Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



LEIÐARI

Martin Ingi Sigurðsson
Mwaramutse frá Rúanda

VIÐTAL

Að höndla tilfinningar ekki síður mikilvægt en tækniframfarir

GREINAR

Náms- og atvinnuþátttaka ungs fólks eftir snemmíhlutun í geðrof

Mönnun lækna á landsbyggðinni

06/2022 108. árgangur: 269-320

Auglýsing



Hjónin Sigurgeir Már Jensson læknir í Vík í Mýrdal og Helga Þorbergsdóttir hjúkrunarfræðingur og sjúkraflutningamaður ásamt Steinunni Þórðardóttur formanni LÍ á yfirreið hennar um landið í vetrarveðrinu um miðjan maí. Myndin er tekin fyrir utan heilsugæsluna í Vík og Reynisdrangar fengu að vera með. Mynd/Dögg Pálsdóttir

Mikið álag, undirmönnun og vaktabinding

Fulltrúar frá Læknafélagi Íslands fóru nýlega í hringferð um landið. Tilgangur ferðarinnar var að kortleggja mönnunarvanda á landsbyggðinni og að kanna hvaða kjaramál brenna á læknum utan höfuðborgarinnar vegna komandi kjarasamninga

■■■ Snæfríður Ingadóttir

„Við stoppuðum á alls 16 stöðum, bæði stórum og smáum, hringinn í kringum landið, skoðuðum heilbrigðisstofnanir og ræddum við læknana á hverjum stað," segir Steinunn Þórðardóttir, formaður Læknafélags Íslands, sem fór í ferðina ásamt framkvæmdastjóra félagsins, Dögg Pálsdóttur. „Þá fannst okkur að við sem félag yrðum líka að leggja okkar af mörkum við að kortleggja mönnunarvandann. Til þess að skilja vandann betur á landsbyggðinni og átta okkur á því hvaða aðgerða er þörf fannst okkur mikilvægt að fara þessa ferð og tala beint við lækna utan höfuðborgarinnar," segir Steinunn og heldur áfram. „Það er náttúrulega mönnunarvandi mjög víða og í mörgum af þeim héruðum sem við heimsóttum eru læknar að komast á aldur. Sumir þeirra hafa verið mjög lengi á sama staðnum. Það stefnir því hratt í það að ákveðin byggðarlög verði læknislaus innan fárra ára ef ekkert verður að gert. Þetta er staðreynd sem hefur ekki farið hátt í samfélaginu og við erum svolítið hissa á því. Af hverju eru sveitarfélög ekki að prýsta meira á að læknisþjónusta sé tryggð á þeirra svæðum? Heilbrigðisþjónusta er jú eitthvað sem er mjög ofarlega á lista þegar fólk er að velja sér stað til búsetu."

Á vakt allan sólarhringinn

Aðeins var stoppað á stöðum með fasta lækna. Var það meðvituð ákvörðun vegna tímaleysis. Þjónusta verktakalækna sé að sjálfsögðu líka mikilvæg, en við þá verður rætt síðar. Einnig verður á næstunni farið til Vestfjarða, Vestmannaeyja, Akraness, Borgarness og Suðurnesja auk þess sem fundað verður með læknum á höfuðborgarsvæðinu. „Við heyrðum það hjá flestum læknunum úti á landi að þeim líður þar mjög vel og eru mjög ánægðir með störf sín og starfsumhverfi þó greinilegt sé að álag sé víða allt of mikið. Þetta virðist því meira spurning um það hvernig við löðum lækna á staðina, jafnvel með einhverjum nýjum ráðum. Það kom til dæmis til tals hvort eitthvað væri hægt að styðja lækna varðandi íbúðarhúsnæði og kannski koma á einhvers konar ívilnunum, skuldbindi lækni sig til búsetu í tiltekinn tíma. Í stórum héruðum eru oft fáir læknar þannig það er gríðarleg vaktabinding á hvern lækni. Sums staðar er bara einn læknir á staðnum, sem er þá alltaf á vakt allan sólarhringinn, jafnvel svo dögum og vikum skiptir. Í komandi kjarasamningum þarf að horfa til þess að launa þessa miklu bindingu sérstaklega, að það komi eitthvað álag þegar bindingin er orðin ákveðið mikil."

Þá segir Steinunn að þær hafi upplifað töluverðan mun á milli minni og stærri staða. Á stóru stöðunum hafi hreinræktaður mönnunarvandi verið afar áberandi. „Það er gríðarlegt álag á Selfossi, Akureyri og Egilsstöðum, læknarnir þar eru bara mjög undirmannaðir. Þar vantar fjármagn og þar var meiri örmögnun, heldur en hjá læknunum í minni héruðunum. Til dæmis á Heilsugæslunni á Akureyri, þar þyrfti að tvöfalda læknahópinn. Sama er að segja um Heilsugæsluna á Selfossi. Þar hefur orðið gríðarleg íbúafjölgun og mikil fjölgun ferðamanna, auk stórra orlofshúsasvæða, en læknunum hefur ekki fjölgað í takt við þessa aukningu." Aðspurð hvort fjarheilbrigðisþjónusta geti ekki leyst einhvern vanda segir Steinunn svo eflaust vera, það er að segja ef það væru til læknar sem gætu bætt fjarþjónustu á sig.

Ferðin var mjög fróðleg, gagnleg og góð og þær stöllur komu til baka með mikið af góðum hugmyndum. „Það er afar mikilvægt fyrir okkur sem stéttarfélag að hitta fólkið okkar þar sem það starfar. Enda mætti framtakið mikilli ánægju meðal félagsmanna sem við hittum. Líklega verða ferðir af þessu tagi framvegis fastur liður í starfi félagsins."

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

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

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir
gag@lis.is
(í leyfi)

Auglýsingar
Ingvar Freyr Ingvarsson
ingvar@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
2000

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

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

Dreifing
Íslandspóstur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík

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

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

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

LEIÐARAR

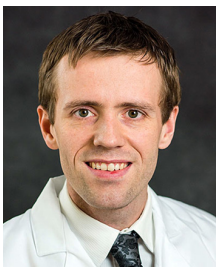


275

Nanna Briem

IPS – starfsendurhæfing sem skilar árangri

IPS byggir á þeirri grunnhugmynd að hægt sé að finna störf fyrir alla sem vilja vinna. Virk sjúkdómseinkenni, skortur á fyrri reynslu á vinnumarkaði eða vímuefnaneysla er engin hindrun.



277

Martin Ingi Sigurðsson

Mwaramutse* frá Rúanda

Rúanda og Ísland eru gerólík. Í Rúanda búa 14 milljónir manna og þrátt fyrir að ástandið í landinu batni ár frá ári lifa enn tæplega 50% íbúanna á minna en tveimur dollurum á dag. Aðgengi að sérhæfðri heilbrigðisþjónustu er mjög takmarkað og í landinu öllu starfa til dæmis einungis 5 hjartalæknar.

*Góðan dag

FRÆÐIGREINAR

279

Linda Björk Valbjörnsdóttir, Þórarinn Sveinsson, Árni Árnason

Líkamsástand barna og unglinga á Sauðárkróki og í Varmahlíð fyrr og nú

Á Héraðsskjalasafni Skagfirðinga eru varðveitt fáséð og viðamikil gögn um líkamsmælingar á grunnskólabörnum á Sauðárkróki sem Jón Þ. Björnsson skólameistari gerði á árunum 1912-1953. Þessi gögn hafa ekki verið notuð í rannsóknir áður en meginmarkmið rannsóknarinnar var að bera mælingar Jóns saman við mælingar gerðar á börnum á sama aldri 2018-2019.

288

Ragna Kristín Guðbrandsdóttir, Oddur Ingimarsson

Náms- og atvinnuþátttaka ungs fólks á Íslandi eftir snemmíhlutun í geðrof

Einstaklingar greinast almennt ungir með geðrofssjúkdóma og þrátt fyrir meðferð hefur stór hluti viðvarandi einkenni sem leiða gjarnan til skertrar samfélagslegrar virkni og örorku. Markmið rannsóknarinnar var að kanna hversu hátt hlutfall ungra einstaklinga sem fengu snemmíhlutun í geðrof hér á landi árin 2010-2020 tók þátt í námi eða vinnu að endurhæfingu lokinni, ásamt því að kanna hvaða þættir hefðu forspárgildi um það.

299

Þórdís Magnadóttir, Leon Arnar Heitmann, Tinna Harper Arnardóttir, Tómas Þór Kristjánsson, Per Martin Silverborn, Martin Ingi Sigurðsson, Tómas Guðbjartsson

Árangur skurðaðgerða við frumkomnu sjálfsprottnu loftbrjósti á Íslandi

Þessi rannsókn sýnir að árangur aðgerða við loftbrjósti hérlendis er sambærilegur við niðurstöður erlendra rannsókna. Aðgerðin er örugg, skammtíma fylgikvillar fátíðir og allir sjúklingarnir lifðu aðgerðina af. Tíðni endurtekins loftbrjósts er þó enn talsverð, ekki síst eftir brjóstholsspeglun þar sem 7% sjúklingar þurfa enduraðgerð. Nýgengi aðgerðarinnar fór lækkandi og er frekari rannsókna þörf til að kanna hvort það geti tengst því að dregið hefur úr reykingum.

Á FORSÍÐU

Míturlokuskipti í Rúanda

Meðlimur Team Heart tók þessa mynd á skurðstofu King Faisal sjúkrahússins í Rúanda í apríl 2022 og hún sýnir sjálfboðaliða aðstoða Maurice Musoni hjartaskurðlækni frá Rúanda við að framkvæma míturlokuskipti hjá ungum sjúklingi.

Martin Ingi Sigurðsson hefur farið nokkrum sinnum suður á bóginn til Rúanda með Team Heart til þess að kenna heimamönnum handtökin við bráðalækningar. Hann kemur alltaf heim reynslunni ríkari og Afríka hefur kennt honum margfalt meira.

Rúanda er lítið hæðótt ríki rétt sunnan við miðbaug. Þar sitja fleiri konur en karlar á þingi. Meðalaldur þjóðarinnar er 19 ár, og körfubolti og fótbolti eru vinsælar íþróttagreinar.



UMFJÖLLUN OG GREINAR

308

Að höndla tilfinningar ekki síður mikilvægt en tækniframfarir, – rætt við Reyni Tómas Geirsson

Snæfríður Ingadóttir

Reynir Tómas hefur lengi unnið fyrir íslenskar konur og komið að ýmsum framförum er tengjast meðgöngu, fæðingum og heilsu kvenna





312

„Vil sjá fleiri velja þessa sérgrein“

Olga Björt Þórðardóttir

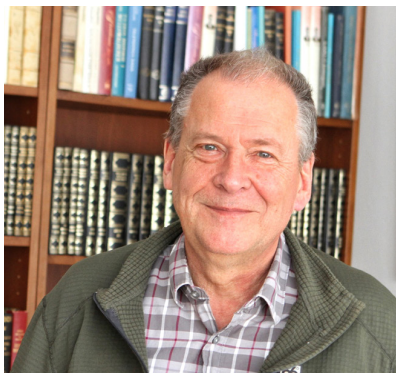
Unnur Steina Björnsdóttir brennur fyrir starf sitt. „Þess eru mörg dæmi að læknar komnir á aldur eru enn á fullu og vilja ekki hætta að lifa og hrærast í þessum fræðum. Það sem við eigum sameiginlegt er vita að það að vera góður læknir er að hlusta á sjúklingana og hafa ástríðu fyrir því að skilja og viðurkenna vandann sem þeir standa frammi fyrir“

314

Bólgueyðandi plástur við slitgigt gæti dregið úr aukaverkunum, segir Helgi Jónsson heiðursvísindamaður Landspítala 2022

Olga Björt Þórðardóttir

Helgi Jónsson, sérfræðingur í lyf- og gigtarlækningum við lyflækninga- og bráðaþjónustu Landspítala, var í byrjun maí útnefndur heiðursvísindamaður Landspítala 2022 fyrir framúrskarandi framlag til vísinda á ferli sínum. Helsta áhugasvið Helga er sjúkdómurinn slitgigt sem hann hefur rannsakað í 30 ár



FRÁ LÆKNAFÉLAGI ÍSLANDS



316

Mönnun lækna á landsbyggðinni

Ingvar Freyr Ingvarsson, Steinunn Þórðardóttir Súsanna Björg Ástvaldsdóttir

LÍ kallar eftir framtíðarsýn varðandi mönnun læknisþjónustu á landsbyggðinni, en rík ástæða er til að hafa áhyggjur af þróuninni næstu árin.

BRÉF TIL BLAÐSINS

311

Lyf án skaða, alþjóðlegt átak um öryggi sjúklinga

Aðalsteinn Guðmundsson, Jón Steinar Jónsson, Amelia Samuel

WHO stendur fyrir verkefninu, - heimasíðan er landspitali.is/lyfanskada

271

Mikið álag, undirmönnun og vaktabinding

Snæfríður Ingadóttir

Fulltrúar frá Læknafélagi Íslands fóru nýlega í hringferð um landið. Tilgangur ferðarinnar var annars vegar að kortleggja mönnunarvanda á landsbyggðinni og hins vegar að kanna hvaða kjaramál brenna á læknum utan höfuðborgarinnar vegna komandi kjarasamninga

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



307

„Að vera sein í partíið og félagsgjöld til Læknafélags Íslands“

Þórdís Þorkelsdóttir

Hefð er fyrir því að félagsgjöldin séu föst fjárhæð, en ekki hlutfall af heildarlaunum eins og algengast er hjá stéttarfélögum.

DAGUR Í LÍFI SVÆFINGALÆKNIS



317

Þóroddur Ingvarsson á Læknastofum Akureyrar

18:00 Krakkarnir, heimalestur, undirbúa morgundaginn. Mikið agalega er ég þreyttur. Ég byrja nýtt líf á morgun, æfi og hugleiði á hverjum degi. Ætla að fylgjast með twitter, lesa bækur, lesa greinar, læra meira um hjartaómun, fara á kaffihús með vinum, verða betri að . . . hrotur.

LIPUR PENNI



318

Sjö ár í botninn?

Inga Lára Ingvarsdóttir

Meginskilaboð hópeflisdagsins voru þau að maður lifir fölskvalaust gleðiskeið á tvítugs- og þrítugsaldri en sekkur svo í þreytu- og vanþrifaspíral frá fertugsaldri og inn á miðjan fimmtugsaldurinn. Eftir það rofar til og maður klífur uppúr myrkrinu, hamingjusamur á ný, uppúr sextugu

Auglýsing

IPS – starfsendurhæfing sem skilar árangri



Nanna Briem
geðlæknir
forstöðumaður
geðþjónustu Landspítala
nannabri@landspitali.is

Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* er áhugaverð og vönduð grein eftir Rögnu Kristínu Guðbrandsdóttur læknanema og Odd Ingimarsson geðlækni sem fjallar um rannsókn á náms- og atvinnuþátttöku ungs fólks sem fékk meðferð og endurhæfingu á Laugarásnum, meðferðargeðdeild á Landspítala, á 10 ára tímabili.[1]

Laugarásinn býður upp á snemmíhlutun í geðrofssjúkdóma fyrir ungt fólk yngra en 35 ára. Geðrofssjúkdómar, en algengastur þeirra er geðklofi, eru sjúkdómar ungs fólks. Þetta eru alvarlegir sjúkdómar þar sem fyrstu einkenni koma fram snemma á lífsleiðinni, oft á unglingsárum þegar unga fólkið er að taka fyrstu skrefin inn í fullorðinsárin með öllu sem því fylgir. Áhrif geðrofssjúkdóms geta því varpað skugga langt inn í framtíð þeirra. Í dag vitum við að með því að grípa inn með öflugri meðferð sem fyrst eftir að einkenni sjúkdómanna koma fram getum við bætt batahorfur.[2] Markmið snemmíhlutunar á Laugarásnum, sem felur í sér bæði lyfjameðferð og sálfélagsleg úrræði, er að draga úr alvarlegum áhrifum geðrofssjúkdóma á líf og líðan þessa unga fólks og styðja þau til virkari samfélagslegrar þátttöku. Þar getur öflug starfsendurhæfing skipt sköpum.

Eins og niðurstöður rannsóknar Rögnu og Odds sýna er starfsendurhæfing ein mikilvægasta íhlutunin til að auka náms- og atvinnuþátttöku ungs fólks eftir fyrsta geðrof.[1] Hin hefðbundna starfsendurhæfing, sem felur meðal annars í sér verndaða vinnu, starfsþjálfun, sjálfboðastörf og atvinnu með stuðningi, sýnir oft takmarkaðan árangur fyrir notendur með þyngstu geðraskanirnar.[3] Árið 2014 var tekin ákvörðun um að innleiða IPS (Individual Placement and Support) á Laugarásnum. IPS er vel rannsökuð og gagnreynd starfsendurhæfing sem á rætur sínar að rekja til Bandaríkjanna og hefur náð útbreiðslu um alla Evrópu. IPS-starfsendurhæfingin á Laugarásnum var byggð upp í farsælu samstarfi við VIRK starfsendurhæfingarsjóð en heldur hefur dregið úr aðkomu hans á síðustu árum.

IPS byggir á þeirri grunnhugmynd að hægt sé að finna störf fyrir alla sem vilja vinna. Virk sjúkdómseinkenni, skortur á fyrri reynslu á vinnumarkaði eða vímuefnaneysla eru engin hindrun. Notendur fá störf á almennum vinnumarkaði og óskir þeirra og áhugasvið ráða för. Þjálfun og stuðningur fer fram samhliða til þess að auka getu og færni til að takast á við starfið. Atvinnuráðgjafar eru hluti af klínískum teymum og starfa þétt með notendum og atvinnurekendum.[4] Mikil áhersla er lögð á fræðslu til atvinnurekenda og opið samtal um geðheilbrigði á vinnustöðum. Árangurinn af þessari nálgun er ótvíræður og hefur sýnt yfirburði yfir hefðbundna starfsendurhæfingu fyrir einstaklinga með alvarlegar geðraskanir. Mælist hann meðal annars í fjölda þeirra sem fá starf á almennum vinnumarkaði, fjölda daga og vinnustunda sem unnar eru og í launagreiðslum.[3]

Niðurstöður rannsóknar Rögnu og Odds sýna gagnsemi IPS sem hluta af meðferð og endurhæfingu ungs fólks með geðrofssjúkdóma en einnig mikilvægi þess að hún verði efld enn frekar.[1] Geðþjónusta Landspítala vinnur að því að geta boðið fleiri notendum upp á IPS-starfsendurhæfingu, ekki bara á Laugarásnum heldur einnig í öðrum teymum. Mikilvægt skref var stigið 2021 þegar Hlynur Jónasson, atvinnulífstengill og IPS-frumkvöðull, var ráðinn til starfa í geðþjónustunni, en hann fékk nýverið verðlaun frá IPS International Learning Community fyrir störf sín. Í samstarfi við Hlyn er Landspítali nú virkur þátttakandi ásamt öðrum Evrópuþjóðum í ELC (IPS European Learning Community).[5]

IPS byggir á þeirri grunnhugmynd að hægt sé að finna störf fyrir alla sem vilja vinna. Virk sjúkdómseinkenni, skortur á fyrri reynslu á vinnumarkaði eða vímuefnaneysla eru engin hindrun.

IPS er eitt besta verkfærið sem við höfum í dag til þess að auka samfélagslega virkni ungs fólks og annarra með alvarlegan og langvinnan geðrænan vanda. Þetta er hópur notenda sem síður getur nýtt sér þau starfsendurhæfingarúrræði sem almennt eru í boði á Íslandi. Okkur ber fagleg, siðferðisleg og samfélagsleg skylda til að tryggja notendum geðþjónustu aðgengi að virkri og öflugri starfsendurhæfingu. Það er góð fjárfesting til framtíðar.

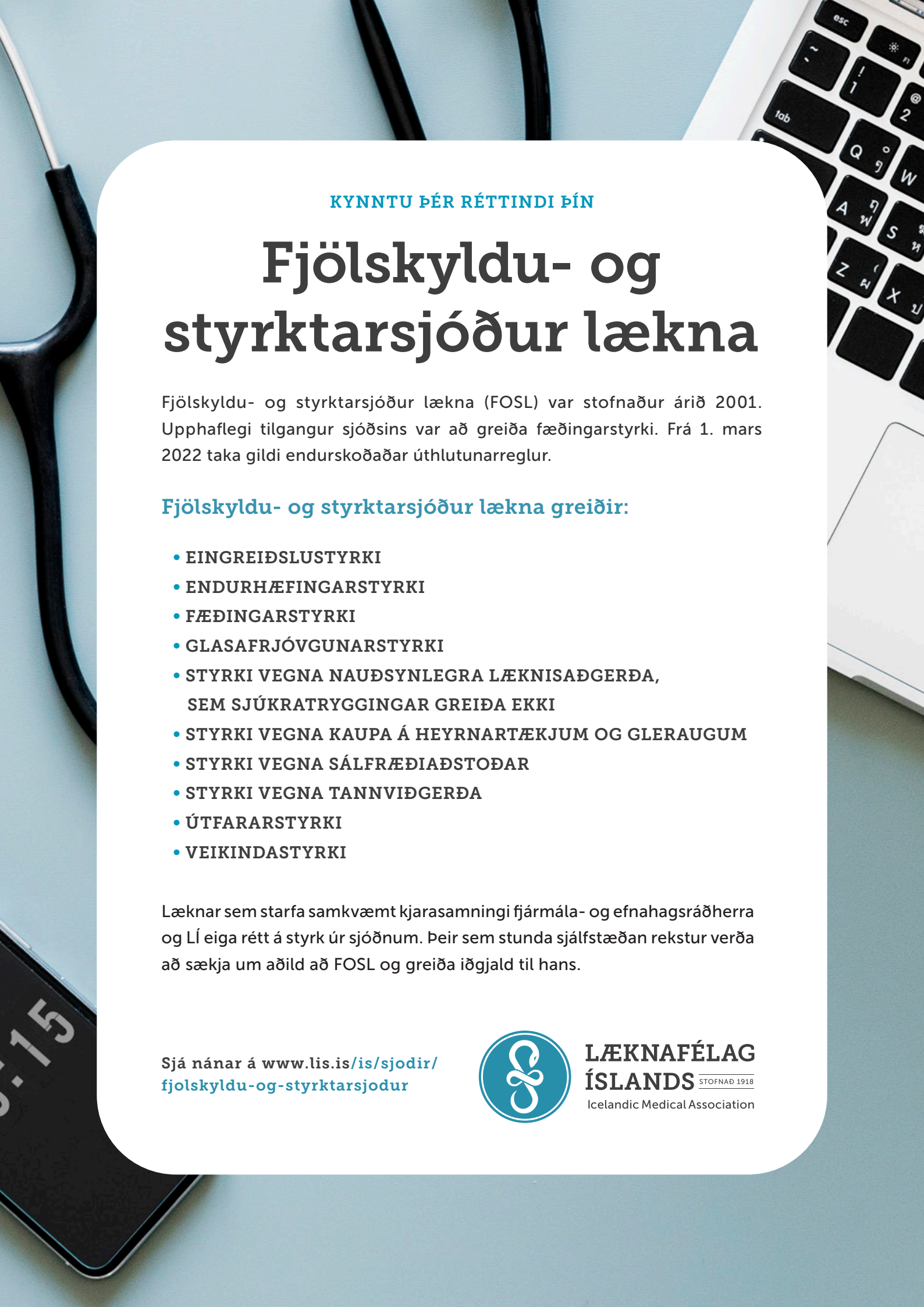
IPS, vocational rehabilitation that works

Nanna Briem
psychiatrist
clinical director of psychiatric services at Landspitali University Hospital

doi 10.17992/lbl.2022.06.692

Heimildir

1. Guðbrandsdóttir RK, Ingimarsson O. Náms- og atvinnuþátttaka ungs fólks á Íslandi eftir snemmíhlutun í geðrof. Læknablaðið 2022; 108: 288-97.
2. Posselt CM, Alber N, Nordentoft M, et al. Services for first-episode psychosis: a phase 4 prospective cohort study with comparison of randomize trial and real-world data. Am J Psychiatry 2021; 178: 941-51.
3. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, et al. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 2014; 171: 1183-90.
4. www.ipsworks.org – maí 2022
5. Jónasson H, Weeghel J, Koatz D, et al. Boosting the development of individual placement and support in Europe. Epidemiol Psychiatr Sci 2022; 31: E29.



KYNNTU ÞÉR RÉTTINDI ÞÍN

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna (FOSL) var stofnaður árið 2001. Upphaflegi tilgangur sjóðsins var að greiða fæðingarstyrki. Frá 1. mars 2022 taka gildi endurskoðaðar úthlutunarreglur.

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna greiðir:

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

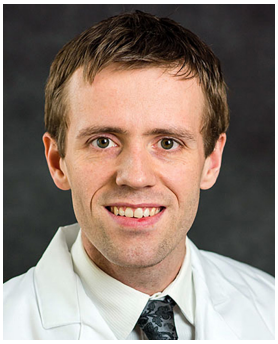
Læknar sem starfa samkvæmt kjarasamningi fjármála- og efnahagsráðherra og LÍ eiga rétt á styrk úr sjóðnum. Þeir sem stunda sjálfstæðan rekstur verða að sækja um aðild að FOSL og greiða iðgjald til hans.

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

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS STOFNAÐ 1918
Icelandic Medical Association

Mwaramutse* frá Rúanda

**Góðan dag*



Martin Ingi Sigurðsson
svæfinga- og gjörgæslulæknir á Landspítala og við læknadeild Háskóla Íslands

martin@landspitali.is

Rétt fyrir brottför frétti ég að nýja bringubeinssögin sé komin til Rúanda – slík sög kostar víst ríflega þrjár milljónir króna svo það er stórmál að endurnýja. Mér hefur alltaf fundist eins og áhöld, íhlutir og lyf birtist bara í skápunum af sjálfu sér en það gerist svo sannarlega ekki alls staðar í heiminum.

Í aprílmánuði slóst ég í þriðja skipti í för með í hópi sjálfboðaliða Team Heart, en í 15 ár hafa samtökin ferðast til Rúanda með þverfaglegt teymi heilbrigðisstarfsmanna til að gera opnar hjartaskurðaðgerðir hjá ungum sjúklingum með hjartalokuskemmdir eftir streptókokkasýkingu.

Smitsjúkdómalæknirinn Paul heitinn Farmer bauð hópnum upphaflega til Rúanda. Markmið hans var að ef læknisþjónusta af ákveðnum gæðum stæði til boða einhvers staðar í heiminum, ætti hún að standa heiminum öllum til boða.

Fyrst gerðum við í Team Heart allar aðgerðirnar sjálf en eftir að fyrsti innlendi hjartaskurðlæknirinn snéri aftur til Rúanda og sjálfbærar hjartaskurðlækningar urðu raunhæft markmið, styður hópurinn við teymi heimamanna sem eru nálægt því að geta staðið á eigin fótum. Tækjakostur er síbatnandi en enn skortir sérmenntað heilbrigðisstarfsfólk og aðfangakeðjan er brothætt.

Rúanda og Ísland eru gerólík. Í Rúanda búa 14 milljónir manna og þrátt fyrir að ástandið í landinu batni ár frá ári lifa enn tæplega 50% íbúanna á minna en tveimur dollurum á dag. Aðgengi að sérhæfðri heilbrigðisþjónustu er mjög takmarkað og í landinu öllu starfa til dæmis einungis 5 hjartalæknar.

En löndin eiga margt sameiginlegt. Rúanda hefur einn hjartaskurðlækni en Ísland tvo svo bæði löndin reiða sig í raun á erlenda aðstoð til að halda uppi viðunandi þjónustustigi. Í Rúanda er einungis boðið upp á nám í nokkrum sérgreinum lækninga á borð við almennar lyflækningar, barnalækningar og almennar skurðlækningar. Mikil hætta er á að þeir læknar sem fara erlendis til frekara náms snúi ekki til baka.

Valfundurinn daginn fyrir fyrstu aðgerðina er alltaf erfiður. Sjúklingarnir eru allir með hjartalokusjúkdóm á lokastigi. Við þurfum að velja sjúklingana vel. Bjóða þeim aðgerð sem við teljum að muni lifa hana af. Það þýðir líka að þeir sem við teljum að lifi ekki aðgerðina af með þeim úrræðum sem standa til boða í landinu er hafnað, og það er alltaf átakanlegt að neita ungum einstaklingi um skurðaðgerð sem hann fengi svo auðveldlega á Vesturlöndum.

Dr. Fiedel er sérnámslæknirinn á gjörgæslunni. Hann langar að verða hjartaskurðlæknir og leggur sig allan fram við vinnuna á vöktunum. Hann ólst upp í litlu þorpi í Rúanda án rafmagns eða annarra nútímaþæginda. Hann sagði mér glaður að hann hefði átt yndislega æsku og foreldrar hans byggju enn í þorpinu við góð lífsgæði. Lífsgæði sem eru mæld á annan mælikvarða en okkar á Íslandi. Dr. Bona er sérmenntaður í gjörgæslulækningum og gengur stofuganginn með okkur eftir sólarhringsvaktina. Báðir eru þeir mjög áhugasamir um að læra allt sem ég get kennt þeim um gjörgæslumeðferð eftir hjartaskurðaðgerðir. Gjörgæsluhjúkrunarfræðingarnir frá Rúanda eru afbragðsgóðir, þeir hafa unnið með teyminu um nokkurt skeið.

Fyrsti sjúklingurinn kemur inn eftir erfiða aðgerð og mér er kippt snarlega niður á jörðina. Ég finn að ég er ekki lengur í landi allsnægtanna þar sem úrræðin eru nær endalaus. Sjúklingurinn þarf mikið af sérhæfðri gjörgæslumeðferð sem við myndum veita án umhugsunar heima en er nær útilokað að veita í Rúanda. Á sama tíma leggst inn ungur sjúklingur til mats fyrir aðgerð seinna í vikunni en hann er orðinn allt of veikur af sjúkdómi sínum til að lifa aðgerðina af. Okkur býðst þó að leggja sjúklinginn inn á sjúkrahúsið til að reyna að koma honum í betra ástand. Teymið kemur aftur eftir þrjá mánuði og getur vonandi gert aðgerðina þá. Það er orðið langt síðan ég klökknaði á fjölskyldufundi en aðstæðurnar verða fljótt yfirþyrmandi.

Rúanda og Ísland eru gerólík. Í Rúanda búa 14 milljónir manna og þrátt fyrir að ástandið í landinu batni ár frá ári lifa enn tæplega 50% íbúanna á minna en tveimur dollurum á dag. Aðgengi að sérhæfðri heilbrigðisþjónustu er mjög takmarkað og í landinu öllu starfa til dæmis einungis 5 hjartalæknar.

Sem betur fer ganga aðrar aðgerðir að óskum og það er leitun að jafnþakklátum sjúklingahópi. Mikið af endurhæfingunni fyrstu dagana felst í að fara með gjörgæslusjúklingana út að ganga og sitja úti í góða veðrinu. Þetta hefur frábær áhrif bæði á sjúklingana og starfsfólkið sem fylgir. Fjölskylda sjúklinganna situr með þeim úti í sólinni og það er brosað og hlegið.

Hitastigið í landganginum í Keflavík dregur aðeins úr áhuganum á að stinga upp á gönguferðum utandyra á gjörgæslu Landspítala, en einu sinni enn kem ég heim frá Rúanda og finnst ég hafa lært meira af heimamönnum en þau af mér. Muramuke.**

***Góða nótt*

Hello from Rwanda
Martin Ingi Sigurðsson MD
Chief physician and professor of anesthesia and critical care at Landspitali and The University of Iceland, Faculty of Medicine

doi 10.17992/lbl.2022.06.693

LÍMMIÐAR

PRENTARAR

LÍMMIÐAR FYRIR LYF, LYFJAGJAFIR, ÍHLUTI & NAFLASTRENGSBLÓÐ



ARMBÖND



VOGIR



LYFJAMIÐAR

THERMAL PRENTARAR









Boðtækni

SELHELLA 13 | 221 HAFNARFJÖRÐUR | S:554 0500 | WWW.BODTAEKNI.IS

Líkamsástand barna og unglinga á Sauðárkróki og í Varmahlíð fyrr og nú

Linda Björk Valbjörnsdóttir[1,2] sjúkraþjálfari
Þórarinn Sveinsson[1] líffeðlisfræðingur
Árni Árnason[1,3] sjúkraþjálfari

[1]Rannsóknarstofu í hreyfivísindum, námsbraut í sjúkraþjálfun, heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands, [2]Heilbrigðisstofnun Norðurlands á Sauðárkróki, [3]Gáska sjúkraþjálfun, Reykjavík.

Fyrirspurnum svarar Linda Björk Valbjörnsdóttir, *lindabjork@skybox.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Á fyrri hluta 20. aldar voru læknar og kennarar farnir að huga að heilsufari skólabarna á Íslandi og töldu að líkamsmælingar væru mikilvægar til að fylgjast með líkamsþroska og gætu nýst til samanburðar við mælingar í öðrum landshlutum, löndum og við rannsóknir. Á Héraðsskjalasafni Skagfirðinga eru varðveitt gögn um mælingar á líkamsástandi barna á Sauðárkróki á árunum 1912-1953 sem framkvæmdar voru af Jóni Þ. Björnssyni skólameistara.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Hæð, þyngd, gripstyrkur, brjóstvídd og andrými 6-15 ára barna voru mæld tvisvar á skólaárinu 2018-2019 í Árskóla á Sauðárkróki og í Varmahlíðarskóla. Mælingarnar voru bornar saman við samskonar mælingar sem framkvæmdar voru í Barna- og gagnfræðaskóla Sauðárkróks á árunum 1912-1953.

NIÐURSTÖÐUR

Börn sem voru í 2.-10. bekk skólaárið 2018-2019 voru marktækt hærri, þyngri og með meiri brjóstvídd og andrými en jafnaldrar þeirra á árunum 1912-1953 ($p<0,001$-$0,037$). Börn í 2.-9. bekk voru með marktækt hærri líkamsþyngdarstuðul en jafnaldrar þeirra 1912-1953 ($p<0,001$-$0,027$). Marktækni hélst eftir leiðréttingu fyrir hæð og þyngd í brjóstvíddar- og andrýmdarmælingum. Börn skólaárið 2019-2018 voru með marktækt minni gripstyrk en jafnaldrar þeirra höfðu í 2. og 4.-7. bekk þegar leiðrétt var fyrir hæð og þyngd ($p<0,001$-$0,025$). Þá var einnig þróun á líkamsástandi barna yfir tímabilið 1912-1953 þar sem marktæk aukning varð í flestum mælingum ($p<0,001$-$0,040$).

ÁLYKTANIR

Marktæka aukningu á mældum þáttum skólaárið 2018-2019 samanborið við tímabilið 1912-1953 má hugsanlega rekja til bættra lífsgæða, svo sem betri húsakosts og meira framboðs af matvöru.

Inngangur

Á Héraðsskjalasafni Skagfirðinga eru varðveitt fáséð og viðamikil gögn um líkamsmælingar grunnskólabarna í Barna- og gagnfræðaskóla Sauðárkróks sem Jón Þ. Björnsson skólameistari framkvæmdi á árunum 1912-1953. Þessi gögn hafa ekki verið notuð í rannsóknir áður, en meginmarkmið rannsóknarinnar var að bera mælingar Jóns saman við samskonar mælingar sem gerðar voru á börnum á sama aldri skólaárið 2018-2019 í Árskóla á Sauðárkróki og í Varmahlíðarskóla.

Jón Þ. Björnsson fæddist þann 15. ágúst 1882. Hann lauk prófi úr Möðruvallaskóla árið 1899 og sinnti fjarkennslu í Skagafirði allt til ársins 1905 en þá flutti hann til Danmerkur og lagði stund á nám við Kennaraskólann í Jonstrup og Kennaraháskólann í Kaupmannahöfn. Árið 1908 fluttist Jón aftur heim í Skagafjörð og hóf þegar í stað störf við Barnaskóla Sauðárkróks þar sem honum var boðin staða skólameistara.[1] Jón kom á fót unglingadeild við skólann og kenndi sjálfur mörg fög í báðum deildum ásamt því að rannsaka líkamsástand nemenda sinna á „vísindalega hlutlausan hátt“ samhliða læknisskoðunum.[2] Jón hóf hæðar- og þyngdarmælingar haustið 1912, árið 1914 bættust við gripstyrks- og andrýmdarmælingar og árið 1918 byrjaði Jón að mæla brjóstvídd. Jón hélt vel utan um niðurstöður mælinga og geymdi í línustrikuðum

bókum sem voru skipulega uppsettar, þar sem ein lína í bókinni sýndi eitt skólaár (haust og vor mælingu) fyrir hvert barn svo auðvelt var hafa yfirsýn yfir þær breytingar sem urðu yfir skólaárið.[3] Ekki er vitað hvað varð til þess að Jón hóf líkamsmælingar á nemendum sínum og ekki fundust gögn um það í dagbókum Jóns né gjörðabókum skólanefndar frá þessum tíma.

Læknar á Norðurlöndunum fóru að veita heilsufari skólabarna áhuga í kringum 1880 og sýndu rannsóknir að hollustuhættir skóla væru víða slæmir og að heilsufari barna hrakaði eftir að þau hófu skólagöngu sína.[4] Umræða um heilsufar skólabarna á Íslandi fór af stað út frá þessu í kringum aldamótin 1900. Guðmundur Hannesson læknir fór þar fremstur í flokki, skipulagði skólaeftirlit og gaf út sérstök heilsufarsblöð þar sem hæð, þyngd og brjóstvídd barnanna ásamt upplýsingum um læknisskoðun var skráð niður[5] og árið 1916 setti landlæknir fram ákvæði um að skólar fengju ekki úthlutað styrk úr landssjóði nema skólaeftirlit ásamt læknisskoðun færi fram.[6]

Fyrstu íslensku heimildir sem fundust um líkamsmælingar voru hæðarmælingar sem Pálmi Pálsson kennari, framkvæmdi í Menntaskólanum í Reykjavík á hverju hausti frá árinu 1901. Páll Pálsson, kennari á Hvanneyri, hæðarmældi karlmenn þar á aldrinum 16-71 árs á svipuðum tíma.[7] Í *Skólablaðinu* 1914 birtist skýrsla um hæðar-, þyngdar- og gildleikamælingar barna við barnaskólann á Eskifirði skólaárið 1913-1914 til að vekja athygli kennara á mikilvægi þess að fylgjast með líkamsþroska barna svo hægt væri að grípa inn í ef líkamsþroski væri óeðlilegur.[8] Í *Skólablaðinu* 1916 birtust svo skýrslur frá Flateyjarskóla, barnaskólanum á Eskifirði og Sauðárkróksskóla um mælingar skólabarna og þótti skýrslan frá Sauðárkróksskóla „mjög fullkomin og nákvæm" þar sem hún sýndi mælingar barna á aldrinum 10-14 ára og samanburð ársins á undan sem benti til þess að skólavistin hefði ekki slæm líkamleg áhrif á börnin.[9,10] Jón Þ. Björnsson var einnig sá eini sem mældi gripstyrk og andrými, auk hæðar-, þyngdar- og brjóstvíddarmælinga, á Íslandi á þessum tíma.

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna gögn sem til eru um líkamsástand barna og unglinga frá Barna- og gagnfræðaskóla Sauðárkróks á árunum 1912-1953 og skoða þróun mældra þátta yfir tímabilið með tilliti til aldurs. Einnig að bera þessi gögn saman við samskonar mælingar sem gerðar voru á börnum á sama aldri við Árskóla á Sauðárkróki og Varmahlíðarskóla veturinn 2018-2019.

Eftirfarandi rannsóknarspurningar voru settar fram:

- Eru breytingar á hæð, þyngd, líkamsþyngdarstuðli (LÞS), gripstyrk, brjóstvídd og andrými nemenda í Barna- og gagnfræðaskóla Sauðárkróks á árunum 1912-1953?
- Er munur á hæð, þyngd, LÞS, gripstyrk, brjóstvídd og andrými barna og unglinga skólaárið 2018-2019 og jafnaldra þeirra úr Barna- og gagnfræðaskóla Sauðárkróks á árunum 1912-1953?

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur

Fengin voru gögn með líkamsmælingum barna og unglinga frá Barna- og gagnfræðaskóla Sauðárkróks sem framkvæmdar voru af Jóni Þ. Björnssyni, skólameistara, á árunum 1912–1953. Gögnin eru varðveitt með takmörkuðu aðgengi á Héraðsskjalasafni Skagfirðinga en vísindasiðanefnd (VSN-18-037) og Persónuvernd (2018010138ÞS) veittu samþykki fyrir notkun gagnanna. 475 stúlkur og 462 piltar voru mæld á tímabilinu 1912–1953.

Þátttakendur í mælingarhluta rannsóknarinnar voru börn og unglingar á aldrinum 6 til 15 ára í Árskóla á Sauðárkróki og í Varmahlíðarskóla. Samstarfsyfirlýsing var gerð við skólana eftir að samþykki frá vísindasiðanefnd (VSN-18-037) og Persónuvernd (2018010138ÞS) var fengið. Í byrjun skólaárs 2018 voru haldnir kynningarfundir fyrir foreldra barna í öllum bekkjum og starfsmenn skólanna beggja, þar sem öllum börnum í fyrsta til 10. bekk var boðin þátttaka (223 stúlkur og 225 piltar). Allir þátttakendur voru undir 18 ára aldri og þurfti því upplýst samþykki undirritað af þátttakanda og foreldri/forráðamanni. Alls samþykktu 203/223 stúlkur og 195/225 piltar þátttöku í rannsókninni sem sýnir 87,1% þátttöku í Árskóla og 91,2% þátttöku í Varmahlíðarskóla.

Líkamsmælingar

Þátttakendur í mælingarhluta rannsóknarinnar voru mældir að hausti (29. september til 5. nóvember 2018) og vori (27. febrúar til 1. apríl 2019). Mælingarnar voru sambærilegar mælingum Jóns frá 1912-1953 en notaður var nýrri búnaður. Mælingarnar voru framkvæmdar á eftirfarandi hátt og í eftirfarandi röð.

Hæð

Þátttakandi stóð berfættur eða í sokkum með bak upp við vegg þar sem veggmálbandi var komið fyrir. Breiður vinkill lagðist að vegg og höfði þátttakanda og lesið var af hæðarmælinum við 90° horn vinkilsins. Hæðin var mæld í sentímetrum (sm). Notuð var sama mæliaðferð í mælingum Jóns.

Þyngd

Þátttakandi var í léttum klæðnaði og steig á vigt sem mældi þyngd í kílógrömmum (kg). Vigtin var stafræn vog frá SALTER (London, England) með nákvæmni upp á 0,1 kg og hámarksþunga 136 kg. Í mælingum Jóns var notuð vog með mælistiku þar sem lóð var fært á annan enda stikunnar þar til jafnvægi náðist og þyngdin lesin af í kg.

Gripstyrkur

Þátttakandi var standandi, með olnboga í 90° og hélt á gripstyrksmæli (Martin stainless 17-410-02, Leven Surgical, Sialkot, Pakistan) í annarri hendi, skífan á mælinum sneri að lófanum og boltinn á handfanginu á milli fingra. Þátttakandi kreisti mælinn eins fast og hann gat og gæta þurfti þess að mælinum væri ekki sveiflað á meðan kreist var. Gripstyrksmælirinn (mynd 1) sem notaður var í rannsókninni var fenginn að láni á Heilbrigðisstofnun Norðurlands á Sauðárkróki og er hann sambærilegur þeim sem var notaður í mælingum Jóns.

Brjóstvídd

Þátttakandi var í léttum klæðnaði og var mældur í standandi stöðu með hendur niður með síðum. Þátttakandi andaði eins djúpt að sér og hann gat og ummál brjóstkassa var mælt með mjúku málbandi. Málbandið var staðsett utan um brjóstkassa neðan við geirvörtur (við flagbrjósk (*xiphoid process*). Í mælingum Jóns var notuð sama mæliaðferð.

Andrýmd

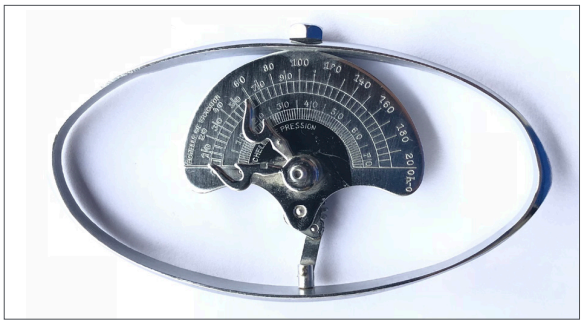
Þátttakandi stóð og fékk nefklemmu sem lokaði báðum nösum. Þátttakandi andaði eins djúpt að sér og hann gat og blés frá sér í munnstykki (Medikro Oy, Kuopio, Finnland) sem var snúrutengt við tölvu (Lenovo Ideapad Yoga 13, Singapore) og mældi magn útöndunarlofts í millilítrum (mL). Í mælingum Jóns var notaður andrýmdarmælir sem voru tveir samsettir sívalir dunkar þar sem efri dunkurinn hvolfdist ofan í þann neðri. Vatn var í neðri dunknum og mjúk slanga kom upp úr efri dunknum sem blásið var í af öllu afli og þá lyftist efri dunkurinn, á honum var mælistika sem sýndi magn útöndunarlofts í mL.

Tölfræði

Við úrvinnslu gagna var tölfræðiforritið Jamovi (1.0.8.0) notað. Gröf voru gerð í Excel. Við samanburð á mælingum Jóns við mælingahluta rannsóknarinnar var mælingum Jóns skipt upp í átta 5 ára og eitt 6 ára tímabil og notuð var dreifnigreining (ANOVA) við samanburðinn. Samdreifnigreining (ANCOVA) var notuð til að leiðrétta fyrir hæð og þyngd í gripstyrks-, brjóstvíddar- og andrýmdarmælingum. Tukey-eftirpróf var notað til að kanna marktæki á milli tímabila. Mælingar voru skilgreindar martækar þegar $p<0,05$. Ef færri en 10 einstaklingar voru mældir yfir heilt tímabil (5 ár) var tímabilið tekið út.

Niðurstöður

Í mælingum Jóns voru 937 börn mæld yfir tímabilið 1912-1953, 475 stúlkur og 462 piltar. Í mælingarhluta rannsóknarinnar voru 395 börn mæld á haustmisseri, 202 stúlkur og 193 piltar, og 398 börn á vormisseri, 203 stúlkur og 195 piltar. Niðurstöður haust- og vormælinga sýndu samskonar niðurstöður og því verða aðeins niðurstöður haustmælinga kynntar.



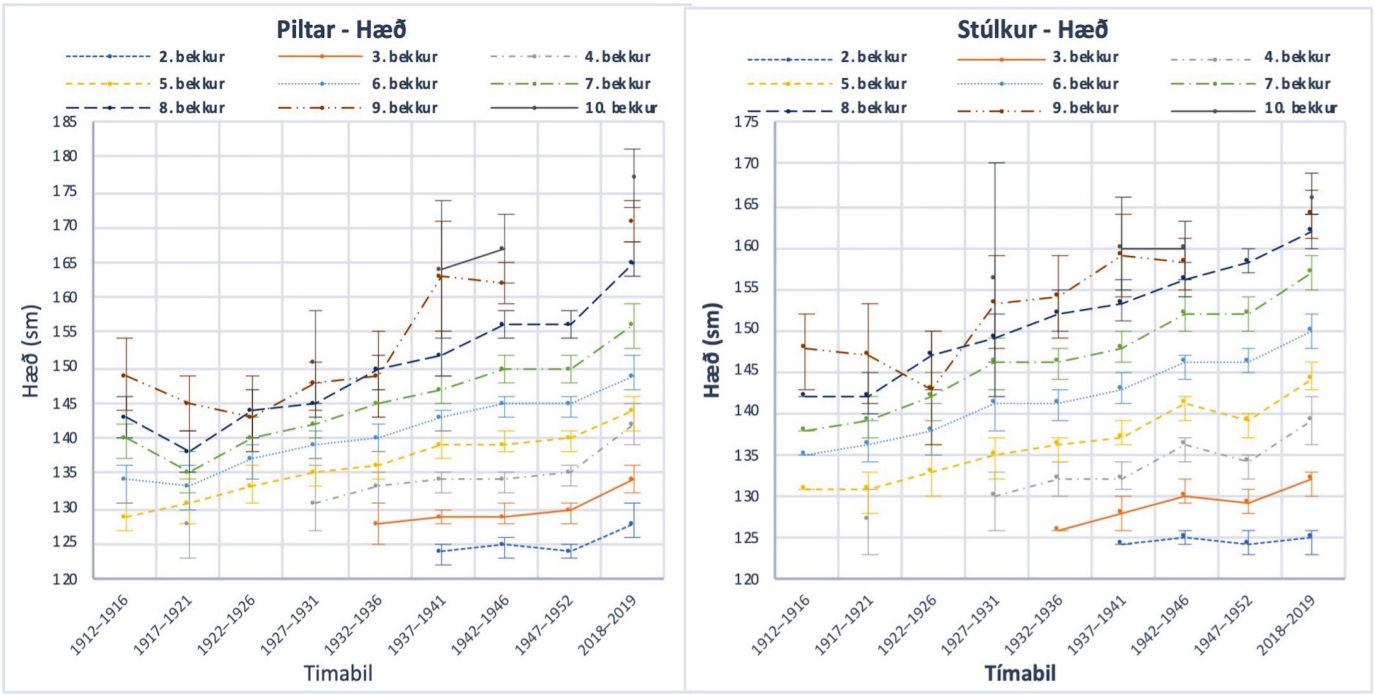
Mynd 1. *Gripstyrksmælir samskonar og notaður var í mælingum Jóns Þ. Björnssonar (mynd úr einkasafni). Mælirinn var fenginn að láni á Heilbrigðisstofnun Norðurlands á Sauðárkróki og notaður í mælingum barna og unglinga á Sauðárkróki og í Varmahlíð skólaárið 2018-2019.*

Hæð

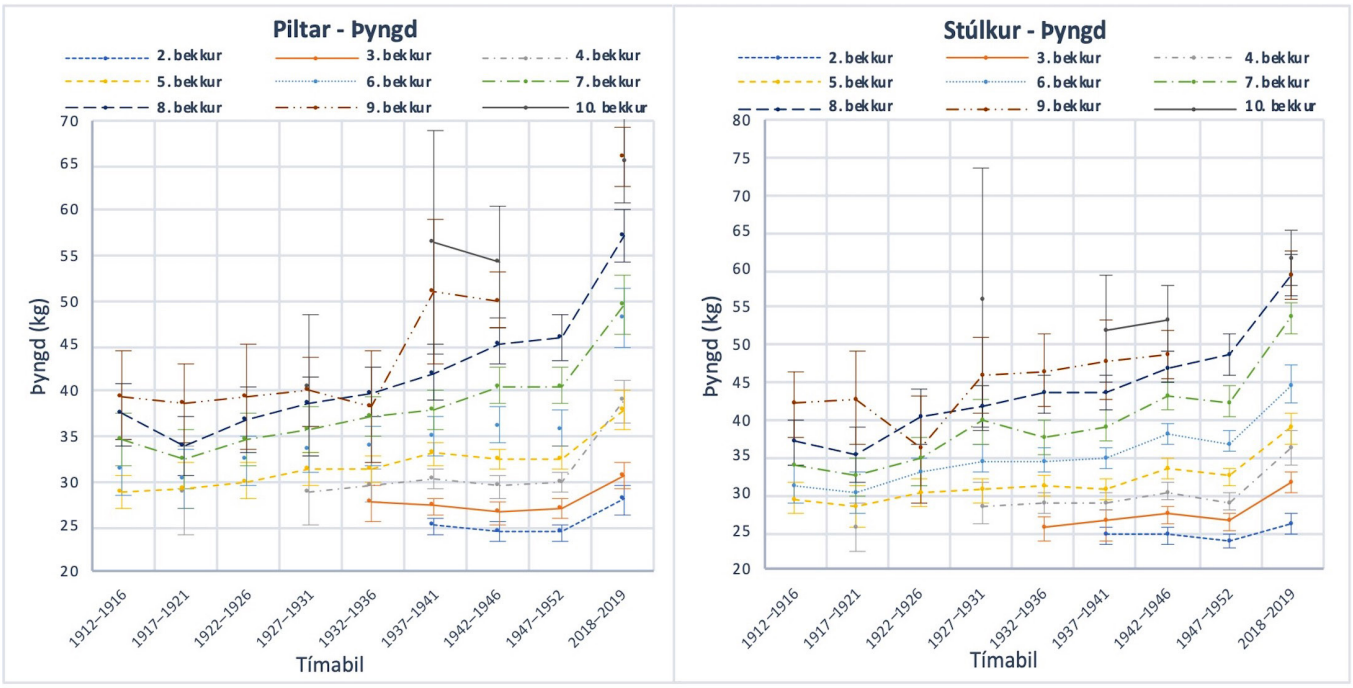
Í hæðarmælingum (mynd 2) sást marktæk hæðaraukning yfir tímabilið 1912-1952 í 3.-10. bekk hjá báðum kynjum ($p<0,001$-$0,028$). Börn skólaárið 2018-2019 voru marktækt hærri en jafnaldrar þeirra voru í 2.-10. bekk ($p<0,001$-$0,029$) og voru stúlkur marktækt hærri en piltar í 6.-8. bekk ($p=0,008$-$0,033$). Víxlhrif voru til staðar í 9. bekk ($p=0,039$).

Þyngd

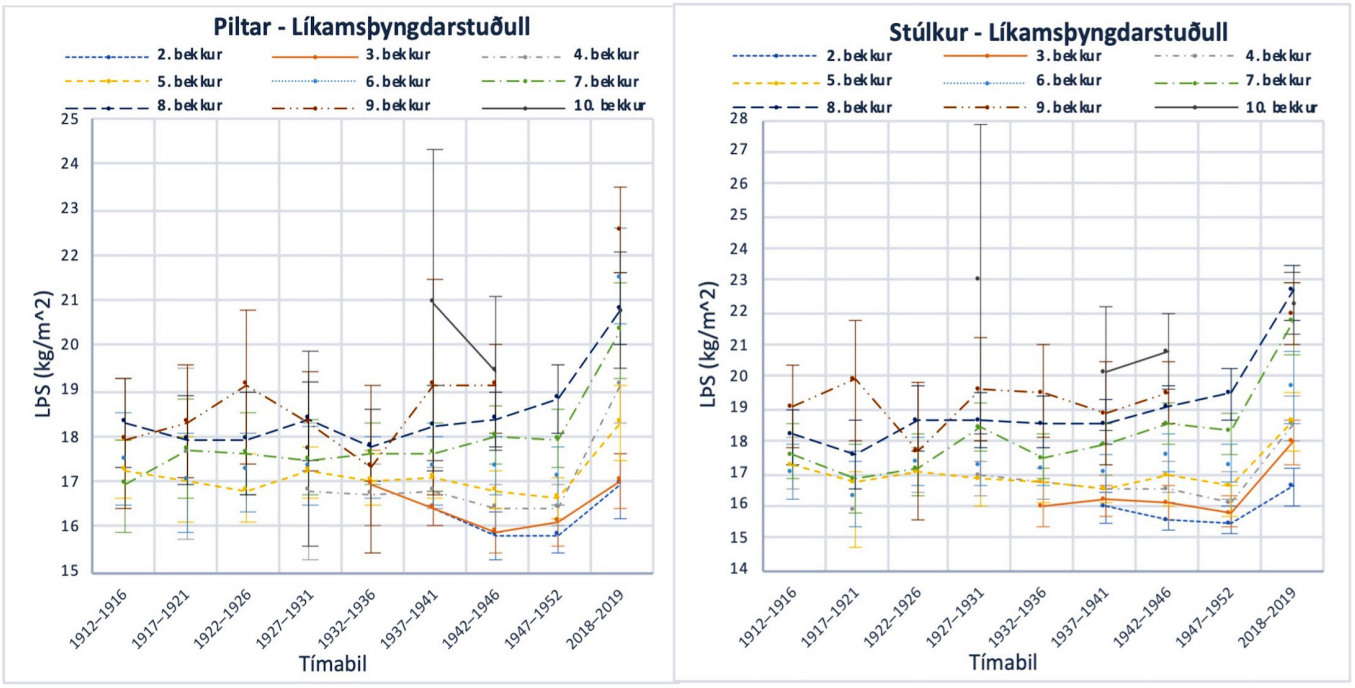
Í þyngdarmælingum (mynd 3) sást marktæk þyngdaraukning yfir tímabilið 1912-1952 í 5.-9. bekk hjá báðum kynjum ($p<0,001$). Börn



Mynd 2. *Fyrri hæðarmæling (haust) hjá börnum í 2.-10. bekk. Punktarnir merkja meðaltal hvers tímabils (5-6 ára tímabil 1912–1952, ein mæling 2018-2019) og lóðréttu línurnar 95% öryggismörk* (Confidence Interval).



Mynd 3. *Fyrri þyngdarmæling (haust) hjá börnum í 2.-10. bekk. Punktarnir merkja meðaltal hvers tímabils (5-6 ára tímabil 1912–1952, ein mæling 2018-2019) og lóðréttu línurnar 95% öryggismörk.*



Mynd 4. *Reiknaður líkamsþyngdarstuðull úr fyrri hæðar- og þyngdarmælingum (haust) barna í 2.-10. bekk. Punktarnir merkja meðaltal hvers tímabils (5-6 ára tímabil 1912-1952, ein mæling 2018-2019) og lóðréttu línurnar 95% öryggismörk.*

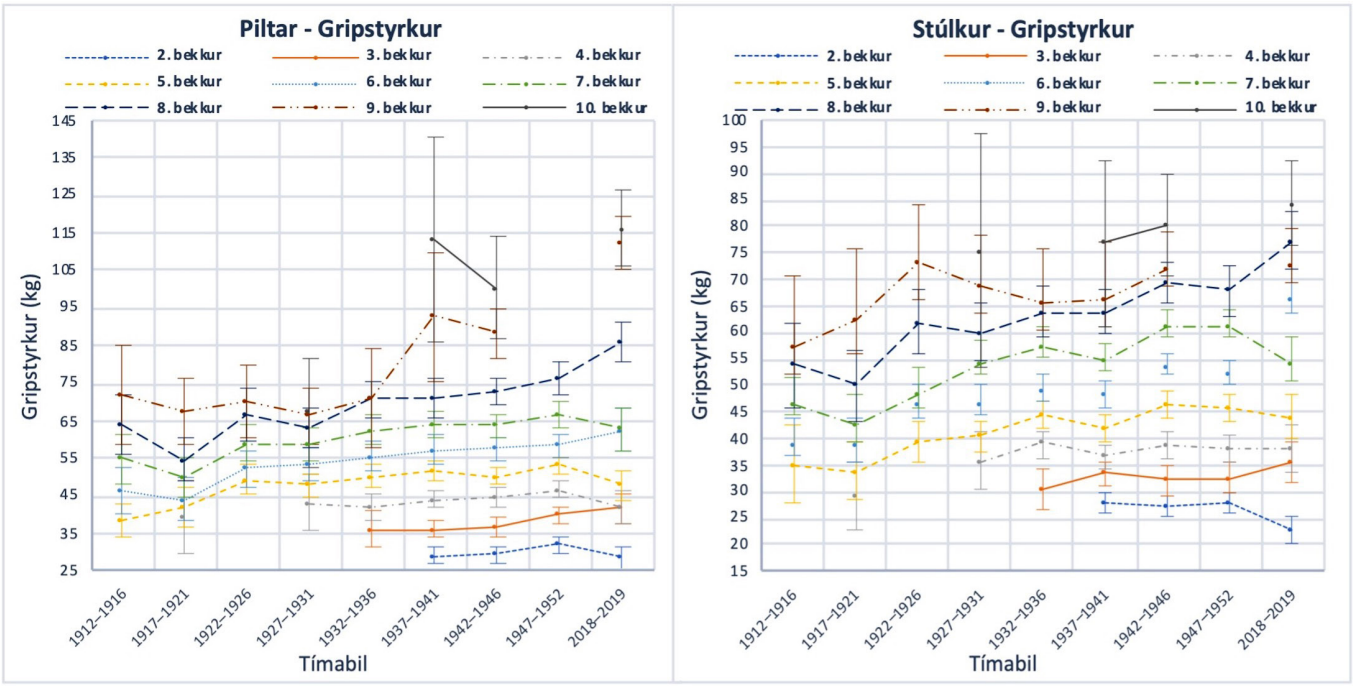
skólaárið 2018-2019 voru marktækt þyngri en jafnaldrar þeirra voru í 2.-10. bekk (p<0,001-0,017) og voru stúlkur marktækt þyngri en piltar í 7.-8. bekk (p=0,003-0,016). Víxlhrif voru til staðar í 9. bekk (p=0,012).

Líkamsþyngdarstuðull

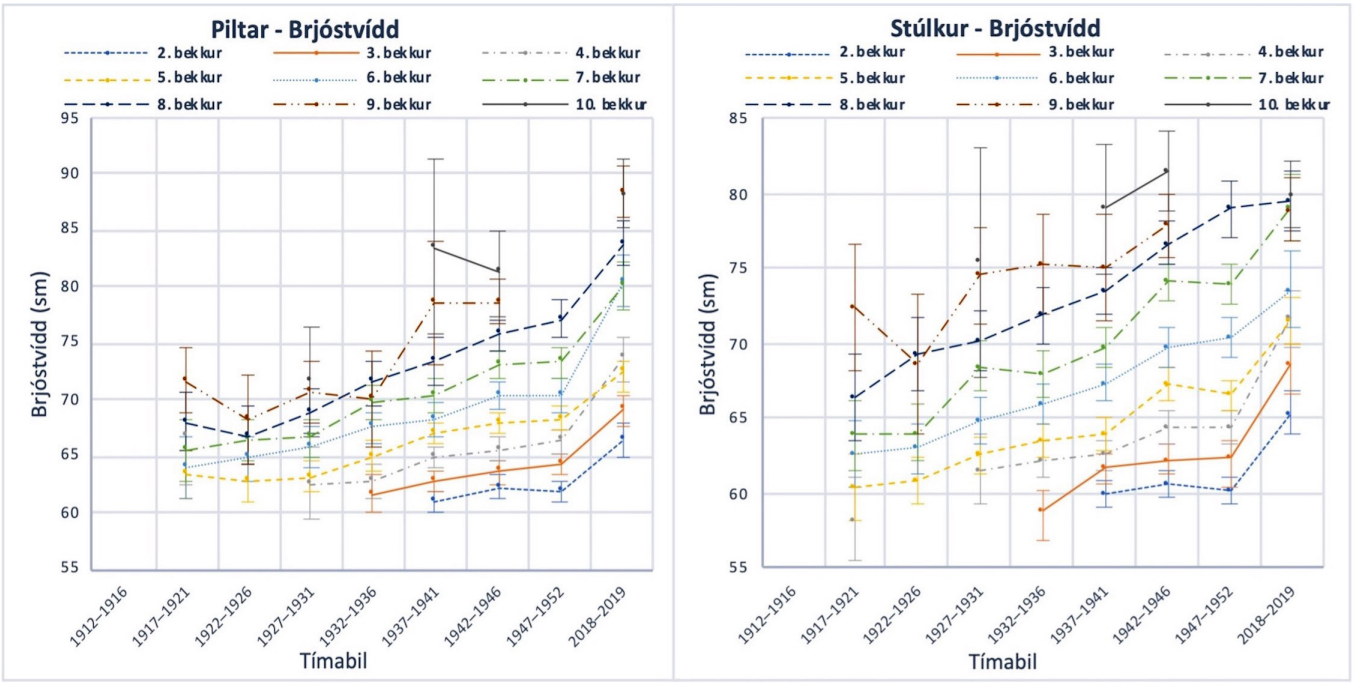
Reiknaður líkamsþyngdarstuðull (mynd 4) sýndi marktæka lækkun á LÞS hjá börnum í 2. bekk (p=0,023–0,040) á árunum 1937-1952 og marktæka hækkun á LÞS hjá börnum í 7.-8. bekk (p=0,017-0,021) yfir tímabilið 1912-1952 hjá báðum kynjum. Börn skólaárið 2018-2019 voru með marktækt hærri LÞS en jafnaldrar þeirra 1912-1952 voru í 2.-9. bekk (p<0,001-0,027) og voru stúlkur með marktækt hærri LÞS en piltar í 8. og 10. bekk (p=0,006-0,037).

Gripstyrkur

Í gripstyrksmælingum (mynd 5) sást marktæk aukning á gripstyrk



Mynd 5. *Fyrri gripstyrksmæling (haust) hjá börnum í 2.-10. bekk án leiðréttingar fyrir hæð og þyngd. Punktarnir merkja meðaltal hvers tímabils (5-6 ára tímabil 1912-1952, ein mæling 2018-2019) og lóðréttu línurnar 95% öryggismörk.*

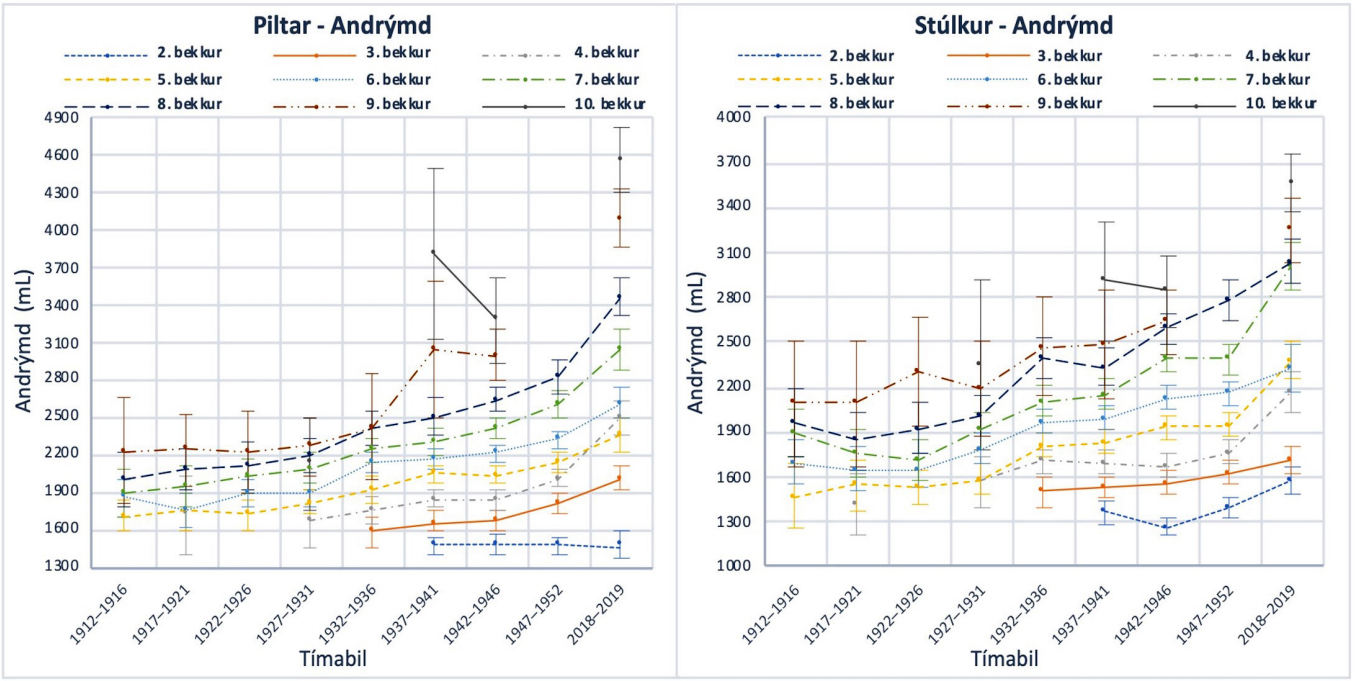


Mynd 6. *Fyrri brjóstviddarmæling (haust) hjá börnum í 2.-10. bekk án leiðréttingar fyrir hæð og þyngd. Punktarnir merkja meðaltal hvers tímabils (5-6 ára tímabil 1912-1952, ein mæling 2018-2019) og lóðréttu línurnar 95% öryggismörk.*

yfir tímabilið 1912-1952 í 5.-10. bekk hjá báðum kynjum (p<0,001-0,006) og voru piltar með marktækt meiri gripstyrk en stúlkur í 2.-10. bekk (p<0,001). Í 2. bekk voru börn skólaárið 2018-2019 með marktækt minni gripstyrk en jafnaldrar þeirra voru á tímabilum 1947-1952 (p=0,006). Í 5. og 7. bekk voru börn skólaárið 2018-2019 með marktækt meiri gripstyrk en jafnaldrar þeirra voru á tímabilum fyrir árið 1931 (p<0,001-0,029) og börn í 6. og 8.-10. bekk voru með marktækt meiri gripstyrk en jafnaldrar þeirra voru á árunum 1912-1952 (p<0,001-0,030). Víxlhrif voru til staðar í 9.–10. bekk (p<0,001-0,050). Ef leiðrétt var fyrir hæð kom í ljós að börn í 2. og 4.-7. bekk skólaárið 2018-2019 voru með marktækt minni gripstyrk en jafnaldrar þeirra voru á árunum 1912–1953 (p<0,001-0,004). Leiðrétting fyrir þyngd sýndi samskonar niðurstöður.

Brjóstvídd

Í brjóstviddarmælingum (mynd 6) sást marktæk aukning á



Mynd 7. *Fyrri andrýmdarmæling (haust) hjá börnum í 2.-10. bekk án leiðréttingar fyrir hæð og þyngd. Punktarnir merkja meðaltal hvers tímabils (5-6 ára tímabil 1912–1952, ein mæling 2018–2019) og lóðréttu línurnar 95% öryggismörk.*

brjóstvídd yfir tímabilið 1917-1952 í 2.-10. bekk hjá báðum kynjum (p<0,001-0,002). Börn skólaárið 2018-2019 voru með marktækt meiri brjóstvídd en jafnaldrar þeirra 1917-1952 höfðu í 2.-10. bekk (p<0,001-0,007) og voru piltar með marktækt meiri brjóstvídd en stúlkur í 2.-6. bekk (p<0,001). Víxlhrif voru til staðar í 9.-10. bekk (p<0,001-0,010). Samskonar niðurstöður komu í ljós þegar leiðrétt var fyrir hæð og þyngd.

Andrýmd

Í andrýmdarmælingum (mynd 7) sást marktæk aukning á andrýmd yfir tímabilið 1912-1952 í 3.-10. bekk hjá báðum kynjum (p<0,001). Börn skólaárið 2018-2019 voru með marktækt meiri andrýmd en jafnaldrar þeirra 1912-1952 höfðu í 2.-10. bekk (p<0,001-0,010) og voru piltar með marktækt meiri andrýmd en stúlkur í 2.-10. bekk (p<0,001-0,008). Víxlhrif voru til staðar í 9.-10. bekk (p<0,009-0,016). Samskonar niðurstöður komu í ljós þegar leiðrétt var fyrir hæð og þyngd.

Umræða

Meginmarkmið rannsóknarinnar var að kanna hvort líkamsástand barna og unglinga í Barna-og gagnfræðaskóla Sauðárkróks breyttist yfir tímabilið 1912-1953 og hvort munur væri á líkamsástandi barna og unglinga skólaárið 2018-2019 og jafnaldra þeirra árin 1912-1953. Helstu niðurstöður rannsóknarinnar voru að marktæk breyting var á líkamsástandi í flestum mælingum að undanskildum 2. bekk yfir tímabilið 1912-1953 og að börn og unglingar skólaárið 2018-2019 voru marktækt hærri, þyngri, með meiri brjóstvídd og andrýmd en jafnaldrar þeirra voru í 2.-10. bekk (7-15 ára) og marktækt hærri líkamsþyngdarstuðul í 2.-9. bekk (7-14 ára). Börn skólaárið 2018-2019 voru með marktækt minni gripstyrk en jafnaldrar þeirra voru í 2. og 4.-7. bekk (7 og 9-12 ára) þegar leiðrétt var fyrir hæð og þyngd.

Í öllum mælingum hjá börnum í 9. bekk (14 ára) komu fram marktæk víxlhrif á milli mælinga og kyns þar sem stúlkur voru með hærri mælingu á tímabilinu 1912-1931, en á tímabilinu 1932-1941 tóku piltarnir vaxtarstökk fram úr stúlkunum og urðu hærri, þyngri og með meiri brjóstvídd, gripstyrk og andrýmd. Ekki er nákvæmlega vitað hvað varð til þess að piltar tóku vaxtarstökk fram úr stúlkunum frá tímabilinu 1932-1941. Heimilisaðstæður og fæðuframboð gætu haft áhrif en erfitt er að merkja hver ástæðan hefur verið. Í öðrum Evrópulöndum hafa rannsóknir sýnt að kynþroski stúlkna hefur færst neðar í aldri, en þá var miðað við fyrstu tíðablæðingar sem færðust frá 16-17 ára frá aldamótunum 1900 niður í 13-14 ára í kringum 1930-1950.[11] Ekki fundust neinar heimildir þess efnis um pilta en ætla má að kynþroski þeirra hafi einnig færst neðar í aldri.

Hæð og þyngd

Í hæðarmælingum Jóns á árunum 1921-1953 var marktæk hæðaraukning í 3.-10. bekk (8-15 ára) og voru stúlkur í 6.-8. bekk (11-13 ára) marktækt hærri en jafnaldra piltar. Þetta er í samræmi við mælingar Snorra Sigfússonar á Akureyri árin 1931-1940 þar sem 11-13 ára stúlkur voru hærri en jafnaldra piltar.[12] Einnig kom í ljós að meðalhæð og þyngd fóru hækkandi bæði eftir aldri, og á milli ára, eins og í mælingum Jóns. Í mælingum frá Miðbæjarskólanum í Reykjavík á árunum 1930-1931[13] voru piltar orðnir hærri en stúlkur við 13 ára aldur en stúlkurnar voru þyngri, sem svipar til þyngdarmælinga Jóns þar sem stúlkur í 7.-8. bekk (12-13 ára) voru marktækt þyngri en jafnaldra piltar. Eins voru stúlkur á Akureyri á aldrinum 11-14 ára í flestum tilvikum þyngri en jafnaldra piltar á árunum 1931-1940.[12] Börn og unglingar skólaárið 2018-2019

voru marktækt hærri og þyngri en jafnaldrar þeirra voru á árunum 1912-1953 í 2.-10. bekk (8-15 ára) og hæðar- og þyngdaraukning sást með hækkandi aldri.

Gripstyrkur, brjóstvídd og andrýmd

Í gripstyrksmælingum Jóns var marktæk aukning á árunum 1912-1953 í 5.-10. bekk (10-15 ára) og voru piltar með marktækt meiri gripstyrk en stúlkur í öllum bekkjum. Þó ber að hafa í huga að ekki getur verið tryggt að gripstyrksmælir rannsakanda og gripstyrksmælir Jóns hafi verið eins kvaðaðir þó þeir séu sömu tegundar. Engin önnur íslensk rannsókn á gripstyrk íslenskra grunnskólabarna hefur fundist en í *Skírni* árið 1913[14] var fjallað um gripstyrksmælingar pilta í barnaskóla í París. Þar kom í ljós að gripstyrkur jókst með hækkandi aldri en ekki kom fram hvort munurinn væri tölfræðilega marktækur en börn í mælingum Jóns voru með töluvert meiri gripstyrk en jafnaldra piltar í París. Í tveimur bandarískum rannsóknum[15,16] kom í ljós, líkt og í mælingum Jóns, að piltar voru með marktækt meiri gripstyrk en stúlkur í öllum aldursflokkum og að gripstyrkur jókst með hækkandi aldri. Það sást einnig í gripstyrksmælingum skólaárið 2018-2019 og ef þær mælingar voru bornar saman við þær bandarísku sást að skagfirsk börn voru með meiri gripstyrk en jafnaldra börn í Milwaukee og Colorado. Þó ber að hafa í huga að ólíkir gripstyrksmælar voru notaðir og getur það haft áhrif á samanburðinn. Þegar leiðrétt var fyrir hæð og þyngd kom í ljós að börn í 2. og 4.-7. bekk (7 og 9-12 ára) voru með marktækt minni gripstyrk en jafnaldrar þeirra á árunum 1912-1953. Gripstyrkur getur verið minni vegna minni líkamlegrar vinnu hjá börnum og unglingum í dag, í samanburði við það sem var ríkjandi á þeim tíma sem Jón mældi nemendur sína.

Marktæk aukning kom fram í brjóstvíddarmælingum Jóns á árunum 1917-1953 hjá börnum í 3.-10. bekk (8-15 ára) og voru piltar með marktækt meiri brjóstvídd en stúlkur í 2.-6. bekk (7-11 ára). Fáar rannsóknir fundust um brjóstvíddarmælingar grunnskólabarna en í *Læknablaðinu* árið 1917[17] var fjallað um brjóstvíddarmælingar 6-15 ára barna í Berlín og í Reykjavík. Piltar voru með meiri brjóstvídd en stúlkur til 11 ára aldurs, sem svipar til mælinga Jóns, en ekki kom fram hvort munurinn væri marktækur. Tekið var fram að reykvísk börn væru með aðeins minni brjóstvídd en jafnaldra börn í Berlín en engin tölugildi fylgdu. Börn og unglingar skólaárið 2018-2019 voru með marktækt meiri brjóstvídd en jafnaldrar þeirra á árunum 1917-1953 í 2.-10. bekk. Þegar leiðrétt var fyrir hæð og þyngd komu í ljós samskonar niðurstöður og án leiðréttingar sem staðfestir að brjóstvídd barna og unglinga hefur aukist, óháð hæðar- og þyngdaraukningu sem hefur orðið síðan árið 1917 þegar hafið var að mæla brjóstvídd.

Í andrýmdarmælingum Jóns kom fram marktæk aukning á árunum 1912-1953 í 3.-10. bekk (8-15 ára) og voru piltar með marktækt meiri andrýmd en stúlkur í öllum aldurshópum. Ekki fundust íslenskar né erlendar rannsóknir á andrýmdarmælingum hjá heilbrigðum grunnskólabörnum, en í *Skírni* árið 1913[14] var fjallað um andrýmdarmælingar 7-13 ára pilta í París. Þar sást að andrýmd jókst með hækkandi aldri en ekki kom fram hvort munurinn væri tölfræðilega marktækur, en börn í mælingum Jóns voru með töluvert meiri andrýmd en jafnaldra piltar í París. Skólaárið 2018-2019 voru börn og unglingar með marktækt meiri andrýmd en jafnaldrar þeirra voru á árunum 1912-1953 í 2.-10. bekk (7-15 ára). Þegar leiðrétt var fyrir hæð og þyngd komu í ljós samskonar niðurstöður og án leiðréttingar, sem bendir til þess að andrýmd barna og unglinga hafi aukist, óháð hæðar- og þyngdaraukningu sem orðið hefur síðan árið 1914 þegar hafið var að mæla andrýmd. En hafa ber í huga að ekki voru notuð sömu mælitæki í eldri mælingunum og þeim nýju, sem gæti hugsanlega valdið ónákvæmni í samanburði.

Utanaðkomandi þættir

Talið er að utanaðkomandi þættir eins og húsnæði, fæðuframboð og efnahagur geti haft áhrif á líkamsþroska barna. Í Skagafirði um aldamótin 1900 voru flest hús úr timbri og talin daunill og dimm hreysi þar sem margir bjuggu saman í litlum rýmum ásamt því að mörg hús voru óupphituð og salernislaus.[6] Árið 1910 var byrjað að steypa hús og árið 1917 voru settar fram gæðakröfur um nýbyggingar sem og komið á skyldu um upphitun íbúðarherbergja.[18] Þá má ætla að heimilisaðstæður hafi farið batnandi og haldið áfram að batna til dagsins í dag. Verslun og fæðuframboð breyttust einnig í kringum aldamótin 1900 í Skagafirði þar sem kaup á íslenskum sjávarafurðum og munaðarvöru frá Vesturheimi og Bretlandi jókst. Mikið atvinnuleysi og fátækt var meðal verkafólks og lifðu margir við fæðu- og fataskort þannig að margir þurftu að treysta á matar- og fatagjafir frá efnaðra fólki eða kvenfélaginu í hreppnum.[18] Gífurleg aukning á fæðuframboði hefur orðið síðan Jón mældi nemendur sína og getur það bæði talist gott og slæmt. Með auknu fæðuframboði hefur fjölbreytni aukist og fæðuskortur í landinu tilheyrir liðinni tíð, en á móti er í boði óhollari fæða sem getur til dæmis haft mikil áhrif á þyngdaraukningu barna skólaárið 2018-2019 samanborið við mælingar Jóns.

Takmarkanir og styrkleikar

Takmarkanir rannsóknarinnar voru að rannsakandi mældi aðeins eitt skólaár, sem gefur líklega ekki eins góðar niðurstöður og ef mælingum hefði verið haldið áfram yfir lengri tíma líkt og mælingar Jóns. Þá er ekki hægt að vita hvort andrýmdarmælir Jóns hafi verið kvarðaður frá 1914-1953 svo hugsanlega getur það valdið mæliskekkju til viðbótar við þá mæliskekkju sem getur orðið við notkun á öðru mælitæki frá öðrum framleiðanda. Styrkleikar rannsóknarinnar voru að góð þátttaka var í rannsókninni og gekk framkvæmd hennar vel. Jón Þ. Björnsson framkvæmdi sjálfur allar mælingar við Barna- og gagnfræðaskóla Sauðárkróks árin 1912-1953, sem eykur nákvæmni mælinga hans og góðar lýsingar voru til á mælingum Jóns frá fyrrum þátttakendum mælinga hans sem rannsakandi gat nýtt sér í mælingarhluta rannsóknarinnar.

Ályktanir

Marktækur munur var á hæð, þyngd, gripstyrk, LÞS, brjóstvídd og andrýmd barna skólaárið 2018-2019 og jafnaldra þeirra á árunum 1912-1953 sem styður tilgátur rannsakanda. Marktækur kynjamunur sást í hæð og þyngd þar sem stúlkur voru hærri en piltar í 6.-8. bekk og þyngri í 7.-8. bekk, sem styður að stúlkur taki fyrr vaxtar- og þroskakipp heldur en piltar. Marktæk breyting var á líkamsástandi í mælingum hjá 3.-10. bekk yfir tímabilið 1912-1953 sem staðfestir að þróun hefur orðið á mældum þáttum.

Þakkir

Sérstakar þakkir fá Sólborg Una Pálsdóttir, héraðsskjalavörður á Hérðasskjalasafni Skagfirðinga, Örn Ragnarsson, heimilislæknir og framkvæmdastjóri lækninga á Heilbrigðisstofnun Norðurlands á Sauðárkróki, Jón Ormar Ormsson, þátttakendur, foreldrar/forráðamenn og starfsfólk Árskóla á Sauðárkróki og í Varmahlíðarskóla. Vísindasjóður Félags sjúkraþjálfara og Rannsóknasjóður Háskóla Íslands styrktu rannsóknina og eru þeim færðar kærar þakkir fyrir stuðninginn.

Greinin barst til blaðsins 10. desember 2021,
samþykkt til birtingar 22. apríl 2022.

Heimildir

1. ÁH. Jón Þ. Björnsson skólastjóri lætur af störfum sjötugur að aldri. Menntamál 1952; 25: 100-1.
2. Magnússon JÞ. Kennarinn á Króknum. Skagfirðingabók 1993; 22: 7-76.
3. Björnsson JÞ. Skrár yfir þroska skólabarna 1912-1953. HSk N00187-A-A1953.
4. Tómasson B. Heilbrigðiseftirlit í skólum og kvillar skólabarna. Skírnir 1957; 131: 172-205.
5. Johnsen B. Qui Bono? Af brautryðjandastarfi Guðmundar Hannessonar – Próun eftirlits og læknisþjónustu í skólum í Reykjavík 1909 til 1983. Læknablaðið 1989; 75: 11-23.
6. Heilbrigðisskýrslur. Heilbrigðisskýrslur 1911-1920. Fjelagsprentsmiðjan, Reykjavík 1922.
7. Jónsson P. Hæð Íslendinga. Skírnir 1914; 88: 84-8.
8. Mál á líkamsþroska (hæð, gildleika og þyngd) nemenda barnaskólans á Eskifirði 1913–1914. Skólablaðið 1914; 8: 95.
9. Valbjörnsdóttir LB, Pálsdóttir SU. Líkamsþroskun barna – Um mælingar skólabarna í Skagafirði á fyrri hluta tuttugustu aldar. SAGA - Tímarit Sögufélags 2019; LVII - 2: 153-67.
10. Skýrslur. Skólablaðið 1916; 10: 14–5.
11. Malina RM. Secular trends in growth, maturation and physical performance: A review. Przegląd Antropologiczny – Anthropological Review 2004; 67: 3-31.
12. Sigfússon S. Mælingar barna í barnaskóla Akureyrar 1931–1940. Enn fremur niðurstöðutölur um mælingar barna í Miðbæjarskólanum í Reykjavík 1934 og norskra barna 1930. Skýrsla til fræðslumálastjórnar Reykjavík [án útg]. 1942.
13. Jónsson S. Mælingar skólabarna í Reykjavík. Eimreiðin 1932; 38: 400-6.
14. Jónsson J. Nútíma hugmyndir um barnseðlið. Skírnir 1913; 87: 144-65.
15. Mathiowetz V, Wiemer DM, Federman SM. Grip and pinch strength: norms for 6- to 19-year-olds. Am J Occ Ther 1986; 40: 705-11.
16. Ager CL, Olivett BL, Johnson CL. Grasp and pinch strength in children 5 to 12 years old. Am J Occ Ther 1984; 38: 107-13.
17. Samtíningur um heilbrigðismál skóla. Læknablaðið 1917; 3: 155-7.
18. Bjarnason K. Saga Sauðárkróks. Síðari hluti I. 1907-1922. Sauðárkrókskaupstaður 1971.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.06.694

Physique of children and adolescents in Northern Iceland then and now

Linda Björk Valbjörnsdóttir[1,2]
Þórarinn Sveinsson[1]
Árni Árnason[1,3]

[1]Research Centre of Movement Science, Department of Physiotherapy, School of Health Sciences, University of Iceland, [2]The Health Care Institution of North Iceland in Sauðárkrókur, [3]Gáski Physiotherapy, Reykjavík.

Correspondence: Linda Björk Valbjörnsdóttir, *lindabjork@skybox.is*

Key words: *children, adolescents, physique, physical development, secular changes, public health*

INTRODUCTION: In the first half of the 20th century, Icelandic doctors and teachers began documenting the health of school children, believing that physical measurements were important to monitoring physical development. The measurements could also be used for comparison in other areas and for reasearch. At the Reginonal Archives of Skagafjordur, rare data about the physique of children in Saudarkrokur in 1912–1953, measured by Jon Th. Bjornsson, is preserved.

MATERIAL AND METHODS: Height, weight, grip strenght, thorax expansion and tidal volume were measured twice in 2018–2019 on 7–15-year-old children in elementary schools in Saudarkrokur and Varmahlid. These measurements were compared with similar measurements from 1912–1953.

RESULTS: Children in 2018–2019 at ages 7–15 years were significantly taller, heavier, with greater thorax expansion and tidal volume than their peers in 1912–1953 (p<0,001–0,037). Children in 2018–2019 at ages 7–14 years had significantly higher body mass index than their peers in 1912–1953 (p<0,001–0,027). If adjusted for height and weight in thorax expansion and tidal volume measurements, similar results were found. Children in 2018–2019 had significantly less grip strength than their peers in 1912–1953 at ages 7 and 9–12-years when adjusted for height and weight (p<0,001–0,025). There was significant development in the physique of children over the years 1912–1953 in most measurements and age groups (p<0,001–0,040).

CONCLUSIONS: A significant increase in measured factors in 2018–2019 compared to 1912–1953 can possibly be attributed to improved quality of life.

Hvað verður um gögnin þín?



Hvað gerir þú við skjöl sem þarf að eyða af því að þeirra er ekki lengur þörf en geyma viðkvæmar upplýsingar? Gagnaeyðing býður læst gagnaílát af ýmsum stærðum. Þegar losa þarf ílátið þá komum við með annað tómt og skiptum. Einnig er hægt að afhenda gögn í möppum og klemmum, í kössum og pokum. Aðeins þarf að tryggja að umbúðir séu traustar og vel lokaðar.

Gagnaeyðing eyðir öllum gögnum samkvæmt alþjóðlega viðurkenndu og vottuðu ferli, allt frá móttöku til eyðingar. Eyðingin sjálf gerist með tætingu og fer kurlið til endurvinnslu hjá viðurkenndum vinnsluaðila.

Hafðu samband!

Opið mánudaga - fimmtudaga 8:30 -17:00 og til 16:00 á föstudögum.

Örugg eyðing gagna

AAA NAID CERTIFIED

GAGNAEYÐING

Gagnaeyðing ehf. · Bæjarflöt 7 · 112 Reykjavík · Sími 568 9095 · www.gagnaeyding.is · gagnaeyding@gagnaeyding.is

Náms- og atvinnuþátttaka ungs fólks á Íslandi eftir snemmíhlutun í geðrof

Ragna Kristín Guðbrandsdóttir[1] læknanemi
Oddur Ingimarsson[1,2] læknir

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]geðsviði Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Oddur Ingimarsson *odduri@landspitali.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Einstaklingar greinast almennt ungir með geðrofssjúkdóma og þrátt fyrir meðferð hefur stór hluti viðvarandi einkenni sem leiða gjarnan til skertrar samfélagslegrar virkni og örorku. Markmið rannsóknarinnar var að kanna hversu hátt hlutfall ungra einstaklinga sem fengu snemmíhlutun í geðrof hér á landi árin 2010-2020 tók þátt í námi eða vinnu að endurhæfingu lokinni, ásamt því að kanna hvaða þættir hefðu forspárgildi um það.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin er afturskyggn ferilrannsókn sem byggði á upplýsingum úr sjúkraskrám allra sem útskrifuðust af Laugarásnum meðferðargeðdeild á árunum 2010-2020 eftir lengri en 6 mánaða endurhæfingu (n=144). Einþátta og fjölþátta tvíkosta aðhvarfsgreining var framkvæmd til að kanna hvaða breytur höfðu forspárgildi um náms- og atvinnuþátttöku að endurhæfingu lokinni.

NIÐURSTÖÐUR

75% þjónustuþega voru atvinnulausir við innritun sem bendir til hrakandi samfélagslegrar virkni fyrir inngrip í fyrsta geðrof. Við útskrift var rúmur helmingur þjónustuþega í vinnu eða námi. Starfsendurhæfing á Laugarásnum reyndist vera sá þáttur sem hafði mest jákvætt forspárgildi um náms- og atvinnuþátttöku við útskrift. Aðrir helstu forspárþættir voru þeir sem endurspegluðu alvarlegan geðrofssjúkdóm og samfélagslega virkni fyrir innskrift. Meirihluti þjónustuþega (66%) hafði sögu um kannabisneyslu sem reyndist einnig hafa neikvætt forspárgildi um náms- og atvinnuþátttöku við útskrift.

ÁLYKTANIR

Ljóst er að betur má ef duga skal ef auka á samfélagslega virkni ungs fólks á Íslandi eftir fyrsta geðrof. Mikilvægt er að tryggja skilvirka starfsendurhæfingu á Laugarásnum þar sem starfsendurhæfing var einn fárra þátta sem hafði forspárgildi um náms- og atvinnuþátttöku við útskrift sem hægt er að hafa áhrif á í endurhæfingunni.

Inngangur

Geðrof er sameiginlegt einkenni geðrofssjúkdóma sem eru alvarlegir, langvinnir sjúkdómar sem einstaklingar greinast almennt með snemma á lífsleiðinni. Geðrof einkennist af tapi á raunveruleikatengslum ásamt því að fram koma eitt eða fleiri geðrofseinkenni eins og ofskynjanir, ranghugmyndir og hugsanatruflun.[1] Litið er á geðrofssjúkdóma sem róf sjúkdóma frá vægari sjúkdómum til alvarlegri sjúkdóma.[2] Geðklofi er talinn alvarlegasti sjúkdómurinn á rófinu og er hann jafnframt sá algengasti með algengi um 0,7% á heimsvísu.[3] Auk geðrofseinkenna eru helstu einkenni geðklofa vitræn skerðing og neikvæð einkenni sem koma oft fram nokkru áður en sjúkdómurinn er greindur.[4] Neikvæð einkenni eru hegðun eða hæfileikar sem einstaklingurinn hafði áður en hefur misst niður, svo sem framtaksleysi, ánægjuleysi, félagsleg hlédrægni og einangrun.[5]

Þrátt fyrir lágt algengi geðklofa og annarra geðrofssjúkdóma er byrði sjúkdómanna fyrir einstaklinginn og samfélagið mikil.[6] Vegna hamlandi einkenna einangra einstaklingarnir sig oft frá umheiminum og hætta að taka þátt í samfélagslegri virkni eins og vinnu og félagslegum athöfnum.[7] Í Noregi var atvinnuþátttaka meðal einstaklinga með geðrofssjúkdóma sem voru ekki komnir á eftirlaun 10,24% árið 2012, langt undir atvinnuþátttöku í almennu þýði.[8]

Undirstaða meðferðar við geðrofssjúkdómum er lyfjameðferð

með geðrofslyfjum. Aðalvirkni geðrofslyfja er á jákvæð einkenni og í 70% tilfella dregur verulega úr jákvæðum einkennum við meðferð. Þau eru hins vegar ekki jafn áhrifarík meðferð við neikvæðum og vitrænum einkennum sem eru gjarnan meira áberandi í sjúkdómsmynd geðklofa en annarra geðrofssjúkdóma.[9,10] Í um 30% tilfella svara einstaklingar með geðklofa illa hefðbundinni lyfjameðferð og er þá reynd meðferð með clozapine sem er eina geðrofslyfið sem hefur meðferðarþráan geðklofa sem ábendingu.[11,12]

Nú telst besta meðferðin við fyrsta geðrofi vera snemmíhlutun í geðrof[13] sem gengur út á að greina og hefja meðferð sem fyrst með það markmið að stytta tímalengd ómeðhöndlaðs geðrofs.[14] Laugarásinn meðferðargeðdeild á geðsviði Landspítala er eina stofnunin hér á landi sem vinnur eftir hugmyndafræðinni um snemmíhlutun í geðrof og er deildin fyrir ungt fólk á aldrinum 18-35 ára með geðrofseinkenni eða geðrofssjúkdóm á byrjunarstigi. Meðferðin samanstendur af lyfjameðferð og sálfélagslegri meðferð sem miðar að því að draga úr einkennum, koma í veg fyrir bakslag og endurteknar sjúkrahúsinnlagnir og styðja þjónustuþega til þátttöku í samfélaginu. Flestar tilvísanir á Laugarásinn berast frá öðrum deildum á geðsviði Landspítala en tilvísanir berast einnig frá heilsugæslu, sjálfstætt starfandi sálfræðingum og geðlæknum og í stöku tilfellum frá aðstandendum.[15] Meðal meðferðarúrræða sem bjóðast þjónustuþegum Laugarássins er IPS (Individual Placement and Support) náms- og starfsendurhæfing sem snýst um að finna störf sem uppfylla óskir þjónustuþeganna. Upplifun einstaklinga með geðrofssjúkdóma af IPS er almennt góð og lýsa þeir minni félagslegri einangrun, auknu sjálfstrausti og minni fjárhagslegum áhyggjum eftir að þeir byrjuðu í vinnu.[16]

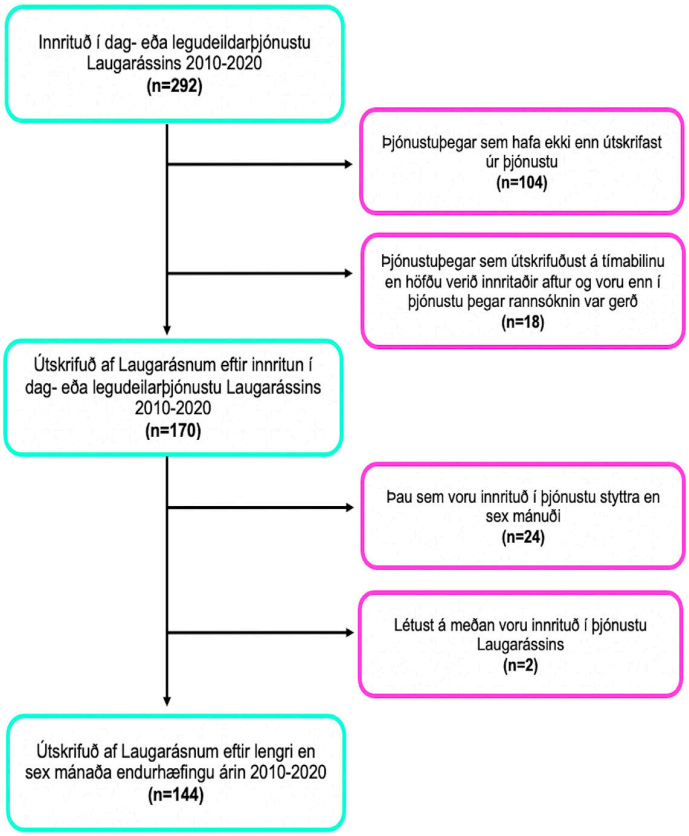
Árangur endurhæfingarinnar á Laugarásnum hefur verið lítið rannsakaður hingað til. Margir telja þátttöku í námi og vinnu mikilvæga árangursvísa í endurhæfingu ungs fólks með geðrofssjúkdóma.[17] Markmið þessarar rannsóknar var því að kanna hversu stórt hlutfall þjónustuþega sem útskrifuðust árin 2010-2020 tók þátt í námi eða vinnu að endurhæfingu lokinni, ásamt því að kanna hvaða þættir hefðu forspárgildi um það. Einnig var tilgangur rannsóknarinnar að kortleggja hóp þeirra sem fengu snemmíhlutun í geðrof á Íslandi á tímabilinu með tilliti til félagslegrar stöðu, greininga og vímuefnaneyslu.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin er afturskyggn ferilrannsókn úr sjúkraskrá Landspítala sem náði til þeirra sem höfðu lokið endurhæfingu á Laugarásnum meðferðargeðdeild á árunum 2010-2020 eftir lengri en 6 mánaða endurhæfingu, alls 144. Mynd 1 sýnir hvernig rannsóknarúrtakið var valið.

Rannsóknin byggði á upplýsingum úr sjúkraskrárkerfi Landspítala hjá öllum þeim sem höfðu útskrifast af dag- eða legudeild Laugarássins á tímabilinu. Jafnframt var leitað viðbótarupplýsinga frá meðferðaraðilum þjónustuþega í þau örfáu skipti sem ekki var hægt að fá fullnægjandi upplýsingar úr sjúkraskrá.

Safnað var upplýsingum um meðferðartíma á Laugarásnum, kyn, þjóðerni, móðurmál, ICD-10 sjúkdómsgreiningar, hæð, þyngd, lyfjanotkun, vímuefnaneyslu, búsetu, hjúskaparstöðu, framfærslu og náms- og atvinnuþátttöku við upphaf og lok meðferðar á Laugarásnum. Framfærsla var skilgreind sem örorkubætur, endurhæfingarlífeyrir og önnur framfærsla. Þyngd við innskrift var skráð ef þyngdarmæling var til staðar innan við 6 mánuðum frá innskrift og var sami háttur hafður á við skráningu þyngdar við útskrift. Til viðbótar við skráningu allra greininga þjónustuþega við innskrift og útskrift, var leitað sérstaklega að einhverfurófsgreiningum (F84.0, F84.1, F84.5) og athyglisbresti með ofvirkni (ADHD) (F90.0) í textasýn viðkomandi.



Mynd 1. *Flæðirit yfir val rannsóknarúrtaks.*

Vímuefnaneysla var kortlögð við innskrift og útskrift. Upplýsingum um kannabisneyslu var sérstaklega safnað. Sagt var að viðkomandi hefði sögu um kannabisneyslu ef minnst var á það í sjúkrasögu að viðkomandi hafi einhvern tímann notað kannabis. Jafnframt var skráð hvort viðkomandi hefði einhvern tímann verið greindur með fíkniheilkenni af völdum kannabisefna (F12.2).

Nótur frá Laugarásnum voru skimaðar til að skrá hvort þjónustuþegar væru í námi eða í vinnu meðan á endurhæfingu stóð og hvort viðkomandi hefði tekið þátt í IPS-verkefni Laugarássins. Í stöku tilfellum var ekki unnt að finna þær upplýsingar og var þá skráð að náms- eða atvinnuþátttaka væri ójós.

Öll rannsóknargögn voru skráð í Excel. Tölfræðileg úrvinnsla fór fram í tölfræðiforritinu R. Var notuð lýsandi og greinandi tölfræði. Tölfræðileg marktækni var skilgreind sem $p<0,05$ og notað var 95% öryggisbil.

Talnabreytum var lýst með meðaltölum og þær bornar saman

Tafla I. *Lýðfræðilegar upplýsingar og félagsleg staða þjónustuþega við upphaf og lok meðferðar á Laugarásnum. Fjöldi (%).*

	Karlar (n=101)	Konur (n=43)	Alls (n=144)
Aldur við innritun, meðaltal (staðalfrávik)	23,4 (3,3)	23,1 (3,4)	23,4 (3,3)
Fjöldi ára í meðferð á Laugarásnum, meðaltal (staðalfrávik)	3,3 (2,1)	2,8 (1,9)	3,2 (2,0)
Þjóðerni			
Íslendingur	95 (94,1)	42 (97,7)	137 (95,1)
Annað	6 (5,9)	1 (2,3)	7 (4,9)
Námsreynsla			
Engin (ekki lokið grunnskóla)	6 (5,9)	2 (4,7)	8 (5,6)
Grunnskólapróf	72 (71,3)	20 (46,5)	92 (63,9)
Stúdentspróf eða sveinspróf	14 (13,9)	8 (18,6)	22 (15,3)
Reynsla af háskólanámi	8 (7,9)	8 (18,6)	16 (11,1)
Háskólapróf	1 (1,0)	5 (11,6)	6 (4,2)
Reynsla af vinnumarkaði			
Föst vinna	61 (60,4)	25 (58,1)	86 (59,7)
Sumarvinna	21 (20,8)	10 (23,3)	31 (21,5)
Óljóst	11 (10,9)	7 (16,3)	18(12,5)
Engin	8 (7,9)	1 (2,3)	9 (6,2)
Hjúskapur við innskrift			
Einhleyp/ur	87 (86,1)	32 (74,4)	119 (82,6)
Í sambandi	14 (13,9)	11 (25,6)	25 (17,4)
Hjúskapur við útskrift			
Einhleyp/ur	83 (82,2)	31 (72,1)	114 (79,2)
Í sambandi	18 (17,8)	12 (27,9)	30 (20,8)
Búseta við innskrift			
Eigið	6 (5,9)	1 (2,3)	7 (4,9)
Leiga	19 (18,8)	11 (25,6)	30 (20,8)
Félagslegt húsnæði	1 (1,0)	1 (2,3)	2 (1,4)
Hjá fjölskyldu	68 (67,3)	25 (58,1)	93 (64,6)
Sértækt búsetuúrræði	2 (2,0)	2 (4,7)	4 (2,8)
Heimilislaus	3 (3,0)	1 (2,3)	4 (2,8)
Annað*	2 (2,0)	2 (4,7)	4 (2,8)
Búseta við útskrift			
Eigið	11 (10,9)	6 (14,0)	17 (11,8)
Leiga	22 (21,8)	11 (25,6)	33 (22,9)
Félagslegt húsnæði	8 (7,9)	5 (11,6)	13 (9,0)
Hjá fjölskyldu	39 (38,6)	15 (34,9)	54 (37,5)
Sértækt búsetuúrræði	12 (11,9)	2 (4,7)	14 (9,7)
Heimilislaus	5 (5,0)	2 (4,7)	7 (4,9)
Annað*	4 (4,0)	2 (4,7)	6 (4,2)
Líkamsþyngd við innskrift**			
Meðalþyngd í kílógrömmum (staðalfrávik)	89,4 (22,6)	74,0 (22,9)	85,0 (23,7)
Miðgildi [lægsta gildi ; hæsta gildi]	81,6 [59,0 ; 190]	68,1 [42,6 ; 132]	79,7 [42,6 ; 190]
Líkamsþyngd við útskrift**			
Meðalþyngd í kílógrömmum (staðalfrávik)	98,4 (20,7)	83,9 (29,0)	94,2 (24,2)
Miðgildi [lægsta gildi ; hæsta gildi]	98,5 [62,7 ; 163]	71,0 [50,3 ; 148]	92,8 [50,3 ; 163]
Líkamsþyngdarstuðull (BMI) við innskrift**			
Meðal BMI (staðalfrávik)	27,0 (6,1)	26,2 (7,6)	26,8 (6,6)
Miðgildi [lægsta gildi ; hæsta gildi]	25,8 [18,8 ; 48,9]	23,7[16,0 ; 45,5]	25,0 [16,0 ; 48,9]
Líkamsþyngdarstuðull (BMI) við útskrift**			
Meðal BMI (staðalfrávik)	29,8 (5,8)	29,7 (9,7)	29,8 (7,1)
Miðgildi [lægsta gildi ; hæsta gildi]	29,0 [19,7 ; 42,1]	24,9 [19,2 ; 51,1]	28,7 [19,2 ; 51,1]

*Búseta á áfangaheimili eða langdvöl á sjúkrastofnun.
**Meðal líkamsþyngdarstuðull og meðalþyngd var reiknuð hjá þeim þjónustuþegum sem höfðu þær mælingar til staðar bæði við upphaf og lok meðferðar (n=100, karlar =71, konur =29).

Tafla II. *Aðalgreiningar og vímuefnaneysla þjónustuþega við útskrift. Fjöldi (%).*

	Karlar (n=101)	Konur (n=43)	Alls (n=144)
Aðalgreiningar			
Geðklofi (F20)	65 (64,4)	21 (48,8)	86 (59,7)
Aðrir geðrofssjúdómar (F21-F29)	23 (22,8)	11 (25,6)	34 (23,6)
Geðhvörf (F31.0-F31.9)	3 (3,0)	5 (11,6)	8 (5,6)
Neyslutengt geðrof (F12.5, F12.7)	2 (2,0)	2 (4,7)	4 (2,8)
Þunglyndi (F33.0)	3 (3,0)	1 (2,3)	4 (2,8)
Kvíðaraskanir (F40-F48)	4 (4,0)	0 (0,0)	4 (2,8)
Persónuleikaraskanir (F60-F69)	1 (1,0)	3 (7,0)	4 (2,8)
Vímuefnaneysla			
Með neyslugreiningu (F10-F19)	34 (33,7)	10 (23,3)	44 (30,6)
Einnig með geðrofsgreiningu	33 (97,0)	8 (80,0)	41 (93,2)
Saga um fíkniheilkenni af völdum kannabisefna (F12.2)	47 (46,5)	14 (32,6)	61 (42,4)
Saga um kannabisneyslu	71 (70,3)	24 (55,8)	95 (66,0)

ICD-10 kóðar greininga eru í sviga fyrir aftan íslensk heiti þeirra.

með T-prófi. Fyrir samanburð á meðal líkamsþyngdarstuðli og meðallíkamsþyngd var framkvæmt parað T-próf. Flokkabreytum var lýst með hlutföllum og voru þær almennt bornar saman með kí-kvaðrat prófi en Fisher-prófi ef einhver samanburðarstærð var minni en fimm. Við myndræna framsetningu var námundað í einn aukastaf þegar hlutföll voru sett fram, og því voru samanlagðar prósentur ekki alltaf nákvæmlega hundrað.

Tvíkosta aðhvarfsgreining (*logistic regression*) var framkvæmd til að kanna hvaða breytur hefðu forspárgildi um þátttöku í vinnu eða námi án framfærslu af örorkubótum að endurhæfingu lokinni. Framkvæmd var bæði einþátta og fjölþátta tvíkosta aðhvarfsgreining. Fyrir fjölþátta greininguna voru borin kennsl á gruggunarþætti (*confounding factors*) með lagskiptingu, en einnig var litið til þeirra þátta sem rannsóknir[18] hafa sýnt að tengist bæði svarbreytum og skýribreytum. Þeir þættir sem teknir voru til greina sem gruggunarþættir þegar við átti voru: aldur, kyn, þjóðerni, hjúskaparstaða, stúdentspróf eða frekari menntun, atvinnuþátttaka fyrir endurhæfingu, geðklofagreining, saga um kannabisneyslu, fjöldi ára í endurhæfingu á Laugarásnum og forðalyfjanotkun. Allar breytur voru leiðréttar fyrir kyni og þjóðerni í fjölþátta greiningunni, en þeir þættir tengdust öllum skýribreytum með einum eða öðrum hætti.

Öll tilskilin leyfi lágu fyrir áður en rannsóknin hófst. Sótt var um og fengin leyfi frá vísindarannsóknanefnd heilbrigðisrannsókna á Landspítala og Vísindasiðanefnd.

Niðurstöður

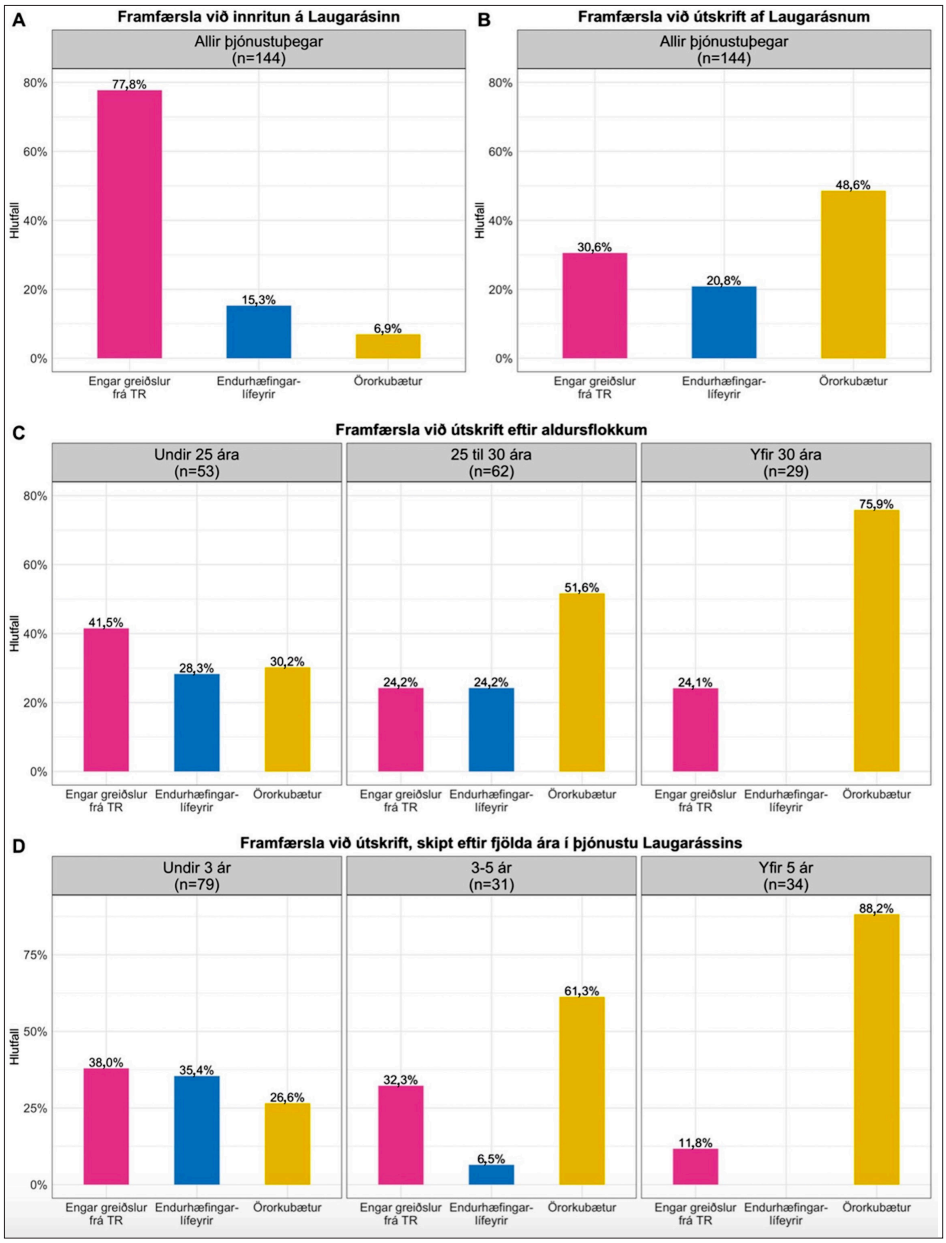
Yfirlit yfir lýðfræðilega þætti og félagslega stöðu þjónustuþega við upphaf og lok meðferðar á Laugarásnum er að finna í töflu I. Við innritun á Laugarásinn var meðalaldur þjónustuþega 23,4 ár, meirihlutinn var einhleypur og bjó hjá fjölskyldu. Marktækur munur ($p<0,01$) var á fjölda þjónustuþega eftir kynjum og voru karlar í meirihluta, eða 70% þjónustuþega. Innan við þriðjungur var með stúdentspróf við innritun á Laugarásinn en tæplega helmingur kvenna hafði lokið stúdentsprófi samanborið við tæplega fjórðung karla ($p<0,01$). Þá hafði meirihluti þjónustuþega reynslu af vinnumarkaði við innritun. Meðallengd endurhæfingar var sambærileg á milli kynja og var hún rúm þrjú ár. Við útskrift var meirihluti þjónustuþega enn einhleypur en marktækt færri bjuggu hjá fjölskyldu en við innritun ($p<0,01$). Þjónustuþegar þyngdust að meðaltali um rúm 10 kg á meðan þeir voru innritaðir á Laugarásinn ($p<0,01$). Meðal líkamsþyngdarstuðull hækkaði marktækt úr 26,8 kg/m^2 við innritun á Laugarásinn í 29,8 kg/m^2 við útskrift, ($p<0,01$).

Tafla II sýnir aðalgreiningar þjónustuþega við útskrift og yfirlit yfir vímuefnaneyslu þjónustuþega. Meirihluti þjónustuþega var með geðrofsgreiningu við útskrift og var algengasta aðalgreiningin geðklofi. Tæpur þriðjungur þjónustuþega var með neyslugreiningu við útskrift. 66% þjónustuþega hafði sögu um kannabisneyslu og rúm 42% höfðu sögu um greiningu fíkniheilkennis af völdum kannabisefna. Ekki var marktækur munur á neinum greiningum milli kynja.

Algengi ADHD og raskana á einhverfurófi var einnig kannað. Tæplega fimmtungur þjónustuþega (n=29) var með ADHD-greiningu og 7,6% (n=11) með greiningu einhverfurófsröskunar. Tæp 25% karlkyns þjónustuþega voru með ADHD-greiningu (n=25) og 10% karlkyns þjónustuþega (n=10) með greiningu einhverfurófsröskunar. Til samanburðar var algengi ADHD-greiningar meðal kvenna tæp 10% (n=4) og ein kona hafði greiningu einhverfurófsröskunar. Marktækur munur var á ADHD-greiningu eftir kynjum ($p=0,04$) en ómarktækur munur á greiningu raskana á einhverfurófi.

Mynd 2A og 2B sýna framfærslu þjónustuþega við innritun á Laugarásinn og við útskrift. Nær helmingur allra hafði framfærslu af örorkubótum, fimmtungur hafði framfærslu af endurhæfingarlífeyri og 30% höfðu aðra framfærslu við útskrift. Marktæk aukning ($p<0,01$) varð á hlutfalli þjónustuþega sem þáðu örorkubætur en hlutfallið fór úr 6,9% við innskrift í 48,6% við útskrift. Þá var bæði marktækur munur á framfærslu þjónustuþega við útskrift eftir hærri aldri ($p<0,01$) og eftir auknum fjölda ára í endurhæfingu á Laugarásnum ($p<0,01$) (mynd 2C og 2D).

Í töflu III má sjá að við útskrift af Laugarásnum var hlutfall atvinnulausra 62,5%, samanborið við 76,4% við innskrift og var munurinn á mörkum þess að vera marktækur ($p=0,05$). Meirihluti þjónustuþega var í vinnu eða námi samhliða endurhæfingunni á



Mynd 2. *Framfærsla þjónustuþega Laugarássins. (A) Framfærsla við innritun. (B) Framfærsla við útskrift. (C) Framfærsla við útskrift, skipt upp eftir aldri þjónustuþega. (D) Framfærsla við útskrift eftir fjölda ára í þjónustu Laugarássins.*

Laugarásnum, eða 75% allra sem voru í þjónustu á tímabilinu. Náms- og atvinnuþátttaka við útskrift var þó heldur minni, eða um 53% en þar af voru 40% í fullu starfi eða fullu námi.

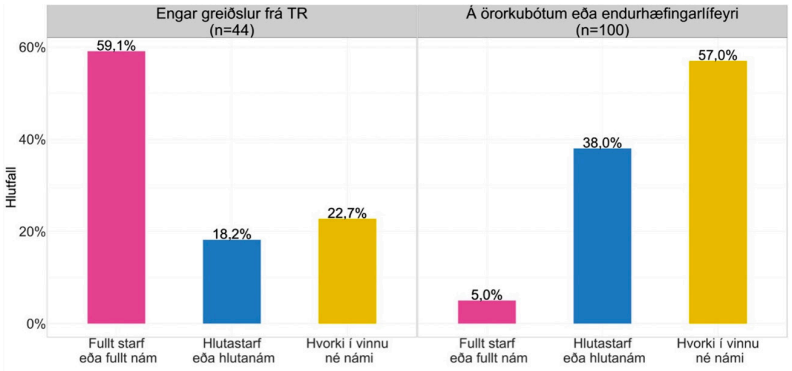
Yfir helmingur þjónustuþega sem þáðu engar greiðslur frá Tryggingastofnun, var í fullri vinnu eða námi við útskrift, samanborið við 5% þeirra sem þáðu endurhæfingarlífeyri eða örorkubætur. Þá var hlutfall þeirra sem voru í hlutastarfi eða hlutanámi marktækt hærra meðal þeirra sem þáðu greiðslur frá Tryggingarstofnun (p=0,03). Einnig var marktækur munur á þjónustuþegum sem voru hvorki í námi né vinnu, eftir framfærslu við útskrift, og var hlutfallið 57% meðal þeirra sem höfðu framfærslu af örorkubótum eða endurhæfingarlífeyri samanborið við 22,7% meðal þeirra sem höfðu aðra framfærslu (p<0,01) (mynd 3).

Í töflu IV kemur fram að meðaltími endurhæfingar á Laugarásnum var um ári styttri meðal þeirra sem voru í vinnu eða námi (p<0,01) og meðalaldur þeirra var sömuleiðis marktækt lægri en í hinum hópnum, eða 25,6 ár samanborið við 27,1 ár. Marktækt hærra hlutfall þjónustuþega sem voru í sambandi bjuggu hjá fjölskyldu, voru með stúdentspróf og höfðu verið á vinnumarkaði fyrir innritun á Laugarásinn voru í vinnu eða námi við útskrift, samanborið við þá sem voru það ekki. Þá voru færri greindir með geðklofa í hópnum sem var í vinnu eða námi (p<0,01). Einnig var marktækur munur milli hópanna hvað varðar clozapine-meðferð einhvern tímann og forðalyfjameðferð við útskrift, en hlutfall beggja var lægra meðal þeirra sem voru í vinnu eða námi við útskrift. Minna en helmingur þeirra sem voru í vinnu eða námi, hafði sögu um kannabisneyslu, samanborið við um 74% í hinum hópnum (p<0,01). Nær allir sem voru í vinnu eða námi við útskrift höfðu tekið þátt í starfsendurhæfingu á Laugarásnum, eða 88%.

Einþátta tvíkosta aðhvarfsgreining leiddi í ljós að aukinn fjöldi ára í endurhæfingu, geðklofagreining, tvígreining, að hafa einhvern tímann verið á clozapine, að vera á geðrofslyfi í forðalyfjaformi, saga um kannabisneyslu og hærri aldur við útskrift hefðu neikvætt forspárgildi um náms- og atvinnuþátttöku við útskrift (tafla V). Í fjölþátta greiningu reyndust þessir sömu þættir hafa neikvætt forspárgildi fyrir utan aukinn fjölda ára í endurhæfingu,

Tafla III. *Náms- og atvinnuþátttaka þjónustuþega Laugarássins. Fjöldi (%).*

	Karlar (n=101)	Konur (n=43)	Alls (n=144)
Atvinnuþátttaka við innritun			
Fullt starf	12 (11,9)	6 (14,0)	18 (12,5)
Hlutastarf	8 (7,9)	8 (18,6)	16 (11,1)
Ekki í vinnu	81 (80,2)	29 (67,4)	110 (76,4)
Atvinnuþátttaka við útskrift			
Fullt starf	14 (13,9)	6 (14,0)	20 (13,9)
Hlutastarf	23 (22,8)	11 (25,6)	34 (23,6)
Ekki í vinnu	64 (63,4)	26 (60,5)	90 (62,5)
Náms og atvinnuþátttaka á Laugarásnum			
Í námi eða vinnu	76 (75,2)	33 (76,7)	109 (75,7)
Hvorki í námi né vinnu	25 (24,8)	10 (23,3)	35 (24,3)
Náms og atvinnuþátttaka við útskrift			
Fullt starf eða nám	19 (18,8)	12 (27,9)	31 (21,5)
Hlutastarf eða hlutanám	30 (29,7)	16 (37,2)	46 (31,9)
Hvorki í námi né vinnu	52 (51,5)	15 (34,9)	67 (46,5)



Mynd 3. *Náms- og atvinnuþátttaka eftir framfærslu við útskrift.*

tvígreiningu og hærri aldur við útskrift. Hins vegar höfðu greining annars geðrofssjúkdóms en geðklofa, að vera ekki með geðrofssjúkdóm, búseta hjá fjölskyldu, hjúskaparstaða, stúdentspróf, atvinnuþátttaka við innritun og náms- og atvinnuþátttaka á Laugarásnum jákvætt forspárgildi samkvæmt niðurstöðum einþátta greiningar. Í fjölþátta greiningu bættust reynsla af fastri atvinnu og IPS-náms- og starfsendurhæfing við sem jákvæðir forspárþættir. Aftur á móti reyndist nám á Laugarásnum ekki hafa hafa marktæk áhrif samkvæmt niðurstöðum fjölþátta greiningar. Atvinnuþátttaka á Laugarásnum var sterkasti jákvæði forspárþátturinn um náms- og atvinnuþátttöku við útskrift samkvæmt niðurstöðum bæði einþátta og fjölþátta greiningar.

Umræður

Karlar voru 70% útskrifaðra á tímabilinu. Það þarf ekki að koma á óvart þar sem geðrofssjúkdómar koma almennt fram fyrr meðal karla en kvenna, ásamt því að sjúkdómsmynd karla er oft á tíðum alvarlegri.[3] Tæplega helmingur kvenkyns þjónustuþega hafði lokið stúdentsprófi, samanborið við fjórðung karlkyns þjónustuþega og var munurinn marktækur. Vel má vera að þessi munur endurspegli almennt þýði á Íslandi, þar sem konur eru í meirihluta þeirra sem útskrifast úr framhaldsskóla.[19] Marktæk þyngdarauking átti sér stað meðal þjónustuþega frá innritun til útskriftar, og reyndust þjónustuþegar hafa þyngst að meðaltali um 10 kg meðan á endurhæfingunni stóð. Líklegasta skýringin á þessari þyngdaraukningu er að aukaverkun margra geðrofslyfja er þyngdaraukning.[11] Önnur skýring gæti verið að oftar en ekki lifa einstaklingar með geðklofa óheilbrigðu líferni sem einkennist af hreyfingarleysi og óhollu mataræði.[20] Minni lífslíkur einstaklinga með geðklofa má að mörgu leyti rekja til óheilbrigðs lífernis og skiptir þar mestu máli aukin tíðni hjarta- og æðasjúkdóma.[20] Íslensk rannsókn frá 2012 sem rannsakaði áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma meðal geðklofasjúklinga í þjónustu á Kleppsspítala sýndi að 57% uppfylltu greiningarskilmerki fyrir efnaskiptavillu.[21] Þetta undirstrikar mikilvægi þess að læknar á Íslandi sem sinna sjúklingum með geðrofssjúkdóma séu vakandi fyrir þyngdarauknингu skjólstæðinga og bregðist við á viðeigandi hátt til að koma í veg fyrir framtíðarheilsutjón.

Mikill meirihluti þeirra sem útskrifuðust af Laugarásnum 2010-2020 hafði sögu um einhverja kannabisneyslu, eða 66%. Þá höfðu 42,4% þjónustuþega sögu um greiningu fíkniheilkennis af völdum kannabisefna (F12.2). Til samanburðar var hlutfall þjónustuþega sem höfðu sögu um skaðlega notkun kannabisefna (F12.1) eða fíkniheilkenni af völdum kannabisefna (F12.2) í nýsjálenskri rann-

Tafla IV. *Upplýsingar um þjónustuþega eftir því hvort þeir voru í vinnu eða námi án framfærslu af örorku við útskrift eða ekki.*

	Í vinnu eða námi við útskrift og fá ekki örorkubætur		
	Já (n=43)	Nei (n=101)	p-gildi
Tímalengd endurhæfingar á Laugarásnum	**Meðaltal (staðalfrávik)**	**Meðaltal (staðalfrávik)**	
Fjöldi ára í endurhæfingu	**2,52 (1,65)**	**3,46 (2,10)**	**p<0,01**[a]
Lýðfræðilegir þættir	**Fjöldi (%)**	**Fjöldi (%)**	
Aldur við útskrift	**25,6 (3,77)**	**27,1 (3,66)**	**p=0,02**
Kyn (konur)	17 (39,5)	26 (25,7)	p=0,15
Þjóðerni (Ísland)	39 (90,7)	98 (97,0)	p=0,23
Hjúskapur (í sambandi)	**15 (34,9)**	**15 (14,9)**	**p=0,01**
Búseta við útskrift			
Sjálfstæð búseta	18 (41,9)	45 (44,6)	p=0,83
Hjá fjölskyldu	**24 (55,8)**	**30 (29,7)**	**p<0,01**
Sértækt búsetuúrræði	1 (2,3)	13 (12,9)	p=0,06
Stúdentspróf	**22 (51,2)**	**22 (21,8)**	**p<0,01**
Reynsla af fastri atvinnu	30 (69,8)	56 (55,4)	p=0,14
Atvinnuþátttaka fyrir innritun	**18 (41,9)**	**16 (15,8)**	**p<0,01**
Greiningar			
Geðklofi (F20)	**14 (32,6)**	**72 (71,3)**	**p<0,01**
Aðrir geðrofssjúkdómar (F12.5, F12.7, F21-F29)	**18 (41,9)**	**20 (19,8)**	**p=0,01**
Ekki með geðrofssjúkdóm	**11 (25,6)**	**9 (8,9)**	**p=0,02**
Með tvígreiningu (F10-F19 & F20-F29)	7 (16,3)	34 (33,7)	p=0,06
Lyfjagjöf			
Hefur einhvern tímann verið á clozapine	**3 (7,0)**	**28 (27,7)**	**p=0,01**
Clozapine við útskrift	3 (7,0)	17 (16,8)	p=0,19
Forðalyf við útskrift	**5 (11,6)**	**37 (36,6)**	**p< 0,01**
Vímuefnaneysla			
Saga um fíkniheilkenni af völdum kannabisefna	13 (30,2)	48 (47,5)	p=0,08
Saga um kannabisneyslu	**20 (46,5)**	**75 (74,3)**	**p<0,01**
Með neyslugreiningu við útskrift (F10-F19)	9 (20,9)	35 (34,7)	p=0,15
Náms- og starfsendurhæfing á Laugarásnum			
Atvinnuþátttaka meðan á endurhæfingu stóð	**38 (88,4)**	**51 (50,5)**	**p<0,01**
Nám meðan á endurhæfingu stóð	**26 (60,5)**	**40 (39,6)**	**p=0,03**
IPS-náms- og starfsendurhæfing	24 (55,8)	43 (42,6)	p=0,20
Líkamsþyngdarstuðull			
BMI við útskrift – meðaltal (staðalfrávik)	29,01 (7,26)	29,95 (6,88)	p=0,55[a]
Offita við útskrift (BMI >30 kg/m2) Fjöldi (%)	10 (23,3)	32 (31,7)	p=0,59

Marktækni miðast við p<0,05 og eru marktækar niðurstöður feitletraðar.
Breytur eru bornar saman með kí-kvaðrat prófi nema annað sé tekið fram. [a]T-próf.

sókn á þjónustuþegum snemmíhlutunarúrræðis 37,8%[22]. Í kanadískri rannsókn á ungu fólki í fyrsta geðrofi var hlutfall þeirra sem höfðu sögu um einhverja kannabisneyslu, tæp 60% af 183 manna rannsóknarúrtaki, sem er nokkuð nærri hlutfallinu í þessari rannsókn.[23]

Há tíðni ADHD og greininga raskana á einhverfurófi í rannsóknarúrtakinu vakti athygli en þekkt er að ákveðnar genastökkbreytingar geti verið sameiginlegar meðal ADHD, geðklofa og einhverfurófsraskana.[24] Í Svíþjóð var algengi ADHD 8,1% og einhverfurófsraskana 5% meðal 16-25 ára einstaklinga sem voru innlagðir á geðdeildir vegna fyrsta geðrofs árin 2007-2011.[24] Algengi einhverfurófsgreininga meðal íslenskra barna var 1,2% árið 2013. Algengið var hærra meðal drengja (1,7%) en stúlkna (0,6%).[25] Af þessu að dæma var algengi einhverfu í rannsóknarúrtaki þessarar rannsóknar nær 10 sinnum hærra meðal karlkyns þjónustuþega en karla í almennu þýði. Þó virtist kynjamismunur einhverfurófsgreininga á Laugarásnum endurspegla vel muninn í íslensku þýði almennt. Algengi ADHD í þessari rannsókn var 20,1%, mun hærra

Tafla V. *Niðurstöður úr einþátta og fjölþátta tvíkosta aðhvarfsgreiningu sem kannaði áhrif skýribreyta á þátttöku þjónustuþega í vinnu eða námi við útskrift án þess að hafa framfærslu af örorkubótum.*

	Þátttaka í vinnu eða námi við útskrift og ekki framfærsla af örorkubótum	
SKÝRIBREYTUR	Óleiðrétt gagnlíkindahlutfall (%95 öryggisbil)	Leiðrétt gagnlíkindahlutfall (95% öryggisbil)
Aukinn fjöldi ára í endurhæfingu	**0,77(0,63-0,94)**	**0,84 (0,61-1,13)**
Ekki með geðrofssjúkdóm	**3,51 (1,34 - 9,48)**	**2,51 (0,86-7,3)**
Aðrir geðrofssjúkdómar (F12.5, F12.7, F21- F29)	**2,92 (1,34-6,40)**	**3,23 (1,36-7,89)**
Geðklofi (F20)	**0,19 (0,09-0,41)**	**0,18 (0,07-0,43)**
Með tvígreiningu (F10-F19 & F20-F29)	**0,38 (0,14-0,91)**	**0,42 (0,15-1,02)**
ADHD (F90.0)	0,55 (0,19-1,40)	0,68 (0,23-1,79)
Einhverfurófsröskun (F84.0-F84.9)	0,50 (0,07-2,04)	0,63 (0,09-2,66)
Hefur einhvern tímann verið á clozapine	**0,20 (0,04-0,60)**	**0,20 (0,04-0,70)**
Clozapine við útskrift	0,37 (0,08-1,18)	0,43 (0,08-1,84)
Forðalyf við útskrift	**0,23 (0,07-0,58)**	**0,21 (0,05-0,58)**
Saga um fíkniheilkenni af völdum kannabisefna (F12.2)	0,48 (0,22-1,01)	0,47 (0,19-1,12)
Saga um kannabisneyslu	**0,30 (0,14-0,63)**	**0,24 (0,09-0,58)**
Með neyslugreiningu við útskrift (F10-F19)	0,50 (0,21-1,12)	0,48 (0,17-1,26)
Aldur við útskrift	**0,89 (0,80-0,98)**	0,92 (0,80-1,06)
Kyn (Konur)	1,89 (0,88-4,02)	-
Þjóðerni (Ísland)	0,30 (0,06-1,41)	-
Sjálfstæð búseta	0,86 (0,42-1,78)	0,73 (0,21-2,41)
Búseta hjá fjölskyldu	**2,99 (1,44-6,33)**	**3,58 (1,13-12,26)**
Sértækt búsetuúrræði	0,16 (0,01-0,85)	0,33 (0,02-2,35)
Hjúskapur (í sambandi)	**3,02 (1,33-7,13)**	**3,37 (1,16-10,32)**
Stúdentspróf	**3,76 (1,77-8,16)**	**4,89 (1,88-13,62)**
Reynsla af fastri atvinnu	2,14 (0,91-5,52)	**4,82 (1,35-20,08)**
Atvinnuþátttaka fyrir LMG*	**3,83 (1,71-8,69)**	**4,06 (1,51-11,46)**
Atvinnuþátttaka meðan á endurhæfingu stóð	**8,94 (3,29-31,50)**	**13,93 (3,85-63,89)**
Nám meðan á endurhæfingu stóð	**2,33 (1,13-4,91)**	2,31 (0,84-6,55)
IPS náms- og starfsendurhæfing	1,70 (0,83-3,53)	**3,07 (1,05-9,71)**
Hærri líkamsþyngdarstuðull við útskrift	0,98 (0,92-1,04)	1,01 (0,93-1,09)
Offita (BMI >30 kg/m^2)	0,64 (0,26-1,53)	0,90 (0,28-2,86)

Tölfræðilega marktækar niðurstöður ($p<0,05$) eru feitletraðar. Breytuheiti eru feitletruð ef breytan hafði marktæk áhrif annaðhvort í einþátta eða fjölþátta greiningu.
*Laugarásinn meðferðargeðdeild

en í sænsku rannsókninni og fjórum til fimm sinnum hærra en algengi ADHD meðal fullorðinna í almennu þýði sem er talið vera 4-5%.[26] Þó ber að hafa í huga að algengi ADHD er hærra í almennu þýði á Íslandi en í Svíþjóð, sem gæti að einhverju leyti skýrt þennan mun á milli landanna.[27] Forstigseinkenni geðklofa og annarra geðrofssjúkdóma, eins og framtaksleysi, einbeitingarleysi, skert framkvæmdastýring og önnur neikvæð og vitræn einkenni, minna um margt á ADHD-einkenni. Einnig eru ADHD-einkenni algeng meðal þeirra sem síðar fá geðklofa.[28] Því má vera að hluti rannsóknarúrtaksins hafi verið greindur með ADHD á grunni forstigseinkenna geðrofssjúkdóma en erfitt er að slá einhverju föstu um það þar sem aldur við ADHD-greiningu var ekki aðgengilegur í þessari rannsókn.

Við útskrift af Laugarásnum hafði nær helmingur þjónustuþega framfærslu af örorkubótum og um 70% framfærslu af örorkubótum eða endurhæfingarlífeyri. Til samanburðar var hlutfall örorku meðal Íslendinga á aldrinum 18-64 ára 5,4% árið 2017, en eins og á Laugarásnum hækkaði hlutfall þeirra sem höfðu framfærslu af örorkubótum með aldrinum.[29] Hlutfall þeirra sem höfðu framfærslu af örorkubótum hækkaði eftir því sem þjónustuþegar voru lengur í endurhæfingu og var hlutfallið 90% meðal þeirra sem voru 5 ár eða lengur í endurhæfingu. Meðal skýringa sem kunna að vera á því er að endurhæfingarlífeyrir er veittur að hámarki í þrjú ár.[30] Þó er einnig líklegt að lengri tími í endurhæfingu endurspegli alvarlegri sjúkdómseinkenni sem erlendar rannsóknir hafa sýnt að tengist minni atvinnuþátttöku og hærri tíðni örorku meðal einstak-

linga með geðrofssjúkdóma.[18] Yfir 40% þeirra sem að höfðu framfærslu af örorku- eða endurhæfingarlífeyri við útskrift voru í einhverri vinnu eða námi. Það bendir til þess að framfærsla af örorku- eða endurhæfingarlífeyri dragi ekki endilega úr hvata einstaklinganna til að taka þátt í námi eða vinnu, sem stingur í stúf við erlendar rannsóknir.[18]

Um 75% þjónustuþega voru atvinnulausir við innritun á Laugarásinn, sem er töluvert hærra hlutfall atvinnulausra en við innritun í snemmíhlutunarmeðferðir í Danmörku og Nýja-Sjálandi, en þar var atvinnuleysi 60%.[22,31] Hjá mörgum þeirra sem veikjast af geðrofi er aðdragandi að fyrsta geðrofi og mikil forstigseinkenni sem lýsa sér helst í auknum neikvæðum einkennum og vitrænni skerðingu.[7] Slíkt getur haft í för með sér minnkaða samfélagslega virkni og atvinnuleysi. Því gæti ein skýring þessa mikla atvinnuleysis við innritun verið hamlandi forstigseinkenni fyrir inngrip í fyrsta geðrof hjá hluta þjónustuþega.

Meirihluti þjónustuþega var í vinnu eða námi samhliða endurhæfingu á Laugarásnum, eða um 75% þjónustuþega og af þeim hafði um 60% verið í IPS-náms- og starfsendurhæfingu. Umtalsvert lægra hlutfall þjónustuþega var þó í vinnu við útskrift, eða um 50% sem er þó hærra hlutfall en í Danmörku þar sem 37,6% þjónustuþega voru í vinnu eða námi fjórum til 5 árum eftir innskrift í snemmíhlutunarúrræði.[32] Í þessu samhengi er þó mikilvægt að líta til þess að tímalengd endurhæfingar er ekki endilega sú sama hérlendis og í Danmörku, sem torveldar samanburð. Ein möguleg skýring á minni atvinnuþátttöku við útskrift en samhliða endurhæfingunni á Laugarásnum gæti verið minna utanumhald eftir því sem nær dregur útskrift. Einnig er það líkleg skýring að með þátttöku í IPS-náms- og starfsendurhæfingu fá þjónustuþegar vinnu við hæfi sem þeir sjálfir hafa áhuga á, sem á ekki endilega við eftir útskrift.

Þeir þjónustuþegar sem höfðu reynslu af fastri atvinnu eða voru í vinnu við innritun á Laugarásinn voru líklegri til að taka þátt í námi eða vinnu við útskrift. Þetta bendir til þess að virkni þjónustuþega fyrir innritun hafi mikið að segja um samfélagslega virkni við útskrift. Þjónustuþegar með stúdentspróf voru líklegri til að taka þátt í vinnu eða námi við útskrift og er það í samræmi við aðrar rannsóknir sem hafa sýnt að menntunarstig hafi forspárgildi varðandi atvinnuþátttöku einstaklinga með geðrofssjúkdóma.[17,18] Þó er ekki ólíklegt að þessar niðurstöður endurspegli raunverulegt samband milli menntunar og atvinnuþátttöku, en á Íslandi er atvinnuþátttaka meiri og atvinnuleysi minna meðal þeirra sem hafa meiri menntun.[33] Geðklofagreining og meðferð með clozapine, þættir sem endurspegla alvarleg sjúkdómseinkenni, reyndust hafa neikvætt forspárgildi um náms- og atvinnuþátttöku við útskrift. Þetta er í samræmi við erlendar rannsóknir sem hafa sýnt fram á að alvarleg neikvæð og vitræn einkenni hafi neikvæð áhrif á atvinnuþátttöku einstaklinga með geðklofa.[18] Niðurstöður fjölþátta aðhvarfsgreiningar bentu til þess að saga um kannabisneyslu væri eina breytan tengd vímuefnaneyslu sem hefði neikvætt forspárgildi um náms- og atvinnuþátttöku við útskrift. Þar sem einstaklingar með vímuefnavanda eru almennt ólíklegri til að vera í vinnu[34] kom á óvart að aðrar neyslugreiningar við útskrift höfðu ekki marktæk áhrif. Atvinnuþátttaka á Laugarásnum var sá þáttur sem hafði mest jákvætt forspárgildi um þátttöku í námi og vinnu við útskrift, og var það jafnframt einn af fáum forspárþáttum sem hægt er að hafa áhrif á með endurhæfingu. Hvoru tveggja, hefðbundin starfsendurhæfing og náms- og starfsendurhæfing á vegum IPS, jók líkurnar á þátttöku þjónustuþega í vinnu eða námi við útskrift.

Helsti styrkleiki rannsóknarinnar var að úrtakið náði til allra þeirra sem útskrifast höfðu af Laugarásnum, eftir lengri en 6 mánaða endurhæfingu á tímabilinu 2010-2020 og var gott aðgengi að gögnum um meðferðina á Laugarásnum.

Helsti veikleiki rannsóknarinnar var lítil stærð rannsóknarúrtaksins ásamt því að ekki reyndist unnt að leiðrétta fyrir sjúkdómseinkennum, tímalengd ómeðhöndlaðs geðrofs og aldri við greiningu í fjölþátta aðhvarfsgreiningunni, en það eru þeir þættir sem erlendar rannsóknir eru samdóma um að hafi hvað mest að segja um atvinnuþátttöku einstaklinga með geðrofssjúkdóma.[18] Þennan veikleika má að mörgu leyti rekja til skráningarvanda á Laugarásnum. Þá gaf vímuefnaneysla þjónustuþega, skilgreind út frá neyslugreiningum, ekki hárrétta mynd af vímuefnaneyslu rannsóknarúrtaksins vegna skráningarvanda. Annar galli er að upplýsingabjögun gæti verið til staðar við skráningu ákveðinna breyta, en skráning atvinnuþátttöku við upphaf meðferðar byggir til að mynda á frásögn þjónustuþega. Niðurstöður aðhvarfsgreiningar um forspárþætti náms- og atvinnuþátttöku við útskrift er því þeim takmörkunum háð að ekki voru til staðar fullnægjandi upplýsingar um allar þær breytur sem skoðaðar voru. Einnig gæti reynst erfitt að yfirfæra forspárþætti náms- og atvinnuþátttöku á snemmíhlutunarúrræði í öðrum löndum, þar sem uppbygging úrræðanna, félagsleg staða og réttindi sjúklinga eru breytileg milli landa.

Samantekt

Ljóst er að betur má ef duga skal ef auka á samfélagslega virkni ungs fólks á Íslandi eftir fyrsta geðrof. Þrátt fyrir að færri hafi verið atvinnulausir eftir endurhæfinguna en fyrir innritun var tæplega helmingur þjónustuþega hvorki í námi né vinnu við útskrift. Sá þáttur sem hafði hvað mest jákvætt forspárgildi um þátttöku í námi eða vinnu við útskrift var atvinnuþátttaka meðan á endurhæfingu stóð og er það jafnframt einn af fáum þáttum sem hægt er að hafa áhrif á í endurhæfingunni. Því virðist brýnt að tryggja fjármagn og mannskap fyrir áframhaldandi skilvirka starfsendurhæfingu á Laugarásnum. Samfélagslegri virkni þjónustuþega hafði hrakað verulega fyrir snemmíhlutun hjá stórum hluta þjónustuþega, sem bendir til þess að stór hluti þjónustuþega hafi haft hamlandi forstigseinkenni fyrir greiningu. Það virðist því mikilvægt að fræða almenning um þessi forstigseinkenni geðrofssjúkdóma til þess að hægt sé að grípa þetta unga fólk fyrr. Niðurstöður um kannabisneyslu þjónustuþega gefa vísbendingu um að kannabisneysla á unglingsárum sé mjög algeng meðal ungra einstaklinga sem fá snemmíhlutun í geðrof hér á landi. Eru það eftirtektarverðar niðurstöður í ljósi þess að kannabisneysla á unglingsárum getur verið hluti af meinmyndun geðklofa og annarra geðrofssjúkdóma.[35]

Þakkir

Sérstakar þakkir fær starfsfólk Laugarássins meðferðargeðdeildar fyrir aðstoð við gagnasöfnun ef upplýsingar vantaði um einstaklingana í rannsóknarúrtakinu í sjúkraskrá. Einnig fá Andrea Valtora og Leon Arnar Heitmann þakkir fyrir tölfræðiráðgjöf.

Heimildir

1. Arciniegas DB. Psychosis. Continuum (Minneap Minn) 2015; 21: 715-36.
2. Pagsberg AK. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 2013; 22 Suppl 1: S3-9.
3. Saha S, Chant D, Welham J, et al. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med 2005; 2: e141.
4. Cheng SC, Schepp KG. Early Intervention in Schizophrenia: A Literature Review. Arch Psychiatr Nurs 2016; 30: 774-81.
5. Millan MJ, Fone K, Steckler T, et al. Negative symptoms of schizophrenia: clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. Eur Neuropsychopharmacol 2014; 24: 645-92.
6. Jin H, Mosweu I. The Societal Cost of Schizophrenia: A Systematic Review. Pharmacoeconomics 2017; 35: 25-42.
7. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. Lancet 2004; 363: 2063-72.
8. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, et al. Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. Schizophr Bull 2016; 42: 476-83.
9. Miyamoto S, Miyake N, Jarskog LF, et al. Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents. Mol Psychiatr 2012; 17: 1206-27.
10. Leucht S, Corves C, Arbter D, et al. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. Lancet 2009; 373: 31-41.
11. Meltzer HY. Update on typical and atypical antipsychotic drugs. Annu Rev Med 2013:; 64: 393-406.
12. Ingimarsson O, MacCabe JH, Haraldsson M, et al. Risk of diabetes and dyslipidemia during clozapine and other antipsychotic drug treatment of schizophrenia in Iceland. Nord J Psychiatry 2017; 71: 496-502.
13. Correll CU, Galling B, Pawar A, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. Jama Psychiatry 2018; 75: 555-65.
14. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, et al. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2014; 205: 88-94.
15. Upplýsingarit - Laugarásinn meðferðargeðdeild. Landspítali, Reykjavík 2021.
16. Koletsi M, Niersman A, van Busschbach JT, et al. Working with mental health problems: clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009; 44: 961-70.
17. Santesteban-Echarri O, Paino M, Rice S, et al. Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Clin Psychol Rev 2017; 58: 59-75.
18. Tsang HW, Leung AY, Chung RC, et al. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. Aust N Z J Psychiatry 2010; 44: 495-504.
19. Aldrei fleiri brautskráðir doktorar. Hagstofan 2020. hagstofa.is/utgafur/frettasafn/menntun/utskrifadir-nemendur-ur-framhaldsskolum-og-haskolum-2018-2019/ - apríl 2021.
20. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. Annu Rev Clin Psychol 2014; 10: 425-48.
21. Sveinsson O, Thorleifsson K, Aspelund T, et al. Rannsókn á áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma hjá geðklofasjúklingum á geðsviði Landspítala. Læknablaðið 2012; 98: 399-402.
22. Turner MA, Boden JM, Smith-Hamel C, et al. Outcomes for 236 patients from a 2-year early intervention in psychosis service. Acta Psychiatr Scand 2009; 120: 129-37.
23. Archie S, Rush BR, Akhtar-Danesh N, et al. Substance use and abuse in first-episode psychosis: prevalence before and after early intervention. Schizophr Bull 2007; 33: 1354-63.
24. Strålin P, Hetta J. First episode psychosis and comorbid ADHD, autism and intellectual disability. Eur Psychiatry 2019; 55: 18-22.
25. Saemundsen E, Magnússon P, Georgsdóttir I, et al. Prevalence of autism spectrum disorders in an Icelandic birth cohort. BMJ Open 2013; 3.
26. Vinnulag við greiningu og meðferð athyglisbrests með ofvirkni (ADHD). Embætti landlæknis 2012.
27. Eiríksdóttir VH, Magnússon A. Þróun á notkun lyfja við athyglisbrest og ofvirkni. Talnabrunnur - Fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar 2020; 14.
28. Karatekin C, White T, Bingham C. Shared and nonshared symptoms in youth-onset psychosis and ADHD. J Atten Disord 2010; 14: 121-31.
29. KPMG. Þróun örorku. Stjórnarráðið, Reykjavík 2018.
30. Endurhæfingarlífeyrir. Tryggingarstofnun 2021. tr.is/endurhaefing/endurhaefingarlifeyrir - apríl 2021.
31. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, et al. The quality of life among first-episode psychotic patients in the OPUS trial. Schizophr Res 2010; 116: 27-34.
32. Secher RG, Hjorthøj CR, Austin SF, et al. Ten-year follow-up of the OPUS specialized early intervention trial for patients with a first episode of psychosis. Schizophr Bull 2015; 41: 617-26.
33. Atvinnuþátttaka er meiri og atvinnuleysi minna meðal þeirra sem hafa meiri menntun. Hagstofan 2015. hagstofa.is/utgafur/frettasafn/menntun/mannfjoldi-eftir-menntunarstodu-2014/ - apríl 2021.
34. Henkel D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). Curr Drug Abuse Rev 2011; 4: 4-27.
35. Jónsson AJ, Birgisdóttir H, Sigurðsson E. Eykur notkun kannabis hættu á geðrofi og þróun geðklofa? Læknablaðið 2014; 100: 443-51.

Greinin barst til blaðsins 9. febrúar 2022, samþykkt til birtingar 3. maí 2022.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.06.695

Functional recovery after first episode psychosis rehabilitation in an early intervention psychosis center in Iceland

Ragna Kristín Guðbrandsdóttir[1]
Oddur Ingimarsson[1,2]

[1]University of Iceland, Faculty of Medicine [2]Mental Health Services, Landspítali University Hospital of Iceland.

Correspondence: Oddur Ingimarsson, *odduri@landspitali.is*

Key words: *First episode psychosis, schizophrenia spectrum disorders, early intervention psychosis, employment, vocational predictors, cannabis.*

BACKGROUND: Because of the early onset and disabling symptoms of schizophrenia spectrum disorders many individuals with these disorders are unemployed from an early age and disability pension rates are high. The aim of this study was to assess functional recovery and identify vocational predictors among young first episode psychosis patients registered in an early intervention psychosis center in Iceland in 2010-2020.

METHODS: The study is a retrospective cohort study based on the medical records of those who were discharged from Laugaras, the only early intervention psychosis program in Iceland after six months or longer rehabilitation in 2010-2020 (n=144). Univariate and multivariate logistic regression was used to identify vocational predictors.

RESULTS: 75% of patients were unemployed at admission to the early intervention center but over half of the patients were employed or in school at discharge. Vocational rehabilitation was the strongest vocational predictor (OR 13.93, 95% CI 3.85-63.89). Other vocational predictors were those that reflect a disabling psychiatric disorder and social functioning before the onset of early intervention. 66% of patients had a history of cannabis use which had a negative impact on employment and education at discharge.

CONCLUSIONS: In spite of intensive rehabilitation at an early intervention center, almost half of the patients were neither employed nor in school at discharge. The strongest vocational predictor was vocational rehabilitation which was also one of few vocational predictors that can be influenced by admission to an early intervention psychosis center. It therefore seems important to ensure that effective vocational rehabilitation is readily available at early intervention psychosis centers.

Heimilislæknaþingið 2022

7.-8. október – Hilton Hótel Nordica

Eins og á fyrri þingum verða kynntar rannsóknir, rannsóknaráætlanir og þróunarverkefni í formi erinda og veggspjalda. Útdráttum (sbr. leiðbeiningar hér fyrir neðan) skal skila til Margrétar Ólafíu Tómasdóttur á mot@hi.is og er skilafrestur til 5. september næstkomandi.

Ágripin verða birt í sérstöku riti þingsins.

Eins og áður verður samvera og skemmtun á vegum FÍH. Þinginu lýkur með aðalfundi Félags íslenskra heimilislækna laugardaginn 8. október.

Nánari dagskrá og upplýsingar um skráningu verða sendar í tölvupósti til félagsmanna þegar nær dregur.

Fyrir hönd undirbúningsnefndar
Margrét Ólafía Tómasdóttir og Berglind Gunnarsdóttir

Útdráttur á rannsókn skal rúmast á einu A4-blaði með hefðbundnum spássíum og hægri jöfnun. Texti getur að jafnaði verið um 300-350 orð. Letur: Times New Roman. Leturstærð 16 í fyrirsögn og 14 í megintexta. Nota skal lágstafi í fyrirsögn. Á eftir fyrirsögn koma nöfn höfunda. Undirstrikið nafn flytjanda/aðalhöfundar ásamt vinnustað hans og tölvupóstfangi. Ef um hefðbundna megindlega rannsókn er að ræða skal megintexta skipt í: Bakgrunnur; Tilgangur; Efniviður og aðferðir; Niðurstöður og Ályktanir. Framsetning eigindlegra rannsókna getur verið frjálslegra, en kaflaskipti æskileg. Að jafnaði er ekki gert ráð fyrir heimildalista í útdrætti.

Læknablaðið kallar eftir umfjöllun um sjúkratilfelli

Ritstjórn vill virkja lækna í öllum greinum til að senda blaðinu forvitnileg og lærdómsrík sjúkratilfelli. Sjúkratilfellin fara í gegnum ScholarOne, fá ritrýni, vísindalega viðurkenningu, doi-númer og skráningu á PubMed.

Sjúkratilfelli

Sjúkratilfelli eru fyrst og fremst vettvangur til að kynna fátíða sjúkdóma eða sjaldgæfa birtingarmynd sjúkdóma og meðferð við þeim. Mikilvægt er að tilfellið sé lærdómsríkt og hafi kennslugildi fyrir hinn almenna lækni fremur en þröngan hóp sérfræðinga. Æskilegt er að auðga kynninguna með myndefni, verði því við komið. Sjúkratilfellum er oftast skipt í þrjá kafla, a) ágrip, bæði á íslensku og ensku, b) stuttan inngang, c) tilfellið sjálft og c) umræðu. Í lýsingu á tilfellinu þarf að greina frá birtingarmynd og einkennum sjúklingsins, helstu atriðum í sögu og skoðun, niðurstöðum rannsókna og í hverju meðferðin fólst. Einnig er mikilvægt að nefna hvernig sjúklingnum reiddi af. Í umræðukaflanum þarf að útskýra af hverju þetta tiltekna tilfelli var valið til birtingar. Umræðuna þarf að tengja tilfellinu og draga fram sérstöðu þess með vísun í aðrar rannsóknir eða tilfelli. Koma þarf skýrt fram hvað hægt sé að læra af þessu tilfelli. Sjúkratilfelli mega ekki vera lengri en 2500 orð og ágripið skal ekki vera lengra en 100 orð. Hægt er að birta samtals 5 myndir og/eða töflur og vísa í allt að 15 heimildir. Sjúkratilfellum þurfa að fylgja 4-6 lykilorð á ensku.

Handritaviðtökukerfi Læknablaðsins í ScholarOne:
https://mc.manuscriptcentral.com/laeknabladid

Árangur skurðaðgerða við frumkomnu sjálfsprottnu loftbrjósti á Íslandi

Þórdís Magnadóttir[1] læknir
Leon Arnar Heitmann[2] læknanemi
Tinna Harper Arnardóttir[1] læknir
Tómas Þór Kristjánsson[1] læknir
Per Martin Silverborn[1] læknir
Martin Ingi Sigurðsson[2,3] læknir
Tómas Guðbjartsson[1,2] læknir

[1]Hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Tómas Guðbjartsson, *tomasgud@landspitali.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Frumkomið sjálfsprottið loftbrjóst er algengur sjúkdómur þar sem skurðaðgerð er beitt við viðvarandi loftleka eða endurteknu loftbrjósti. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna árangur þessara skurðaðgerða á Íslandi á 28 ára tímabili.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Afturskyggn rannsókn á 386 sjúklingum (miðgildi aldurs 24 ár, 78% karlar) sem gengust undir 430 aðgerðir á Landspítala 1991-2018. Sjúklingaþýðinu var skipt í fjögur 7 ára tímabil og þau borin saman. Árlegt nýgengi aðgerða var reiknað og upplýsingum safnað úr sjúkraskrám um fyrra heilsufar, ábendingu, tegund aðgerðar, fylgikvilla og legutíma eftir aðgerð. Aðgerðir vegna endurtekins loftbrjósts voru skráðar og forspárþættir þeirra metnir með aðhvarfsgreiningu.

NIÐURSTÖÐUR

Árlegur aðgerðafjöldi á tímabilinu var 14,5 (miðgildi, bil 9-27) og lækkaði nýgengi aðgerða um 2,9% á ári (p=0,004). Tæpur helmingur (49%) sjúklinga reyktu fram að aðgerð og 77% aðgerðanna voru gerðar með brjóstholssjá. Helstu fylgikvillar eftir aðgerð voru viðvarandi loftleki (17%), lungnabólga (2%) og fleiðruholssýking (0,5%) en enginn lést innan 30 daga frá aðgerð. Tuttugu og sjö sjúklingar (6%) þurftu enduraðgerð vegna endurtekins loftbrjósts, að meðaltali 16 mánuðum frá upphaflegu aðgerðinni, þar af 24 (7%) eftir brjóstholssjáraðgerð. Aðhvarfsgreining sýndi að yngri sjúklingar voru líklegri til að gangast undir aðgerð vegna endurtekins loftbrjósts.

ÁLYKTANIR

Skurðaðgerð vegna frumkomins sjálfsprottins loftbrjósts er örugg meðferð og alvarlegir skammtímafylgikvillar sjaldgæfir. Líkt og erlendis greinast um 6% sjúklinga með endurtekið loftbrjóst sem krefst endurtekinnar skurðaðgerðar. Nýgengi aðgerða af óþekktum orsökum hefur lækkað en benda má á að tíðni reykinga hérlendis hefur lækkað verulega á rannsóknartímabilinu.

Inngangur

Þegar loft safnast fyrir í fleiðruholi jafnast neikvæður þrýstingur í því út en hann heldur lunganu útþöndu. Við þetta getur lungað fallið saman sem skerðir starfsemi þess. Loftbrjóst er oftast sjálfsprottið og frumkomið (*primary*), en sjálfsprottið loftbrjóst getur einnig tengst lungnasjúkdómum eins og lungnaþembu, lungnatrefjun eða lungnakrabbameini (*secondary spontaneous pneumothorax*). Loks getur loftbrjóst orðið vegna áverka eða læknisaðgerða, en mun sjaldnar eftir sýkingu í fleiðruholi.[1]

Frumkomið sjálfsprottið loftbrjóst er tiltölulega algengur sjúkdómur en samkvæmt eldri rannsóknum erlendis mældist árlegt aldurstaðlað nýgengi á bilinu 7,4 til 18 /100.000 fyrir karla og 1,2 til 6 hjá konum.[1-4] Orsökina má rekja til rofs á litlum blöðrum sem eru í um 90% tilvika staðsettar á toppi efri lungnablaða.[5,6] Það greinist oftast hjá sjúklingum á bilinu 18-34 ára og er tíðnin hærri hjá þeim sem eru hávaxnir, en einnig þeim sem reykja eða hafa fjölskyldusögu um loftbrjóst.[3,6-10]

Meðferð miðast við einkenni og stærð loftbrjóstsins, en einnig hvort loftleki sé viðvarandi eða loftbrjóstið endurtekið.[11] Við lítið loftbrjóst (<20% samfall, <4 cm við lungnatopp) er yfirleitt aðeins beitt stuðningsmeðferð, en brjóstholskera komið fyrir við stærra loftbrjóst (>4 cm við lungnatopp), enda valda slík loftbrjóst oftar

Tafla I. *Upplýsingar um sjúklinga. Fjöldi (%), meðaltal ± staðalfrávik eða miðgildi (bil).*

	1991-2018	1991-1997	1998-2004	2005-2011	2012-2018
Aldur	24 (19,32)	25 (21,31)	24 (19,32)	23 (18,32)	21 (19,32)
Þyngd, kg*	68 ± 11	67 ± 11	69 ± 11	67 ± 12	69 ± 10
Hæð, cm**	181 ± 8	181 ± 8	180 ± 7	181 ± 10	181 ± 8
LÞS, cm/kg^2	21 ± 3	21 ± 2	21 ± 3	21 ± 3	21 ± 3
Reykt fram að aðgerð	188 (49)	56 (50)	43 (49)	54 (52)	35 (42)
Reykingasaga	253 (66)	79 (71)	58 (66)	62 (60)	54 (65)
Staðsetning loftbrjósts					
Hægri	194 (50)	50 (45)	42 (48)	53 (51)	49 (59)
Vinstri	191 (49)	62 (55)	45 (51)	50 (49)	34 (41)

*Upplýsingar um þyngd vantaði hjá 23 sjúklingum. **Upplýsingar um hæð vantaði hjá 57 sjúklingum.
LÞS, líkamsþyngdarstuðull.

verulegum einkennum.[12] Ef loftleki er viðvarandi (>72-96 klukkustundir) er oftast gripið til skurðaðgerðar, og sama á við þegar um endurtekið loftbrjóst er að ræða sömu megin. Hjá sjúklingum sem greinast samtímis með loftbrjóst beggja vegna, eða hjá þeim sem starfa sem flugmenn eða kafarar, er stundum beitt skurðaðgerð strax við fyrsta loftbrjósti, enda eru þeir í aukinni hættu á endurteknu loftbrjósti vegna þrýstingsbreytinga í vinnuumhverfi sínu.[7,13,14]

Í dag eru skurðaðgerðir við frumkomnu sjálfsprottnu loftbrjósti nær alltaf gerðar með brjóstholssjá (*video assisted thoracoscopic surgery, VATS*) sem hefur nánast leyst af hólmi aðgerðir í gegnum hefðbundinn brjóstholsskurð (*thoracotomy*).[12] Í bæði brjóstholssjár- og opinni aðgerð eru leku blöðrurnar á lungnatoppi fjarlægðar með fleygskurði, fleiðran á brjóstveggnum oftast röspuð með sandpappír eða grisju (*mechanical pleurodesis*) og jafnvel gert hlutabrottnám á henni efst. Í erfiðari tilfellum, eins og við síendurtekin loftbrjóst, kemur jafnframt til greina að beita fleiðrulímingu með mepacríni, doxycyklíni eða talkúmi (*chemical pleurodesis*).

Árangur aðgerða við loftbrjósti hefur áður verið rannsakaður á Íslandi og birtust niðurstöður í *Læknablaðinu* 1986 og 2007.[15,16] Fyrri rannsóknin tók þó aðeins til opinna aðgerða og sú síðari náði aðeins til takmarkaðs fjölda brjóstholsaðgerða sem þá voru að ryðja sér til rúms.

Markmið þessarar rannsóknar var því að kanna árangur skurðaðgerða við frumkomnu sjálfsprottnu loftbrjósti á Landspítala á 28 ára tímabili með áherslu á tíðni aðgerða, ábendingar, skammtíma fylgikvilla og tíðni aðgerða vegna endurtekins loftbrjósts.

Efniviður og aðferðir

Áður en rannsóknin hófst lágu fyrir leyfi frá siðanefnd heilbrigðisrannsókna á Landspítala og Vísindarannsóknarnefnd Landspítala (22/2019).

Sjúklingar

Rannsóknin var afturskyggn og náði til 386 sjúklinga sem gengust undir 430 aðgerðir vegna frumkomins sjálfsprottins loftbrjósts á Landspítala frá 1. janúar 1991 til 31. desember 2018. Hluti sjúklingaþýðisins var einnig með í þeim tveimur eldri rannsóknum á loftbrjósti sem birtust í *Læknablaðinu* og nefndar voru áður. Ekki voru teknir með í rannsóknina sjúklingar með sjálfsprottið loftbrjóst sem rekja mátti til undirliggjandi lungnasjúkdóms, áverka, lungnaskurðaðgerða vegna annarra sjúkdóma, sýkinga eða tíðaloftbrjósts.

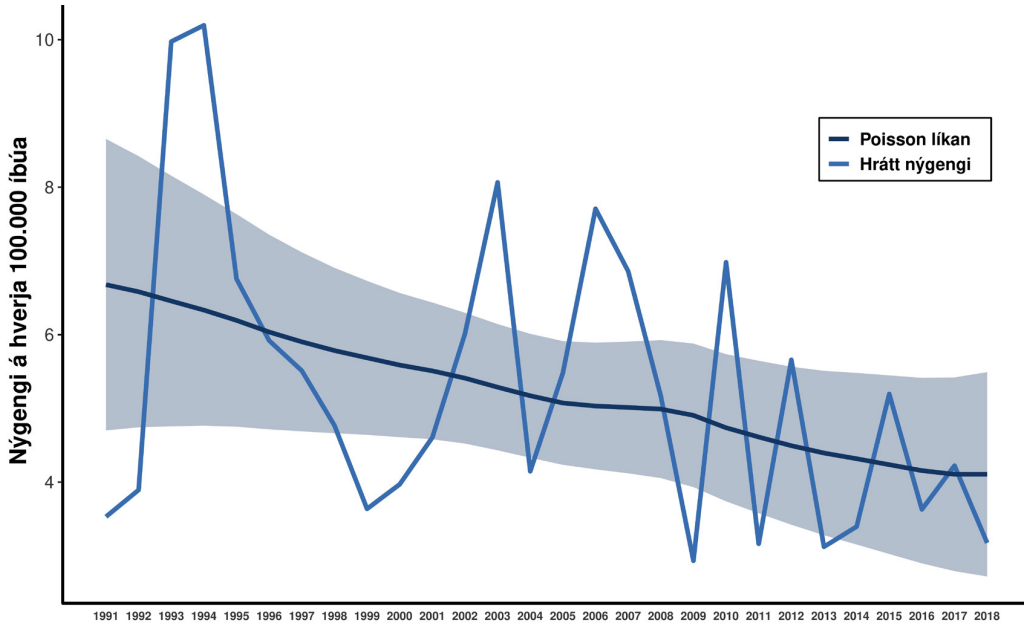
Listi yfir sjúklinga var fenginn frá sjúklingabókhaldi Landspítala og var leitað eftir aðgerðakóðum fyrir fleygskurð á lunga og brottnámi á hluta lunga, bæði með opinni tækni og brjóstholssjá. Til þess að tryggja að allir sjúklingar væru teknir með í rannsóknina var einnig leitað að sjúklingum sem gengust undir fleiðruertingu eða þar sem hluti fleiðru hafði verið fjarlægður. Loks var leitað eftir kóðum í greiningaskrá Landspítala að greiningunum loftbrjósti og sjálfsprottnu loftbrjósti.

Skráðar breytur

Upplýsingar fengust úr sjúkraskrám, meðal annars úr aðgerðalýsingum og svæfingaskýrslum. Í rafrænan gagnagrunn voru skráðar upplýsingar um bakgrunnsþætti sjúklinga: aldur, kyn, reykingasögu og fyrra heilsufar, meðal annars aðra undirliggjandi sjúkdóma. Einnig var skráð hvort um hægra eða vinstra loftbrjóst var að ræða og hvort einkenni um þrýstiloftbrjóst væru til staðar. Ábendingar aðgerðar voru skráðar, aðgerðartími í mínútum og hvað gert var í aðgerðinni. Einnig var farið yfir alla snemmkomna fylgikvilla eftir aðgerð (<30 daga frá aðgerð), legutíma í heilum dögum og 30 daga dánartíðni. Viðvarandi loftleki var skilgreindur sem loftleki sem varði lengur en 96 klukkustundir frá aðgerð. Loks var sérstaklega litið til sjúklinga sem greindust með endurtekið loftbrjóst sömu megin, það er loftbrjóst sem greindist >30 daga frá upphaflegu aðgerðinni og krafðist síðkominnar endurtekinnar skurðaðgerðar. Sjúklingaþýðinu var skipt í fjögur 7 ára tímabil sem voru borin saman.

Framkvæmd skurðaðgerðar og eftirlit

Aðgerðin var alltaf gerð í svæfingu, oftast í gegnum brjóstholsskurð fyrir 2005, en eftir það með aðstoð brjóstholssjár (VATS) í 89% tilfella. Lungað var fellt saman í aðgerðinni með tvöfaldri berkjurennu og lungnablöðrur sem ollu lekanum fjarlægðar með fleygskurði á lunga. Auk þess var oftast beitt fleiðruertingu með sandpappír eða grisju og frá árinu 2005 framkvæmt að auki hluta-



Mynd 1. *Nýgengi skurðaðgerða við frumkomnu sjálfkrafa loftbrjósti á rannsóknartímabilinu. Samkvæmt Poisson aðhvarfsgreiningu lækkaði tíðnin marktækt, eða að meðaltali um 2,9% á ári.*

brottnám á fleiðru efst í fleiðruholinu. Eftir aðgerðina fengu allir sjúklingar brjóstholskera og var hann hafður í að minnsta kosti 48 klukkustundir, en lengur ef viðvarandi loftleki var til staðar. Áður en brjóstholskerinn var fjarlægður var lokað fyrir kerann og tekin lungnamynd fjórum klukkustundum síðar. Kerinn var síðan fjarlægður ef ekki sáust merki um loftbrjóst á lungnamyndinni.

Ítarleg leit var gerð að öllum tilfellum endurtekins loftbrjósts sem greindist meira en 30 dögum frá fyrstu aðgerð og krafðist endurtekinnar aðgerðar. Eftirlit miðaðist við 31. desember 2020 og var miðgildi þess 16 ár (bil 2-29 ár).

Tölfræðiúrvinnsla

Gagnagrunnur með rúmlega 40 breytum fyrir hvern sjúkling var útbúinn í Excel og tölfræði unnin í forritinu R (R Foundation for Statistical Computing, Austria), útgáfu 4.1.0, með aðstoð Rstudio (RStudio, PBC, USA), útgáfu 1.4.1103. Bakgrunnsþættir sjúklinga og aðgerðatengdar breytur voru bornar saman á 7 ára tímabilum. Samfelldar breytur voru gefnar upp sem meðaltöl með staðalfrávik eða miðgildi með fjórðungsmörkum eða bili, en flokkabreytur sem fjöldi (%). Samanburður á flokkabreytum yfir tímabilin fjögur var gerður með kí-kvaðrat prófi, ANOVA-próf notað fyrir samfelldar breytur og Kruskal-Wallis-próf fyrir valdar samfelldar breytur sem ekki fylgdu normaldreifingu. Bæði var reiknað hrátt og aldursleiðrétt nýgengi skurðaðgerða vegna loftbrjósts út frá árlegum mannfjölda í hverju 5 ára aldursbili (0-89 ára) og var stuðst við gögn frá Hagstofu Íslands. Poisson-aðhvarfslíkan með fjölda tilfella sem spábreytu og árlegum mannfjölda sem hliðrun var notað til að meta breytingu á nýgengi yfir allt rannsóknartímabilið og endurkomutíðni sem krafðist aðgerðar kortlögð með Kaplan-Meier-riti. Fjölþátta tvíundargreining (*logistic binary regression*) var notuð til að meta áhrifaþætti á endurtekið loftbrjóst eftir aðgerð og birt sem gagnlíkindahlutfalli (GH) með 95% öryggisbili. Breytur fyrir tvíundargreiningu voru valdar út frá þekktum áhættuþáttum sem lýst hefur verið í sambærilegum erlendum rannsóknum, meðal annars kvenkyn, reykingar og hávaxnir sjúklingar.

Niðurstöður

Alls gengust 386 sjúklingar, þar af 303 (78%) karlar, undir 430 skurðaðgerðir vegna frumkomins sjálfsprottins loftbrjósts og var miðgildi aldurs 24 ár fjórðungsbil: 19,32. Af 430 aðgerðum voru 211 (49%) á vinstra lunga, 218 (51%) á því hægra, en einn sjúklingur greindist með loftbrjóst beggja vegna og gekkst undir aðgerð á báðum lungum í sömu legu.

Í töflu I eru sýndir helstu bakgrunnsþættir sjúklinganna en 66% þeirra höfðu sögu um reykingar, og 49% reyktu fram að

Tafla II. ***Ábendingar fyrir skurðaðgerð. Fjöldi (%).***

	1991-2018	1991-1997	1998-2004	2005-2011	2012-2018
Fyrsta loftbrjóst	191 (44)	50 (41)	42 (42)	48 (41)	51 (55)
Fyrsta endurtekið loftbrjóst	178 (41)	48 (40)	36 (36)	57 (49)	37 (40)
Annað eða þriðja endurtekið loftbrjóst	56 (13)	19 (16)	20 (20)	12 (10)	5 (5)
Fleiri en þrjú endurtekin loftbrjóst sömu megin	5 (1)	4 (3)	1 (1)	0	0
Loftbrjóst beggja vegna	1 (1)	0	1 (1)	0	0

Tafla III. *Tegund aðgerðar, aðgerðartími og legutími eftir aðgerð. Fjöldi (%) eða miðgildi (bil).*

	1991-2018	1991-1997	1998-2004	2005-2011	2012-2018
Fleygskurður eingöngu	161 (37)	68 (56)	57 (58)	19 (16)	17 (18)
Fleygskurður + fleiðruerting	216 (50)	52 (43)	41 (41)	58 (50)	65 (70)
Fleygskurður + fleiðruerting + hlutabrottnám á fleiðru	51 (12)	0 (0)	1 (1)	40 (34)	10 (11)
Aðgerðartími, miðgildi (bil), mín	52 (40, 68)	60 (40, 75)	45 (35, 65)	50 (42, 65)	52 (37, 67)
Legutími eftir aðgerð, miðgildi (bil), dagar	3 (2,5)	3 (2, 5)	3 (2, 4)	4 (3, 5)	3 (2, 4)

aðgerð. Enginn sjúklingur hafði sögu um meðfæddan bandvefssjúkdóm eins og Marfans-heilkenni eða Ehler Danlos-sjúkdóm. Meðalþyngd var 68 ± 11 kg, meðalhæð 181 ± 8 cm, og meðal líkamsþyngdarstuðull 21 ± 3 kg/m^2. Upplýsingar vantaði um hæð hjá 57 sjúklingum og þyngd hjá 23 sjúklingum. Ekki sást marktæk breyting á hæð, þyngd eða líkamsþyngdarstuðli á milli tímabila.

Mynd 1 sýnir nýgengi skurðaðgerða við við frumkomnu sjálfsprottnu loftbrjósti á hverja 100.000 íbúa, en það reyndist vera 8,25/100.000 fyrir karla og 2,2/100.000 fyrir konur. Nýgengi (bæði kyn saman) lækkaði marktækt um 2,9% á ári (95% ÖB (0,93%, 4,83%), p=0,004).

Í töflu II sjást ábendingar fyrir skurðaðgerð. Alls gengust 44% sjúklinga undir aðgerð við fyrsta loftbrjósti, en þeim fjölgaði úr 41% á fyrsta tímabilinu í 55% það síðasta. Á sömu tímabilum gengust 55% sjúklingar undir aðgerð vegna endurtekins loftbrjósts, þar af 13% vegna annars eða þriðja endurtekins loftbrjósts, og fækkaði þeim úr 16% á fyrsta tímabilinu í 5% það síðasta.

Í töflu III sést hvaða skurðaðgerðir voru framkvæmdar og miðast útreikningar við fjölda aðgerða (n=430). Alls gengust 99% sjúklinga undir fleygskurð, þar af 12% undir fleygskurð ásamt fleiðruertingu og hlutabrottnám á fleiðru. Þessum aðgerðum fjölgaði úr engri á fyrsta tímabilinu í 11% á því síðasta. Á sömu tímabilum varð aukning á aðgerðum þar sem framkvæmdur var fleygskurður ásamt fleiðruertingu (p<0,001), en einnig lækkaði hlutfall þeirra sem eingöngu gengust undir fleygskurð úr 56% í 18% á tímabilinu.

Miðgildi aðgerðartíma var 52 mínútur (fjórðungsbil: 40,68) og hélst svipaður á tímabilunum fjórum. Sama átti við um miðgildi legutíma sem var þrír dagar (fjórðungsbil: 2,5).

Mynd 2 sýnir fjölda aðgerða skipt eftir árabilum og hvort aðgerðin var gerð með brjóstholsskurði eða brjóstholssjá. Greinileg fækkun var á opnum aðgerðum eftir því sem leið á tímabilið, en þrír af hverjum fjórum sjúklingum (77%) gengust undir brjóstholsspeglunaraðgerð, þar af 89% sjúklinga eftir 2005. Í 18 tilfellum (5%) þurfti að skipta úr brjóstholsspeglun í opna aðgerð. Árlegur aðgerðafjöldi á tímabilinu var 14,5 (miðgildi, bil 9-27).

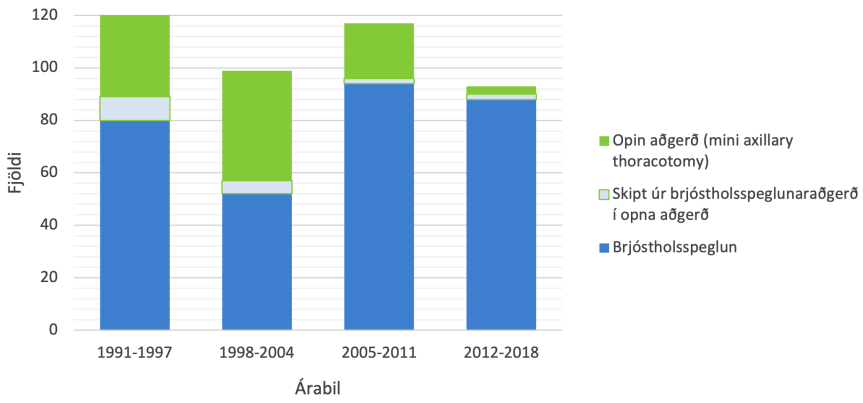
Í töflu IV eru sýndir snemmkomnir fylgikvillar, en þeir greindust hjá 89 (21%) sjúklinganna. Sá algengasti var viðvarandi loftleki hjá 74 sjúklingum og hafði 61 þeirra (82%) gengist undir brjóstholssjáraðgerð. Í 10 af 74 tilfellum (13%) þurfti að gera enduraðgerð í sömu legu vegna lekans. Tíðni fylgikvilla breyttist ekki marktækt eftir tímabilum og enginn sjúklingur lést innan 30 daga eftir aðgerð.

Mynd 3 er svokallað viðsnúið Kaplan-Meier-graf sem sýnir tímalengd frá upphaflegu aðgerðinni að skurðaðgerð vegna endurtekins loftbrjósts. Meðaltími frá upphaflegu aðgerðinni að enduraðgerð var 16 mánuðir og var helmingur tilfella (50%) greindur innan 16 mánaða. Sjúklingarnir 27 með endurtekið loftbrjóst voru marktækt yngri en sjúklingarnir sem ekki þurftu endurtekna aðgerð (p=0,0001), hlutfall karla var einnig hærra og helmingur þeirra (48%) reykti fram að aðgerð. Auk þess höfðu 7 (26%) þessara sjúklinga haft viðvarandi loftleka í fyrstu legu og miðgildi loftleka hjá þeim þá 6 dagar.

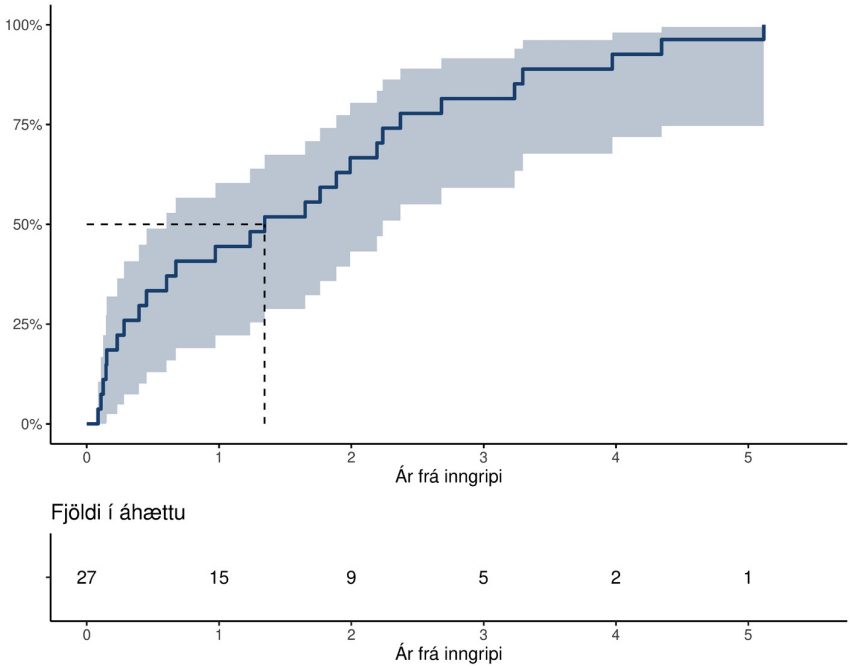
Alls voru 28 enduraðgerðir gerðar hjá 27 sjúklingum vegna síðkomins (>30 daga) endurtekins loftbrjósts, þar af þurfti einn sjúklingur tvær enduraðgerðir. Þrettán endurteknu aðgerðanna voru á hægra lunga en 14 á því vinstra. Hlutfall endurtekins loftbrjósts

Tafla IV. *Snemmkomnir fylgikvillar og 30 daga dánartíðni eftir aðgerð. Fjöldi (%).*

Viðvarandi loftleki	74 (17)
Blæðing	9 (2)
Lungnabólga	7 (2)
Fleiðruholssýking	2 (0,5)
Horners-heilkenni	1 (0,2)
30 daga dánartíðni	0 (0)



Mynd 2. *Fjöldi og tegund aðgerða á fjórum 7 ára tímabilum.*



Mynd 3. *Tími frá frumaðgerð að enduraðgerð vegna frumkomins sjálfkrafa loftbrjósts (viðsnúið Kaplan-Meier-graf).*

sem krafðist enduraðgerðar reyndist sambærilegt yfir tímabilin fjögur, en ekki reyndist marktækur munur á tíðni endurtekinna aðgerða eftir því hvort upphaflega var beitt brjóstholssjáraðgerð eða opnum brjóstholsskurði (85% á móti 11%) en munurinn reyndist ekki marktækur. Hlutfall endurtekins loftbrjósts sem krafðist enduraðgerðar var einnig sambærilegt yfir tímabilin fjögur.

Í töflu V eru sýndir forspárþættir endurtekins loftbrjósts sem krafðist enduraðgerðar. Yngri sjúklingar reyndust marktækt líklegri til að þurfa enduraðgerð en ekki sáust marktæk tengsl við líkamshæð, lengd viðvarandi loftleka eftir fyrstu aðgerð eða þar sem aðeins var beitt fleygskurði. Kvenkyn, reykingar, þyngd og aðgerð með brjóstholssjá reyndust heldur ekki hafa marktæk tengsl við enduraðgerð.

Umræða

Í þessari afturskyggnu rannsókn var kannaður árangur aðgerða vegna frumkomins sjálfsprottins loftbrjósts á Íslandi á tæplega þriggja áratuga tímabili. Áhersla var fyrst og fremst á breytingu á tíðni aðgerða og fylgikvilla, einkum vegna endurtekins loftbrjósts. Heilt yfir reyndist árangur aðgerðanna góður, sem endurspeglast meðal annars í lágri tíðni alvarlegra skammtímafylgikvilla og þeirri staðreynd að enginn sjúklingur lést innan 30 daga frá aðgerð. Algengasti snemmkomni fylgikvillinn var viðvarandi loftleki sem oftast var vægur, en 13% þeirra sjúklinga þurftu þó enduraðgerð til að stöðva lekann í sömu innlögn. Alvarlegar blæðingar og sýkingar reyndust hins vegar sjaldgæfari (4,5%).

Árleg fækkun aðgerða reyndist tæp 3% og var lækkunin marktæk. Ástæðan fyrir því er ekki augljós en ábendingar virðast í stórum dráttum svipaðar hér á landi og í erlendum rannsóknum.[17,18] Hjá flestum sjúklinganna var um að ræða fyrsta loftbrjóst eða fyrsta endurtekna loftbrjóstið og átti það við um öll fjögur tímabilin. Líkt og sést hefur erlendis hefur færst í vöxt að gera aðgerð á fyrsta loftbrjósti.[19-21] Þessi þróun, að taka sjúklinga fyrr til aðgerðar, skýrir því augljóslega ekki fækkun aðgerðanna hér á landi. Hlutfall karla, þyngd og líkamshæð breyttist lítið á tímabilinu og skýrir því heldur ekki fækkun aðgerða. Hins vegar má velta því fyrir sér hvort lægra hlutfall þeirra sem reykja á Íslandi geti átt þátt í þessari þróun. Auk hæðar og lágs líkamsþyngdarstuðuls eru reykingar veigamestu áhættuþættir fyrir loftbrjósti,[3] og aðeins í örfáum tilfellum sem erfðasjúkdómar eins og Marfans-sjúkdómur eru til staðar. Hlutfall sjúklinga sem reyktu eða höfðu reykt breyttist þó ekki marktækt þegar leið á rannsóknina (tafla I), en tilhneiging í þá átt sást þó greinilega. Þannig höfðu 71% sjúklinga sögu um reykingar á fyrsta tímabilinu samanborið við 65% á því

Tafla V. ***Sjálfstæðir forspárþættir fyrir endurteknu loftbrjósti eftir aðgerð vegna sjálfsprottins loftbrjósts. Sýnd eru gagnlíkindahlutföll (GH) og 95% öryggisbil.***

Forspárþáttur	GH	95% ÖB	p-gildi
Aldur (ár)	0,91	0,83-0,97	**0,0164***
Kvenkyn	1,51	0,39-5,40	0,533
Þyngd (kg)	0,99	0,93-1,04	0,6104
Hæð (cm)	1,07	1,00-1,14	0,0570
Saga um reykingar	1,10	0,47-2,56	0,8217
Aðgerð með brjóstholssjá	1,30	0,49-4,10	0,6225
Einungis fleygskurður	1,76	0,77-4,04	0,1802
Viðvarandi loftleki > 96 klst.	2,44	0,88-6,19	0,0693

síðasta, hvort tveggja mun hærri reykingatölur en í almennu þýði Íslendinga. Okkur er ekki kunnugt um erlendar rannsóknir sem skoðað hafa sérstaklega breytingar á nýgengi þessara aðgerða, né heldur hugsanleg áhrif minnkandi reykinga. Ljóst er að frekari rannsóknir þarf til að skoða samband reykinga og loftbrjósts, helst í stærra sjúklingaþýði en það sem hægt er að rannsaka hér á landi.

Tíðni enduraðgerða vegna endurtekins loftbrjósts reyndist vera 6%, en 7% þegar einungis var litið til sjúklinga eftir brjóstholssjáraðgerð, sem voru 77% aðgerðanna. Þessar tíðnitölur eru áskorun, ekki síst eftir brjóstholssjáraðgerðir, þótt þær séu svipaðar og í erlendum rannsóknum þar sem tíðnin er ofast á bilinu 4-8%.[17,22,23]

Helmingur tilfella af endurteknu loftbrjóstunum komu á fyrstu 16 mánuðunum frá aðgerð, sem svipar til erlendra rannsókna.[17,23,24] Auk þess sýnir rannsókn okkar að nær öll endurteknu loftbrjóstin sem kröfðust enduraðgerðar greindust á fyrstu fjórum árunum frá aðgerð. Þessar niðurstöður benda til þess að ekki sé þörf fyrir langtímaeftirlit einkennalausra sjúklinga með frumkomið sjálfsprottið loftbrjóst, enda tíðkast slíkt langtímaeftirlit hvorki hér á landi né erlendis.

Aðhvarfsgreining sýndi að yngri sjúklingar voru líklegri til að gangast undir enduraðgerðar vegna síðkomins loftbrjósts. Svipuðum niðurstöðum hefur verið lýst erlendis.[3,6-10,17,22,25] Í rannsókn Walker og félaga kom einnig í ljós að sjúklingar sem ekki hættu að reykja voru í fjórfalt meiri áhættu á endurteknu loftbrjósti en þeir sem náðu að hætta reykingum.[24] Nákvæmar upplýsingar um reykingar lágu ekki fyrir í okkar rannsókn og því ekki hægt að sannreyna áhrif reykinga á endurtekið loftbrjóst. Erlendar rannsóknir eins og sú sem hér er til umræðu gefa þó til kynna að reykbindindi þessara sjúklinga eftir aðgerð sé mikilvægt.

Aðgerðartækni breyttist yfir rannsóknartímabilið, aðallega með tilkomu brjóstholssjáraðgerða og auknu hlutfalli fleiðruertingar og hlutabrottnáms á henni. Svipuð þróun hefur sést erlendis,[19] þó ekki hafi tekist að sýna fram á að hlutabrottnám og fleiðruerting bæti árangur aðgerðanna. Okkar rannsókn sýndi heldur ekki fram á ávinning slíkrar meðferðar. Ljóst er að stærri og slembaða rannsókn þarf til að geta svarað betur hvaða skurðmeðferð er best við loftbrjósti.

Þótt munurinn hafi ekki reynst marktækur var tilhneiging til hærri tíðni endurtekins loftbrjósts eftir brjóstholssjáraðgerð en opinn brjóstholsskurð, en marktækum mun hefur verið lýst í stærri erlendri rannsókn.[26,27] Skýringin er aðallega rakin til þess að auðveldara er að greina hvort loftleki sé frá heftilínu eða blöðru á lunga í opinni aðgerð en við brjóstholssjáaraðgerð, enda brjóstholið einfaldlega fyllt af vatni og lungað blásið upp. Í brjóstholssjáraðgerð er slíkt lekapróf erfiðara í framkvæmd auk þess sem brjóstholsskurður veldur meiri samvöxtum í fleiðruholinu. Ótvíræðir kostir brjóstholssjáraðgerða eru hins vegar minni verkir.[5] Þetta endurspeglast í styttri legutíma í stærri erlendum rannsóknum.[27,28] Í okkar rannsókn reyndist munurinn á miðgildi legutíma hins vegar ekki marktækur.

Styrkur þessarar rannsóknar er sá að hún nær til allra sjúklinga sem gengust undir skurðaðgerð vegna loftbrjósts á Íslandi á tæplega þremur áratugum. Auk þess telst það styrkur að aðgerðirnar voru framkvæmdar af tiltölulega fáum skurðlæknum sem allir störfuðu á sömu stofnun. Veikleiki við rannsóknina er hins vegar að hún er afturskyggn þar sem skráning byggist á klínískum upplýsingum úr sjúkraskrám sem í sumum tilfellum var ábótavant. Loks varð breyting á aðgerðartækni á tímabilinu, með fleiri brjóstholssjáraðgerðum, sem getur haft áhrif þegar borin eru saman árangur aðgerða milli tímabila.

Þessi rannsókn sýnir að árangur aðgerða við loftbrjósti hérlendis er sambærilegur við niðurstöður erlendra rannsókna. Aðgerðin er örugg, skammtíma fylgikvillar fátíðir og allir sjúklingarnir lifðu aðgerðina af. Tíðni endurtekins loftbrjósts er þó enn áskorun, ekki síst eftir brjóstholssjáraðgerðir þar sem 7% sjúklingar þurfa enduraðgerð. Athyglisvert er að nýgengi aðgerðarinnar fór lækkandi án lækkandi án augljósrar skýringar. Frekari rannsóknir þarf til að kanna hvort það geti tengst minnkandi reykingum.

Þakkir

Sérstakar þakkir fær Elísabet Guðmundsdóttir fyrir aðstoð við öflun sjúkraskráa. Rannsóknin var styrkt af Vísindasjóði Landspítala og Rannsóknarsjóði Háskóla Íslands.

Greinin barst til blaðsins 24. janúar 2022,
samþykkt til birtingar 8. maí 2022.

Heimildir

1. Noppen M. Spontaneous pneumothorax: epidemiology, pathophysiology and cause. Eur Respir Rev 2010; 19: 217-9.
2. Guðbjartsson T, Tómasdóttir GF, Björnsson J, et al. Sjálfkrafa loftbrjóst - yfirlitsgrein. Læknablaðið 2007; 93: 415-24.
3. Bense L, Eklund G, Wiman LG. Smoking and the increased risk of contracting spontaneous pneumothorax. Chest 1987; 92: 1009-12.
4. Melton LJ 3rd, Hepper NG, Offord KP. Incidence of spontaneous pneumothorax in Olmsted County, Minnesota: 1950 to 1974. Am Rev Respir Dis 1979; 120: 1379-82.
5. MacDuff A, Arnold A, Harvey J. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. Thorax 2010; 65 (Suppl 2): ii18-ii31.
6. Vuong NL, Elshafay A , Thao LP, et al. Efficacy of treatments in primary spontaneous pneumothorax: A systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. Respir Med 2018; 137: 152-66.
7. Bintcliffe OJ, Hallifax RJ, Edey A, et al. Spontaneous pneumothorax: time to rethink management? Lancet Respir Med 2015; 3: 578-88.
8. Gupta D, Hansell A, Nichols T, et al. Epidemiology of pneumothorax in England. Thorax 2000; 55: 666-71.
9. Sadikot RT, Greene T, Meadows K, et al. Recurrence of primary spontaneous pneumothorax. Thorax 1997; 52: 805-9.
10. Melton LJ 3rd, Hepper NG, Offord KP. Influence of height on the risk of spontaneous pneumothorax. Mayo Clin Proc 1981; 56: 678-82.
11. MacDuff A, Arnold A, Harvey J, et al. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010. Thorax 2010; 65 Suppl 2: ii18-31.
12. Tschopp JM, Bintcliffe O , Astoul P, et al. ERS task force statement: diagnosis and treatment of primary spontaneous pneumothorax. Eur Respir J 2015; 46: 321-35.
13. Porcel JM, Lee P. Thoracoscopy for Spontaneous Pneumothorax. J Clin Med 2021; 10: 3835.
14. Currie GP, Alluri R, Christie GL, et al. Pneumothorax: an update. Postgrad Med J 2007; 83: 461-5.
15. Tómasdóttir GF, Torfason B, Ísaksson HJ, et al. Samanburður á opnum aðgerðum og aðgerðum með brjóstholssjá við sjálfkrafa loftbrjósti. Læknablaðið 2007; 93: 403-10.
16. Steinbach R, ÓG. Sjúklingar með sjálfkrafa loftbrjóst vistaðir á Landspítalanum 1975-1984. Læknablaðið 1986; 73: 88-92.
17. Ingolfsson I, Gyllstedt E, Lillo-Gil R, et al. Reoperations are common following VATS for spontaneous pneumothorax: study of risk factors. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2006; 5: 602-7.
18. Naunheim KS, Mack MJ, Hazelrigg SR, et al. Safety and efficacy of video-assisted thoracic surgical techniques for the treatment of spontaneous pneumothorax. J Thorac Cardiovasc Surg 1995; 109: 1198-203; discussion 1203-4.
19. Sawada S, Watanabe Y, Moriyama S. Video-assisted thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax: evaluation of indications and long-term outcome compared with conservative treatment and open thoracotomy. Chest 2005; 127: 2226-30.
20. Sakurai H. Videothoracoscopic surgical approach for spontaneous pneumothorax: review of the pertinent literature. World J Emerg Surg 2008; 3: 23.
21. Chou SH, Cheng YJ, Kao EL. Is video-assisted thoracic surgery indicated in the first episode primary spontaneous pneumothorax? Interact CardioVasc Thorac Surg 2003; 2: 552-4.
22. Lee S, Kim HR , Cho S, et al. Staple line coverage after bullectomy for primary spontaneous pneumothorax: a randomized trial. Ann Thorac Surg 2014; 98: 2005-11.
23. Ayed AK, Al-Din HJ. The results of thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax. Chest 2000; 118: 235-8.
24. Walker SP, Bibby AC, Halford P, et al. Recurrence rates in primary spontaneous pneumothorax: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir J 2018; 52: 1800864.
25. Hung WT, Chen HM, Wu CH, et al. Recurrence rate and risk factors for recurrence after thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax: A nationwide population--based study. J Formos Med Assoc 2021; 120: 1890-6.
26. Horio H, Nomori H, Fuyuno G, et al. Limited axillary thoracotomy vs video-assisted thoracoscopic surgery for spontaneous pneumothorax. Surg Endosc 1998; 12: 1155-8.
27. Delpy JP, Pagès PB, Mordant P, et al. Surgical management of spontaneous pneumothorax: are there any prognostic factors influencing postoperative complications? Eur J Cardio-Thorac Surg 2015; 49: 862-7.
28. Joshi V, Kirmani B, Zacharias J. Thoracotomy versus VATS: is there an optimal approach to treating pneumothorax? Ann R Coll Surg Engl 2013; 95: 61-4.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.06.696

Short- and long-term outcomes following surgery for primary spontaneous pneumothorax in Iceland

Þórdís Magnadóttir[1]
Leon Arnar Heitmann[2]
Tinna Harper Arnardóttir[1]
Tómas Þór Kristjánsson[1]
Per Martin Silverborn[1]
Martin Ingi Sigurðsson[2,3]
Tómas Guðbjartsson[1,2]

[1]Departments of Cardiothoracic Surgery, Landspitali University Hospital, [2]Faculty of Medicine, University of Iceland, [3]Anesthesia and Intensive Care, Landspitali University Hospital.

Correspondence: Tómas Guðbjartsson, *tomasgud@landspitali.is*

Key words: *primary spontaneous pneumothorax, outcomes, recurrence, smoking.*

BACKGROUND: Primary spontaneous pneumothorax (PSP) is a common disease where surgery is indicated for persistant air leak or recurrent pneumothorax. We studied the outcomes of PSP-surgery over a 28 year period in a whole nation.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective study on 386 patients (median age 24 years, 78% males) that underwent 430 PSP surgeries at Landspitali University Hospital 1991-2018. Annual incidence of the procedure was calculated and previous medical history, indication and type of surgery, complications and length of hospital stay were registered. Patients in four 7 year periods were compared, recurrent pneumothoraces requiring reoperation (median follow-up 16 years) registered and predictors of reoperation identified with logistic regression.

RESULTS: Annually 14.5 PSP surgeries (median, range 9-27) were performed; the incidence decreasing by 2.9% per year on average. Every other patient smoked and 77% of surgeries were performed with video assisted thoracocopic surgery (VATS). The most common early complications (<30 days from surgery) were persistent airleak (17%), pneumonia (2%) and empyema (0,5%). No patient died within 30 days from surgery. Reoperation for recurrent pneumothorax was performed on 27 patients; 24 following VATS (7%), median time from the primary surgery being 16 months. Logistic regression showed that younger patients were more likely to require reoperation for recurrent pneumothorax.

CONCLUSIONS: Surgical treament for PSP is safe and major early complications rare. The rate of recurrent pneumothorax requiring surgery was 6%, which is similar to other studies. For unknown reasons the incidence of PSP surgery declined, but future research has to answer if it is linked to decreased smoking in the Icelandic population.

NOL®

VERKJASTILLING Í SVÆFINGU

NOL® verkjamónitorinn frá Medtronic metur sársauka sjúklingsins í svæfingu. Sjúklingar bregðast við sársauka á mismunandi hátt og með því að mæla sársauka í svæfingu er hægt að koma í veg fyrir ofskömmtun á verkjalyfjum sem getur valdið því að sjúklingar eru lengur að ná sér eftir aðgerðir.



Nánari upplýsingar veitir Brynhildur Guðmundsdóttir - brynhildur@fastus.is
Fastus ehf | Síðumúli 16 I 108 Reykjavík I Sími 580 3900 I **fastus.is**

FASTUS
Veit á vandaða lausn

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

„Að vera sein í partíið og félagsgjöld til Læknafélags Íslands“

Þórdís Þorkelsdóttir
læknir
formaður FAL



Höfundur er ein af þeim sem tekst á einhvern óskiljanlegan hátt alltaf að vera sein í partí. Það er sama hvort það er fyrirpartí, afmæli, fjölskylduboð eða partí heima hjá mér, ég er nánast undantekningarlaust seinni á ferðinni en ég ætlaði mér. Þegar þetta er skrifað er einnig hægt að færa rök fyrir því að höfundur sé seinn í einhvers konar teiti, því það er maí 2022 og ég er (blessunarlega) að ganga í gegnum COVID-veikindi í fyrsta sinn. Það er samt eitt partí sem undirrituð og stjórn LÍ ætla ekki að vera sein í, það er umræða og tillögur um félagsgjöld til LÍ.

Félagsgjöld eru ákveðin á aðalfundi félagsins samkvæmt lögum LÍ. Hefð er fyrir því að félagsgjöld félagsmanna séu föst fjárhæð, ekki hlutfall af heildarlaunum eins og algengast er hjá stéttarfélögum. Á árunum 2019-2021 var félagsgjald til LÍ 120.000 kr. Á aðalfundi 2021 var lagt til og samþykkt að árgjaldið yrði 137.000 kr. Einnig var samþykkt að veita nokkrum afmörkuðum hópum aukaaðild að félaginu en árgjald aukaaðildar þarf að ákvarða.

Breyting hefur orðið á samsetningu félagsins síðastliðin ár. Félagsmönnum FAL hefur til að mynda fjölgað um tæp 40%, eða um 132, á árunum 2018-2021.[1] Ástæðan fyrir þessari fjölgun er tvíþætt, annars vegar útskrifast fleiri læknar (um 80-85 á ári) og margir þeirra sem stunda nám erlendis kjósa að koma heim að námi loknu. Einnig hefur aukið framboð á sérnámi á Íslandi haft það í för með sér að félagsmenn FAL staldra lengur við og klára jafnvel sérnám hér á landi. Hefð er fyrir því veita 50% afslátt af félagsgjöldunum fyrstu 2,5 árin eftir útskrift. Greitt er 25% gjald útskriftarárið (gert er ráð fyrir útskrift í júní) og 50% næstu tvö árin. Að þessum tíma loknum greiðir viðkomandi heilt gjald sem í ár er 137.000 kr. Samkvæmt tölum sem hagfræðingur LÍ tók saman er það um 1,1% af meðalheildarlaunum almenns læknis miðað við um 0,6% hjá sérfræðilækni. 36% af tekjum félagsins koma frá félagsmönnum FAL sem greiða heilt árgjald.[2] Þetta getur vart talist sanngjarnt fyrirkomulag og því er stjórn LÍ að hefja vinnu við tillögu að breytingum á fyrirkomulagi félagsgjalda.

En hverjir eru möguleikarnir? Höfundur er þeirrar skoðunar að ekki sé þörf á að finna upp hjólið í hvert skipti sem ráðgert er að fá hlut til að rúlla. Því er tilvalið að skoða hvernig þessum málum er háttað á þeim stöðum sem við viljum gjarnan bera okkur saman við: Norðurlöndin. Það er nokkuð breytilegt hvernig þessum málum er háttað þar. Í grófum dráttum:

- Norska læknafélagið: fast gjald, nokkrir hópar geta fengið afslátt af gjöldunum, meðal annars læknar í þrjú ár eftir útskrift, læknanemar, læknar sem búa erlendis og félagsmenn 75 ára og eldri.
- Sænska læknafélagið: flókið fyrirkomulag með miklum fjölda mismunandi félagsgjalda. Bilið spannar 2.400-66.680 ISK fyrir 2022.
- Finnska læknafélagið: fast gjald, ekkert gjald er innheimt fyrsta árið eftir útskrift, 50% afsláttur næstu tvö árin. Hægt að sækja um afslátt vegna sérstakra aðstæðna. Eftirlaunaþegar greiða lægra gjald og félagsmenn 70 ára og eldri eru undanþegnir félagsgjaldi.
- Danska læknafélagið: fast gjald, mismunandi eftir aðildarfélögum. Lægsta árgjaldið er fyrir Félag yngri lækna, hæsta árgjaldið er fyrir Félag sjálfstætt starfandi lækna.

Einnig má nefna það að meðaltal félagsgjalda til stéttarfélaga á Íslandi eru 0,9% af heildarlaunum.

Það eru margir möguleikar í stöðunni. Það er viðfangsefni stjórnar að finna hvaða lausn er skynsamleg fyrir LÍ og mun stjórn fara í þetta verkefni á næstu misserum og kynna fyrir félagsmönnum fyrir aðalfund 2022. Nú er því um að gera að staldra við, vera ekki sein í partíið og huga að félagsgjöldunum með sanngirni að leiðarljósi. Því eins og forveri minn, Árni Johnsen, benti réttilega á í sínum pistli fyrr á þessu ári (2. tbl. *Læknablað* 2022) er staðhæfingin „svona hefur þetta alltaf verið“ ekkert sérstaklega góð rök fyrir því að sniðganga breytingar til hins betra.

Heimildir

1. Ársskýrsla stjórnar Læknafélag Íslands 2020-2021 fyrir Aðalfund Læknafélags Íslands 2021. lis.is/static/files/Adalfundir/adalf21/2021-sky-rsla-stjornar-birt-2021.10.15-final.pdf - maí 2022.
2. Ingvarsson IL. Greining á félagsgjöldum LÍ, Ingvar Freyr Ingvarsson, kynning á stjórnarfundi LÍ 02.05.2022.

Stjórn Læknafélags Íslands

Steinunn Þórðardóttir formaður

Félag almennra lækna
Þórdís Þorkelsdóttir
Sólveig Bjarnadóttir

Félag íslenskra heimilislækna
Margrét Ólafía Tómasdóttir
Oddur Steinarsson

Félag sjúkrahúslækna
Theódór Skúli Sigurðsson
Guðrún Dóra Bjarnadóttir

Læknafélag Reykjavíkur
Ragnar Freyr Ingvarsson
Ingibjörg Kristjánsdóttir

Að höndla tilfinningar ekki síður mikilvægt en tækniframfarir

Reynir Tómas Geirsson hefur lengi unnið fyrir íslenskar konur og komið að ýmsum framförum er tengjast meðgöngu, fæðingum og heilsu kvenna. Nýlega fór hann fyrir starfshópi sem Læknafélag Íslands skipaði til þess að fara yfir breytingar sem gerðar voru 2020-2021 á fyrirkomulagi leghálskrabbameinsskimana. Reynir ræðir hér skýrslu sem hópurinn skilaði nýlega og fleiri mál er tengjast 40 ára ferli hans sem fæðinga- og kvensjúkdómalæknir

Snæfríður Ingadóttir

Niðurstaða starfshópsins, sem skipaður var á síðasta ári til að fara yfir breytingar á fyrirkomulagi leghálskrabbameinsskimana, hefur áður komið fram í fjölmiðlum: að flutningur starfseminnar frá Krabbameinsfélaginu og yfir í Samhæfingarmiðstöð krabbameina á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins hafi ekki verið nægilega vel undirbúinn. „Þetta er dæmigert verklag hér á Íslandi. Ákveðið er að fara í breytingar og gera eitthvað öðruvísi en verið hefur, áður en búið er að hugsa út framkvæmdina og undirbúa hana. Auðvitað ætti frekar að fara hina leiðina, að skipuleggja fyrst nákvæmlega hvernig á að gera hlutina, og svo að fara í breytingarnar," segir Reynir og bendir í því sambandi á tvö nýleg dæmi sem mikið hefur verið fjallað um í fjölmiðlum, annars vegar í tengslum við Garðyrkjuskólann í Hveragerði og hins vegar bankasöluna.

Ekki nægur undirbúningur

Í skýrslunni er atburðarásin rakin, allt frá því hvað varð til þess að ákvörðun var tekin, farið er yfir röksemdir fyrir breytingunum, rýnt í framkvæmdaferlið og horft til framtíðar. Í skýrslunni kemur fram að það hafi að mörgu leyti alls ekki verið slæmt að hafa skimunina í höndum Krabbameinsfélagsins sem eru rótgróin félagasamtök sem almenningur hefur treyst. Með breytingum, uppfærslu á búnaði og aðstöðu, og með langtímasamningum ríkisins við Krabbameinsfélagið hefði verið hægt að halda þjónustunni þar að hluta. „En það var ákveðið að færa þetta alfarið til ríkisins og það voru gild rök fyrir því, meðal annars að þá yrði þjónustan aðgengilegri ef hún væri færð á heilsugæslustöðvar. Víða í Evrópu er krabbameinsskimun hluti af opinberri heilbrigðisþjónustu og talið var æskilegra að hún væri hér á hendi heilsugæslunnar frekar en hjá frjálsum félagasamtökum. Meginmarkmið með tilfærslunni var að gera skimunina betri og færa hana nær konum í landinu, en niðurstaða starfshópsins er sú að þessar breytingar tókust ekki nægjanlega vel. Undirbúningurinn hefði þurft að vera vandaðri og tíminn hefði þurft að vera meiri. Heilsugæslan hafði aðeins rúmt hálft ár til þess að undirbúa tilfærsluna og þar var áhugi á málinu takmarkaður. Yfirfærslunni var heldur ekki frestað þegar í ljós kom á seinni hluta árs 2020, mitt í Covid-faraldrinum, að undirbúningi væri ábótavant. Það hefði verið hægt að gera þetta í minni skrefum og í meira samráði við Krabbameinsfélagið," segir Reynir þegar hann er beðinn um að draga niðurstöður skýrslunnar saman.

Fulltrúar almennings mikilvægir

„Mér finnst mikilvægt að Læknafélagið hafi látið gera þessa skýrslu og ekki síður að Læknafélagið setti tvo fulltrúa almennings í nefndina, sem taldi alls 9 manns. Það er eitthvað sem hefur vantað mikið á Íslandi, aðkoma fulltrúa almennings að heilbrigðisþjónustunni. Það er ekki alltaf sjálfgefið að fagfólk hafi rétta sýn á alla hluti og oft gott að hafa fulltrúa almennings með í ráðum."

Nú er um eitt og hálft ár frá því breytingarnar voru gerðar á fyrirkomu-



Reynir Tómas á skrifstofunni sinni í kjallaranum á kvennadeild Landspítala. Á tölvuskjánum fyrir aftan hann er fræðigrein í deiglunni. Mynd/Védís

lagi leghálsskimana og er starfsemin að sögn Reynis að komast í gott horf. Segist hann vona að skimanirnar haldi áfram að nýtast til þess að efla heilsu kvenna, en heilsufar kvenna er nokkuð sem hefur verið honum hugleikið allan hans starfsferil. Hann á að baki nær 40 ár í starfi sem fæðinga- og kvensjúkdómalæknir, en hefur þó alltaf haldið sig meira á þeirri hlið fagsins sem snýr að meðgönguvernd og fæðingafræði. „Ég valdi þetta fag þar sem það bauð upp á allt nema karlavandamál: bráðalækningar sem fæðingar eru, efnaskiptavandamál, ómtæknina og fósturgreiningar, áhugaverðar og afmarkaðar skurðlækningar, mikil samskipti við byrjun lífsins og við foreldra sem eru að upplifa bestu atburði ævinnar."

Reynir fór á eftirlaun fyrir tæpum 8 árum en hefur ekki setið auðum höndum og er áðurnefnd skýrsla eitt af fjölmörgum verkefnum sem hann hefur komið nálægt. Hann hefur sinnt nefndarstörfum í tengslum við uppbyggingu sérnáms lækna. Þá vann hann síðasta eitt og hálft ár í símaveri Covid-göngudeildarinnar þegar álagið þar var sem mest. Hann er enn að leiðbeina einum doktorsnema. Í fyrra fylgdi hann eftir útgáfu á sögulegri skáldsögu sem eiginkona hans, Steinunn Jóna Sveinsdóttir heitin, hafði þýtt. Bókin heitir *Dvergurinn frá Normandí*, er eftir Lars-Henrik-Olsen, danskan rithöfund, og fjallar um hinn fræga Bayeux-refil sem saumaður var með aðferð sem varðveittist á Íslandi. Refillinn er þjóðargersemi í Frakklandi.

Ómtæknin opnaði nýja vídd

Þegar Reynir er beðinn um að líta yfir starfsferilinn og nefna hvað standi þar upp úr stendur ekki á svari: „Að hafa átt stóran þátt í því að koma á skipulögðum ómskoðunum fyrir barnshafandi konur á Íslandi, og seinna að vinna við norræna fagtímaritið *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavic*a, sem ég náði að reisa úr lægð og ritstýrði í nokkur ár." Reynir man vel tímann fyrir ómtæknina og hvað hún breytti miklu. „Með ómtækninni opnaðist alveg ný vídd. Ég var annar læknirinn sem lærði að ómskoða hér á landi og náði að sjá yngri dóttur mína í ómskoðun þegar þessi tækni var nýlega komin til Íslands. Það var 1976, mánuði áður en dóttirin kom í heiminn. Ég hélt reyndar að hún væri strákur þar sem það sást eitthvað á milli fóta hennar sem reyndist svo vera naflastrengslykkja," segir Reynir og brosir. Hann segir að þó tæknin hafi verið ófullkomin í byrjun hafi ómtæknin aukið skilning á mörgum sjúkdómum og hjálpað til við að fyrirbyggja eða minnka umfang ýmissa vandamála hjá fóstrum. Byrjað var að bjóða öllum barnshafandi konum skipulega ómskoðun á árunum 1984-86 og segist Reynir vera stoltur af því

„Ég valdi þetta fag þar sem það bauð upp á allt nema karlavandamál: bráðalækningar sem fæðingar eru, efnaskiptavandamál, ómtæknina og fósturgreiningar, áhugaverðar og afmarkaðar skurðlækningar, mikil samskipti við byrjun lífsins og við foreldra sem voru að upplifa bestu atburði ævinnar."



Lóð Landspítala er mikil umferðarmiðstöð og nú er nýjasta húsið að koma upp úr grunninum framan við elsta húsið. Landspítali hefur verið starfsvettvangur Reynis Tómasar í hartnær fimm áratugi. Mynd/Védís

að hafa verið með í að koma því á. Aðrir samstarfsmenn hans tóku svo við keflinu, bættu ferlið og byggðu ofan á. „Hitt sem ég er líka stoltur af á starfsferlinum er að hafa endurreist norræna fagtímaritið. Það var einu sinni virt alþjóðlegt tímarit en hafði verið í lægð í ein 20-30 ár. Ritstjórastarfið hentaði mér líka vel. Ég þekkti fólk víða og gat nýtt mér þau sambönd. Þá skipti máli að tímaritið væri á góðri ensku en ég var alinn upp tvítyngdur, hafði svo búið í Bretlandi í ein 8 ár, svo enskan lá vel fyrir mér. Ég hafði mjög gott samverkafólk, bæði ljósmæður og lækna, og í stjórn spítalans var oft fólk sem sýndi málunum skilning," segir Reynir og bætir við að tímaritið sé stöðugt að skapa sér betri sess og gangi vel í dag.

Gamaldags verklag og viðhorf

Fleiri tækninýjungar en ómtæknin komu fram meðan Reynir var starfandi. Hann nefnir til dæmis kviðsjártæknina sem breytti miklu í kvensjúkdómum og í skurðlækningum yfirleitt. Þá segir hann ekki síður mikilvægt að ýmist gamalt verklag og viðhorf lögðust af. Þannig lagði Reynir af þann sið á fæðingardeildinni að raka sköp kvenna og láta þær losa hægðir með stólpípu fyrir fæðingu. „Það var álitið betra að konur væru rakaðar ef það þyrfti að sauma þær og hægðir þóttu óæskilegar í fæðingu, en raunin var sú að það var miklu erfiðara að eiga við rennandi hægðir, sem augljóslega gerðist eftir stólpípuna, heldur en mótaða hægðaköggla. Þetta voru gamaldags viðhorf sem áttu uppruna sinn í sótthræðslu og það var ekki auðvelt að breyta þeim því íhaldssemin var mikil og alls ekki allir sáttir við þessar breytingar. Kristín Tómasdóttir yfirljósmóðir hafði þó skilning á þessu," rifjar Reynir upp.

Fleiri viðhorf breyttust á næstu árum og þá urðu líka breytingar á kynjahlutföllum innan læknastéttarinnar, en árið 1981 kom fyrsta konan (Þóra Fischer) í starf sérfræðings í kvensjúkdómum hér á landi. „Þegar konan mín eignaðist eldri dóttur okkar árið 1971 var ekki vani að feður væru viðstaddir fæðingar barna sinna. Ég fékk hins vegar að vera viðstaddur þar sem ég var læknanemi, og ég man að vinum mínum fannst það stórmerkilegt," rifjar Reynir upp en það var ekki fyrr en nokkrum árum seinna að karlmenn fóru að koma með í fæðingar og seinna að fylgja konum sínum í mæðraverndina. „Tíðarandinn breyttist og karlmenn voru ekki lengur í eins einhæfum störfum, heldur fóru þeir að vinna störf þar sem þótti sjálfsagt að þeir skryppu frá til að vera viðstaddir meðgönguvernd eða fæðingu. Ég fann það sjálfur hvað það skipti eiginkonu mína miklu máli, og svo mig sem verðandi föður, að ég væri viðstaddur fæðingu dætra okkar. Starfsfólkið fór líka að skynja þetta. Konum leið andlega betur að hafa ástvin sem þær treystu og þekktu með í fæðingunni, en ekki bara einhvern þægilegan heilbrigðisstarfsmann. Sem betur fer höfum við heilbrigðisstarfsfólk áttað okkur betur á því hvernig á að koma fram við fólk og höndla tilfinningar þess, sem er ekki síður mikilvægt en tækniframfarirnar," segir Reynir.

Færa þarf sérnám lækna heim

Aðspurður að því hvað mætti betur fara í faginu í dag, segir Reynir að hann sé nú kannski ekki rétti maðurinn til þess að svara því þar sem hann sé ekki innanbúðarmaður á kvennadeild Landspítala lengur, en hann stýrði deildinni í 20 ár. „Mér finnst þó mikilvægt að ljósmæður og fæðingalæknar vinni vel saman. Læknarnir hafa lengra og víðtækara sérnám og vita meira um margt sem varðar líffræði og sjúkdómafræði þungaðra kvenna, en á móti kemur reynsla og þekking ljósmæðra af umönnun og hjúkrun. Þetta þarf að tvinnast saman. Þá er mikilvægt að færa sérnám lækna hingað heim eins og nú er verið að gera, stytta dvöl þeirra erlendis, því eftir því sem sérnámið er lengra úti eru meiri líkur á því að fólk komi ekki til baka og við megum ekki við því."

Það er ekki hægt að sleppa Reyni án þess að spyrja hann útí hvað sé framundan nú þegar skýrslunni hefur verið skilað. Hann svarar því til að meðan hann hafi enn kraft og löngun til að gera gagn muni hann halda því áfram og honum leggist alltaf eitthvað til í þeim efnum. Fleira kemst þó líka að. Síðasta vetur dvaldi hann til dæmis tæpa fjóra mánuði í Evrópu, mest í Frakklandi, og á sér drauma um fleiri ferðalög. „Ég sagði oft við konuna mína að við ættum að hafa 10 plön í gangi í einu því þá yrðu þrjú til fjögur að veruleika. Ef engin eru plönin eða draumarnir, þá gerist ekki neitt."

Lyf án skaða, alþjóðlegt átak um öryggi sjúklinga

Aðalsteinn Guðmundsson
öldrunarlæknir
adalstg@landspitali.is

Jón Steinar Jónsson
heimilislæknir
jon.steinar.jonsson@heilsugaeslan.is

Amelia Samuel
verkefnastjóri
amelia@landspitali.is

Verkefnið Lyf án skaða er alþjóðlegt gæðaátak sem Alþjóðaheilbrigðisstofnunin stendur fyrir og var hleypt af stokkunum árið 2017. Hérlendis hófst verkefnið árið 2020 og er í umsjón stýrinefndar undir forystu landlæknis.

Bakhjarlar verkefnisins eru Embætti landlæknis og heilbrigðisráðuneytið en helstu samstarfsaðilar eru Landspítali, Sjúkrahúsið á Akureyri (SAK), Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu, Læknafélag Íslands, Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, Lyfjafræðingafélag Íslands og Lyfjastofnun. Amelia Samuel, verkefnastjóri á gæðadeild Landspítala, er framkvæmdastjóri verkefnisins.

Óvænt atvik og frávik sem verða í meðferð sjúklinga í heilbrigðisþjónustu víða um heim má helst rekja til mistaka við umsýslu lyfja og/eða aukaverkana af völdum lyfja. Mesta hættan er þegar sjúklingur þarfnast margra lyfja hverju sinni (fjöllyfjameðferð) eða þegar viðkomandi flyst milli þjónustueininga í heilbrigðiskerfinu.

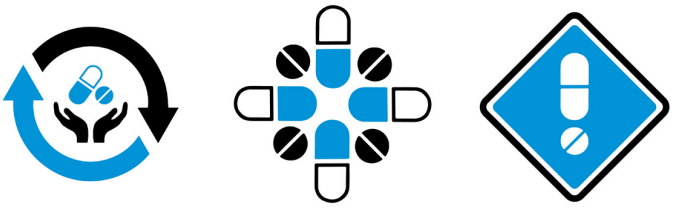
Markmið verkefnisins er að draga úr alvarlegum skaða af völdum lyfja um 50% á næstu 5 árum. Á þessu stigi er lögð áhersla á þrjá þætti:

- bæta lyfjaöryggi við flutning upplýsinga og meðferðar milli aðila innan heilbrigðisþjónustunnar
- draga úr óviðeigandi fjöllyfjameðferð
- stuðla að öruggari notkun áhættusamra lyfja

Til að ná markmiðum verkefnisins þarf að vinna að umbótum á mörgum sviðum, verkferlum, tæknilausnum, þjálfun heilbrigðisstétta og efla aðkomu lyfjafræðinga, bæði innan og utan stofnana. Einnig felast mörg tækifæri í að valdefla notendur lyfja með aðgengilegum upplýsingum um lyf, fræðslu um lyf og aðrar meðferðarleiðir ásamt virkri þátttöku í eigin meðferð.

Heimasíðan *landspitali.is/lyfanskada* var formlega opnuð og kynnt á Læknadögum í mars. Þar er að finna allar helstu upplýsingar um verkefnið og framvindu þess.

Það er von þeirra sem standa að verkefninu Lyf án skaða að sú markvissa gæðaþróun sem er hafin á þessum vettvangi muni vekja áhuga meðal lækna, styrkja teymisvinnu og leiða á næstu árum til umbóta sem bæta öryggi í lyfjameðferð á Íslandi.



Frá samskiptadeild Landspítala

landspitali.is/lyfanskada



„Vil sjá fleiri velja þessa sérgrein“

Unnur Steina Björnsdóttir er astma- og ofnæmislæknir, klínískur ónæmisfræðingur og forstöðulæknir fyrir sérhæfða astmamóttöku (SAM) á deild A3 á Landspítala í Fossvogi og rekur stofu í Læknasetrinu í Mjódd

Olga Björt Þórðardóttir

Ofnæmis-, astma- og ónæmissjúkdómar eru meðal algengustu sjúkdóma á Vesturlöndum. Unnur Steina segir að bylting hafi orðið í meðferð sjúklinganna. „Þetta eru gríðarlegir spennandi tímar í læknavísindunum og okkur óraði ekki fyrir þessum möguleikum fyrir nokkrum árum. Skilningur á ónæmisfræði sem liggur að baki tilurð þessara lyfja hefur gert það að verkum að mjög sérhæfð meðferð hefur orðið til sem beinist að tilteknum skotmörkum í ónæmisferlinu.“ Mikil gleði fylgi starfinu þar sem sjúklingarnir segist hafa fengið nýtt líf.

Um 300 manns eru í líftæknimeðferð við astma núna og ástríðan skín úr augum Unnar Steinu þegar hún útskýrir hvernig hægt er að meðhöndla vel sjúkdóma með því að þekkja ónæmisfræðina á bakvið astmann. „Það líkist stundum kraftaverki að upplifa árangur þessarar meðferðar, eitthvað sem ég hélt að ég myndi aldrei upplifa því þetta var framtíðarlæknisfræði. Núna höfum við skilning á öllum ónæmisfræðiþáttum í helstu sjúkdómum og líftæknimeðferð við flestum þeirra sem slökkva á þeim og fólk fær algjörlega nýtt líf.“ Í stað þess að nota til dæmis stera sem hafa áhrif á öll helstu líffæri en einnig aukaverkanir sé líftæknimeðferð eins og leyniskytta sem staðsetur það viðtæki sem sé gallað hjá sjúklingnum og tekur það út. Auk þess eru aukaverkanir nánast óþekktar. „Það eru forréttindi að fá að stunda læknisfræði í dag. Sjúklingarnir eru svo þakklátir og flestir fá verulegan bata eða læknast. Hins vegar er þessi meðferð aðeins ætluð sem viðbótarmeðferð fyrir þá sem eru í fullri lyfjameðferð við astma en eru engu að síður með slæm einkenni. Gallinn er að þessi lyf eru dýr.“

Miklar framfarir hafa átt sér stað fyrir sjúklinga með slæmt frjónæmi. Afnæmismeðferð er ævagömul meðferð. En ný meðferð með töflum breytir svörun ónæmiskerfisins á þann hátt að grasofnæmi og birkiofnæmi getur læknast eða lagast. „Með einni töflu á dag í þrjú og hálft ár myndast þol við ofnæmisvakanum. Hjá sjúklingum með bresti í ónæmiskerfi er möguleiki að bæta líf þeirra og fækka sýkingum með mótefnagjöf í æð eða með heimadælu.“

Fékk starf og eiginmann í sama viðtalinu

Unnur Steina fór til náms í lyflækningum til Bandaríkjanna, til Madison Wisconsin. „Þar ætlaði ég annaðhvort í lungnalækningar (Steinn Jónsson smitaði mig af áhuganum!) eða smitsjúkdóma (Sigurður Guðmundsson hvatti mig). Á öðru ári hlustaði ég á prófessor William Busse halda erindi um ónæmisfræði og astma og ég fékk bókstaflega vitrun!“ Busse er eitt stærsta nafnið í heiminum í astmafræðum og hefur birt yfir 800 ritrýndar greinar og var einn af upphafsmönnum líftæknimeðferðar. „Hann varð lærifaðir minn. Busse var áhugamaður bæði um hvernig rhinovirus veldur astma-versnun en ekki síður hvaða hlutverki eosinophilar hafa að gegna í astma og þaðan kemur þessi áhugi minn á T2 bólgu.“

„Eftir þrjú ár í lyflækningum í fór ég í mörg viðtöl til að komast í undirsérgreinina: astma-, ofnæmis- og ónæmisfræði. Það má segja að ég hafi fengið starf og eiginmann í sama viðtalinu, því þarna kynntist ég eiginmanni mínum, Kristni Hauki Skarphéðinssyni dýravistfræðingi. Mjög praktískt!“

Þegar hún kom heim var engin staða astma- eða ofnæmislæknis laus. „Með hjálp Þorsteins Blöndal lungnalæknis og Davíðs Gíslasonar ofnæmislæknis fékk ég stöðu aðstoðaryfirlæknis berkla á Heilsuverndarstöðinni og hóf stofurekstur í Læknasetrinu. “

Samheldinn hópur opnar miðstöð á Höfða

„Samhliða starfi mínu sem forstöðulæknis Astmamótttökunnar á Landspítala hyggjumst við nokkur stofna astma- og ofnæmismiðstöð á Höfða þar sem saman koma nokkrir úr minni sérgrein en einnig aðrar greinar sem tengjast okkur eins og húðlæknar og vonandi lungnalæknar og þangað geta heimilislæknar geta vísað sjúklingum.“

Á Íslandi eru 18 ofnæmis- og ónæmisfræðinga. Unnur Steina segir mikla vináttu og gleði ríkja hjá þeim. „Það er heiður að fá að tilheyra þessum góða hópi lækna. Við erum meira að segja með Félag íslenskra ofnæmisfræðinga í hestamennsku!“

Algengustu sjúkdómar sem Unnur Steina og kollegar hennar sjá eru frjónæmi, dýraofnæmi, mygluofnæmi, rykmauraofnæmi og einnig fæðuofnæmi og lyfjaofnæmi. „Auk þess eru margir með bæði ofnæmistengdan astma og fullorðinsastma. Þeir eru oft með ýmsa fylgisjúkdóma eins og sepa í afholum nefs, bakflæði, offitu, kæfisvefn og oföndun sem þarf að greina og taka á.“ Fleiri sjúkdómar eru þina og ofsabjúgur. Unnur Steina nefnir einnig dæmi um arfgengan ofsabjúg sem geti verið bæði erfiður og lífshættulegur, en hann einkennist af gríðarlegum bjúg í andliti auk kviðverkja vegna bólgu í görnum. Rétt greining leiðir til meðferðar með sértækum líftæknilyfjum og geti bætt lífsgæði. „Það bætast stöðugt nýir sjúkdómar við sérgreinina



„Aðstæður hér eru erfiðar. Samningsleysi sérfræðilækna við Sjúkratryggingar Íslands hefur takmarkað aðgang lækna sem hafa lokið sérnámi að komast á samning," segir Unnur Steina Björnsdóttir. Mynd/Olga Björt

og dæmi um það er rauðkirnings-vélindabólga sem lýsir sér með kyngingarörðugleikum. Ekki má gleyma bráðaofnæmiskasti sem er lífshættulegur sjúkdómur."

Fyrirsjáanlegur er gríðarlegur mönnunarvandi í þessu fagi og aðeins örfáir erlendis að tileinka sér fræðin. „Það sem gerir sérgreinina sérstaklega áhugaverða er að nú þekkjum við bólguboðleiðirnar sem liggja að baki æ fleiri sjúkdómum og skiljum hvernig lyf gegn þeim virka." Hægt er að læra ofnæmis- og ónæmisfræði vestanhafs og austan. Grunnurinn er alltaf annaðhvort lyflækningar eða barnalækningar og svo sérnám í tvö til þrjú ár. Lögð er áhersla á alla þrjá þættina í náminu: astma-, ofnæmis- og ónæmisfræði.

Húðpróf, blóðrannsóknir og öndunarmælingar

Flestir ofnæmislæknar eru einnig sérfræðingar í ónæmisfræði eða klínískri ónæmisfræði og sérhæfa sig í ýmsum ónæmissjúkdómum en þó sérstaklega ónæmisbresti eins og sértækum mótefnaskorti. „Til þess að greina þessa sjúkdóma gerum við húðpróf eða blóðrannsóknir og niðurstöðurnar eru bæði sértækar og næmar. Hægt er að spá fyrir um þá með yfir 95% vissu. Spennandi nýjung í fæðuofnæmi er að nú er að hægt að sundurgreina molecular componenta með sértækri blóðrannsókn til þess að aðgreina hvort um lífshættulegt fæðuofnæmi sé að ræða eða ekki. Þetta á við um bæði jarðhnetu- og heslihnetuofnæmi. Varðandi astma eru ýmis tæki notuð eins og öndunarmælingar og mælingar á bólgu í öndunarfærum (FeNO) en þannig er bæði hægt að meta bólgu og fylgjast með meðferðarárangri. Ónæmisbrestir eru greindir með flóknum blóðrannóknum."

„Kennslan hefur veitt mér gríðarlegan innblástur. Ég var yfirlæknir við ofnæmisdeild Landspítala og dósent við læknadeild. Stór hluti af starfinu eru fyrirlestrar á þingum og ráðstefnum. Þannig hef ég fengið að ferðast um allan heim og kynnst helstu sérfræðingum í minni grein."

Raki, mygla og hreinsiefni

Umræða hefur verið um raka og myglu, og veikindi fólks vegna raka og myglu í skólum og á vinnustöðum þar sem viðhaldi hafi ekki verið sinnt, sérstaklega á vegum hins opinbera. Unnur Steina segir að vandinn við mygluóþol sé að innan við 5% séu með mygluofnæmi sem getur valdið slæmum astma og ofnæmi, en langflestir séu með önnur einkenni sem erfitt er að skilgreina. „Rakinn veldur jafn miklum skaða og myglan, þar sem raki í byggingarefnum losar rokgjörn efni. Aðeins um 20% finna fyrir þessu en hin 80% finna ekki fyrir neinu og skýrir kannski skilningsleysi á vandanum. Mikilvægt er að við læknar hlustum á sjúklingana og tökum einkennin alvarlega."

Nýjar rannsóknir sýna skaðsemi hreingerningarefna og aukaefna sem bætt er í matvæli til að auka samloðunarhæfni þeirra. Unnur Steina segir að margt bendi til þess að hreinsiefni hafi áhrif á ofnæmismyndun og hafi bein áhrif á yfirborðsþekju í nefi, berkju, meltingarvegi og húð. „.Ef til vill er aukin notkun þessara efna ein af skýringum þess að astma- og ofnæmistilfellum fer fjölgandi."

Staðan hér heima

„Aðstæður hér eru erfiðar. Samningsleysi sérfræðilækna við Sjúkratryggingar Íslands hefur takmarkað aðgang lækna sem hafa lokið sérnámi að komast á samning. Þetta hindrar nýliðun og hefur áhrif á innleiðingu nýrrar þekkingar. Nú ríður á að SÍ komi til móts við sérfræðilækna. Ekki hefur verið bætt nýjum læknisverkum í samninga lengi og laun sérfræðilækna hafa ekki fylgt launavísitölu. Þetta er ekki aðlaðandi umhverfi til að snúa heim til eftir langt og strangt nám. Það eru margir hérlendir sérfræðingar að gefast upp og fara út aftur. Bætt aðstaða og kjör sjálfstætt starfandi lækna myndu fjölga læknum. Töluverð umræða hefur verið um að flytja af bráðasjúkrahúsinu verk sem hægt er að vinna annars staðar þannig að spítalinn geti einbeitt sér að því sem hann þarf að sinna og gerir vel. Heilbrigðisráðherra hefur sýnt þessu áhuga."

„Eins og staðan er núna er meðalaldur okkar orðinn hár og mjög fáir í námi. Við vitum um einn í fullorðinsofnæmis- og ónæmislækningum í Svíþjóð og ég held tveir í barnalækningum."

Læknanemar kynnast astma- og ofnæmislækningum á göngudeild í Fossvogi og á ónæmisfræðideild Landspítala. „Þetta eru virkar deildir með starfandi aðstoðar- og deildarlæknum. En ef upp koma mönnunarvandamál annars staðar er þeim kippt héðan. Ég hef á stofunni minni haft læknanema en það þyrfti að auka samstarf stofulækna og Háskóla Íslands. Deildarlæknar í lyflækningaprógramminu fara á mis við að sjá þann fjölbreytileika sem við sjáum á stofunum okkar. Oft gríðarlega sjaldgæfa og flókna sjúkdóma."

Spennandi og gefandi fræðigrein

Unnur Steina hvetur unglækna til þess að kynna sér sérgreinina og nefnir sérstaklega fjölbreytni starfsins og sveigjanlegan vinnutíma auk tækifæra til rannsóknarvinnu. „Ég var innanbúðar í rannsóknum hjá Íslenskri erfðagreiningu í tvö ár. Við höfum birt gríðarlega mikið um erfðafræði astma og vorum fyrst til að finna astma-genin í gegnum eosinophila."

Unnur Steina brennur fyrir starf sitt. „Þess eru mörg dæmi að læknar komnir á aldur eru enn á fullu og vilja ekki hætta að lifa og hrærast í þessum fræðum. Það sem við eigum sameiginlegt er vita að það að vera góður læknir er að hlusta á sjúklingana og hafa ástríðu fyrir því að skilja og viðurkenna vandann sem þeir standa frammi fyrir," segir hún að lokum.

Bólgueyðandi plástur gæti gagnast við slitgigt

Helgi Jónsson, sérfræðingur í lyf- og gigtarlækningum við lyflækninga- og bráðaþjónustu Landspítala, var í byrjun maí útnefndur heiðursvísindamaður Landspítala 2022 fyrir framúrskarandi framlag til vísinda á ferli sínum. Helsta áhugasvið Helga er sjúkdómurinn slitgigt sem hann hefur rannsakað í 30 ár. Óhætt er að segja að árið í ár sé viðburðaríkt hjá Helga því auk þess að láta af störfum á Landspítala og í Háskóla Íslands eiga hann og eiginkona hans gullbrúðkaup í haust

Olga Björt Þórðardóttir

Blaðamaður hitti Helga á fallegu heimili hans og eiginkonunnar, Kristínar Færseth framkvæmdastjóra, við Bergstaðastræti. Afi Helga var nafni hans Ingvarsson, fyrrum yfirlæknir á Vífilsstöðum, og segir Helgi að áhuginn á að verða læknir hafi líklega komið frá honum. „Grúskið er mér líka eiginlega í blóð borið því báðir foreldrar mínir voru doktorar í sagnfræði. Faðir minn lést þegar ég var fjögurra ára og mamma varð þá ein með þrjá syni. Helgi afi var mín fyrirmynd í alla staði og að einhverju leyti mín föðurímynd og við vorum mörg barnabörnin þarna í kringum ömmu og afa sem bjuggu á Vífilsstöðum," rifjar Helgi upp. Sem strákur spilaði hann og keppti bæði í skák og bridds og var meðal annars í ungmennalandsliði og í Ólympíulandsliði Íslands í bridds árið 1980. Briddsið vék hins vegar til hliðar vegna anna.

Varð efnilegasti ungi gigtarlæknir á Norðurlöndunum

Helgi fór í sérnám og doktorsnám til Lundar í Svíþjóð árið 1981. Doktorsritgerðin var um sjaldgæfan gigtarsjúkdóm sem kallaður er Lúpus. „Árið sem ég fæddist (1952) var birt rannsókn þar sem fram kom að 25% þeirra sem fengu gigtarsjúkdóminn Lúpus voru lifandi eftir 5 ár. Þetta var nánast dauðadómur á þeim tíma. Þá var líka aðallega verið að greina allra veikasta fólkið og ekki nægjanleg þekking til á því hvernig ætti að meðhöndla sjúkdóminn. Síðar komu ný lyf og lífslíkur jukust mikið. Þetta fannst mér heillandi viðfangsefni að glíma við. Daginn sem ég kom á gigtardeildina í Lundi kom til mín nýskipaður og metnaðarfullur prófessor, Frank Wollheim, sem var að leita að efnilegum ungum sérnámslæknum og ég naut góðs af því og fékk mjög góða þjálfun." Helgi fékk í kjölfarið viðurkenningu sem efnilegasti gigtarlæknir í rannsóknum á Norðurlöndum 1988.

Þurfti að finna sér nýtt rannsóknasvið

Eftir að hafa lokið doktorsprófi kom Helgi til Íslands og komst að því að nær allir Lúpus-sjúklingar á Íslandi gengu hjá öðrum gigtarlækni. „Ég varð því að finna mér eitthvað nýtt rannsóknarsvið, nýkominn heim með fimm manna fjölskyldu og ekki með fasta vinnu. Ég var kominn með mikla reynslu og slitgigtin heillaði mig sem verkefni. Ég skynjaði hversu algengt vandamál hún er. Handaslitgigt vakti sérstakan áhuga minn, meðal annars vegna þess að hún er mjög arfgeng og mikilvægi góðrar skoðunar til að greina hana." Áður fyrr hafði verið talað um handaslitgigt sem hnýttar og vinnulúnar hendur en Helgi segir það vera alrangt því handaslitgigt sé lítið eða ekki vinnuálagstengd. „Hún er algengari hjá konum og gýs oft upp á breytingaskeiði og lýsir sér í sársauka í fingrum við ýmsar athafnir daglegs lífs." Helgi segist um þessar mundir vera að skoða með lyfjafræðideild Háskóla Íslands hvort hægt sé að útbúa plástur með bólgueyðandi efni sem myndi stöðva staðbundin bólguköst í fingurliðum. „Hægt væri að sofa með plástur þar sem lyfið fer fyrst og fremst inni í liðinn og hætta á aukaverkunum minnkar. Þetta gæti komið til rannsóknar innan tíðar og svo kemur í ljós hvort það virkar."

Merki um slitgigt sýnileg hjá öllum fertugum

Slitgigt er einnig algeng í mörgum öðrum liðum líkamans. „Ef teknar eru röntgenmyndir af fólki og leitað að merkjum um slitgigt, þá er hægt að sjá merki um hana hjá öllum sem eru orðnir fertugir. Sem betur fer eru þó margir sem finna lítið eða ekkert fyrir henni," segir Helgi.

Almennt séu tengslin við álag og vinnu ekki sérstaklega sterk, en sýnileg álags- og



Helgi er heiðursvísindamaður Landspítala 2022 og á að baki farsælan feril. Mynd/Olga Björt Þórðardóttir

áverkatengd slitgigt sé áberandi í hnjám knattspyrnukappa og í fleiri íþróttagreinum. „Fótboltinn er skaðvaldur, því miður; högg, spörk, pústrar og grófar tæklingar. Minnihluti atvinnuknattspyrnumanna kemst í gegnum ferilinn með heil hné. Ég hef sérstakar áhyggjur af kvennaboltanum því konur byrja með 40% minna brjósk í hnjám en karlar og mýkri liðbönd, sem veldur því að þær þola höggin síður. Þess vegna skiptir máli að ekki séu leyfð of harkaleg átök í þessari íþrótt.“ Hann tekur jafnframt fram að allt venjulegt álag tengt hreyfingu innan eðlilegra marka sé gott og liðirnir gerðir til að nota þá.

Íslendingar í fremstu röð í rannsóknum á slitgigt

Helstu samstarfsaðilar Helga í rannsóknum hans á slitgigt hafa verið Íslensk erfðagreining og Hjartavernd en hann hefur einnig verið í samstarfi við vísindamenn úr öllum heimsálfum. Markmiðið sé ljóst og það er að bæta meðferð sjúkdómsins. „Nú er svo komið að það hillir undir lyfjameðferð sem gæti breytt gangi sjúkdómsins verulega, svipað og gerst hefur í mörgum öðrum gigtarsjúkdómum. Íslendingar eru á toppnum í slitgigtarrannsóknum og þar er ég á fullu. Þegar ég leitaði að ættarhópum til rannsókna á slitgigt var áhuginn hjá sjúklingunum mjög mikill og ég hef kynnst mörgu fólki og lært mikið um ættfræði. Erfðafræðirannsóknir á okkar einstöku þjóð hafa gefið okkur ákveðið forskot og aukið líkurnar á því að okkar þekking nýtist við leitina að meðferð sem getur stöðvað slitgigtarsjúkdóminn.“

Staða þekkingar á slitgigt er að sögn Helga orðin slík að fjöldinn allur af lyfjum stöðvar sjúkdóminn í dýratilraunum þótt enn sé ekki nægilega vel vitað hvaða sjúklingar hafa gagn af þeim. „Það er langt í land og lyfjarannsóknir taka langan tíma vegna þess hvað sjúkdómurinn er hægfara. Líftæknilyf hafa gjörbreytt meðferð og horfum á iktsýki á síðustu 20 árum og ég vona að hægt verði að ná þeim árangri í slitgigt“.

Sem prófessor hefur Helgi kennt langflestum unglæknum á Íslandi og þannig hefur það verið í áratugi. Hann segir verulega skemmtilegt að kenna læknisfræði. „Margir unglæknar hafa skrifað sínar fyrstu greinar undir minni leiðsögn og ég hef reynt að smita þá af læknisfræðiáhuganum, svipað og Jón Þorsteinsson prófessor heitinn smitaði mig þegar ég var ungur“.

Undir lok viðtalsins berst talið að framtíðarmálum lyf- og gigtarlækninga, en Helgi hefur áhyggjur af mönnuninni. „Árgangarnir fram að mínum komu að stærstum hluta heim eftir sérnám. Hugarfarið var þannig að þú fórst út í nám til þess að standa þig hérna heima. Nú er vandinn sá að fólk kemur ekki aftur heim vegna þeirrar óvissu sem því fylgir og vegna þess hvað það er vel sett erlendis“. Svo fari þeim fjölgandi sem velji að fara ekkert út í sérnám. Helgi hefur áhyggjur af því að ef hátt hlutfall íslenskra lækna fer ekki út í sérnám þá komi það niður á gæðum læknaþjónustu á Íslandi. „Það er verið að reyna að veita gott sérnám hér í mörgum greinum, en ég held að það verði aldrei sambærilegt og að vera með reynslu frá stóru sjúkrahúsunum í löndum með milljónir íbúa“.

Alls ekki hættur

Þá séu einnig breytingar á læknavinnunni nú til dags; tempóið meira, minni tími til að hugsa og grúska og lítill tími til rannsókna. „Háskólaspítalar hinna Norðurlandanna eyða miklu meira fjármagni í rannsóknir en hér er gert. Mælikvarðar eins og tilvitnanir í íslenska vísindamenn og slíkt eru á niðurleið. Áhuginn á vísindavinnu er sannarlega til staðar og gott fólk, en líklega hefur okkur ekki tekist að skapa nægilega góð skilyrði fyrir þann hóp. Þar þurfum við að bæta okkur. Helgi tekur þó fram að það sé líklega í eðli allra sem eru að ljúka starfsferli sínum að þeim finnist sumt hafa versnað með tímanum. Hann segist alls ekki vera hættur í rannsóknum þó hann hætti senn á Landspítala. „Frank Wollheim, sem er 20 árum eldri en ég, er enn á fullu í rannsóknum. Ég vona að ég fái að hafa vit og heilsu til þess að halda áfram eins og hann.“

Mönnun lækna á landsbyggðinni



Ingvar Freyr Ingvarsson
hagfræðingur
Læknafélags Íslands
ingvar@lis.is



Steinunn Þórðardóttir
öldrunarlæknir
formaður Læknafélags Íslands
steinunn@lis.is



Súsanna Björg Ástvaldsdóttir
læknir
á Ísafirði
susanna.astvaldsdottir@hvest.is

Eins og áður hefur komið fram í *Læknablaðinu* hefur Læknafélag Íslands (LÍ) gert spálíkan um mannaflaþörf lækna til ársins 2040. Í þessari grein verður sjónum beint að mönnunarstöðu lækna á landsbyggðinni. Öflug heilsugæsla í nærumhverfi er sjálfsagður réttur allra íbúa landsins og mikilvægur liður í byggðaþróun.

Í stjórnsýsluúttekt Ríkisendurskoðunar, *Heilsugæsla á landsbyggðinni*[1] frá árinu 2018 kom meðal annars fram að grípa verði til markvissra aðgerða til að bregðast við læknaskorti á landsbyggðinni og áhersla lögð á mikilvægi þess að sett verði fram heildstæð heilbrigðisstefna samhliða því.

Samkvæmt upplýsingum frá forstjórum heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni um fjölda stöðugilda, heimilislækna, annarra lækna og fjölda verktaka árið 2021,[2] eru einungis 55% stöðugilda lækna (59,45 fastráðnir af 106,3 stöðugildum) á landsbyggðinni mönnuð af fastráðnum heimilislæknum og öðrum læknum en verktakar manna 26% stöðugilda (27,4 stöðugilda af 106,3 stöðugildum). Það kemur einnig fram að það vanti lækna í um 19% stöðugilda (20,45 stöðugildi af 106,3 stöðugildum).

Á næstu 5 árum fara um 20 af 64 fastráðnum læknum á eftirlaun, eða um 24%, en ef litið er til næstu 10 ára verða um 32 fastráðnir læknar komnir á eftirlaun, eða um 33%. Ljóst er að ef ekkert er gert mun staðan á landsbyggðinni versna þar sem endurnýjunin er ekki nægjanleg. Tölurnar varpa ljósi á hve illa heilbrigðisstofnunum gengur að ráða til sín lækna með fasta búsetu á staðnum þar sem heilbrigðisstofnanir þurfa í síauknum mæli að ráða til sín lækna í verktöku.

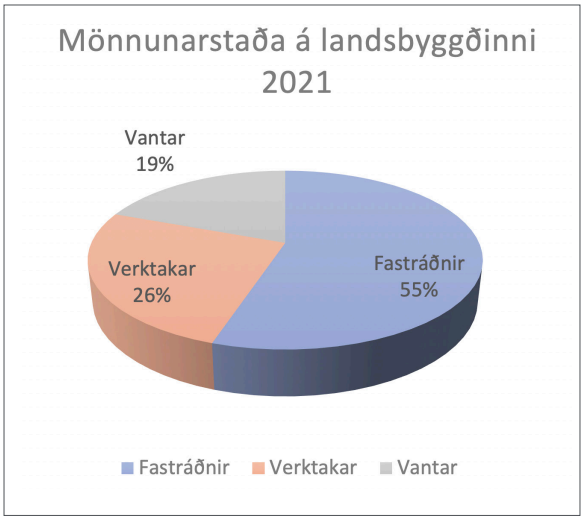
Læknishéruð þar sem einn læknir sinnir dagvinnu eru 14 talsins. Þau eru:

- Blönduós
- Búðardalur
- Djúpivogur
- Grundarfjörður
- Hólmavík
- Kópasker/Raufarhöfn/Þórshöfn
- Neskaupsstaður, heilsugæsla
- Ólafsvík
- Patreksfjörður
- Seyðisfjörður
- Stykkishólmur
- Vík í Mýrdal
- Vopnafjörður
- Þorlákshöfn

Í þessum læknishéruðum eru um 9 verktakar og 5 fastráðnir. Ef fram fer sem horfir á næstu 5 árum verða þrír fastráðnir læknar eftir í þessum héruðum. Heilbrigðisþjónustan þarna byggir því í auknum mæli á tímabundinni verktöku og má lítið út af bera.

Nú hafa landamærin verið opnuð á ný og ferðaþjónustan hefur tekið við sér. Nýjustu spár gera ráð fyrir að fjöldi ferðamanna á Íslandi í ár verði á bilinu 1,4-1,5 milljónir. Stór hluti ferðamanna ferðast út fyrir höfuðborgarsvæðið og um leið fjölgar þeim sem leita sér heilbrigðisþjónustu á landinu öllu. Það tekur meiri tíma að sinna erlendum ferðamönnum þar sem þeir eru oftar en ekki með sértækari þarfir en heimamenn, sem eykur um leið álagið á heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni. Fjármögnun heilsugæslu á landsbyggðinni hefur ekki aukist í takt við þessa vaxandi þjónustuþörf og flækjustig.

LÍ kallar eftir framtíðarsýn varðandi mönnun læknisþjónustu á landsbyggðinni, en rík ástæða er til að hafa áhyggjur af þróuninni næstu árin. Heilbrigðisyfirvöld verða að tryggja að læknisstörf á landsbyggðinni séu samkeppnishæf, vinnuskilyrði verða að vera góð og laun í takt við álag, bindingu og ábyrgð. Gæta þarf þess að hvatar séu til staðar svo læknar kjósi að starfa á landsbyggðinni. Heilbrigðiskerfið verður að geta staðið undir og sinnt hlutverki í nærumhverfi sínu, enda er góð og örugg heilbrigðisþjónusta ein af lykilforsendum búsetu í dreifðari byggðum landsins sem og í þéttbýli.



Heimildir

1. Heilsugæsla á landsbyggðinni. Skýrsla til Alþingis. Ríkisendurskoðun Apríl 2018. Heilsugaesla_a_landsbyggdinni.pdf - maí 2022.
2. Fulltrúar LÍ í vinnuhópi um bókun 7 skv. kjarasamningi LÍ og fjármála- og efnahagsráð herra sem undirritaður var 7. desember 2020.



Á myndinni eru Ingvar, Sigurður Rúnar Sæmundsson sérfræðingur í barnatannlækningum frá Hlýju tannlæknastofu og Nanna Hákonardóttir aðstoðarkona tannlæknis.

Dagur í lífi svæfingalæknis

Þóroddur Ingvarsson

á Læknastofum Akureyrar

01:00 Bíb, bíb, bíb, bíb. Ohh, hvað er þetta? Sný mér á koddanum, kíki á símann, dexcom follow appið er með viðvörun, hár blóðsykur. Nokkuð dæmigert miðað við tíma sólarhrings, stundum rýkur blóðsykurinn upp hjá börnunum eftir að þau eru sofnuð, stundum ekki. Annað af tveimur er með háan blóðsykur og fær bónus af insúlíni. Athuga blóðsykurinn hjá hinum sykursýkiseinstaklingi heimilisins, hann er fullkominn og örin beint fram. Legg mig og fljótur að sofna aftur. Mikilvægur eiginleiki svæfingalæknis að vera fljótur að vakna og fljótur að sofna, algjört lykilatriði.

03:00 Bíb, bíb, bíb, bíb. Ohh, hvað nú? Dexcom follow sendir viðvörun, lágur blóðsykur. Fer á fætur. Þröngva nokkrum þrúgusykurtöflum upp í hálf sofandi barn, bíð þar til ég sé að þeim er skilað niður í maga, stoppa basal insúlíngjöfina í 1 klst. Þetta virðist duga, blóðsykur hættur að lækka og er á leið upp. Þvílík himnasending sem þessir blóðsykursíritar eru. Legg mig aftur.

06:30 Vekjaraklukkan hringir. Kaffi og ræs á liðið. Bíddu var það ekki í dag sem ég ætlaði að byrja nýtt líf? Hugleiða á hverjum morgni, æfa á morgnana, borða hollt, bara borða ketó eða vegan eða ketóvegan. Jú, það var eitthvað sem hljómaði sem góð hugmynd í gær. Kaffi, annar kaffi. Allir vaknaðir og komnir í gang.

07:15 fer af stað niður á Glerártorg á Akureyri í vinnuna. Þar eru Læknastofur Akureyrar til húsa. Fjölbreytt starfsemi, móttaka, speglanir og tvær skurðstofur. Æða-, almennar, þvagfæra-, bæklunar-, HNE-skurðlækningar og svæfingar fyrir tannlækna.

07:30 Mættur. Er ekki fyrstur á staðinn, Valur þvagfæraskurðlæknir er mættur. Hvenær mætir hann eiginlega í vinnuna (???) og svo hjólar hann allt líka, óþolandi, pottþétt búinn með Wim-Hof-öndunaræfingar eða jóga í morgunsárið.

Skipti um föt, ræsi öndunarvélina, tek til öll lyf og búnað fyrir daginn, keyri vélina í gegnum „full test“, athuga stöðuna á súrefninu. Hér er ég einn svæfingalæknir, enginn svæfingahjúkrunarfræðingur í teyminu, en verð umkringdur kröftugu og jákvæðu starfsfólki innan skamms. Þetta er töluvert öðruvísi vinnustaður en hinn vinnustaðurinn minn, Sjúkrahúsið á Akureyri. Mjög góð blanda að geta unnið á báðum stöðum.

08:00 Tannlæknirinn mættur og fyrsti sjúklingur dagsins tekinn inn kl. 8:00.

08:00–12:00 Hitti þrjú börn á aldrinum 2-5 ára. Þau eru samtals með líklega um 20 skemmdir. Hitti þrjá skömmustulega foreldra. Tannskemmdir í börnum eru vandræðalegar. En hverju er um að kenna, spyr ég tannlækninn? „Jú - vanrækslu og foreldrum sem spyrja barnið hvort það vilji bursta tennurnar og svo glerungsgöllum sem virðast vera hratt vaxandi vandamál og enginn veit af hverju. Og svo foreldrum sem nota ekki tannþráð hjá börnunum sínum!“ Úpps, tannþráð hjá börnum! Vissi ekki að þess þyrfti, hugsa ég. „Agalegt þetta með foreldra sem nota ekki reglulega tannþráð hjá börnunum sínum,“ segi ég með hneykslan í röddinni.

11:00 „Bíddu, er ekkert af börnunum búið að fara að grenja í dag, hvorki fyrir né eftir? Mikið gengur þetta vel,“ segi ég. Ætli það sé búið að rannsaka hvort það séu minni grenjur eftir TIVA miðað við svæfingu með gösum? Ég ætla að gera allt „evidence based“ í vinnunni minni, hugsa ég. En um leið og ég er búinn að sleppa orðinu, heyrist hátt grenj af vöknun. Einhver að vakna og er ekki í góðu skapi. Ohh, hefði betur sleppt að segja þetta upphátt. Aldrei að fagna of snemma.

12:30 Erum aðeins á eftir áætlun, þarf að geta byrjað að vekja síðasta sjúklinginn í síðasta lagi kl. 15:00 svo hann sé farinn heim fyrir kl. 16 svo að dagsplanið gangi upp. Sleppum mat, tek bara kaffi með mér inn á stofuna. Næsti sem ég hitti er aðeins eldri og með einhverfu. Það er mjög mismunandi hversu mikið fólk langar að láta stinga sig með nál, vinur minn hristir ákveðið hausinn og setur upp svip sem fer ekki framhjá neinum þegar minnst er á nál. Hann er stór og stæðilegur og ég myndi verða undir ef við færum að glíma. Sé að við eigum kannski eitt sameiginlegt áhugamál. „Hvaða ís finnst þér bestur?“ spyr ég. Færist bros yfir minn mann. Ég held áfram. „Mér finnst súkkulaðiís bestur. Þú verður að fá þér stóran ís þegar þú ert búinn hjá tannlækninum.“ Á meðan við ræðum um ístegundir er hjúkrunarfræðingurinn á stofunni búin að setja stasa og smella inn nál. Gefum innleiðingarlyf á meðan við tveir sjáum fyrir okkur þann stærsta súkkulaðiís sem gerður hefur verið.

16:00 Dagurinn gekk upp og allir á leið heim. Sest við tölvu og fyrirtækið mitt sendir reikning á Sjúkratryggingar Íslands fyrir svæfingum dagsins. Tek saman hvert byrjað korter með sjúkling í svæfingu, urðu samtals 28 korter. SÍ borgar fyrirtækinu strax daginn eftir, sem borgar Læknastofunum aðstöðugjöld um næstu mánaðamót. Fyrirtækið mitt borgar svo annað slagið eitthvað fyrir mig eða borgar mér laun í lok mánaðarins, það er dýrt að hafa starfsmann, tryggingagjald, tryggingar og fleira.

16:00–18:00 Heim, skutla krökkunum á æfingar. Fylgist með blóðsykri þeirra á æfingunum, hann á það til að sveiflast hratt upp og niður í boltanum. Undirbúum kvöldmat og ræðum daginn, ég og konan mín. Erum enn svolítið norsk/sænsk og viljum hafa kvöldmat helst fyrir kl. 18.

Eftir 18:00 Krakkarnir, heimalestur, undirbúa morgundaginn. Mikið agalega er ég þreyttur. Ég byrja nýtt líf á morgun, æfi og hugleiði á hverjum degi. Ætla að fylgjast með twitter, lesa bækur, lesa greinar, læra meira um hjartaómun, fara á kaffihús með vinum, verða betri að . . . hrotur.
Bíb, bíb, bíb ...

Inga Lára Ingvarsdóttir
svæfinga- og gjörgæslulæknir,
Sahlgrenska háskólasjúkrahúsinu í Gautaborg
inga.ingvarsdottir@gmail.com



Mynd/Kristinn Ingvarsson

Sjö ár í botninn?

Nýlega var hópeflisdagur í vinnunni og okkur af því tilefni boðið á fyrirlestur um lífsstíl og hamingju. Ég var í mínu króníska þreytuskýi svo ég man ekki fullkomlega innihald fyrirlestursins nema þegar fyrirlesarinn sýndi tölfræði um hamingjuskeið lífsins. Meginskilaboðin voru þau að maður lifir fölskvalaust gleðiskeið á tvítugs- og þrítugsaldri en sekkur svo í þreytu- og vanþrifaspíral frá fertugsaldri og inn á miðjan fimmtugsaldurinn. Eftir það fer að rofa til aftur og maður klífur uppúr myrkrinu, hamingjusamur á ný, uppúr sextugu.

„Ó guð! Sjö ár eftir á botninn," hugsaði ég. Mér þóttu þetta þó undarleg skilaboð því á sama tíma er svo margt frábært að gerast í lífinu. Börnin þrjú algerar gleðibombur þó úlfatíminn geti sært fram grýlu gömlu. Heilsa til að stunda líkamsrækt en þá þarf reyndar að stilla verkjaraklukkuna kl. 5:30 svo það náist fyrir vinnu. Ég verð þreytt við tilhugsunina. Og svo auðvitað full vinna í vannærðu heilbrigðiskerfi.

Líklega benti fyrirlesarinn á að svona þurfi þetta nú ekki að vera og kom með tillögur að leiðum til að takast á við erfiðleika og mótlæti á vinnustað og í lífinu. En þá var ég búin að missa athyglina, sennilega farin að skoða fasteignaauglýsingar í daufri von um að finna húsnæði við hæfi og um leið senda manninum mínum skilaboð um hvort okkar ætti að fylgja hvaða barni í frístundastarf þann daginn. Eða kannski var ég í sífellu að opna tölvupóstinn minn í von um að það væru komnar niðurstöður úr evrópska sérfræðiprófinu sem ég tók skömmu áður.

Fyrir téð próf hafði ég einmitt lært í vaktafríum, ætluðum til að hlaða batteríin, á illa einangruðum opnum skrifstofugangi 15. hæðar sjúkrahússins. Einn yfirmanna minna valsaði óvænt inn einn daginn og komst að því að ég væri að læra fyrir þetta tiltekna próf. Hann varð heldur hissa og spurði: „En af hverju ert þú að taka þetta próf? Finnst þér þú þurfa að sanna eitthvað fyrir klíníkinni, eða fyrir sjálfri þér?" Mér varð orða vant, vissi kannski ekki sjálf svarið. Ég umlaði eitthvað á þá vegu og bætti við að ég hefði ekki mikinn tíma til að læra í fullri vinnu og með þrjú lítil börn heima og að prófið væri góður hvati. „Ó hvort ég man eftir smábarnalífinu!" svaraði hann. „Þá nýtti ég öll kvöld og nætur í lestur til að halda við þekkingu." Ég þakkaði pent fyrir þessi góðu ráð. Hugsanlega hafði ég nú lært einhver bjargráð sem ung kona í námi og vinnu innan spítalans sem gerði mér kleift að dvelja ekki of lengi við þessi ummæli yfirmanns míns, heldur hafa bara gaman af þeim.

Mér hafði einnig að mestu tekist að leiða hjá mér ummæli sama manns skömmu áður þegar ég hafði látið það út úr mér, tveimur vikum eftir lok sumarfrís, að ég væri þegar búin með alla sumarfrísorkuna mína: „Ef fólk upplifir svona mikla þreytu og nær ekki endurheimt á milli vaktatarna, þá er það sennilega á rangri hillu í lífinu." Ég er sem betur fer fullviss um að vera í réttu starfi, finnst vinnan bæði gefandi og ótrúlega skemmtileg, en viðurkenni þó að starfið er minna gefandi þegar það fer að snúast um plássamál og takmörkuð úrræði.

Ég hefði líklega átt að reyna að halda betur athygli yfir fyrirlestrinum til að komast að því hvað ég þarf að gera til að forðast óhamingjudal næstu sjö ára. Mig grunar hins vegar að þó að ég nái að hrista af mér alla neikvæðni og gera allt sem ég get til að gæta jafnvægis milli vinnu og einkalífs, njóta fjölskyldustunda og þess að láta gott af mér leiða í vinnunni, þá þurfi meira til. Kannski á það samt ekki bara að hvíla á mínum herðum. Kannski þarf meira til, bæði innan og utan heilbrigðiskerfisins.

Auglýsing

Auglýsing