundarhátt: „Þarna er hann, bandormurinn! Ég kom upp í honum hjá Niels Dungal!“. Við árgangssystkin sem höfðum elt hana um safnið vorum þá fljót að rifja upp að það var á því prófi sem hún hafði náttúrlega brillerað með slíkri frammistöðu að prófdómarinn, Björn Sigurðsson á Keldum, sem vildi gefa henni 10 fyrir frammistöðuna, hafði hringt í hana á eftir og boðið henni vinnu við rannsóknir á Keldum. Það reyndist afdrifaríkt því Keldur og svo framhaldsrannsóknir á veirum urðu starfsvettvangur og starfssvið langrar starfsævi Margrétar Guðnadóttur. Eftir fræðslustundina með Margréti um þennan sögulega bandorm í York, töldum við öll, aldnir samstúdentar hennar, okkur fær í flestan sjó um hegðun hans og atgervi. Það segir mest um kennarahæfileika Margrétar, enda var hún rómaður kennari í læknadeildinni í áratugi.



Myndin af þeim stallsystrum var tekin á Læknadögum árið 2009 þar sem Margrét var heiðursgestur.

Mér er líka í fersku minni langt samtal okkar Margrétar í síðustu ferð árgangsins, sem var til Grindavíkur. Þá vorum við aftur upp á nýtt sessunautar og í ljósi þess hvar við vorum staddar spurði ég hana um lífið á Vatnsleysuströndinni fyrr á árum og hvert fólkið hefði sótt í kaupstað. Þá sagði hún mér að faðir hennar hefði farið ríðandi til Keflavíkur og sennilega einhvern tíma til Grindavíkur og við fylgdum honum í huganum eftir þeirri leið sem við töldum að hann hefði farið. Áður vissi ég að hann hafði misst fyrri konu sína á Rangárvöllum, þaðan sem hann var ættaður, flutt hingað á suðvesturhornið og fór aldrei austur aftur. Margrét – sem við skólasystkin kölluðum alltaf Möggu Guðna – átti minningar um litríkt mannlífi á Vatnsleysuströnd í uppvexti sínum. Þar hefðu allir hjálpast að, samstaða og samhjálp hefði ríkt þar á milli bæjanna, og einnig var athyglisverð lýsing hennar á því hversu menntun var þar mikils metin. Ég skildi að Margrét var alin upp við þá skoðun að menntun væri eitt það besta sem hægt væri að hugsa sér, og skýrir að hluta þá vegferð með vísindunum sem Margrét kaus sér. Þetta var ógleymanlegt samtal.

Það er óhætt að segja að fundir okkar samstúdenta frá 1949 verði fábrotnari nú þegar Margrét Guðnadóttir er fallin frá. Við söknum góðs vinar í stað, og sjálf kveð ég góða, hlýja og trausta vinkonu. Um vísindaleg afreksverk hennar mætti hafa mörg orð og enginn vafi á því að orðstír hennar á því sviði mun lengi uppi. Þar var hún þjóðarsómi og fyrir það ber að þakka.

Vigdís Finnbogadóttir

Yfir 10.000 fengu ávísað metýlfenídati árið 2017

Magnús Jóhannsson læknir *magnus@landlaeknir.is*, **Anna Björg Aradóttir** sviðsstjóri,
Jón Pétur Einarsson lyfjafræðingur, **Ólafur B. Einarsson** sérfræðingur

Embætti landlæknis
Directorate of Health

Heildarfjöldi þeirra sem fá ávísað metýlfenídati jókst um 13,1% árið 2017 miðað við árið 2016. Fjöldi notenda hefur aukist ár frá ári bæði hjá konum og körlum og tvöfalt fleiri fengu lyfinu ávísað árið 2017 miðað við árið 2012. Árið 2017 voru 35 karlar og 25 konur af hverjum 1000 íbúum sem leystu út metýlfendíat, sjá töflu I.[1,2]

Tafla I. *Fjöldi einstaklinga sem fær ávísað metýlfenídati á hverja 1000 íbúa.*

			Breyting milli ára (%)	
ÁR	Karlar	Konur	Karlar	Konur
2009	16,0	8,6		
2010	17,5	10,2	9,1	18,3
2011	18,6	11,0	6,4	7,6
2012	20,7	12,6	10,9	15,0
2013	23,4	14,5	13,4	15,1
2014	25,1	15,8	7,3	9,1
2015	28,4	18,5	13,0	16,9
2016	32,6	22,2	14,6	20,0
2017	35,3	25,5	8,5	14,8

Fjöldi ávísaðra dagskammta jókst samhliða aukningu í fjölda einstaklinga sem fékk lyfinu ávísað.[1,2]

Árið 2017 fengu rúmlega 3000 einstaklingar ávísað metýlfenídati sem ekki höfðu fengið ávísað lyfinu árið áður. Fjöldi nýrra notenda meðal barna yngri en 18 ára var 1311 en fullorðinna var 1886, sjá töflu II.

Tafla II. *Fjöldi nýrra metýlfenídat-notenda á ári.*

Ár	Börn	Fullorðnir	Samtals
2012	763	1036	1799
2013	871	1147	2018
2014	945	1165	2110
2015	1076	1567	2643
2016	1177	1857	3034
2017	1311	1886	3197

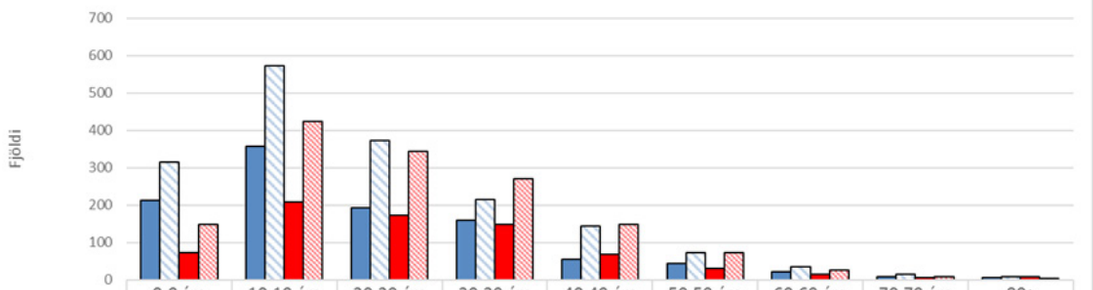
Fjöldi nýrra notenda frá árinu 2012 til 2017 jókst um 78%.[1] Svipuð aukning var meðal barna og fullorðinna en einnig meðal karla og kvenna. Hlutfallslega mest aukning var á meðal einstaklinga á miðjum aldri en flestir nýir notendur eru í aldurshópnum 10-29 ára,[1,2] sjá graf 1.

Alls hafa 26.000 Íslendingar fengið ávísað metýlfenídati frá árinu 2002 en talsverður fjöldi er aðeins á lyfinu í stuttan tíma.[1] Tæplega 1000 karlar og 700 konur fengu lyfjunum ávísað árið 2016 en ekki árið eftir, eða um 16% allra sem voru á metýlfenídati árið 2016.[1] Algengi ADHD er talið vera um 5% meðal barna en 3% meðal fullorðinna og því eru alltaf einhverjir sem losna við einkennin þegar þeir komast á fullorðinsaldur. Lyfin gagnast ekki öllum og einnig eru dæmi um að fólk þoli ekki lyfin vegna aukaverkana. Þá er einhver hópur fólks með ADHD sem finnur lausn sinna mála með öðru móti en lyfjagjöf.

Ekki er ætlast til þess að þeir sem eiga sögu um misnotkun lyfja eða ákveðinna fíkniefna séu á örvandi lyfjum. Embætti landlæknis fær reglulega vísbendingar um að lyfin gangi kaupum og sölum bæði til fíkla í harðri neyslu en einnig til annarra, eins og til dæmis fólks sem er í námi. Fyrir heilbrigða og þá sem eru með ADHD fylgir alltaf einhver áhætta notkun örvandi lyfja og rannsóknir sýna að vafasamur vitrænn ávinningur sé fyrir heilbrigða einstaklinga af örvandi lyfjum.[3] Ótvírætt er að lyfin geta hjálpað fólki að vaka og halda einbeitingu og að þau hjálpi fólki með ADHD en varasamt getur verið að fólk sé að taka lyfin án samráðs við lækni.

Eitt helsta áhyggjuefni varðandi örvandi lyf er notkun lyfjanna í mjög stórum skömmtum í langan tíma. Geðrof er til dæmis vel þekkt ástand meðal einstaklinga sem misnota örvandi efni. Árið 2017 fengu 74 einstaklingar ávísað að meðaltali yfir 120 mg af metýlfenídati hvern dag ársins og 20 einstaklingar amfetamíni í yfir 40 mg skammti hvern dag ársins, en þetta eru mjög stórir skammtar. Stórir skammtar af örvandi lyfjum til langs tíma geta leitt af sér aukaverkanir eins og geðrof, flog en einnig hjarta og æðasjúkdóma. Embætti landlæknis hefur óskað eftir skýringum frá læknum sem ávísa lyfjum í þessum skömmtum og eru slíkar ávísanir að mestu bundnar við fámennan hóp lækna. Ekki er óalgengt að þessir sjúklingar eigi við margvíslegan vanda að stríða

Graf 1. Fjöldi nýrra notenda metýlfenídats meðal karla og kvenna árið 2012 og 2017



	0-9 ára	10-19 ára	20-29 ára	30-39 ára	40-49 ára	50-59 ára	60-69 ára	70-79 ára	80+
Karlar 2012	214	357	194	159	55	44	21	8	6
Karlar 2017	315	574	373	215	143	72	35	15	9
Konur 2012	72	209	174	149	68	30	15	6	8
Konur 2017	149	424	345	271	149	73	27	9	4

og fái önnur tauga- og geðlyf í miklum mæli ásamt örvandi lyfjum. Íslendingar nota meira af ýmsum ávanabindandi lyfjum en flestar þjóðir og tengsl virðast vera á milli ávísaðs magns lyfjanna og misnotkunar. Misnotkun lyfja er síst minna heilbrigðisvandamál en misnotkun ólöglegra efna og því er það stefna Embættis landlæknis að takmarka hana sem mest, enda eitt af hlutverkum embættisins að stuðla að skynsamlegri lyfjanotkun.

Að lokum vill Embætti landlæknis leggja áherslu á að þegar örvandi lyf eru notuð á réttan hátt af réttum sjúklingi hafa þau oftast afgerandi þýðingu fyrir lífsgæði viðkomandi einstaklings.

Heimildir

1. Lyfjagagnagrunnur Embættis landlæknis.
2. Mannfjöldatölur frá Hagstofu Íslands.
3. Lakhan SE, Kirchgessner A. Prescription stimulants in individuals with and without attention deficit hyperactivity disorder: misuse, cognitive impact, and adverse effects. Brain Behav 2012; 2: 661-77.

HSN Heilbrigðisstofnun Norðurlands

Heilbrigðisstofnun Norðurlands (HSN) auglýsir eftir afleysingalæknum við starfsstöðvarnar á Akureyri, Húsavík og Sauðárkróki

HSN auglýsir eftir læknum í sumarafleysingar við HSN á Sauðárkróki, Akureyri og Húsavík, með möguleika á áframhaldandi afleysingum. Næsti yfirmaður er yfirlæknir á starfsstöð.

Menntunar- og hæfniskröfur:

● Íslenskt lækningaleyfi ● Hæfni í mannlegum samskiptum og jákvæðni ● Áreiðanleiki, frumkvæði og sjálfstæði í vinnubrögðum ● Ökuleyfi

Helstu verkefni:

● Almennar lækningar og heilsuvernd ● Vaktþjónusta ● Læknisþjónusta á sjúkra- og hjúkrunarsviði (Sauðárkróki og Húsavík).

Tekið er á móti rafrænum umsóknum á heimasíðu stofnunarinnar *www.hsn.is* eða á síðunni *www.starfatorg.is/*
Umsókn skal fylgja starfsferilsskrá, upplýsingar um læknismenntun og staðfestu afriti af opinberu starfsleyfi. Gögn sem ekki er hægt að senda rafrænt skulu berast í tvíriti til mannauðsstjóra HSN, Hafnarstræti 99, 600 Akureyri.

Laun samkvæmt gildandi kjarasamningi fjármálaráðherra og viðkomandi stéttarfélags.

Umsóknarfrestur um störfin er til 25. febrúar 2018 og eru þau veitt skv. nánara samkomulagi.

Nánari upplýsingar um störfin veita:

Á Sauðárkróki Þorsteinn M. Þorsteinsson, yfirlæknir HSN Sauðárkróki í síma 455-4000, netfang: *thorsteinn@hskrokur.is*
Á Akureyri Jón Torfi Halldórsson, yfirlæknir Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri í síma 460-4600, netfang: *jon.torfi.halldorsson@hsn.is*
Á Húsavík Unnsteinn I. Júlíusson, yfirlæknir HSN Húsavík í síma 464-0500, netfang: *unnsteinn.ingi.juliusson@hsn.is*
Fyrir allar starfsstöðvar HSN Örn Ragnarsson, framkvæmdastjóri lækninga HSN í síma 455-4000 netfang: *orn.ragnarsson@hsn.is*
og Þórhallur Harðarson, mannauðsstjóri í síma 892-3091, netfang: *thorhallur.hardarson@hsn.is*

Af sjónarhóli formanns öldunga

Kristófer Þorleifsson

formaður öldungadeildar LÍ

kristofert@simnet.is



Ný stjórn Öldungadeildar Læknafélags Íslands var kjörin á síðasta aðalfundi í maí 2017 til tveggja ára, en fráfarandi stjórn hafði setið í tvö kjörtímabil, eða í fjögur ár. Fráfarandi stjórn eru þökkuð frábær og öflug störf.

Öldungadeild Læknafélags Íslands hefur nú slitið barnskónum, enda liðin tæp 24 ár frá stofnun hennar, en deildin var stofnuð 19. mars árið 1994. Með árunum hefur starf öldungadeildar mótast og starfið verið í nokkuð föstu formi síðustu árin. Í lögum félagsins er tilgangur þess skilgreindur: Að gæta hagsmuna aldraðra lækna og stuðla að auknum samskiptum meðal þeirra, svo og að efla samskipti lækna almennt, félagslega og faglega. Starf félagsins hefur talsvert breyst með árunum. Á fyrstu árunum voru félagsfundir strjálir, en með árunum hefur starfið eflst. Þannig hafa verið haldnir mánaðarlega fræðslufundir frá október og fram í maí og farnar hafa verið ferðir bæði innanlands og út fyrir landsteinana.

Starfið í vetur hefur verið með hefðbundnum hætti. Fræðslufundir hafa verið haldnir mánaðarlega frá því í október fyrsta miðvikudag hvers mánaðar. Fundirnir hafa verið vel sóttir og á milli 55 og 65 félagar mætt á fundina. Efni fræðslufundanna hafa verið breytileg. Þannig fjölluðu Birna Jónsdóttir læknir og Dr. Bruno Frohlich mannfræðingur um „Múmíur“ eða Mummies í október, Jón Alfreðsson læknir um Ögmund Pálsson síðasta kaþólska biskupinn í Skálholti í nóvember og Gísli Einarsson læknir flutti í desember erindi sem hann nefndi „Ef Guð lofar“, en þar sagði hann frá dvöl sinni í Katar. Halldór Baldursson læknir flutti erindið „Þegar fylgdarskipið fórst“ í janúar og á febrúarfundinn kemur Svavar Gestsson fyrrv. ráðherra og sendiherra og mun flytja fyrirlestur sem hann nefnir „Gullni söguhringurinn í Dölum vestur“. Dagskrá funda í mars-maí mun svo liggja fyrir á næstunni. Allir þeir fyrirlestrar sem hafa verið fluttir í vetur hafa verið frábærir, fræðandi og skemmtilegir.

Vegna breytinga á fundarsal læknafélaganna hafa allir fundir félagsins verið haldnir í húsi Atlanta að Hlíðasmára 3 nema októberfundurinn. Líkur er á að frá og með mars verði fundirnir á ný í húsakynnum læknafélaganna að Hlíðasmára 8.

Stefnt er að tveggja daga ferð í haust vestur í Dali á söguslóð Sturlunga og Laxdælu. Einnig er stefnt að utanlandsferð, en enn hefur ekkert verið ákveðið í þeim efnum.

Eins og kveðið er á um í lögum öldungadeildar á félagið að gæta hagsmuna aldraðra lækna, svo sem varðandi lífeyrismál og fleira.

Það kom mörgum læknum 70 ára og eldri í opna skjöldu þegar þeir fengu ekki að taka þátt í rafrænu kjöri á nýjum formanni LÍ á síðasta ári. Í því sambandi var vitnað í 11. gr. laga LÍ þar sem kveðið var á um það að læknar 70 ára og eldri væru undanþegnir félagsgjaldi. Jafnframt var kveðið á um það að þeir einir sem staðið hefðu í skilum með félagsgjöld hefðu kosningarétt. Þannig var hvergi kveðið á um það að læknar 70 ára og eldri hefðu ekki kosningarétt. Þeir eru ekki í vanskilum enda undanþegnir félagsgjaldi sem ég hef talið að væri gert til að létta greiðslubyrði en ekki til að svipta mannréttindum.

Á síðasta aðalfundi LÍ í október 2017 bar ég upp tillögu um að læknar 70 ára og eldri hefðu full félagsréttindi, það er væru kjörgengir og með kosningarétt. Sú tillaga fékk engan hljómgrunn og voru á fundinum gerðar breytingar á 11. gr. laga LÍ varðandi 70 ára og eldri. „Félagsmaður sem er orðinn sjötugur og sem ekki starfar lengur samkvæmt kjarasamningi ríkisins og LÍ getur ákveðið að greiða ekki lengur félagsgjöld til LÍ. Ákveði félagsmaður að hætta greiðslu félagsgjalds nýtur hann hvorki kjörgengis né atkvæðisréttar í LÍ og fær ekki Læknablaðið nema gerast áskrifandi að því sérstaklega.“ Ekki fékk það heldur hljómgrunn að 70 ára og eldri yrðu áfram fullgildir en þyrftu ekki að greiða fullt árgjald heldur til dæmis 30-50% af árgjaldi. Þeir einir sem eru 70 ára og eldri og gerðir hafa verið að heiðursfélögum í LÍ samkv. 4. gr. laga LÍ greiða ekki félagsgjöld til LÍ en njóta allra sömu réttinda og greiðandi félagsmenn.

Við setningu 100 ára afmælishátíðar LÍ í Eldborg í Hörpu mánudaginn 15. janúar 2018 gat formaður LÍ þess að félagar í LÍ væru milli 1300-1400, en innan öldungadeildar væru rúmlega 270.

Eru þá öldungarnir utan LÍ?

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Kristófer Þorleifsson formaður, Jóhannes M. Gunnarsson ritari, Guðmundur Viggósson gjaldkeri. Kristrún Benediktsdóttir, Margrét Georgsdóttir.

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

Umsjón síðu
Páll Ásmundsson
Vefsíða: http://innri.lis.is/oldungadeild-li



Varsjá. Konunglegi kastalinn.



Minsk: Hópurinn framan við Bolshoileikhúsið.



Minsk: Býflugnabóndi.



Vilnius: Íslandsstræti.

Öldungar í Varsjá, Minsk og Vilnius

Dagana 25. ágúst til 3. september 2017 hélt 27 manna hópur læknaöldunga og maka þeirra ásamt fararstjóra Söguferða í heimsókn til Póllands, Hvíta-Rússlands og Litháen.

Fyrsti áfangastaður var Varsjá. Var þar gist í tvær nætur og tíminn notaður til að skoða þessa sögufrægu borg.

Frá Varsjá hélt hópurinn til Minsk, höfuðborgar Hvíta-Rússlands. Þar var gist í fjórar nætur og var þar margt athyglisvert að sjá, bæði frá Sovét-tímanum og frá því honum lauk. Aðdáun vakti hið fagra Bolshoi óperu- og ballethús.

Litháen var síðasta land heimsóknarinnar og var gist í höfuðborginni Vilnius í þrjár nætur. Þar í landi er enn minnst þess stuðnings er Íslendingar veittu Litháen í sjálfstæðisbaráttu þeirra. Meðal annars ber gata í Vilnius nafnið Íslandsstræti.

Umhverfi Vilnius er fagurt og má sérstaklega nefna eyjuna Trakai vestur af Vilnius en þar stendur fallegur kastali.

Flogið var heimleiðis 3. september eftir góða ferð.

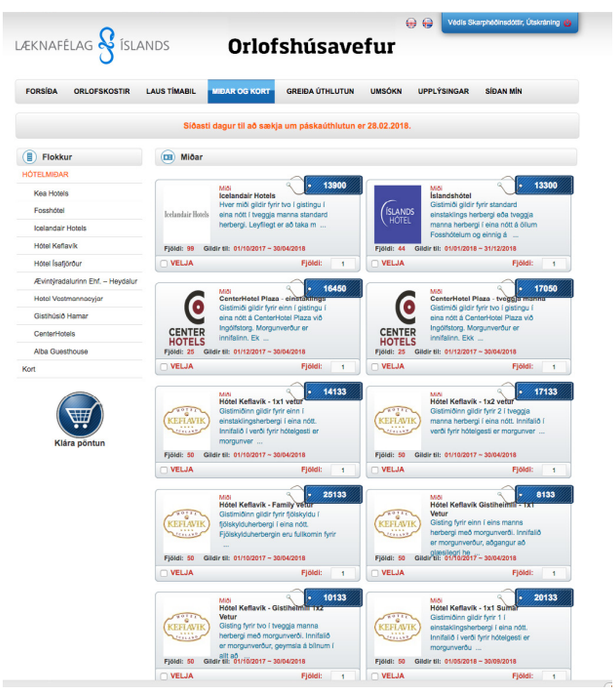
PÁ

▼XELJANZ (tofacitinib) 5 mg filmuhúðaðar töflur
Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi þess komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skal Lyfjastofnun um **allar** aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu.
Ábendingar: XELJANZ notað samhliða metótrexati (MTX) er ætlað til meðferðar við miðlungi alvarlegri eða alvarlegri virkri iktsýki hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa ekki svarað nægilega vel eða hafa óþol fyrir einu eða fleirum sjúkdómshemjandi gigtarlyfjum. XELJANZ má gefa í einlyfjameðferð ef um er að ræða óþol fyrir MTX eða þegar meðferð með MTX er ekki viðeigandi.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu / virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Virkir berklar, alvarleg sýking svo sem blóðsýking eða tækifærissýkingar. Alvarlega skert lifrarstarfsemi. Meðganga og brjóstagjöf.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is.
Markaðsleyfishafi: Pfizer Limited.
Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) dags. 10. janúar 2018.
Pakkningar og leyfilegt hámarksverð í smásölu 1. janúar 2018: 5 mg 56 stk.: 122.930 kr. Afgreiðslutilhögun: R, Z. Greiðsluþátttaka: 0.
Sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér fræðsluefni (RMP) fyrir lyfið og afhent sjúklingi tiltekið fræðsluefni ætlað sjúklingum (öryggiskort 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.

Xarelto 15 mg/20 mg filmuhúðaðar töflur – Skyldutexti
▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skal Lyfjastofnun um **allar** aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. **Virkt efni:** Rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúpbláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Frábendingar:** •Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. •Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. •Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðingu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. •Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparinux), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynningarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. •Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur af flokki Child Pugh B og C. •Meðganga og brjóstagjöf. **Heimild:** Unnið í nóvember 2017 úr Samantekt á eiginleikum lyfs (nóvember 2017). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst. Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. Markaðsleyfishafi:** Bayer AG. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Vinsamlegast hafið samband í síma 8218046 ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum um lyfið. **Afgreiðslumáti og greiðsluþátttaka:** R, G. **Hámarkssmásöluverð þynnupakkninga (janúar 2018):** 11.783 kr. (28 stk.), 16.913 kr. (42 stk. – 15 mg eingöngu), 35.749 kr. (98 stk.), 36.856 kr. (100 stk.).
BAY171201

Frá Orlofssjóði: páska- og sumar-úthlutun 2018

Síðasti dagur til að sækja um páskaúthlutun er 28. febrúar og síðasti dagur til að sækja uum sumarút-hlutun er 5. apríl. Á heimasíðunni lis.is, á innri síðum, undir Orlofssjóði er að finna bókunarvef Orlofssjóð og þar er hægt að gera umsóknir um dvöl í orlofshúsum Læknafélags Íslands.



Á bókunarvef orlofssjóðs eru bæði hús til leigu og líka kort sem veita aðgang að golfi, veiðum, hótelgistingu og tjaldstæðum víða um land. Kortin eru á stéttarfélagsverði sem er afar gott, og þau skerða ekki punktastöðu félaga í LÍ að neinu leyti. Frekari upplýsingar um þetta eru inni á Frímanni, vefnum þar sem húsin eru bókuð.



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER

APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS

100 ÁRA
AFMÆLISDAGSKRÁ LÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS
2018

Febrúar	Listasmiðjur lækna, í Hlíðasmára 8, Kópavogi
Mars	Jónas Magnússon heldur flugukastsnámskeið, 10. til 16. mars
Maí	Ball í Iðnó, 11. maí - læknahljómsveitin Sobril spilar Golfmótaröðin: Keilir/Hvaleyrarvöllur 25. maí Fjallganga/FÍFL: Helgafell
Júní	Fjölskylduskemmtun á Klambratúni 2. júní Golfmótaröðin: Hlíðavöllur í Mosfellsbæ 29. júní
Júlí	Golfmótaröðin: Brautarholt á Kjalarnesi 25. júlí
Ágúst	Ljósmyndasýning Golfmótaröðin: Leirdalsvöllur, GKG, 17. ágúst Fjallganga/FÍFL: Sveinstindur í Öræfajökli
Október	Alþjóðleg siðfræðiráðstefna í Reykjavík 2.-4. október Aðalfundur Alþjóðalæknafélagsins, WMA (World Medical Association), haldinn í Reykjavík 3.-6. október Opið málþing fyrir almenning í Hofi Akureyri
Desember	Jólakaffi/jólaglögg hjá Læknafélaginu í Hlíðasmára 8

Í *Læknablaðinu* verður þessara tímamóta minnst í öllum tölublöðum 104. árgangs með greinum, viðtölum og sérvöldum kápumyndum.

Afmælisnefnd LÍ

Birna Jónsdóttir, formaður
Agnar H. Andrésson
Arnar Þór Rafnsson
Elínborg Bárðardóttir
Jón Torfi Halldórsson
Kristín Sigurðardóttir
Sigurbjörn Sveinsson
Sólveig F. Jóhannsdóttir framkvæmdastjóri


URO1700ZIS 11.2017
Nærðu í tæka tíð?
Upplýsingar um þvagleka
astellas
Vistor hf. Hörgatúni 2 | 210 Garðabær
Sími 535 7000 | netfang: astellas@vistor.is
Sprengur.is

Iceland Travel
RÁÐSTEFNUR

Þökkum samveruna á Læknadögum 2018



Nánari upplýsingar um þjónustu okkar má nálgast á **mice.icelandtravel.is**

conferences@icelandtravel.is

Iceland Travel Ráðstefnur hefur haldið utan um skipulag Læknadaga til margra ára.

Iceland Travel Ráðstefnur sérhæfir sig í skipulagningu, undirbúningi og utanumhaldi ráðstefna, funda og viðburða.