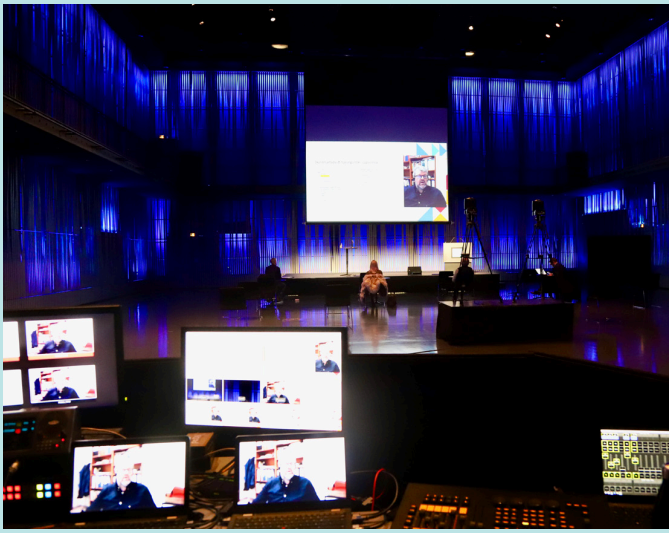
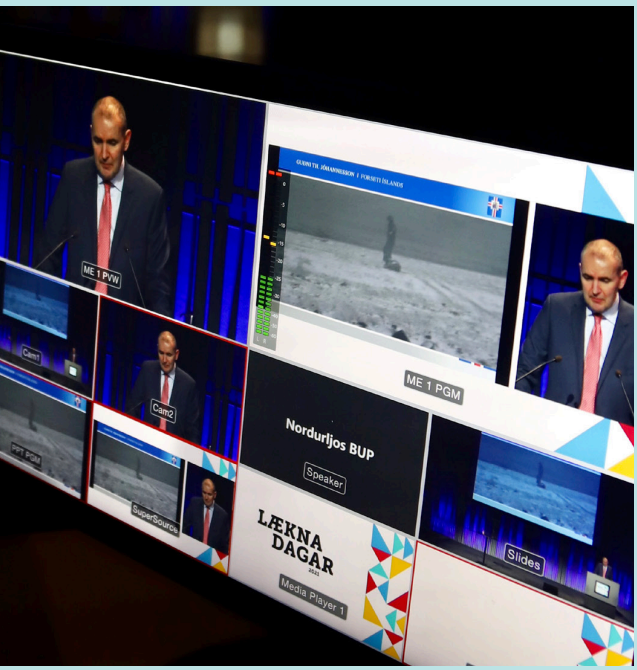
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL















Ástríður Stefánsdóttir

Hvers vegna á ekki að skima konur á aldrinum 40-49 ára fyrir brjóstakrabbameini?

Indriði Einar Reynisson

Eins árs COVID lærdómur

Michael Clausen

Tveir af tíu glíma við frjókornaofnæmi hér á landi

02/2021 107. árgangur: 57-112

Auglýsing



Jón Magnús Kristjánsson kveður nú bráðamóttöku Landspítala og verður framkvæmdastjóri lækninga hjá Heilsuvernd. Mynd/gag

Ég kem til með að sakna fólksins á bráðamóttökunni

„Ég er að færa mig í annað verkefni sem mér finnst spennandi eftir að hafa verið bæði langan og góðan tíma á bráðamóttökunni," segir Jón Magnús Kristjánsson, sem verður framkvæmdastjóri lækninga hjá Heilsuvernd

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég fann að áhugi fjölmiðlanna á því að ég væri að hætta var á þann veg að búa til frétt um að ég væri að hætta af því að það væri svo hræðilegt á Landspítala. Það er ekki þannig. Starf yfirlæknis á bráðamóttökunni hefur verið mjög skemmtilegt og gefandi," segir Jón Magnús Kristjánsson, sem tekur við nýju starfi framkvæmdastjóra lækninga hjá Heilsuvernd í mars.

Jón Magnús hælir starfsfólkinu sem hann nú kveður. Bráðamóttakan sé mönnuð öflugu fólki. „Ég á eftir að sakna bráðamóttökunnar og hasarsins mikið. Þar hef ég varið langstærstum hluta starfsævi minnar," segir hann. „Að skipta um starf er persónuleg ákvörðun fyrir mig sem hentar mér á þessum tímapunkti. Í því felst ekki gagnrýni á Landspítala."

Jón Magnús útskrifaðist úr MBA-námi fyrir ári síðan. „Já, námið á örugglega þátt í ákvörðuninni," segir hann þótt markmið hans hafi verið að efla sig í núverandi starfi. „Augun opnuðust hins vegar einnig fyrir þessum stóra heimi utan við spítalann."

Jón Magnús hóf störf sem læknanemi á Landspítala fyrir 25 árum, fór út í sérnám og vann ár í Keflavík. „Annars hef ég verið hér," segir hann. Síðustu 5 ár hefur hann verið yfirlæknir bráðamóttökunnar og sögðu fréttir að álag réði að hluta til ákvörðuninni. Spurður nefnir hann að fráflæðisvandinn hafi ekki fælt hann úr starfi þótt hann hefði viljað sjá vandann fyrr leystan. Vandinn hafi smám saman vaxið og komið aftan að kerfinu, þrátt fyrir ábendingar síðustu ár.

„Ákveðinn hápunktur kom fyrir ári síðan. Ástandið var óboðlegt og 20-40 sjúklingar fastir á bráðamóttöku." Hann sat í átakshópi á vegum heilbrigðisráðuneytisins sem skilaði tillögum sínum í febrúar í fyrra og segir hann að þá í fyrsta sinn hafi verið tekin stefnumiðuð ákvörðun innan Landspítala um að afstýra ástandinu á deildinni. „Ákveðið var að sjúklingarnir ættu að fara af bráðamóttökunni innan 6 klukkustunda frá því að þeir koma."

Opnun hjúkrunarheimilisins að Sléttuvegi og heimsfaraldurinn gjörbreyttu ásókn að bráðamóttökunni og ástandinu þar. Innlagnarvandinn hvarf en er nú aftur farinn að herja á deildina og yfir 20 einstaklingar bíða eftir að komast af bráðamóttökunni í viðeigandi úrræði.

„Í eðli sínu hefur ástandið ekki breyst," segir hann. Spurður hvort hjúkrunarrýmin 90 sem heilbrigðisráðherra hyggist opna á höfuðborgarsvæðinu á árinu leysi vandann bendir hann á að þau hafi ekki enn verið boðin út. „Og það þótt til hafi staðið að yrðu komin í gagnið á fyrsta ársfjórðungi."

Ekki er heldur nóg að allir þeir sem hafa lokið spítalaþjónustu komist í viðeigandi úrræði utan spítalans. „Spítalaþjónustan verður ekkert sveigjanlegri við það." Viðhorfsbreytinga sé þörf og 10 teymi innan spítalans hafi unnið að úrbótum síðan skýrslan kom út.

„En það hefur enn sem komið er ekki skilað áþreifanlegum breytingum. Það eru ákveðin vonbrigði. Hins vegar hefur spítalinn og heilbrigðiskerfið verið svo upptekin af COVID að það er eðlilegt að það hafi tafist lengur en við væntum í byrjun."

Hann ítrekar þó að fráflæðisvandinn hafi ekki flæmt hann frá spítalanum heldur hafi nýju verkefnin heillað. Hann sér fyrir sér að þróunin verði hraðari á nýjum stað, í minna og kvikara umhverfi en einkennir stórar stofnanir eins og Landspítala, og er spenntur. Heilsuvernd vinnur á breiðum grunni í heilbrigðisþjónustu, allt frá rekstri heilsugæslustöðvar í Urðarhvarfi í að sinna læknisþjónustu fyrir Hrafnistuheimilin.

„Þau eru með mörg verkefni í þróun sem ég fæ að taka þátt í. Mér þykir þetta þróunar- og umbreytingarstarf afar áhugavert og hlakka til að taka við nýju starfi."

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Berglind Jónsdóttir
Hulda María Einarsdóttir
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Magnús Haraldsson
Margrét Ólafía Tómasdóttir
Ólafur Árni Sveinsson
Theódór Skúli Sigurðsson

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingar
Sólveig Jóhannsdóttir
solveig@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
1900

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

Áskrift
21.900,- m. vsk.
Lausasala
2190,- 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

LEIÐARAR



63

Arnór Víkingsson

Kínalífselixír og nútímaheilsa

Fyrsta verkefni læknisins er að útiloka að einkenni stafi frá vefrænum kvilla. Íslenskir læknar standa sig yfirleitt vel í því ferli en misstíga sig oft í næsta skrefi, upplýsingagjöfinni.



65

Ástríður Stefánsdóttir

Hvers vegna á ekki að skima konur á aldrinum 40-49 ára fyrir brjóstakrabbameini?

Hvers virði er eitt mannslíf? Hversu mikill er skaðinn sem sjúkdómsgreining að óþörfu veldur? Hvað er rétt að kosta miklu til ef vafi leikur á ágóða af lýðheilsuaðgerð?

FRÆÐIGREINAR

67

Sigrún Ólafsdóttir Flóvenz, Elín Broddadóttir, Sturla Brynjólfsson, Agnes Sigríður Agnarsdóttir, Paul M. Salkovskis, Jón Friðrik Sigurðsson

Tengsl þrálátra líkamlegra einkenna við einkenni þunglyndis og kvíða hjá einstaklingum sem leituðu til heilsugæslu

Þessi einkenni eru algeng á öllum sviðum og stigum heilbrigðiskerfisins. Þrálát líkamleg einkenni tengjast slakri líkamlegri og geðrænni heilsu. Þau hafa háa fylgni við þunglyndi og kvíðaraskanir en rannsóknir benda til þess að á bilinu 40-60% fólks með slík einkenni uppfylli greiningarskilmerki fyrir þunglyndi eða kvíða. Sýnt hefur verið fram á gagn af hugrænni atferlismeðferð við ákveðnum gerðum þessara einkenna, svo sem iðraólgu, síþreytu og vefjagigt, en slík meðferð er í flestum tilfellum sérhæfð.

74

Helgi Kristjánsson, Ólafur Sveinsson

Heilkenni skammvinns höfuðverkjar með brottfallseinkennum og eitilfrumuhækkun í mænuvökva – tvö tilfelli og yfirlit

Heilkenni skammvinns höfuðverkjar er sjaldgæft sjúkdómsástand sem fyrst var lýst 1981. Það einkennist af höfuðverkjaköstum og brottfallseinkennum frá taugakerfi auk eitilfrumnahækkunar í mænuvökva. Heilkennið er góðkynja og einkenni ganga til baka en mikilvægt er að útiloka alvarlegar orsakir fyrir einkennum sjúklinga. Nokkrar tilfallaraðir um hafa verið birtar erlendis en aldrei áður á Íslandi. Eftirfarandi tvö tilfelli varpa ljósi á ólíkar birtingarmyndir heilkennisins.

78

Davíð Gíslason, Tryggvi Ásmundsson, Einar G. Pétursson

Eldri heimildir um heyöflun og heysjúkdóma á Íslandi

Heysjúkdómar hafa vafalaust fylgt búskaparháttum Íslendinga alveg frá landnámi í lok 9. aldar. Aðstæður til heyöflunar hafa verið betri á fyrstu öldum eftir landnám en seinna var, þegar veðurfar kólnaði og landgæði versnuðu. Hér er fjallað um það sem skrifað hefur verið um heysjúkdóma á Íslandi frá byrjun 17. aldar og fram á miðja 20. öld.

Á FORSÍÐU



Læknadagar 2021

Læknadagar voru haldnir í 25. sinn 18.-22. janúar, - og í ljósi alls sem er í þessum nýja COVID-mettaða heimi voru þeir mannlausir með öllu. Vettvangurinn var þó sá sami og undanfarin ár, Harpan sjálf, og dagskráin rann í stríðu streymi þaðan og í öllu skipulagi einsog ekkert hafi í skorist: 6 málþing á dag, hádegisfundir og hliðardagskrá, skemmtiefni og pöbbkviss og dansstuð, sýndarheimar lyfjafyrirtækja, opnunar- og lokadagskrá. Það eina sem vantaði var MIG Í SIG, einsog segir í texta Braga Valdimars Skúlasonar Baggalúts.

Tæknilega var dagskráin óaðfinnanleg, allt heyrðist og sást með prýði, og nú bætist við sá fídus að hægt verður að njóta þessara daga í heilan mánuð frá útsendingu.

Þetta fyrirkomulag var risaskref inn í framtíðina. En það er samt ekkert sem toppar það að hittast og fá sér kaffi, kók og nammi, og sjá framan í nýja og gamla vini og kollega og tala saman!

Myndirnar á kápu blaðsins tók Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir á Læknadögum 2021. – VS

UMFJÖLLUN OG GREINAR

90
Tveir af tíu glíma við frjókornaofnæmi hér á landi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Hátt í 50 börn hefja afnæmingu við grasofnæmi nú í ársbyrjun. Þrjú ár tekur að losna við ofnæmi en flestir verða góðir fyrsta sumarið. Michael Clausen barnalæknir segir kókosofnæmi hafa greinst hér á landi eftir að foreldrar hófu að bera kókosolíu á ung börn sín





94
Hvetur til vakningar um að verkjastilla sykursjúka

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Páll Ragnar Karlsson, doktor í læknisvísindum, fékk fyrirspurnir til Danmerkur frá örvæntingarfullu verkjuðu fólki hér á landi. Þær bárust honum í kjölfar þess að hann var útnefndur rannsóknarmaður ársins af Dönsku sykursýkisakademíunni



100
Vill að offita sé meðhöndluð sem sjúkdómur

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Tryggvi Helgason sérfræðingur í offitu barna segir ekki koma á óvart að hlutfall landsmanna með offitu sé hæst hér á landi meðal OECD-ríkja. Offita hefur aukist ár frá ári þótt yfirvöld hafi lofað fyrir 15 árum að taka á offitu barna og lækka hlutfallið

104
Krabbameinsleitin á krossgötum og hvert stefnir nú?

Reynir Tómas Geirsson

Sambýli Leitarstöðvar við Krabbameinsskrá skapaði frá upphafi góða aðstöðu fyrir uppgjör og vísindalegt mat á leitinni í skýrslum og vísindagreinum, allt fram til 2013

97
Tvö mRNA-bóluefni gegn COVID-19 samþykkt á Íslandi

Már Kristjánsson

Comirnaty frá BioNTech og Pfizer, og COVID-19 Vaccine Moderna frá Moderna



98
Við læknar verðum að fá tækifæri til endurheimtar

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Læknar eiga á hættu að kulna þegar síðferðisgildi þeirra skaðast. Þeir verða að fá tækifæri til að sinna skjólstæðingum sínum eins vel og þeir geta. Þetta segja þær Kristín Sigurðardóttir slysa- og bráðalæknir og Margrét Ólafía Tómasdóttir heimilislæknir

106
Henta lágkolvetna mataræði og föstur í þjálfun?

Sigríður Lára Guðmundsdóttir, Birna Varðardóttir, Elísabet Margeirsdóttir, Gréta Jakobsdóttir, Vaka Rögnvaldsdóttir, Anna Sigríður Ólafsdóttir

Mikilvægt er að hafa í huga hver tilgangur þjálfunar og næringar er og hvort hann tengist frammistöðu, heilsu, holdafari eða vellíðan

86
Fréttir

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



89
Eins árs COVID lærdómur

Indriði Einar Reynisson

Læknar eru leiðtogar heilbrigðiskerfisins og það verður aldrei tekið af okkur

ÖLDUNGADEILDIN



108
Ferð öldungadeildar á Snæfellsnes

Kristófer Þorleifsson

DAGUR Í LÍFI HEILSUGÆSLULÆKNIS Á HÖFN Í HORNAFIRÐI

Elín Freyja Hauksdóttir



17:30

Ég rétt næ inn um dyrnar heima og kasta kveðju á strákana þegar vaktsíminn hringir.

LIPUR PENNI



110
… á forsíðuna á Rolling Stone!

Unnsteinn Ingi Júlíusson

Auglýsing

Kínalífselixír og nútímaheilsa



Arnór Víkingsson

gigtarlæknir, lyflækninga-þjónustu Landspítala og Þraut ehf – miðstöð vefja-gigtar

arnor@landspitali.is

Læknar fortíðarinnar, hvort sem þeir tilheyrðu vestrænum eða austrænum menningarheimi, gerðu takmarkaðan greinarmun á því hvort vanlíðan skjólstæðinga þeirra hefði vefrænar eða starfrænar orsakir, enda skilningur og þekking á því að litlu leyti fyrir hendi. Í lok miðalda hófst sigurför vestrænnar læknisfræði þegar vísindaleg nálgun tók í vaxandi mæli við af þeirri guðlegu. Sú sigurför stendur enn styrkum fótum en hefur ekki verið án aukaverkana. Vísindaleg óbilgirni hefur lengst af úthýst þeim fjölmörgu starfrænu vandamálum sem mælast ekki samkvæmt viðurkenndum stöðlum og skilið einstaklingana eftir eina á flæðiskeri.

Þessi viðhorf hafa átt sinn þátt í uppgangi óhefðbundinna lækningameðferða sem á Íslandi einu saman velta árlega tugum milljarða. Í eftirminnilegri skáldsögu Jóns Kalmans Stefánssonar *Himnaríki og helvíti* segir frá verbúðarlífi karlmanna á Vestfjarðakjálkanum sem versla sér kínalífselixír, enda „mikið og gott meltingarlyf, hressandi og styrkjandi meðal, dugar vel gegn leiðinda vindlofti í þörmum, brjóstsviða, ógleði, óhægð fyrir bringuspölum". Þeir eru margir kínalífselixírarnir á markaði í dag og, *nota bene* einnig í lyfseðilshöndum lækna.

Starfrænir kvillar hafa verið kallaðir ýmsum vondum nöfnum í gegnum tíðina. Eitt versta nafnið að mínum dómi er „læknisfræðilega óútskýrð einkenni" (*medically unexplained symptoms*) sem lýsir læknisfræðilegum hroka, niðurlægir skjólstæðingana og fyllir þá reiði, óvissu og kvíða. Kaldhæðnin varðandi nafngiftina er að í þessum sjúkdómaflokki greinast vissulega breytingar í blóði og í starfrænum heilamyndatökum[1,2] en einkennin eru ekki eins óútskýrð og gefið er í skyn.

Meginniðurstöður í grein Sigrúnar og félaga í þessu tölublaði *Læknablaðsins* eru að hjá skjólstæðingum heilsugæslunnar eru langvinn líkamleg einkenni algeng og byggt á svörum við matslistum fara þau oft saman við geðræn vandamál. Niðurstöðurnar eru í góðu samræmi við erlendar rannsóknir sem jafnframt hafa bent á að þessir sjúklingahópar fái oft ófullnægjandi úrlausn vanda síns innan heilbrigðiskerfisins.[3] Ekki síst þeir sem eru bæði með líkamleg einkenni og geðræn vandamál en sá hópur hefur hvað verstar framtíðarhorfur, til dæmis hvað varðar lífsgæði og vinnugetu.[4]

Á Íslandi getum við vissulega gert betur í skipulagi heilbrigðisþjónustunnar fyrir þessa sjúklingahópa.

Fyrsta verkefni læknisins er að útiloka að einkennin stafi frá vefrænum kvilla. Íslenskir læknar standa sig yfirleitt vel í því ferli en misstíga sig oft í næsta skrefi, upplýsingagjöfinni.

Það skiptir í mörgum tilvikum miklu að skjólstæðingurinn fái staðfestingu á að búið sé að útiloka undirliggjandi vefrænan sjúkdóm og jafnframt er mikilvægt að hann fái rökræna og rétta skýringu á eðli starfræna vandans, að vandamálið sé ekki ímyndun. Það getur fyrirbyggt eða dregið verulega úr heilsukvíða og sparað ómældar fjárhæðir í heilbrigðiskostnað. Vísindaleg þekking nútímans á orsökum langvinnra líkamlegra einkenna hefur náð því stigi að hægt er að veita haldgóða alþýðufræðslu til sjúklingahópa innan og utan heilsugæslunnar. Síðan er mikilvægt að greina þá sem hafa erfiðari sjúkdóm með verri horfum og veita þeim frekari þjónustu. Vandað viðtal með notkun viðurkenndra matslista er gulls ígildi til að taka ákvörðun um frekari meðferðarinngrip: Samtöl, endurskoðun á lífsstílsþáttum, lyf og ýmsar tegundir hugrænna hópmeðferða, svo sem hugræn atferlismeðferð. Í öllum tilvikum er full ástæða til að benda fólki sérstaklega á að krónísk streitusvörun getur verið ríkulegur þáttur í tilurð eða versnun einkennanna; tengsl ofvirkrar innri skynjunar (*interoception*) með tilheyrandi einkennum, og streitu eru vel staðfest.[5]

Fyrsta verkefni læknisins er að útiloka að einkennin stafi frá vefrænum kvilla. Íslenskir læknar standa sig yfirleitt vel í því ferli en misstíga sig oft í næsta skrefi, upplýsingagjöfinni.

Kínalífselixírar lifa ennþá vissulega góðu líf í meðferð starfrænna líkamlegra sjúkdóma en með markvissari nálgun heilbrigðisþjónustunnar í næstu framtíð er eins víst að sjúklingunum vegni betur þrátt fyrir minnkandi notkun þeirra á elixírum.

Heimildir

1. Uceyler N, Häuser W, Sommer C. Systematic review with meta-analysis: cytokines in fibromyalgia syndrome. BMC Musculoskeletal Disord 2011; 12: 245.
2. Kaplan CM, Schrepf A,. Vatansever D, et al. Functional and neurochemical disruptions of brain hub topology in chronic pain. Pain 2019; 160: 973-83.
3. Dirkzwager AJE, Verhaak PFM. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. BMC Fam Pract 2007; 8: 33.
4. Tunks ER, Crook J, Weir R. Epidemiology of Chronic Pain with Psychological Comorbidity: Prevalence, Risk, Course and Prognosis. Can J Psychiatry 2008; 53: 224-34.
5. Schulz A, Vögele C. Interoception and stress. Front Psychol 2015; 6: 993.

Chinese elixirs of life and modern health

Arnór Víkingsson
MD, Consulting rheumatologist at Landspitali University Hospital and Chief Medical Doctor at Thraut - Centre for fibromyalgia and related disorders

doi 10.17992/lbl.2021.02.618

Auglýsing

Hvers vegna á ekki að skima konur á aldrinum 40-49 ára fyrir brjóstakrabbameini?



Ástríður Stefánsdóttir

læknir og dósent í hagnýtri siðfræði, Háskóla Íslands, deild heilsueflingar, íþrótta og tómstunda

astef@hi.is

Stórar faraldsfræðilegar rannsóknir sem gerðar hafa verið á undanförnum árum benda til þess að skimanir fyrir brjóstakrabbameini með brjóstamyndatökum bæti ekki lífslíkur þeirra kvenna sem taka þátt í þeim.[1,2] Þessar niðurstöður hafa vakið upp áleitnar spurningar um réttmæti brjóstaskimana og hafa sumir jafnvel lagt til að hætta eigi slíkri skimun á einkennalausum konum sem ekki eru í tilgreindum áhættuhópum.[1]

Allar skimanir eru tvíeggjað sverð, í þeim felst bæði ábati og skaði. Í skimunum fyrir brjóstakrabbameini er alvarlegasti skaðinn sá fjöldi ofgreininga sem af skimun leiðir.[3] Með „ofgreiningum" er vísað til greininga á meinum í almennri skimun sem aldrei hefðu leitt til sjúkdóms eða ótímabærs dauða hjá einstaklingnum. Ekki er lengur deilt um að ofgreiningar eru raunverulegar. Á hinn bóginn er erfitt að meta hve stór hluti greininga þær eru. Niðurstöður faraldsfræðilegra kannana eru ekki samhljóða en benda til að þær geti í ákveðnu þýði verið allt að helmingur greindra meina í skimun á einkennalausum konum.[2]

Til að útskýra nánar hvernig ofgreiningar birtast áætla Kanadamenn að fyrir hverjar 2100 konur sem skimaðar eru fyrir brjóstakrabbameini annað hvert ár, á aldrinum 40-49 ára, megi gera ráð fyrir að einu lífi sé bjargað frá því að deyja úr brjóstakrabbameini, en á móti séu 700 konur með falskt jákvæða niðurstöðu úr skimun, 75 af þeim fara í sýnatöku og að minnsta kosti 10 fara í brjóstnám og meðferð við krabbameini að óþörfu.[4] Það að fá óþarfa greiningu er alvarleg aukaverkun. Slík reynsla hefur áhrif á líf konunnar það sem eftir er ævinnar.

Vitað er að skimanir, inngrip sem þeim fylgja og ofgreiningar valda auk þess auknu andlegu álagi með hærri tíðni alvarlegra geðvandamála og hjarta- og æðasjúkdóma.[1] Þótt þessar aukaverkanir skimana séu ekki mikið ræddar geta þær verið alvarlegar og jafnvel leitt til einhverra dauðsfalla í stóru þýði. Það er því ávallt mikilvægt þegar skilmerki skimana eru ákveðin að vega og meta ábata á móti skaða. Slíkt mat er flókið og erfitt og ólíklegt að allir komist að sömu niðurstöðu. Þetta snýst ekki einvörðungu um staðreyndir, heldur er matið einnig siðferðilegt og pólitískt. Hvers virði er eitt mannslíf? Hversu mikill er skaðinn sem sjúkdómsgreining að óþörfu veldur? Hvað er rétt að kosta miklu til ef vafi leikur á ágóða af lýðheilsuaðgerð?

Skimunarráð lagði til í nýju áliti að í stað þess að hefja skimun fyrir brjóstakrabbameini við 40 ára aldur væri rétt að boða konur í fyrstu skimun við fimmtugt. Ástæða þessarar breytingar er að umtalsverður vafi leikur á ábata skimunar hjá konum yngri en 50 ára. Með þessari niðurstöðu tökum við undir mat flestra Evrópuþjóða sem einnig hefja skimun við 50 ár.

Þegar heilbrigðisyfirvöld bjóða heilbrigðum og einkennalausum konum upp á skimun fyrir krabbameini í brjóstum er mikilvægt að þær hafi forsendur til að taka upplýsta ákvörðun um þátttöku. Þær þurfa því að vera meðvitaðar um þann ávinning og þann mögulega skaða sem slík skimun felur í sér. Þeir sem sjá um skimun fyrir krabbameini í brjóstum þurfa að setja fram aðgengilegt fræðsluefni um mögulegan ávinning og skaða skimunar og koma þeim upplýsingum til allra kvenna sem taka þátt. Jafnframt þurfa læknar að vera í stakk búnir til að ræða um kosti og galla krabbameinsskimana við sjúklinga sína.

Hvers virði er eitt mannslíf? Hversu mikill er skaðinn sem sjúkdómsgreining að óþörfu veldur? Hvað er rétt að kosta miklu til ef vafi leikur á ágóða af lýðheilsuaðgerð?

Við krabbameinsskimanir á að gera þá kröfu að þær skili sér í lækkaðri dánartíðni og betri heilsu þeirra hópa sem þar taka þátt. Hér þarf að fylgjast vel með þeim rannsóknum sem gerðar eru og ræða þær opið og fordómalaust. Þegar tilefni er til á að endurskoða fyrirkomulag skimana þannig að þær þjóni okkur sem best.

Heimildir

1. Adami H-O, Kalager M, Valdimarsdottir U, et al. Time to abandon early detection cancer screening. Eur J Clin Invest 2019; 49: e13062.
2. Autier P, Boniol M, Koechlin A, et al. Effectiveness of and overdiagnosis from mammography screening in the Netherlands: population based study. BMJ 2017; 359: j5224.
3. Autier P, Boniol M. Mammography screening: A major issue in medicine. Eur J Cancer 2018; 90: 34-62.
4. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Breast Cancer—Risks & Benefits, Age 40–49. canadiantaskforce.ca/tools-resources/breast-cancer-2/breast-cancer-risks-benefits-age-40-49/?fbclid=IwAR1BbrjgA9WabDZI9jVNxSLQc3dlI04LffwhtlkOHpnsUabU-0LOGmmWUzvM - janúar 2021.

Why should women age 40-49 years not participate in breast cancer screening?

Ástríður Stefánsdóttir
Physician and Associate Professor in Applied Ethics, University of Iceland, Faculty of Health Promotion, Sport and Leisure Studies

doi 10.17992/lbl.2021.02.619

10th Nordic Specialist Course in Palliative Medicine 2021-2023

Samnorrænt sérfræðinám í líknarlækningum

Lokadagur umsókna – 16.04.2021

Lífið, samtök um líknarmeðferð á Íslandi hefur í samvinnu við norrænu sérfræðifélög líknarlækna staðið fyrir sérfræðinámi í líknarlækningum frá haustinu 2003. Námið er ætlað læknum er lokið hafa sérnámi í klínískri grein læknisfræðinnar. Tíunda námslotan hefst í nóvember 2021. Námið er tveggja ára fræðilegt nám sem skipt er upp í sex 5 daga námskeið:

1. **MODULE 1 – 22.-26. nóvember 2021, Þrándheimi, Noregi**
   Introduction to palliative medicine; Introduction to course project; Symptom management in palliative care, with special reference to cancer
2. **MODULE 2 – 25.-29. apríl 2022, Malmö, Svíþjóð**
   Communication; Ethics; Teamwork; Palliative care in frail elderly and in patients with dementia
3. **MODULE 3 – 26.-30. september, Bergen, Noregi**
   Decision-making; Emergencies; Complementary and alternative treatments; Organisation of palliative care in the Nordic Countries; Teaching and learning; Wound care
4. **MODULE 4 – 21.-25. nóvember 2022, Turku, Finlandi**
   The imminently dying; Audit
5. **MODULE 5 – 23.-27. janúar 2023, Helsingør, Danmörku**
   Communication; Pain
6. **MODULE 6 – 24.-28. apríl 2023, Stokkhólmi, Svíþjóð**
   Management and organisation; Palliative care in end-stage organ failure and progressive neurological conditions; Introduction to pediatric palliative care; Course project; Examination and course evaluation.

Hverju námskeiði fylgja heimaverkefni, þátttakendur þurfa að skila afmörkuðu rannsóknarverkefni í lokin og standast skriflegt próf. Kennt er á ensku. Tveir Íslendingar geta fengið þátttökurétt. Sjá nánar á vefsíðu: nscpm.org

Kostnaður er 1100 evrur fyrir hvert námskeið alls 6600 evrur, auk ferða og uppihalds.

Árið 2017 voru líknarlækningar gerðar að viðbótarsérgrein við klíníska greinar læknisfræðinnar á Íslandi. Námskeiðið spannar þá fræðilegu þekkingu sem krafist er fyrir viðurkenningu líknarlækninga sem viðbótarsérgreinar á Norðurlöndum.

Valgerður Sigurðardóttir, yfirlæknir líknardeildar og HERU – sérhæfðar líknarþjónustu Landspítala í Kópavogi, gefur allar frekari upplýsingar, sendir út umsóknareyðublöð og er tilbúin að aðstoða við styrkumsóknir.

Sími: 543 6337 / 825 5018, valgersi@landspitali.is

Tengsl þrálátra líkamlegra einkenna við þunglyndi og kvíða hjá þeim sem leituðu til heilsugæslu

Sigrún Ólafsdóttir Flóvenz[1] sálfræðingur
Elín Broddadóttir[1] sálfræðingur
Sturla Brynjólfsson[1] sálfræðingur
Agnes Sigríður Agnarsdóttir[2] sálfræðingur
Paul M. Salkovskis[3] sálfræðingur
Jón Friðrik Sigurðsson[1,4] sálfræðingur

[1]Sálfræðideild Háskólans í Reykjavík, [2]Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, [3]sálfræðideild háskólans í Oxford, [4]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Sigrún Ólafsdóttir Flóvenz, *sigrunola@ru.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Þrálát líkamleg einkenni sem ekki eiga sér þekktar líkamlegar orsakir geta skert færni til að sinna athöfnum daglegs lífs. Markmið rannsóknarinnar var að meta algengi slíkra einkenna meðal fólks sem sækir heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu, tengsl þeirra við færniskerðingu og einkenni þunglyndis, almenns kvíða og heilsukvíða, og meta hlutfall sjúklinga sem líklega hafi gagn af sálfræðimeðferð við þrálátum líkamlegum einkennum.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Spurningalistar sem meta þrálát líkamleg einkenni, færniskerðingu og einkenni þunglyndis, almenns kvíða og heilsukvíða voru lagðir fyrir 106 þátttakendur á tveimur heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu.

NIÐURSTÖÐUR

Tuttugu og níu (27,4%) þátttakendur reyndust vera með þrálát líkamleg einkenni og voru sterk tengsl á milli þeirra og einkenna geðraskana. Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni voru 8 sinnum líklegri til að vera með einkenni þunglyndis og almenns kvíða en þátttakendur án þeirra, fjórum sinnum líklegri til að vera með einkenni heilsukvíða og 13 sinnum líklegri til að vera með færniskerðingu yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Rúmlega helmingur þátttakenda með þrálát líkamleg einkenni voru með tvær eða fleiri gerðir einkenna en þreyta og vöðvavandamál var algengasta gerðin. 65% þátttakenda greindu frá þrálátum líkamlegum einkennum og sálrænum einkennum yfir klínískum viðmiðunarmörkum.

ÁLYKTUN

Algengi þrálátra líkamlegra einkenna meðal notenda heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna. Sama má segja um tengsl þeirra við einkenni þunglyndis og kvíða. Líklegt er að tveir þriðju heilsugæslusjúklinga með slík einkenni myndu njóta góðs af sálfræðilegri meðferð. Hugræn atferlismeðferð við þrálátum líkamlegum einkennum gæti gert þessum hópi gagn en í slíkri meðferð er unnið sérstaklega með samspil sálrænna og líkamlegra einkenna.

Inngangur

Einkenni sem ekki eiga sér þekktar líffræðilegar orsakir eru algeng meðal þeirra sem leita heilbrigðisþjónustu. Fræðileg umfjöllun um slík einkenni markast af ósamræmi í notkun skilgreininga og hugtaka. Mörg hugtök hafa verið notuð um slík einkenni, svo sem óútskýrð einkenni (*medically unexplained symptoms*) og starfræn einkenni (*functional symptoms*) og þær skilgreiningar sem notaðar hafa verið eru ólíkar hvað varðar fjölda, tímalengd og alvarleika einkenna. Heilkenni sem byggjast á óútskýrðum líkamlegum einkennum hafa verið skilgreind innan flestra greina læknisfræðinnar, til dæmis iðraólga (*irritable bowel syndrome*), vefjagigt (*fibromyalgia syndrome*), síþreyta (*chronic fatigue syndrome*), óútskýrðir brjóstverkir (*non-cardiac chest pain*) og þrálátir verkir (*chronic pain syndrome*).

Gagnið af því að greina á milli ólíkra óútskýrða einkenna og heilkenna hefur verið dregin í efa.[1] Algengt er að fólk þjáist af fleiri en einni gerð óútskýrðra líkamlegra einkenna og óútskýrða heilkenna og mikil skörun er á milli þeirra hvað varðar skilgreiningu, birtingu einkenna og tengsla við önnur heilsufarsvandamál.[1] Ennfremur benda rannsóknir til þess að til lengri tíma verði breytingar á hvaða einkenni fólk upplifir og á ólíkum tímum trufla sumar einkennagerðir meira en aðrar.[2]

Alþjóðlegt flokkunarkerfi sjúkdóma og skyldra heilbrigðis-

vandamála[3] (ICD) og *Handbók um greiningu og upplýsingar geðsjúkdóma*[4] (DSM) innihalda greiningarflokka sem ætlað er að ná utan um umrædd einkenni en bæði nöfnum og skilgreiningum var breytt talsvert með tilkomu nýrra útgáfa. ICD-11 og DSM-5 innihalda greiningarnar *Bodily distress disorder*[3] og *Somatic symptom disorder*[4] sem báðar fela í sér að til staðar séu þrálát, hamlandi líkamleg einkenni sem valda vanlíðan. Skilmerki *Bodily distress disorder* krefjast þess að fólk sé mjög upptekið af einkennum sínum og skilmerki *Somatic symptom disorder* þess að óhóflegar eða óhjálplegar hugsanir, tilfinningar eða hegðun séu til staðar. Í ICD-11 og DSM-5 er ekki gerð krafa um að líkamlegu einkennin séu óútskýrð eins og gert var í eldri greiningarkerfum og er því hægt að greina raskanirnar samhliða þekktum sjúkdómum.

Þrálát líkamleg einkenni (*persistent physical symptoms*) er nýlegt regnhlífarhugtak sem nær yfir ólíkar gerðir óútskýrðra heilkenna og einkenna sem valda færniskerðingu og vanlíðan. Fólk sem þjáist af þrálátum líkamlegum einkennum kann betur við þetta hugtak en önnur,[5] auk þess sem það samræmist vel nýjum skilgreiningum á starfrænum greiningum í ICD-11 og DSM-5. Hér verða óútskýrð einkenni rædd undir þessu regnhlífarhugtaki og eru þrálát líkamleg einkenni skilgreind sem líkamleg einkenni sem ekki finnst líffræðileg útskýring á en skerða verulega getu til að sinna athöfnum daglegs lífs. Þetta þýðir að orsakir einkennanna finnast ekki þrátt fyrir ítarlega skoðun og einkennin stafa ekki af þekktum sjúkdómum, geðröskunum eða notkun lyfja eða vímuefna. Einkennin geta tengst mörgum líkamskerfum eða líkamshlutum, og er skipt í eftirfarandi 7 gerðir: svefnvandi, langvarandi verkir, þreyta og vöðvavandamál, svo sem eymsli, skjálfti eða máttleysi; meltingartengd vandamál, vandamál frá hjarta og brjóstholi, svimi og svipuð vandamál, svo sem óstöðugleiki, yfirliðstilfinning eða vera ringlaður og vandamál tengd tíðahring.

Þrálát líkamleg einkenni eru algeng á öllum sviðum og stigum heilbrigðiskerfisins. Erlendar rannsóknir benda til þess að um það bil þriðjungur heilsugæslusjúklinga,[6,7] einn þriðji til tveir þriðju sjúklinga sem leita til sérfræðilækna[8,9] og um fimmtungur sjúklinga sem ítrekað sækja sérfræðiþjónustu séu með eitt eða fleiri þrálát líkamleg einkenni.[10,11]

Þrálát líkamleg einkenni tengjast slakri líkamlegri og geðrænni heilsu. Þau hafa háa fylgni við þunglyndi og kvíðaraskanir[12] en rannsóknir benda til þess að á bilinu 40-60% fólks með slík einkenni uppfylli greiningarskilmerki fyrir þunglyndi eða kvíða.[6,13-15] Sterkt samband hefur fundist á milli þrálátra líkamlegra einkenna og skertrar færni til að sinna athöfnum daglegs lífs, þar með talið skertrar vinnugetu.[14,16] Þessi færniskerðing virðist sambærileg færniskerðingu sem fylgir mörgum alvarlegum langvinnum sjúkdómum[17,18] og ekki er hægt að rekja hana einungis til samsláttar við geðraskanir eða sjúkdóma.[17,19] Ennfremur tengjast þrálát líkamleg einkenni auknu atvinnuleysi[20,21] og auknum líkum á varanlegri örorku.[19,22]

Þrálátum líkamlegum einkennum fylgir mikil notkun heilbrigðisþjónustu[17,20,21] og hár sjúkrakostnaður.[18] Aukin notkun heilbrigðisþjónustu er til staðar á öllum stigum hennar[15] og eykst hún með fjölda og alvarleika einkenna.[15,22] Fólk með þrálát líkamleg einkenni notar heilbrigðisþjónustu að meðaltali meira en fólk með einkenni sem eiga sér þekkta orsök, en í sumum rannsóknum hefur þessi munur mælst tvöfaldur.[15] Sjúklingar með þrálát líkamleg einkenni fara í gegnum óþarflega miklar læknisrannsóknir og ýmisskonar meðferðarúrræðum er beitt sem skila takmörkuðum árangri.[11,21] Þessi mikla notkun heilbrigðisþjónustu virðist þó ekki draga úr einkennum eða vanlíðan.[23]

Sýnt hefur verið fram á gagn af hugrænni atferlismeðferð við ákveðnum gerðum þrálátra líkamlegra einkenna, svo sem iðraólgu,[24] síþreytu[25] og vefjagigt,[26] en slíkar meðferðir eru í flestum tilfellum mjög sérhæfðar. Æskilegt væri að veita gagnreynda meðferð snemma í sjúkdómsferlinu og kjörið væri að bera kennsl á og meðhöndla slík einkenni innan heilsugæslunnar. Erfitt gæti þó reynst að gera sérhæfðar meðferðir aðgengilegar sjúklingum, sérstaklega í litlum samfélögum. Beiting sérhæfðra meðferða myndi krefjast margra sérþjálfaðra meðferðaraðila auk þess sem sjúklingar með margvísleg einkenni þyrftu að fara í fleiri en eina meðferð til þess að fá bót meina sinna. Ein leið til að takast á við þetta væri notkun ósérhæfðrar hugrænnar atferlismeðferðar en slík meðferð tekur á sameiginlegum og sértækum þáttum mismunandi þrálátra líkamlegra einkenna ásamt sálrænum einkennum sem þeim fylgja. Ósérhæfð meðferð hefur þegar verið notuð með góðum árangri fyrir lyndis- og kvíðaraskanir innan heilsugæslunnar.[27] Verið er að þróa slíka meðferð fyrir þrálát líkamleg einkenni og stendur til að árangursprófa hana á Íslandi í náinni framtíð. Í slíkri meðferð er unnið með samspil líkamlegra og sálrænna einkenna og er slík meðferð því líklegust til að nýtast þeim sem kljást við bæði þrálát líkamleg einkenni og sálrænan vanda.

Markmið rannsóknarinnar voru í fyrsta lagi að meta algengi þrálátra líkamlegra einkenna meðal fólks sem sækir heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu, hversu mörg slík einkenni fólk upplifir og hvaða gerðir einkenna fólk upplifir. Í öðru lagi að meta hvernig þrálát líkamleg einkenni tengjast einkennum þunglyndis, almenns kvíða og heilsukvíða ásamt færniskerðingu. Í þriðja lagi að meta hversu hátt hlutfall heilsugæslusjúklinga með þrálát líkamleg einkenni myndu líklega hafa gagn af sálfræðilegri meðferð við einkennum sínum.

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur

Þátttakendur voru 106 manns sem komu á Heilsugæslu Seltjarnarness og Vesturbæjar (65) og Heilsugæsluna Mjódd (41). Af þeim voru 68 konur (64%) og 38 karlar (36%) á aldrinum 18 til 85 ára og meðalaldurinn var 46 ár (SF=18). Meirihluti þátttakenda (84%) kom á heilsugæsluna til að hitta lækni, 12% komu til að hitta hjúkrunarfræðing, 2% í mæðravernd og 2% í sálfræðiþjónustu.

Þrálátum líkamlegum einkennum fylgir mikil notkun heilbrigðisþjónustu og hár sjúkrakostnaður, færniskerðing og vanlíðan.

Mælitæki

The Persistent Physical Symptom Checklist (PPSC) er nýr spurningalisti þróaður af Paul Salkovsis og samstarfsfélögum og var íslenska útgáfan þróuð samhliða þeirri ensku. Íslensku útgáfu listans er að finna í viðauka. Í spurningalistanum er spurt út

í 7 gerðir þrálátra líkamlegra einkenna, það er svefnvanda, verki, þreytu og vöðvavandamál, meltingartengd vandamál, vandamál frá hjarta og brjóstholi, svima og svipuð vandamál og vandamál tengd tíðahring. Spurt er hvort þátttakendur hafi upplifað þessar 7 gerðir einkenna í 6 mánuði eða lengur (fyrir utan svefnvanda en þá er miðað við einn mánuð), hvort orsök þeirra sé þekkt, hver hún er og hversu mikið einkennin trufla daglegt líf á 9 punkta stiku frá „alls ekkert" að „að mjög miklu leyti". Talið er að þátttakendur séu með ákveðna einkennagerð ef einkennin hafa verið til staðar í langan tíma, orsök þeirra er ekki þekkt og þau skerði færni til að sinna daglegu lífi töluvert.

The Patient Health Questionnaire[28] (PHQ-9) samanstendur af 9 spurningum sem meta alvarleika þunglyndiseinkenna. Spurt er hversu oft þátttakendur hafi upplifað þunglyndiseinkenni á seinustu tveimur vikum og eru svörin á fjögurra punkta Likert-kvarða frá „alls ekki" að „nánast alla daga". Heildarstigafjöldi spannar 0-27 stig þar sem 5-9 stig gefa til kynna mild þunglyndiseinkenni, 10-14 nokkur þunglyndiseinkenni, 15-19 nokkuð alvarleg þunglyndiseinkenni og 20-27 alvarleg þunglyndiseinkenni. Í samræmi við niðurstöður Kroenke og samstarfsfélaga[28] voru nokkur, nokkuð alvarleg og alvarleg þunglyndiseinkenni, það er 10 stig eða hærra, notuð sem viðmiðunargildi fyrir klínísk mörk þunglyndis.

The Generalized Anxiety Disorder[29] (GAD-7) eru 7 spurningar sem meta alvarleika einkenna almenns kvíða. Spurt er hversu oft þátttakendur hafi upplifað kvíðaeinkenni á seinustu tveimur vikum og eru svörin á fjögurra punkta Likert-kvarða frá „aldrei" að „nánast alla daga". Heildarstigafjöldi spannar 0-21 þar sem 5-9 stig merkja mild kvíðaeinkenni, 10-14 eru nokkur kvíðaeinkenni og 15-21 eru alvarleg kvíðaeinkenni. Í samræmi við Spitzer og samstarfsfélaga[29] voru nokkur og alvarleg kvíðaeinkenni, það er 10 stig eða hærra á spurningalistanum, notuð sem viðmiðunargildi fyrir klínísk mörk almenns kvíða.

The Short Health Anxiety Inventory[30] (SHAI) er styttri útgáfa spurningalista sem metur kvíðaeinkenni tengd heilsu á síðustu 6 mánuðum. Listinn er 14 spurningar sem hver samanstendur af fjórum staðhæfingum sem þátttakendur merkja við að eigi best við þá. Stigafjöldi SHAI spannar 0-42 þar sem 18 stig eða hærra bendir til þess að manneskjan glími við heilsukvíða.[30]

The Work and Social Adjustment Scale[31] (WSAS) eru 5 spurningar sem mæla færniskerðingu eða hversu mikið daglegt líf fólks truflast vegna heilsufarsvandamála. Hér voru þátttakendur beðnir um að meta truflun vegna þrálátra líkamlegra einkenna. Þátttakendur svara á 9 punkta Likert-kvarða frá 0 „Alls ekkert" að 8 „Að mjög miklu leyti". Heildarstigafjöldi spannar 0-40 þar sem 10-19 merkja nokkra færniskerðingu og 20 og hærri merkja alvarlega færniskerðingu. Hér var nokkur eða alvarleg færniskerðing, það er 10 stig eða meira á spurningalistanum, notað sem viðmiðunargildi fyrir klíníska færniskerðingu.

Framkvæmd

Rannsóknin fór fram á Heilsugæslunni Mjódd og Heilsugæslu Seltjarnarness og Vesturbæjar. Einn rannsakenda var staðsettur í tvo daga á biðstofu hvorrar heilsugæslustöðvar í janúar og febrúar 2018 og lagði spurningalistana 5 fyrir þátttakendur eftir að móttökuritari kynnti rannsóknina fyrir þeim. Rannsakandi beindi þátttakendum í rými þar sem þeir höfðu næði til að svara spurningalistanum fyrir bókaðan tíma. Þátttakendur settu útfyllta spurningalista í umslög og skiluðu í lokað box. Allir sem voru 18 ára og eldri og komu á heilsugæsluna þessa daga voru beðnir um þátttöku, en engum upplýsingum var safnað um þá sem afþökkuðu þátttöku. Rannsóknin var samþykkt af vísindanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Háskóla Íslands, Vísindasiðanefnd og Persónuvernd (VSNb201700019/03.01).

Tölfræðileg úrvinnsla

IBM SPSS Statistics 21 forritið var notað við tölfræðilega úrvinnslu. Algengi þrálátra líkamlegra einkenna í úrtakinu ásamt fjölda einkenna og algengi tiltekinna einkennagerða voru metin. Kannað var hvort fylgni væri milli fjölda þrálátra líkamlegra einkennagerða við heildarstigafjölda á spurningalistum um einkenni þunglyndis, kvíða, heilsukvíða og færniskerðingar. Óháð t-próf var notað til að meta hvort marktækur munur væri á meðaltölum heildarstigafjölda á spurningalistum um færniskerðingu og einkenni þunglyndis, almenns kvíða og heilsukvíða meðal þeirra sem hafa þrálát líkamleg einkenni og þeirra sem ekki hafa slík einkenni. Hægt var að gera ráð fyrir jafnri dreifingu í hópunum hvað varðar einkenni þunglyndis (PHQ-9) og heilsukvíða (SHAI) en ekki var hægt að ganga út frá því hvað varðar kvíðaeinkenni (GAD-7) og færniskerðingu (WSAS). Kíkvaðrat-próf voru notuð til að kanna tengsl milli þrálátra líkamlegra einkenna og mælinga á þunglyndiseinkennum, einkennum almenns kvíða og færniskerðingar. Vegna smárra hópa var Fishers exact test notað til að kanna tengsl þrálátra líkamlegra einkenna við heilsukvíðaeinkenni og alvarlega færniskerðingu. Að lokum, til að meta hversu margir heilsugæslusjúklingar myndu líklega hafa gagn af sálfræðilegri meðferð við þrálátum líkamlegum einkennum, var hlutfall þátttakenda sem sýndu merki um bæði þrálát líkamleg einkenni og sálræn einkenni yfir klínískum viðmiðunarmörkum metið.

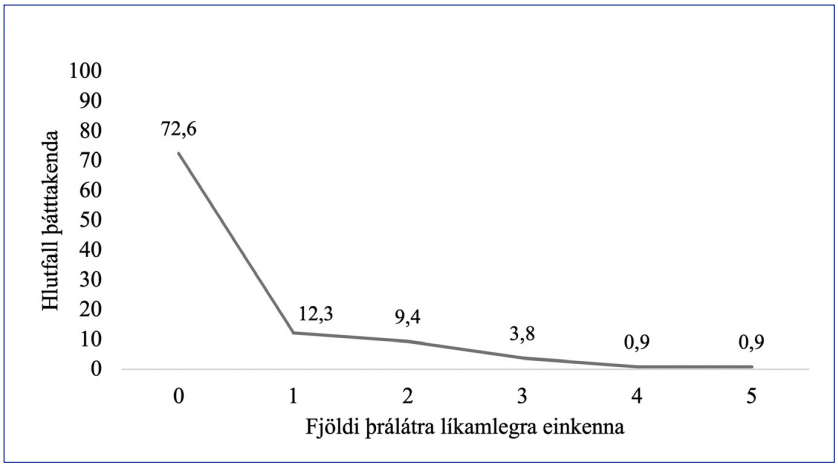
Niðurstöður

Algengi, fjöldi og gerð þrálátra líkamlegra einkenna

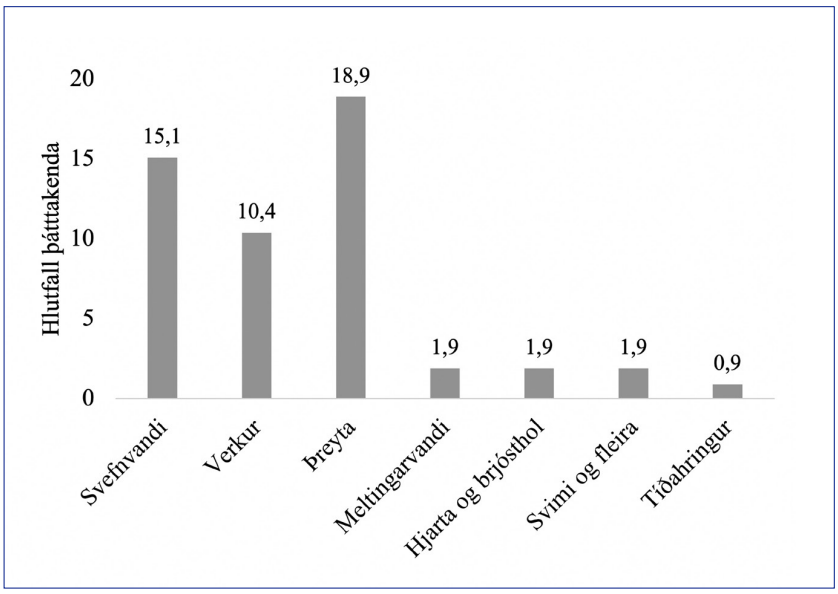
Rúmlega fjórðungur þátttakenda (29; 27,4%) skýrði frá einu eða fleiri þrálátu líkamlegu einkenni samkvæmt PPSC spurningalistanum, en meirihlutinn (77; 72,6%) skýrði ekki frá slíkum einkennum. Enginn munur var á kynjahlutfalli þeirra sem greindu frá þrálátum líkamlegum einkennum og þeim sem ekki greindu frá slíkum einkennum, $\chi^2(1)=0{,}032$, $p=0{,}857$. Ekki var marktækur munur á aldri þátttakenda með þrálát líkamleg einkenni (M=41,38, SF=15,61) og þeirra sem ekki höfðu slík einkenni (M=47,69, SF=18,72), $t(93)=-1{,}485$, $p=0{,}141$. Ekki var munur á algengi þrálátra líkamlegra einkenna á heilsugæslustöðvunum tveimur, $\chi^2(1)=0{,}123$, $p=0{,}726$.

Mynd 1 sýnir hlutfall þátttakenda sem skýrðu frá engri, einni, eða fleiri af sjö gerðum þrálátra líkamlegra einkenna. Fimmtán prósent þátttakenda skýrðu frá tveimur eða fleiri gerðum þrálátra líkamlegra einkenna, hærra hlutfall en skýrði aðeins frá einni einkennagerð (12%).

Fjöldi þrálátra líkamlegra einkenna sem þátttakendur skýrðu frá hafði marktæka fylgni við þunglyndiseinkenni $r_{PHQ\text{-}9}=0{,}45$,



Mynd 1. *Hlutfall þátttakenda sem skýra frá engri, einni eða fleiri gerðum þrálátra líkamlegra einkenna.*



Mynd 2. *Algengi ólíkra gerða þrálátra líkamlegra einkenna.*

p<0,001, kvíðaeinkenni r_{GAD-7}= 0,50, p<0,001, einkenni heilsukvíða r_{SHAI}= 0,37, p<0,001 og færniskerðingu r_{WSAS}= 0,58, p<0,001.

Á mynd 2 má sjá algengi ólíkra gerða þrálátra líkamlegra einkenna. Algengasta gerð einkenna var þreyta og vöðvavandamál sem hrjáðu tæplega fimmtung þátttakenda. Næstalgengasta gerð einkenna var svefnvandi og þrálátir verkir þar á eftir. Aðrar gerðir hrjáðu undir 2% þátttakenda. Meirihluti þátttakenda (87%) sem skýrðu frá tveimur eða fleiri gerðum einkenna þjáðist af þreytu og vöðvavandamálum með öðrum einkennagerðum.

Tengsl við einkenni geðraskana

Tafla I sýnir meðaltöl og staðalfrávik heildarstigafjölda á spurningalistum um þunglyndi (PHQ-9), almennan kvíða (GAD-7), heilsukvíða (SHAI) og færniskerðingu (WSAS) eftir því hvort þátttakendur skýrðu frá þrálátum líkamlegum einkennum eða ekki. Þátttakendur með eitt eða fleiri þrálát líkamleg einkenni greindu að meðaltali frá marktækt fleiri einkennum þunglyndis, almenns kvíða, heilsukvíða og færniskerðingar heldur en þátttakendur sem ekki skýrðu frá slíkum einkennum.

Tafla II sýnir fjölda og hlutfall þátttakenda, með og án þrálátra líkamlega einkenna, sem fá stigafjölda yfir klínískum viðmiðunargildum þunglyndiseinkenna (PHQ-9), einkenna almenns kvíða (GAD-7), einkenna heilsukvíða (SHAI) og færniskerðingar (WSAS). Þar sést að hlutfall þeirra sem mælast með geðeinkenni yfir klínískum mörkum er mun hærra á meðal þeirra sem greina frá þrálátum líkamlegum einkennum en þeim sem ekki greina frá slíkum einkennum. Marktæk tengsl voru á milli þrálátra líkamlegra einkenna og stigafjölda yfir klínískum viðmiðunargildum á öllum spurningalistunum. Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni voru 8 sinnum líklegri til að vera með einkenni þunglyndis og almenns kvíða yfir klínískum mörkum en þátttakendur án þeirra og fjórum sinnum líklegri til að vera með einkenni heilsukvíða yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Einnig voru þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni líklegri til að greina frá færniskerðingu yfir klínískum viðmiðunargildum en þátttakendur án þeirra. Þegar strangari viðmið fyrir færniskerðingu (≥20 stig) voru notuð kom í ljós að 40% þátttakenda með þrálát líkamleg einkenni voru með alvarlega færniskerðingu, en einungis 5% þátttakenda án þeirra. Fólk með þrálát líkamleg einkenni var því 13 (95% ÖB=3,26-54,55) sinnum líklegra til að vera með alvarlega færniskerðingu en þátttakendur án slíkra einkenna.

Tafla I. Meðaltöl og staðalfrávik heildarstigafjölda á PHQ-9, GAD-7, SHAI og WSAS eftir því hvort þátttakendur greindu frá þrálátum líkamlegum einkennum eða ekki.

	Þátttakendur án þrálátra líkamlegra einkenna			Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni				
Mælitæki	N	M	SF	N	M	SF	*t*	Cohens *d*
PHQ-9	77	4,95	4,55	29	11,75	5,73	-6,36*	1,31
GAD-7	75	4,04	3,85	29	9,21	5,74	-5,31*	1,04
SHAI	68	8,31	5,59	27	12,63	5,15	-3,48*	0,80
WSAS	63	4,97	6,90	25	16,52	11,44	-5,81*	1,22

*p<0,001. N=fjöldi, M=Meðaltal, SF=Staðalfrávik

Tafla II. Fjöldi og hlutfall þátttakenda, með og án þrálátra líkamlegra einkenna, yfir klínískum viðmiðunargildum á PHQ-9, GAD-7, SHAI og WSAS spurningalistunum. Fjöldi (%).

Mælitæki	Allir þátttakendur	Þátttakendur án þrálátra líkamlegra einkenna	Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni	χ^2	LH [95% ÖB]
PHQ-$9_{\geq 10}$	26 (24,5)	10 (13,0)	16 (55,2)	20,251***	8,24 [3,07-22,16]
GAD-$7_{\geq 10}$	18 (17,3)	6 (8,0)	12 (41,4)	16,281***	8,11 [2,66–24,74]
$SHAI_{\geq 18}$	10 (10,5)	4 (5,9)	6 (22,2)	- [a]*	4,57 [1,18–17,77]
$WSAS_{\geq 10}$	29 (33,0)	14 (22,5)	15 (60,0)	11,561***	5,25 [1,94–14,22]
PHQ-$9_{\geq 10}$, GAD-$7_{\geq 10}$ eða $SHAI_{\geq 18}$	35 (33,0)	16 (20,8)	19 (65,0)	19,064***	7,24 [2,85–18,60]

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. [a] Fishers exact test. LH=líkindahlutfall (odds ratio). ÖB=öryggisbil.

Heilsugæslusjúklingar sem hafa gagn af sálfræðimeðferð

Neðst í töflu II má sjá fjölda og hlutfall þátttakenda með og án þrálátra líkamlegra einkenna sem greina frá þunglyndis-, kvíða- eða heilsukvíðaeinkennum yfir klínískum viðmiðum samkvæmt PHQ-9, GAD-7 og SHAI. Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni voru mun líklegri til að upplifa einkenni þunglyndis, almenns kvíða eða heilsukvíða yfir klínískum viðmiðum heldur en þátttakendur án slíkra einkenna. Metið var hverjir myndu líklega hafa gagn af sálfræðilegri meðferð við einkennum sínum og 65% þátttakenda með þrálát líkamleg einkenni greindu frá sálrænum einkennum yfir klínískum mörkum samkvæmt spurningalistunum.

Umræða

Megintilgangur rannsóknarinnar var að meta algengi þrálátra líkamlegra einkenna og kanna tengsl þeirra við færniskerðingu og einkenni þunglyndis, almenns kvíða og heilsukvíða á meðal fólks sem sækir heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu. Rúmlega fjórðungur þátttakenda greindi frá þrálátum líkamlegum einkennum og tengdust þau aukinni færniskerðingu og einkennum yfir klínískum mörkum þunglyndis og kvíða. Niðurstöðurnar benda til að tveir af hverjum þremur sem upplifa þrálát líkamleg einkenni hafi þunglyndis- og/eða kvíðaeinkenni yfir klínískum mörkum og myndu því sennilega hafa gagn af sálfræðilegri meðferð.

Þessar niðurstöður samræmast fyrri rannsóknum á algengi þrálátra líkamlegra einkenna og samslætti við geðraskanir. Erlendar rannsóknir benda til þess að um það bil þriðjungur fólks sem sækir heilsugæsluþjónustu sé með slík einkenni.[5,6] Nýleg rannsókn kannaði algengi þrálátra líkamlegra einkenna með sama mælitæki, það er PPSC-spurningalistanum, meðal 1100 heilsugæslunotenda á Englandi en niðurstöður hennar verða birtar á næstunni. Sú rannsókn áætlaði algengi þrálátra líkamlegra einkenna 31,1%, sem samræmist vel niðurstöðum þessarar rannsóknar.

Erlendar rannsóknir sýna að algengt sé að fólk þjáist af fleiri en einni gerð þrálátra líkamlegra einkenna og að fleiri einkennum fylgi aukin færniskerðing.[1] Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu sama mynstur en um helmingur þátttakenda sem greindu frá þrálátum líkamlegum einkennum var með tvær eða fleiri gerðir einkenna. Ennfremur benda niðurstöðurnar til þess að því fleiri einkennagerðir sem fólk upplifir, því alvarlegri verði færniskerðingin og þunglyndis- og kvíðaeinkennin. Algengasta gerð einkenna var þreytu- og vöðvavandamál sem einnig samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna.[6]

Endurtekið hefur verið sýnt fram á sterk tengsl milli þrálátra líkamlega einkenna og algengra geðraskana[5-8, 12-15, 18, 19, 21, 22] og samræmist þessi rannsókn þeim niðurstöðum. Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni voru 8 sinnum líklegri til að vera með einkenni þunglyndis og almenns kvíða yfir viðmiðunarmörkum en þátttakendur án slíkra einkenna og fjórum sinnum líklegri til að vera með einkenni heilsukvíða yfir klínískum viðmiðum. Enn sterkari tengsl reyndust vera á milli þrálátra líkamlegra einkenna og færniskerðingar en þátttakendur með slík einkenni voru 5 sinnum líklegri til að vera með nokkra færniskerðingu en þátttakendur án slíkra einkenna og 13 sinnum líklegri til að vera með alvarlega færniskerðingu.

Vegna mikils samsláttar milli þrálátra líkamlegra einkenna og alvarlegra einkenna þunglyndis eða kvíða er líklegt að í það minnsta tveir af hverjum þremur sjúklingum sem leita til heilsugæslu og hafa þrálát líkamleg einkenni myndu hafa gagn af sálfræðilegri meðferð við einkennum sínum, en það er um fimmtungur allra þeirra sem leita til heilsugæslunnar. Þetta gef-

ur sterklega til kynna að í heilsugæslu sé þörf fyrir meðferð við þrálátum líkamlegum einkennum en rannsóknir sýna að hugræn atferlismeðferð sé árangursríkt úrræði við slíkum einkennum.[23-25] Einnig bendir algengi þess að hafa tvær eða fleiri gerðir einkenna til þess að gagnlegt sé að meðferðin sé ósérhæfð og taki bæði á sameiginlegum og sértækum þáttum einkennagerðanna.

Við túlkun niðurstaðna verður þó að hafa í huga að úrtakið var lítið og þátttakendur voru ekki valdir með slembiröðun. Þó að um hentugleikaúrtak sé að ræða voru heilsugæslustöðvarnar tvær valdar með hliðsjón af því að hverfin sem þær þjóna eru ólík hvað varðar félags- og efnahagslega stöðu íbúanna. Annar annmarki rannsóknarinnar er að hún byggist á sjálfsmati um þrálát líkamleg einkenni og orsakir þeirra. Í framhaldinu væri áhugavert að staðfesta niðurstöður okkar með harðgerðari aðferðum, svo sem greiningarviðtölum með stöðluðum mælitækjum og mati sérfræðinga á orsökum einkenna.

Lítið er vitað um algengi þrálátra líkamlegra einkenna á Íslandi en þessar niðurstöður gefa vísbendingu um að ákveðinn hópur fólks sem sækir heilbrigðisþjónustu á höfuðborgarsvæðinu sé með slík einkenni. Niðurstöðurnar benda til að þessi hópur gæti verið allt að þriðjungur þeirra sem leita til heilsugæslu en það samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna.[6,7] Þessi hópur glímir við alvarlega færniskerðingu, er líklegri til að upplifa þunglyndi og kvíðaeinkenni yfir klínískum viðmiðum og vegna þessa alvarlegu sálrænu einkenna gæti sálfræðimeðferð verið inngrip sem gagnast þessum hópi. Gagnlegt væri því að bera kennsl á þennan hóp með skilvirkum hætti innan heilsugæslunnar og vísa áfram í sálræna meðferð. Þróun ósérhæfðrar hugrænnar atferlismeðferðar við þrálátum líkamlegum einkennum er hafin og er prófun á henni fyrirhuguð meðal fólks í starfsendurhæfingu, þar sem hátt hlutfall fólks upplifir þrálát líkamleg einkenni og alvarlegan sálrænan vanda. Mikilvægt er að prófa meðferðina einnig meðal notenda heilsugæslunnar og kanna hvort hægt sé að grípa inn í áður en einkennin verða alvarleg. Einnig er mikilvægt að kanna hve stór hluti fólks með þrálát líkamleg einkenni myndi þiggja slíka meðferð.

Þakkir

Við viljum þakka þátttakendum rannsóknarinnar, starfsfólki á heilsugæslustöðvunum og sérstaklega móttökuriturum sem kynntu rannsóknina fyrir þátttakendum og yfirlæknum sem gerðu rannsóknina mögulega.

Greinin barst til blaðsins 13. október 2020, samþykkt til birtingar 11. janúar 2021.

Heilmildir

1. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: One or many? Lancet 1999; 354: 936-9.
2. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, et al. The prognosis of bodily distress syndrome: a cohort study in primary care. Gen Hosp Psychiatry 2015; 37: 560-6.
3. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2018. icd.who.int/browse11/l-m/en - nóvember 2020.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Fifth edition. American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
5. Marks EM, Hunter MS. Medically Unexplained Symptoms: an acceptable term? Br J Pain 2015; 9: 109-14.
6. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. J Affect Disord 2009; 119: 52-8.
7. Jackson JL, Passamonti M. The Outcomes Among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. J Gen Intern Med 2005; 20: 1032-7.
8. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, et al. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 68: 207.
9. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialities. J Psychosom Res 2001; 51: 361-7.
10. Reid S, Wessely S, Crayford T, et al. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. Br Med J 2001; 322: 767.
11. McGorm K, Burton C, Weller D, et al. Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: prevalence, characteristics and referral pattern. Fam Pract 2010; 27: 479-86.
12. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JGM, et al. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. J Psychosom Res 2015; 78:116-22.
13. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, et al. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. Psychosomatics 2011; 52: 263-71.
14. Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30: 191-9.
15. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and cost independent of psychiatric and medical comorbidity. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 903-10.
16. Carlier IVE, Wiltens DHA, Rood YR van, et al. Treatment course and its predictors in patients with somatoform disorders: A routine outcome monitoring study in secondary psychiatric care. Clin Psychol Psychother 2018; 25: 550-64.
17. Harris A, Orav E, Bates D, et al. Somatization Increases Disability Independent of Comorbidity. J Gen Intern Med 2009; 24: 155-61.
18. Rask TM, Ørnbøl TE, Rosendal TM, et al.Long-Term Outcome of Bodily Distress Syndrome in Primary Care: A Follow-Up Study on Health Care Costs, Work Disability, and Self-Rated Health. Psychosom Med 2017; 79: 345-57.
19. den Boeft M, Twisk JWR, Hoekstra T, et al. Medically unexplained physical symptoms and work functioning over 2 years: their association and the influence of depressive and anxiety disorders and job characteristics. (Report). BMC Fam Pract 2016; 17: 46
20. Park J, Gilmour H. Medically unexplained physical symptoms (MUPS) among adults in Canada: Comorbidity, health care use and employment. Health Rep 2017; 28: 3.
21. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, et al. Patient characteristics and frequency of bodily distress syndrome in primary care: a cross-sectional study. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract 2015; 65: e617.
22. Rask MT, Rosendal M, Fenger-Grøn M, et al. Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study. Gen Hosp Psychiatry 2015; 37: 53-9.
23. Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, et al. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. Pain 1998; 76: 417-26.
24. Li L, Xiong L, Zhang S, et al. Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. J Psychosom Res 2014; 77: 1-12.
25. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Rooke SE, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: A meta-analysis. Clin Psychol Rev 2008; 28: 736-45.
26. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, et al. Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. Pain 2010; 151: 280-95.
27. Kristjánsdóttir H, Sigurðsson BH, Salkovskis P, et al. Effects of a Brief Transdiagnostic Cognitive Behavioural Group Therapy on Disorder Specific Symptoms. Behav Cogn Psychother 2019; 47: 1-15.
28. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16: 606.
29. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD- 7. Arch Intern Med 2006; 166: 1092-7.
30. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, et al. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med 2002; 32: 843.
31. Mundt J, Marks I, Shear M, et al. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. Br J Psychiatry 2002; 180: 461-4.

VIÐAUKI: Spurningar um líkamleg einkenni. Listi birtur við greinina á heimasíðu blaðsins, laeknabladid.is

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.02.620

Prevalence of persistent physical symptoms and association with depression, anxiety and health anxiety in Iceland

Sigrún Ólafsdóttir Flóvenz[1]
Elín Broddadóttir[1]
Sturla Brynjólfsson[1]
Agnes Sigríður Agnarsdóttir[2]
Paul M. Salkovskis[3]
Jón Friðrik Sigurðsson[1,4]

[1] Department of Psychology, Reykjavik University, [2] Primary Health Care of the Capital area, Iceland, [3] Department of Experimental Psychology, University of Oxford, [4] Faculty of Medicine, University of Iceland

Correspondence: Sigrún Ólafsdóttir Flóvenz, sigrunola@ru.is

Key words: *medically unexplained symptoms, functional symptoms, primary care, functional impairment.*

INTRODUCTION: Persistent physical symptoms that are medically unexplained can result in significant functional impairment. The aim of this study was to estimate the prevalence of persistent physical symptoms among people seeking primary healthcare in Reykjavík, Iceland, how they relate to functional impairment, symptoms of depression, general anxiety and health anxiety, and estimate the proportion of people with such symptoms who would likely benefit from psychological treatment.

MATERIALS AND METHODS: Questionnaires measuring persistent physical symptoms, functional impairment, and symptoms of depression, general anxiety and health anxiety were administered to 106 patients attending two primary healthcare clinics.

RESULTS: The prevalence of persistent physical symptoms was 27.4% among the primary care patients and they had a strong relationship to symptoms of mental disorders. Participants with persistent physical symptoms were 8 times more likely to have clinical levels of depression and general anxiety than participants without such symptoms, 4 times more likely to have clinical levels of health anxiety and 13 times more likely to have clinical levels of functional impairment. At least two-thirds of participants with persistent physical symptoms would likely benefit from psychological treatment.

CONCLUSION: The prevalence of persistent physical symptoms among health care patients in the capital area of Iceland is in line with previous studies. Similarly, the strong relationship between persistent physical symptoms and symptoms of depression and anxiety corresponds to previous studies. It is likely that at least two out of three patients with persistent physical symptoms would benefit from psychological treatment. Transdiagnostic cognitive behavioural therapy for persistent physical symptoms might be particularly useful as is focuses on the interplay between physical and mental symptoms.

Heilkenni skammvinns höfuðverkjar með brottfallseinkennum og eitilfrumuhækkun í mænuvökva

• Tvö sjúkratilfelli og yfirlit •

Helgi Kristjánsson[1] læknir
Ólafur Árni Sveinsson[1,2] læknir

[1]Taugalækningadeild Landspítala, 2læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Ólafur Sveinsson, *olafursv@landspitali.is*

Höfundar fengu samþykki sjúklinga fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

ÁGRIP

Hér er lýst tveimur tilfellum af HaNDL (*Headache with Neurological Deficits and cerebrospinal fluid Lymphocytosis*) eða heilkenni skammvinns höfuðverkjar með brottfallseinkennum og eitilfrumuhækkun í mænuvökva. Fyrra tilfellið var þrítugur maður sem fékk endurtekin köst með höfuðverk, helftareinkennum og mikilli óáttun. Hið síðara var 41 árs maður sem fékk höfuðverk, skyndilegt málstol og hægri helftareinkenni. Í báðum tilfellum var töluverð hækkun á eitilfrumum í mænuvökva. Leit að sýkingarvöldum var neikvæð og segulómskoðanir af höfði sýndu engar meinsemdir. Einkenni gengu að fullu til baka hjá báðum sjúklingum.

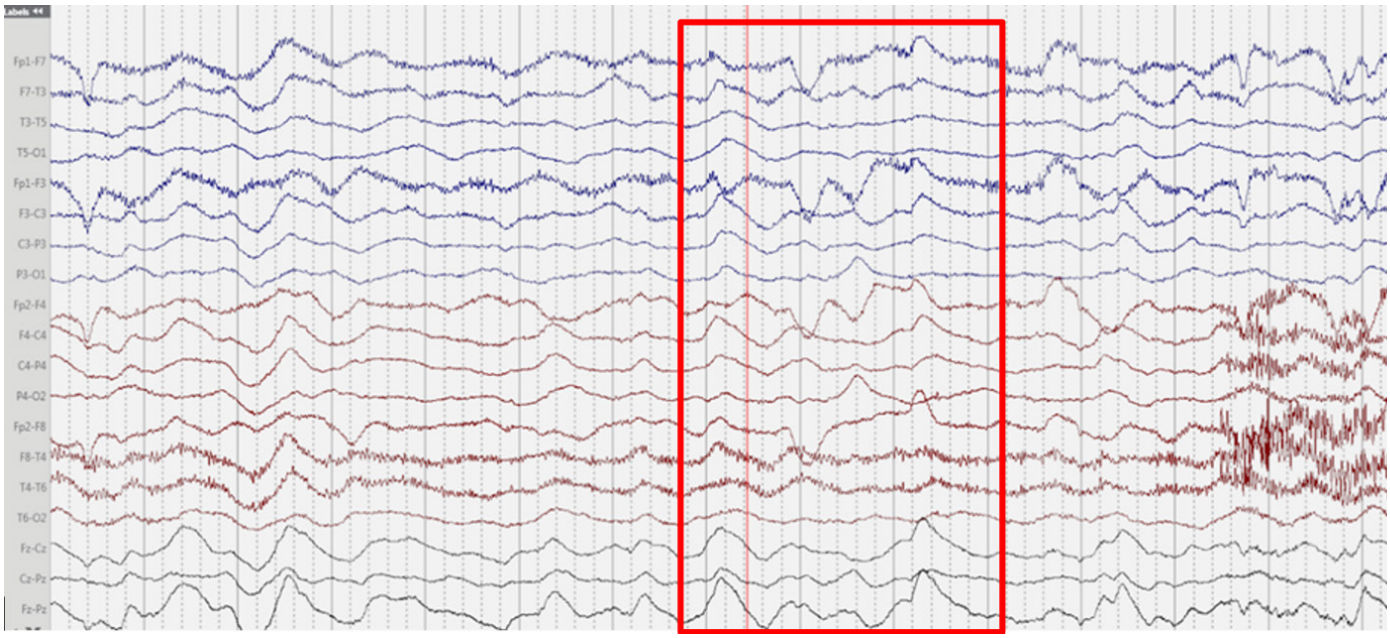
Orsök HaNDL er óþekkt en sumir telja ástandið orsakast af bólguviðbrögðum í kjölfar veirusýkingar. Horfur eru góðar og sjúklingar verða einkennalausir á einni til þremur vikum. Mikilvægt er að útiloka alvarlegri orsakir eins og heilaslag, innanskúmsblæðingu eða sýkingar í miðtaugakerfi.

Inngangur

HaNDL (*headache with neurological deficits and cerebrospinal fluid lymphocytosis*) eða heilkenni skammvinns höfuðverkjar með brottfallseinkennum og eitilfrumuhækkun í mænuvökva er sjaldgæft sjúkdómsástand sem fyrst var lýst 1981.[1] Eins og nafnið gefur til kynna einkennist HaNDL af höfuðverkjaköstum og brottfallseinkennum frá taugakerfi auk eitilfrumnahækkunar í mænuvökva.[2] Heilkennið er góðkynja og einkenni ganga til baka en mikilvægt er að útiloka alvarlegar orsakir fyrir einkennum sjúklinga. Tilfallaraðir um HaNDL hafa verið birtar í erlendum fagtímaritum en aldrei áður á Íslandi. Eftirfarandi tvö tilfelli varpa ljósi á ólíkar birtingarmyndir heilkennisins.

Sjúkratilfelli 1

30 ára maður leitaði á bráðamóttöku vegna höfuðverkjar. Vaknaði hann klukkan eitt að nóttu með slæman höfuðverk framan til í höfði, beggja vegna. Með verknum fann hann fyrir æðaslætti og ógleði og kastaði endurtekið upp. Verkurinn var stöðugur næstu klukkutímana og truflaði svefn. Um 9 klukkustundum eftir upphaf einkenna fékk sjúklingur dofatilfinningu og máttminnkun í vinstri hlið sem stóð yfir í um 15 mínútur. Við komu á bráðamóttöku var hann með 36,7°C hita, blóðþrýstingur var 125/76 mmHg og púls 63 sl/mín. Engin brottfallseinkenni voru til staðar við taugaskoðun. Hvorki var sjúklingur hnakkastífur né ljósfælinn.



Mynd 1. *Á myndinni sést heilarit gert á meðan á kasti stóð í sjúkratilfelli 1. Ritið sýnir óeðlilegan bakgrunnstakt með delta-hægingu með tíðni 0,5-1 Hz í öllum leiðslum, sem bendir til heilakvilla (encephalopathy). Enginn munur er á milli heilahvela og engar flogabreytingar sjást.*

Sjúklingur var áður hraustur og tók engin lyf að staðaldri en hafði þremur vikum fyrr fengið hita, hósta og beinverki sem gengu yfir á nokkrum dögum. Tölvusneiðmynd af höfði, heila- og hálsæðum var eðlileg. Mænuvökvi 12 klukkustundum eftir að einkenni hófust sýndi hækkuð hvít blóðkorn 161x10^6/L (viðmið <5) sem voru öll eitilfrumur og hækkuð prótein 1025 mg/L (viðmið 150-450).

Þar sem einkenni gengu til baka og ekki var grunur um sýkingu var maðurinn útskrifaður og ráðlagt að koma aftur ef hann fengi ný einkenni. Tveimur dögum seinna fékk hann svipaðan höfuðverk með ógleði og uppköstum og kom aftur á bráðamóttöku. Eiginkona lýsti óáttun þessu samfara en engum klárum brottfallseinkennum. Kom hann í þrígang á bráðamóttöku næstu vikuna vegna mikils höfuðverkjar og uppkasta. Eins og áður gengu einkenni yfir á nokkrum klukkustundum og var sjúklingur sjálfum sér líkur á milli kastanna. Ákveðið var að leggja hann inn til frekari eftirfylgdar og rannsókna.

Á meðan á innlögn stóð fékk hann frekari köst. Í köstunum var hann óáttaður og fékk í eitt skipti dofa í hægri hlið, væga máttminnkun og töluverða talörðugleika í kjölfarið. Segulómskoðun með DWI (*diffusion weighted imaging*) og FLAIR (*fluid-attenuated inversion recovery*) myndaröðum á meðan á kasti stóð sýndi ekki merki um blóðþurrð eða aðrar óeðlilegar breytingar. Segulómun af höfði með skuggaefni sýndi engar óeðlilegar segulskinsbreytingar eða óvenjulega upphleðslu skuggaefnis. Í öðru kasti þar sem bar á mikilli óáttun var gert heilarit. Nokkuð var um hreyfitruflanir í ritinu en í því sást dreifð delta-hæging (0,5-2 Hz) (mynd 1). Engar flogabreytingar sáust. Heilarit daginn eftir var orðið næstum eðlilegt.

Í blóði var leitað að HIV, sárasótt, lifrarbólgu B og C, berklum (quantiferon-próf) og borrelíósis, sem allt reyndist neikvætt. Sjúklingur greindist ekki með entero-veirur í saur. Engar bakteríur, sveppir eða veirur fundust í mænuvökva með PCR eða ræktunum. Ekki fundust sjálfsónæmis- (*autoimmune*) eða æxlishjákennis- (*paraneoplastic*) mótefni í mænuvökva. Tveimur vikum eftir upphaf einkenna sýndi mænuvökvi viðvarandi hækkun eitilfrumna (466x10^6/L) auk próteina (1422 mg/L). Fékk sjúklingur samtals átta köst á 19 dögum en einkenni gengu algjörlega til baka eftir það. Endurtekin mænuvökvarannsókn þremur mánuðum síðar sýndi enn væga hækkun eitilfrumna (13x10^6/L). Neurofilament light prótein (NFL) í mænuvökva, sem endurspeglar niðurbrot taugafruma, mældist eðlilegt (420 ng/L).

Sjúkratilfelli 2

41 árs ferðamaður var í flugi frá Evrópu til Norður-Ameríku þegar hann fékk skyndilega máttminnkun í hægri líkamshlið og málstol. Flugvélinni var lent á Íslandi, var hann fluttur á bráðamóttöku og var kominn þangað tæpum 5 klukkustundum eftir að einkenni byrjuðu. Við komu voru lífsmörk innan eðlilegra marka. Hann virtist óáttaður og svaraði spurningum með „yes“ og „no“ úr samhengi, var með minnkaðan gripstyrk í hægri hendi en engin önnur brottfallseinkenni. Tölvusneiðmynd af heila og heila- og hálsæðum sýndi grun um lokun á miðhjarnaslagæð (*a. cerebri media*) vinstra megin. Hann var utan tímaramma fyrir segaleysandi meðferð í æð en ákveðið var að reyna segabrottnám og var hann fluttur á æðaþræðingarstofu. Heföbundin æðamyndataka (*conventional angiography*) sýndi hins vegar engin merki um lokanir á heilaæðum og því var ekki framkvæmt inngrip. Eftir þetta var hann með breytilega áttun en gat svarað einföldum spurningum inn á milli með bendingum. Hann þróaði með sér hita 38,0°C, kuldahroll og höfuðverk á næstu klukkustundum. Mænuvökvi sýndi 57x10^6/L (<5) hvít blóðkorn (99% eitilfrumur) og 436 mg/L prótein (eðlilegt). Hafin var meðferð með ceftríaxón og acíklóvír vegna gruns um heilabólgu. Daginn eftir voru einkenni gengin að fullu til baka. Blóðprufur sýndu ekki merki um sýkingu og PCR og ræktanir úr mænuvökva voru neikvæð. Sýkla- og veirulyfjameðferð var stöðvuð. Segulómun af höfði sýndi ekki fram á blóðþurrð eða aðrar meinsemdir í heila. Hann var án einkenna næstu daga og fór í kjölfarið til síns heimalands og hefur ekki fengið fleiri köst.

Tafla I. Greiningarskilmerki HaNDL-heilkennis samkvæmt handbók Alþjóðahöfuðverkjasamtakanna (ICHD-3).[2]

A) Köst með mígrenilíkum höfuðverk sem uppfylla skilyrði B og C.

B) Hvort tveggja af eftirfarandi:
   1. Að minnsta kosti eitt af eftirfarandi skammvinnum taugabrottfallseinkennum sem fylgja eða koma rétt á undan höfuðverknum:
      - Helftardofi
      - Taltruflun
      - Helftarlömun
   2. Hækkun á eitilfrumum í mænuvökva (>15x10^6/L) og neikvæðar rannsóknir með tilliti til annarra orsaka.

C) Annaðhvort eða bæði:
   1. Höfuðverkur og skammvinn taugabrottfallseinkenni hafa þróast eða orðið marktækt verri á sama tíma og eitilfrumuhækkunin í mænuvökva eða hafa leitt til uppgötvunar á henni.
   2. Höfuðverkur og skammvinn brottfallseinkenni hafa orðið marktækt betri samfara lækkun eitilfrumna í mænuvökva.

D) Ekki hægt að útskýra einkenni betur með annarri ICHD-3 greiningu.

Umræða

HaNDL-heilkenni var fyrst lýst í tilfellaröð árið 1981[1] hjá 7 sjúklingum og hafa birst tilfallaraðir eftir það, sú stærsta með 50 tilfellum.[3] Engar faraldsfræðilegar rannsóknir eru til á HaNDL enda er það talið sjaldgæft. Er það algengast á aldursbilinu 30-40 ára en tilfelli eru þekkt frá 7-52 ára.[3] Heilkennið einkennist af einu eða fleiri köstum með mígrenilíkum höfuðverk og brottfallseinkennum frá taugakerfi samfara hækkun á eitilfrumum í mænuvökva (tafla I).[2] Algengustu brottfallseinkennin eru helftardofi, taltruflun og helftarlömun en sjóneinkenni eru sjaldgæfari.[3] Óáttun er ekki hluti af greiningarskilmerkjum en talin vera hluti af sjúkdómsmyndinni.[4-7] Um þriðjungur sjúklinga fá hita. Um 75% sjúklinga fá endurtekin köst í allt að þrjá mánuði, en kastatímabilið gengur að meðaltali yfir á þremur vikum. Mænuvökvi sýnir hækkun á eitilfrumum, gjarnan töluverða (50-760x10^6/L), og próteinum sem gengur til baka á nokkrum mánuðum auk þess sem opnunarþrýstingur mænuvökva er hækkaður í um helmingi tilfella.[3] Heilalínurit gert á meðan á kasti stendur er yfirleitt óeðlilegt og sýnir þá hægingu yfir öðru eða sjaldnar yfir báðum heilahvelum, eins og í tilfelli 1.[3] Orsök HaNDL-heilkennis er óþekkt en einkenni dreifast á milli líkamshluta svipað og við mígrenikast. SPECT (*single-photon emission computed tomography*) og gegnumflæðis (*perfusion*) myndaraðir af heila benda til að einkenni dreifist með útbreiðslu afskautunar í heilaberki (*cortical spreading depression*) eins og gerist í mígreni.[8,9] Yfirleitt er þó engin fyrri saga um mígreni[3,10] auk þess sem HaNDL er einfasa sjúkdómur, ólíkt mígreni. Ýmsir telja ástandið orsakað af bólguviðbrögðum í kjölfar veirusýkingar.[1,10] Um helmingur sjúklinga hafa sögu um flensulík einkenni tveimur til þremur vikum fyrir fyrsta kast.[3,10] Talið er að veirusýking geti valdi framleiðslu mótefna sem leiði af sér bólgu í miðtaugakerfi með tilheyrandi höfuðverk og brottfallseinkennum.[3,11,12] Ein rannsókn sýndi hækkun á NFL í mænuvökva hjá tveimur sjúklingum með HaNDL-heilkenni[13] sem bendir til þess að bólgan í miðtaugakerfinu valdi tímabundnu niðurbroti taugafrumna. NFL var þó ekki hækkað í sjúkratilfelli 1 þrátt fyrir mikil einkenni en mælingin var framkvæmd rúmum þremum mánuðum eftir að einkenni byrjuðu. Því er hugsanlegt að hækkun hafi verið gengin yfir.

Einkenni HaNDL geta líkst öðrum sjúkdómum í miðtaugakerfi eins og innanskúmsblæðingu, heilaslagi eða heilabólgu af völdum veira, sárasóttar, HIV, berkla eða borrelíósis. Þar sem HaNDL er útilokunargreining er nauðsynlegt að útiloka ofannefndar orsakir út frá einkennamynd sjúklings. Ef einstaklingur uppfyllir greiningarskilmerki fyrir HaNDL og ekki eru aðrar greinanlegar orsakir fyrir einkennum er um að ræða stuðningsmeðferð með verkjalyfjum auk fræðslu um góðkynja og náttúrulegan gang heilkennisins. Engin þekkt tengsl eru milli HaNDL og taugasjúkdóma síðar á lífsleiðinni.

Þakkir

Höfundar þakka Brynhildi Thors lækni kærlega fyrir gagnlegar ábendingar við skrif þessarar greinar.

Greinin barst til blaðsins 28. september 2020,
samþykkt til birtingar 11. janúar 2021.

Heimildir

1. Bartleson JD, Swanson JW, Whisnant JP. A migrainous syndrome with cerebrospinal fluid pleocytosis. Neurology 1981; 31: 1257-62.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018; 38: 1-211.
3. Gomez-Aranda F, Canadillas F, Marti-Masso JF, et al. Pseudomigraine with temporary neurological symptoms and lymphocytic pleocytosis. A report of 50 cases. Brain 1997; 120: 1105-13.
4. Frediani F, Bussone G. Confusional state as first symptom of HaNDL syndrome. Neurol Sci 2015; 36 Suppl 1: 71-4.
5. Nelson S. Confusional State in HaNDL Syndrome: Case Report and Literature Review. Case Rep Neurol Med 2013; 2013: 317685.
6. Parissis D, Ioannidis P, Balamoutsos G, et al. Confusional state in the syndrome of HaNDL. Headache 2011; 51: 1285-8.
7. Säflund M, Sjöstrand C, Sveinsson O. The syndrome of transient headache and neurologic deficits with cerebrospinal fluid lymphocytosis (HaNDL). Lakartidningen 2018; 115: EWPH.
8. Fuentes B, Diez-Tejedor E, Frank A. Syndrome of headache with neurological deficits and CSF lymphocytosis: a spreading depression mechanism? The role of SPECT. Headache 1998; 38: 324.
9. Caminero AB, Pareja JA, Arpa J, et al. Migrainous syndrome with CSF pleocytosis. SPECT findings. Headache 1997; 37: 511-5.
10. Berg MJ, Williams LS. The transient syndrome of headache with neurologic deficits and CSF lymphocytosis. Neurology 1995; 45: 1648-54.
11. Pascual J, Valle N. Pseudomigraine with lymphocytic pleocytosis. Curr Pain Headache Rep 2003; 7: 224-8.
12. Kappler J, Mohr S, Steinmetz H. Cerebral vasomotor changes in the transient syndrome of headache with neurologic deficits and CSF lymphocytosis (HaNDL). Headache 1997; 37: 516-8.
13. Sveinsson O, Säflund M, Sjöstrand C. Moderate to High Levels of Neurofilament Light in Two Patients with HaNDL. Headache 2019; 59: 266-7.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.02.621

Syndrome of transient headache and neurologic deficits with cerebrospinal fluid lymphocytosis – two cases and review

Helgi Kristjánsson[1]
Ólafur Árni Sveinsson[1,2]

[1]Department of Neurology, University Hospital of Iceland, Reykjavík, Iceland, [2]Faculty of Medicine, University of Iceland

Correspondence: Ólafur Árni Sveinsson, *olafursv@landspitali.is*

Key words: *HaNDL, cerebrospinal fluid lymphocytosis, inflammation, neurofilament light protein, EEG.*

Here we describe two cases of HaNDL (Headache with Neurological Deficits and cerebrospinal fluid Lymphocytosis). A thirty year old man with episodes of headache with lateralizing symptoms and confusion and a 41 year old man with headache, aphasia and right hemiparesis. Symptoms resolved completely in both patients. Considerable cerebrospinal fluid lymphocytosis was present but no signs of CNS infection and MRIs of the brain were normal. Although the cause of HaNDL is unknown, it is thought to be triggered by a viral infection by some. The prognosis is excellent and symptoms normally resolve within 1-3 weeks. It is important to rule out more serious etiologies like stroke, subarachnoid hemorrhage or central nervous system infections.

Eldri heimildir um heyöflun og heysjúkdóma á Íslandi

Davíð Gíslason[1,2] læknir
Einar G. Pétursson[3] rannsóknarprófessor, emeritus
Tryggvi Ásmundsson læknir, emeritus

[1]Lyfjadeild Landspítala, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]Stofnun Árna Magnússonar í íslenskum fræðum.

Fyrirspurnum svarar Davíð Gíslason, *davidgis@simnet.is*

Læknablaðið valdi myndir til að prýða greinina og eru þær allar varðveittar á Ljósmyndasafni Reykjavíkur sem er eitt albesta ljósmyndasafn í heimi.

ÁGRIP

Heysjúkdómar hafa vafalaust fylgt búskaparháttum Íslendinga alveg frá landnámi í lok 9. aldar. Þó hafa aðstæður til heyöflunar verið betri á fyrstu öldum eftir landnám en seinna varð, þegar veðurfar kólnaði og landgæði versnuðu. Greinin fjallar um það sem skrifað hefur verið um heysjúkdóma á Íslandi frá byrjun 17. aldar og fram á miðja 20. öldina.

Inngangur

Þegar tveir höfundar þessarar greinar hófu störf á Íslandi sem sérfræðingar í lungna- og ofnæmissjúkdómum á 8. áratug síðustu aldar, vakti það fljótt athygli þeirra hversu margir komu með kvartanir sem þeir tengdu vinnu í heyryki. Einkum voru þetta bændur og börn þeirra og börn og unglingar sem dvöldu í sveit á sumrin, en einnig þeir sem bjuggu í þéttbýli og stunduðu hestamennsku sér til dægrastyttingar og yndisauka.

Flestir kvörtuðu um einkenni bráðaofnæmis (IgE-miðlaðs ofnæmis), það er kláða í nefi, hnerra, nefstíflur og kláða í augum. Þessi einkenni komu eftir nokkrar mínútur í heyryki, einkum þegar leysa þurfti hey. Eftir lengri tíma dvöl í heyryki fengu menn oft astma. Einnig komu bændur og kaupamenn með dæmigerð einkenni heysóttar, það er hitaköst, hósta og mæði, sem oftast gerði vart við sig seinni hluta dags og á kvöldin og lagaðist oftast með hósta og slímuppgangi eftir einn til tvo sólarhringa.

Við áframhaldandi vinnu í heyryki gátu einkennin þó orðið langdregin með vaxandi mæði og úthaldsleysi. Jafnvel sáust sjúklingar með bandvefshersli í lungum, sem afleiðingu langvinnrar heysóttar. Ekki var óalgengt að bændur kæmu á lungnaspítalann á Vífilsstöðum með langvinna berkjubólgu og lungnaþembu, jafnvel þótt þeir hefðu aldrei reykt. Virtist sem einkenni af þessum toga færu að gera vart við sig á sextugs- eða sjötugsaldri hjá þeim sem stundað höfðu búskap og gegningar frá unglingsárum.

Öllum sem leituðu sér lækninga vegna heysjúkdóma bar saman um það að rykið í heyinu væri orsök þessara einkenna.

Öflun heys og hirðing

Líklega hefur heyöflun á Íslandi farið fram með svipuðum hætti alveg frá landnámsöld og fram á 20. öldina. Tíðarfari til heyskapar hefur alla tíð getað brugðið til beggja vona og bændur hafa verið misjafnlega atorkusamir við heyskapinn. Strax fyrir landnám er þess getið að Flóki Vilgerðarson gleymdi að afla heyja vestur í Vatnsfirði og fékk svo á sig harðan vetur svo allur kvikfénaður hans drapst.[1]

Litlar sögur fara af daglegu amstri manna fyrr á öldum eins og því að afla heyja fyrir bústofninn. Í Orms þætti Stórólfssonar er sagt frá miklu heyleysi vegna harðinda. Þar kemur einnig fyrir lýsing á orfi og ljá. Þótt frásögnin sé nokkuð stórkarlaleg, enda sagan skemmtisaga, gefur hún þó hugmynd um hvernig orf og ljáir voru búin til á ritunartíma sögunnar, sem talinn er vera á öðrum eða þriðja fjórðungi 14. aldar.[2] Þegar Ormur hafði hent orfi og eyðilagt nýjan ljá fyrir föður sínum, „fær hann sér tvo fjórðunga járns og fer til smiðju og gerir sér ljá. Síðan tók hann sér einn ás úr viðarbulungi og gerði sér mátulega hátt og færði á tvo hæla stóra og lét þar í koma ljáinn þann nýja og vafði síðan með járni.“[3]

Til þess að hægt væri að smíða úr því járni sem unnið var með

rauðablæstri þurfti viðarkol. Á fyrstu öldum eftir landnám hefur nægur trjáviður fengist til kolagerðarinnar, en eftir því sem veðurfar kólnaði og gekk á trjágróðurinn hefur orðið erfiðara um kolagerðina. Ljáina þurfti að dengja á hverjum degi í eldi fyrir notkun og það hefur auðvitað verið erfiðleikum háð þegar skógarnir eyddust og sneyddist um kolin.

Í bók Þórðar Tómassonar segir að á miðöldum og fram undir 1500 hafi verið flutt inn smíðajárn í stöngum, svo nefndir ásmundar.[4] Hann tekur fram að ekkert sé vitað um þátt íslenskrar járnvinnslu í ljáasmíði. Má þó gera ráð fyrir að stundum hafi þurft að grípa til rauðablásturs, til dæmis þegar siglingar til landsins brugðust. Í Egils sögu segir: „Skalla Grímur var járnsmiður mikill og hafði rauðablástur mikinn á vetrinn."[5]

Annars hafa tól til heyskapar varla breyst mikið fram að lokum 19. aldar. Auk orfsins var hrífan annað áhald sem nauðsynlegt var til heyvinnu. Orfið var verkfæri karlanna en hrífan kvennanna, en þó voru frá þessu undantekningar. Aðstaða til heyöflunar hefur hins vegar farið sífellt versnandi fram á nítjándu öldina vegna harðnandi tíðarfars og minnkandi landgæða. Á nítjándu öldinni vottar svo fyrir framförum. Það er athyglisvert að Ormur Stórólfsson er sagður festa ljáinn með járni. Á síðari öldum var venja að festa ljáinn við orfið með leðuról, en járnhólkur kom fyrst til sögunnar um 1840. Það hefur verið byltingarkennd uppfinning fyrir íslenska sláttumenn.[6]

Torfi Bjarnason, síðar skólastjóri í Ólafsdal, kom með nýja gerð ljáa, Torfaljáina eða bakkaljáina, sem juku mjög afköst og voru notaðir fram undir miðja 20. öld. Í lok 19. aldarinnar fóru bændur að huga að jarðabótum. Í byrjun 20. aldar komu sláttuvélar til sögunnar og önnur véltækni, sem gjörbreytti öllum atvinnuháttum við heyöflun.

Líklega hefur heyið verið þurrkað með svipuðum hætti frá landnámi og þar til nútímatækni kom til á seinni hluta síðustu aldar. Heyið var breitt á vel þurra jörð og því snúið með hrífu í rifgarða. Ef þerrir hélst ekki þar til heyið var þurrt var það tekið saman í föng, lanir eða galta og breitt aftur þar til heyið var fullþurrkað.[7] Á 5. áratug síðustu aldar voru gerðar tilraunir með súgþurrkun á hálfþurru heyi og varð þessi aðferð allútbreidd á næstu áratugum. Votheysverkun kom til sögunnar á öðrum og þriðja ártug 20. aldar, en þá var heyið gjarnan hirt grasþurrt. Votheysverkun náði þó aldrei verulegri útbreiðslu nema á Vestfjörðum, en á Ströndum var mestur hluti heyfengsins hirtur í vothey kringum 1980. Um 1990 komu svo plastrúllubaggar til sögunnar sem hafa rutt allri annarri heyverkun úr vegi.

Þegar heyið hafði verið þurrkað var það bundið í sátur og oftast reitt heim á hestum. Þó mun það hafa verið algengt að útheyi væri hlaðið upp í heystakka við slægjuna og flutt heim á sleðum að vetrinum. Í Eyrbyggju segir frá því að Arnkell goði lét flytja heim hey að vetri til með uxum og sleða.[8]

Litlar sögur fara af því hvernig heyið var varðveitt yfir veturinn. Jónas frá Hrafnagili segir: „Heyin hafa verið geymd á sama hátt og enn gerist á landi hér síðan í fornöld. Þó virðist það hafa verið tíðara til forna en nú gerist, að setja hey saman út í haga eða engjum." Slík hey voru kölluð stakkar eða stakkgarðar. Enn fremur segir hann: „[E]n oft mun það þó hafa verið flutt heim í heygarða eða heyrúm, sem virðist vera sama og hlaða."[6]

Til eru að minnsta kosti þrjár frásagnir af stakkgörðum í Íslendingasögum og Sturlungu. Það hafa verið tóftir þar sem heyi var stakkað, hlaðið upp, og tyrft yfir utan heimatúnsins. Þessar frásagnir tengjast mannvígum, annars hefði þeim ekki verið haldið til haga. Í Eyrbyggju var Arnkell goði veginn í stakkgarði, þangað sem hann var að sækja hey. Í Þórðar sögu hreðu kemur stakkgarður við sögu í lokaviðureign þeirra Þórðar og Özurrar á Þverá í Skagafirði.[9] Líklega er þekktust frásögnin af drápi sona Þorvaldar Vatnsfirðings, þeirra Þórðar og Snorra, í stakkgarði undir hlíðinni ofan frá Hundadal í Dölum.[10]



Lítil drýli á túninu neðan við Fagurhólsmýri í Öræfum, - Ásgrímur Jónsson hefði getað tekið þessa mynd en Guðbjörg María Benediktsdóttir tók hana árið 1945.

Jónas frá Hrafnagili segir enn fremur: „Á síðari tímum hafa ekki verið hafðir heygarðar nema á Suðurlandi; náðu þeir á 18. öld norður á Snæfellsnes og austur í Hornafjörð." Hlöður hafa verið misjafnlega útbreiddar eftir landshlutum fram á 20. öld.

Orri Vésteinsson prófessor hefur skrifað grein um 10 fjóshlöður sem hafa verið grafnar upp og eru 8 taldar frá söguöld.[11] Er athyglisvert, þegar stærð hlöðu er borin saman við stærð fjóssins, að áætlað hey í hlöðunni hefur sjaldnast dugað nema fyrir litlum hluta af heyþörf kúnna. Á grunnmynd frá Skálholtsstað frá 1784 sést að fjóshlaða er örlítil miðað við fjósið og aðliggjandi heygarð.[12] Má þó ætla að betur hafi verið húsað á höfuðstað kirkjunnar en almennt gerðist á landinu á þeim tíma. Orri telur að hlöður hafi fyrst og fremst verið undir besta og kjarnmesta heyið.

Flest bendir til þess að veðurfar hafi verið óvenju hlýtt á fyrstu öldum eftir landnám og farið svo kólnandi, og sú kuldatíð hafi náð hámarki á 17. öld. Trausti Jónsson veðurfræðingur gerir hitafari á Íslandi góð skil í grein sem hann ritar á netið 9. febrúar 2007.[13] Þar telur hann að hitafar hafi farið lækkandi á 12. öld og enn frekar þegar kom fram á miðja 15. öld. Kuldatímabilið náði svo hámarki á 17. öld, en síðan fór að hlýna, að frádregnu kuldaskeiði á seinni



Konráð R. Konráðsson (1884-1929) læknir, sem var líka leiðsögumaður og túlkur erlendra ferðamanna, tók þessa mynd af konu með heybandslest um 1910, sennilega sunnanlands.

hluta 19. aldar, og núna lifum við á hlýindaskeiði þar sem hitastig er hærra en áður hefur þekkst frá landnámi.

Þegar saman fór kólnandi veðurfar og eyðing landgæða má gera ráð fyrir því að öflun heyja hafi sífellt orðið erfiðari með hverri öld sem leið fram á 19. öldina. Hámarki náði neyð landsmanna eftir móðuharðindin 1783. Þá var talið að rúmlega 20% landsmanna hafi farist, eða um 10.500 manns, auk stórfellds horfellis á sauðfé, hrossum og nautgripum.[14]

Gæði heyjanna hafa farið eftir því hvernig til hefur tekist með þurrk á því fyrir hirðingu og hvernig það var varið fyrir raka yfir veturinn. Það verður að teljast sennilegt að heyið hafi yfirleitt haldist betra í hlöðum en í heystæðum, og er skemmtileg lýsing á því í Fljótsdæla sögu, sem segir frá því að Sveinungur barg Gunnari Þiðrandabana frá Droplaugarsonum með því að fela hann í heystæðu. Þegar Helgi Droplaugarson gengur í hlöðuna segir: „Þá mælti Sveinungur: Nú skaltu standa í durum, en eg mun ganga í hlöðuna og umhverfum heyið. Eg mun og ganga upp á heyið og velta af ofan því, er vátt er. Er þér ófært að fara upp á heyið, fyrr en ég hef hreinsað áður, því að þú ert skartmaður mikill. Vil eg eigi að saurgist klæði þín. Sveinungur fer nú upp á heyið, leggur Austmanninn niður á stálið innanvert, vefur nú at honum flögu mikla og þurra, veltir nú öllu saman út af stálinu og lætur liggja flögurnar.“[15]

Í Sturlungu segir á einum stað um Sturlu Þórðarson: „Sturla hafði risið upp, þegar lýsti, og gekk hann til töðugarðs. Þar vóru fyrir húskarlar og rufu heydes, er drepið hafði um haustið.“[16] Þarna er lýst þurru heyi í hlöðu og votu heyi í heygarði. Bændur hafa átt í látlausu stríði við að ná saman góðum heyjum á sumrin og að verja þau fyrir raka og skemmdum yfir veturinn. Er líklegt að þeir hafi verið á stöðugu undanhaldi í því stríði þar til hagur þeirra fór að batna í byrjun 20. aldarinnar.

Á fyrstu öldum eftir landnám var bústofn fjölbreyttari en síðar varð og bændur treystu meira á beit. Árið 1226-27 var fellivetur mikill og drápust 100 naut fyrir Snorra Sturlusyni í Svignaskarði.[17] Það gefur auga leið að Snorri hefur ekki ætlað að hafa öll þessi naut á fóðrum. Greinilegt er að gegningar hafa skipað minni sess í vetrarstörfum á þeim tíma en seinna varð, en líklegt má þó telja að frá upphafi landnáms hafi þeir skaðvaldar fundist í heyryki, sem seinna „urðu margra manna bani hér á landi“.

Eldri frásagnir af heysjúkdómum

Oft getur tekið langan tíma að finna samband sjúkdóma og þess sem veldur. Þannig voru reykingar orðnar útbreiddar um allan heim þegar glöggir menn bentu á það að lungnakrabbamein hafði aukist fimmtánfalt í Englandi og Wales á árabilinu 1922-47, og það gæti ekki stafað af bættri greiningu einni saman. Þarna væri annaðhvort um að kenna útbreiðslu reykinga eða mengunar vegna vaxandi bílaumferðar.[18] Alkunna er að raki og mygla innandyra hafa margskonar heilsuskaðleg áhrif á suma sem við þetta búa, en erfiðlega hefur gengið að finna hvað veldur þessum einkennum.[19] Sama má segja um heysjúkdóma, að þeir hafa lengi verið kunnir meðal Íslendinga en það var ekki fyrr en á síðasta hluta síðustu aldar að orsakir þeirra og útbreiðsla voru könnuð.

Fyrstu heimildir sem við höfum fundið og vísa til heysjúkdóma



Einar Sigvaldi Sigurjónsson bóndi í Firði á Seyðisfirði að slá sín tún. Eyjólfur Jónsson tók myndina um 1940.

er í óprentaðri lækningabók séra Odds Oddssonar á Reynivöllum í Kjós, sem talin er skrifuð snemma á 17. öld og varðveitt er í handriti. Þar kemur fyrir orðið heysótt næst á eftir orðinu lungnasótt.[20]

Í lækningabók sem Hannes Gunnlaugsson skrifaði um 1670 stendur: „Við hriðjum, heysótt, berl(ings)hósta, brjósterf(iði), voghræki og stuttum andadrætti, tak brennisteinsblómstur, anis, sykur, gjör þar af smákringlur og iðka kvölds og morgna."[21] Næsta víst er að fleiri dæmi um orðið finnist í lækningabókum í handritum frá síðari öldum.

Á síðasta hluta 17. aldar, eða frá 1681 til dauðadags 1695, vann maður að nafni Guðmundur Ólafsson að orðabók fyrir Svía sem varðveitt er í handriti. Þar er dæmi um orðið *heysótt* og þýtt sem „morbus".[22]

Orðið *heysótt* kemur einnig fyrir í kvæðinu Einbúavísur eftir Benedikt Jónsson í Bjarnanesi (um 1664-1744) og er 21. erindi svohljóðandi:

Kýrnar bind á klafann eg,
klára fjós og brynni,
læt í meisa, mjólka, géf,
mæddur af heysóttinni.

Hér er orðið *heysótt* tengd vinnu við þurrhey.[23]

Um 1730-40 byrjaði Jón Ólafsson Grunnvíkingur á íslenskri orðabók með latneskum þýðingum. Heysótt er þar lýst svo: „*Heysoott* etiam dicitur malum qvoddam cum inappetentia ciborum conjunctum, qvod interdum iis accidit, qvi hyemali tempore in fænili condensatum fænum acu fænaria (vel unco fænario) solvunt."[24] Þýðing höfundar EGP hljóðar svo: „*Heysótt* kallast einnig slæmska með lystarleysi, sem þeir fá stundum, sem á vetrartíma leysa saman þjappað hey í heygarði með heynál eða heykrók." Jón Grunnvíkingur var viss um samband sjúkdómsins við hey; menn fengu hann af því að leysa hey í heygarði á vetrum.

Af þeim dæmum um heysótt sem hér hafa verið rakin er ljóst að orðið, og merking þess, hefur verið vel þekkt í málinu frá dögum Odds Oddssonar eða fyrr.

Árið 1790 skrifar Sveinn Pálsson læknir grein sem hann nefnir *Registur yfir íslenzk sjúkdóma nöfn*. Þar fjallar hann um heysótt. „Heysótt nefnist veikleiki er tilfellur þeim er gefa myglað og illa verkað hey á vetrum, og er hann alþekktur úti á Íslandi, orsakast hann af phlogistískum dömpum út heyinu, er sjúgast inn með andardrættinum, og af sér leiða kvefsótt, hæsi, hósta og öll en sömu tilfelli, og annað phlogistískt loft og dampar, svo sem af kolum, brennusteini, forar-mýrum og öðru þessháttar."[25] Sveinn lætur þessa lýsingu nægja, að heysótt sé alþekkt úti á Íslandi og orsakist af bólguvaldandi ryki í mygluðu og illa verkuðu heyi sem menn andi að sér, og valdi kvefsótt, hæsi og hósta.

Nú er hins vegar stutt á milli birtra greina um heysótt því Jón Pétursson fjórðungslæknir í Norðlendingafjórðungi birti grein 1794 sem hann kallaði *Um líkamlega viðkvæmni*. Þar segir: „Brjóstþröng eða brjóstþyngsli þau, sem margur maður yfir kvartar hér á landi, kalla ég hér heysótt, til aðgreiningar frá öðrum brjóstsjúkdómum. Þessi veikleiki er ekkert annað, en það sem læknarar kalla Asthma convulsivum. Þessi sjúkdómur er innifalinn í langvinnri



Hannes Jónsson bóndi og landpóstur á Núpsstað í Fljótshverfi að raka. Gunar Rúnar Ólafsson tók myndina 1958.

tregðu, þá er hinn sjúki dregur andann; stundum linast þessi kvilli að sönnu, en kemur aftur og aftur með köstum; er þá sem brjóstið sé samanreyrt, með mikilli óhægð, þrengingu, og suðu fyrir brjóstinu, svo hinn veiki má í rúminu uppréttur sitja. Hósti er ætíð þessum kvilla samfara, meiri eða minni, af hverjum þó ekki annað í fyrstu gengur upp en vatnsfroða ein, eður og aðeins lítið blóðlituð froða."

Jón segir síðan: „Því verður ekki neitað, að heysóttin illa umhirt, eða lengi forsómuð, verður margra manna bani hér á landi; eftir því sem veikleikinn magnast, verða brjóstþrengslin og þyngslin meiri og ákafari, þar til sjúkdómurinn um síðir umbreytist í fullkomna, ólæknandi megrusótt (phthisin), eða vatnsýki, bæði í brjósti og annarstaðar á líkamanum."[26]

Jón segir einnig frá vinnumanni sínum sem hafði haft heysótt sjö ár og nágranna sínum með sama sjúkdóm. Fylgir þar nákvæm, og í augum okkar nútímamanna, allkostuleg meðferðarlýsing sem ekki verður rakin hér.

Líður nú alllangur tími þar til heysjúkdóma á Íslandi er getið á prenti. Jón Finsen læknir starfaði sem héraðslæknir á Norðaustur- og Austurlandi um 10 ára skeið og varði síðan doktorsritgerð í Kaupmannahöfn 1874 og fjallaði þar ýtarlega um efnið. Frásögn Jóns, töluvert stytt, hljóðar svo í þýðingu höfunda: Á Íslandi kemur ósjaldan fyrir lungnasjúkdómur sem aðeins verður vart á vetrum þegar skepnum er gefið hey og gerir eingöngu vart við sig hjá þeim sem leysa hey úr stáli og hrista úr því rykið fyrir gjöf. Við að anda að sé rykinu, sér í lagi þegar heyið er lélegt og myglað, fær sá sem það gerir hósta, svolítinn uppgang og andþyngsli, sem oft eru mjög mikil, einkum á kvöldin. Einkennin haldast meðan hey er gefið á vetrum, en hverfa yfir sumartímann. Jón tekur fram að hann hafi ekki séð sjúkling í kasti.[27]

Hann segir einnig, að það sé enginn vafi á að lungnasjúkdómurinn sé ólíkur þeim sjúkdómum sem kallaðir hafa verið „Höfeber", „Sommarastma" og „typisk Forsommarkatarr" og færir fyrir því sannfærandi rök. Hann leggur áherslu á að einkenni heysóttar („Hökatarr") séu bundin við lungun og við vinnu á veturna, en einkenni „Höfeber" nái einnig til slímhúðar í nefi og augum og til koks, höfuðs og taugakerfis, og komi fyrir á vorin og sumrin.

Nú er komið að góðum ráðum til að minnka hættuna af heysóttinni. Jón Hjaltalín landlæknir skrifar í *Heilbrigðistíðindi* 1870: „Heysótt á mönnum og skepnum. Þegar heyið er myglað eða leiri blandað, veldur það heysótt bæði mönnum og skepnum. Hún getur oft orðið allill, og jafnvel hættuleg. Slíkt hey þarf að hrista einkar vel, áður það er gefið, og er óhultast fyrir garðmanninn, að binda þunnum klút fyrir andlitið, meðan hann er að leysa og hrista heyið. … Brjóstþyngsli þau, er heysóttin gjörir, geta orðið mjög alvarleg, og er allajafnan nauðsynlegt að leita læknisráða við þeim."[28]

Guðmundur Hannesson prófessor fjallaði einnig um heysjúkdóma í grein í *Skírni* 1913. Þar segir: „Heykvef. Svo ég nú nefni annað dæmi, er lungun sýkjast, vil ég minnast á heykvef eða heymæði sem sumir kalla. Fjármenn sem eru að vetrinum í mygluðum eða rykmiklum heyjum sýkjast oft að mun af þessu ryki og ólofti. Hér sem oftast endranær kemur skýr áminning frá náttúrunni. Maðurinn fer að fá hóstauppgang og mæði."[29]

Þórbergur Þórðarson rithöfundur hefur eftir séra Árna Þórarinssyni á einum stað í ævisögu hans: „Heymæði var algeng þar vestra og endaði oft með tæringu."[30]

Heysótt viðist ekki síður hafa verið vel þekkt í hrossum og Jón Hjaltalín skrifar í bók sinni um kvilla á kvikfénaði: „*Um Heysótt (Lunge=Betændelse)*: Einkenni veiki þessarar eru þessi: Hestinum er þungt um andann, hann hefir jafnaðarlega hósta og hriglu, og mæðist strax við minnstu áreynslu; nasirnar eru útspenntar og rifbeinin ganga upp og niður."[31]

Þegar haft er í huga hve vel Jón Finsen skrifar um heysótt, og að Guðmundur Hannesson prófessor þekkti vel til heysóttar, er undarlegt hve heilbrigðisskýrslur, sem ná frá árinu 1891, eru lengi vel þöglar um þennan sjúkdóm. Það verður þó breyting á þegar Páll Kolka héraðslæknir á Blönduósi segir í skýrslu sinni fyrir árið 1935: „Heymæði er algeng í karlmönnum, sem orðnir eru miðaldra, og á vafalaust sinn þátt í því að gera marga lungnabólgu banvæna. Margir kvarta sárlega undan henni nú eftir 2 votviðrasöm sumur og lélega verkun á heyjum."[32] Í skýrslu fyrir árið 1936 skrifar Páll Kolka ítarlega um heysjúkdóma: „Heymæði er sjúkdómur, sem er allalgengur hér, þótt hann sé nýr fyrir mér í praxis. Hann veitir ýmsum þungar búsifjar, jafnvel mönnum á besta aldri, svo þeir verða ófærir til gegninga á vetrum. Ef til vill eru meiri brögð að þessu nú en áður vegna undangenginna óþurkasumra, en hann er nú alvarlegt íhugunarefni og hefir talsverða sociala þýðingu, því einyrkjabændur geta orðið óverkfærir við lífsstarf sitt af hans völdum. Auk þess sem oft er samhliða um að ræða emphysema hjá rosknum mönnum, þá er áreiðanlega, ekki síst hjá ungum mönnum, ein aðal orsökin sjúkdómsins allergie fyrir heyryki – sennilega sveppum eða myglunni í rykinu – svo að sjúklingarnir fá astmakennda mæði, þegar þeir koma í hey. Venjulegar heygrímur koma að litlum notum, því að öndunarflötur þeirra er allt of lítill... … Ég hef gegnlýst ýmsa menn með heymæði og séð greinilega pneumoconiosis hjá sumum þeirra, sem lengi hafa verið í heyjum. Þar sem leir er í heyjum, getur myndast hrein og bein silicosis í lungum þessara manna, og hef ég slíkan mann hér á Blöndósi,



Tempest Anderson tók myndina 1890 eða 1893, af heyflutningum við Mývatn.

sem hefur greinileg steinlungu og er algerður öryrki, rúmlega sextugur, enda er ekki gómstór blettur í lungum hans óskemmdur. Ég álít, að heymæði gæti verið merkilegt rannsóknarefni fyrir íslenska sveitalækna, og er mikil þörf á því, að reynt sé að fyrirbyggja hana.“[33]

Páll Kolka hefur nú lýst allvel lokastigi heysóttar, en í skýrslu fyrir árið 1941 kemur hann með brýningu um að eitthvað sé gert í málinu, þótt enn líði 40 ár þar til af því verður. Hann skrifar: „Heymæði er að mínu áliti algengasti atvinnusjúkdómur þeirra karlmanna, er sveitavinnu stunda, og er mörgum svo hvimleiður, að þeir eru lítt eða ekki færir til gegninga. Kemur það sér skiljanlega ekki vel fyrir einyrkja. Ég er ekki í vafa um, að oftast er um reglulega allergie fyrir heyryki að ræða. Þetta er svo alvarlegt atriði, að full þörf væri á að gera einhverjar skipulagsbundnar rannsóknir á þessum kvilla, tilraunir til að lækna hann og verjast honum. Væri mjög æskilegt, að önnur hvor af Rannsóknarstofum Háskólans tæki að sér að rannsaka, hvers konar allergen eru algengust í heyi, og léti læknum í té efni til herðingar gegn þeim.“[34] En það eru fleiri en Páll Kolka sem láta sig málið varða. Karl Guðmundsson héraðslæknir í Dölum skrifar 1939: „Töluvert algengur kvilli hér. Minna bar þó á heymæði í vetur en síðastliðinn vetur, og er einkum tvennt, er valda mun: Annars vegar góð hey og hins vegar það, að nú eru margir farnir að nota heygrímur við allar gegningar eftir fyrirsögn læknis, og að því er virðist með góðum árangri. Er næsta einkennileg sú mikla þögn, er um sjúkdóm þennan ríkir meðal íslenskra héraðslækna, ekki óalgengari en hann mun vera. Í mörgum tilfellum gerir hann menn öryrkja að meira eða minna leyti og um lengri eða skemmri tíma. Virðist þó sem prophylaxis geti komið hér að miklum notum, sé hún hafin í tíma.“[35]

Björn Sigurðsson á Hvammstanga leggur einnig orð í belg: „Mjög mikið hef ég orðið var við heymæði (heyastma) á ýmsum stigum, og er leiðinlegt til þess að vita, hve lítið er hægt að gera fyrir þessa sjúklinga, því þótt heygrímur geti gert nokkuð gagn, er ekki nándar nærri allir, sem finnst, að þeir þoli þær.“[36]

Þegar kemur fram undir 1960 er af og til minnst á heymæði í heilbrigðisskýrslum, en meira talað um astma og ofnæmi fyrir heyi. Árið 1956 segir í umsögn Ólafs Björnssonar í Helluhéraði: „Margir bændur þjást af heymæði og verða óvinnufærir fyrir aldur fram vegna lungnaþembu. Ekki er fátítt, að cor pulmonali verði slíkum sjúklingum að aldurtila.“[37]

Hér látum við staðar numið við þetta sögulega yfirlit, enda stutt í að hafnar séu kerfisbundnar rannsóknir á heysjúkdómum.

Umræða

Þótt ekki sé vitað hvenær menn gerðu sér fyrst grein fyrir tengingu vinnu í heyryki við lungnasjúkdóma er þó ljóst af framan skráðum heimildum að þetta samband var þekkt um aldamótin 1600 og slík þekking hefur líklega verið vel kunn, því Oddur Oddsson sá ekki ástæðu til að skýra orðið „heysótt“ í lækningabók sinni. Orðið kemur svo oft fyrir á sautjándu öld og Sveinn Pálsson segir sjúkdóminn alþekktan í grein sinni 1790. Í ítarlegri grein Jóns Péturssonar 1794 segir að heysótt verði margra manna bani hér á landi. Jón Finsen skrifar svo enn ítarlegar um sjúkdóminn og sýnir fram á að heysótt sé annars eðlis en *höfeber*; sjúkdómur, sem hafði verið skilgreindur 1873 af Charles H Blackley.[38]

Þegar farið er í heilbrigðisskýrslur kemur í ljós að heysjúkdómar eru algengir út um land og valda miklu heilsutjóni. Það er athyglisvert að héraðslæknar kalla eftir átaki til að rannsaka þessa sjúkdóma en tala fyrir daufum eyrum þar til komið er fram á níunda áratug 20. aldar.

Örn Elíasson læknir safnaði saman skráðum gögnum um heysjúkdóma 1977. Gagnasafn hans hófst með grein Sveins Pálssonar og náði til Dýralækningabókar Magnúsar Einarssonar frá 1931, þar sem fjallað er um heymæði í hestum. Höfum við notið góðs

af gagnasafni hans við þessa samantekt. Hann ritaði tvær greinar um þetta efni sem vakið hafa töluverða athygli.[39,40]

Við höfum hvorki fundið orðið heysótt eða heymæði í orðabók yfir fornt norrænt lausamál (Dictionary of Old Norse Prose, onp.ku.dk), þannig að það fyrirfinnst ekki í eldri texta en lækningabók Odds Oddssonar. Hins vegar fundum við margar tilvitnanir um heymæði með hjálp ritmálssafns Orðabókar Háskólans sem nú tilheyrir Árnastofnun.

Við vitum ekki hvort einhver þekking var í Evrópu miðalda á sambandi vinnu í heyryki og sjúkdóma í öndunarfærum, en Ítalinn Bernardino Ramazzini, sem kallaður hefur verið faðir atvinnusjúkdómafræðinnar, lýsti árið 1713 öndunarfærasjúkdómum hjá þeim sem fengust við að mæla og sigta myglað korn.[41]

Það var svo 1932 að lýst var í Bretlandi ákafri mæði, bláma og fíngerðum hnökrum í lungum þeirra sem höfðu unnið í afar mygluðu heyi.[42]

Ekki er við því að búast að í tilvitnuðum textum frá 1790 og síðar séu nákvæmar lýsingar á einkennum heysjúkdóma, þar sem alla þekkingu skorti á þessum sjúkdómum. Jón Pétursson lýsir nokkuð greinilega einkennum astma, og þegar sjúkdómurinn er langvarandi fylgir honum megrun og bjúgmyndun, sem bendir til öndunarbilunar og hjartabilunar, sem leiðir til dauða. Jón Finsen sýnir fram á með góðum rökum að um annars konar sjúkdóm væri að ræða en gróðurofnæmi (*hay fever*). Páll Kolka kemst næst því að lýsa þessum sjúkdómi í lungum því hann sá að hann gat endað með lungnaþembu og í sumum tilfellum bandvefshersli í lungum (*pneumoconiosis*).

Það sem vekur athygli við þessar frásagnir er að hvergi er minnst á einkenni frá nefi og augum, sem voru þó algengustu einkennin þegar rannsókn fór fram á heysjúkdómum undir lok síðustu aldar.[43]

Því vaknar sú spurning hvort orsakir bráðaofnæmis í heyi hafi fyrst komið til sögunnar á síðustu öld, þótt einnig kunni að vera að einkennin frá lungum hafi haft svo alvarleg áhrif á starfsgetu og almenna vanlíðan að þeim einkennum sé fremur haldið til haga en einkennum frá nefi og augum, sem síður hafa gert menn óvinnufæra.

Samantekt

Fyrstu heimildir um heysjúkdóma eru frá fyrri hluta 17. aldar með orðinu heysótt sem þá kemur fyrir í lækningabók. Síðar á öldinni kemur orðið fyrir í vísu þar sem segir „mæddur af heysóttinni“. Auk þess kemur það fyrir í orðabókum frá svipuðum tíma og um 1730-40 er skrifað í orðabók: „Heysótt kallast einnig slæmska með lystarleysi, sem þeir fá stundum, sem á vetrum leysa saman þjappað hey í heygarði með heynál eða heykrók.“ Í lok 18. aldar skrifar Jón Pétursson furðu greinargóða lýsingu á heysjúkdómum og segir þar: „Því verður ekki neitað að heysótt illa um hirt, eða lengi forsómuð, verður margra manna bani hér á landi.“ Jón Finsen getur þess í doktorsritgerð sinni 1874 að einkenni heysjúkdóma séu annars eðlis en frjónæmi (*hay fever*), sem þá hafði nýlega verið skilgreint.

Árið 1870 skrifar landlæknir leiðbeiningar fyrir bændur um það hvernig draga megi úr hættu af heysjúkdómum með því að binda þunnan klút fyrir andlitinu þegar hey er leyst úr stæðum.

Í skýrslum héraðslækna, sem ná frá árinu 1891, er varla minnst á heysjúkdóma fyrr en 1935 en eftir það er þeirra alloft getið og einstaka læknar gefa þeim töluvert pláss í skýrslum sínum og hvetja til þess að þeir séu rannsakaðir. Í skrifum sem sagt er frá í þessari grein er ekki minnst á einkenni IgE-miðlaðs ofnæmis í nefi og augum, sem þó voru algengustu einkennin tengd vinnu í heyryki þegar þessir sjúkdómar voru rannsakaðir á árunum eftir 1980.

Barst til blaðsins 20. október 2020
samþykkt til birtingar 3. desember 2020.

Heimildir

1. Landnámabók. 5. og 6. kafli Sturlubókar og Hauksbókar. Íslenzk fornrit. I. Hið íslenzka fornritafélag, Reykjavík 1968: 36-9.
2. Vilmundarson Þ. Íslenzk fornrit. XIII. Reykjavík 1991: s. cxc.
3. Orms þáttur Stórólfssonar. 2. kafli. Íslenzk fornrit. XIII. Hið íslenzka fornritafélag, Reykjavík 1991: 400.
4. Tómasson Þ. Heyannir. Sæmundur, Selfoss 2018: 67.
5. Egils saga Skallagrímssonar. 30. kafli. Íslenzk fornrit. II. Hið íslenzka fornritafélag, Reykjavík 1991: 78.
6. Jónasson J. Íslenzkir þjóðhættir. 2010: 78. (Ljósprent útgáfu frá 1934.)
7. Guðmundsson B. Íslenskir heyskaparhættir. Hið íslenska bókmenntafélag, Reykjavík 2018: 69-114.
8. Eyrbyggja saga. 37. kafli. Íslenzk fornrit. IV. Hið íslenzka fornritafélag, Reykjavík 1935: 99-103.
9. Þórðar saga hreðu. 9. kafli. Íslenzk fornrit. XIV. Hið íslenzka fornritafélag, Reykjavík 1959: 208.
10. Íslendinga saga. 84. kafli. Sturlunga. I. Reykjavík 1946: 348.
11. Vésteinsson O. Mygluskán og hálfblautur ruddi. Hvernig geymdu menn hey til forna? Sagnir 1989; 10: 18-26.
12. Saga Íslands IV. Hið íslenska bókmenntafélag, Reykjavík 1989: 296.
13. Jónsson T. vedur.is/loftslag/loftslag/landnam
14. Saga Íslands VIII. 1989: 212-5.
15. Fljótsdæla saga. 19. kafli. Íslenzk fornrit. XI. Hið íslenzka fornritafélag, Reykjavík 1950: 273-7.
16. Sturlu saga. 21. kafli. Sturlunga. I. Reykjavík 1946: 91.
17. Íslendinga saga. 60. kafli. Sturlunga. I. Reykjavík 1946: 314-5.
18. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. Br Med J 1950; 2: 739-48.
19. Cox-Ganser JM. Indoor dampness and mould health effects - ongoing questions on microbial exposures and allergic versus nonallergic mechanisms. Clin Exp Allergy 2015; 45: 1478-82.
20. AM. 700 a, 4to, bl.17r. Handrit í Árnastofnun.
21. ÍB. 144, 8vo. 46. grein. Handrit í Landsbókasafni Íslands, Háskólabókasafni.
22. N. 2: 2. Handrit í Konunglega bókasafninu Stokkhólmi.
23. Nockur Gaman-Kvædi. Kaupmannahöfn 1832: 75.
24. AM. 433, fol. Handrit í Árnastofnun.
25. Pálsson S. Íslenzk sjúkdóma nöfn. Rit hins konunglega íslenzka lærdómslistafélags 1790; 11: 221.
26. Pétursson J. Um líkamlega viðkvæmni. Rit hins konunglega íslenzka lærdómslistafélags 1794; 13.
27. Finsen J. Iagttagelser angaaende Sygdomsforholdene i Island. Kaupmannahöfn 1874: 85-6.
28. Hjaltalín J. Heilbrigðistíðindi. Reykjavík 1870; 1: 40.
29. Hannesson G. Lyf og lækningar. Skírnir 1913; 87: 24.
30. Þórðarson Þ. Ævisaga séra Árna Þórarinssonar. IV. Á Snæfellsnesi. Reykjavík 1948: 29.
31. Hjaltalín J. Lækninga-Bók um þá helztu kvilla á kvikfénaði. Kaupmannahöfn 1837: 53.
32. Heilbrigðisskýrslur 1935: 72.
33. Heilbrigðisskýrslur 1936: 60-1.
34. Heilbrigðisskýrslur 1941: 61.
35. Heilbrigðisskýrslur 1939: 66.
36. Heilbrigðisskýrslur 1939: 66-7.
37. Heilbrigðisskýrslur 1956: 100.
38. Blackley CH. Experimental Researches on the Causes and Nature of Catarrhus Aestivus (Hay-Fever or Hay-Asthma). Oxford Historical Books, Abingdon 1988.
39. Elíasson Ö. Heymæði á Íslandi. Læknablaðið 1982; 68:16-39.
40. Eliasson O. Farmer's lung disease: a new historical perspective from Iceland. J Hist Med Allied Sci 1982; 37: 440-3.
41. Ramazzini B. De morbus artificium diatriba. University of Chicago Press, Chicago 1940.
42. Campell JM. Acute Symptoms following Work with Hay. Br Med J 1932: 1143-4.
43. Gíslason D, Ásmundsson T, Magnússon V, et al. Bráðaofnæmi í tveimur landbúnaðarhéruðum á Íslandi. II Samband heyverkunaraðferða og einkenna af heyryki. Læknablaðið 1988; 74: 309-13.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.02.622

Diseases connected with work in hay in Iceland. Haymaking and old data on such diseases

Davíð Gíslason[1,2]
Einar G. Pétursson[3]
Tryggvi Ásmundsson

[1]Landspitali University Hospital, [2]Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavik, Iceland, [3]The Árni Magnússon Institute for Icelandic Studies

Correspondence: Davíð Gíslason, davidgis@simnet.is

Key words: *Iceland, hay, haysickness, history.*

Diseases connected with work in hay have existed in Iceland since its settlement late in the 9th century. Haymaking was probably easier in those days because of better climate and land quality but became more difficult later when these factors deteriorated. First data on diseases connected with hay are from the early 17th century where the word „haysickness" (in Icelandic „heysótt") is used in a book on treatment of diseases. Later in the century the word is found in a rhyme that says „short of breath due to haysickness". The word „haysickness" is also found in dictionaries from that time. In a book from 1730-40 says: „Haysickness sometimes causes illness and loss of appetite in those that loosen hay in a compressed haystack with a hayneedle or a hook." At the end of the 18th century Jón Pétursson writes a good description of hay diseases: „It cannot be denied that haysickness not taken seriously or long ignored can cause many deaths in this country." Jón Finsen mentions in his doctoral thesis in 1874 that the symptoms of haysickness are different from those of allergy to pollen (hay fever) that had been recently described.

In 1870 the Director of Health writes directions for farmers on how to reduce the danger of getting haysickness by using a thin cloth facemask when loosing hay from a haystack.



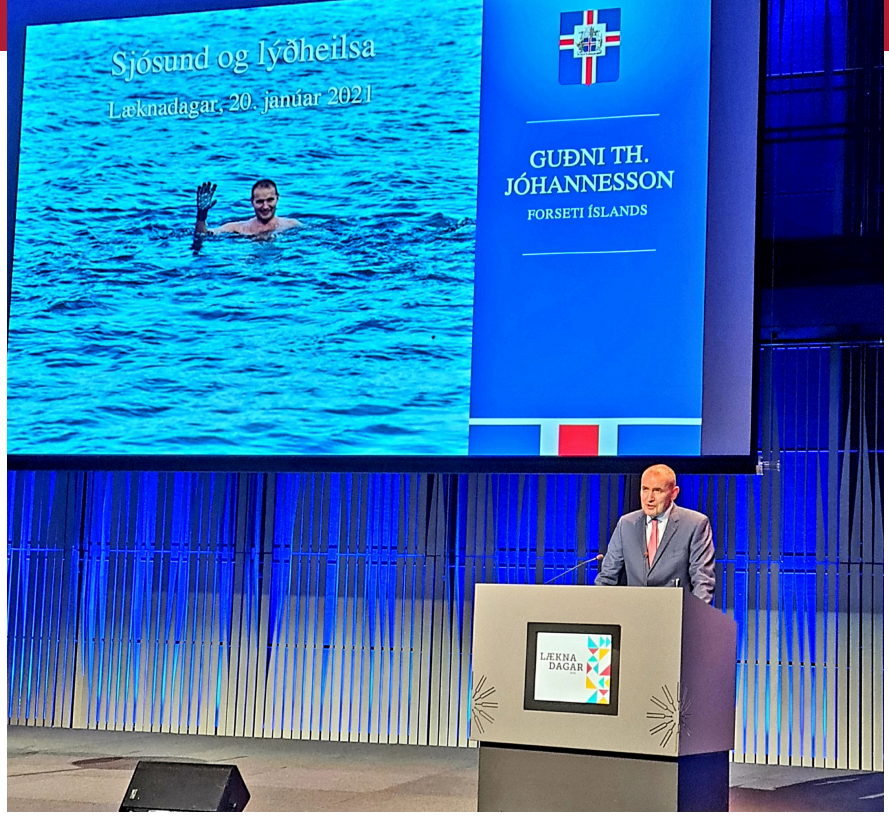


Umsóknir um orlofshús fyrir páskana og sumarið 2021

Á heimasíðu Læknafélagsins er bókunarvefur Orlofssjóðs lækna þar sem í boði er vikudvöl í 12 sumarhúsum og fjórum íbúðum um allt land.

Síðasti dagur til að sækja um páska er 28. febrúar 2021 og síðasti dagur til að sækja um sumarið er 25. mars 2021.

Margt annað er í boði á Orlofsvefnum, svo sem tilboð í gistingu, golf, veiðiskap og fleira.



Forseti Íslands, Guðni Th. Jóhannesson, hvatti til aukinna forvarna á sviði lýðheilsu. Mynd/gag

Forsetinn hvatti til aukins forvarnarstarfs

Guðni Th. Jóhannesson forseti lagði áherslu á forvirkar aðgerðir, lýðheilsu, til að fyrirbyggja að fólk veikist þegar hann opnaði málþing um sjósundsiðkun á Læknadögum. „Sjósund fyrir mér er, þegar rétt er á málum haldið, góð leið til þess að hreyfa sig, vera úti í náttúrunni og njóta góðs félagsskapar.“

Guðni sagði: „Ég er sannfærður um að við þurfum að sinna lýðheilsu, geðheilsu, forvirkum aðgerðum á sviði heilbrigðis- og heilsufars.“ Það hafi ekki aðeins áhrif á lífsgæðin heldur einnig hafi það hagkvæmt gildi.

„Hér á Íslandi, eins og annars staðar í vestrænum löndum, rennur drjúgur hluti útgjalda heilbrigðiskerfisins til lífsstílstengdra sjúkdóma. Við viljum bæta líf og heilsu fólks, við viljum verja fjármunum í það. En einungis broti af heildaruppæðinni hefur verið varið til forvarna. Hér er ótvírætt að breytingar hefðu þegar á heildina á litið, þegar til kastanna kemur, sparnað í för með sér.“

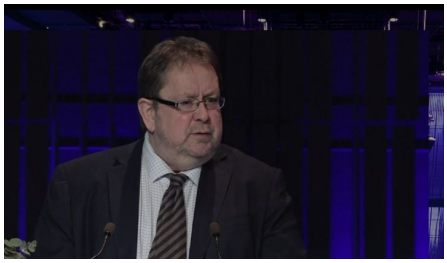
Guðni sagðist áhugamaður á þessu sviði. „Ég get ekki stutt mál mitt með rökum á þessu sviði nema að benda á rannsóknir annarra.“ Hann vísaði í *Læknablaðið*. „Ég er dyggur lesandi *Læknablaðsins* og safna upplýsingum þar,“ sagði forsetinn og benti sérstaklega á rannsóknir og ritstjórnargreinar Unnar Önnu Valdimarsdóttur um áfalla- og streituröskun, Tinnu Laufeyjar Ásgeirsdóttur um hvernig við vegum og metum lífsgæði og Janusar Guðlaugssonar um íþróttaiðkun, og rannsóknir Tryggva Þorgeirssonar og Ernu Sifjar Arnardóttur, lektors í HR.

„Ef við verjum auknu fé til forvarna fáum við það margfalt til baka,“ sagði forsetinn.

Gong, ráðherra og kenningar á málþingi um áföll og streitu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Áföll og vanræksla og erfiður aðbúnaður í æsku eru atriði sem geta valdið börnum streitu og erfiðleikum langt inn í fullorðinsárin og jafnvel út lífið ef ekki er reynt að vinna á vandanum. Sjálfur kaus ég nýlega að stíga fram og segja frá reynslu sem hefur haft mikil áhrif á mig,“ sagði Ásmundur Daði Einarsson félags- og barnamálaráðherra þegar hann opnaði



Reynir Arngrímsson, formaður Læknafélagsins, setti Læknadaga 2021. Mynd/gag

Reynir setti Læknadaga 2021

„Læknar verða að geta haldið við þekkingu sinni, fylgst með tækniframförum og tileinkað sér nýjungar jafnóðum. Því má halda fram að grundvöllur gæða kerfisins byggist á stöðugri endurnýjun og viðhaldi þekkingar,“ sagði Reynir Arngrímsson, formaður Læknafélags Íslands, í ræðu sinni þegar hann setti Læknadaga 2021.

Hann sagði mikilvægt að átta sig á hvers vegna aðeins lítill hundraðshluti lækna fullnýti kjarasamningsbundin réttindi til viðhaldsmenntunar. „Er það umgjörðin á vinnustaðnum, álag og mannekla sem er hindrandi, viðhorf yfirmanna eða hafa ákvæði um réttindin dregist aftur úr til dæmis raunkostnaður sem fylgir því að sækja endurmenntunarnámskeið erlendis?“

Yfir 800 læknar voru skráðir til leiks á Læknadögum þetta árið. Þeir fóru fram 18.-22. janúar og var streymt. Þátttakendur höfðu í kjölfarið mánuð til að horfa á öll erindin.



málþing um áföll og streitu á fyrsta degi Læknadaga 2021.

Ásmundur benti á lykilhlutverk heilbrigðisstarfsmanna þegar kemur að forvörnum gegn vanlíðan, vanrækslu og ofbeldi. „Börn eiga ekki að bíða, börn eiga ekki að falla á milli kerfa. Þjónustan á að snúast um börnin því þau eru miðpunkturinn," sagði ráðherrann og lýsti því að nýtt frumvarp hans ætti að ná þessu markmiði.

Slegið var í gong og farið yfir kenningar á málþingi um áföll og streitu á fyrsta degi Læknadaga 2021. Fjöldi fólks kom að málþinginu. Anna María Jónsdóttir, Benedikt Sveinsson, Guðmundur F. Jóhannsson, Ingvar Hákon Ólafsson, Laufey Steindórsdóttir, Gyða Dröfn Tryggvadóttir, Pálmi Óskarsson, Erla Gerður Sveinsdóttir, Kristín Sigurðardóttir og Lilja Kjalarsdóttir tóku til að mynda öll þátt í því. Mynd/gag



Jón Magnús Jóhannesson, Þórir Bergsson, Páll Óli Ólason og Unnur Ósk Stefánsdóttir taka kaffihlé frá málþingi um bráðavandamál. Mynd/gag



Steinn Jónsson fór yfir kosti og galla skimunar fyrir lungnakrabbameini á málþingi um skimanir í Rímu í Hörpu. Mynd/gag



Margrét Aðalsteinsdóttir, starfsmaður Fræðslustofnunar lækna, og Sólveig Jóhannsdóttir, framkvæmdastjóri Læknafélagsins, tóku á móti fyrirlesurum og svöruðu fyrirspurnum áhorfenda. Mynd/gag



Unnur Anna Valdimarsdóttir, Ólafur Þór Ævarsson, Engilbert Sigurðsson og Magnús Haraldsson í kaffipásu frá málþinginu um geðheilsu á tímum COVID-19 á Læknadögum. Mynd/gag

Auglýsing

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



Indriði Einar Reynisson
sérnámslæknir
indridi.reynisson@gmail.com

Eins árs COVID-lærdómur

Þegar febrúar klárast verður heilt ár frá fyrsta greinda innanlandssmiti COVID-19-faraldursins á Íslandi. Lífið tók vægast sagt stakkaskiptum á stuttum tíma og mun öfgafyllri breytingum en við áttum von á. Margir héldu að þetta yrði skammvinnur vandi, efnahagurinn færi á flug um sumarið 2020, heilbrigðiskerfið þyrfti ekki að blása úr nös og líkamsræktarfrömuðir yrðu hressir og kátir sem áður. Klassíska íslenska hugsunin í forgrunni; þetta reddast! Undirritaður var jafnvel fullur efasemda á alvarleika faraldursins. Var þetta nokkuð skaðlegra en flensa? Gera maskar gagn?

Ég, eins og margir, hafði rangt fyrir mér og það er í lagi!

Meistaramótum var frestað, flugfélög hröpuðu í verði eða flugu á hausinn og hótel stóðu tóm. Samfélagið lærði að lifa með veirunni, salernispappír hvarf úr búðunum og þjóðin ferðaðist innanhúss. Það þarf ekki að endurtaka hvernig samfélagið bjó sig undir kreppuna. Hins vegar er mikilvægt að minnast á ýmsa mikilvæga þætti heilbrigðiskerfisins í faraldrinum.

Læknar hér og læknar þar!

Á fundum Almannavarna birtust læknar ítrekað á skjánum. Sóttvarnalæknir, landlæknir, forstjóri Landspítala, forstjóri og framkvæmdastjóri Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, yfirmenn smitsjúkdómalækninga og sýkla- og veirufræðideildar Landspítala. Alma og Þórólfur fóru yfir faraldurinn og stöppuðu í okkur stálinu. Kári skimaði og rannsakaði. Staða heilbrigðisstofnana landsins var tíðrædd. Heilbrigðisráðherra hlýddi ráðleggingum sóttvarnalæknis. Heilsugæslan umturnaðist á örfáum vikum á sama tíma og þungi var lagður á; sýnatökur mögulega smitaðra í eigin persónu, og ópersónulegar fjarlækningar viðkvæmra til að halda „eðlilegri“ heilsugæslu gangandi og koma í veg fyrir óþarfa innlagnir á spítala.

Landspítali tryggði varnir meðal annars með því að safna hlífðarbúnaði, sýnatökubúnaði, raðgreiningartækjum og frekari þekkingu. Búið var undir það versta. Stofnuð var sérstök COVID-göngudeild, með læknum í fararbroddi, sem ruddi braut í meðhöndlun sjúkdómsins utan spítala og birti rannsóknir á starfi sínu. Velunnarar gáfu öndunarvélar fyrir svartsýnustu spárnar. Sóttvarnarhús voru opnuð, ekki bara eitt heldur nokkur.

Bylgjan kom og fór. Afköst kerfisins mögnuðust. Heilsugæslan lyfti grettistaki í eftirfylgd og greiningum til að reyna að vernda spítalann sem mest. Læknavaktin jók á vitjanaþjónustu sína. Þegar mest var voru þrír læknabílar á höfuðborgarsvæðinu að sinna almennum vitjunum, sýnatökum í heimahúsum og í fáeinum tilfellum að meta COVID-veika einstaklinga í heimahúsum. En það gekk ekki áfallalaust því sum landsvæðin urðu „grálúsug af COVID“, einkum höfuðborgarsvæðið.

Framlínumenn fóru í sóttkví, sumir veiktust, fáeinir alvarlega en blessunarlega dó enginn þeirra. Breyttir tímar kalla á nýjar áherslur. Samráð jókst milli almennra lækna. Læknavaktin réði til sín sérnámslækna í heimilislækningum til að sinna vöktum vegna manneklu. Sérfræðingar á lyflækningasviði Landspítala juku á sína þjónustu og stunduðu sólarhringsvaktir. Deildarlæknar lyflækninga urðu áberandi í meðferð sjúkdóma og voru höfundar á vísindagreinum sem var afrakstur COVID-göngudeildarinnar. Til aðstoðar við upplýsingaflæði fóru ýmsir læknar í sitt fræðsluhlutverk, lásu sér til, skrifuðu greinar, töluðu opinberlega og aðstoðuðu stofnanir við upplýsingagjöf. Ungur almennur læknir varð meðal annars andlit fræðslunnar í samfélaginu, aðstoðaði háskólastofnanir og kom fram í fjölmiðlum. Sumir urðu ósammála vísindunum og kærðu kollega til siðanefndar Læknafélagsins fyrir málefnalega umræðu en úr því fæddist mús er fjallið tók joðsótt; málinu var að sjálfsögðu vísað frá.

En hvað lærðum við?

Hér var nýr sjúkdómur á Íslandi og þjóðin tók snúning. Í brúnni og á fremstu víglínum voru læknar sem stýrðu dansinum. Allt var lagt undir og við uppskárum margt: heimsmælikvarða meðhöndlun og eftirfylgd sjúklinga með COVID-19; lækkun á dánartíðni, til skamms tíma, þegar hún hækkaði í nágrannalöndum; og líf sem var næstum því eðlilegt „í samanburði“. Hvert sem litið var voru læknar í fréttum að ráðleggja okkur, hughreysta okkur og fræða okkur. Við fundum fyrir því að allt yrði í lagi á endanum.

Ég ætla alls ekki að gera lítið úr mikilvægi annarra heilbrigðisstétta í þessum faraldri: hjúkrunarfræðingar, lífeindafræðingar, sjúkraliðar, sjúkraflutningamenn og fleiri voru okkur stoð. Hins vegar er það deginum ljósara að læknar keyra heilbrigðiskerfið áfram. Við leggjum línurnar við meðhöndlun faraldursins sem þjóðin glímir við. Við berum ábyrgðina á meðferðinni en við þekkjum líka okkar takmörk. Við verðum að geta stigið fram og sýnt forystuhæfileikana sem í okkur búa. Læknar eru leiðtogar heilbrigðiskerfisins og það verður aldrei tekið af okkur.

Stjórn Læknafélags Íslands

Reynir Arngrímsson formaður

FAL
Berglind Bergmann
Indriði Einar Reynisson

FSL
María I. Gunnbjörnsdóttir
Guðrún Dóra Bjarnadóttir

FÍH
Salóme Ásta Arnardóttir
Jörundur Kristinsson

LR
Þórarinn Guðnason
Alma Gunnarsdóttir

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

Tveir af tíu glíma við frjókornaofnæmi hér á landi

Hátt í 50 börn hefja afnæmingu við grasofnæmi nú í ársbyrjun. Þrjú ár tekur að losna við ofnæmi en flestir verða góðir fyrsta sumarið. Michael Clausen barnalæknir segir kókosofnæmi hafa greinst hér á landi eftir að foreldrar hófu að bera kókosolíu á ung börn sín

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Allt að 20% fullorðinna hér á landi og 10-15% barna hafa frjókornaofnæmi. Ofnæmi er genatengt. „Erfðir og umhverfi skipta máli," segir Michael Clausen barna- og ofnæmislæknir á Barnaspítala Landspítala. Hann hélt tvö erindi á Læknadögum. Annað um hvort hægt sé að lækna ofnæmi og hitt um tilfinningar ónæmiskerfisins.

Hátt í 50 börn sækja nú í upphafi árs í fyrsta sinn á Landspítala í afnæmingu ofnæmis gagnvart grasi. „Það þarf að byrja þremur fjórum mánuðum áður en frjókornatímabilið byrjar. Svo við gerum þetta nú í janúar og febrúar," segir hann. En er meðferðin dýr?

„Dýr og ekki dýr," svarar hann og nefnir 200-250.000 krónur á ári. „Hún er blessunarlega niðurgreidd að verulegum hluta af Sjúkratryggingum Íslands." Hann bendir á að draga þurfi kostnað lyfjanna sem voru notuð og skerðinguna á lífsgæðunum frá kostnaðinum. „Þá er hún ódýr," segir hann og brosir.

Gefið gras til að lækna ofnæmið

Michael bendir á að menn hafi velt fyrir sér í meira en 100 ár hvort hægt sé að bæta eða lækna ofnæmi. „Aðferðir afnæmingar ofnæmis eru yfir 100 ára gamlar. Þegar best tekst til verða einstaklingarnir algjörlega einkennalausir á sumrin. Það hefur orðið gríðarlega mikil þróun á því sviði. Sérstaklega á undanförnum áratugum."

Grasofnæmi er algengast bæði hér á landi og á meginlandi Evrópu. Trjáofnæmi hrjáir aðra Norður-Evrópubúa frekar en okkur landsmenn, þá helst birkiofnæmi. „Þar hefur helst verið stunduð afnæming vegna grass, birkis og rykmaura." Sprautumeðferð var stunduð mest alla síðustu öld en í tæpa tvo áratugi hefur þessi töflumeðferð komið sterk inn.

„Ein tafla á dag í þrjú ár. Taflan leysist upp í munninum. Þetta er ekki lyf í raun heldur gras sem ofnæmisvakinn hefur verið einangraður úr og einstaklingurinn fær í örlitlum skammti í töflunni. Meðferðin hefur það fram yfir sprautumeðferðina að hún virkar strax fyrsta sumarið en það tók nokkur sumur fyrir sprautumeðferðina," segir hann. Þá er hægt að taka töfluna heima fyrir.

Lyf við birkiofnæmi hefur ekki verið skráð á Íslandi en lyfið er gefið í mörgum löndum í kringum okkur. „Afnæmingarmeðferð fyrir frjókornum hefur gengið mjög vel og virkar vel. Það er til mikilla hagsbóta fyrir þá sem það hafa."

Fæðuofnæmi eykst hér á landi

Michael hefur verið ofnæmis- og barnalæknir á Landspítala í um tvo áratugi. „Praktískt en fyrst og fremst skemmtilegt" segir hann um valið á sérgreininni. Hann segir ofnæmislækna sjá fleiri og fleiri ofnæmi fyrir fæðu hér á landi.

„Fæðuvalið er orðið miklu fjölbreyttara," bendir hann á. „Við borðuðum ekki mikið af hnetum hér áður fyrr og höfðum því helst ofnæmi fyrir jarðhnetum en nú er framboðið meira og möguleikarnir á að næmast fyrir fleiri tegundum. Við greinum kasjúhnetuofnæmi nú til jafns við jarðhnetuofnæmi," segir hann.

Hann nefnir einnig ofnæmi fyrir kókoshnetum. „Ég bjóst aldrei við að upplifa kókosofnæmi hér á landi. En það var lenska að bera kókosolíu á börn með exem. Talið er að næmingin geti verið í gegnum húðina og kókosolía menguð af kókosprótínum býður hættunni heim." Hann mælir þess vegna gegn því að



Michael Clausen barnalæknir segir fæðuvalið orðið svo miklu fjölbreyttara hér á landi en áður og því meira um ofnæmi fyrir fágætri fæðu. Hann segir kókosofnæmi hafa greinst hér eftir að foreldrar hófu að bera kókosolíu á ungabörn sín. Mynd/gag

bera kókosolíu á börn sem hafa exem. „Kókosofnæmi er nýr landnemi hér," segir hann. „Foreldrar hafa lært að bera ekki jarðhnetuolíu á börn og kókosolía er eins."

Michael segir hægt að afnæma gegn dýraofnæmi en útkoman hafi ekki verið eins vel lukkuð og því lítið um meðferðina hér á landi. „ Ávinningurinn svarar ekki kostnaði auk óþæginda sem þetta hefur í för með sér fyrir sjúklinginn"

Ofnæmi getur elst af fólki

Michael segir erfitt að afnæma fyrir fæðu en fæðuofnæmi eldist þó stundum af fólki. „Einstaklingurinn á alltaf séns. Ofnæmi fyrir mjólk, eggjum, hveiti og soya getur elst af börnum. Síður ofnæmi vegna hneta og sjávarfangs. En afnæming vegna fæðu getur gengið brösuglega og ekki hægt að lækna fæðuofnæmi með þeim aðferðum sem við þekkjum. Hægt er að auka magnið sem hver þolir áður en einstaklingurinn fær ofnæmiskast," segir hann.

En mælir hann með einhæfri öruggri fæðu fyrir börn upp að vissum aldri? „Nei," svarar hann ákveðið. „Það gefur ekki árangur." 7-8 mánaða börn mega til að mynda borða fisk og egg. Foreldrar eiga heldur ekki að verja börn sín fyrir sínum ofnæmisvöldum. „Ekki endilega. Börn erfa ekki ofnæmi foreldra sinna heldur eiginleikann að mynda ofnæmi." Hann segir að í hvert sinn sem matur sé innbyrtur í fyrsta sinn skoði ónæmiskerfið hann og meti.

Michael segir þróunina í ónæmislækn-

Ung börn fara hugsanlega á mis við örvun ónæmiskerfisins

„Það er klárt að skoða verður hver áhrif aukins hreinlætis í kjölfar kórónuveirufaraldursins hafa á börn fædd 2020, jafnvel 2021 ef við höldum áfram að spritta, miðað við fyrri ár," segir Michael Clausen, barnalæknir á Landspítala.

„Hreinlætiskenningin gengur út á að ónæmiskerfið skorti örvun fyrstu ævimánuðina og því myndi börn frekar ofnæmissjúkdóma. Það munum við örugglega skoða nú í framhaldinu." En telur hann að áhrifanna muni gæta? „Það er ekki óhugsandi."



ingum hraða. Spennandi hlutir séu að gerast. „Þótt okkur hafi gengið illa með fæðuofnæmi, sem er hamlandi fyrir fólk og óþægilegt, getum við með tilkomu líftæknilyfja mögulega haft betri áhrif og stýrt afnæmingarmeðferðinni. Hugsanlega tekst með auðveldari hætti að lækna fæðuofnæmi með tilkomu líftæknilyfja sem notuð væru samtímis afnæmingunni.

Bóluefnaþróun á annan áratug

Michael hefur unnið með evrópskum vísindahópi, fólki frá Spáni, Ítalíu, Hollandi og Grikklandi, síðustu 12 ár að því að búa til bóluefni gegn fiskofnæmi. „Það hefur því verið ævintýralegt að fylgjast með þróun bóluefna gegn kórónuveirunni. Hópurinn minn hefur í 14 ár unnið að þessu fiskiofnæmisbóluefni og við erum enn á fasa tvö af þremur," segir hann. Starfið strandi nú á fjárþörf. Of fáir þjáist af fiskiofnæmi til að féð streymi að.

„Hugsanlega hefðum við átt að einblína á skelfiskofnæmi," segir Michael. „Það er bæði algengara og því líklegra að fjársterkir aðilar hefðu veðjað á það með okkur."

Michael segir að hann hafi aldrei séð fyrir sér að það tækist að framleiða bóluefni gegn SARS-CoV-2 veirunni sem veldur COVID-19 á svo stuttum tíma. „Það er kraftaverki líkast en sýnir hvað hægt er að gera ef allir leggjast á eitt að klára málið."

Ekki megi gleyma þeim þætti sem lifi innra með okkur og utan á.

„Bakteríur og veirur spila verulega stóra rullu í lífi okkar," segir hann. „Þær hafa áhrif á ónæmis- og taugakerfið. Maðurinn og allar þær örverur í honum og á eru ein lífvera og spila saman. Ef maður hugar að heilbrigði þarf að hugsa um alla þessa þætti."

En er þá einhver þumalputtaregla til þess að forðast ofnæmi? „Borða hollt og hæfilega mikið; vera dugleg að borða grænmeti og sætindi í hófi. Það er gott. Svo þurfum við að stunda hreyfingu."

Mælir hann með einhæfri öruggri fæðu fyrir börn upp að vissum aldri? „Nei," svarar hann ákveðið. „Það gefur ekki árangur." 7-8 mánaða börn mega til að mynda borða fisk og egg. Foreldrar eiga heldur ekki að verja börn sín fyrir sínum ofnæmisvöldum.

Tilfinningar tilheyra eðlis- og efnafræði

„Nútímalæknisfærði hefur gleymt þeirri hugsun að hraust sál búi í hraustum líkama og menn aðgreint líkama og sál. Við megum hins vegar ekki aðgreina annað frá hinu," segir Michael Clausen ofnæmis- og barnalæknir á Barnaspítala Hringsins.

„Tilfinningar eru rafmagns- og efnafræði í kollinum okkar. Þær eru rafboð um taugar og efnaboð í taugaendum." Tilfinningar eru því eðlis- og efnafræði. Það á við ónæmiskerfið líka.

„Þetta er allt sami hluturinn og tengist saman. Það er því ekki hægt að aðskilja líkama og sál." Hann segir að læknum finnist oft ónæmisfræði flókin. „Þeir vilja því margir helst ekkert vita af henni en hún er grundvöllur allra nútímavísinda."

Michael segir margar rannsóknir sýna að börn mæðra sem eru þunglyndar á meðgöngu eða lenda í hremmingum séu líklegri til að fá sjúkdóma tengda ónæmiskerfinu seinna meir. „Við erum að tala um exem og astma, hjarta og æðasjúkdóma." Börn sem hafi orðið fyrir illri meðferð í æsku séu líklegri til að vera með mælanlegar bólgur og breytingar í ónæmiskerfi sínu seinna meir.

„Það er hægt að sýna fram á það að álag, streita og vanlíðan sem börnin upplifa og mæður þeirra fóru í gegnum hefur áhrif á ónæmiskerfið," segir hann. „Þetta eru tilfinningar. Svo er ónæmiskerfið með tilfinningar?" Andlegur þáttur er ráðandi um heilbrigði líkamans rétt eins og líkaminn hefur áhrif á andlega heilsu fólks.

Auglýsing

Hvetur til vakningar um að verkjastilla sykursjúka

Páll Ragnar Karlsson, doktor í læknisvísindum, fékk fyrirspurnir til Danmerkur frá örvæntingarfullu verkjuðu fólki hér á landi. Þær bárust honum í kjölfar þess að hann var útnefndur rannsóknarmaður ársins af Dönsku sykursýkisakademíunni

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Verkjaðir sykursýkissjúklingar þurfa að fá að reyna mismunandi verkjameðferðir sem eru í boði til að sjá hvort þær slái á verkina, segir Páll Ragnar Karlsson, doktor í læknisvísindum. Hann hvetur heimilislækna til að hlusta eftir lýsingum sjúklinga og kynna sér meðferðirnar.

Páll var valinn rannsóknarmaður ársins af Dönsku sykursýkisakademíunni fyrir rannsóknir á verkjum sykursjúkra. Hann varð fyrstur í Danmörku til að beita nýrri aðferð við að taka og greina húðsýni sem geta sagt til um ástand tauga í húðinni. Í fréttatilkynningu samtakanna segir að sérfræðiþekking Páls skipi honum í fremstu röð vísindamanna sem stunda rannsóknir á þessu sviði.

Páll segir að hópur sjúklinga hér heima hafi haft samband við sig út þegar þeir heyrðu um viðurkenninguna í fjölmiðlum í desember. Þeir kölluðu eftir hjálp. Margir úrræðalausir, örvæntingarfullir. Langur biðlisti sé eftir því að komast í hendur verkjateymis Landspítala. Það sé ekki einsdæmi. Staðan sé eins í Danmörku.

„Sjúklingur þarf að vera töluvert verkjaður og ýta á kerfið til að komast inn. Því meiri almennri vitundarvakningu sem hægt er að koma af stað meðal lækna, því betra," segir Páll. Það hafi komið honum á óvart að heyra í svo mörgum.

„Já, ég verð að segja það." Allur gangur hafi verið á stöðu fólksins. „Sumir voru úrræðalausir og fannst þeir hafa reynt allt. Aðrir voru verkjaðir en höfðu ekki getað lýst stöðu sinni í orðum. Þeir fundu brunann eða fundu jafnvel ekki fyrir fótunum og áttuðu sig ekki á ástandinu fyrr en þeir lásu um einkennin í fréttinni." Hann hafi hvatt þá til að hafa samband við heimilislækninn sinn.

Flutti út með fjölskylduna

Páll og eiginkona hans, Árún Ósk Guðgeirsdóttir, kjólaklæðskeri og fataverkfræðingur, fluttu fjölskylduna til Danmerkur árið 2007 eftir að hann útskrifaðist með BS-gráðu í sameindalíffræði frá Háskóla Íslands og fór hann í meistaranám í taugalíffræði og gerði rannsóknir á MND-sjúklingum.

„En svo langaði mig að vera í meira sambandi við sjúklinga í stað þess að hugsa um frumur. Þannig að ég endaði hjá Dönsku verkjarannsóknarmiðstöðinni og tók doktorsnám í læknisfræði sem ég kláraði 2013," segir hann.

„Við sjáum marga sjúklinga með króníska verki eftir aflimanir, útaf HIV-veirunni eða krabbameinsmeðferðum. Við hittum því ekki aðeins sykursjúka þótt það sé stærsti sjúklingahópurinn," segir hann og einblínir á litlu húðsýnin sem þau taki nú sjálf í stað þess að senda til Þýskalands. Það fleyti rannsóknunum áfram. Rannsóknirnar hafi leitt þau að þeirri tilgátu að þeir sem hafi verki fái þá þar sem auknar verkjasameindir séu á taugunum og svo einnig í húðinni sjálfri.

En er eitthvað til ráða til að slá á verkina? Páll segir þónokkuð af þekktum lyfjum slá á verki. Misjafnt sé hvað virki á hvern, flogaveikislyfin Gabapentín og Pregabalin á suma en aðrir taki þunglyndislyf, TCA eða SNRI-lyf.

„En staðreyndin er samt sem áður sú að fjöldi sjúklinga fær ekki verkjastillingu út frá þeim lyfjum sem hafa verið samþykkt. Á Verkjarannsóknarmiðstöðinni erum við með nokkrar lyfjarannsóknir í gangi til að mæla áhrifin."



Páll Karlsson lét sig dreyma um að stunda vísindastarf eftir að hafa sem barn fylgst með föðursystur sinni kljást við MND-sjúkdóminn. Hann fór krókaleiðir að draumnum og hefur nú verið valinn rannsóknarmaður ársins af Dönsku sykursýkisakademíunni. Mynd/Danska sykursýkisakademían

Komin á slóðina

Páll segir niðurstöðu rannsóknanna sýna að sjúklingar með þráláta verki hafi færri skyntaugar en aðrir, sem sé ákveðin þversögn. Verkjaðir einstaklingar hafi meira af sameindum tengdum verkjum utan á skyntaugunum. Hann hafi fundið þrjár tengdar verkjum.

„Núna erum við komin með merki sem við teljum líklegt að geti sagt fyrir um hvort sjúklingurinn fái verki eða einhver einkenni út frá taugabólgum.“

Hægt sé að kafa dýpra og safna gagnlegum upplýsingum út frá sýnunum. „Þótt við getum séð taugarnar getum við ekki metið ástandið á þeim, ekki hvort þær séu óvirkar eða ofvirkar,“ segir hann. Nú í framhaldinu verði betur hægt að meta það.

„Ég vonast eftir því að geta hafið meðferðarrannsókn út frá niðurstöðunum,“ segir hann. „Svo vantar rannsóknir þar sem við fylgjum skjólstæðingum okkar til lengri tíma.“ Þannig fást upplýsingar um hvers vegna sumir fá verki en aðrir ekki. Páll er spenntur fyrir rannsóknarsamstarfi við íslensk rannsóknarteymi.

„Mjög hæft vísindafólk, læknar og annað fagfólk, er á Íslandi. Það yrði mjög gefandi og um margt spennandi að fá að vinna með fagfólki heima og um leið geta stundað rannsóknir á mínum landsmönnum.“

Lyfjarannsóknir næsta skref

Páll segir nú rætt við lyfjafyrirtæki um að hefja nýja rannsókn sem gæti leitt til lyfjaframleiðslu. „Hún gengur út á að blokka eina af þessum sameindum sem við höfum fundið. Við bindum vonir við að sjúklingar sem hafa mikið af þessum verkjasameindum út frá húðsýni fái verkjastillingu,“ segir Páll.

En gaf rannsóknin tímamótaniðurstöðu? „Það á eftir að koma í ljós hvort hún skilar einhverju til sjúklinganna,“

„Núna erum við komin með merki sem við teljum líklegt að geti sagt fyrir um hvort sjúklingurinn fái verki eða einhver einkenni út frá taugabólgum.“



Húðsýni Páls sýna að auknar verkjasameindir eru á taugunum og svo einnig í húðinni sjálfri hjá þeim sem fá verki. Myndir/Danska sykursýkisakademían

Þótt draumurinn hafi staðið til vísinda og doktorsnáms í læknavísindum var leiðin að honum ekki bein. Akureyringurinn byrjaði í Verkmenntaskólanum, VMA.

segir Páll. „En fyrir mig persónulega var þetta tímamótaniðurstaða.“

Spurður hvort hann geti stundað þessar rannsóknir hér heima segir hann að aðstæðurnar séu mjög góðar í Danmörku og líklega sé erfiðara að fá fjármagn til rannsókna á Íslandi og byggja upp öflugan rannsóknarhóp.

„Danir þykja framarlega í sykursýkisrannsóknum í heiminum. Aðallega vegna rannsóknasjóðs Nova Nordisk lyfjafyrirtækisins. Fyrirtækið veitir milljörðum króna á ári til vísindarannsókna. Það að stunda vísindarannsóknir á sykursýki er því að mörgu leyti þægilegt og er hægt að finna fjármagn til rannsókna, séu vísindin í lagi; rannsóknarspurningin góð og aðferðirnar viðurkenndar.

Föðursystir leiddi til vísindanna

Páll lét sig dreyma um að stunda vísindastarf eftir að hafa sem barn fylgst með föðursystur sinni kljást við MND-sjúkdóminn en hún er nú látin. „Ég var um það bil 10 ára þegar hún greindist og barátta hennar hafði mikil áhrif á mig. Ég hafði alltaf þann draum að gerast læknir eða vísindamaður,“ segir hann.

„Ég fann hér í Árósum góðan rannsóknarhóp sem stundaði MND-rannsóknir sem er helsta ástæða fyrir veru minni hér.“ Eftir meistaranámið sá hann að erfitt getur verið að stunda rannsóknir á fátíðum sjúkdómum. Ekki hafi verið til fjármagn fyrir stöðu doktorsnema. Það hafi leitt hann að sykursýkisrannsóknum.

„Ég vildi endilega halda áfram rannsóknum,“ segir Páll og að hann hafi því leitað fyrir sér og valið verkjarannsóknirnar þar sem hann fékk tækifæri til að móta starfið. Setja upp klíníska verkferla og færa rannsókn á sýnunum frá Þýskalandi til Danmerkur.

Þótt draumurinn hafi staðið til vísinda og doktorsnáms í læknavísindum var leiðin að honum ekki bein. Akureyringurinn byrjaði í Verkmenntaskólanum, VMA. „Ég vissi ekki almennilega hvar styrkleikarnir lágu og fannst ekki raunhæft að verða læknir eða vísindamaður.“ Hann hóf nám í rafeindavirkjun.

„Ég taldi bóklegt nám ekki sterkustu hlið mína á þeim tíma þótt ég hefði ákveðnar langanir. En það kom fljótlega í ljós að rafeindafræði var ekki mín hilla og ég skipti á endanum fjórum sinnum um braut á meðan ég var í VMA. Það byrjaði ekki að ganga vel í náminu fyrr en ég skipti yfir á raunvísindasvið,“ lýsir hann. Líffræði og efnafræði náðu til hans.

„Ég komst að því að legði ég hart að mér fengi ég góðar einkunnir,“ segir hann. „Áhuginn dreif mig á endanum í gegnum framhaldsskóla og krefjandi nám á nýrri tungu hér úti í Danmörku. Það er sama með þessar rannsóknir núna. Áhuginn drífur mig áfram.“

Spurður hvort fjölskyldan snúi hugsanlega heim, segir Páll að sú umræða komi upp annað slagið. „Er maður ekki alltaf á leiðinni heim?“ spyr hann, og heldur áfram: „Okkur líður mjög vel í Danmörku og reynum að halda góðum tengslum við Ísland. Við erum í raun opin fyrir öllum möguleikum.“

Tvö mRNA-bóluefni gegn COVID-19 samþykkt á Íslandi



Már Kristjánsson
yfirlæknir á smitsjúkdómadeild Landspítala
markrist@landspitali.is

Lyfjastofnun hefur veitt markaðsleyfi fyrir tvö bóluefni gegn COVID-19; Comirnaty frá BioNTech og Pfizer og COVID-19 Vaccine Moderna frá Moderna. COVID-19 faraldurinn geisar um þessar mundir sem aldrei fyrr. Fjöldi nýsmitaðra af völdum SARS-CoV-2 veirunni er í hæstu hæðum með um 300.000 tilfelli daglega í Bandaríkjunum og um 100.000 daglega í Evrópu. Mikilvægi bólusetningar þjóða með framangreindum bóluefnum sem hvort um sig veitir vörn í um 95% tilvika er gríðarlegt.

Bæði framangreind bóluefni sem samþykkt hafa verið eru mRNA-kjarnsýru-bóluefni með lípíð-nanóhjúp. Það hefur verið þekkt um áratugaskeið að nakin RNA-sameind kemst lítt eða ekki inn í frumur líkamans. Þar kemur margt til. Sameindin er óstöðug og brotnar niður fyrir tilstilli RNasa. Þá örvar hún ósértæka ónæmiskerfið (*inate immune system*) sem að fyrir milligöngu margvíslegra boðefna upprætir utanfrumu mRNA-sameindir.

Þekkingaröflun síðastliðna áratugi, frá 1989 að telja, hefur leitt í ljós að með því að breyta mRNA á þann hátt að við 5‘ enda hennar er tengd hetta (*cap*), í stað úridíns er notað „pseudo“-úridín (niturbasi er snúinn um 180° í tengingu við ríbósa hluta kirnisins) og 3‘ endinn er lengdur (fjöl-adenókirni (*polyadenosine*)). Auk þessa þarf tvennt til viðbótar til þess að unnt sé á skilvirkan hátt að koma mRNA-sameindinni inn í frumur; fjölþættur jónandi lípíð (*ionized lipids*) hjúpur sem umlykur sameindina og hreinsuð mRNA-sameind með *high pressure liquid chromatography*.

Framangreindar breytingar á mRNA auk fyrirkomulag sameindarinnar í lípíðhjúp gerir það að verkum að stöðugleiki sameindarinnar eykst til muna. Heppilegast er að sameindin skrái einn lesramma (*open reading frame*, ORF) sem skráir eitt tiltekið prótín. Á þessu formi líkir hin breytta sameind eftir fyrirkomulagi mRNA í einkjarna frumu (*eukaryotic cell*).

Þau mRNA-bóluefni sem skráð eru á Íslandi hafa nákvæmlega sömu grunnbyggingu og lýst er að framan. Um er að ræða allt gaddaprótín (*spike protein*) SARS-CoV-2 veirunnar sem veldur COVID-19 sjúkdómnum. Þau eru bæði breytt þannig að eftir tjáningu í þeim frum sem taka bóluefnið upp eru þau læst í þeirri stöðu sem að gaddaprótín veirunnar hefur áður en það tengist ACE-2 viðtökum öndunarvegarins. Það er einmitt í þeirri stöðu sem hlutleysandi (*neutralizing*) mótefni bindast við gaddaprótínin og varna henni frá því að sýkja frumur mannslíkamans.

Helstu kostir mRNA-mótefna felast í góðu mótefnasvari og góðu frumubundnu ónæmissvari gegn veirunni. Um þetta vitna hjáverkanir beggja bóluefnanna, og um er fjallað í greinum í heimildum 4 og 5, sem eiga það sameiginlegt að fleiri fá viðbragð við seinni skammt en þann fyrri. Reynslan af fyrstu 1,8 milljón skömmtum sem að hafa verið gefnir í Bandaríkjunum sýnir ofnæmislost eftir fyrstu gjöf Pfizer bóluefnis í 11.1 tilfelli af hverjum milljón skömmtum sem eru gefnir. Engin dauðsföll vegna ofnæmislosts voru skráð. Moderna-bóluefnið var ekki með í þessari rannsókn þar sem rannsóknin náði yfir tímabilið 14.-23. desember en bólusetning með Moderna hófst ekki fyrr en 21. desember. Framangreind grein gefur gott yfirlit um alla einstaklingana sem fengu lost.

Vert er að ítreka, þar sem um nýtt bóluefni er að ræða, mikilvægi þess að læknar séu kunnáttusamir um gerð bóluefnanna og geti gefið sjúklingum réttar upplýsingar til þess að allir geti tekið upplýsta ákvörðun um hvort þeir vilji láta bólusetja sig eða ekki. Það hafa alls kyns bábiljur verið á sveimi á miðlum hérlendis og erlendis. Meðal annars er um það rætt að þar sem um kjarnsýru bóluefni sé að ræða geti það breytt erfðaefni viðkomandi. Auk þess hefur verið ýjað að því að unnt sé að fylgja fólki eftir með rakningu sporefnis.

Allar slíkar hugmyndir eru úr lausu lofti gripnar. mRNA-bóluefni eru afar skilvirk leið til þess að búa til ónæmissvar í einstaklingum á stuttum tíma sem veitir góða vörn svo mánuðum skiptir. Rannsóknir næstu missera og ára munu skera úr um hversu lengi slíkt ónæmissvar varir og hvort bóluefnin hemji einungis sjúkdóminn eða bæði sjúkdóminn og smitun á milli einstaklinga.

Þeir sem vilja kynna sér betur þróun mRNA-bóluefna er bent á afar gott yfirlit sem birtist í Nature Reviews árið 2018.

Heimildir

1. Bóluefni gegn COVID-19. lyfjastofnun.is/lyf/covid-19/boluefni-gegn-covid-19/ - janúar 2021.
2. United States COVID-19 Cases and Deaths by State. covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#cases_casesper100klast7days - janúar 2021.
3. COVID-19 situation update for the EU/EEA, as of week 2 2021. ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea - janúar 2021.
4. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. N Engl J Med 2020; 383: 2603-15.
5. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, et al. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. N Engl J Med 2020; NEJMoa2035389
6. Shimabukuro T, Nair N. Allergic Reactions Including Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine. JAMA 2021; Jan 21.
7. Pardi N, Hogan MJ, Porter FW, et al. mRNA vaccines - a new era in vaccinology. Nat Rev Drug Discov 2018; 17: 261-79.

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

Við læknar verðum að fá tækifæri til endurheimtar

Læknar eiga á hættu að kulna þegar siðferðisgildi þeirra skaðast. Þeir verða að fá tækifæri til að sinna skjólstæðingum sínum eins vel og þeir geta. Þetta segja þær Kristín Sigurðardóttir slysa- og bráðalæknir og Margrét Ólafía Tómasdóttir heimilislæknir

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Það þýðir ekki að segja okkur læknum stöðugt að hlaupa hraðar. Við verðum að fá tækifæri til endurheimtar. Það var aldrei góðæri í heilbrigðiskerfinu og eftir hrunið var enn frekar dregið saman," segir Kristín Sigurðardóttir, slysa- og bráðalæknir. Hún ásamt fleirum hélt utan um heilsdags málþing um áföll og streitu á fyrsta degi Læknadaga. Nú situr hún á heilsugæslunni í Efstaleiti á stofu Margrétar Ólafíu Tómasdóttur heimilislæknis. Við ræðum streitu.

„Fólk verður að fá tækifæri til hvíldar. Partur af kulnun lækna er siðferðisleg meiðsli," segir Margrét Ólafía. Kristín jánkar og grípur þráðinn. „Þeir telja sig ekki ná að sinna skjólstæðingum sínum eins vel og þeir vildu og vita að er hægt. Það brýtur á gildum okkar og á þátt í kulnun lækna," segir hún.

Margrét Ólafía tekur undir orðin. „Já, það er kjarninn. Þetta er álagsstarf. Við vissum það en hlaupum samt alltaf hraðar og hraðar. Kaffitíminn dettur út, svo hádegistíminn. Allur tíminn til endurnæringar fer og við lendum í vandræðum. Í ofanálag, ef okkur tekst ekki að stunda þá læknisfræði sem við viljum, lendum við í enn frekari vandræðum. Þá er maður ekki aðeins að keyra á kerfum líkamans heldur einnig svíkja ákveðin grunngildi sín, eigið siðferði. Við víkjum frá því hvers vegna við kusum að stunda læknisfræði og fyrir hvað við stöndum. Það raunverulega étur fólk að innan."

Ekki auðvelt að passa sig

Læknar eru hvattir til að passa sig, huga að sér. En hvernig gera þeir það í umhverfi sem hleður álaginu á þá? „Það er ekki auðvelt," segir Margrét. „Og það er lítið kennt í náminu og herjar á innra siðferði lækna. Við eigum að vera duglegri og harka af okkur. Sumum finnst það karllægt viðhorf og konum ekki í hag. En það er ekki málið." Umhverfið, samfélagið sjálft, hafi breyst. Bæði hafi verið minni hraði í stéttinni fyrr á árum og læknar oftast með maka heima sem sá um að reka heimilið.

„Nú eru bæði kynin læknar og hvorugt hefur maka heima sem sér um heimilið," segir Kristín og því sé aukið álag á bæði kynin. „Læknar eru upp til hópa fólk sem þolir álag vel. Það hefur farið í gegnum krefjandi nám og er mjög ástríðufullt í starfi. En þegar álagið verður of mikið er það einmitt ástríðufullt fólk sem fórnar sér og aukin hætta er á kulnun."

Kristín segir lækna víða benda á umhverfi sem þurfi að laga til bæta þjónustuna og draga úr álagi. „Það er mikilvægt að við læknar látum í okkur heyra. Við höfum þekkingu og reynslu sem skiptir máli að komi til skila. Bæði fyrir skjólstæðinga okkar og starfsumhverfið."

Eðli læknisstarfsins breytt

Margrét bendir einnig á að umgjörð starfs og heimilis hafi ekki aðeins breyst heldur einnig eðli læknisstarfsins. „Partur af því er að nálgun lækna við skjólstæðinga sína hefur breyst. Þeir eru ekki lengur í þessu föðurlega hástéttarsæti gagnvart sjúklingnum heldur er reynt að bjóða jafningjasamtal. Við útskýrum og gefum meira af okkur sem meðferðaraðili. Það veldur meira álagi en að vera við stjórnvölinn í samtalinu og ráða því hvernig við hegðum vinnunni okkar."

En af hverju keyra læknar á vegginn þótt þeir þekki vandann? Margrét bendir á að auk karaktereinkenna sé vinnustaðamenning lækna rangt stillt. „Við erum alin upp við að vera í 150% starfi. Við sjáum ólétta læknakandídata á 36. viku meðgöngu biðja um að fá að minnka vinnuna í 100%." Kristín tekur upp þráðinn.

„Já, fyrirgefðu Margrét. Þegar ég sá að þú ert ólétt fékk ég móral yfir að hafa beðið þig um að taka þátt í málþinginu!" Hlátur. „Nei, nei, nei, ekkert mál," segir Margrét sem á von á barni í apríl og bætir við í léttum rómi. „Ég er þessi týpa sem veit allt um streituna en held áfram að keyra á vegginn." Hlátur.

Málþingið á Læknadögum var yfirgripsmikið. Þar talaði Margrét Ólafía um langtímaafleiðingar streitu og Kristín um seiglu og streitu annars vegar og litróf lífsins hins vegar.

Eitruð streita skemmir fólk

„Streita og streita er ekki alveg það sama," segir Margrét Ólafía um áhrif hennar.





Margrét og Kristín segja langvarandi streitu á fullorðinsárum afleiðingar þess að fólk nái ekki að komast í ró í nútímaumhverfi. Myndir/gag

„Eitruð streita hefur langtímaafleiðingar á heilsu og er sú sem einstaklingurinn upplifir að hann ráði ekki við. Við það breytast ýmsir líffræðilegir ferlar. Mun fleiri en við héldum upphaflega," segir hún.

„Áður var haldið að hún hefði fyrst og fremst áhrif á sykursterana og hið ósjálfráða taugakerfi. En komið hefur í ljós að breytingar verða á heilaboðunum og í raun á öllum þessum mismunandi kerfum í líkamanum sem spila saman." Afleiðingarnar séu misjafnar og tengi streituna við nánast hvern einasta sjúkdóm. Kristín segir streitu í sjálfu sér ekki slæma líkamanum. „Hún hjálpar okkur að takast á við allar breytingar, áskoranir og ógnir. En okkur var aldrei ætlað að vera alltaf á varðbergi," segir hún.

„Það að streitukerfið sé alltaf í gangi er vandinn, en ekki streitan sjálf. Mikilvægt er að fólk skilji það og tilgang hennar; streitukerfið er lífsnauðsynlegt líffræðilegt viðvörunar- og viðbragðskerfi." Þetta séu almenn viðbrögð dýra sem hafi gert okkur kleift að komast af. „Við hlupum undan tígrísdýrinu, kláruðum það, fórum svo í ró, að melta, í endurheimt og jafnvel að gera allskonar skemmtilega hluti."

Rónni hafi hins vegar verið fórnað í nútímasamfélagi. Rannsóknir frá Harvard og fleiri stöðum sýni að skilji fólk streituna standi það sig betur, bæði á líffræðilegan máta og í þeim verkefnum sem það takist á við. „Hins vegar sitjum við kyrr í dag við tölvuna. Stöðugt álag, áreiti og eigin hugsanir geta ræst streitukerfið og hækkað grunnstillingar líkamans og þannig haft áhrif á öll kerfi líkamans, sem geta haft þessar víðtæku afleiðingar á heilsuna."

Áföllin geta dregið fólk niður

Kristín heldur áfram. „Hættan er alltaf á að vanræksla og áföll í æsku sem fólk hefur lent í og ekki unnið úr dragi það undir yfirborðið. Að þau kveiki á líkamlegum, líffræðilegum viðbrögðum, því í grunninn, ef við förum aftur í þróunarsöguna og það sem Stephan Porges talar um í polyvagal theory, þurfum við öll á örygginu að halda."

Þær ræða hvernig áföll í æsku birtist í líkamanum. Hvernig „fight-or-flight", ótta-flótta-viðbrögðin hafi verið kveikt eða fólk frjósi jafnvel eins og það hafi gert sem börn þegar það hafði ekki ráðrúm til að flýja aðstæður sínar.

Þær ræða einnig hvernig fólk tileinki sér óheppileg bjargráð til þess að glíma við streituna. Fíkn, til dæmis ofát, ofdrykkja, of mikil vinna. „Allt geta þetta verið óheppileg ráð til að takast á við dulin áföll aftur í tímann." Kristín tekur undir. „Já, fólk reynir að róa kerfið og sefa sársaukann." Margrét: „Og ná stjórn á óstjórninni."

Margrét bendir á Vincent Felitti höfund rannsókna á afleiðingum áfalla í æsku á heilsufar á fullorðinsárum. Hann hafi sagt stærstu lýðheilsuvandamál nútímans; offitu, hreyfingarleysi, fíknir og áfengisneyslu, í raun millistig en ekki grunnorsakir vanda fólks.

„Ein af ástæðum þess að við höfum ekki náð að meðhöndla þessa þætti er einnig sögð að við höfum ekki meðhöndlað grunnorsökina sem eru áföllin í æsku," segir hún. En eiga læknar þá að kafa í fortíð skjólstæðinga sinna?

„Fyrst þarf að byggja upp traustið," segir Margrét. „Annars getur meðferðaraðilinn valdið meiri skaða en hjálpað."

Þær Margrét og Kristín ræða streituna fram og aftur þennan föstudagseftirmiðdag fyrir Læknadaga. Hvernig þolið áður en kemur að mörkum streitunnar lækkar með tímanum, hvaða kenningar séu helst á takteinunum. En jafnar maður sig einhvern tímann hafi streitan verið langvinn?

Þriðjungur jafnar sig ekki

Kristín segir að rannsóknir Ingibjargar Jónsdóttur prófessors í lífeðlisfræði í Svíþjóð bendi til að 65% fólks jafni sig. „En þriðjungur virðist ekki jafna sig. Þann hóp þarf að rannsaka betur og finna út hvað var öðruvísi hjá þeim og af hverju það jafnar sig ekki að fullu." Hún nefnir að hætta sé á að fínstillingarnar gefi sig í vélum sem alltaf séu í gangi. „Það er sama hjá fólki. Fínstillingarnar geta gefið sig og hætta er á að það bræði úr sér."

En hvað eiga læknar að gera sem finna til streitu? Taka mánaðarfrí? Finna út hvaða áreiti truflar? Grafa í æsku sinni? Margrét segir mikilvægt að reyna að vera meðvitaður um sjálfan sig. „Eiga samtal um ástand sitt við annan, utan náfjölskyldunnar. Svo að finna leiðir út ef streitan sé farin að hafa skaðleg áhrif. Það þarf að huga að grunnþörfum; mataræði, hreyfingu og svefni. Draga streituna niður yfir daginn. Gera plan en ana ekki áfram á vegginn. Það er það sem skiptir mestu máli. Ekki byrgja ástandið inni, skammast sín og vilja ekki tala um það."

Kristín bendir á að fólk sem glímir við viðvarandi álag og streitu minnki gjarnan samskipti við aðra, hætti að hreyfa sig, gefi sér ekki tíma en þurfi líkamlega útrás fyrir spennuna. Það vinni lengur til að komast yfir verkið og klára.

„Það fórnar því sem gerir lífið þess virði að lifa því. Það gleymir sér og þarf að tína þá hluti inn aftur og vernda tíma sinn og orku. Það má ekki gleyma að leika sér. Við erum hönnuð til að hreyfa okkur. Við erum ekki hönnuð í sófann. Svo erum við það sem við borðum þannig betra að borða hollt. Við eigum að hugsa um hvert annað í líf og starfi."

Vill að offita sé meðhöndluð sem sjúkdómur

Tryggvi Helgason sérfræðingur í offitu barna segir ekki koma á óvart að hlutfall landsmanna með offitu sé hæst hér á landi meðal OECD-ríkja. Offita hafi aukist ár frá ári þótt yfirvöld hafi lofað fyrir 15 árum að taka á offitu barna og lækka hlutfallið

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Skilgreina þarf offitu sem sjúkdóm og setja opinbera stefnu um hvernig beri að taka á henni. Þetta segir Tryggvi Helgason, barnalæknir og sérfræðingur í meðferðarteymi Landspítala fyrir of feit börn. Teymið hefur verið starfrækt í áratug.

„Hjá lýðheilsusviði Embættis landlæknis er ekki talað um offitu sem sérstætt vandamál heldur er unnið með ákveðna áhættuþætti eða undirþætti offitunnar. Það er einföldun á vandanum. Ég tel að það sé ekki næg áhersla á að það geti verið vandamál að hafa safnað of miklum orkubirgðum á líkamann," segir hann og hvetur landlækni til að skilgreina offitu sem sjúkdóm svo fólk eigi rétt á að fá hjálp til að takast á við aukakílóin og minnka líkur á fylgisjúkdómum.

„Við þurfum að horfa til þess að standi offita í lengri tíma eru miklar líkur á að hún valdi miklu álagi á líkamann."

Tryggvi hefur sent bréf til lýðheilsusviðs Embættis landlæknis. Ástæða bréfsins eru upplýsingar frá Þróunarmiðstöð heilsugæslunnar sem sýna að 6,5% íslenskra barna eru með offitu. Offita er vaxandi meðal barna þrátt fyrir markmið um annað. Vandinn er mun meiri á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu.

Tryggvi segir að breyting hafi orðið á stefnunni eftir að Lýðheilsustöð var sameinuð Embætti landlæknis. Upplýsingum um offitu barna ekki verið deilt þaðan eins og gert er á sambærilegum stofnunum erlendis.

„Það er mikill munur á höfuðborg og landsbyggð," segir hann. „En það er ekki rætt." Ástæðuna rekur hann til ólíks aðgengis að mat og afþreyingu. „Ég tel að það sé meginástæðan." Offita tengist einnig félagsstöðu hér eins og annars staðar í heiminum. „Það er heldur hærra hlutfall af háskólamenntuðum með hærri tekjur í borg hér á landi eins og annars staðar."

Tryggvi bendir á að heilbrigðisráðherra hafi fyrir hönd Íslands samþykkt yfirlýsingu frá Evrópudeild WHO í nóvember 2006 um að vinna gegn faraldri offitu. Hún sé vaxandi áskorun. Ekki hefur tekist að standa við fyrirætlanirnar heldur þvert á móti vex vandinn.

Flestir feitir Evrópubúar hér

Nú fyrir áramót hnykkti Efnahags- og framfarastofnun Evrópu, OECD, á því að íslenska þjóðin trónir á toppi lista yfir flesta þeirra sem eru í ofþyngd hlutfallslega. Stofnunin segir 27% landmanna vera í þeim hópi samkvæmt tölum frá 2018 eða fyrr en meðaltalið sé 17%. OECD gaf út að árið 2016 voru 19% þjóðarinnar í ofþyngd. Samkvæmt fréttum sátu landsmenn í fjórða sæti listans árið 2010. Tryggvi segir þróunina ekki koma á óvart.

„Þetta er þróunin hér á landi síðustu ár," segir hann. Sumstaðar í heiminum sé offita skilgreind sem sjúkdómur. Ekki hér.

„Offita er truflun í orkubirgðastjórnun líkamans. Hún er efnaskiptasjúkdómur," segir hann. Vissulega er hún að einhverju leyti utanaðkomandi frá samfélaginu. „Eitthvað veldur því að hluta fólks tekst ekki að stýra orkuinntökunni en vitað er að um 80% stafar af erfðum," segir hann.

Tryggvi segir mikilvægt að ráðist sé í að greina hvað valdi því að börn og fullorðnir séu að þyngjast hraðar en nauðsynlegt er. „Það er hægt að finna út úr því hvað það er og snúa þróuninni við – ef áhugi er á því." Það gæti kostað fé, breytingar í samfélaginu, eftirlit á heilsugæslunum og þá breytingar á starfi hennar, jafnvel hærri skatta á óhollustu og lægra verð á hollustu.

„Það gæti jafnvel þurft að minnka vinnutímann enn frekar svo fólk hafi meiri tíma til að sinna sjálfu sér og börnunum sínum," segir Tryggvi. Þar sem þættirnir séu margir þurfi stefnu sem segi að viðfangsefnið skipti máli.

Lítil hjálp gegn ofþyngd

Tryggvi segir að þeir sem vilji leita aðstoðar varðandi offitu hafi ekki mörg úrræði. „Það er aðeins boðið upp á sérhæfðar meðferðir á Reykjalundi eftir að Heilsuborg hætti. Það er ársbiðlisti í Heilsuskólann," segir hann og vísar til úrræða



Tryggvi Helgason barnalæknir hvetur landlækni til að skilgreina offitu sem sjúkdóm svo fólk eigi rétt á að fá hjálp til að takast á við ofþyngd sína og minnka líkur á fylgisjúkdómum. Mynd/gag

Barnaspítalans þar sem hann starfar sem sérfræðingur. Heilsuskólinn sé eina heildstæða úrræðið fyrir börn. Hátt í 70 nýjar fjölskyldur njóti hjálpar skólans árlega.

„Ef 6,5% barna mælast með offitu eru það ríflega 3000 börn á landinu. Þau eiga kannski ekki öll að koma til okkar en þau þurfa aðstoð og geta ekki sótt hana," segir hann. „Eitt er að fækka þeim sem verða of þungir. Hitt að hjálpa þeim sem eru komnir í offitu og vilja breyta stöðu sinni."

Tryggvi segir stefnu landlæknis að tala ekki um offitu sem vanda eða sjúkdóm skaðlega. „Ef offita er skilgreind sem sjúkdómur gefur það fólki möguleika á að leita sér aðstoðar og fá hjálp. Annaðhvort við þeim sjúkdómi eða fylgisjúkdómum sem þau eru kannski komin með," segir Tryggvi og vill meina að meðan ekki sé rætt um offitu sem sjúkdóm verði ekki tekið heildstætt á vandanum.

„Við höfum náð frábærum árangri til að mynda í hjartasjúkdómum og að takast á við unglingadrykkju. Við höfum tekið á mörgum vandanum með því að skilgreina hann og ráðast gegn honum. En meðan það er ekki gert á æðstu stöðum er ekki líklegt að tekið verði á offitu á heildstæðan máta."

Hvað tekur langan tíma að snúa þessari þróun við? „Mörg ár í besta falli," segir Tryggvi. „Börn hafa verið að þyngjast frá árinu 1980, eða í 40 ár. Þróunin hefur varað lengur hjá fullorðnum," segir hann.

„Líkaminn ver þá stöðu sem hann er kominn í gagnvart orku. Líkaminn ætlar að nota orkuna þegar hann þarf á henni að halda; í hungursneið eða veikindum," segir hann. „En í rauninni gætum við nokkuð hratt stöðvað þá þróun að fleiri bætist í hópinn," segir hann.

300 börn í Heilsuskólanum

Tryggvi segir að um 300 börn séu í virkri meðferð hjá meðferðarteyminu sem 9 sérfræðingar sinni í 2,5 stöðugildum. „Bæði líður börnunum betur, sem er mikilvægast. Þau hætta langflest að þyngjast en

Önnur staða í Svíþjóð og Noregi

Svíar og Norðmenn eru langt undir meðaltali OECD samkvæmt nýjustu tölum stofnunarinnar. 12% Norðmanna eru í ofþyngd samkvæmt tölum frá 2015 og 14% Svía miðað við tölur 2018.

„Við Íslendingar hlæjum að Norðmönnum fyrir að slökkva ljósin klukkan tíu á kvöldin og að þeir séu komnir upp á fjall um leið og vinnu lýkur. Það er allt annars konar lífsstíll að vera kominn heim klukkan þrjú og verja tíma með fjölskyldunni en að vera kominn klukkan sex og ætla þá að fara að elda."

Hann bendir á að hann teikni upp staðalímyndina en hafa verði í huga að þeir sem eru í ofþyngd geti lifað mjög heilbrigðum lífsstíl.

Samkvæmt tölunum sitja Finnar í 6. sæti listans með 20% landsmanna of feita. Danir eru í 16. sæti og teljast 17% þeirra vera með offitu.

höfðu áður verið að þyngjast mjög hratt og meira en helmingurinn léttist.“

Er vandinn heimatilbúinn? „Nei,“ svarar Tryggvi ákveðið. „Lausnin er heima við.“ Vandinn liggur í samfélaginu. „Hann liggur í þeim aðstæðum sem börn og fjölskyldur búa við,“ segir hann.

Er íslenska þjóðin hugsanlega frekar en aðrar með erfðafræðilega eiginleika til að fitna? „Eflaust,“ ég geri ráð fyrir að þeir eiginleikar hafi lifað góðu lífi í náttúruvalinu fyrr á öldum þegar hart var í búi. Þeir sem gátu geymt orku höfðu þá líklega meiri möguleika á að lifa af.“

Er fylgst með þróuninni eftir að krakkarnir ljúka þjónustu Heilsuskólans? „Við fylgjum þeim eftir eins lengi og við getum.“ Oftast í um tvö ár. „Það gengur vel ef þau hafa breytt til og skipt um vaxtarlag.“

En þarf þjóðarátak? „Nei, það þarf að breyta hugarfarinu. Þetta er álíka og með loftslagsbreytingar. Það er ekki hægt að flokka rusl í tvær vikur og gera svo allt eins og áður. Það þarf að breyta þankaganginum og hugsa um heilsuna í heild allt árið um kring.“ Það er jafn sjálfsagður hlutur að fylgjast með þyngd eins og blóðþrýstingi og fara í krabbameinsskoðun.

„Þyngd er einn af mælikvörðunum á heilsu og ef breytingar verða á þyngd er mikilvægt að ræða af hverju. Það þarf ekki að fylgja því nein skömm.“

OECD birti á Facebook-síðu sinni, 28. desember, töflu um fjölda í offituhópi samkvæmt mælingum fólksins sjálfs og tróna Íslendingar á toppnum.

Hlutfall landsmanna með offitu, %.

1.	Ísland	27
2.	Malta	26
3.	Lettland	21
4.	Bretland	21
5.	Tékkland	20
6.	Finnland	20
...		
16.	Danmörk	17
	meðaltal	17
...		
27.	Svíþjóð	14
29.	Norðmenn	12

Hefur áhyggjur af þyngd barna á landsbyggðinni

Ríflega þriðjungi fleiri börn á landsbyggðinni eru yfir kjörþyngd miðað við höfuðborgarsvæðið. Einn af hverjum 10 drengjum á landsbyggðinni of feitur.

„Ég hef áhyggjur af stöðunni á landsbyggðinni. Börnin þyngjast og þeim fjölgar meira sem eru í ofþyngd,“ segir Ása Sjöfn Lórensdóttir, fagstjóri heilsuverndar skólabarna. Þróun á þyngd barna í 1., 4., 7., og 9. bekk ár hvert eru birtar í ársskýrslu heilsuverndar skólabarna sem send er Landlækni. Tölurnar hafa því ekki verið birtar opinberlega.

Þær sýna að rétt ríflega þriðjungi fleiri börn eru yfir kjörþyngd á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu. Alls mældust 29,1% stúlkna á landsbyggðinni yfir kjörþyngd á móti 21,6% á höfuðborgarsvæðinu. 27,7% drengja eru yfir kjörþyngd á landsbyggð en 20,7% á höfuðborgarsvæðinu. Nærri tvöfalt fleiri stúlkur hafa offitu á landsbyggð en á höfuðborgarsvæðinu, eða 8,7% á móti 4,4%. Þá eru 9,6% drengja á landsbyggðinni í offitu en 5,2 í Reykjavíkursvæðinu.

„Lítil viðbrögð hafa komið frá landlæknisembættinu þegar við sendum þessar tölur.“ Ása segir mikilvægt að embættið skoði málið betur. „Landlæknir mætti taka afstöðu í þessu máli og setja stefnu,“ segir hún og tekur þar undir með Tryggva Helgasyni barnalækni.

„Skilgreina á offitu sem heilsufarslegt vandamál. Hún er eitt af þeim frávikum sem við eigum að bregðast við.“ Offita sé ekki eingöngu afleiðing lífsstíls heldur getur verið birtingarmynd ýmissa undirliggjandi vandamála; líkamlegra, andlegra og félagslegra.

„Við verðum að taka það til greina. Of þungur einstaklingur veit oft hvað hann á að borða og hreyfa sig mikið. En hann getur það ekki því undirliggjandi orsakir hamla því.“

Ása bendir á að lífsvenjur fólks úti á landi hafa breyst mikið. „Miklu meira er um kyrrsetu, störf í dreifbýli hafa breyst mikið en matarvenjur ekki fyrir utan að meira er af kolvetnaríkri fæðu.“ Hún segir þekkt að úti á landi sé ekki eins mikið framboð af afþreyingu og hollu mataræði. „Samfélögin eru öðruvísi, bæði í samfélagslegum og menningarlegum þáttum.“



Ása Sjöfn Lórensdóttir, fagstjóri heilsuverndar skólabarna. Mynd/aðsend

Ofþyngd er ekki einkamál barna og fjölskyldna. „Samfélögin þurfa að taka á þessu og tryggja að umhverfi íbúa sé þannig að fólk hafi val um heilbrigðar lífsvenjur.“

Ása segir unnið að því að virkja skólahjúkrunarfræðinga í að efla sitt eigið samfélag. „Þeir eru hvattir að vera í samstarfi við skólastjórnendur og íþróttafélög hvers samfélags því þetta er samfélagslegt mál.“ Þótt stefnuna skorti sé unnið með ofþyngd barna.

„Við vinnum samkvæmt ákveðnu verklagi og höfum samband við foreldra ef barn víkur af vaxtarlínuriti. Venjulega taka foreldrar því vel en dæmi eru um að foreldrum finnist óþarfi að taka á málinu.“ Hún segir umræðu um skaðsemi vigtunar barna á sjálfsmynd þeirra reglulega koma upp.

„En vigtunin sjálf er ekki skaðleg og hún getur gefið okkur góðar upplýsingar um vöxt og þroska barna. Hins vegar er líkamslögun og líkamsþyngd skaðvaldurinn sem þarf að vinna í.“ Viðhorfum þarf að breyta. Umræða um ofþyngd og offitu á að snúast um heilsu fólks en ekki útlit.

„Við berjumst við fordóma gagnvart offitu. Fólk sem hefur þennan vanda talar um hvað það mætir miklum fordómum. Við verðum að horfast í augu við að offita getur verið birtingarmynd allt annars vanda en birtist í aukakílóum á líkama fólks.“



Ester Þorvaldsdóttir hjúkrunarstjóri tók þessa mynd af lækninum og beinagrindinni.

Elín Freyja Hauksdóttir

Dagur í lífi yfirlæknis HSU á Höfn í Hornafirði og umdæmislæknis sóttvarna á Suðurlandi

Miðvikudagurinn 13. janúar

7:00 Vakna. Það tekur að minnsta kosti 20 mínútur að koma 7 ára barninu á fætur en sá 13 ára er að vinna heimavinnu, löngu vaknaður. Ótrúlegur munur á þessum bræðrum. Kaffibolli og svo rennt af stað í vinnu um kl. 7:58.

8:00 Mætt í vinnu. Skýrslu- og fundardagur fram að hádegi. Nokkrir fundir á dagskrá, sá fyrsti um rekstur heilsugæslunnar, sá næsti er með sóttvarnateymi HSU, sýnatökuteyminu og bólusetningarteyminu. Þetta hljómar eins og mikill fjöldi af fólki, en þetta er mikið til sama fólkið. Við ræðum smit á Suðurlandi og bólusetningar. Bólusetningar hafa gengið vel og við bíðum bara eftir upplýsingum um hvenær við fáum næsta skammt og hverja má bólusetja. Næstsíðasti fundur dagsins er stuttur stöðufundur með öllum stjórnendum HSU. Við erum að reyna að finna okkur í þessu nýja fjármögnunarlíkani sem tók gildi núna um áramótin.

13:00 Móttaka sjúklinga. Er með nokkra í heilsufarstékki. Nokkrir sem eru að koma 6 til 12 mánuðum of seint, vegna COVID. Ég legg til að fólk fari í ristilspeglun sem fólk er til í, en bara í vor þegar það verður orðið óhætt að hætta sér inn á svona áhættusvæði, stórborgina ...

Nú er ég tekin við vaktinni og hitti nokkra með mjög ólík vandamál. Skrifa upp á nokkra lyfseðla við njálg fyrir leikskólabörn, sýklalyf við þvagfærasýkingu, stilli af vanstilltan sykursýkisjúkling og sauma eitt eyra sem var hálfrifið af eftir bílveltu í morgun.

15:00 Síðasti fundur dagsins, með viðbragðsteymi HSU. Við stofnuðum það til að bregðast hratt við hópsmitum eins og við lentum í á Sólvöllum á Eyrarbakka. Við höfum sem betur fer ekki þurft að kalla teymið út en okkur líður betur að vera undirbúin. Svo hringi ég nokkur símtöl og reyni að vinna niður vinnulistann minn.

17:30 Nú er ég orðin andlega fjarverandi og ákveð að nóg sé komið og held heim. Ég rétt næ inn um dyrnar heima og kasta kveðju á strákana þegar vaktsíminn hringir. Einstaklingur datt í hálku og telur sig handleggsbrotinn. Ég renni jakkanum aftur upp, gríp eiginmanninn með þar sem hann er á sjúkrabílavakt og getur allt eins komið og aðstoðað mig. Eftir skoðun og röntgenrannsókn er ég orðin sammála sjúklingnum, þetta er upphandleggsbrot. Sjúklingurinn fær viðeigandi meðferð og við höldum heim … aftur.

19:00 Mætt í eldhúsið og græja kvöldverð fyrir fjölskylduna. Við reynum að horfa á kvöldfréttir með matnum, en það gengur upp og ofan vegna aukins talþrýstings hjá sumum fjölskyldumeðlimum. Eftir matinn set ég Queen Greatest hits í plötuspilarann og reyni að yfirgnæfa óm bræðrakærleiksins á heimilinu. Eftir tiltekt í eldhúsinu þarf að gera tiltekt í bílskúrnum, þar sem við eigum von á stórri sendingu frá IKEA á morgun. Við byggðum okkur hús á þessu blessaða COVID-ári, fluttum inn í nóvember og erum enn að setja upp innanstokksmuni. Þetta var ekki svo vitlaust, að byggja á þessum tíma, þótt það hafi verið mikið álag í vinnunni, en það var EKKERT annað að gera.

21:00 Allir í pottinn og svo í rúmið með yngri helminginn. Fullorðnir fá að vaka lengur, hlamma sér í sófann og þá er nú aldeilis upplagt að taka vinnutölvuna fram aftur og klára smá pappírsvinnu.

Krabbameinsleitin á krossgötum og hvert stefnir nú?



Reynir Tómas Geirsson
fyrrverandi prófessor/forstöðulæknir
kvennadeildar Landspítala
formaður mats- og hæfisnefndar um sérnám lækna
skv. reglugerð 467/2015
reynirg@landspitali.is@hi.is

Í meira en hálfa öld (frá júní 1964) hefur leghálskrabbmeinsleit verið rekin af Krabbameinsfélagi Íslands með mjög góðum árangri. Flestöll leghálskrabbamein á byrjunarstigi og meðalsterkar til sterkar forstigsbreytingar hafa greinst. Mat Krabbameinsskrár er að leitin hafi komið í veg fyrir meira en 500 dauðsföll af völdum sjúkdómsins. Leitarstarfið vakti á sínum tíma athygli Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) sem tilnefndi Ísland 1983 sem fyrirmynd annarra þjóða hvað varðar rannsóknir og leit að leghálskrabbameini. Í árslok 1987 var leghálsleitin samhæfð leit að krabbameini í brjóstum með röntgenmyndatöku og sú leit er talin hafa stuðlað að um þriðjungslækkun á dánartíðni brjóstakrabbameins.

Sambýli Leitarstöðvar við Krabbameinsskrá hefur frá upphafi skapað góða aðstöðu fyrir uppgjör og vísindalegt mat á árangri leitarinnar í árlegum skýrslum og fjölda vísindagreina, allt fram til 2013. Gott árangursmat og markviss skráning gagna leitarinnar leiddi í byrjun þessarar aldar til þátttöku Íslands í Future 2 rannsókn lyfjarisans Merck í þróun bóluefnis gegn HPV (*human papilloma virus*), en kynfæraborið smit með þeirri veiru er meginorsök leghálskrabbameins.

Breytt leitarskipulag

Um síðustu áramót tók við breytt skipulag leitarinnar. Leghálskrabbameinsleitin er nú á vegum heilsugæslunnar en brjóstakrabbameinsleit á að vera hjá stóru sjúkrahúsunum tveimur í Reykjavík og á Akureyri. Ástæða þessara breytinga var meðal annars sögð vera ófullnægjandi mæting í leitina á síðari árum, einkum meðal yngri kvenna. Það hlýtur að vera markmið heilbrigðisyfirvalda að nýtt skipulag stuðli að umbótum, þó eftir standi að sýna fram á að sú ósk rætist.

Hið opinbera hefur þakkað Krabbameinsfélaginu „frumherjastörf“, sem er klént orð um 56 ára þjónustu við konur landsins á þessum tímamótum. Íslenskt heilbrigðiskerfi á áhugamannasamtökum eins og Krabbameinsfélaginu, Hjartavernd, SÁÁ, SÍBS og fleirum mikið að þakka. Samtök sem þessi hafa borið uppi þjónustu sem ómögulegt er að vita hvernig hefði orðið ef ríkið eitt hefði átt að stýra málum. Sagan styður ekki að það hefði farið á eins farsælan veg og raun ber vitni.

Það eru kostir við að færa leghálskrabbmeinsleitina til heilsugæslunnar, en þeir eru ekki einhlítir. Mjög gott er að leghálskrabbameinsleitin verður nú nær ókeypis fyrir konur, hversu lengi sem það verður. Einhver þarf að borga. Aðskilnaður legháls- og brjóstakrabbameinsleitar og hækkun neðri aldursmarka brjóstakrabbameinsleitar úr 40 í 50 ár eru hins vegar umdeilanlegar ákvarðanir. Sama máli gegnir um lokun Leitarstöðvarinnar sem miðlægs samastaðar með þjálfuðu starfsfólki fyrir leitina og með beintengingu við gott utanumhald, innköllun og skráningu.

Ljósmæður í stað lækna

Meirihluti heimilislækna og flestir kvensjúkdómalæknar hafa á síðari árum sýnt lítinn áhuga á að taka þátt í skipulagða leitarstarfinu. Á höfuðborgarsvæðinu og nokkrum stöðum utan þess, svo sem á Akureyri, var því gripið til þess ráðs að þjálfa ljósmæður til að sinna sýnatökunni. Nú liggur fyrir að þjálfa þarf mun fleiri ljósmæður innan heilsugæslunnar fyrir þetta starf. Það þarf að auki að tryggja kunnáttu heimilislækna sem eðli málsins samkvæmt þurfa að miðla niðurstöðum sýnatökunnar til þeirra kvenna sem mæta til skipulagðrar skimunar á heilsugæslustöðvum landsins. Kvensjúkdómalæknar þurfa einnig að aðlaga sig að breyttu fyrirkomulagi leitar.

Breytt rannsóknarferli

HPV-greining er nú í auknum mæli nýtt samhliða hefðbundnum frumustrokum til að greina hvaða konur eru í áhættuhópi fyrir leghálskrabbameini. Með því má skima sjaldnar en áður. Skimunarráð landlæknis hefur ákveðið, með hliðsjón af alþjóðlegri þróun, að HPV-greining skuli framvegis vera undirstaða leghálskrabbameinsleitar og frumustrok frá leghálsi verða eingöngu skoðuð hjá þeim konum sem greinast með HPV-sýkingu. Skimunarráð telur að þar með verði öryggi leitarinnar betra og leitin markvissari. HPV-greining mun þó af ýmsum ástæðum aldrei geta tryggt fullkomið öryggi.

HPV-bólusetning

Á þessu ári hefst skimun hjá fyrsta árgangi stúlkna sem bólusettar voru við 12 ára aldur með bóluefninu Cervarix®. Eðlilegt er að HPV-bólusetning muni til framtíðar hafa áhrif á upphafsaldur og millibil skimunar og minnka fjölda frumustroka og leghálsspeglana á næsta áratugnum. Fækkun á frumustrokum byggir þó meðal annars á því hvaða bóluefni verður notað. Betra bóluefnið var ekki valið á sínum tíma, heldur það sem minna kostaði.

Þetta reddast

Vel þekkt er að reglubundin sýnataka og skipulögð skimun með miðlægri stjórnun skilar bestum árangri. Er heilsugæslan

tilbúin með þjálfað starfslið og réttan búnað? Ljósmæður hafa þar til nýlega lært að þreifa legháls í meðgöngu og fæðingu, en ekki að skoða hann utan þungunar með þar til gerðu áhaldi („andanefju“) og taka sýni til HPV- og frumugreiningar. Kennsla læknanema og ungra lækna er einnig takmörkuð að þessu leyti. Eru skoðunarstólar og ljósgjafar eins og best verður á kosið á heilsugæslustöðvum landsins? Hvernig verður tryggt að upplýsingagjöf sé samræmd fyrir allar heilsugæslustöðvar, eftirfylgd afbrigðilegra sýna virk og innköllunarkerfi og skráning meinsemda eða forstiga þeirra sé sem best? Hvar á frumumeinafræðin að vera og hver sér um úrvinnslu HPV-greininga? Hvernig á að reka frumumeinarannsóknirnar og hvar? Hvernig tengjast frumurannsóknir upplýsingum úr HPV-sýnum? Á að endurmeta sýnatökutímann í ljósi nýrra alþjóðlegra rannsókna og um leið fyrri og vonandi nýrra íslenskra rannsókna? Ítarlegar upplýsingar um leitina á Íslandi hafa ekki birst frá 2013, né heldur gæðakannanir eða ritrýndar fræðigreinar. Ekki er nóg að svara því *að þetta verði í lagi*.

Hvert stefnir?

Við breytingar sem nú tóku gildi í upphafi árs 2021 þarf að tryggja að sem minnst fari úrskeiðis. Um leið þarf að bæta ferlið eins og hægt er. Við tilfærsluna er eðlilegt að spurningar vakni um það hvernig undirbúningi miðar og hvernig staðið verður að leitinni. Ekki fyrr en nú stuttu fyrir og rétt eftir áramótin voru læknum kynntar upplýsingar um skipulag með tilliti til sýnatöku (algóritmar), og þá í skjali með ensku heiti. Skjalið er á dönsku og ekki staðfært fyrir Ísland. Áður var hægt að sjá megin drætti nýs skipulags í skjölum sem birt voru fyrir einu og hálfu ári, á heimasíðum heilbrigðisyfirvalda og í einstaka fréttum og viðtölum við þá sem eiga að vera við stjórnvöl skimunarinnar.

Danskan í hinum nýja algóritma um leitina staðfestir það sem áður hafði heyrst, svo sem að farið var í að semja við danskan aðila um mikilvæga grunnþætti í framkvæmdinni. Þessir þættir eru HPV-greiningarnar og frumumeinafræðin (smásjárskoðun frumustroka). Þó er nýbúið er að kaupa tæki á sýklarannsóknadeild Landspítala vegna COVID-greininga sem getur með fullkomnustu aðferðafræði annað öllum HPV-greiningum og hjá frumurannsóknarstofu Krabbameinsfélagsins eru til nýleg góð tæki til hálfsjálfvirkra frumugreininga, auk ómetanlegrar reynslu lífeindafræðinga og sérhæfðra frumumeinafræðinga. Ef reynsla og þekking frumurannsóknarstofunnar færist úr landi skapast hætta á að frumumeinafræðirannsóknir leggist meira eða minna af á Íslandi, sem aftur hefur áhrif á uppbyggingu nauðsynlegrar sérnámsleiðar fyrir lækna og lífeindafræðinga í meinafræðigreinum.

Því hefur verið haldið fram að fjöldi frumustoka verði innan fárra ára ekki nægilegur til að halda sérhæfingu við. Það kann að vera rétt að vissu marki, en fer líka eftir fjölda þeirra sem vinna verkin og hvernig staðið er að viðhaldsmenntun og þjálfun þeirra. Auðvitað eru leiðir til að halda því í formi sem er sambærilegt við nágrannalöndin. Reynsla af útvistun er ekki endilega alltaf góð og ábyrgðarferlar alls ekki skýrir ef eitthvað fer ekki eins og það á að fara í skimuninni, - sem er óhjákvæmilegt að verði. Margt í greiningu og lækningum sjaldgæfari tilvika í heilbrigðisþjónustu ætti alls ekki rétt á sér á Íslandi ef einungis ætti að miða við fjölda tilvika. Hér er um að ræða útvistun til gamla „föðurlandsins“ á um 25.000 árlegum frumusýnum í upphafi, sem eftir nokkur ár mun fækka, en verða þó nálægt 10.000 á hverju ári. Vonandi verður samningurinn við dönsku rannsóknastofuna birtur sem allra fyrst með kostnaðarhliðinni allri og þar með líka hver framtíðarsýnin er hvað þennan samning varðar. Ef frumumeinafræði fellur til hliðar í einhvern tíma getur orðið torvelt að reisa hana við að nýju. Felst skammsýni eða fyrirhyggja í þessum ráðstöfunum?

Að lokum vakna spurningar varðandi undirbúning brjóstakrabbameinsleitar á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri, hvernig staðið verður að framkvæmd brjóstaleitar á landsbyggðinni, hvaðan röntgenlæknar og geislafræðingar koma, og hvort farandtæki verður áfram notað á heilsugæslustöðvum á landsbyggðinni? Hvernig á að haga árlegri skýrslugerð og vísindalegri úrvinnslu? Það er ekki nóg að skima án þess að skýrt sé frá því hvernig við stöndum að þessu leyti, helst árlega.

Almenningur, og þá sérstaklega konur í landinu, hljóta að vænta svara um það hvernig tryggja á að árangur meira en 50 ára leitarstarfs verði jafn góður og hann var, – og allra helst enn betri.

Henta lágkolvetnamataræði og föstur í þjálfun?

Sigríður Lára Guðmundsdóttir
íþrótta- og heilsufræðingur

Birna Varðardóttir
doktorsnemi í íþrótta- og heilsufræði

Elísabet Margeirsdóttir
næringarfræðingur

Gréta Jakobsdóttir
næringarfræðingur

Vaka Rögnvaldsdóttir
íþrótta- og heilsufræðingur

Anna Sigríður Ólafsdóttir
næringarfræðingur

Fyrir hönd Deildar heilsueflingar, íþrótta og tómstunda, menntavísindasviði, Háskóla Íslands.

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

Háfitu lágkolvetnamataræði (hér eftir lágkolvetnafæði) og föstur hafa undanfarið verið áberandi í samfélagslegri umræðu og jafnvel kynnt sem heilsubætandi og frammistöðuaukandi fyrir íþróttafólk. Vegna nánast ótakmarkaðra fitubirgða líkamans er því haldið fram að hægt sé að auka árangur í úthaldsíþróttum með því að auka hlut fitu umtalsvert í mataræðinu á kostnað kolvetna eða jafnvel að sleppa fæðuinntöku í tiltekinn tíma (fasta). Fitubrennslugeta líkamans getur aukist töluvert á slíku mataræði, en með tilliti til afkastagetu í íþróttum hefur það litla þýðingu og getur verið hamlandi. Þeim sem stunda langar úthaldsíþróttaæfingar og -keppni hefur fjölgað mjög á síðastliðnum árum. Mikilvægt er að ráðleggingar um þjálfun og næringu séu byggðar á gagnreyndum aðferðum og vönduðum rannsóknum.

Skilgreiningar á lágkolvetnafæði eru á reiki, bæði í rannsóknum og meðal almennings, allt frá kolvetnaskertu fæði ef <45% orkunnar kemur úr kolvetnum að svo til kolvetnalausu fæði með <5% orkunnar úr kolvetnum (20-50 g/dag) með það að markmiði að ná ketósu. Kemur þá stærstur hluti orkunnar úr fitu, allt að 70-80% orkunnar. Sömuleiðis eru skilgreiningar tengdar föstu margar, allt frá víxlföstum (fastað í allt að sólarhring í senn og jafnvel einhver fæðuinntaka (5-600 kcal/dag)) yfir í stranga föstu, jafnvel svo dögum skiptir. Eining um skilgreiningar er forsenda þess að samanburður og umræða geti átt sér stað.

Lágkolvetnafæði getur leitt til skammtíma þyngdartaps en rannsóknir hafa ekki sýnt með óyggjandi hætti að það hafi meiri eða varanlegri áhrif en aðrar breytingar á mataræði. Möguleg heilsufarsleg áhrif felast í jákvæðum áhrifum á blóðsykurstjórnun þar sem minni þörf verður á framleiðslu insúlíns. Mataræðið getur þannig gagnast fólki með sykursýki til skemmri tíma. Niðurstöður eru misvísandi varðandi hjarta- og æðasjúkdóma, sérlega með tilliti til neikvæðra áhrifa LDL-blóðfitur.[1] Langtímaáhrif mataræðisins á beinvef eru óljós en vísbendingar eru um óafturkræft beintap eftir einungis fáar vikur á lágkolvetnafæði meðal afreksíþróttafólks.[2]

Langtímaáhrif föstu eru lítt þekkt. Víxlföstur geta valdið tapi á bæði fitu- og vöðvamassa, virðast hafa jákvæð áhrif á orkuefnaskipti og blóðsykurstjórnun, en lengri föstur eru taldar skaðlegar heilsu og afkastagetu.[3]

Í hvíld eða við mjög litla, langvarandi ákefð, notar líkaminn fyrst og fremst fitu sem orkugjafa. Með aukinni áreynslu notar hann hlutfallslega meira af kolvetnum (úr glýkógenbirgðum). Glýkógenbirgðir líkamans eru takmarkaðar og endast einungis í 1-2 klukkustundir á hárri ákefð en fitubirgðir myndu endast í nokkra daga, jafnvel vikur, ef ákefðin væri nógu lág. Keppnisákefð í úthaldsgreinum fer yfirleitt langt yfir meðalákefð (>70% af hámarkssúrefnisupptöku). Ásamt þolþjálfun á lágri ákefð er því nauðsynlegt fyrir úthaldsíþróttafólk að stunda háákefðarþjálfun til að knýja fram þau fjölbreyttu líkamlegu, lífeðlis- og lífefnafræðilegu áhrif sem stuðla að aukinni afkastagetu og hraða. Glýkógenbirgðir líkamans eru því mikilvæg orkuuppsretta í þjálfun og keppni úthaldsgreina.

Fáar rannsóknir benda til þess að lágkolvetnafæði bæti árangur í úthaldsíþróttum. Það ýtir verulega undir aukna fitubrennslugetu líkamans en virðist einnig hamla nýtingu kolvetna sem orkugjafa við áreynslu vegna aðlögunar sem leiðir meðal annars af sér minni ensímvirkni í tengslum við niðurbrot glýkógens. Í nýlegri rannsókn á afreksíþróttafólki í keppnisgöngu versnaði keppnisárangur eftir aðlögun og þjálfun á háfitu lágkolvetnafæði en batnaði á kolvetnaríku fæði.[4] Æfingamagni og mataræði var stýrt nákvæmlega í þessari rannsókn sem stað-


Sigríður Lára Guðmundsdóttir


Birna Varðardóttir


Elísabet Margeirsdóttir


Gréta Jakobsdóttir


Vaka Rögnvaldsdóttir


Anna Sigríður Ólafsdóttir

festi fyrri niðurstöður um að lágkolvetnafæði er ekki líklegt til bætingar árangurs í úthaldsíþróttum. Árið 2020 birtust í það minnsta þrjár samantektargreinar um áhrif lágkolvetnamataræðis á árangur í úthaldsgreinum og ber ályktunum allra saman um að mataræðið leiði ekki til bættrar frammistöðu.[5-7]

Áhrif föstu á frammistöðu í íþróttum virðast neikvæð með tilliti til háákefðarþjálfunar og viðhalds vöðvamassa. Miklar og strangar æfingar í föstuástandi geta leitt til taps á vöðvamassa meðal íþróttafólks, sérstaklega ef ekki er hugað að nægri próteininntöku og styrktarþjálfun sem örvar vöðvamyndun.[8] Þá benda rannsóknir til þess að dagleg próteininntaka, með jafnri dreifingu yfir daginn, sé æskileg til viðhalds og uppbyggingar vöðvamassa[9] en hann rýrnar með hækkandi aldri og þarf að huga sérstaklega að viðhaldi hans vegna tengsla við heilbrigð efnaskipti, jafnvægi, snerpu og beinheilsu.

Sérstaklega er vert að taka fram að rannsóknir á föstum meðal íþróttafólks hafa nánast allar farið fram á ungu hraustu fólki þar sem beinþéttni og vöðvamassi eru í hámarki. Þá hafa flestar rannsóknir á áhrifum þess að fasta eða fylgja lágkolvetnamataræði á hlutfall fitu-, vöðva, og beinmassa farið fram á fólki í ofþyngd. Líklegt er að áhrifin á aðra aldurshópa og fólk í kjörþyngd sem stundar mikla hreyfingu eða íþróttaæfingar séu önnur.

Takmörkun fæðu- eða orkuefna getur leitt til hlutfallslegs orkuskorts (*Relative Energy Deficiency in Sport*, RED-s). RED-s hefur víðtæk áhrif, meðal annars á efnaskiptahraða, hormónastarfsemi og tíðahring kvenna, beinheilsu, ónæmisvarnir, nýmyndun próteina og starfsemi hjarta- og æðakerfis.[10] RED-s hefur þannig neikvæð áhrif á heilsu og íþróttaárangur til lengri og skemmri tíma, ekki einungis meðal afreksíþróttafólks því vandamálið getur komið fram óháð aldri og getustigi. RED-s getur einnig aukið meiðslahættu og tafið bata og þannig hamlað frekari ástundun.

Séu höfð í huga þau alvarlegu heilsufarsvandamál sem beinþynning og vöðvarýrnun hafa í för með sér er hæpið að mæla með lágkolvetnafæði eða föstu samhliða ákafri þjálfun, sér í lagi með hækkandi aldri. Föstur og/eða útilokun einstakra fæðu- eða orkuefna eru á skjön við næringarráðleggingar til fullorðinna. Óeðlilegt samband við mat kemur niður á upplifun og vellíðan tengt því að nærast og getur jafnvel leitt af sér átröskunarhegðun.[1] Mikilvægt er að hafa í huga hver tilgangur þjálfunar og næringar er og hvort markmiðin tengist frammistöðu, heilsu, holdafari eða vellíðan. Við sjáum ástæðu til að benda á mikilvægi þess að íþróttafólk leiti ráðgjafar um þjálfun og næringu hjá til þess bærum aðilum með viðeigandi menntun og réttindi, svo sem menntuðum íþrótta- og næringarfræðingum.

Heimildir

1. O'Neill B, Raggi P. The ketogenic diet: Pros and cons. Atherosclerosis 2020; 292: 119-26.
2. Heikura IA, Burke LM, Hawley JA, et al. A Short-Term Ketogenic Diet Impairs Markers of Bone Health in Response to Exercise. Front Endocrinol 2020; 10: 880.
3. Zouhal H, Saeidi A, Salhi A, et al. Exercise Training and Fasting: Current Insights. Open Access J Sports Med 2020; 11: 1-28.
4. Burke LM, Sharma AP, Heikura IA, et al. Crisis of confidence averted: Impairment of exercise economy and performance in elite race walkers by ketogenic low carbohydrate, high fat (LCHF) diet is reproducible. PloS one 2020; 15: e0234027.
5. Bailey CP, Hennessy E. A review of the ketogenic diet for endurance athletes: performance enhancer or placebo effect? J Int Soc Sport Nutr 2020; 17: 33.
6. Murphy NE, Carrigan CT, Margolis LM. High-Fat Ketogenic Diets and Physical Performance: A Systematic Review. Adv Nutr 2020: nmaa101.
7. Kang J, Ratamess NA, Faigenbaum AD, et al. Ergogenic Properties of Ketogenic Diets in Normal-Weight Individuals: A Systematic Review. J Am Coll Nutr 2020; 39: 665-75.
8. Carbone JW, McClung JP, Pasiakos SM. Recent Advances in the Characterization of Skeletal Muscle and Whole-Body Protein Responses to Dietary Protein and Exercise during Negative Energy Balance. Adv Nutr 2018; 10: 70-9.
9. Tinsley GM, Paoli A. Time-restricted eating and age-related muscle loss. Aging 2019; 11: 8741-2.
10. Varðardóttir B, Guðmundsdóttir SL, Ólafsdóttir AS. Þegar orkuna skortir – áhrif hlutfallslegs orkuskorts í íþróttum (RED-s) á heilsu og árangur. Læknablaðið 2020; 106: 406-13.

Ferð öldungadeildar LÍ á Snæfellsnes 22.-24. ágúst 2020

Kristófer Þorleifsson
geðlæknir
formaður öldungadeildar LÍ



Hópmynd sem tekin var við Langaholt í Staðarsveit. Mynd/Hörður Þorleifsson



Í kirkjunni á Staðastað. Mynd/Guðmundur Viggósson

Haldið var af stað frá Hlíðasmára 8, kl. 9:30 árdegis, og stefnan sett vestur á Snæfellsnes. Alls voru í förinni 34 auk bílstjóra. Fararstjórar Kristófer Þorleifssson og Óttar Guðmundsson. Vegna sóttvarnareglna voru öllum boðnar andlitsgrímur, hanskar og spritt. Ekið var upp í Borgarnes þar sem áð var í skamma stund, en síðan ekið áfram vestur. Við Vegamót kom Sæmundur Kristjánsson fyrrverandi hafnarvörður við landshöfnina í Rifi til móts við hópinn og var leiðsögumaður okkar fyrsta daginn. Fyrsti viðkomustaður var Staðastaður (Staður á Ölduhrygg) og var kirkjan skoðuð undir leiðsögn Ragnhildar Sigurðardóttur (svæðislóðs og sögufylgju) framkvæmdastjóra Svæðisgarðs Snæfellsness, sem jafnframt sagði sögu kirkjunnar og ýmissa kirkjugripa. Sagnaritarinn Ari fróði Þorgilsson er talinn hafa búið á Staðastað á 12. öld. Fjórir prestar frá Staðastað urðu biskupar (Marteinn Einarsson, Halldór Brynjólfsson, Gísli Magnússon og Pétur Pétursson). Af síðari tíma prestum má nefna Kjartan Kjartansson sem var prestur á árunum 1922-1938 og einnig hugvitsmaður og viðgerðarmaður og er talin ein fyrirmyndin að séra Jóni prímusi í *Kristnihaldi undir Jökli* og Þorgrím V. Sigurðsson sem var prestur á Staðastað 1944-1973. Þorgrímur var skólamaður mikill og jafnvígur á flestar greinar og var hann síðastur íslenskra kennimanna til að halda heimaskóla að gömlum sið og búa unglinga undir framhaldsnám. Eftirmaður sr. Þorgríms var sr. Rögnvaldur Finnbogason frá 1973-1995 og síðan sr. Guðjón Skarphéðinsson frá 1996 til 2014.

Í kirkjugarðinum á Staðastað er svokallaður Franski reitur þar sem grafnir eru tæplega 40 Frakkar er drukknuðu þegar 6 franskar skútur fórust úti fyrir Staðarsveit og með þeim yfir hundrað skipverjar, árið 1870. Ýmsir þekktir menn koma einnig við sögu Staðastaðar. Jóhann Jónsson skáld var fæddur á Staðastað og einnig Ragnar Kjartansson myndhöggvari. Minnisvarði um Ara fróða eftir Ragnar var reistur á Staðastað 1981. Steinkirkja er á Staðastað og var reist á árunum 1942-1945. Í henni eru meðal annars listaverk eftir Tryggva Ólafsson og Leif Breiðfjörð.

Frá Staðastað var síðan haldið að Búðum og Búðakirkja skoðuð. Þar fræddi okkur um kirkjuna Dagbjört Dúna Rúnarsdóttir sögufylgja og sagnaþulur og söng að lokum sálm Kolbeins Tumasonar „Heyr himnasmiður“ við lag Þorkels Sigurbjörnssonar. Eftir kirkjuferðina var nesti snætt undir kirkjuveggnum, heimabakaðar kleinur og flatbrauð með hangiketi og fleira. Þessu var rennt niður með kaffi og síðan var boðið upp á rautt og hvítt og bjór.

Ekið var síðan áfram út í Breiðuvík og áð að bænum Litla-Kambi og þar skoðuð glæsileg málverkasýning þeirra feðgina Baltasar Samper og Mireyju. Að því loknu var ekið á Arnarstapa, höfnin skoðuð og



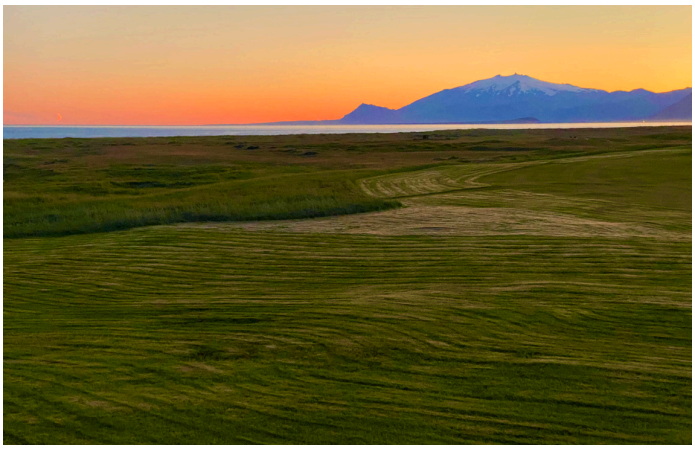
Kirkjan á Búðum. Myndir á þessari blaðsíðu/Guðmundur Viggósson



Á Arnarstapa.



Við höfnina í Stykkishólmi.



Snæfellsjökull að sunnanverðu.

styttan af Bárði Snæfellsáss. Um klofið á Bárði fer stríður straumur Japana sem telja það bæta kynorku sína.

Ekið var að Hellnum og að minnismerki Guðríðar Þorbjarnardóttur. Síðan ekið fyrir Nes og niður að Djúpalónssandi og áfram að Gufuskálum, gegnum Hellissand, Rif og Ólafsvík og þaðan suður yfir Fróðárheiði og komið í Langaholt kl. 19. Þar kvöddum við Sæmund Kristjánsson og þökkuðum honum góða leiðsögn og fræðslu með lófataki. Þá nutum við leiðsagnar fararstjóranna og fengum mikinn fróðleik frá Óttari, bæði úr Eyrbyggju og Sturlungu. Á Langaholti tók á móti okkur hótelstjórinn og staðarhaldarinn Keli vert og sest var að dýrindis kvöldverði um kl. 20.

Eftir nærandi nætursvefn og góðan morgunverð var haldið af stað á ný og ekið yfir Fróðárheiði og inn Fróðárhrepp, en þar eru merkir staðir úr Eyrbyggju eins og Fróðá og Mávahlíð. Óttar rifjaði upp Fróðárundrin. Haldið var um Búlandshöfða í Grundarfjörð og síðan um Kolgrafarfjörð og Hraunsfjörð í Berserkjahraun. Áð var í Bjarnarhöfn, hákarlasafnið skoðað og kirkjan, sem er með altaristöflu sem máluð er af holllenskum meistara á 12. öld og gefin af hollenskum skipbrotsmönnum sem bjargað var og sýnir hún Jesú Krist sem virðist fylgja eftir með augunum þeim sem á hann horfir. Ekið var því næst í Stykkishólm og dvalið um stund við höfnina þar og síðan ekið um bæinn, sjávarréttarsúpa borðuð á hótelinu og þar á eftir Eldfjallasafnið skoðað. Að því loknu ekið að Helgafelli og síðan inn í Álftafjörð og hlýtt á Óttar ræða um Snorra goða og Guðrúnu Ósvífursdóttur. Ekið síðan suður í Langaholt um Vatnaleið og kvöldverður snæddur. Daginn eftir ekið suður. Heim komu ferðalangar þreyttir og ánægðir.



… á forsíðuna á *Rolling Stone*!

Unnsteinn Ingi Júlíusson

heilsugæslulæknir á Húsavík

unnsteinn.ingi.juliusson@hsn.is

Við höfum líklega öll átt svona daga. Þegar þú fórst heim eftir góðan vinnudag, þar sem þú fannst virkilega að hlutirnir gengu upp. Þegar þú varst á tánum, upp á þitt besta, hugurinn skarpur, krefjandi verkefni leyst, skilaðir góðu verki og vissir að þú skiptir máli fyrir líf einhvers. Þegar samstarfsfólkið, sem þú þekkir og treystir, vann með þér að sameiginlegu markmiði, og allt virkaði. Og þú vissir að allt var eins vel gert og hægt var. Jafnvel þó að hlutirnir færu kannski ekki eins og þeir áttu að fara, því þannig gerist. En þú varst samt til staðar og gerðir allt rétt.

Þetta eru dagar sem við munum eftir. Og dagar sem gefa. Það þurfa ekki endilega að hafa verið neinir flugeldar með stjörnuljóma. Þetta geta verið rólegir, alvöru dagar, þar sem þú gerðir þitt, gerðir það vel og fórst síðan heim með frið í hjarta og ánægju yfir að hafa valið þennan starfsvettvang, og sagðir við þig á heimleiðinni: „Djöfull stóð ég mig vel!“

Þessir dagar eru ómetanlegir.

Auðvitað eru ekki allir dagar svona, og sennilega erum við oftar að reyna að halda höfðinu ofan vatnsborðsins, ná að klára það sem verður að klárast í dag, hitt bíður næsta rólega dags. Smá samviskubit nagar mann í hnakkann og tilveran jafnvel svolítið ósanngjörn. Og samstarfsfólkið kannski ekki alveg eins og þú vilt að það sé (enda engir hugsanalesarar), eða bara önnum kafið annars staðar og hvergi sjáanlegt þegar þig vantar það.

Það er einmitt á þessum þungu, annasömu, stressuðu dögum, dögunum þegar við höfum fulla ástæðu til að hafa allt á hornum okkar, það er þá sem við þurfum að vanda okkur sérlega. Passa að sýna ekki okkar lökustu hliðar með neikvæðni, ónærgætni, önuglyndi, ergelsi eða pirringi. Og passa okkur að fara ekki í neikvæða kvörtunargírinn um stjórnvöld, yfirstjórn, næsta samstarfsmann, skjólstæðinga, húsnæðið eða fjárans kerfið. Orðræðan á vinnustaðnum ræður miklu um andrúmsloftið og getur mótað viðhorf okkar og áheyrenda, búið til fordóma eða fyrirfram ákveðna sýn á það sem um er fjallað. Slík umræða, hvort sem hún fer fram við eldhúsborðið heima, við kaffivélina, í matsalnum eða á samfélagsmiðlum, er mótandi á það sem við hugsum næst þegar við mætum viðkomandi.

Kvartanir og neikvæðni geta verið ansi smitandi. Auðvitað er nauðsynlegt að benda á það sem betur má fara, og gera sitt til að ná fram umbótum. En líklega eru aðrar aðferðir líklegri til árangurs en að kvarta.

Jákvæðni og uppbyggilegt umtal geta líka verið smitandi, og ævinlega þegar við finnum okkur í neikvæðri umræðu er möguleiki á að finna eitthvað jákvætt. Það er engum alls varnað og eitt jákvætt komment getur snúið umræðunni við.

Ég bar gæfu til að vinna með Friðfinni heitnum Hermannssyni, afbragðs yfirmanni og félaga, fyrrum framkvæmdastjóra míns vinnustaðar. Hann var stórhuga maður sem nýtti sér jákvæða umræðu hvenær sem færi gafst, og það var býsna oft skal ég segja ykkur. Og með því smitaði hann samstarfsfólk af bjartsýni og þjappaði fólki saman um sameiginlegt markmið. „Við eigum að vera sýnileg og tala um það sem er frábært hjá okkur. Við eigum að stefna á forsíðu *Rolling Stone*!“

Mér fannst þetta hljóma hálf kjánalega á sínum tíma, en þetta er auðvitað bara snilld. Með því að tala sjálfan sig og sitt fólk og sinn vinnustað upp er maður að búa til væntingar annarra. Og það sem er ekki minna mikilvægt: við erum að búa til fyrirætlan okkar sjálfra að gera okkar besta til að standa undir þeim væntingum. Og það hlýtur alltaf að skila betra dagsverki en kvartanir.

Setjum okkur það mark að vinna á góðum vinnustað. Þar eru orð til alls fyrst.

Góðar stundir.

Auglýsing

Auglýsing