Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



VIÐTAL

Ólafur Már Björnsson augnlæknir segir að fjarlækningar séu hluti af framtíðinni

FRÆÐIGREIN

Er athyglisbrestur með ofvirkni of- eða vangreindur á Íslandi?

1915-2024

árgangur: 393-448

09/2024

Auglýsing

Af hverju breiðast kynsjúkdómar svo ört út?

Þröstur Haraldsson

Það er sitthvað rotið í ríkinu þessar vikurnar. Ósakhæfir unglingar veifa hnífum á menningarnótt, íshellar hrynja og kynsjúkdómar breiðast út með óþekktum hraða. Svona væri hægt að tuða en hér verður aðeins fjallað um það síðastnefnda. Nýjustu tölur um tíðni kynsjúkdóma sýna allverulega aukningu, einkum og sérílagi hvað snertir lekanda og sárasótt.

Þetta kannast Elísabet Reykdal Jóhannesdóttir húðlæknir harla vel við. „Þegar ég hóf störf hér á göngudeild húð- og kynsjúkdóma árið 1999 var lekandi svo til horfinn eftir allmiklar sveiflur á öldinni sem leið. Þau fáu tilvik sem greindust voru í fólki sem hafði verið í útlöndum og smitast þar, en ekkert smit var innanlands. Undanfarin ár hefur hann verið að færa sig upp á skaftið. Í fyrra og á þessu ári er aukningin mjög mikil. Sárasótt hefur einnig aukist en klamydían að mestu staðið í stað," segir hún og bætir við: „Þetta hefur aukið álagið hér á deildinni verulega vegna þess að þegar um klamydíu er að ræða þarf bara að gefa fólki töflur, en sé þetta lekandi þarf einnig að gefa sprautu í vöðva."

Tölurnar hræða

Eins og sjá má á meðfylgjandi súluriti hefur lekandasmitum fjölgað margfalt á undanförnum árum. Þau voru liðlega 100 árið 2021 en í fyrra stukku þau upp í 338 og á þessu ári voru þau orðin liðlega 200 um miðjan ágúst. Haldist sú tíðni út árið, fara smitin í um það bil 350 á árinu. Svipuð þróun er í tíðni sárasóttar (sýfilis), í fyrra greindust 73 tilvik og um miðjan ágúst voru þau orðin 50 sem þýðir að þau verða 80 á þessu ári en sami hraði helst.

Elísabet segir að á þessari fjölgun séu eflaust margar skýringar. Hverjir eru það sem greinast núna með þessa sjúkdóma?

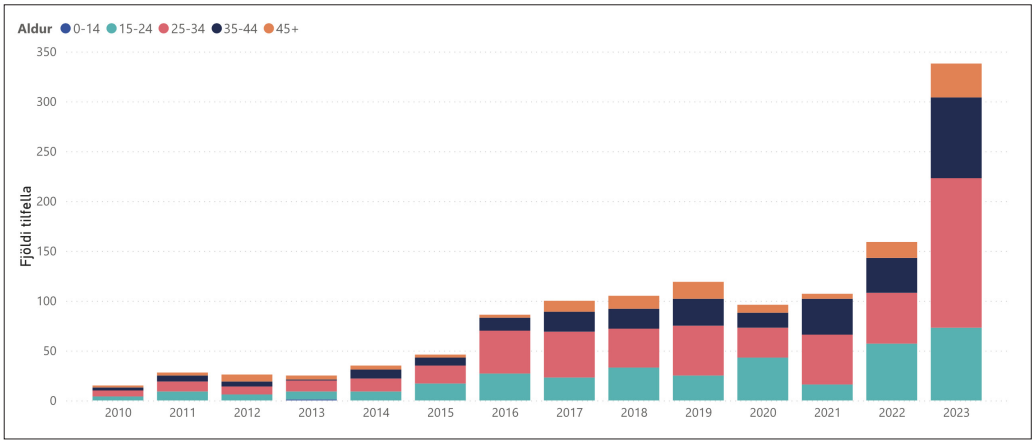
„Fyrst var þetta aðallega hjá karlmönnum sem sofa hjá öðrum karlmönnum en nú hefur þeim fjölgað sem sofa hjá báðum kynjum og við það berst það út í hinn hópinn. Þá kemur upp sá vandi að konur eru oft alveg einkennalausar. Þess vegna er svo mikilvægt að rekja smitleiðina. Karlar mæta oft á Læknavaktina en láta svo vera að rekja hjá hverjum þeir hafi sofið. Við það heldur smitið áfram að breiðast út, því konur vita hvorki hvort karlar eru smitandi né finna þær sjálfar fyrir einkennum," segir hún.

Aukið aðgengi mikilvægt

Hún segir að ýmislegt valdi þessari fjölgun.

„Þessu veldur aukið frjálsræði í viðhorfum fólks til kynlífs, aukin ferðalög og netið, sem veitir fólki hugmyndir. Samfélagsmiðlarnir hafa aukið mögleika fólks á að hitta aðra sem það hefði ekki rekist á og fólk ferðast meira til útlanda núna. Svo hefur lyfið Prep, sem ver fólk gegn því að fá HIV en ekki gegn öðru smiti, sín áhrif. Það eru brögð að því að karlmenn taki þetta lyf og hafi síðan kynmök við ýmsa bólfélaga af báðum kynjum, án þess að nota smokk. Þetta gildir einkum um sárasóttina sem er nokkuð algeng meðal karla sem sofa hjá öðrum körlum."

Erfitt sé þó að fullyrða nokkuð, „en hræðslan sem var við HIV fyrir 30 árum er orðin minni núna, unga fólkinu þykir bara leiðinlegt að tala um þetta. Auðvitað getur verið erfitt að ræða um það hjá hverjum maður hefur sofið og ekki batnar það ef um framhjáhald er að ræða. En það er nauðsynlegt ef takast á að rekja smitleiðirnar. Svo er reyndar annar vandi sem er takmarkað aðgengi að þjónustu við þá sem smitast. Hér hjá okkur er bara opið milli 8 og 15 mánudag til föstudags, en þyrfti að vera lengur því flestir eru sammála um að aukið aðgengi að þjónustu sé nauðsynlegt," segir Elísabet. Við ræðum betur við hana síðar í haust, meðal annars um app sem verið er að forrita, en það á að gera skráningu og rakningu smits auðveldari og einfaldari fyrir alla aðila.



Fjöldi lekandasmita hefur rokið upp á við síðustu árin og eins og sjá má á þessu grafi eru það einkum þau sem eru á aldrinum 15-44 ára sem verða fyrir smitun. Kynin skiptast þannig að um 100 eru konur en tæplega 250 karlar. Frá Embætti landlæknis.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

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

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Þröstur Haraldsson
thh@lis.is

Blaðamaður
Hávar Sigurjónsson

Auglýsingar
Ingvar Freyr Ingvarsson
ingvar@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
1850

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

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

Dreifing
Íslandspóstur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík

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

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

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

ISSN: 0023-7213

LEIÐARAR



399

Elvar Daníelsson

#ADHD

„Eftirlit og eftirfylgd með hæfnikröfum og vinnubrögðum greiningar- og meðferðaraðila hefur verið lítil sem engin og því í raun ekkert gæðaeftirlit ...“



401

Anna Sigríður Ólafsdóttir

Á fljúgandi ferð á sjálfstýringu – er óumflýjanlegt að gjörunnin matvæli taki völdin í hröðum takti samfélagsins?

Enginn vafi leikur á að mikið unnin matvara er vandamál og heilsuvá en það er flókið að flokka og þarf að forðast svarthvíta hugsun eða ætla að öll matvæli sem eru unnin eða með viðbættum íblöndunarefnum séu slæm.

FRÆÐIGREINAR

402

Oddur Ingimarsson, Ragna Kristín Guðbrandsdóttir, Bertrand Andre Marc Lauth, Engilbert Sigurðsson

Hátt algengi ADHD-lyfjameðferðar bendir til að ADHD sé ofgreint á Íslandi

Athyglisbrestur með ofvirkni (ADHD) er meðfædd taugaþroskaröskun sem einkennist af athyglisbresti, ofvirkni og hvatvísi, en oft dregur úr einkennum með aldri. Lyfjameðferð með örvandi lyfjum er talin áhrifaríkasta meðferðin við ADHD. Rannsóknir á algengi ADHD hafa áætlað algengið hjá börnum og unglingum á bilinu 3,4-7,2% og hjá ungum fullorðnum 2,5-6,8%.

411

Elín María Árnadóttir, Nicolas Pétur Blin, Jón Gauti Jónsson Dagur Bjarnason, Engilbert Sigurðsson

Árangur segulörvunarmeðferðar við meðferðarþráu eða langvinnu þunglyndi í klínísku þýði

Þunglyndi er algeng, alvarleg og oft þrálát geðröskun og hvarvetna ein leiðandi orsök heilsubrests í heiminum. Ársalgengi þunglyndis er 5-10%, tvöfalt hærra hjá konum en körlum, og lífstíðaralgengi ekki minna en 20%. Allt að þriðjungur þunglyndra mætir skilmerkjum fyrir meðferðarþrátt þunglyndi, þunglyndi sem ekki hefur svarað meðferð með tveimur þunglyndislyfjum sem hafa hvort um sig verið reynd í minnst 6 vikur í meðferðarskömmtum. Frá janúar 2022 hefur Heilaörvunarmiðstöð (HÖM) Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins boðið nýlega gagnreynda meðferð, segulörvun á heila, fyrir fullorðna sem þjást af meðferðarþráu eða langvinnu þunglyndi.



Á FORSÍÐU

Augað

Margt grípur athygli augans. Nú í septemberblaðinu segir Ólafur Már Björnsson augnlæknir frá því hvernig augnlækningar hafa þróast í átt að fjarlækningum. Augað er því læknað landshorna á milli þótt læknir og sjúklingur sitji ekki augliti til auglitis.

Auga prýðir forsíðumynd *Læknablaðsins*. Þetta er listaverk Sillu Pálsdóttur ljósmyndara á stofunni Mirror Rose sem hélt meðal annars sýninguna Fegurðin er falin í auganu árið 2017. Augu hafa gripið hana og þegar hún vinnur list sína blandar hún gjarnan saman fegurð þess og stórbrotinni náttúru. Á forsíðu *Læknablaðsins* er augað hreint og augasteinninn fær að njóta sín.

„Hver mynd er einstök og hvert auga segir sína sögu,“ segir Silla. Einstakt sé að fá að fanga mikilvæg augnablik í lífi fólks og festa á filmu.

Frá ritstjóra:

Í þessu blaði birtist í fyrsta sinn pistill um læknisfræðilega tölfræði. Sigrún Helga Lund, tölfræðingur, prófessor við Háskóla Íslands og tölfræðingur blaðsins, mun í næstu blöðum, mögulega með einhverjum frávikum, senda okkur stutta pistla um læknisfræðilega tölfræði.

Við erum henni afar þakklát og vitum að þessir pistlar munu nýtast læknum og læknanemum auk annars heilbrigðisstarfólks við vísindavinnu og greinaskrif til framtíðar.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

373

Fjarlækningar eru hluti af framtíðinni

Hávar Sigurjónsson

Sjónlag hefur sett upp myndgreiningarstöðvar á Akureyri og í Vestmannaeyjum, sem gerir fyrirtækinu kleift að sinna sjúklingum á staðnum með fjarþjónustu. Ólafur Már Björnsson augnlæknir segir fjarlækningar kalla á fjárfestingar í búnaði en þó sé af þeim augljós sparnaður. Uppfæra verði samninginn við Sjúkratryggingar.





426

Það lá alltaf fyrir mér að verða læknir

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég vil vera til gagns," segir Ásgeir Haraldsson, barna- og ónæmislæknir, og fer yfir ferilinn og stöðu vísinda í Læknavarpinu, hlaðvarpi *Læknablaðsins*. Síðasti vetur var Barnaspítalanum erfiður vegna streptókokkasýkinga. Hann segir mikilvægt að hafa varann á fyrir veturinn

430

Höfum fengið nóg

Hávar Sigurjónsson

Steinunn Þórðardóttir formaður Læknafélags Íslands er ómyrk í máli um starfsaðstæður og kjör lækna nú á því herrans ári 2024. Hún segir lækna ekki hafa fengið stytta vinnuviku, launakjör þeirra séu langt á eftir sambærilegum stéttum og ef stjórnvöld taki sig ekki saman í andlitinu á næstu vikum, megi búast við að skelli á verkfall lækna sem ekki hefur gerst síðan 2014.



418 Fréttir

441

Doktorsvörn frá Gautaborgarháskóla: Baldur Þórólfsson

TÖLFRÆÐI

425

Sigrún Helga Lund

Hinar fjórar gerðir breyta og myndræn framsetning þeirra

Nýir pistlar um tölfræði og framsetningu talna

LÖGFRÆÐI 52. PISTILL

433

Dögg Pálsdóttir

Má taka gjald fyrir afhendingu sjúkraskrár?

ÖLDUNGADEILD LÍ

442

Helga M. Ögmundsdóttir
Óttar Guðmundsson

Öldungadeild LÍ á slóðum Kaldalóns

110. ÁRGANGUR LÆKNABLAÐSINS

434-339

Magnús Gottfreðsson

Verkefni fyrir íslenska lækna – fyrr og nú

Jón Gunnlaugur Jónasson

Frumkvöðlar í læknastétt

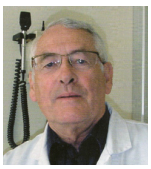
Upphafsár Krabbameinsfélagsins

Þröstur Haraldsson

Saga *Læknablaðsins* – Broytingatíðir og önnur færeyska

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

444-445 Ofnæmislækningar



Davíð Gíslason:

Hefur aldrei iðrast að helga sig ofnæmislækningum



Helga Elídóttir:

Þægileg innivinna?

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

421

Thelma Kristinsdóttir

Þegar von er á barni



„Ég leitaði víða að upplýsingum um þetta fyrirkomulag en þær voru ekki auðfundnar"

BÓKIN MÍN

441

Sigrún Lilja Sigurgeirsdóttir



Dagbækur eru mér hugleiknar

„Bókin er dagbók og þroskasaga miðaldra millistéttarkonu, Jane, sem er í senn smekkleg og sjálfhverf"

DAGUR Í LÍFI LÆKNIS

443

Margrét Kristjánsdóttir



Ber ábyrgð á 44 skilunarsjúklingum

19:10 Kem heim eftir sjö. Nenni ekki að elda frekar en fyrri daginn

LIPUR PENNI

446

Sólveig Bjarnadóttir



Skiptinám í Bretlandi

„Bretar halda mikið upp á sitt NHS og það að bjóða öllum jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu"



Okkar besta fólk leggur traust sitt á okkur

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

FASTUS

HEILSA

VINNUM MEÐ ÞEIM BESTU

Höfðabakki 7, 110 Reykjavík | expert.is



#ADHD

Elvar Daníelsson
geðlæknir
yfirlæknir Geðheilsuteymis Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins –
ADHD fullorðinna

Lengi hefur það verið á huldu hvert algengi athyglisbrests og ofvirkni (ensk skammstöfun: ADHD) sé í raun hér á Íslandi og því ber að fagna þeirri grein sem birtist hér í *Læknablaðinu* þar sem reynt er að kasta ljósi á þá spurningu með eins nákvæmum hætti og mögulegt er.

Í umræðum fagaðila á mismunandi vettvangi kemur skýrt fram mismunandi afstaða til þess hvað sé ADHD og hvað ekki. Allt frá því að ADHD sé oftar en ekki frumástæða birtingarmyndar hinna ýmsu annarra geðraskana, að í grunninn sé vandinn oftar en ekki vangreint ADHD, yfir í þá skoðun að ADHD sé verulega sjaldgæf röskun og þegar það sé til staðar fari það ekkert á milli mála strax frá fyrstu stund og jafnvel ekki þörf á lengra en 4 mínútna viðtali til að setja greininguna. Einhversstaðar á rófinu milli þessarra tveggja öfga gerum við ráð fyrir að sannleikurinn liggi.

Þegar ríflega 20% drengja og karla hafa á einhverjum tíma tekið ADHD-lyf, ávísað af lækni, má gera ráð fyrir því að greiningin ADHD hafi verið sett áður en lyfjameðferð hófst. Eins og höfundar greinarinnar benda á, taka þessar tölur ekki með þá sem greinst hafa með ADHD og ekki farið á lyf eða fengið greiningu hjá sálfræðingi og eru að bíða eftir viðtali hjá geðlækni, og má því gera ráð fyrir að hlutfallið sé eitthvað hærra. Þá styttist óhugnanlega í að ADHD verði ekki frávikið.

Það er mat undirritaðs að ADHD sé verulega ofgreint og ofmeðhöndlað hér á landi og niðurstöður þessarar rannsóknar renna enn frekari stoðum undir það mat. Ásókn í greiningarferli er enn gríðarleg og mikill þrýstingur á að greiningar séu unnar hraðar og afköst aukin. Eftirlit og eftirfylgd með hæfnikröfum og vinnubrögðum greiningar- og meðferðaraðila hefur verið lítil sem engin og því í raun ekkert gæðaeftirlit með þeim greiningum sem settar hafa verið og/eða meðferð sem hafin hefur verið.

Það er ljóst að málaflokkurinn, greining og meðferð ADHD á Íslandi, er kominn í óefni og því þörf á ærlegri uppstokkun í því kerfi sem sinna ber greiningum og meðferð ADHD. Það getur verið stór umbylting á lífsgæðum fyrir einstakling með ADHD að fá greiningu og rétta meðferð og málaflokkurinn því gríðarlega mikilvægur. Við þurfum hins vegar að tryggja að við greiningarvinnu sé klínískum leiðbeiningum Landlæknis fylgt, að greiningarvinna sé ítarleg og þverfagleg ásamt því að greiningaraðilar séu með reynslu og hæfni til að framkvæma slíkar greiningar.

Ennfremur þurfum við, fagaðilar sem komum að málaflokknum, að hafa uppbyggileg og leiðréttandi áhrif á umræðu í almennu rými um hvað ADHD er en ekki síður hvað sé ekki ADHD. Ég leyfi mér að fullyrða að engin röskun/sjúkdómur fær eins mikla umfjöllun á netmiðlum og samfélagsmiðlum og ADHD, oft umfjöllun þar sem vankunnáttan er allsráðandi þó vissulega leynist gullmolar innan um rykið.

„Eftirlit og eftirfylgd með hæfnikröfum og vinnubrögðum greiningar- og meðferðaraðila hefur verið lítil sem engin og því í raun ekkert gæðaeftirlit ...“

#ADHD

Elvar Danielsson
MD, Psychiatrist - Adult ADHD team

doi 10.17992/lbl.2024.09.802



Lyflæknir/sjúkrahússlæknir
við Lyflækningadeild HSU Selfoss

Heilbrigðisstofnun Suðurlands veitir heilsugæslu-, sjúkrahúss- og öldurnarþjónustu ásamt því að annast sjúkraflutninga. Þjónustusvæðið nær frá Þorlákshöfn í vestri til Hafnar í austri.

Hlutverk HSU er að móta, þróa og útfæra heilbrigðisþjónustu í umdæminu og tryggja íbúðum Suðurlands og öðrum þjónustuþegum jafnan aðgang að bestu heilbrigðisþjónustu sem völ er á að veita hverju sinni.

Lyflækningadeild HSU á Selfossi er 18 rúma deild en að auki eru þar fjögur líknarrými.

Við deildina starfa lyflæknar með sérfræðiviðurkenningu í krabbameinslækningum, hjartalækningum, lungnalækningum, öldrunarlækningum og meltingarfæralækningum.

Læknar lyflækningadeildar HSU taka þátt í þjálfun læknanema, sérnámsgrunnlækna og sérnámslækna í heimilislækningum og eiga í nánsu samstarfi við bæði Bráðamóttöku HSU og Heimaspítala heilsugælsunnar.

Starfinu fylgir bakvaktaskylda og þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta, þ.m.t. læknanema, sérnámsgrunnlækna og sérnámslækna í heimilislækningum.

Læknar lyflækningadeildarinnar veita læknum Bráðamóttöku HSU og heilsugæslulæknum á svæðinu ráðgjöf á sviði lyflækninga og eftir atvikum innan sinnar sérgreinar.

Samhliða umsjón með deildarstörfum er möguleiki á göngudeildarstarfsemi og rannsóknarstarfi.

Nánari upplýsingar

Nánari upplýsingar veitir Helgi Hafsteinn Helgason yfirlæknir lyflækningadeildarinnar - helgi.h.helgason@hsu.is eða á hsu.is undir laus störf.

Um er að ræða 80% - 100 % starfshlutfall og er upphafsdagur samkomulag.

Umsókninni þurfa að fylgja staðfestar upplýsingar um menntun, starfsleyfi ásamt ítarlegri ferilskrá.

HEILBRIGÐISSTOFNUN SUÐURLANDS

FAGMENNSKA VIRÐING SAMVINNA

Á fljúgandi ferð á sjálfstýringu – er óumflýjanlegt að gjörunnin matvæli taki völdin í hröðum takti samfélagsins?



Anna Sigríður Ólafsdóttir
prófessor í næringarfræði, við Háskóla Íslands og Uppsala háskóla, Svíþjóð

Ég sit í flugvél yfir miðju Atlantshafi á leið á vinnufund þegar hungrið gerir vart við sig. Fábrotinn matseðillinn býður nær eingöngu uppá gjörunna matvöru. Á þessari stundu er ég föst í takmörkuðu matarumhverfi sem fylgir háloftunum, en hef ekki annan valkost enda gaf ég mér ekki tíma til að taka til nesti fyrir ferðina. Matarumhverfið hefur afgerandi áhrif á fæðuval okkar, en í því felast bæði náttúrulegt og skipulagt umhverfi þvert á hin ýmsu kerfi þar sem lykilþættir eru meðal annars aðgengi, framboð, hagkvæmni og þægindi.[1] Oft er matarumhverfið verra og fæðuval takmarkaðra þar sem fjárhagsstaða er bág og menntunarstig lægra. Streita og tímaskortur kalla líka á skjóta bita án fyrirhafnar. Við höfum því í reynd ekkert val heldur er okkur stýrt í átt að slæmum venjum.

Nýbirt regnhlífagreining sem byggir á niðurstöðum sem náðu til um 10 milljóna manna styrkir enn þann vísindalega grunn sem sýnir tengsl stigvaxandi neyslu gjörunninna matvæla við auknar líkur á fjölmörgum heilsufarskvillum, sér í lagi hjarta- og æðasjúkdómum, verri geðheilsu og styttri lífslíkur.[2] Algengasta skilgreiningin sem notuð er fyrir gjörunnin matvæli í dag er svokallað NOVA-kerfi[3] þar sem matvælum er skipt niður í fjóra flokka eftir vinnslustigi; 1) Óunnin eða mjög lítið unnin matvæli (grænmeti, fræ, mjólk, egg; soðin, þurrkuð og svo framvegis) 2) Unnin hráefni til matargerðar (olía, smjör, sykur, salt), 3) Unnin matvara, svo sem niðursoðið grænmeti, ostar, nýbakað brauð og fleira, 4) gjörunnin matvæli, svo sem gosdrykkir, sætt og saltað nasl, unnar kjötvörur, endurmótaðar vörur með vinnslu og ýmsum hjálparefnum. Í þennan síðasta flokk fellur reyndar ýmislegt fleira sem erfitt getur reynst að átta sig á hvort er í raun skaðvaldur eða skynsamleg útfærsla á hollum bita. Morgunkorn er margbreytilegt í samsetningu og vinnslu og sama má segja um gróft brauð, jógúrt og fleira, og sé rýnt í undirflokka gjörunnu matvælanna koma tengsl við neikvæða heilsufarsútkomu ekki í ljós fyrir þessi matvæli ein og sér. Heildarmyndin er enda það sem skiptir mestu máli. Enginn vafi leikur á að mikið unnin matvara er vandamál og heilsuvá en það er flókið að flokka og þarf að forðast svarthvíta hugsun eða ætla að öll matvæli sem eru unnin eða með viðbættum íblöndunarefnum séu slæm. Þess ber að geta að í stórum rannsóknum er bæði takmarkað hversu nákvæmum upplýsingum er hægt að safna varðandi neysluvenjum auk þess sem rannsóknir sem ná til heilsufarsútkomu yfir lengri tíma ná ekki utan um mörg þeirra gjörunnu matvæla sem nýlega hafa rutt sér til rúms, til dæmis íþróttavörur og vegan valkosti. Það er því mikilvægt að fylgjast með rannsóknum næstu ára þar sem stöðugt bætist í þekkinguna.

Mikilvægt er að horfa á mataræðið í heild, skoða matarmynstrið, ekki bara hvað við borðum heldur einnig hvað vantar. Skortur á náttúrulegum trefjum úr grænmeti og grófmeti og minna magn næringarefna vega þungt í heildarmyndinni þegar gjörunnu matvælin eru farin að taka mikið pláss. Í Bretlandi eru allt að 80% matvæla í skólamáltíðum gjörunnin og ástandið verst þar sem tekjulægstu heimilin eru.[4] Í haust eiga öll börn á Íslandi í fyrsta sinn rétt á gjaldfrjálsum skólamáltíðum. Fæðuumhverfið þar getur haft afgerandi áhrif til að móta framtíðarhegðun og smekk tengdan mat. Hér gefst því einstakt tækifæri til að breyta fæðuvenjum þjóðarinnar í átt til aukinnar hollustu með því að tryggja að heilnæmt og gott hráefni sé uppistaða allra skólamáltíða. Gjörunnin matvæli eiga ekkert erindi í skólamötuneytin en það þarf að leggja í þann kostnað sem fylgir betra hráefni, tryggja gæðaeftirlit og stuðning kringum slíka innleiðingu.

Enginn vafi leikur á að mikið unnin matvara er vandamál og heilsuvá en það er flókið að flokka og þarf að forðast svarthvíta hugsun eða ætla að öll matvæli sem eru unnin eða með viðbættum íblöndunarefnum séu slæm

Það er áríðandi að við tökum höndum saman sem samfélag og breytum fæðuumhverfinu okkar. Þrátt fyrir þá vakningu sem hefur orðið á mikilvægi heilsusamlegs mataræðis fyrir heilbrigði fólks og jarðar er mótstaðan enn mikil, og sum halda að fræðsla ein og sér dugi til. Á heimsvísu ríkir ekki samstaða um aðgerðir þótt kallað sé eftir þeim og lítið hreyfist á meðan. Hópurinn sem lætur sig málin varða er oft ósamstíga og með hártoganir yfir smáatriðum í stað þess að leggjast á eitt um þær breytingar sem við hljótum öll að vera sammála um að þurfi að eiga sér stað. Hvernig væri að setja skólamatinn í forgang þar sem stjórnvöld, skólar og heilbrigðisstéttir leggjast á eitt með aðhaldi, hvatningu og fræðslu, en umfram allt aðgerðum sem koma framtíðinni til góða?

Heimildir

1. Downs SM, Ahmed S, Fanzo J, et al. Food Environment Typology: Advancing an Expanded Definition, Framework, and Methodological Approach for Improved Characterization of Wild, Cultivated, and Built Food Environments toward Sustainable Diets. Foods. 2020; 9(4):532.
2. Lane M M, Gamage E, Du S, et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses BMJ 2024; 384 :e077310.
3. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC, et al. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. Public Health Nutr. 2018;21:5-17.
4. Henney AE, Gillespie CS, Alam U, et al. Ultra-processed food and non-communicable diseases in the United Kingdom: A narrative review and thematic synthesis of literature. Obes Rev. 2024 ;25:e13682.

On autopilot: is it unevitable that our fast paced living drives us to ultra-processed foods?

Anna S. Olafsdottir
professor in nutrition science at University of Iceland and Uppsala University, Sweden

doi 10.17992/lbl.2024.09.803

Hátt algengi ADHD-lyfjameðferðar bendir til að ADHD sé ofgreint á Íslandi

Oddur Ingimarsson[1,2] læknir
Ragna Kristín Guðbrandsdóttir[1,4] læknir
Bertrand Andre Marc Lauth[1,3] læknir
Engilbert Sigurðsson[1,2] læknir

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]geðsvið Landspítala, [3]barna- og unglingageðdeild Landspítala, [4]Landspítali

Fyrirspurnum svarar Oddur Ingimarsson, *odduri@lsh.is*

Greinin barst til blaðsins 10. apríl 2024,
samþykkt til birtingar 4. júlí 2024.

ÁGRIP

INNGANGUR

Athyglisbrestur með ofvirkni (ADHD) er meðfædd taugaþroskaröskun sem einkennist af athyglisbresti, ofvirkni og hvatvísi, en oft dregur úr einkennum með aldri. Lyfjameðferð með örvandi lyfjum er talin áhrifaríkasta meðferðin við ADHD. Stærri og vandaðri rannsóknir á algengi ADHD hafa áætlað algengið hjá börnum og unglingum á bilinu 3,4-7,2% og hjá ungum fullorðnum 2,5-6,8%. Markmið rannsóknarinnar var að kanna algengi ADHD-greininga hjá Íslendingum út frá á ADHD-lyfjanotkun.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin var afturskyggn ferilrannsókn byggð á gögnum úr lyfjagagnagrunni Embættis landlæknis. Rannsóknarúrtakið samanstóð af 7 til 70 ára Íslendingum sem leystu út ADHD-lyf á tímabilinu 1. janúar 2004 til 31. desember 2023.

NIÐURSTÖÐUR

Árið 2023 notuðu 14,7% ungmenna 7-17 ára ADHD-lyf, 17,7% drengja og 11,6% stúlkna. Notkun unglinga 12-17 ára var hærri, eða 17,6%, 20,1% hjá drengjum og 14,6% hjá stúlkum. Hjá 18-44 ára var notkunin 10,2%, 9,4% hjá körlum og 11% hjá konum. Frá 2010 hefur aukning í ADHD-lyfjanotkun hjá drengjum 7-17 ára verið 93% og hjá stúlkum 224%. Hjá körlum 18-44 ára var aukningin 414% og 543% hjá konum frá 2010 til 2023. Nýgengi nýrrar ADHD-lyfjanotkunar hjá drengjum 7-17 ára árin 2021-2023 var 10,9 á hverja 1000 íbúa og 13,5 hjá stúlkum. Hjá körlum 18-44 ára var nýgengið árin 2021-2023 18,7 á hverja 1000 íbúa og 19,2 hjá konum.

ÁLYKTUN

Algengi ADHD-greininga með hliðsjón af ávísunum ADHD-lyfja til Íslendinga er um það bil tvö- til þrefalt hærra en í stærri vönduðum rannsóknum erlendis. Höfundar hvetja heilbrigðisyfirvöld til að gera sem fyrst úttekt á því hvernig ADHD-greiningum er háttað hér á landi, enda ljóst að núverandi fyrirkomulag leiðir til ofgreininga og ofmeðhöndlunar.

Inngangur

Athyglisbrestur með ofvirkni (ADHD) er meðfædd taugaþroskaröskun sem einkennist af þremur kjarnaeinkennum: athyglisbresti, ofvirkni og hvatvísi.[1] Erfðir eru stærsti áhættuþáttur ADHD og er orsök einkenna ADHD talin tengjast breytilegri virkni dópamín- og noradrenalínkerfa heilans.[2,3]

Greining ADHD byggist á því að ofangreind kjarnaeinkenni hafi komið fram fyrir tólf ára aldur.[1] Einkennin þurfa að hafa verið hamlandi við minnst tvenns konar aðstæður, til dæmis á heimili, í vinnu eða í skóla.[1] Meta þarf einkennin í ljósi þroska einstaklingsins og þau mega ekki skýrast betur af öðrum geðröskunum og má þar nefna: kvíðaröskun, þunglyndi, geðhvörf, persónuleikaröskun, geðrofssjúkdóma og vímuefnaneyslu.[1]

Engin líffræðileg próf eru til og því er um klíníska greiningu að ræða sem byggir á mati fagaðila á einkennum og þeirri hömlun sem þau valda. Til að hægt sé að meta einkennamynd á fullnægjandi hátt er því æskilegt, og jafnvel nauðsynlegt í vafatilfellum, að upplýsingar liggi fyrir frá aðstandendum eða

kennurum um einkenni og greinileg hamlandi áhrif þeirra í æsku í að minnsta kosti tvenns konar aðstæðum.[1,2]

Birtingarmynd ADHD er breytileg milli einstaklinga og eftir þroska og aldri.[4] Þrátt fyrir að oft dragi úr einkennum með aldri er meirihluti þeirra sem greinast með ADHD á barnsaldri með hamlandi einkenni fram á fullorðinsár.[5] Hreyfiofvirkni er oftast minna áberandi hjá fullorðnum en börnum og unglingum, en athyglisbrestur, hvatvísi og erfiðleikar við skipulag há fullorðnum ekki síður en börnum og unglingum.[4]

Einstaklingum með ADHD vegnar almennt verr í skóla, ekki einungis vegna námserfiðleika sem geta fylgt röskuninni heldur tengist það einnig vandamálum sem geta komið fram í félagslegum samskiptum.[6] Að auki eru geðrænar fylgiraskanir mjög algengar hjá einstaklingum með ADHD, sem eykur jafnframt hættu á lífsgæðaskerðingu.[7,8] Einstaklingar með ADHD eru í aukinni áhættu á að þróa með sér fíknivanda, sem aftur eykur hættu á atferlistruflun og ýmsum neikvæðum afleiðingum á lífsleiðinni.[9] Því er mikilvægt að taugaþroskaröskunin ADHD sé rétt greind og meðhöndluð þegar afleiðingar koma skýrt fram til að forðast neikvæðar afleiðingar fyrir einstaklinginn, fjölskyldu hans og samfélagið.

Meðferð með örvandi lyfjum er talin áhrifaríkasta meðferðin við ADHD, hjá börnum, unglingum og fullorðnum.[2,10] Örvandi lyf hafa áhrif á dópamín- og noradrenalínkerfi heilans og leiðrétta þannig að hluta til ójafnvægið sem af því leiðir.[3] Lyfjameðferð gefur oft góða raun og eykur verulega lífsgæði margra með ADHD.[11]

Það er forsenda meðferðar með ADHD-lyfi hér á landi að einstaklingurinn hafi verið greindur með ADHD. Greiningarnar virðast oftast gerðar af sálfræðingum, en yfirfarnar af geðlæknum fyrir fullorðna, en af barna- og unglingageðlæknum eða barnalæknum með sérþekkingu á sviði taugaþroskaraskana hjá börnum og unglingum. Sálfélagsleg meðferð er þó ekki síður mikilvæg til að auka skilning einstaklingsins á áhrifum ADHD og færa honum bjargráð og slíkri meðferð fylgja engar aukaverkanir. Því er víða mælt með sálfélagslegri meðferð sem fyrstu meðferð við ADHD.[12]

Líkt og önnur lyf geta örvandi ADHD-lyf iðulega haft aukaverkanir sem horfa þarf til áður en meðferð er hafin.[13] Helstu aukaverkanir lyfjanna eru tengdar hjarta- og æðakerfi, meltingarkerfi og taugakerfi auk þess sem geðrænar aukaverkanir, svo sem aukinn kvíði og svefnleysi eru algengar.[13] ADHD-lyfjameðferð hjá börnum og unglingum hefur verið mikið rannsökuð og sýnt hefur verið fram á gagnsemi örvandi lyfja til að draga úr hamlandi einkennum og bæta frammistöðu í skóla.[14] Notkun ADHD-lyfja hjá fullorðnum er hins vegar ekki jafn vel studd af rannsóknum. Það er einnig vel þekkt að ADHD-lyf eru talsvert misnotuð sem vímugjafar til að sprauta í æð hér á landi og á það sérstaklega við um metýlfenídat.[15]

Rannsóknir hafa sýnt breytilegt algengi ADHD milli landa en það virðist einkum mega rekja til mismunandi rannsóknaraðferða og kerfisbundin faraldsfræðileg greining sýnir ekki aukningu á ADHD á síðustu áratugum.[16] Almennt hafa rannsóknir sýnt hærra algengi ADHD hjá börnum og unglingum en hjá fullorðnum. Samtökin World Federation of ADHD birtu árið 2021 það mat að algengi ADHD hjá börnum og unglingum liggi nálægt 5,9% en um helmingi lægra, 2,5%, hjá fullorðnum.[10]

Thomas og félagar tóku saman 175 rannsóknir á algengi ADHD árið 2015 og var þar algengið 7,2% hjá börnum og unglingum sem höfðu verið greind með ADHD samkvæmt DSMIII, DSM-III-R og DSM-IV greiningarkerfunum.[17] Þá sýndi kerfisbundin samantekt Sayal og félaga frá 2018 að algengi ADHD hjá börnum og unglingum væri að meðaltali 5% en að ADHD væri jafnframt oft vangreint hjá stúlkum og eldri börnum.[18] Stór samantektarrannsókn árið 2007 í 35 löndum mat algengi ADHD hjá börnum og unglingum 5,3%[19] og önnur samantektarrannsókn á algengi geðraskana hjá börnum og unglingum í 27 löndum árið 2015 mat algengi ADHD um 3,4%.[20]

Fáar rannsóknir hafa metið algengi ADHD hjá eldri fullorðnum, en nokkrar hafa metið algengið hjá ungum fullorðnum. Stór safngreining Simon og félaga frá 2009 mat algengið 2,5% hjá 19-45 ára einstaklingum.[21] Önnur safngreining frá 2012 áætlaði algengi ADHD 5% byggt á DSM-IV greiningarkerfinu, en flestar rannsóknirnar sem voru hluti af safngreiningunni tóku til fullorðinna á aldrinum 18-25 ára.[22] Samantektarrannsókn Song og félaga frá 2021 sýndi fram á 2,6% algengi hjá fullorðnum sem höfðu greinst með ADHD á barnsaldri. Hins vegar var algengið talsvert hærra, 6,7%, ef ekki var gerð krafa um að ADHD hefði verið greint hjá viðkomandi sem barni.[23]

Markmið þessarar rannsóknar er að leggja mat á algengi og nýgengi ADHD hjá Íslendingum út frá útleystum ADHD-lyfjum ásamt því að kortleggja hvernig algengið hefur þróast á síðustu tveimur áratugum. Einnig verður leitast við að bera algengi ADHD-lyfjanotkunar hér saman við stærri rannsóknir á algengi ADHD og við algengistölur frá Norðurlöndunum.

Efni og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn ferilrannsókn sem byggði á gögnum úr lyfjagagnagrunni Embættis landlæknis. Rannsóknarúrtakið samanstóð af 7-70 ára Íslendingum, sem leystu út ADHD-lyf samkvæmt lyfjagagnagrunninum frá 1. janúar 2004 til 31. desember 2023. Með ADHD-lyfi er átt við ADHD-lyfin amfetamín, dexamfetamín, metýlfenídat, atómoxetín, lisdexamfetamín og guanfacín.

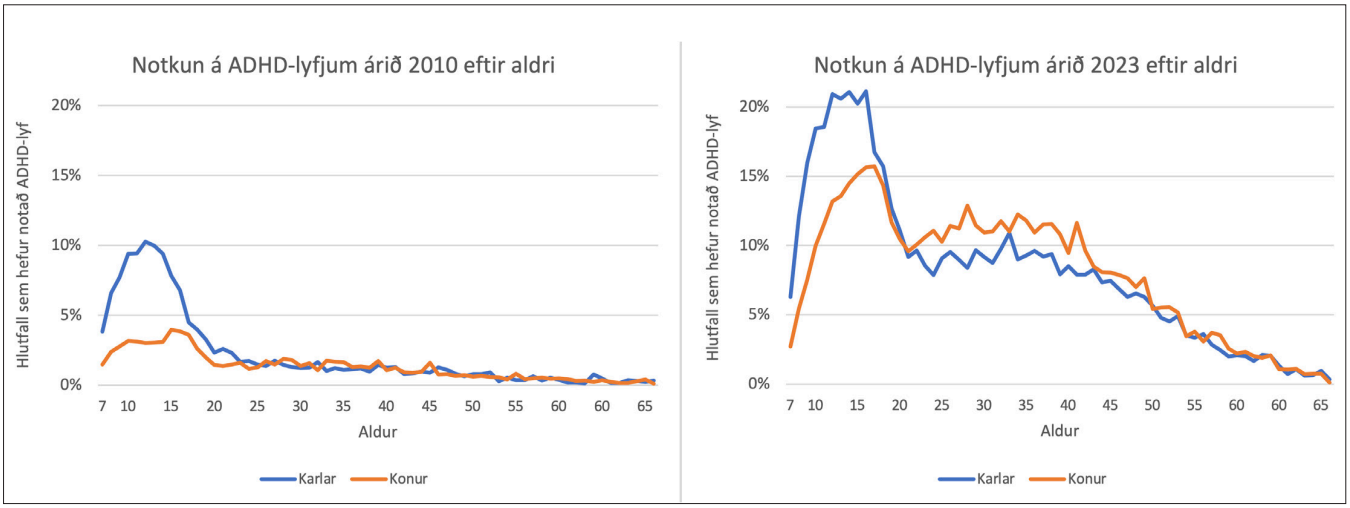
Skilgreiningin á ADHD-lyfjanotkun var að einstaklingur hefði leyst út ADHD-lyf að minnsta kosti einu sinni yfir árið. Skilgreining á nýrri notkun ADHD-lyfs á tilteknu ári var að einstaklingurinn hefði ekki leyst út ADHD-lyf áður á rannsóknartímabilinu. Í rannsókninni voru einungis skoðuð þau ADHD-lyf sem íslenskir ríkisborgarar leystu út, það er hjá fólki með íslenskt ríkisfang.

Fengnar voru upplýsingar frá Geðheilsuteymi ADHD fullorðinna um biðlista og greiningar.

Fyrir tölfræðilega úrvinnslu voru mannfjöldatölur yfir Íslendinga fengnar frá Hagstofunni og miðað við mannfjölda 1. janúar á hverju ári. Algengi var annars vegar reiknað eftir árum og hins vegar eftir aldri og fæðingarárgangi. Nefnari í algengisútreikningum var mannfjöldi í upphafi árs. Aldursbil miðast við lok þess aldursárs, sem er til skoðunar. Þannig að 7-17 ára nær til þeirra sem voru 7 til 17,99 ára á tilteknu ári.

Tafla I. Yfirlit yfir notkun ADHD-lyfja eftir kyni á árinu 2023, hlutfall þeirra sem hafa einhvern tíma notað ADHD-lyf og hlutfall þeirra sem hafa hætt notkun ADHD-lyfja.

		Notkun ADHD-lyfja hjá körlum						Notkun ADHD-lyfja hjá konum					
Aldur	Árgangur	Fjöldi	Einhvern tíma notað ADHD-lyf	%	ADHD-lyf notuð 2023	%	% hætt á ADHD-lyfjum	Fjöldi	Einhvern tíma notað ADHD-lyf	%	ADH-lyf notuð 2023	%	% hætt á ADHD-lyfjum
7 ára	2016	1957	123	6	123	6	0	1908	52	3	52	3	0
8 ára	2015	2016	249	12	244	12	2	1926	109	6	105	5	4
9 ára	2014	2133	352	17	341	16	3	2056	159	8	155	8	3
10 ára	2013	2064	391	19	381	18	3	2121	224	11	212	10	5
11 ára	2012	2248	449	20	417	19	7	2154	269	12	249	12	7
12 ára	2011	2260	518	23	473	21	9	2106	305	14	278	13	9
13 ára	2010	2414	578	24	497	21	14	2276	351	15	309	14	12
14 ára	2009	2442	621	25	515	21	17	2310	394	17	335	15	15
15 ára	2008	2405	611	25	487	20	20	2243	405	18	340	15	16
16 ára	2007	2304	643	28	487	21	24	2140	406	19	335	16	17
17 ára	2006	2259	588	26	378	17	36	2124	438	21	334	16	24
18 ára	2005	2226	641	29	350	16	45	2073	404	19	297	14	26
19 ára	2004	2201	606	28	279	13	54	2115	401	19	247	12	38
20 ára	2003	2113	560	27	234	11	58	2045	393	19	214	10	46
21 ára	2002	2068	531	26	190	9	64	1969	344	17	189	10	45
22 ára	2001	2137	533	25	206	10	61	1948	369	19	196	10	47
23 ára	2000	2189	550	25	187	9	66	2036	398	20	216	11	46
24 ára	1999	2019	481	24	159	8	67	2015	377	19	223	11	41
25 ára	1998	2104	544	26	191	9	65	1958	370	19	201	10	46
26 ára	1997	2141	529	25	204	10	61	1941	349	18	222	11	36
27 ára	1996	2159	503	23	194	9	61	2007	371	18	225	11	39
28 ára	1995	2131	478	22	179	8	63	1979	408	21	255	13	38
29 ára	1994	2213	537	24	214	10	60	2034	384	19	233	11	39
30 ára	1993	2214	509	23	203	9	60	2195	391	18	240	11	39
31 ára	1992	2277	491	22	199	9	59	2077	374	18	229	11	39
32 ára	1991	2200	464	21	215	10	54	2034	343	17	239	12	30
33 ára	1990	2318	474	20	253	11	47	2179	355	16	240	11	32
34 ára	1989	2110	379	18	190	9	50	2068	363	18	253	12	30
35 ára	1988	2233	391	18	207	9	47	2065	339	16	244	12	28
36 ára	1987	2037	325	16	196	10	40	1847	294	16	202	11	31
37 ára	1986	1848	281	15	170	9	40	1820	291	16	210	12	28
38 ára	1985	1791	265	15	168	9	37	1885	282	15	218	12	23
39 ára	1984	1953	244	12	155	8	36	1925	277	14	208	11	25
40 ára	1983	1984	262	13	169	9	35	2051	262	13	194	9	26
41 ára	1982	2100	281	13	166	8	41	2010	302	15	234	12	23
42 ára	1981	2073	256	12	164	8	36	2001	272	14	193	10	29
43 ára	1980	2137	275	13	177	8	36	2120	259	12	180	8	31
44 ára	1979	2098	251	12	154	7	39	2106	249	12	170	8	32
45 ára	1978	1904	210	11	142	7	32	1959	221	11	158	8	29
46 ára	1977	1807	208	12	124	7	40	1904	213	11	150	8	30
47 ára	1976	1983	193	10	125	6	35	1976	198	10	151	8	24
48 ára	1975	1910	199	10	125	7	37	2025	188	9	142	7	24
49 ára	1974	1919	193	10	121	6	37	1899	198	10	145	8	27
50 ára	1973	2085	184	9	118	6	36	2049	159	8	111	5	30
51 ára	1972	2070	157	8	99	5	37	2136	184	9	118	6	36
52 ára	1971	1921	156	8	87	5	44	1892	162	9	105	6	35
53 ára	1970	1775	140	8	87	5	38	1783	127	7	92	5	28
54 ára	1969	1825	125	7	64	4	49	1909	123	6	66	3	46
55 ára	1968	1881	105	6	63	3	40	1841	113	6	70	4	38
56 ára	1967	1833	109	6	66	4	39	1987	103	5	61	3	41
57 ára	1966	2010	114	6	57	3	50	2096	125	6	78	4	38
58 ára	1965	2036	100	5	50	2	50	2042	127	6	72	4	43
59 ára	1964	1945	88	5	39	2	56	2141	92	4	55	3	40
60 ára	1963	2026	98	5	42	2	57	2088	84	4	46	2	45
61 ára	1962	1962	83	4	40	2	52	2049	89	4	48	2	46
62 ára	1961	1905	62	3	32	2	48	1931	82	4	39	2	52
63 ára	1960	2007	82	4	42	2	49	1999	75	4	38	2	49
64 ára	1959	2006	79	4	41	2	48	2010	81	4	42	2	48
65 ára	1958	1871	72	4	25	1	65	1957	59	3	21	1	64
66 ára	1957	1938	54	3	14	1	74	1893	44	2	20	1	55
67 ára	1956	1836	52	3	20	1	62	1878	53	3	21	1	60
68 ára	1955	1748	38	2	11	1	71	1808	46	3	13	1	72
69 ára	1954	1688	42	2	11	1	74	1711	37	2	13	1	65
70 ára	1953	1686	46	3	16	1	65	1708	42	2	13	1	69



Mynd 1. *Notkun ADHD-lyfja árið 2010 og árið 2023 eftir aldri.*

Þegar skoðaður var fjöldi þeirra sem höfðu notað ADHD-lyf einhvern tíma var hver einstaklingur einungis talinn einu sinni, þótt hann hefði notað fleiri en eitt ADHD-lyf á lífsleiðinni. Árlegt nýgengi ADHD-lyfjanotkunar var reiknað með því að telja fjölda nýrra notenda ADHD-lyfja og deila með fjölda útsettra, sem voru þeir sem höfðu aldrei notað ADHD--lyf á rannsóknartímabilinu.

Við samanburð á ADHD-lyfjanotkun á hinum Norðurlöndunum voru notaðir norski lyfjagagnagrunnurinn (www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/) og sænski lyfjagagnagrunnurinn (sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val_eng.aspx). Samanburðurinn miðaðist við árið 2022 þar sem það voru nýjustu tölur sem fáanlegar voru úr þeim gagnagrunnum. Notaðir voru þeir aldursflokkar í samanburði sem tiltækir voru í norska og sænska gagnagrunninum. Einungis var unnið með ópersónugreinanleg gögn um þátttakendur.

Rannsóknin var unnin að fengnu leyfi vísindasiðanefndar (VSN-23-183) auk leyfis frá Embætti landlæknis.

Niðurstöður

Tafla I sýnir notkun ADHD-lyfja einstaklinga á aldrinum 7-70 ára á árinu 2023. Á aldrinum 7-17 ára notuðu 14,7% barna og unglinga ADHD-lyf, 17,7% drengja og 11,6% stúlkna. Notkun unglinga á aldrinum 12-17 ára var hærri og af þeim höfðu 17,6% notað ADHD-lyf, 20,1% drengja og 14,6% stúlkna. Í aldurshópnum 18-44 ára var notkunin hins vegar 10,2%, 9,4% hjá körlum og 11,0% hjá konum.

Um áramótin 2023/2024 biðu um 2100 Íslendingar eftir að komast í greiningarferli hjá Geðheilsuteymi Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH) – ADHD fullorðinna. Miðað við fyrra hlutfall greininga hjá teyminu er áætlað að um 1700 af þeim verði greindir með ADHD. Ef farið yrði í átak og biðlistinn unninn hratt niður, mætti því búast við að algengi ADHD-lyfjanotkunar 18-44 ára myndi hækka um 1,5%. Jafnframt kom fram að 180 einstaklingar 18-44 ára fengu lyfjaskírteini fyrir ADHD-lyfi í teyminu árið 2023, en nokkrir þeirra höfðu notað ADHD-lyf áður.

Þegar skoðað var hlutfall þeirra sem höfðu hafið meðferð með ADHD-lyfjum en hætt meðferð við lok rannsóknartímabilsins árið 2023, reyndust 15,2% drengja og 13,1% stúlkna 7-17 ára hafa hætt meðferð. Hjá 18-44 ára höfðu 53,8% karla hætt meðferðinni og 35,2% kvenna.

Metýlfenídat var langalgengasta ADHD-lyfið sem var notað hjá ungmennum 7-17 ára, þar sem 15,4% drengja notuðu lyfið og 10,0% stúlkna, en notkun lisdexamfetamíns (Elvans) nam 2,3% hjá drengjum og 1,9% hjá stúlkum. Hjá fullorðnum 18-44 ára var metýlfenídat einnig algengasta lyfið, en 6,1% karla og 7,1% kvenna notuðu lyfið árið 2023. Næstalgengasta lyfið hjá fullorðnum var lisdexamfetamín. Það notuðu 3,6% karla og 4,6% kvenna árið 2023. Önnur ADHD-lyf voru mun sjaldnar notuð og var notkun þeirra undir 1% í hópnum.

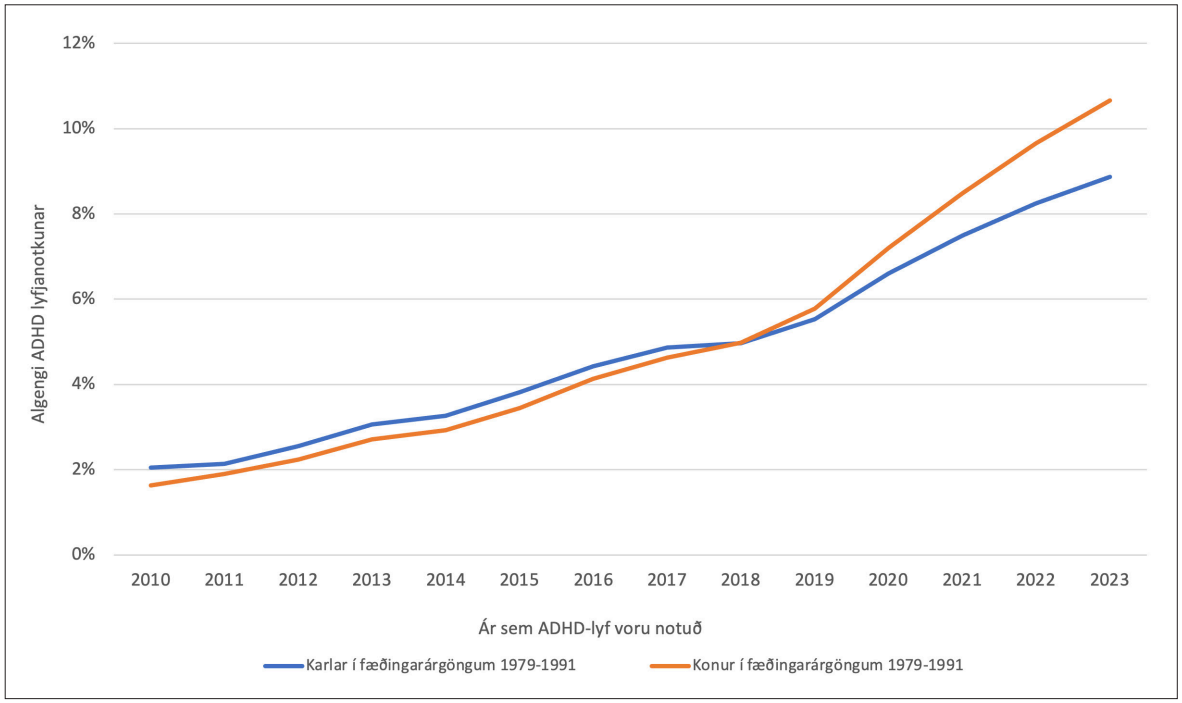
Mynd 1 sýnir þróunina í notkun ADHD-lyfja síðastliðin 13 ár. Árið 2010 voru ADHD-lyf fyrst og fremst notuð hjá drengjum undir 20 ára aldri. Frá 2010 til 2023 varð mikil aukning á notkun lyfjanna í öllum aldursflokkum, en mest hefur aukningin þó orðið hjá stúlkum og hjá konum á miðjum aldri.

Aukning í notkun ADHD-lyfja hjá ungum fullorðnum

Mynd 2 sýnir aukningu ADHD-lyfjanotkunar síðustu 13 ár hjá árgöngum 1991-1979. Þeir árgangar voru valdir þar sem öll aukning á ADHD-lyfjum hefur komið til vegna aukningar eftir 18 ára aldur, og er því um að ræða aukningu greininga á ADHD hjá fullorðnum. Á árinu 2010 voru einstaklingar í árgöngunum á aldrinum 18-30 ára og þá var notkun ADHD-lyfja í árganginum 2% hjá körlum og 1,6% hjá konum. Þrettán árum síðar, eða árið 2023, voru einstaklingarnir á aldrinum 31-43 ára og var algengi notkunar ADHD-lyfja það árið komið í 8,9% hjá körlum og 10,7% hjá konum. Á tímabilinu jókst notkun ADHD-lyfja í árgöngunum um 555% hjá konum og hjá körlum um 333%.

Notkun á ADHD-lyfi einhvern tíma

Árið 2023 höfðu 17,2% ungmenna 7-17 ára einhvern tíma notað ADHD-lyf, 20,9% drengja og 13,3% stúlkna (Tafla II). Hjá 18-44 ára var hlutfallið hins vegar 20,4% hjá körlum og 16,9% hjá



Mynd 2. *Notkun ADHD-lyfja í fæðingarárgöngum 1979-1991 fylgt eftir á tímabilinu 2010-2023.*

Tafla II. Hlutfall Íslendinga sem hafa einhvern tíma notað ADHD-lyf skoðað eftir kyni og aldri (%).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Drengir 7-17 ára	5,6	6,8	7,6	8,6	9,3	10,2	10,8	11,4	11,9	12,6	13,2	13,9	14,8	15,9	16,4	17,2	18,2	19,3	20,1	20,9
Stúlkur 7-17 ára	1,8	2,2	2,6	2,9	3,2	3,7	4,1	4,4	4,7	5,0	5,4	6,1	6,6	7,4	7,9	8,5	9,6	10,9	12,0	13,3
Karlar 18-44 ára	0,5	0,9	1,5	1,9	2,5	3,2	4,0	4,9	6,0	7,2	8,2	9,5	10,9	12,2	13,4	14,6	16,1	17,6	19,0	20,4
Konur 18-44 ára	0,4	0,7	0,9	1,3	1,6	2,1	2,6	3,2	4,0	4,8	5,5	6,4	7,5	8,6	9,6	10,7	12,2	13,7	15,2	16,9

konum. Tafla II sýnir þróunina á algengi þess að hafa einhvern tíma notað ADHD-lyf á undanförnum árum. Frá 2010 hefur aukningin í ADHD-lyfjanotkun hjá drengjum 7-17 ára verið 93% og hjá stúlkum 224%. Hjá körlum 18-44 ára hefur aukningin verið 414% og 543% hjá konum á sama aldursskeiði.

Nýgengi í notkun ADHD-lyfja

Á árinu 2023 hófu 169 drengir 7-17 ára fyrstu meðferð með ADHD-lyfi og 284 stúlkur á sama aldri. Meðal nýrra fullorðinna notenda bættust við 861 karl og 904 konur 18-44 ára. Meðal nýgengi nýrrar ADHD-lyfjanotkunar á ári hjá drengjum 7-17 ára á árunum 2021-2023 var 10,9 á hverja 1000 íbúa og 13,5 hjá stúlkum. Árlegt meðalnýgengi nýrrar ADHD-lyfjanotkunar hjá körlum 18-44 árin 2021-2023 var 18,7 á hverja 1000 íbúa og 19,2 hjá konum.

Notkun ADHD-lyfja hér samanborið við önnur lönd

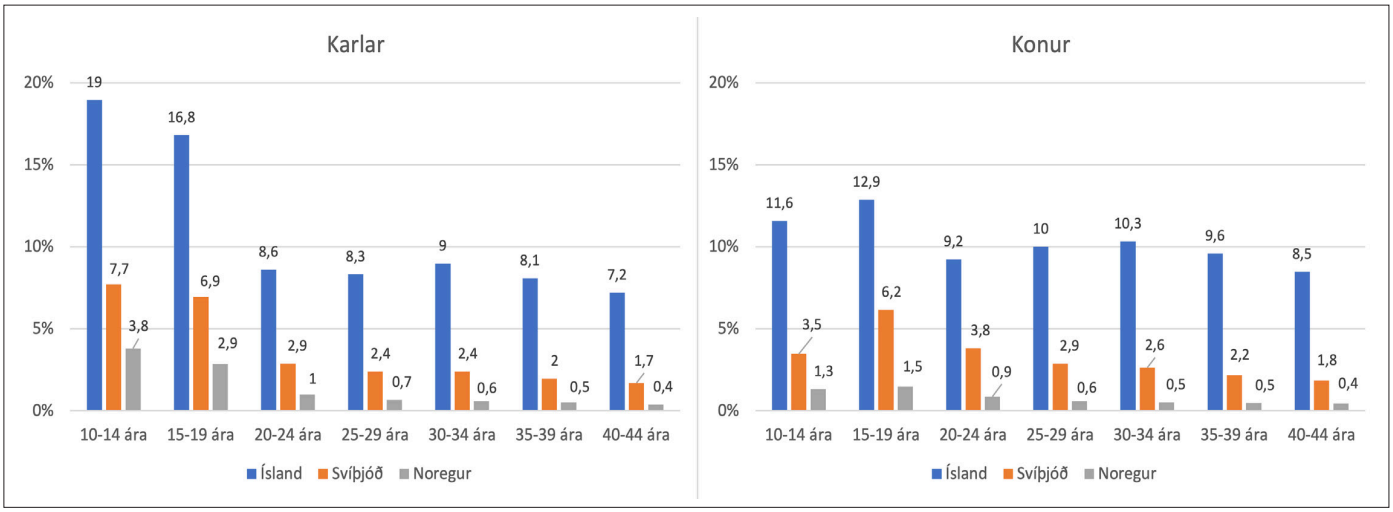
Á mynd 3 er samanburður á notkun Íslendinga á ADHD-lyfjum við notkun Svía og Norðmanna á sama aldri á árinu 2022. Íslendingar 10-44 ára notuðu rúmlega þrisvar sinnum meira af ADHD-lyfjum en Svíar og rúmlega 13 sinnum meira en Norðmenn í sama aldurshópi. Þá notuðu Íslendingar tæplega þrisvar sinnum meira af ADHD-lyfjum en Svíar hjá einstaklingum 20 ára og yngri en á aldrinum 20-44 ára var notkunin tæplega fjórum sinnum meiri á Íslandi.

Munurinn var enn ýktari milli Íslands og Noregs þar sem íslensk börn notuðu rúmlega sjö sinnum meira af ADHD-lyfjum en norsk börn á sama aldri, og fullorðnir Íslendingar notuðu um 16 sinnum meira af ADHD-lyfjum en Norðmenn á sama aldursbili.

Umræður

Árið 2023 notuðu 17,7% drengja 7-17 ára og 11,6% stúlkna ADHD-lyf hér á landi. Hjá fullorðnum 18-44 ára var notkunin 9,4% hjá körlum og 11% hjá konum. Þegar algengi ADHD er metið fyrir þau sem hafa einhvern tíma notað ADHD-lyf reynist það vera 20,9% hjá drengjum 7-17 ára og 13,3% hjá stúlkum. Hjá fullorðnum 18-44 ára höfðu 20,4% karla og 16,9% kvenna einhvern tímann notað ADHD-lyf.

Vert er að hafa í huga að þessar háu hlutfallstölur um algengi ADHD hér á landi byggt á lyfjanotkun endurspeglar ekki raunverulegt algengi röskunarinnar, þar sem hluti þeirra sem greinist með ADHD velur að fara ekki á lyf. Einnig ber að



Mynd 3. *Hlutfall Íslendinga, Svía og Norðmanna á aldrinum 10-44 ára sem notuðu ADHD-lyf á árinu 2022.*

Tafla III. Notkun ADHD-lyfja hjá Íslendingum samanborið við algengi ADHD erlendis.

	Notkun ADHD-lyfja 2023 (%)	Einhvern tíma notað ADHD-lyf (%)	Áætlað algengi ADHD samkvæmt stærri rannsóknum* (%)
Börn 7-11 ára	11,1	11,5	3,4-7,2
Unglingar 12-17 ára	17,6	22,5	3,4-7,2
Ungmenni 7-17 ára	14,7	17,2	3,4-7,2
Fullorðnir 18-44 ára	10,2	18,7	2,5-6,8
Fullorðnir 18-44 ára**	11,7	20,2	2,5-6,8
Fullorðnir 45-70 ára	3,5	6,0	Tölur ekki tiltækar

*Heimildir 10,12,19,21,22.
** Áætluð notkun ADHD-lyfja ef biðlisti í ADHD-teymi fullorðinna væri unninn upp.

nefna að einhverjir kunna að velja frekar önnur lyf sem eru oft notuð við ADHD, en hafa þó ekki ábendingu sem meðferð fyrir ADHD og má þar nefna búprópríon og modafínil.

Hér á landi er einnig talsverður fjöldi fólks sem hefur fengið greiningu hjá sálfræðingi og bíður eftir að ADHD-lyfjameðferð sé hafin hjá geðlækni eða barnalækni með sérþekkingu á taugaþroskaröskunum. Í tölum frá Geðheilsuteymi ADHD fyrir fullorðna innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins kemur fram að búast má við 1,5% aukningu í notkun ADHD-lyfja hjá fullorðnum á aldrinum 18-44 þegar (og ef) næst að vinna upp biðlistann.

Ljóst er að margir eru á bið eftir meðferð hjá sjálfstætt starfandi geðlæknum, en einnig að hluti þeirra einstaklinga er einnig á bið eftir að komast að hjá Geðheilsuteymi ADHD. Ekki eru tiltækar upplýsingar um fjöldann sem einungis er að bíða eftir að komast að hjá sjálfstætt starfandi geðlæknum. Því er ljóst að þrátt fyrir að niðurstöður þessarar rannsóknar sýni fram á hæsta algengi ADHD sem birt hefur verið í nokkru samfélagi á heimsvísu, eftir því sem höfundar vita best, eru þær þó vanmat á algengi ADHD hér á landi, þar sem tölurnar ná ekki að fanga að fullu alla Íslendinga sem hafa verið greindir með ADHD.

Tafla III sýnir notkun ADHD-lyfja á Íslandi samanborið við áætlað algengi ADHD í stærri og vandaðri rannsóknum. Slíkur samanburður er þó flókinn þar sem algengi ADHD er breytilegt eftir aldri og er hærra hjá unglingum en yngri börnum þar sem þá hefur gefist meiri tími til að greina röskunina. Stærstu rannsóknirnar á algengi ADHD hjá börnum og unglingum hafa metið algengi ADHD á bilinu 3,4%-7,2%.[10,12,17,19,20] Þótt litið sé á hæstu viðmiðunartöluna, 7,2%, þá er algengi ADHD hjá íslenskum ungmennum sem hafa einhvern tíma notað ADHD-lyf um það bil tvisvar til þrisvar sinnum hærra en það sem hefur fundist í stærri vönduðum rannsóknum.

Þær stóru rannsóknir sem gerðar hafa verið á algengi ADHD hjá fullorðnum hafa fyrst og fremst metið algengið hjá ungu fullorðnu fólki og hafa sýnt algengi á bilinu 2,5%-6,8%.[1,21-23] Algengi ADHD metið út frá því að hafa einhvern tíma notað ADHD-lyf er því að minnsta kosti tvö- til þrefalt hærra hér á landi en búast mætti við út frá framangreindum rannsóknum. Þá reyndist notkun ADHD-lyfja hjá 10-44 ára vera þrisvar sinnum meiri hjá Íslendingum en hjá Svíum í sama aldurshópi og rúmlega 13 sinnum meiri en hjá Norðmönnum. Þetta háa algengi hér á landi, borið saman við vandaðar alþjóðlegar rannsóknir og ADHD-lyfjanotkun á hinum Norðurlöndunum, bendir ótvírætt til þess að ADHD sé ofgreint, líklega verulega ofgreint, hér á landi.

Áætlað algengi ADHD hefur almennt verið hæst í könnunum eða rannsóknum gerðum í Bandaríkjunum. Til að mynda var algengi þar metið 10,8% hjá börnum og unglingum á aldrinum 4-17 ára árið 2022, en sú rannsókn byggði á frásögn foreldra um hvort viðkomandi hefði fengið greiningu á ADHD hjá heilbrigðisstarfsmanni, en ekki á niðurstöðum staðlaðra mælitækja við greiningu.[24] Hæsta algengi ADHD í þessari bandarísku rannsókn var hjá 12-17 ára unglingum, þar sem algengið á árunum 2021-2022 var áætlað 14,2% á meðan algengið út frá ADHD-lyfjanotkun einhvern tíma hjá Íslendingum 12-17 ára var 22,5% eða tæplega 60% hærra.

Nokkrar ástæður kunna að liggja að baki þessu háa algengi hér á landi. Ein er gott aðgengi að greiningu á Íslandi. Einnig hlýtur samfélagsleg umræða og vitundarvakning um einkenni og greiningu á ADHD að hafa haft áhrif á vaxandi nýgengi röskunarinnar síðustu 15 ár, í ljósi mikillar eftirspurnar eftir slíkri greiningu hér á landi. Þættir sem tengjast greiningarvinnunni geta haft mikil áhrif, sérstaklega varðandi túlkun á greiningarviðmiðum fyrir mat á hömlun (*functional impairment*) en ef þröskuldur fyrir því hvað telst hömlun er of lágur, þá leiðir það fljótt til mikillar aukningar á fjölda þeirra einstaklinga sem fá greiningu. Skortur á öðrum meðferðarúrræðum, sem og skortur á stuðningsúrræðum í skólakerfi, getur einnig stuðlað að þessari miklu ADHD-lyfjanotkun hjá Íslendingum.

Breytingar sem fylgdu DSM-5 greiningarkerfinu árið 2013 kunna að hafa haft áhrif á algengi ADHD-greininga. Þá var fjölda einkenna fyrir greiningu í DSM-5 fækkað úr 6 einkennum í 5 hjá fullorðnum þar sem almennt dregur úr einkennum ADHD með aldri. Áður hafði verið miðað við að einkennin væru komin fram við 7 ára aldur, en eftir breytinguna var miðað við að hamlandi einkenni þyrftu að hafa komið fram fyrir 12 ára aldur. Greining á einhverfu útilokaði jafnframt ekki lengur greiningu á ADHD eins og hafði tíðkast fram að þessari breytingu í DSM-5.[25]

Þá er áhugavert að sjá hvernig hópurinn sem notar ADHD-lyf hefur breyst frá 2010-2023. Mynd 1 sýnir að notkun lyfjanna hefur margfaldast hjá fólki á miðjum aldri. Sést þetta einnig vel þegar notkun ADHD-lyfja í fæðingarárgöngum 1979-1991 er skoðuð á mynd 2 á 13 ára tímabili. Þar varð rúmlega fimmföld aukning, 555%, hjá konum og rúmlega þreföld, 333%, aukning hjá körlum.

Líklega spilar aukin samfélagsleg umræða um greiningar fullorðinna þar stóran sess. Hins vegar má velta fyrir sér réttmæti þess að slíkar greiningar fari fram í jafn ríkum mæli og raun ber vitni, þar sem lyfjameðferð fullorðinna er ekki jafn vel studd af rannsóknum, auk þess sem einkenni eru almennt minna hamlandi hjá eldri fullorðnum.[5] Jákvætt er þó að greining og meðferð ADHD ætti að vera vel tryggð fyrir þau sem eru með hamlandi einkenni ADHD hér á landi, svo fremi sem aðgengi að greiningu er ekki háð efnahag eða félagslegri stöðu fólks. Stutt könnun höfunda hjá sálfræðistofum hér á landi sýndi að hefðbundin ADHD-greining tekur um það bil 7-9 klukkutíma og kostar á bilinu 168-220 þúsund, ef ekkert óvænt kemur upp á í greiningarferlinu.

Þegar skoðað er hlutfall þeirra sem hafa byrjað en síðan hætt ADHD-lyfjanotkun kemur í ljós að það á við um 53,8% karla og 35,2% kvenna 18-44 ára á rannsóknartímanum. Þetta er heldur lægra hlutfall hér á landi en í erlendri samantektarrannsókn frá 2024 þar sem 60-70% fullorðinna höfðu hætt meðferð innan 5 ára.[26] Þó er líklegt að hlutfall þeirra sem hætta að taka lyfin hækki eitthvað á næstu árum hér á landi, í ljósi mikillar fjölgunar nýrra notenda á síðustu árum og hve margir þeirra hafa aðeins notað lyfin í nokkur ár. Það er að sumu leyti eðlileg þróun, enda dregur úr einkennum ADHD með aldrinum, og því ætti ekki að vera eins mikil þörf á lyfjanotkun hjá fullorðnum og hjá börnum og unglingum.

Sumir hætta einnig vegna aukaverkana og má þar nefna algengar aukaverkanir eins og höfuðverk, svefnleysi, kvíða, þunglyndi, lystarleysi og svima.[13] Einnig þarf að hafa í huga að lyfjameðferðin getur haft alvarlegar aukaverkanir í för með sér, sérstaklega hjá fullorðnum. Í ljósi hættu á tiltölulega sjaldgæfum en alvarlegum geðrænum aukaverkunum, eins og geðrofi og örlyndi, sem geta krafist innlagnar, er enn mikilvægara hjá fullorðnum en hjá ungmennum að tryggja eftirfylgd fagaðila sem þekkja til slíkra geðrænna einkenna og geta brugðist við þeim.[27] Einnig er aukin hætta á aukaverkunum tengdum hjarta og æðakerfi hjá fullorðnum og því mikilvægt að fylgjast með blóðþrýstingi og fræða notendur um mögulega hjartsláttaróreglu, ekki síst ef ættarsaga um hjartasjúkdóma er til staðar, en slík áhætta eykst á hærri skömmtum þessara lyfja.[28]

Árið 2023 bættust við 453 notendur í hópi barna og unglinga 7-17 ára og 1765 nýir notendur ADHD-lyfja 18-44 ára hér á landi. Þar af voru tæplega 180 sem hófu meðferð hjá Geðheilsuteymi ADHD fyrir fullorðna, eða um 10% hópsins. Því er ljóst að sjálfstætt starfandi geðlæknar á stofu hefja meðferð með ADHD-lyfjum hjá fullorðnum í langstærstum hluta tilfella, oft að undangenginni greiningarvinnu sálfræðinga.

Það kemur óneitanlega talsvert á óvart að ADHD-teymið eigi ekki stærri hluta af þessum greiningum, þar sem teymið er það eina sérhæfða sem kemur að greiningu ADHD meðal fullorðinna á Íslandi. Einnig er umhugsunarvert að langstærstur hluti nýrra notenda ADHD-lyfja á síðustu árum eru fullorðnir einstaklingar, eða yfir 80%, en gagnsemi lyfjanna er eins og komið hefur fram almennt mun betur studd rannsóknum hjá börnum og unglingum.

Styrkleikar og veikleikar rannsóknar

Gagnagrunnur Embættis landlæknis heldur utan um nánast öll lyf sem leyst eru út í apótekum landsins og er því afar áreiðanleg heimild um notkun ADHD-lyfja, en á Íslandi má einungis ávísa ADHD-lyfjunum til þeirra sem greindir hafa verið með ADHD. Metið áætlað algengi ADHD eins og það birtist í þessari rannsókn er samt vanmetið að mati höfunda, þar sem þeir einstaklingar sem greindir hafa verið með ADHD en hófu í kjölfarið ekki meðferð með ADHD-lyfjum voru samkvæmt skilgreiningu ekki hluti af rannsóknarúrtakinu.

Rannsóknin tekur einungis til Íslendinga, fólks með íslenskt ríkisfang, og var það meðal annars gert til að leiðrétta tölurnar fyrir skekkjum í mannfjölda, en Hagstofan hefur gefið út að fjöldi landsmanna hafi verið ofmetinn í hagtölum síðustu ára.[29] Hlutfallstölur um notkun ADHD-lyfja hjá Íslendingum eru því lítið eitt hærri en tölur beint úr lyfjagagnagrunni landlæknis sem miðast við alla þá einstaklinga sem eru skráðir inn í landið.

Lokaorð

Meta þarf hvernig málefnalegt er að haga greiningu og meðferð ADHD meðal Íslendinga til framtíðar út frá lýðheilsusjónarmiðum og vönduðum starfsháttum. Ljóst er að núverandi fyrirkomulag leiðir til ofgreininga, ofmeðhöndlunar og hættu á óþarfa aukaverkunum, einkum meðal fullorðinna, eins og hjarta- og æðasjúkdómum[28] og geðrofi og örlyndi sem krefjast innlagnar á geðdeild í hluta tilfella.[27] Þörf er á frekari rannsóknum á ávinningi og aukaverkunum lyfjameðferðar hjá einstaklingum sem greinast með ADHD á fullorðinsaldri.

Mikilvægt er að tryggja að börn, unglingar og ungir fullorðnir sem glíma við greinilega hömlun vegna ADHD hljóti greiningu, fræðslu og oft fjölþættari meðferð en örvandi lyf eingöngu. Í núverandi kerfi er ekkert sem forgangsraðar einstaklingum með meiri og útbreiddari hömlun vegna ADHD fram yfir aðra, þar sem merki um hömlun eru mun óljósari og ekki skýrt studd af gögnum úr skóla eða upplýsingum frá foreldrum.

Höfundar hvetja heilbrigðisyfirvöld til að gera sem fyrst úttekt á því hvernig ADHD-greiningum og upphafi og eftirfylgd ADHD-lyfjameðferðar er háttað hér á landi og fá þar alla hagsmunaaðila að borðinu.

Þakkir

Embætti landlæknis er þakkað fyrir aðgang að lyfjagagnagrunninum og er Védísi Helgu Eiríksdóttur sérstaklega þakkað fyrir aðstoð við öflun gagna.

Greinin hlaut styrk úr Vísindasjóði Landspítala.

Heimildir

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fifth edition (DSM-5): American psychiatric publishing; 2013.
2. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. Lancet 2016;387(10024):1240-50.
3. Tripp G, Wickens JR. Neurobiology of ADHD. Neuropharmacology 2009;57(7-8):579-89.
4. Volkow ND, Swanson JM. Clinical practice: Adult attention deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med 2013;369(20):1935-44.
5. Sonuga-Barke EJS, Becker SP, Bölte S, et al. Annual Research Review: Perspectives on progress in ADHD science - from characterization to cause. J Child Psychol Psychiatry 2023;64(4):506-32.
6. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of clinical psychiatry 2002;63:10-5.
7. Solberg BS, Zayats T, Posserud MB, et al. Patterns of Psychiatric Comorbidity and Genetic Correlations Provide New Insights Into Differences Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder. Biol Psychiatry 2019;86(8):587-98.
8. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. American Journal of psychiatry 2006;163(4):716-23.
9. Solberg BS, Halmøy A, Engeland A, et al. Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica 2018;137(3):176-86.
10. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. Neurosci Biobehav Rev 2021;128:789-818.
11. Bjarnadottir S, Olafsdottir H, Johnsen A, et al. [Effectiveness of medical treatment in the adult ADHD unit of Landspitali 2015-2017]. Læknablaðið 2020;106(3):131-8.
12. Sayal K, Prasad V, Daley D, et al. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. The lancet psychiatry 2018;5(2):175-86.
13. Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. European child & adolescent psychiatry 2011;20:17-37.
14. Storebø OJ, Storm MRO, Pereira Ribeiro J, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Cochrane Database Syst Rev 2023;3(3):Cd009885.
15. Bjarnadottir GD, Haraldsson HM, Rafnar BO, et al. Prevalent intravenous abuse of methylphenidate among treatment-seeking patients with substance abuse disorders: a descriptive population-based study. J Addict Med 2015;9(3):188-94.
16. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA,et al. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. Int J Epidemiol 2014;43(2):434-42.
17. Thomas R, Sanders S, Doust J, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. Pediatrics 2015;135(4):e994-e1001.
18. Sayal K, Prasad V, Daley D, et al. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. Lancet Psychiatry 2018;5(2):175-86.
19. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 2007;164(6):942-8.
20. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, et al. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2015;56(3):345-65.
21. Simon V, Czobor P, Bálint S, et al. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. Br J Psychiatry 2009;194(3):204-11.
22. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics 2012;9(3):490-9.
23. Song P, Zha M, Yang Q, et al. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. J Glob Health 2021;11:04009.
24. Li Y, Yan X, Li Q, et al. Prevalence and Trends in Diagnosed ADHD Among US Children and Adolescents, 2017-2022. JAMA Netw Open 2023;6(10):e2336872.
25. Abdelnour E, Jansen MO, Gold JA. ADHD Diagnostic Trends: Increased Recognition or Overdiagnosis? Mo Med 2022;119(5):467-73.
26. Brikell I, Yao H, Li L, et al. ADHD medication discontinuation and persistence across the lifespan: a retrospective observational study using population-based databases. Lancet Psychiatry 2024;11(1):16-26.
27. Cressman AM, Macdonald EM, Huang A, Gomes T, et al. Prescription Stimulant Use and Hospitalization for Psychosis or Mania: A Population-Based Study. J Clin Psychopharmacol 2015;35(6):667-71.
28. Zhang L, Li L, Andell P, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Long-Term Risk of Cardiovascular Diseases. JAMA Psychiatry 2024;81(2):178-87.
29. Hagstofan. Breytt aðferð við mat á íbúafjölda. 2024.

High prevalence of treatment with ADHD medicines indicates overdiagnosis of ADHD in Iceland

doi 10.17992/lbl.2024.09.804

Oddur Ingimarsson[1,2]
Ragna Kristin Gudbrandsdottir[1,4]
Bertrand Andre Marc Lauth[1,3]
Engilbert Sigurdsson[1,2]

[1]University of Iceland, Faculty of Medicine, [2]Mental Health Services, Landspítali University Hospital of Iceland, [3]Faculty of Medicine, Women's and Childrens's Services, [4]Landspítali University Hospital of Iceland

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

Key words: *ADHD, prevalence, medication, diagnosis*

INTRODUCTION: ADHD is a neurodevelopmental disorder characterized by hyperactivity, inattention and impulsivity. For many the core symptoms become less troubling in adulthood. Treatment with stimulants is considered the most efficacious treatment for ADHD. Large high-quality studies have estimated the prevalence of AHDH to be 3,4-7,2% for children and adolescents and 2,5-6,8% for young adults. The aim of this study was to estimate the proportion of Icelanders who have received an ADHD diagnosis based on ADHD-medication prescriptions since an ADHD diagnosis is a prerequisite for such prescriptions in Iceland.

METHODS: This population-based retrospective cohort study included all Icelanders 7-70 years old who received a prescription for an ADHD drug from 1.1.2004-31.12.2023. Every citizen receiving a prescription is included in the Icelandic Prescription Medicines Registry (IPMR).

RESULTS: In 2023 14,7% of youth, 7-17 years of age, received a prescription for an ADHD medication, 17,7% of boys and 11,6% of girls. Among 12-17 years old youth the proportion was higher still, 17,6%, 20,1% for boys and 14,6% for girls. For 18-44 years old adults the proportion was 10,2%, 9,4% for males and 11,0% for females. From 2010-2023 the increase in prescriptions for 7-17 years old boys has been 93% but 224% for girls. For 18-44 years old males the increase has been 414% for males and 543% for females during this period. The incidence of new ADHD prescriptions for 7-17 years old boys from 2021-2023 was 10,9 and 13,5 for girls per 1000, respectively. For 18-44 years old the incidence in the years 2021-2023 was 18,7 for males and 19,2 for females per 1000, respectively.

CONCLUSION: The prevalence of Icelanders who have received an ADHD diagnosis is double to treble that observed in the best available studies in other populations. We therefore call for an urgent review of how ADHD diagnoses are made in Iceland because it is obvious that the current system leads to overdiagnosis and inappropriate treatment.

Árangur segulörvunarmeðferðar við meðferðarþráu eða langvinnu þunglyndi í klínísku þýði

Elín María Árnadóttir[1] læknanemi
Nicolas Pétur Blin[2] líffræðingur
Jón Gauti Jónsson[2] hjúkrunarfræðingur
Dagur Bjarnason[2] læknir
Engilbert Sigurðsson[1,3] læknir

[1]læknadeild Háskóla Íslands, [2]Heilaörvunarmiðstöð Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins [3]geðsvið Landspítala

Fyrirspurnum svarar Engilbert Sigurðsson, *engilbs@lsh.is*

Greinin barst til blaðsins 23. apríl 2024.
Samþykkt til birtingar 10. ágúst 2024.

ÁGRIP

Inngangur

Þunglyndi er algeng, alvarleg og oft þrálát geðröskun og hvarvetna ein leiðandi orsök heilsubrests í heiminum. Ársalgengi þunglyndis er 5-10%, tvöfalt hærra hjá konum en körlum, og lífstíðaralgengi ekki minna en 20%. Allt að þriðjungur þunglyndra mætir skilmerkjum fyrir meðferðarþrátt þunglyndi, þunglyndi sem ekki hefur svarað meðferð með tveimur þunglyndislyfjum sem hafa hvort um sig verið reynd í minnst 6 vikur í meðferðarskömmtum. Frá janúar 2022 hefur Heilaörvunarmiðstöð (HÖM) Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins boðið nýlega gagnreynda meðferð, segulörvun á heila, fyrir fullorðna sem þjást af meðferðarþráu eða langvinnu þunglyndi.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin er afturskyggn ferilrannsókn þar sem þátttakendur voru allir þeir einstaklingar sem hófu segulörvunarmeðferð hjá HÖM á árunum 2022 og 2023. Sjálfsmatskvarðar voru nýttir til að meta þunglyndi, kvíða, áhrif á lífsgæði og heildarmat á breytingum. Upplýsingum var einnig safnað úr sjúkraskrám um fyrri þunglyndismeðferð.

Niðurstöður

Alls luku 104 einstaklingar segulörvunarmeðferð hjá HÖM á þessum tveimur árum, 60,6% konur. Flestir voru greindir með einskauta þunglyndi (86,5%), en 14 með geðlægðarlotu í geðhvörfum (13,5%). Hlutfall þeirra sem svaraði meðferðinni var 36,1% samkvæmt styttri sjálfsmatskvarðanum en 45,7% samkvæmt þeim lengri og hlutfall þeirra sem fór í fullt sjúkdómshlé var 12,4% og 31,5% samkvæmt þessum tveimur kvörðum. Brottfall var aðeins 12,5% og engar alvarlegar aukaverkanir komu fram við meðferðina.

Umræða

Segulörvunarmeðferð hjá HÖM er virk meðferð við meðferðarþráu og langvinnu þunglyndi í klínísku þýði og lítið brottfall styður að meðferðin þolist afar vel. Árangur meðferðarinnar er sambærilegur niðurstöðum erlendra rannsókna þar sem sams konar nálgun er beitt.

Inngangur

Þunglyndi er alvarleg, oft endurtekin og stundum afar þrálát geðröskun sem er ein helsta orsök lífsgæðaskerðingar og heilsubrests meðal fullorðinna á heimsvísu. Þunglyndi er algengt og algengi þess hefur farið vaxandi um allan heim síðustu áratugi, einkum hjá ungu fólki.[1,2]

Meðferðarþrátt þunglyndi (MÞÞ, *treatment resistant depression*) er þunglyndi sem svarar lítt eða ekki hefðbundnum fyrstu meðferðarúrræðum, sem víðast hvar eru þunglyndislyf. Algengasta skilgreiningin á meðferðarþráu þunglyndi er ófullnægjandi svörun einstaklings með alvarlegt þunglyndi við meðferð með að minnsta kosti tveimur þunglyndislyfjum í fullnægjandi skömmtum í að minnsta kosti 6 vikur hvoru fyrir sig.[3,4] Algengi MÞÞ er að meðaltali nálægt 30% af öllum geðlægðarlotum.[5,6]

Segulörvunarmeðferðir hafa síðustu áratugi verið rannsakaðar sem mögulegt meðferðarúrræði við meðferðarþráu þunglyndi. Meðferðirnar eru veittar með lækningatæki, rafsegulspólu, sem býr til öflugt segulsvið, svokallaðan segulpúls.[7] Við þunglyndi er segulörvunarmeðferð oftast beint að annaðhvort hægri eða vinstri bakhliðlægum forennisberki (e. *dorsolateral prefrontal cortex*, DLPFC) og eru meðferðirnar ýmist örvandi eða letjandi eftir því hvort segulpúlsarnir eru af hárri eða lágri tíðni.[8,9] Segulörvunarmeðferðir virðast ýmist leiða til

langtímastyrkingar eða -bælingar á taugamótatengingum, eftir því hvort um örvandi eða letjandi meðferð er að ræða.[10] Rannsóknir á segulörvunarmeðferð við þunglyndi hafa sýnt fram á árangur örvandi meðferðar á vinstri DLPFC og hamlandi meðferðar á hægri DLPFC.[11,12,13,14] Til eru nokkrar mismunandi útgáfur af segulörvunarmeðferð, en hæst ber þar rTMS (*repetitive transcranial magnetic stimulation*) og iTBS (*intermittent theta burst stimulation*). Munurinn á segulörvun rTMS og iTBS felst í mismunandi tíðni, örvunarmynstri og hve lengi örvunin varir í hvert sinn. Matvæla- og lyfjastofnun Bandaríkjanna (FDA), veitti rTMS markaðsleyfi sem meðferð við MÞÞ hjá fullorðnum árið 2008 og iTBS sambærilegt markaðsleyfi árið 2018.[15,16]

Heilaörvunarmiðstöð Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HÖM) hefur frá janúar 2022 veitt segulörvunarmeðferð og aðalmarkhópurinn verið einstaklingar með MÞÞ. Meðferðin er veitt alla virka daga í fjórar til sex vikur, oftast í 30 skipti alls. Á HÖM er oftast veitt iTBS meðferð.

Helstu markmið rannsóknarinnar eru að meta árangur segulörvunarmeðferðar HÖM með því að kanna hvort hlutfall þunglyndra sem svara henni eða öðlast fullan bata (e. *remission*) sé sambærilegt (+/-10%) við það sem lýst hefur verið í rannsóknum á sams konar segulörvunarmeðferð erlendis, en einnig að kanna áhrif meðferðarinnar á lífsgæði.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin náði til allra einstaklinga sem höfðu hafið og lokið eða hætt segulörvunarmeðferð hjá HÖM frá því að fyrsta segulörvunarmeðferðin var veitt 26. janúar 2022 til og með 31. desember 2023. Þunglyndis-, kvíða- og lífsgæðakvörðum var svarað fyrir meðferð og eftir fjórar og sex vikur eða þegar meðferð lauk í þeim fáu tilfellum þegar hún varði lengur en sex vikur.

Tölfræðileg úrvinnsla

Meðan á gagnasöfnun stóð voru upplýsingar um þátttakendur skráðar í Excel undir ópersónugreinanlegum númerum. Tölfræðileg úrvinnsla var gerð í SPSS. Tölfræðileg marktækni var skilgreind sem $p<0,05$ og því stuðst við 95% öryggisbil. Framkvæmt var parað t-próf á stigafjölda sjálfsmatskvarðanna PHQ-9, BDI-II, GAD-7 og QOLS fyrir og eftir meðferð. Gert var t-próf til að kanna hvort munur væri á svörun eftir kyni, einskauta/tvískauta þunglyndi og háu (≥10) eða lágu (<10) skori á GAD-7 kvíðakvarðanum við upphaf meðferðar og einþátta fervikagreining til að kanna hvort munur væri á svörun eftir aldri (þátttakendum skipt í þrjá aldurshópa).

Öflun gagna

Þegar nægar upplýsingar um greiningu (einskauta eða tvískauta þunglyndi) eða fyrri meðferðartilraunir í yfirstandandi geðlægðarlotu fundust ekki í tilvísunum til HÖM var frekari upplýsinga aflað með leit í sjúkraskrám Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Landspítala. Slík leit reyndist raunar nauðsynleg fyrir alla þátttakendur til að tryggja samræmi upplýsinga og áreiðanleika gagna um fyrri meðferð í yfirstandandi geðlægðarlotu. Auk lýðfræðilegra upplýsinga var skráð í gagnagrunn hvenær núverandi geðlægðarlota hófst, hversu margar þunglyndislyfjameðferðir höfðu verið reyndar á virkum meðferðarskammti og hve lengi (miðað við 6 vikur til að tímaviðmiðum væri náð) í yfirstandandi geðlægðarlotu. Athugað var hvort þátttakendur hefðu farið í gegnum hugræna atferlismeðferð (HAM) í yfirstandandi geðlægðarlotu eða áður, og var þá miðað við að þeir hefðu lokið að minnsta kosti sex skiptum af HAM-meðferð (einstaklings- eða hópmeðferð). Sömuleiðis var kannað hvort þátttakendur hefðu reynt raflækningar (ECT) við þunglyndi í yfirstandandi geðlægðarlotu eða áður. Farið var yfir meðferðarskýrslur HÖM þar sem allar aukaverkanir sem sjúklingar nefndu að fyrra bragði eða aðspurðir voru skráðar. Aldrei var haft beint samband við þátttakendur heldur eingöngu unnið með ofangreind gögn.

Mælitæki

Fjórir alþjóðlegir sjálfsmatskvarðar voru notaðir til að meta árangur meðferðarinnar. Starfsmenn Heilaörvunarmiðstöðvarinnar lögðu þá fyrir við upphaf meðferðarlotunnar og aftur eftir að meðferðarlotan hafði staðið yfir í fjórar vikur og sex vikur. Kvarðarnir voru einnig lagðir fyrir við lok meðferðar í þeim fáu tilvikum þar sem meðferðin varði lengur en í sex vikur. Mælitækin eru tveir þunglyndiskvarðar, Patient Health Questionnaire (PHQ-9)[17] og Beck Depression Inventory (BDI-II)[18], kvíðakvarðinn General Anxiety Disorder Assessment (GAD-7)[19] og lífsgæðakvarðinn Quality of Life Scale (QOLS).[20] Að meðferð lokinni var einnig lagt fyrir mælitækið Patients' Global Impression of Change (PGIC), sem er stutt sjálfsmat sjúklinga á breytingum á virkni, tilfinningum og/eða almennum lífsgæðum að meðferð lokinni.

Viðmið fyrir svörun að hluta til, svörun og fullt sjúkdómshlé

Í samræmi við erlendar rannsóknir er svörun við þunglyndiskvörðunum PHQ-9 og BDI-II skilgreind sem hlutasvörun ef lækkun á stigafjölda að lokinni meðferð er ≥25% og <50%, en til að skrá svörun þarf að koma fram ≥50% lækkun á stigafjölda á meðferðartímanum. Fullt sjúkdómshlé (bati) er skilgreint sem stigafjöldi <5 á PHQ-9 og <14 á BDI-II.[17,18]

Leyfi

Öll tilskilin leyfi lágu fyrir áður en rannsóknin hófst, frá Vísindasiðanefnd (VSN 22-167), Vísindarannsóknanefnd heilbrigðisrannsókna á Landspítala og Vísindanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Háskóla Íslands, sem og ábyrgðaraðilum sjúkraskráa á Landspítala og hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Niðurstöður

Á tímabilinu 26. janúar 2022 til 31. desember 2023, hófu og luku 104 einstaklingar segulörvunarmeðferð hjá HÖM, 63 konur (60,6%) og 41 karl (39,4%). Meðalaldur var 45,9 ár og meðalfjöldi skipta í segulörvun 29,4. Hluti þátttakendanna fór í gegnum tvær meðferðarlotur á tímabilinu en í þessari rannsókn eru einungis teknar með niðurstöður tengdar fyrstu meðferðarlotu hvers og eins.

Hugræn atferlismeðferð (HAM)
Samkvæmt því sem kom fram í tilvísun eða sjúkraskrá höfðu 62 þátttakendur (59,6%) einhvern tímann nýtt sér hugræna atferlismeðferð (HAM), þar af 27 (26,0%) í núverandi geðlægðarlotu. Það er þó líklega vanmat þar sem ekki var haft beint samband við þátttakendur og ekki er hægt að ganga að því sem gefnu að HAM-meðferðar hjá fagaðila á stofu sé alltaf getið í tilvísun eða í sjúkraskrá.

Raflækningar (ECT)
Samkvæmt tilvísunareyðublöðum og sjúkraskrá höfðu 12 þátttakendur (11,5%) einhvern tímann lokið raflækningameðferð (*electroconvulsive therapy*, ECT), þar af 5 (4,8%) í yfirstandandi geðlægðarlotu.

Lyfjameðferðir
Fjölda þunglyndislyfja sem þátttakendur höfðu reynt í núverandi geðlægðarlotu í meðferðarskömmtum í minnst 6 vikur má sjá í töflu I. Þeir sem höfðu aðeins lokið meðferð með einu þunglyndislyfi í yfirstandandi geðlægðarlotu höfðu flestir glímt við þunglyndi í mjög langan tíma, jafnvel árum saman. Hluti þeirra hafði hins vegar reynt fjölda þunglyndislyfja í gegnum tíðina í tengslum við fyrri geðlægðarlotur.

Tilvísanir
Meirihluta þátttakenda var vísað til meðferðar hjá HÖM frá geðheilsuteymum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Fyrst um sinn tók HÖM einungis við tilvísunum frá geðlæknum og þær komu þá nær eingöngu frá geðlæknum geðheilsuteyma Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, en frá ársbyrjun 2023 hafa bæði aðrir geðlæknar og heimilislæknar á tilteknum heilsugæslustöðvum getað vísað í meðferðina.

Brottfall og svarhlutfall
Af 104 þátttakendum lauk 91 (87,5%) meðferðinni en 13 (12,5%) hættu áður en henni var lokið, þar af tveir vegna hugsanlegra aukaverkana, einn vegna versnandi kvíða eftir 19 skipti og annar vegna sársauka á meðferðarsvæði eftir 21 skipti. Eftir meðferð svöruðu 7 þátttakendur ekki PHQ-9, 12 svöruðu ekki BDI-II, 23 svöruðu ekki GAD-7, 20 svöruðu ekki QOLS og 17 svöruðu ekki PGIC. Við mat á meðferðarárangri voru notuð síðustu skor sem hver einstaklingur skilaði inn á þunglyndis-, kvíða- og lífsgæðakvörðunum óháð því hvort 6 vikna meðferð var lokið eða ekki. Þeir sem hlutu meðferð voru beðnir um að fylla út þessa sjálfsmatskvarða við upphaf meðferðar og eftir fjórar og sex vikur eða síðar í þeim fáu tilvikum þar sem meðferðarlotan varði lengur en 6 vikur.

Meðferðarform
Langflestir, 89 af 104 (85,6%), fengu iTBS-meðferð sem beint var að vinstri bakhliðlægum forennisberki (DLPFC), en 15 einstaklingar fengu blandaða meðferð sem beint var bæði að hægri og vinstri DLPFC. Í þeim tilvikum var um að ræða rTMS-meðferð hægra megin en iTBS-meðferð vinstra megin í sama meðferðartíma. Seinni meðferðin var þá gefin strax í kjölfar hinnar. Í þessari rannsókn er litið svo á að um eina samsetta meðferð hafi verið að ræða í þeim tilvikum. Það hækkar meðalfjölda skipta í meðferð lítið eitt fyrir hópinn (29,4) þar sem meðalfjöldi skipta var 40,1 hjá þeim sem fengu blandaða meðferð, en 27,6 hjá þeim sem eingöngu fengu iTBS meðferð á vinstri DLPFC.

Hvíldarhreyfiþröskuldur
Í verklagi segulörvunar hjá HÖM er stefnt að því að beita 120% af hvíldarhreyfiþröskuldi, en hann er einstaklingsbundinn. Á aðlögunartíma notanda er oft byrjað á lægra afli en styrkur svo hækkaður um 3-5% á nokkrum dögum þar til 120% örvunarþröskuldi er náð. Þrír fyrstu notendurnir fengu örvun sem var miðuð við 90% af hvíldarhreyfiþröskuldi.

Í töflu I má sjá lýsingu á hópnum, fyrri meðferðartilraunum og hvaðan tilvísanir í meðferðina komu.

Tafla I. Lýsing á rannsóknarhópnum.

Grunnupplýsingar	Fjöldi
Fjöldi þátttakenda	104
Meðalaldur, ár	45,9 (14)
Meðalfjöldi skipta	29,4 (9,6)
Meðalfjöldi lyfjameðferða	1,7 (1,4)
Breytur	**Fjöldi (%)**
Kyn	
Kvenkyn	63 (60,6)
Karlkyn	41 (39,4)
Þunglyndisgreining	
Einskauta þunglyndi*	90 (86,5)
Tvískauta þunglyndi, geðhvörf**	14 (13,5)
Fjöldi þunglyndislyfja í meðferðarskömmtum í minnst 6 vikur í yfirstandandi geðlægðarlotu	
Engin þunglyndislyfjameðferð	4 (3,8)
1	59 (56,7)
2	21 (20,2)
3	11 (10,6)
4	5 (4,8)
5	2 (1,9)
8	1 (1,0)
9	1 (1,0)
Hugræn atferlismeðferð einhvern tíma reynd	62 (59,6)
Í núverandi geðlægðarlotu	27 (26,0)
Raflækningar einhvern tíma reyndar	12 (11,5)
Í núverandi geðlægðarlotu	5 (4,8)
Tilvísandi	
Geðheilsuteymi HH	54 (51,9)
Heimilislæknir	29 (27,9)
Geðlæknir á stofu	15 (14,4)
Geðlæknir á Landspítala	5 (4,8)
Geðlæknir á Reykjalundi	1 (1)
Meðferðarform	
Einungis iTBS	89 (85,6)
rTMS og iTBS	15 (14,4)
Luku meðferð	91 (87,5)
Hættu meðferð	13 (12,5)

*Greiningar m.v. ICD-10, F32 og F33 (endurtekið). **Greiningar m.v. ICD-10 F31.

Tafla II. Árangur meðferðar

Breytur	Fjöldi (%)
PHQ-9*	**97**
Engin svörun	29 (29,9)
Svörun að hluta til	33 (34,0)
Svörun	**35 (36,1)**
Fullt sjúkdómshlé	**12 (12,4)**
BDI-II*	92
Engin svörun	26 (28,3)
Svörun að hluta til	24 (26,1)
Svörun	**42 (45,7)**
Fullt sjúkdómshlé	**29 (31,5)**

*Sjö þátttakendur svöruðu ekki PHQ-9 og 12 þátttakendur svöruðu ekki BDI-II.

Tafla III. Meðaltal skora fyrir og eftir meðferð og meðalprósentubreyting

Kvarði	Meðaltal fyrir (staðalfrávik)	Meðaltal eftir (staðalfrávik)	Meðal % breyting (staðalfrávik)
PHQ-9	18,3 (4,2)	11,3 (5,4)	- 38,6 (26,8)
BDI-II	38,5 (10,1)	22,2 (13,7)	- 43,4 (30,1)
GAD-7	12,6 (5,1)	7,0 (4,7)	- 40,8 (35,1)
QOLS	50,8 (14,5)	61,2 (15,4)	+ 24,2 (29,1)

Tafla IV. Parað t-próf

Kvarði	Meðaltalsbreyting	Staðalfrávik	95% öryggisbil	T	Frígráður	P-gildi
PHQ-9	-7,0	4,8	(-8,0 til -6,1)	-14,4	96	<0,001
BDI-II	-16,3	12,2	(-18,8 til -13,8)	-12,8	91	<0,001
GAD-7	-5,6	4,9	(-6,6 til -4,5)	-10,2	80	<0,001
QOLS	+10,5	11,9	(7,9 til 13,0)	8,1	83	<0,001

Tafla V. PGIC. Heildarmat á breytingum eftir meðferð

Hvernig myndir þú lýsa breytingum á einkennum, virkni, tilfinningum og/eða almennum lífsgæðum þínum eftir að þú hófst TMS meðferð?	Fjöldi* (%)
1 = Engin breyting eða ástandið hefur versnað	3 (3,4)
2 = Næstum sama ástand, nánast engin breyting	4 (4,6)
3 = Örlítið betri en ekki áberandi breyting	8 (9,2)
4 = Lítilsháttar betri, en breytingin skiptir ekki raunverulegu máli	4 (4,6)
5 = Nokkuð betri og lítilsháttar breyting en markverð	34 (39,1)
6 = Betri og áberandi framför sem hefur haft raunveruleg áhrif	27 (31,0)
7 = Miklu betri og töluverð framför sem hefur skipt sköpum	7 (8,0)

**17 þátttakendur svöruðu ekki PGIC.*

Tafla VI. Aukaverkanir; fjöldi einstaklinga sem greindi frá hverri aukaverkun

Breytur	Fjöldi (%)
Engar aukaverkanir	**35 (33,7)**
Aukaverkanir	
Óþægindi á meðferðarstað	30 (28,8)
Höfuðverkur	29 (27,9)
Óþægindi/verkur í auga	19 (18,3)
Þreyta	6 (5,8)
Óþægindi í nefi	4 (3,8)
Ógleði	3 (2,9)
Óþægindi í tönnum eða kjálka	3 (2,9)
Táraseyting	2 (1,9)
Suð í eyra	2 (1,9)
Svimi	2 (1,9)
Aukning á kvíða	1 (1,0)

Engar alvarlegar aukaverkanir komu fram við meðferðina á tímabilinu.

Árangur meðferðar

Í töflu II má sjá fjölda og hlutfall þátttakenda sem svaraði meðferðinni að hluta eða að fullu og fór í fullt sjúkdómshlé, samkvæmt viðmiðum PHQ-9 og BDI-II. Samkvæmt PHQ-9, sem er talsvert styttra og einfaldara mælitæki, svöruðu 36,1% meðferðinni og 12,4% fóru í fullt sjúkdómshlé, en samkvæmt BDI-II, sem byggir á meira en tvöfalt fleiri spurningum, var svörunin 45,7% og 31,5% fóru í fullt sjúkdómshlé.

Í töflu III má sjá meðaltal skora fyrir og eftir meðferð og meðalprósentubreytingu fyrir og eftir meðferð. Þar sést að PHQ-9 lækkaði að meðaltali um 38,6%, BDI-II um 43,4% og GAD-7 um 40,8%. QOLS hækkaði að meðaltali um 24,2%.

Breytingar á mælikvörðum fyrir þunglyndi, kvíða og lífsgæði

Parað t-próf sýndi marktækan mun ($p<0,001$) á öllum kvörðum fyrir og eftir meðferð (tafla IV). PHQ-9 lækkaði að meðaltali um 7 stig, BDI-II lækkaði að meðaltali um rúm 16 stig og kvíðakvarðinn GAD-7 féll að meðaltali um tæp 6 stig. Lífsgæðakvarðinn QOLS hækkaði að meðaltali um rúm 10 stig.

Heildarmat á breytingum

Flestir mátu sig vera nokkuð betri í svörum sínum við PGIC (39,1%) eða betri (31,0%) að lokinni meðferð, en þrír þátttakendur (3,4%) sögðust finna engan mun eða vera verri.

Aukaverkanir

Tveir af hverjum þremur þátttakendum greindu frá einhverri aukaverkun meðan á meðferð stóð. Algengasta aukaverkunin var höfuðverkur (33,3%), síðan óþægindi á meðferðarstað (17,5%) og óþægindi/verkur í auga (17,5%). Engar alvarlegar aukaverkanir komu fram við meðferðina.

Tafla VII. Samanburður rannsókna

Land	Ísland/HÖM	Bandaríkin	Frakkland	Kanada	Svíþjóð
Fjöldi þátttakenda	97[1]/92[2]	105	435	46	542
Tegund meðferðar	iTBS/rTMS	iTBS/rTMS	iTBS/rTMS	iTBS	iTBS
Þunglyndiskvarði	PHQ-9/BDI-II	PHQ-9	MADRS	MADRS	MADRS
Svörun (%)	36,1/45,7	46/48,5[3]	31,0	46,3	22,1
Fullt sjúkdómshlé (%)	12,4/31,5	21,6/29,4[3]	22,8	33,6	12,4

[1]Svöruðu PHQ-9, [2]Svöruðu BDI-II, [3]Samanburðarrannsókn þar sem niðurstöður iTBS og rTMS voru birtar sitt í hvoru lagi, en ekki var marktækur munur á árangri meðferðanna.

Áhrifaþættir svörunar

Ekki kom fram marktækur munur á svörun við meðferðinni eftir því hvort þátttakendur höfðu reynt og ekki svarað lyfjameðferð í núverandi geðlægðarlotu með engu, einu eða tveimur þunglyndislyfjum (í fullnægjandi skömmtum í minnst 6 vikur) eða ekki svarað meðferðartilraunum með þremur eða fleiri þunglyndislyfjum í núverandi lotu. Ekki reyndist heldur marktækur munur á svörun eftir því hvort þátttakendur höfðu háan (≥10) eða lágan (<10) stigafjölda á kvíðaskalanum GAD-7 við upphaf meðferðar. Sömuleiðis reyndist ekki marktækur munur á svörun eftir kyni, aldri eða því hvort þátttakendur voru greindir með einskauta eða tvískauta þunglyndi (geðhvörf).

Umræða

Þessi rannsókn er uppgjör á árangri nýrrar meðferðar við þrálátu þunglyndi, segulörvunarmeðferðar sem var fyrst í boði hér á landi á árinu 2022. Það er afar mikilvægt að bjóða fleiri og fjölbreyttari úrræði við þrálátu og alvarlegu þunglyndi hér á landi sem annars staðar vegna þess hve algengt það er, ekki síst hjá ungu fólki og þeim sem verða fyrir áföllum eða standa höllum fæti. Þunglyndi fylgir mikil skerðing lífsgæða, þung og oft langvinn sjúkdómsbyrði, mikið álag á fjölskyldur og mjög mikill kostnaður fyrir samfélög. Loks má nefna að þunglyndi er sterkasti áhættuþáttur sjálfsvíga og eina geðröskunin þar sem sjálfsvígshugsanir eru hluti af greiningarskilmerkjunum. Því töldum við mikilvægt að gera upp árangur meðferðarinnar nú þegar hún hefur verið veitt í tvö ár hér á landi.

Ábendingar segulörvunarmeðferðar við þunglyndi hafa einkum verið meðferðarþráar geðlægðarlotur sem ekki hafa svarað þunglyndislyfjameðferð með minnst tveimur þunglyndislyfjum í meðferðarskömmtum í minnst 6 vikur fyrir hvert lyf sem er reynt. Sú skilgreining endurspeglar þó ekki alltaf vel klíníska nálgun í heilbrigðisþjónustu á 1., 2. eða 3. stigi. Algengt er að ungt og miðaldra fólk hafi einnig nýtt sér hugræna atferlismeðferð við þunglyndi á einhverju stigi, einnig að reynd hafi verið meðferð með fleiri þunglyndislyfjum en einu samtímis og í sumum tilvikum einnig samhliða geðrofslyfi, einkum þá quetiapine eða aripiprazole, eða sveiflustillandi lyfjum eins og litíum eða lamotrigine. Fámennur mikið veikur undirhópur hefur oftast einnig reynt raflækningameðferð við þunglyndi í tengslum við innlagnir á geðdeild eins og sjá má í töflu I.

Svörun eða sjúkdómshlé

Árangur segulörvunarmeðferðar er metinn með hliðsjón af því hversu hátt hlutfall þátttakenda svarar meðferðinni og hversu hátt hlutfall þátttakenda nær fullum bata, fer í sjúkdómshlé.

Það er vandasamt að bera saman niðurstöður meðferðarrannsókna á þunglyndi þar sem sumar nota sjálfsmatskvarða en aðrar kvarða sem fagfólk leggur fyrir. Hvert mælitæki hefur sína styrkleika og veikleika sem geta vegið misþungt í því meðferðarsamhengi sem verið er að rannsaka. Mælitækið getur haft talsvert áhrif á hlutfall þeirra sem eru taldir svara meðferðinni eða fara í fullt sjúkdómshlé. Til að mynda fóru 12,4% þátttakenda í fullt sjúkdómshlé í rannsókn okkar samkvæmt PHQ-9 en 31,5% samkvæmt BDI-II. Prósentubreytingin á kvörðunum var hins vegar nokkuð svipuð. Bæði þessi mælitæki eru sjálfsmatskvarðar en BDI-II byggir á mun fleiri atriðum og það er meiri reynsla af notkun hans í meðferðarrannsóknum á þunglyndi á síðustu áratugum. Stuttir sjálfsmatskvarðar eins og PHQ-9 eru þó hvarvetna meira notaðir en áður síðustu árin enda einfaldara að senda þá rafrænt og minni tíma tekur að svara þeim en lengri kvörðum. Þessi rannsókn sýnir þó að okkar mati að PHQ-9 getur vart komið í stað ítarlegri mælitækja eins og BDI-II. Loks má nefna að segulörvun hefur verið að þróast sem meðferðarform í nokkrum skrefum á rúmum aldarfjórðungi. Mismunandi tegundir meðferða hafa því verið notaðar milli tímabila og meðferðareininga. Einnig hefur sá hvíldarhreyfiþröskuldur sem miðað er við ekki alltaf verið sá sami. Eins geta fleiri þættir haft áhrif á niðurstöðurnar eins og aldur, kyn, hlutfall tvískauta þunglyndis, alvarleiki og tímalengd þunglyndislotu við upphaf meðferðar, hlutfall einstaklinga með tilteknar fylgiraskanir o.fl.

Í töflu VII má sjá samanburð á niðurstöðum okkar rannsóknar við nýbirtar niðurstöður rannsókna þar sem nokkuð sambærilegri nálgun er beitt í rannsóknum á segulörvunarmeðferð í Bandaríkjunum, Frakklandi, Kanada og Svíþjóð, birtum á árinu 2023. Segulörvunarnálgunin er þar líkt og í okkar rannsókn nær eingöngu iTBS, sem gerir þær sambærilegri en flestar eldri rannsóknir þar sem oftast var veitt rTMS meðferð fremur en iTBS segulörvun. Eins og sjá má er árangur meðferðar með segulörvun hjá HÖM vel sambærilegur þeim árangri sem kemur fram í þessum nýlegu erlendu rannsóknum.[21,22,23 24]

Lækkun á þunglyndis- og kvíðakvörðum

Lækkun um 5 stig á PHQ-9 er talin klínískt marktæk svör-

un, en meðferð HÖM skilaði meðaltalslækkun upp á 7,0 stig, eða um 40%. Viðmið National Institute for Health Care and Excellence (NICE) á Bretlandi fyrir klínískt marktæka lækkun BDI-II eru 3 stig,[25] en við meðferð HÖM kom fram meðaltalslækkun upp á 15,7 stig eða um 43%. Sambærilegt viðmið fyrir kvíðaskalann GAD-7 er 4 stig, en við meðferð HÖM lækkaði GAD-7 að meðaltali um 5,2 stig eða 37%.

Aukning á lífsgæðum

Lífsgæði þátttakenda jukust að meðaltali um tæp 24% samkvæmt lífsgæðakvarðanum QOLS við meðferðina. Meðalstigafjöldi á kvarðanum var 49 stig fyrir meðferð og 59 stig eftir meðferð og meðalhækkun á kvarðanum því rúm 10 stig.

Styrkleikar rannsóknarinnar

Helsti styrkleiki rannsóknarinnar er að árangur meðferðar í klínísku þýði var metinn strax við lok meðferðar með viðurkenndum mælitækjum. Segulörvunarmeðferð HÖM leiddi til svörunar hjá fjórum af hverjum 10 og um þriðjungur þeirra fór í sjúkdómshlé samkvæmt BDI-II kvarðanum. Meirihluti hópsins, eða 7 af hverjum 10, hafði áður reynt hugræna atferlismeðferð við þunglyndi og kvíða (HAM) og einn af hverjum þremur hafði reynt slíka meðferð í yfirstandandi geðlægðarlotu. Brottfall var afar lítið, eða aðeins um 10%, sem sýnir að meðferðin þolist afar vel þótt mæta þyrfti daglega á virkum dögum í sex vikur í segulörvunarmeðferð í Mosfellsbæ.

Veikleikar rannsóknarinnar

Helsti veikleiki rannsóknarinnar er skortur á samanburðarhópi, enda er hún unnin upp úr raungögnum sem er safnað við meðferð á einstaklingum sem vísað var til HÖM. Ólíkt því sem tíðkast oftast í rannsóknum með samanburðarhópum þar sem margs konar útilokunarskilyrði þrengja meðferðarhópinn, þá er hér metin svörun allra sem luku meðferð. Það er raunar einnig styrkleiki hvað varðar gildi niðurstaðna fyrir almenna heilbrigðisþjónustu. Ekki er hægt að fullyrða hversu hátt hlutfall hefði fengið bata án meðferðarinnar, en almennt var um langvinnt þunglyndi að ræða, þunglyndislotur sem höfðu varað í 6-12 mánuði upp í nokkur ár. Ólíklegt er því að þeir væru margir sem hefðu mælst með svörun eða bata á 6 vikum án nýrrar íhlutunar með meðferð.

Nýtt meðferðarúrræði

Heilaörvunarmiðstöð Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HÖM) er fyrsta og eina starfseiningin sem veitir segulörvunarmeðferð við meðferðarþráu/þrálátu þunglyndi á Íslandi. Rannsóknin tók til allra einstaklinga sem hófu slíka meðferð fyrstu tvö árin sem hún var veitt, 2022 og 2023. Þegar nýtt úrræði við þrálátu þunglyndi kemur fram má gera ráð fyrir að fyrst sé vísað þangað þeim sjúklingum geðheilsuteymanna sem hafa verið lengi veikir af þunglyndi þrátt fyrir ýmsar fyrri meðferðartilraunir. Rannsóknir á segulörvunarmeðferð benda til þess að árangur sé meiri eftir því sem alvarleiki þunglyndisins er minni.[15,23] Því er ekki víst að þessir fyrstu hundrað einstaklingar sem hlutu slíka meðferð endurspegli að fullu þann hóp sem síðar meir kemur til með að verða vísað í meðferðina. Gera má ráð fyrir að eftir því sem úrræðið stendur fleirum til boða verði það með tímanum nýtt meira af fólki sem glímir við þunglyndi sem hefur ekki verið eins langvinnt eða alvarlegt. Raunar mátti sjá slíka þróun milli ára þar sem hærra hlutfall einstaklinga með mjög langvinnt þunglyndi og sem hafði reynt meðferð eins og raflækningar var vísað til HÖM fyrsta ár meðferðarinnar, 2022, en næsta ár, 2023.

Klínísk meðferð

Segulörvunarmeðferð HÖM var frá upphafi sett upp sem klínísk meðferð, en starfsmenn HÖM sýndu hins vegar þá framsýni að nota stöðluð mælitæki frá upphafi til að meta árangur meðferðarinnar. Rannsóknin er því unnin á grunni svara við þeim kvörðum annars vegar, en hins vegar á grunni upplýsinga um greiningar og fyrri meðferð í tilvísunum og klínískum gögnum. Meðferðin er því ekki stöðluð hvað varðar lengd (fjölda skipta) og engin þátttöku- og útilokunarskilyrði voru í rannsókninni önnur en þau að hafa hafið og lokið eða hætt í segulörvunarmeðferð hjá HÖM á tímabilinu.

Engin eftirfylgni

Eftirfylgni með þátttakendum að lokinni meðferð var ekki hluti af þessari rannsókn og ekki var sótt um slíkt leyfi til Vísindasiðanefndar. Því liggja ekki fyrir upplýsingar um hversu lengi árangurinn varði eftir að meðferð lauk. Engar rannsóknir hafa verið birtar á langtímaáhrifum iTBS-segulörvunar. Rannsóknir á langtímaáhrifum rTMS-segulörvunar hafa hins vegar verið birtar. Safngreining á langtímaáhrifum rTMS sýndi að um tveir af hverjum þremur, 66,5%, viðhalda svörun eftir 3 mánuði, rúmur helmingur, 52,9%, eftir 6 mánuði og tæpur helmingur, 46,3%, eftir 12 mánuði.[26]

Fjöldi lyfjameðferða

Meirihluti þátttakenda hafði einungis reynt eitt þunglyndislyf í fullum skömmtum í minnst 6 vikur í yfirstandandi geðlægðarlotu og uppfyllti því ekki skilyrði algengustu skilgreiningarinnar á meðferðarþráu þunglyndi. Það skýrist þó af því að flestir þátttakendur höfðu mjög langa sögu um þrálátt þunglyndi þrátt fyrir fyrri meðferðartilraunir, sumir til margra ára. Tilvísendur greindu oft frá því að fjölmörg lyf hefðu verið reynd en þegar sjúkraskrár voru skoðaðar kom þó iðulega í ljós að oft höfðu þau verið reynd í fyrri geðlægðarlotum, en ekki endilega í yfirstandandi geðlægð.

Ályktun

Segulörvunarmeðferð hjá HÖM er virk meðferð við meðferðarþráu og þrálátu þunglyndi og lítið brottfall styður að meðferðin þolist afar vel.

Heimildaskrá

1. Markkula N, Härkänen T, Nieminen T, Peña S, Mattila AK, Koskinen S, et al. Prognosis of depressive disorders in the general population- results from the longitudinal Finnish Health 2011 Study. J Affect Disord. 2016;190:687-96.
2. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. JAMA Psychiatry. 2018;75(4):336-46.
3. Johannesdottir A, Sigurdsson E. [The use of psilocybin for treatment-resistant depression]. Laeknabladid. 2022;108(9):403-10.
4. Voineskos D, Daskalakis ZJ, Blumberger DM. Management of Treatment-Resistant Depression: Challenges and Strategies. Neuropsychiatr Dis Treat. 2020;16:221-34.
5. Cain RA. Navigating the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) study: practical outcomes and implications for depression treatment in primary care. Prim Care. 2007;34(3):505-19, vi.
6. Heerlein K, Perugi G, Otte C, et al. Real-world evidence from a European cohort study of patients with treatment resistant depression: Treatment patterns and clinical outcomes. J Affect Disord. 2021;290:334-44.
7. George MS, George MS, Belmaker RH. Transcranial Magnetic Stimulation in Neuropsychiatry: American Psychiatric Press; 2000.
8. Galletta EE, Rao PR, Barrett AM. Transcranial magnetic stimulation (TMS): potential progress for language improvement in aphasia. Top Stroke Rehabil. 2011;18(2):87-91.
9. Klomjai W, Katz R, Lackmy-Vallée A. Basic principles of transcranial magnetic stimulation (TMS) and repetitive TMS (rTMS). Ann Phys Rehabil Med. 2015;58(4):208-13.
10. Huang YZ, Edwards MJ, Rounis E, et al. Theta burst stimulation of the human motor cortex. Neuron. 2005;45(2):201-6.
11. Burt T, Lisanby SH, Sackeim HA. Neuropsychiatric applications of transcranial magnetic stimulation: a meta analysis. Int J Neuropsychopharmacol. 2002;5(1):73-103.
12. Chen J, Zhou C, Wu B, et al. Left versus right repetitive transcranial magnetic stimulation in treating major depression: a meta-analysis of randomised controlled trials. Psychiatry Res. 2013;210(3):1260-4.
13. Fitzgerald PB, Brown TL, Marston NA, et al. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression: a double-blind, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(10):1002-8.
14. Gershon AA, Dannon PN, Grunhaus L. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression. Am J Psychiatry. 2003;160(5):835-45.
15. Blumberger DM, Vila-Rodriguez F, Thorpe KE, Feffer K, Noda Y, Giacobbe P, et al. Effectiveness of theta burst versus high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with depression (THREE-D): a randomised non-inferiority trial. Lancet. 2018;391(10131):1683-92.
16. George MS, Taylor JJ, Short EB. The expanding evidence base for rTMS treatment of depression. Curr Opin Psychiatry. 2013;26(1):13-8.
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-13.
18. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory. Second edition. ed. San Antonio, Tex: Psychological Corp./Pearson; 1996.
19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-7.
20. Burckhardt CS, Anderson KL. The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:60.
21. Bouaziz N, Laidi C, Bulteau S, et al. Real world transcranial magnetic stimulation for major depression: A multisite, naturalistic, retrospective study. J Affect Disord. 2023;326:26-35.
22. Spitz NA, Ten Eyck P, Nizar K, et al. Similar Outcomes in Treating Major Depressive Disorder With 10 Hz Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) Versus Intermittent Theta Burst Stimulation (iTBS): A Naturalistic Observational Study. J Psychiatr Pract. 2022;28(2):98-107.
23. Ekman CJ, Popiolek K, Bodén R, et al. Outcome of transcranial magnetic intermittent theta-burst stimulation in the treatment of depression - A Swedish register-based study. J Affect Disord. 2023;329:50-4.
24. Massé-Leblanc C, Jodoin VD, Nguyen DK, Lespérance P, Miron J-P. Effectiveness of transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant depression at a Canadian tertiary referral hospital. Brain Stimulation. 2023;16(1):241.
25. National Institute for Health and Care Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. 2004.
26. Senova S, Cotovio G, Pascual-Leone A, et al. Durability of antidepressant response to repetitive transcranial magnetic stimulation: Systematic review and meta-analysis. Brain Stimul. 2019;12(1):119-28.

The efficacy of magnetic transcranial stimulation in treating treatment-resistant or prolonged depression in a clinical sample

doi 10.17992/lbl.2024.09.805

Elin Maria Arnadottir[1]
Nicolas Petur Blin[2]
Jon Gauti Jonsson[2]
Dagur Bjarnason[2]
Engilbert Sigurdsson[1,3]

[1]Faculty of Medicine, University of Iceland, [2]Brain Stimulation Clinic, Primary Health Care of the Capital Area, [3]Mental Health services, Landspítali National University Hospital

Correspondence: *Engilbert Sigurdsson, engilbs@lsh.is*

Key words: *iTBS, rTMS, depression, efficacy, response, remission*

INTRODUCTION: Depression is a common, serious and often chronic disorder and one of the leading causes of disability worldwide. The annual prevalence of depression is 5-10%, twice as high among women as men and the lifetime prevalence is at least 20%. Up to a third of depressed individuals meet criteria for treatment-resistant depression, where two antidepressants have been tried for at least 6 weeks each at therapeutic doses. As of January 2022 transcranial magnetic stimulation for adults with treatment-resistant depression that has not responded to other forms of treatment has been available by a service that is part of Primary Health Care of the Capital Area in Iceland.

METHODS: This is a retrospective cohort study where participants completed a course of magnetic transcranial treatment for depression in the years 2022 and 2023. Two validated self-rating measures were used to assess depression. Information on previous treatment approaches for depression was collected from electronic health records.

RESULTS: 104 individuals completed the treatment in these first two years, 60,6% women. Most had unipolar depression (86,5%), but a small subgroup had bipolar depression (13,5%). The proportion of responders varied according to the measures used, 36,1% and 45,7%, respectively, and the same was true for remission where the proportions were 12,4% and 31,5%, respectively, higher for the longer inventory. The drop-out rate was only 12,5% and no serious adverse events were reported during the treatment.

CONCLUSION: The results support that magnetic transcranial stimulation, as provided by this service is effective in treating treatment-resistant or longstanding depression in a real life clinical setting and the low drop-out rate supports that the treatment is generally very well tolerated.

Afnám stöðunefndanna leiðir til einföldunar

segir Runólfur Pálsson forstjóri Landspítalans um breytingar á lögum um stöðunefnd



„Afnám stöðunefndanna leiðir til einföldunar og aukins samræmis innan stjórnsýslunnar," segir Runólfur Pálsson forstjóri LSH.

Hávar Sigurjónsson

Nokkrar umræður hafa orðið að undanförnu um framkomið frumvarp heilbrigðisráðherra um afnám stöðunefnda sem hingað til hafa fjallað um ráðningar í störf millistjórnenda á heilbrigðisstofnunum. Af því tilefni ákvað *Læknablaðið* að spyrja Runólf Pálsson forstjóra Landspítalans um viðhorf hans til þessarar breytingar sem nú er í samráðsgátt Alþingis.

„Almennt séð er ég sáttur við þessa breytingu," segir Runólfur. „Eins og fram kemur í umfjöllun um þær áætlanir sem eru til samráðs þá er fáheyrt að kveðið sé á um fastar ráðherraskipaðar hæfnisnefndir í lögum vegna umsókna um störf millistjórnenda á stofnunum ríkisins. Ég tel að einföldun sem þessi sé af hinu góða en að sjálfsögðu þarf að vanda til verka við ráðningar. Í því tilliti skiptir máli að farið sé að lögum og reglum sem gilda um ráðningar í opinber störf en einnig að við mat á umsækjendum taki þátt í ferlinu hæfir einstaklingar með viðeigandi þekkingu til að leggja mat á hæfni umsækjenda. Ég legg ríka áherslu á slík sjónarmið.

Varðandi læknaráð og hjúkrunarráð þá tel ég tilkomu fagráðs spítalans af hinu góða og hef nú þegar ágæta reynslu af störfum þess en jafnframt væntingar um aukið framlag þess til starfsemi stofnunarinnar sem og aðhalds."

Ef forstjóri hefur fagráð sér til ráðgjafar í stað stöðunefndar hvernig yrði það skipað?

„Sú tillaga sem fram kemur í áformum um lagasetningu frá heilbrigðisráðherra felst í því að samræma ferli ráðningar í stjórnunarstörf hjá hinu opinbera. Því munu ekki gilda sérreglur um tiltekin störf millistjórnenda innan heilbrigðisstofnana og breytingin því ákveðin einföldun á ráðningarferlinu. Þetta setur forstjóra heilbrigðisstofnana í sömu stöðu og aðra forstjóra hjá hinu opinbera en það er talið mikilvægt svo starfsemi heilbrigðisstofnana sé ekki þyngri í vöfum en annarra stofnana þegar kemur að ráðningu opinberra starfsmanna. Ekki er gert ráð fyrir að sérstakt fagráð komi að stöðuveitingum en Landspítali hefur mótað ákveðið fyrirkomulag sem ætlað er að tryggja að lagaskilyrði séu uppfyllt og faglegt mat fari fram í hverju tilviki fyrir sig þannig að hæfasti umsækjandinn í starfið sé ráðinn hverju sinni."

Hvaða skoðun hefur forstjóri LSH á því að Læknaráð og hjúkrunarráð hafa verið lögð niður?

„Læknaráð og hjúkrunarráð gegndu á árum áður mikilvægu ráðgjafarhlutverki fyrir forstjóra sjúkrahúsa. Eftir tilkomu framkvæmdastjóra lækninga og framkvæmdastjóra hjúkrunar minnkaði þörfin fyrir þessi hlutverk og á endanum var stjórnskipuleg staða þessara ráða lögð niður. Sama þróun hefur átt sér stað víða annars staðar. Aðkoma lækna, hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstétta að stefnumótun og þróun spítalans er engu að síður mikilvæg en ég tel unnt að nýta hana undir merkjum núverandi fyrirkomulags. Enn fremur er mikilvægt að efla frekar þau fagráð sem starfa innan heilbrigðisstofnana þar sem forstjórar eiga að leita álits þeirra um mikilvægar ákvarðanir sem varða heilbrigðisþjónustu og skipulag stofnunar."

> **„Ákvörðunarvaldið er nú þegar hjá forstjóra og verður áfram"**

Verður forstjóri LSH einráður um stöðuveitingar?

„Forstjóri Landspítala verður í sömu stöðu og allir aðrir forstjórar ríkisstofnana. Það er ljóst að forstjóri stofnunar á aldrei að vera einráður um stöðuveitingar, þar sem slík vinnubrögð stuðla ekki að heilbrigðri þróun eða árangri stofnunar, að mínu mati. Endanleg ábyrgð hvílir á forstjóra en um ráðningar gildir vel skilgreint ferli sem stjórnendur og sérfróðir aðilar koma að og miðast við að finna hæfasta einstaklinginn til að gegna starfinu. Þau viðmið breytast ekki og niðurstaða ráðningar verður ætíð að vera málefnaleg."

Er þetta jákvætt þar sem verið er að flytja ákvörðunarvaldið á réttari stað?

„Ef það kemur til lagabreytingar í samræmi við áform ráðherra verður engin breyting á ákvörðunarvaldinu sjálfu. Ákvörðunarvaldið er nú þegar hjá forstjóra og verður áfram. Afnám stöðunefndanna leiðir til einföldunar og aukins samræmis innan stjórnsýslunnar. Þá leiðir breytingin til skilvirkni og hagkvæmni sem verður að vera eitt af leiðarljósum í rekstri heilbrigðisstofnunar. Engu að síður þurfa gæði og hæfni að vera okkar helsta leiðarljós. Þá verður ekki séð að sérstakar forsendur mæli með annarskonar framkvæmd við val millistjórnenda á heilbrigðisstofnunum en almennt gildir hjá hinu opinbera. Forstjóri ríkisstofnunar ber ábyrgð á ráðningu allra starfsmanna, stjórnenda sem og almennra starfsmanna. Samkvæmt lögum getur forstjóri framselt ráðningarvald sitt til annarra stjórnenda með ákveðnum hætti. Þetta hefur forstjóri Landspítala gert með því að framselja ráðningarvaldið til framkvæmdastjóra innan spítalans."

Er hætt við að ráðningar sæti meiri gagnrýni fyrir vikið?

„Ég tel svo ekki vera. Það verður áfram að nálgast ráðningaferli af heilindum og samkvæmt viðmiðum í lögum. Niðurstaðan verður ætíð að vera málefnaleg og réttlætanleg."

Akureyrarklíníkin verður að veruleika



Undirritun samstarfssamnings um rekstur Akureyrarklíníkurinnar, frá vinstri: Hildigunnur Svavarsdóttir forstjóri Sjúkrahússins á Akureyri, Willum Þór Þórsson heilbrigðisráðherra og Jón Helgi Björnsson forstjóri Heilbrigðisstofnunar Norðurlands.

Þann 16. ágúst sl. var stofnsamningur Akureyrarklíníkurinnar undirritaður í Menntaskólanum á Akureyri, en samkvæmt honum á að starfrækja þekkingar- og ráðgjafarmiðstöð um ME-sjúkdóminn á Akureyri. Við það tilefni hafði Willum Þór Þórsson heilbrigðisráðherra þau orð að með „klíníkinni verður unnt að bæta þjónustu á landsvísu við sjúklinga sem glíma við ME-sjúkdóminn og styðja við rannsóknir og greiningu á sjúkdómnum."

Þessi stofnun er á ýmsan hátt einstæð í sögu heilbrigðismála. Þarna verður til fyrsta stofnun í heimi sem vinnur á landsvísu við að sinna ME-sjúklingum og einstaklingum með langvarandi einkenni Covid.

Fyrir íslensk heilbrigðismál telst það einnig til tíðinda að þetta er fyrsta heilbrigðisstofnunin sem ætlað er að þjóna íbúum alls landsins sem ekki er staðsett á höfuðborgarsvæðinu. Þangað geta allir leitað óháð búsetu, en þurfa þó tilvísun frá heimilislækni. Auk þess mun þetta vera fyrsta stofnunin sem verður á sameiginlegri ábyrgð sjúkrahúss og heilsugæslu en auk ráðherra undirrituðu Hildigunnur Svavarsdóttir forstjóri Sjúkrahússins á Akureyri og Jón Helgi Björnsson forstjóri Heilbrigðisstofnunar Norðurlands samstarfssamninginn.

ME kemur oftast í kjölfar sýkingar

ME stendur fyrir *myalgic encephalomyelitis* sem er langvinnur þreytusjúkdómur sem veldur mikilli skerðingu á lífsgæðum. Fyrir um 75 árum geisaði stór faraldur á Norðurlandi. Í fyrstu var talið að um mænuveikifaraldur væri að ræða en nú þykir víst að hér hafi verið um aðra veirusýkingu að ræða sem leiddi til taugasjúkdómsins ME, þótt sýkillinn hafi aldrei fundist. Fyrir tilstilli mjög framsækinna lækna og vísindamanna undir forystu Björns Sigurðssonar á Keldum, sem rannsakaði þennan faraldur og birti greinar í alþjóðlegum læknatímaritum, fékk þessi sjúkdómur mikla athygli og fékk heitið Akureyrarveikin. Gekk ME-sjúkdómurinn lengi vel undir því nafni og því er heiti Akureyrarklíníkurinnar vísan í það heiti.

Margvíslegar veirusýkingar geta leitt til ME-sjúkdómsins. Við höfum nú séð að hluti þeirra sem fá Covid-19 sýkingu sitja uppi með langvarandi ME-lík einkenni og má eiginlega segja að um faraldur sé að ræða.

Innlent og erlent samstarf

Meðal þeirra sem ávörpuðu samkomuna í MA á dögunum var Friðbjörn Sigurðsson krabbameinslæknir en hann hefur unnið ásamt öðrum að undirbúningi klíníkurinnar. Hann lýsti aðdragandanum og sagði að landlæknir og ráðherra hafi stutt hugmyndina ötullega frá upphafi.

Hann greindi einnig frá því að Akureyrarklíníkinni væri ætlað samhæfingarhlutverk á landsvísu og myndi því reyna að ná sem bestri samvinnu við aðrar heilbrigðisstofnanir og hagsmunaaðila. Má þar nefna Heilsustofnun NLFÍ í Hveragerði, Landspítalann, Reykjalund og ME-félagið. Þá er Akureyrarklíníkin nú þegar í töluverðu erlendu samstarfi, enda vekur þetta frumkvæði mikinn áhuga allra sem fást við þennan sjúkdóm.

Klíníkinni er ætlað að vinna að skráningu á ME-sjúkdómnum og stuðla að rannsóknum. Skráning á sjúkdómnum á landvísu er ákaflega mikilvæg forsenda þess að unnt sé að sinna rannsóknum á sjúkdómnum. Friðbjörn minnti á í því samhengi hversu mikilvæg Krabbameinsskráin hafi verið fyrir krabbameinsrannsóknir á Íslandi. Þá nefndi hann að það væri sérlega áhugavert að á Landspítala væri nú verið að vinna að stofnun rannsóknarseturs um langvinnar eftirstöðvar sýkinga og annarra áreita.

Endurheimt lífsins

Herdís Sigurjónsdóttir og Vilborg Ása Guðjónsdóttir sögðu við athöfnina frá reynslu sinni af því að fá ME og baráttu sinni við að fá viðurkenningu á sjúkdómnum og sjúkdómsbyrðinni. Sú síðarnefnda orðaði markmiðið með þessari stofnun svo „að fólk verði gripið snemma, verndað gegn skilningsleysi kerfisins og síðast en ekki síst eflt á sinni framför og á leið til bata, að því verði gert fært að endurheimta lífið". Það fylgja því þessari nýstofnuðu Akureyrarklíník talsverðar væntingar, en fræðsla um sjúkdóminn meðal heilbrigðisstarfsmanna er sannarlega mikilvægt skref í þessari vegferð.

Rafbyssurnar koma ...

Allmiklar umræður hafa orðið eftir að íslenska lögreglan fékk heimild til þess að kaupa það sem hún kallar rafvarnarvopn en almennt er kallað rafbyssur. Nú eru vopnin komin og verið að þjálfa lögreglumenn í notkun þeirra. Í framhaldi af notkun vopnanna geta heibrigðisstarfsmenn átt von á því að þurfa að taka við þeim sem fyrir vopnunum verða. Þess vegna hefur ríkislögreglustjóri sent frá sér upplýsingaefni fyrir lækna og annað starfsfólk sem gæti fengið slíka sjúklinga til aðhlynningar.

Í skjalinu er vopnunum lýst þannig: „Vopnin skjóta pílum sem gefa frá sér rafpúlsa þegar þær hæfa einstaklinginn. Pílurnar eru rúmlega 1 cm á lengd, með agnhald við oddinn og tengdar vopninu með vír. Þær geta stungist í gegnum föt. … Einstaklingurinn finnur fyrir miklum sársauka og vöðvar viðkomandi herpast saman sem getur valdið því að einstaklingur falli niður, eftir því hvar pílurnar hæfa …"

Hvað sem fólki finnst um þessa lesningu er sjálfsagt að hvetja þá sem starfs síns vegna gætu þurft að veita aðhlynningu eftir beitingu vopnanna að kynna sér upplýsingarnar. **Vefslóðin er hér:** ***https://www.logreglan.is/logreglan/um-logregluna/valdbeitingartaeki-logreglu/upplysingar-til-heilbrigdisstarfsfolks/***



Við varðveitum gögnin þín

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

Einfalt ekki satt

GAGNAGEYMSLAN

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

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

Thelma Kristinsdóttir
læknir og fulltrúi Félags almennra lækna í stjórn LÍ



Þegar von er á barni

Meðganga og fæðingarorlof eru mér ofarlega í huga þessa dagana. Er það ekki einungis vegna þess að umræðan um þessi málefni hefur verið hávær upp á síðkastið heldur einnig vegna þess að ég er sjálf í fæðingarorlofi.

Það er erfitt að stýra því nákvæmlega hvenær barn skal fæðast enda ræður fólk almennt ekki sinni frjósemi. Mín meðganga hófst á seinni hluta sérnámsgrunnsárs og byrjaði ég svo í sérnámi gengin um fimm mánuði á leið með vaxandi bumbu og minnkandi þol. Mér þótti erfitt þegar að því kom að ég treysti mér ekki til að taka vaktir og þoldi illa að vera á skurðstofu. Það var ákveðin huggun í því að í gæðaskjali frá Landspítala stóð að leitast væri eftir að þungaðar konur tækju ekki lengri vaktir en átta klukkustundir eftir 28. viku meðgöngu og væru þá hvattar til þess að hætta næturvöktum. Ég ákvað að fylgja þessu og um þetta leyti sendi ég því vottorð á launadeildina frá ljósmóður sem staðfesti að ég væri ólétt. Þessu vottorði var hafnað og ég þurfti að útvega annað vottorð frá heilsugæslulækni sem ég hafði aldrei hitt um að ég gæti ekki tekið vaktir. Þetta kom aðeins illa við mig enda hefði ég fræðilega getað tekið vaktir, ég bara treysti mér illa til þess og vissi að sennilega væri það ekki skynsamlegt.

Ég hafði heyrt af svokölluðum meðaltalsvaktagreiðslum sem þungaðir læknar geta sóst eftir á Landspítala þegar þeir hætta vöktum og eru til þess að bæta upp það mikla tekjutap sem verður við að vinna einungis dagvinnu á berstrípuðum grunnlaunum. Ég leitaði víða að upplýsingum um þetta fyrirkomulag en þær voru ekki auðfundnar. Ég fann að lokum þráð inni á Facebook-síðu FAL þar sem þetta var rætt og þá fór boltinn að rúlla. Ég ræddi við launadeildina og jú, meðaltalsvaktagreiðslur voru vissulega til og ég gat fengið slíkar, mikill léttir. Þau létu mig vita að venjulega væri þetta reiknað lengra aftur í tímann en hægt væri fyrir mig. Þar sem ég hafði unnið allt sérnámsgrunnsárið úti á landi var ekki hægt að nota nema þennan stutta tíma sem ég hafði unnið í byrjun sérnámsins til viðmiðunar. Svekkjandi eftir allar vaktirnar á sérnámsgrunnsárinu en þó betra en að eiga ekki rétt á neinni launauppbót, sem til eru dæmi um við svipaðar aðstæður.

Ég hætti svo að vinna þegar ég var gengin 35 vikur og þakka fyrir að veikindaréttur ávinnist þvert á ríkisstofnanir í ljósi ofangreinds. Það hvort þungaðar konur ættu að þurfa að ganga á veikindarétt sinn við þessar aðstæður er svo önnur og meiri umræða.

Ég á nú mánuð eftir af fæðingarorlofi. Því fylgja blendnar tilfinningar en ég hlakka til að komast aftur til vinnu. Sérstaklega í ljósi þess að ég mun fljótlega þurfa að fara aftur í einhvers konar leyfi þar sem óvíst er hvernig dagvistunarmálum dótturinnar verður hagað eftir að við foreldrarnir klárum fæðingarorlofsréttindin. Ég reyndar missti næstum réttinn til fæðingarorlofsgreiðslna þar sem gerð voru mistök við skráningu ráðningarsamninga frá sérnámsgrunnsári yfir í sérnámið. Þetta fékkst sem betur fer leiðrétt en ég vil brýna fyrir fólki að tryggja að vera á engum tímapunkti samningslaus síðustu sex mánuðina fyrir fæðingu barns.

Það er að ýmsu að huga á þessum tímamótum í lífi læknis og er þetta alls ekki tæmandi listi yfir hindranir sem geta komið upp. FAL hefur gefið út skjal þar sem teknar eru saman hagnýtar upplýsingar um barneignir og veikindarétt lækna. Það er óneitanlega dýrkeypt að eignast barn, maður tekur á sig töluverða launalækkun og hægir á framgangi í starfi. Foreldrahlutverkið er þó að mínu mati þess virði og miðað við barnamynda- og óléttutilkynningafarganið á samfélagsmiðlunum hjá mér eru læknarnir í kringum mig sammála. Félagið vill aðstoða við að gera þetta á eins hagkvæman og skynsamlegan máta og kostur er á. Við viljum gjarnan bæta skjalið jafnóðum og tökum því glöð við öllum ábendingum frá félagsmönnum sem og öðrum.

Að lokum legg ég til að Landspítalinn stofni leikskóla.

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

Fjarlækningar eru hluti af framtíðinni

Sjónlag hefur sett upp myndgreiningarstöðvar á Akureyri og í Vestmannaeyjum, sem gerir fyrirtækinu kleift að sinna sjúklingum á staðnum með fjarþjónustu. Ólafur Már Björnsson augnlæknir segir fjarlækningar kalla á fjárfestingar í búnaði en þó sé af þeim augljós sparnaður. Uppfæra verði samninginn við Sjúkratryggingar

Hávar Sigurjónsson

„Það eru nokkur atriði sem hafa ýtt augnlækningum í átt að fjarlækningum. Þjóðinni hefur fjölgað um nærri 140 þúsund frá aldamótum, en á sama tíma hefur starfandi augnlæknum fækkað úr 30 í 24. Af þeim eru nærri tíu sem munu hætta innan 7-8 ára," segir Ólafur Már Björnsson augnlæknir sem verður fyrir svörum um tilurð og rekstur útstöðva Sjónlags.

Sjónlag er stærsta sjálfstætt starfandi augnlæknastöð landsins. Þar starfar tæplega helmingur allra augnlækna í landinu og er heildarfjöldi starfsmanna um 30. Sjónlag starfrækir fullkomnar skurðstofur til laseraðgerða og augasteinaaðgerða auk myndgreiningartækja til augnskoðunar og skoðunarstofa augnlæknanna sjálfra.

„Einhver fjöldi íslenskra lækna er í sérnámi í augnlækningum erlendis, en mjög er misjafnt hversu vel þeir skila sér til baka og einhverjir þeirra munu jafnvel setjast að erlendis. Það má líka nefna að viðhorf til vinnutíma og vinnuálags hefur verulega breyst; yngri læknar eru ekki tilbúnir til að vinna út í eitt, þeir vilja hafa sinn frítíma, sinna fjölskyldu og áhugamálum," segir hann.

„Þetta er svo sem ekki bundið við læknisfræði. Átthagafjötrarnir eru bara ekki eins sterkir og áður. Á hinn bóginn eru aðstæður fyrir augnlækna hér heima mjög góðar og næg vinna í boði. Svo séð heilt yfir skilar meirihluti lækna sér heim á endanum."

Starf augnlækna hefur breyst

Ólafur Már heldur áfram. „Þá má nefna breytingar á starfinu sjálfu með aukinni samvinnu starfstétta, þar sem annars vegar hafa mælingar fyrir gleraugum að hluta færst yfir til sjóntækjafræðinga og á sama tíma hafa orðið gríðarlegar framfarir í tækni til greiningar og meðferðar augnsjúkdóma. Það hefur sett mikinn svip á okkar daglegu rútínu," segir hann.

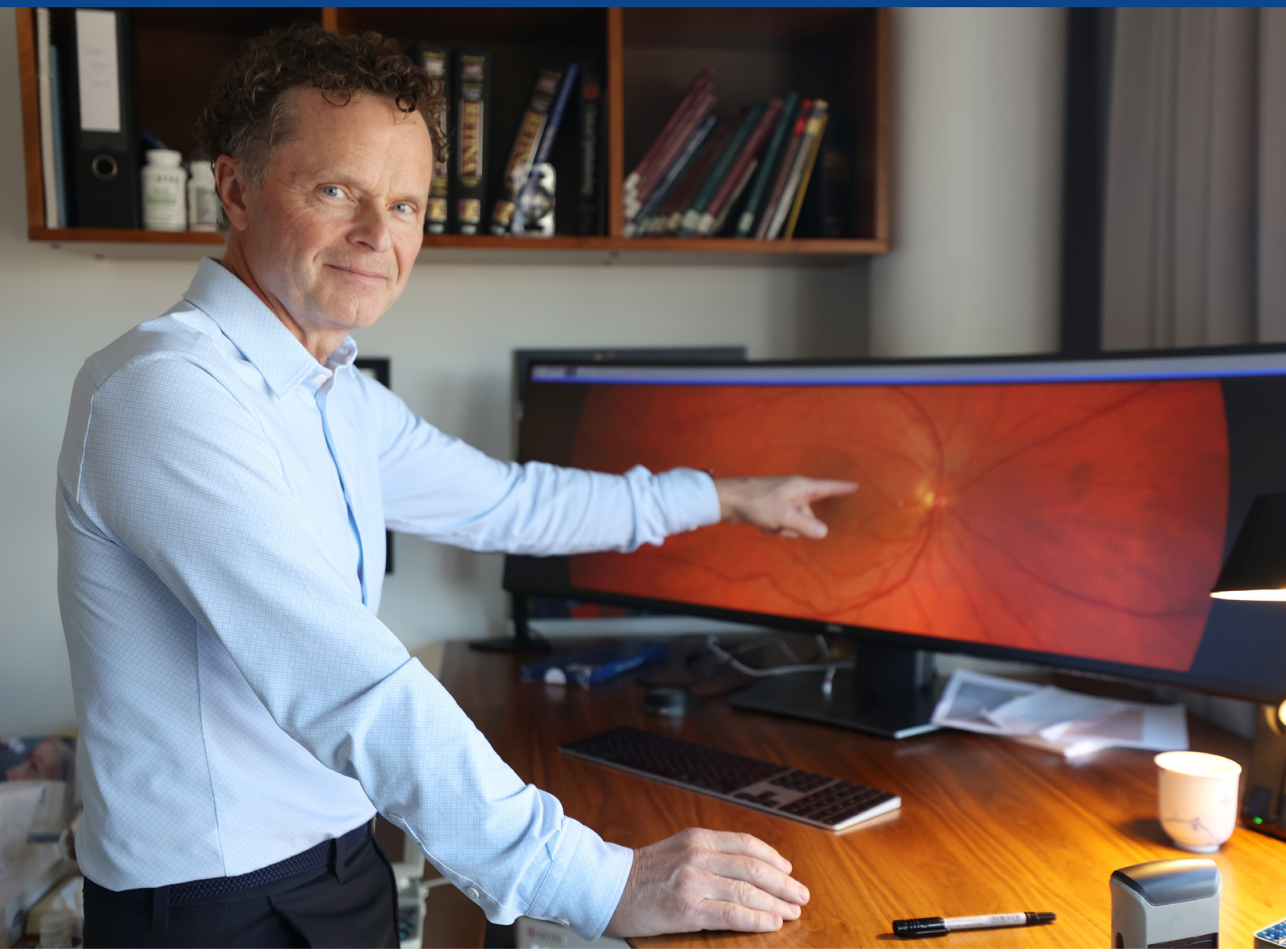
„Hluti vinnu okkar í dag er fólginn í úrlestri stafrænna mynda og þær má færa á milli tölva, herbergja og landshluta. Þessi hluti vinnunnar hefur vaxið undanfarinn áratug, meðal annars vegna þess að tölvutengingar hafa batnað og stafrænn flutningur þungra skjala orðið að veruleika. Tæknin hefur líka gert okkur kleift að tryggja persónuvernd við slíkan gagnaflutning."

Ólafur Már staldrar hér við og segir að þrátt fyrir alla tækni og nýjungar á því sviði þá sé ávallt nauðsynlegt að hitta sjúklinginn augliti til auglitis. „Þannig hugnast mér læknisfræðin best og ég er ekki einn um þá skoðun. Því hefur almenna áherslan í fjarlækningum verið mikil á myndsímtöl milli læknis og sjúklings í kjölfar ýmissa rannsókna, þar sem læknirinn ræðir niðurstöður og mögulegt framhald meðferðar við sjúklinginn," segir hann.

„Okkar tegund fjarlækninga snýst mest um úrlestur og myndgreiningu. Samtal okkar við sjúklinginn getur svo allt eins farið fram í venjulegu símtali; myndsímtal er í sjálfu sér ekki nauðsynlegt nema í einstaka tilfellum."

Ólafur segir fjarlækningar í augnlækningum byggjast að miklu leyti á eftirliti í kjölfar upphaflegrar skoðunar á stofu. „Það má segja að þær séu sprottnar úr augnbotnaeftirliti, sem er framkvæmt með reglulegum myndatökum í bland við fækkun augnlækna og fjölgun og öldrun þjóðar."

Byggja megi eftirlit og forvarnir ýmissa augnsjúkdóma að miklu leyti á myndgreiningu. „Við þurfum því ekki að hitta sjúklinginn augliti til auglitis jafnoft og áður var," segir hann og tekur



„Starfandi augnlæknum hefur fækkað úr 30 í 24 frá aldamótum," segir Ólafur Már Björnsson augnlæknir. Mynd/HS

dæmi af sjúklingi á Akureyri eða í Vestmannaeyjum sem komi til sín á stofuna í Reykjavík.

„Hann þarf síðan að koma í eftirlit árlega og þá bóka ég hann í myndatöku og sjónmælingu í sínum heimabæ, myndirnar eru vistaðar á öruggum miðlægum þjóni. Eftir að hafa lesið úr myndum og rannsóknum, hringi ég í sjúklinginn og ræði við hann um niðurstöður og framhald meðferðar," segir hann og áréttar.

„Það er augljós sparnaður þarna, bæði í beinum kostnaði og tíma, sérstaklega fyrir sjúklinginn. Þetta er okkar nálgun á fjarlækningar og er í frekari þróun. Hún kallar hins vegar á verulega fjárfestingu í tækjabúnaði sem þarf að vera til staðar svo hægt sé að framkvæma þetta."

Útstöð í Vestmannaeyjabæ

Ólafur Már rifjar upp forsöguna að fjarlækningum Sjónlags, en fyrir nokkrum árum óskaði Heilbrigðisstofnun Suðurlands eftir að Sjónlag tæki að sér að sinna augnlækningum í Vestmannaeyjabæ. Ferðir augnlækna út á land höfðu lagst af nokkrum árum áður og því engin þjónusta í heimabyggð.

„Það var strax ljóst að við myndum ekki ráða við að manna þjónustu á staðnum í Eyjum. Þar sem við vorum farin að leiða hugann að fjarlækningum, stungum við upp á því að setja upp tækjabúnað í Vestmannaeyjum til að þróa fjarlækningar, sem myndu allavega fækka ferðum sjúklinga upp á land. Skemmst er frá því að segja að með stuðningi Lionsmanna í Vestmannaeyjum og erlendis frá ásamt framlagi okkar og HSU voru tæki keypt og komið fyrir í Eyjum. Þetta er fjárfesting upp á nokkra tugi milljóna," segir hann.

„Reynsla okkar af verkefninu í Vestmannaeyjum leiddi til þess að við ákváðum að setja upp svipaða móttöku á Akureyri, alfarið á okkar kostnað. Það gerðum við í samstarfi við Læknastofur Akureyrar, LAK. Á Akureyri er einn starfandi augnlæknir, sem er of lítið miðað við stærð upptökusvæðisins og við



„Skemmst er frá því að segja að með stuðningi Lionsmanna í Vestmannaeyjum, styrk erlendis frá og framlagi okkar og HSU voru tæki keypt og komið fyrir í Eyjum.“ Mynd/HS

höfum verið í góðu samstarfi við hana. Þetta var því kærkomin viðbót,“ segir Ólafur.

„Norðurland fékk þarna nýjustu tækni við eftirlit augnsjúkdóma og sjúklingar gátu þannig fækkað ferðum suður yfir heiðar. Það er óhætt að segja að fyrir sjúklinga sem þurfa á reglubundnu eftirliti að halda sparar þetta aðra hverja ferð til okkar hér í Reykjavík.“

Ólafur Már segir að Sjónlag hafi leitað eftir samstarfi við heilbrigðisstofnanir víðar á landinu, Selfossi, Ísafirði og Egilsstöðum og að þau bindi góðar vonir við að það skili árangri á næstu árum. Og þá er komið að því að ræða kostnað.

„Þetta er dýr tækjabúnaður og til að mynda þá nemur fjárfesting okkar á Akureyri tugum milljóna. Við fórum af stað með verkefnið meðan enginn samningur var við SÍ. Gjaldskrá augnlækna hefur enn ekki verið uppfærð í nýgerðum samningi þegar þetta er skrifað, en við höfum verið í samtali við forstjóra SÍ um fjarþjónustu en engin niðurstaða fengist í það mál,“ segir hann.

„Nýsamþykktur fjarlækningataxti SÍ snýst um greiðslur fyrir myndsímtöl en það hentar okkur ekki nema að takmörkuðu leyti, vonandi finnst lausn á því þegar samningurinn verður uppfærður. Það bara verður – svona þjónusta mun bara aukast.“

Bætt þjónusta í heimabyggð

Uppsetning útstöðva Sjónlags í Vestmannaeyjum og á Akureyri hefur sannarlega bætt þjónustuna og Ólafur Már bendir á að með þessu sé verið að bregðast við kröfunni um að veita þjónustuna í heimabyggð.

„Af hverju erum við að gera þetta á eigin kostnað? Einfaldasta svarið er að okkur finnst spennandi að þróa fagið áfram. Einnig er fyrirsjáanlegur læknaskortur og svona nálgun gerir það að verkum að tími okkar nýtist betur.“

„Af hverju erum við að gera þetta á eigin kostnað? Einfaldasta svarið er að okkur finnst spennandi að þróa fagið áfram. Einnig er fyrirsjáanlegur læknaskortur og svona nálgun gerir það að verkum að tími okkar nýtist betur,“ segir hann.

„Það er svo annað mál að krafan um heilbrigðisþjónustu hefur aukist svo gríðarlega og læknisfræðin getur gert svo margt í dag að ef við eigum að gera það allt og svara öllum kröfum, þá ræður heilbrigðiskerfið ekki við það. Þess vegna er alltaf verið að forgangsraða og gott dæmi um forgangsröðun er að laseraðgerðir og gleraugu eru ekki greidd af SÍ og sömuleiðis tannlækningar fyrir fullorðna,“ segir hann.

„Það er bara tekin ákvörðun um að þetta sé ekki hluti af heilsutryggingu okkar. Einhversstaðar verður að draga mörkin. Forgangsröðunin þarf þó að vera í stöðugri endurskoðun og taka tillit til þróunar og breytinga sem sífellt eiga sér stað.“

Hinar fjórar gerðir breyta og myndræn framsetning þeirra



Sigrún Helga Lund
prófessor í tölfræði við Háskóla Íslands

Ómissandi grundvallaratriði allrar tölfræðiúrvinnslu er að átta sig á gerð breytanna sem gögnin geyma. Alls eru fjórar ólíkar gerðir breyta og mun ég í þessum pistli lýsa hverri og einni þeirra og tiltaka hvers konar myndræn framsetning er við hæfi fyrir hana.

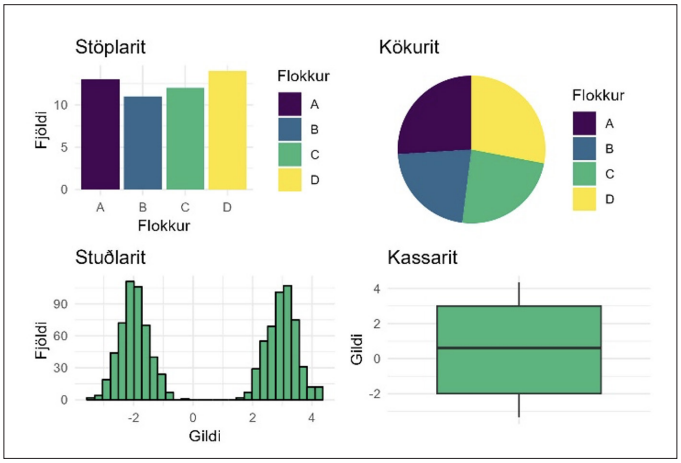
Óraðaðar flokkabreytur skipta mælingum upp í flokka sem hafa enga innbyrðis röðun. Blóðflokkarnir (O, A, B, AB) eru gott dæmi um óraðaða flokkabreytu. Óröðuðum flokkabreytum má lýsa með **stöplariti** eða **kökuriti**. Stöplarit sýna fjölda mælinga í hverjum flokki á meðan kökurit sýna hlutfallslega skiptingu þeirra. Mannsaugað á auðveldara með að bera saman hæð stöpla en gráður hringgeira og því eru tölfræðingar síður hrifnir af kökuritum. Á mynd 1 eru sömu gögn teiknuð með stöplariti annars vegar og kökuriti hins vegar. Á stöplaritinu er auðvelt að raða flokkunum frá þeim algengasta til þess fátíðasta á meðan það er ekki augljóst á kökuritinu.

Raðaðar flokkabreytur skipta mælingum upp í flokka sem hafa innbyrðis röðun, t.d. stigun krabbameina (I, II, III og IV). Röðuðum flokkabreytum er best lýst með **stöplariti** þar sem flokkunum er raðað eftir innbyrðis röð, frá þeim minnsta til hins stærsta. Þannig væri flokkum stigunar raðað I, II, III og IV. Ekki ætti að nota kökurit til að lýsa röðuðum flokkabreytum þar sem þau sýna ekki innbyrðis röð flokkanna.

Samfelldar talnabreytur eru mældar í tiltekinni einingu og geta tekið hvaða gildi sem er á einhverju bili. Dæmi er magn kólesteróls í blóði (mmól/L). Þær er hægt að setja fram með **stuðlariti** annars vegar og **kassariti** hins vegar. Þegar stuðlarit eru teiknuð er kvarðanum sem breytan er mæld á skipt upp í jafnbreið, samliggjandi bil og fjöldi mælinga sem lendir á hverju bili er talinn. Mikilvægt er að breidd bilanna hæfi mælingunum, ef bilin eru of stutt er breytileiki mælinganna ýktur en ef þau eru of löng er hann jafnaður út. Kassarit sýna miðgildi, fjórðungamörk, dreifð og útlaga breytu og gefa því einfalda en grófa mynd af úrtaksdreifingu hennar. Stuðlarit hafa þann kost fram yfir kassarit að þau gefa betri mynd af úrtaksdreifingu breytunnar á meðan kassarit eru algengari þegar samfelldrar talnabreytur eru bornar saman milli hópa. Á mynd 1 má sjá stuðlarit og kassarit af sömu gögnum. Stuðlaritið sýnir skýrt tvítoppa úrtaksdreifingu sem ekki er hægt að sjá út frá kassaritinu.

Strjálar talnabreytur taka ólík aðskilin gildi og lýsa yfirleitt fjölda einhvers. Dæmi eru fjöldi innlagna á sjúkrahús á síðasta ári, fjöldi fæðinga eða fjöldi ávísaðra lyfja á tiltekinni stundu. Strjálum talnabreytum er best lýst með **stöplariti** sem sýnir fjölda mælinga sem tilheyra hverjum og einum fjölda. Mikilvægt er hafa skýrt bil milli allra stöpla til aðgreiningar frá stuðlariti. Stundum getur strjál talnabreyta tekið svo ótalmörg gildi að munurinn á einni einingu til og frá er hverfandi, eins og t.d. fjöldi blóðflagna í blóðsýni. Þá er eðlilegra að meðhöndla breytuna eins og hún væri samfelld í allri tölfræðiúrvinnslu og lýsa henni með **stuðlariti** eða **kassariti.**

Að lokum vil ég minna á nokkrar góðar reglur sem gilda um öll gröf. Merkið ása og flokka nákvæmt en skorinort, hafið liti auðgreinanlega og gætið að samræmi í litavali og merkingum milli grafa og annars texta. Forðist óþarfa flúr og flækjur, markmiðið er að sýna niðurstöðurnar ykkar á aðgengilegan og auðskiljanlegan hátt. Oft er það einfalda jafnframt það besta!



Mynd 1. *Þær fjórar gerðir grafa sem lýsa úrtaksdreifingu einnar breytu. Sömu gögn eru notuð til að teikna stöplaritið og kökuritið annars vegar og stuðlaritið og kassaritið hins vegar.*

Það lá alltaf fyrir mér að verða læknir

„Ég vil vera til gagns," segir Ásgeir Haraldsson, barna- og ónæmislæknir, og fer yfir ferilinn og stöðu vísinda í Læknavarpinu, hlaðvarpi *Læknablaðsins*. Síðasti vetur var Barnaspítalanum erfiður vegna streptókokkasýkinga. Hann segir mikilvægt að hafa varann á fyrir veturinn

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Huga þarf að stærri Barnaspítala. „Einhverskonar viðbygging, einhvers konar stækkun," segir Ásgeir Haraldsson, prófessor í barnalækningum, forstöðumaður fræðasviðs og yfirlæknir á Barnaspítala Hringsins, í Læknavarpinu. Börnum fjölgi og aðferðir breytist. Hann kom að uppbyggingu Barnaspítalans sem opnaður var fyrir tveimur áratugum – en nú þurfi að fara að huga að frekari uppbyggingu.

Ásgeir ræddi byggingu Barnaspítalans, kennsluverðlaun, bakgrunninn, stöðu vísinda, bólusetningar og þungan, annasaman síðasta vetur á spítalanum í hlaðvarpinu. En í fyrra kom fjöldi barna með streptókokkasýkingar á spítalann. „Það kom svolítið í bakið á okkur. Ýmsir faraldrar sem geisuðu síðasta vetur," segir hann. Börnin hafi hugsanlega verið varin fyrir þessum sýkingum á Covid-tímabilinu en hluti af ástæðunni sé breytt hegðunarmynstur.

„Við sjáum líka núna að ákveðnar bakteríur og veirur skjóta upp kollinum í löndunum í kringum okkur sem við þurfum að hafa augun á, en ég vona að það verði ekki eins annasamt og í fyrra."

Ásgeir er af vestfirskum ættum en ólst upp í höfuðborginni. Systir hans sá til þess að hann skráði sig á réttum tíma í læknisfræðina þegar hann var á sjó og hvatti hann áfram. Sjálfur sá hann starfið fyrir sér og kaus barnalækningarnar, enda hafi hann afar gaman af börnum. Hann myndi velja eins, stæði hann frammi fyrir starfsvalinu nú, fjörutíu árum frá almenna lækningaleyfinu. „Tvímælalaust." Hann lærði barna- og ónæmislækningar í Hollandi og bjó þar í um áratug. Kom heim og var skipaður prófessor í barnalækningum og forstöðulæknir Barnaspítalans árið 1995.

Börn bara svo skemmtileg

Ásgeir horfir til allra skondnu atvikanna, tilsvaranna sem börn hafa gefið í gegnum tíðina og deilir nokkrum sögum í Læknavarpinu. „Maður fær næringu og ánægju með því að vinna með svona „fyrirbærum." Börn eru svo skemmtileg, svo jákvæð, heiðarleg, þau segja ekki ósatt – og oft svo skemmtileg og fyndin!" segir hann og lýsir því hvernig alltaf hafi verið borin virðing fyrir börnum í fjölskyldu sinni.

„Já, það er gaman að vera barnalæknir. En þegar það er erfitt er það mjög, mjög erfitt," segir Ásgeir. „Sumar af þessum minningum eru auðvitað sárar. En það er líka þá sem maður getur gert mikið gagn. Það getur verið friðþæging og sálarró að geta á slíkum stundum verið til gagns. Og kannski er það þess vegna sem maður er á þessari jörð; að reyna að vera til gagns," segir hann.

„En þrisvar hefur það gerst að foreldrar sem ég þekkti í Hollandi og misstu þar barn hafa komið til Íslands að hitta mig. Þau hefur langað til að tala við mig, langað að kynnast mér aftur, langað að tala um barnið sitt. Þetta er dýrmætt," segir Ásgeir. Þá hafi Hollendingar sem hafi verið mjög veikir sem börn haft upp á honum á Facebook. En hvernig er best að brynja sig fyrir sorginni sem læknar verða vitni að?

„Ég held að leiðin sé að brynja sig ekki," segir Ásgeir. „Ég held að leiðin sé að vera til gagns." Hann hafi óttast að segja röngu orðin þegar hann talaði illa hollensku. „Þá sagði reyndur læknir: Þú þarft ekki að segja neitt, þú þarft bara að vera þarna, vera persóna, vera manneskja, ekki að brynja sig. Það kemur bara í hausinn á manni síðar."



Ásgeir Haraldsson lítur þakklátur um öxl og á starfsferillinn sem spannar yfir fjörutíu ár auk allra námsáranna. Hann er ekki hættur en segir skrefunum að starfslokum fækka. Mynd/gag

Bólusetningar til bjargar

Ásgeir hefur talað fyrir bólusetningum og segir Íslendinga almennt hafa staðið sig vel. Bólusetningar hafi sannað sig, jafnvel útrýmt erfiðum, hættulegum sjúkdómum. „Að frátöldu hreinu vatni er engin læknisaðgerð sem hefur bjargað jafn mörgum mannslífum og bólusetningar.“ Bólusótt hafi til að mynda tekið 100 milljónir mannslífa fyrir einni öld.

„Hún tók fleiri mannslíf en allar styrjaldir, beint og óbeint, samanlagt. Nú er hægt að bólusetja gegn bólusótt. Það er búið að útrýma henni úr heiminum. Það er ótrúlegur árangur.“ Brýnt sé að vera ekki kærulaus gagnvart bólusetningum. „Við verðum að halda áfram að verja börnin okkar gegn hættulegum sjúkdómum,“ segir hann. En varð COVID-bólusetningin ástæða bakslags í bólusetningum?

„Já, það varð svolítið hökt,“ segir Ásgeir. Um 600 þúsund vísindagreinar hafi verið birtar um allan heim um COVID. „Ef þetta væri samsæri lyfjafyrirtækjanna þyrfti það að vera ótrúlega útbreitt. Það gengur því ekki upp.“ Samfélagsmiðlar séu frábær staður til að fá rangar upplýsingar. Gott sé að fá gagnrýni og mótbárur og bólusetningar þurfi að rökstyðja eins og annað.

„Við verðum að vera á tánum og fylgjast með.“

Hann segir að spennandi væri að bólusetja gegn RSV-vírusnum. 100 þúsund börn deyi vegna hans á ári en ekkert á Íslandi í mörg ár. Bólusetja þyrfti fullorðna, því efnin hafi ekki verið rannsökuð á börnum. „En það eru komnar nægar rannsóknir til að bólusetja barnshafandi mæður og vernda þannig börnin fyrstu mánuðina,“ segir hann, en minnstu börnin séu í mestri hættu og því sé til skoðunar að taka upp einstofna mótefni gegn þessari veiru sem endist barni í 6-8 mánuði.

„Að frátöldu hreinu vatni er engin læknisaðgerð sem hefur bjargað jafn mörgum mannslífum og bólusetningar“

„Það er margt að gerast,“ segir hann og nefnir nýju mRNA-aðferðina og hvernig menn sjái fyrir sér að bólusetja gegn ákveðnum krabbameinum. „Allt er ónæmisfræði. Takið eftir því, kæru nemendur,“ segir hann og hlær.

Kastar brátt inn því hvíta

Ásgeir horfir yfir sviðið spurður um fimm ára plön. „Ég er 68 ára og þarf að finna út hvernig ég ætla að hætta. Ég hætti að taka vaktir fyrir nokkrum árum og tek minni klíníska vinnu og meiri rannsóknarvinnu. Ég er að reyna að minnka skref af skrefi næstu eitt til tvö árin, svo kasta ég inn hvíta handklæðinu og finn mér eitthvað annað að gera. Það verður skrítið eftir 30 ár á Barnaspítalanum, 10 ár í Hollandi og eftir námið,“ segir Ásgeir.

„Skrítið en ekki dramatískt eða tilfinningaþrungið, ekki síst þar sem ég get á margan hátt litið þakklátur til baka — þótt auðvitað sé eitt og annað sem ég hefði getað gert betur faglega og samskiptalega. En í stórum dráttum get ég litið sáttur til baka. Það verður ánægjulegt þegar ég hætti á Barnaspítalanum að horfa yfir hópinn. Þetta er áhugasamt, jákvætt, skemmtilegt og klárt fólk í öllum starfsstéttum. Þau vinna vel saman og ég held ég fari brosandi.“



Hópmynd frá námskeiðinu Hagnýtar aðferðir við alverlegum sýkingum hjá börnum sem þeir Ásgeir og Valtýr Thors settu upp ásamt tveimur öðrum. Námskeiðið hefur notið mikilla vinsælda.

Fékk viðurkenningu frá alþjóðasamtökum

Ásgeir Haraldsson, prófessor í barnalækningum og yfirlæknir á Barnaspítala Hringsins, fékk á dögunum viðurkenningu ESPID, Evrópufélags um smitsjúkdóma barna

„Já, þetta kom mér á óvart og ég er stoltur af þessum verðlaunum þótt ég dragi í efa hvort ég eigi þau endilega skilið,“ segir hann af hógværð í Læknavarpinu, hlaðvarpi *Læknablaðsins*. „Ég vinn með frábæru fólki, bæði á Barnaspítalanum og innan ESPID. Ég er ekki sá sem kenni mest eða best á Barnaspítalanum, en það er ótrúlega góður andi gagnvart nemum og gagnvart kennslu á Barnaspítalanum,“ segir hann.

„Hjúkrunarfræðingar, ritarar, allt starfsfólk sameinast um að sinna nemum vel og ég held að allir hafi ánægju af því og það er hvetjandi.“ Mikilvægt sé að leggja mikið upp úr kennslu. „Þeir sem kenna þurfa að kunna og þú getur ekki boðið metnaðarfullum, duglegum, áhugasömum læknanemum upp á eitthvað gamalt. Svo þú verður að halda þér við.“

Kennarar fái spurningar sem þeir þurfi að svara. „Það að það sé mikil og góð kennsla á Barnaspítalanum er hluti af þeim árangri sem við náum og hluti af því að vera með nýjustu og bestu þekkinguna,“ segir hann. Fyrir átta til tíu árum hafi hann ásamt Valtý Thors og fjórum öðrum ákveðið að bjóða upp á kúrs um það hvernig mæta ætti börnum með alvarlegar sýkingar.

„ESPID styrkti þennan kúrs. Við tökum færri en fjörutíu manns en hann hefur verið vinsæll og alltaf er upppantað. Síðast voru þegar komin 40 manns á biðlista. Þessi kúrs hefur gengið ótrúlega vel og er hluti af þessum verðlaunum,“ segir hann og hælir samkennurum sínum óspart.

Vísinda- og þróunarstyrkir

Haustúthlutun 2024

Félags íslenskra heimilislækna

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

Umsóknir um haustúthlutun fyrir styrkárið 2024 þurfa að berast sjóðnum **fyrir 21. október** næstkomandi. Umsóknir sem berast eftir þann tíma verða ekki teknar til greina.

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

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

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

Við mat á umsóknum er lögð áhersla á að rannsóknar-verkefnið sé á forsendum heilsugæslunnar. Sé um vísindaverkefni að ræða, er einnig lögð áhersla á tengsl rannsakenda við heimilislæknisfræði Háskóla Íslands eða aðra akademíska háskólastofnun í heimilislækn-ingum.

Nánari upplýsingar veitir

Emil L. Sigurðsson (emilsig@hi.is)

Stjórn Vísindasjóðs FÍH

Heimilislæknaþingið 2024

Reykjavík 17.-18. október 2022

Heimilislæknaþing Félags íslenskra heimilislækna verður haldið í Gamla bíó í Reykjavík, 17.-18. október næstkomandi og hefst þingið á hádegi þann 17. október.

Samkvæmt venju verða kynntar rannsóknir, rannsóknaráætlanir og þróunarverkefni í formi erinda. Útdráttum (sbr. leiðbeiningar hér að neðan) skal skila til Margrétar Ólafíu Tómasdóttur á mot@hi.is og er skilafrestur til 30. sept-ember næstkomandi. Ágripin verða birt í sérstöku riti þingsins.

Þinginu lýkur með aðalfundi Félags íslenskra heimilislækna eftir hádegi föstudaginn 18. október. Á föstudagskvöldi verður matur, skemmtun og dans auk útskriftar sérnámslækna í heimilislækningum.

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

Fyrir hönd undirbúningsnefndar,

Margrét Ólafía Tómasdóttir og Björg Ólafsdóttir

Útdráttur úr 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 frjálslegri, en kaflaskipti æskileg. Að jafnaði er ekki gert ráð fyrir heimildalista í útdrætti.

Höfum fengið nóg

Steinunn Þórðardóttir formaður Læknafélags Íslands er ómyrk í máli um starfsaðstæður og kjör lækna nú á því herrans ári 2024. Hún segir lækna ekki hafa fengið stytta vinnuviku, launakjör þeirra séu langt á eftir sambærilegum stéttum og ef stjórnvöld taki sig ekki saman í andlitinu á næstu vikum, megi búast við að skelli á verkfall lækna sem ekki hefur gerst síðan 2014

Hávar Sigurjónsson

„Okkur finnast hlutirnir hreyfast mjög hægt og við erum að tala um sömu vandamálin ár eftir ár, við mætum skilningi þegar við tölum við ráðherra og ráðuneytið en hreyfingin er lítil og á sama tíma sitja læknar sem starfa á sjúkrahúsunum og heilsugæslunum í súpu sem er samsett af erfiðum starfsaðstæðum, manneklu og kjörum sem komin eru langt aftur úr því sem eðlilegt er. Við erum að slökkva elda alla daga og finnst að þeir sem fara með völdin mættu sýna vilja til athafna í meira mæli í verki," segir Steinunn í upphafi.

„Það má alveg taka fram að ýmsir góðir hlutir hafa náðst í gegn á undanförnum árum og í tíð núverandi heilbrigðisráðherra náðust langþráðir samningar við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Það er fyrst og fremst hagkvæmt fyrir skjólstæðingana því þetta snýst um niðurgreiðslur svo fólk hafi efni á slíkri læknisþjónustu. Fólk var að borga þetta mun hærra verði þegar enginn samningur var í gildi. Okkur finnst eðlilegt að sjúkratryggingarnar okkar taki þátt í þessum kostnaði með þeim hætti að aðgengi allra að þjónustunni sé tryggt, óháð efnahag. Þetta var risastórt skref og með þessum samningi náðist líka ákveðið samkomulag milli Sjúkratrygginga og sérfræðilækna sem tryggir innleiðingu nýjunga og reglulega endurskoðun samningsins."

Steinunn segir mikilvægt að í þessari umræðu átti fólk sig á því að þeir fjármunir sem ríkið ver til einkarekinnar heilbrigðisþjónustu séu hreinir smámunir í stóra samhenginu.

„Einkarekna heilbrigðisþjónustan er örgeiri í samanburði við hversu stór heildarupphæðin er til heilbrigðisþjónustu í landinu. Prívatgeirinn er ennfremur rekinn á mjög hagkvæman hátt, hann er mjög straumlínulagaður og heilbrigðisstarfsfólkið stjórnar því sjálft hvernig er unnið, hver forgangsröðunin er og hvernig rekstrinum er háttað. Það hefur sýnt sig víða um heim að þegar heilbrigðisstarfsfólkið rekur sjálft þjónustuna þá er hún hagkvæmari án þess að það komi niður á gæðunum. Okkar afstaða er eindregin sú að hér sé blandað kerfi og vissulega þarf að vera aðhald og eftirlit svo ekki komi til oflækninga en eins og staðan er í dag er hverfandi hætta á því vegna þess hversu mikil þörf er fyrir þjónustuna. Læknar þurfa ekki að skapa sér verkefni."

Forgangsröðun er ekki í forgangi

En það er ekki allt neikvætt og Steinunn bendir á að mikilvæg lagabreyting hafi átt sér stað þegar refsiábyrgð vegna alvarlegra atvika var færð af einstaklingum yfir á stofnanir.

„Áður þurfti þolandi að sækja einstakan starfsmann til saka þó vinnuaðstæður, mannekla, óhófleg yfirvinna og aðrar kerfislægar ástæður væru langoftast að baki alvarlegum atvikum. Það er því óréttlátt að refsa einstaklingum í þeim tilvikum þegar kerfið veldur vandanum.

Almennt má segja að starfsaðstæður á sjúkrahúsum og heilsugæslu séu mjög erfiðar. Einnig er verið að nýta starfskrafta lækna á mjög óskilvirkan hátt, eins og til dæmis með ritun skýrslna til tryggingafélaga, ýmis félagsleg mál, vottorð og beiðnir alls konar sem aðrir starfsmenn gætu hæglega sinnt eða mætti í sumum tilvikum fella alveg niður. Við höfum ítrekað bent á nauðsyn þess að straumlínulaga störf læknanna svo þeir geti einbeitt sér að því að sinna veikum og slösuðum. Þarna þurfa stofnanirnar að fá heimildir til að vísa verkefnum af þessu tagi annað, því eins og er þá er þeim skylt að sinna þessu. Við



getum tekið dæmi af tryggingafélögunum sem búa til sín eigin eyðublöð sem eru oft gríðarlega viðamikil og síðan er heimilislæknirinn skyldugur til að fylla þetta út með ærnum tíma því annars fær skjólstæðingurinn ekki þá fyrirgreiðslu tryggingakerfisins sem hann hefur þörf fyrir. Í sem stystu máli, þá skortir stefnumótun sem tilgreinir skýrt og greinilega hvaða verkefnum opinbera heilbrigðiskerfið á að sinna og hverjum ekki. Ennfremur að þegar mannekla er staðreynd hafi stofnanirnar heimildir til að vísa frá sér verkefnum sem eru ekki í forgangi. Um þetta þarf að verða breið sátt svo enginn vafi leiki á hvað opinbera kerfið á að gera og hvað má hreinlega missa sín.“

Afarkostir eina svarið

Steinunn kveðst finna fyrir skilningi og vilja en ævinlega vanti einhvern herslumun svo aðgerðir fari í gang.

„Í mörgum tilfellum er þetta ekki spurning um kostnað heldur einfaldlega að breyta regluverkinu svo hægt að sé gera hlutina öðruvísi og forgangsraða á nýjan hátt. Við höfum til dæmis bent á að mikilvægt sé að fjármagn fylgi hverjum sérnámslækni. Að þeir hafi val um hvar þeir vilji vinna og þær stofnanir sem laða að sér sérnámslækna fái fjármagnið. Það skapar heilbrigða samkeppni milli stofnana og að vel sé búið að læknunum í þeirra sérnámi. Þessu væri hægt að breyta með einu pennastriki. Ýmis önnur dæmi mætti nefna um atriði sem væru til bóta og hægt breyta með einföldum hætti, án viðbótar tilkostnaðar, og ég skil ekki alltaf hvar tregðan liggur við að ráðast í slíkt.“

En þrátt fyrir allan skilninginn og viljayfirlýsingarnar er engu að síður komið að ákveðnum þolmörkum.

„Mín tilfinning er að til að hlustað sé á okkur þurfi afarkosti,“ segir Steinunn. „Það er mjög miður því við berum hag heilbrigðiskerfisins ótvírætt fyrir brjósti, jafnvel fremur en okkar persónulega hag, en vissulega helst þetta í hendur. Við viljum vinna í góðu kerfi, við viljum geta veitt góða þjónustu og við viljum geta sinnt læknisstörfum en ekki hverjum þeim skriffinnsku verkefnum sem varpað er til okkar. Við viljum líka að það sé eftirsóknarvert að vinna í íslenska heilbrigðiskerfinu. Það er full ástæða til að óttast

„Aðstæðurnar eru eftirfarandi: Það er aldrei fullmannað, vinnudagurinn er aldrei nógu langur til að ljúka verkefnum, það er aldrei hægt að taka út frítökuréttinn sinn, yfirvinna er óstjórnleg og fæst ekki greidd,“ er lýsing Steinunnar Þórðardóttur formanns LÍ á starfskjörum lækna.

„Við viljum vinna í góðu kerfi, við viljum geta veitt góða þjónustu og við viljum geta sinnt læknisstörfum en ekki hverjum þeim skriffinnskuverkefnum sem varpað er til okkar“

atgerfisflótta og að íslenskir læknar sjái sér ekki hag í því að vinna hér á landi. Aðstæðurnar eru víða eftirfarandi: Það er aldrei fullmannað, vinnudagurinn er aldrei nógu langur til að ljúka verkefnum, það er aldrei hægt að taka út frítökuréttinn sinn, yfirvinna er óstjórnleg og fæst ekki greidd. Þetta veldur því að læknar kjósa með fótunum og það væri mjög óskandi að hlustað væri á okkur áður en það gerist í stórum stíl. Sú ógn er alveg raunveruleg og sérstaklega heyri ég þetta meðal yngri lækna sem eru að vakna upp við vondan draum þegar þeir eru komnir til starfa. Ég heyri yngra fólkið tala um að breyta algjörlega um og snúa sér að allt öðru eða stefna leynt og ljóst að því að vinna erlendis. Læknar sem fara til útlanda í sérnám upplifa hversu mikill munur er á starfsaðstæðum hér og erlendis. Mín persónulega reynsla af sérnámi í Svíþjóð styður það svo sannarlega. Ég var nýtt sem læknir eingöngu, tölvukerfin voru miklu betri og studdu við mig í starfi í stað þess að skapa viðbótarvinnu, frítökurétt var hægt að taka út svo jafnvægið milli vinnu og einkalífs var miklu betra. Þessu er maður gjarnan að fórna með vinnu hér heima. Það er því miklu líklegra að læknar sem farnir eru til sérnáms og starfa erlendis komi ekki aftur meðan ástandið hér heima er óbreytt.“

Erum búin að fá nóg

„Þegar kemur að yfirstandandi kjaraviðræðum er samstaðan meðal lækna mjög sterk og það er mikill samhljómur í því hvað læknum finnst vera vandamálin. Læknar eru sammála um hvaða kröfum þarf að mæta til að samningur teljist ásættanlegur og við erum tilbúin að taka þann slag. Í hreinskilni sagt þá erum við búin að fá nóg og ef verkfall er það sem þarf, þá erum við tilbúin í það þótt það sé alls ekki óskastaðan. Þetta ræðst á næstu vikum og snýst svo sannarlega um margt fleira en launaliðinn eingöngu. Læknar hafa ekki fengið styttingu vinnuvikunnar eins og aðrir heilbrigðisstarfsmenn, það er sanngirnismál og hefur sýnt sig að bætir líðan starfsfólks, dregur úr kulnun og eykur jafnvægi milli vinnu og einkalífs. Þetta er ólíðandi og er risastórt mál. Stjórnvöld geta ekki endalaust treyst á að læknar muni í meðvirkni sinni með skjólstæðingum sínum láta allt yfir sig ganga. Við munum á endanum standa upp og ganga út ef ekki verða breytingar á. Læknar hafa sparað heilbrigðiskerfinu gríðarlegar fjárhæðir með meðvirkni sinni; vinna launalaust eftir að eðlilegum vinnudegi lýkur þar sem yfirvinna fæst ekki greidd og læknirinn getur ekki bara staðið upp og farið heim af því klukkan er fjögur. Það er stöðugt gengið á lagið.

Læknafélag Íslands fór í fyrsta skipti í verkfall 2014 og það er sannarlega ekki auðveld ákvörðun að taka. Læknar finna mjög sterkt til ábyrgðar með sjúklingum sínum og það verður að tryggja öryggi þeirra ef til verkfalls kemur. Sumir hafa bent á í kaldhæðni að verkfallsmönnun á sumum deildum sé betri en hún er að staðaldri. Það segir meira en margt um hvernig staðan er.“

„Ég heyri yngra fólkið tala um að breyta algjörlega um og snúa sér að allt öðru eða stefna leynt og ljóst að því að vinna erlendis. Læknar sem fara til útlanda í sérnám upplifa hversu mikill munur er á starfsaðstæðum hér og erlendis“

Vonir bundnar við nýja Landspítalann

„Auðvitað munar um að vinna í nýju og nútímalegu húsnæði í stað þess löngu úrelta og jafnvel heilsuspillandi húsnæðis sem mörg okkar starfa í núna. Það verður gaman að fá nýjan spítala og mikilvægt að geta verið stoltur af aðstöðunni sem við getum boðið sjúklingum. En nýr spítali leysir ekki manneklu sem er aðalvandamálið. Nú er verið að fjölga nýnemum í læknadeild og það er fagnaðarefni en sem formaður Læknafélags Íslands vil ég geta tekið þátt í að tryggja að þetta unga fólk fái að njóta þessa áhugaverða og gefandi starfsvettvangs, án þess að það brenni upp á fáeinum árum vegna bágra starfsaðstæðna og ofálags. Fjölgun lækna er algjör forsenda þess að við höldum sjó en þá megum við heldur ekki missa þá jafnóðum frá okkur. Þetta helst allt í hendur ef ekki á illa að fara.“

Til hamingju með Læknablaðið

1915-2024 árgangur

HEILSUGÆSLA HÖFUÐBORGARSVÆÐISINS

AUGLJÓS
LASER AUGNLÆKNINGAR
ALMENNAR AUGNLÆKNINGAR
Glæsibær • 2. hæð • Álfheimar 74 • 104 Reykjavík
Sími 414 7000 • augljos@augljos.is • www.augljos.is

Má taka gjald fyrir afhendingu sjúkraskráa?



Dögg Pálsdóttir
framkvæmdastjóri og lögfræðingur LÍ

Fyrr á þessu ári voru 15 ár frá gildistöku laga um sjúkraskrár nr. 55/2009. Af því tilefni verður enn á þessum vettvangi fjallað um sjúkraskrár.[1] Að þessu sinni er horft á afleiðingar úrskurða heilbrigðisráðuneytisins í málum nr. 22/2023 og 23/2023.[2]

Málavextir eru að lögmaður óskaði afrits af sjúkraskrá sjúklings. Slíkur aðgangur er heimill, en takmörkunum háður. Ef sjúkraskrárupplýsingar eru hafðar eftir öðrum en sjúklingi eða heilbrigðisstarfsmönnum þarf samþykki þess sem upplýsingarnar gaf.

Af því leiðir að áður en afrit sjúkraskrár er afhent þarf að fara yfir hana, svo ekki séu afhentar upplýsingar, sem ekki má afhenda. Í vaxandi mæli virðast vera að rata í sjúkraskrár upplýsingar um þriðja aðila, hafðar eftir sjúklingi sjálfum. Löggjafinn gerði ekki ráð fyrir slíku og fjallar því ekki sérstaklega um þær. Það gefur þó auga leið að séu í sjúkraskrá persónugreinanlegar upplýsingar frá sjúklingi um þriðja aðila getur einnig þurft að afmá þær úr skránni, fyrir afhendingu. Vinna læknis við yfirferð sjúkraskráa vegna þessa getur verið talsverð.

Enda var í 9. tölul. 14. gr. reglugerðar um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu nr. 1551/2022 gert ráð fyrir að fyrir vinnuna mætti innheimta gjald, eða eins og sagði í ákvæðinu … *og fyrir vinnu við yfirferð sjúkraskrár fyrir afhendingu skal að lágmarki greitt fyrir klukkutímavinnu læknis, 15.216 kr. og síðan 5.072 kr. til viðbótar fyrir hverjar byrjaðar 20 mínútur.*

Í báðum tilvikum vísuðu viðkomandi heilbrigðisstofnanir til þessa ákvæðis vegna gjaldtöku sinnar. Ákvæðið fjallar um gjaldtöku fyrir vottorð til lögmanna og tryggingafélaga og ýmis önnur vottorð. Útilokað er þó að skilja ákvæðið svo að vinna við yfirferð sjúkraskrár fyrir afhendingu tengist gerð vottorða.

Heilbrigðisráðherra setti þannig ákvæði um heimild til að taka gjald fyrir *yfirferð sjúkraskrár fyrir afhendingu* og hlýtur að hafa talið sig hafa lagaheimild til þess.

Lögmenn sjúklinganna töldu reglugerðarákvæðið vanta lagastoð og stjórnvöldum væri óheimilt að innheimta þjónustugjöld nema samkvæmt ótvíræðri lagaheimild.

Heilbrigðisráðuneytið féllst á rök sjúklinganna, taldi gjaldtöku samkvæmt reglugerð heilbrigðisráðherra óheimila og lagði fyrir heilbrigðisstofnanirnar að endurgreiða sjúklingunum útlagðan kostnað.

Í báðum úrskurðum er vísað í álit umboðsmanns Alþingis í máli nr. 5002/2007. Þar segir að það sé meginregla um starfsemi ríkisins, þar með talið þjónustustarfsemi þess, að notendur þjónustu og borgarar almennt eigi ekki að þurfa að greiða sérstakt endurgjald til ríkisins vegna hennar nema skýr fyrirmæli séu um slíkt í lögum. Þessi regla leiði af meginreglum 40. og 77. gr. stjórnarskrárinnar og almennum reglum stjórnsýsluréttar um að gjaldtaka ríkisins skuli byggjast á lagaheimildum. Þegar gjaldtöku sé einungis ætlað að standa straum af kostnaði við að veita opinbera þjónustu á grundvelli laga sé almennt ekki áskilið annað en að í lagaheimild komi fram að slík gjaldtaka sé heimil.

Í sjúkraskrárlögum er engin bein gjaldskrárheimild. Í 2. mgr. 24. gr. er ráðherra þó heimilt að setja nánari reglur um atriði er varða framkvæmd laganna. Í ljósi álits umboðsmanns telst þetta tæpast nægilega skýrt orðuð heimild til gjaldtöku, þó henni sé einungis ætlað að standa straum af kostnaði við yfirferð sjúkraskráa fyrir afhendingu.

Ekkert mælir þó gegn því að slík gjaldskrárheimild verði sett og það sem fyrst. Upplýsingalög nr. 140/2012 tryggja almenningi aðgang að gögnum, meðal annars upplýsingum aðila um hann sjálfan. Í 3. mgr. 18. gr. laganna er skýr gjaldtökuheimild. Þar segir: *Ráðherra ákveður með gjaldskrá hvað greiða skuli fyrir ljósrit og afrit gagna sem afhent eru samkvæmt lögum þessum þannig að mætt sé þeim kostnaði sem af því hlýst, þ.m.t. efniskostnaði, og kostnaði vegna vinnu starfsmanna og búnaðar.* Sambærilegt ákvæði var í eldri upplýsingalögum nr. 50/1996.

Gjaldskrá nr. 579/1996, sett á grundvelli eldri upplýsingalaga, var um árabil notuð af heilbrigðisstofnunum til að innheimta gjald fyrir ljósritun sjúkraskráa. Samkvæmt henni kostaði A4-síðan 20 kr. upp að 100 blaðsíðum og 15 kr. eftir það. Í nýjustu gjaldskránni nr. 306/2009 eru fjárhæðir óbreyttar.[3]

Eftir úrskurð ráðuneytisins hlýtur heilbrigðisráðherra að leggja fram lagafrumvarp til að bæta gjaldtökuákvæði í sjúkraskrárlögin. Fyrirmyndina er að finna í upplýsingalögum.

Heimildir

1. Fjallað er um sjúkraskrár í 12. tbl. 99. árg. 2013, 2. tbl. 100. árg. 2014 og 5. tbl. 102. árg. 2016.
2. Úrskurðirnir, uppkveðnir 26. október og 1. nóvember 2023, eru aðgengilegir hér: https://www.stjornarradid.is/gogn/urskurdir-og-alit-/$LisasticSearch/earch/?SortByDate=True&SearchQuery=&Ministries=Heilbrig%C3%B0isr%C3%A1%C3%B0uneyti%C3%B0&Committee=&Year=.
3. Benda má á að um langt árabil hafa lög um aukatekjur ríkissjóðs nr. 88/1991 (nú í 1. mgr. 17. gr.) leyft að fyrir hverja ljósritaða síðu skuli greiða gjald, sem nú er 300 kr. Ýmsar stofnanir innheimta þá fjárhæð fyrir hverja ljósritaða síðu.

Úr fyrsta árgangi Læknablaðsins 1915

— Brot úr grein eftir Guðmund Hannesson

Verkefni fyrir íslenzka lækna.

Læknablaðið 1015; 2:25-27

Það má með nokkrum sanni segja, að á þessari smá-sjár- og sóttkveikjuöld sé það almennum læknum ofvaxið, að leggja nokkurn venjulegan skerf til vísindalegrar læknisfræði, finna nokkuð n ý t t. Flest ný rit um sjúkdóma, einkum næmar sóttir, styðjast við hárfínar, margbrotnar rannsóknir, sem engir geta leikið eftir nema lærðir menn og þaulæfðir, menn, sem hafa öll tæki nútíðarinnar, tilraunadýr o. fl. Ofan á alt annað bætist það, að alt þetta kostar eigi eingöngu mikinn tima og mikla þekkingu, heldur og stórfé. Það sýnist því ekki á færi í s l e n z k r a lækna, að taka þátt í þessum bardaga við vanþekkinguna og alt það tjón, sem af henni stafar.

...

Og þó hef eg lengi verið sannfærður um það, að þrátt fyrir alt, getum vér lagt til þýðingarmikinn skerf, – ef vér vildum og kynnum með að fara, einkum ef vér værum allir á eitt band snúnir. Ef margir vinna saman, og eiga kost á að vita hvað hverjum verður ágengt, þá glæðir það stórum allan áhuga.

Eg skal hér að eins benda á eitt verkefni og það er einmitt n æ m u s j ú k d ó m a r n i r. Það má rannsaka þá á annan hátt en með sóttkveikjuræktun og smásjá.

...

Hvað hafa t. d. allir sóttkveikjufræðingar skýrt kvef og k v e f s ó t t i r? Erlendis mun það fæstum ljóst, að kvef geti verið beinlínis næmt, og í flestum kenslubókum er ekki minst á það einu orði í kaflanum um næma sjúkdóma.

...

En það var nú ekki kvefið, sem eg ætlaði sérstaklega að gera að umtalsefni í þetta sinn. Vér höfum nú einmitt um þessar mundir orðið varir við annan vogest í þremur læknishéruðum: m æ n u s ó t t i n a.

...

Þó margt bendi til þess, að sjúkdómurinn flytjist mann frá manni, sérstaklega með lítt sjúkum eða jafnvel heilbrigðum mönnum, þá er eigi að síður e n g i n v i s s a u m þ a ð, a ð h é r s é e i n u s i n n i a ð r æ ð a u m a f s ý k j a n d i k v i l l a.

...

Hér er því áreiðanlega verkefni fyrir íslenzka lækna, og sé það rétt, að vér stöndum betur að vígi en allir aðrir, þá hvílir beinlínis á oss alvarleg s k y l d a, að láta ekki vort eftir liggja.

...

Það þarf ekki annað en að lesa grein Þ. Th. Um sóttnæmi holdsveikinnar til þess að sjá, hve ágætar athuganir íslenzkir læknar geta gert í héruðum sínum. Þessar athuganir hans eru gerðar fyrir löngu, meðan deilan var um sóttnæmi veikinnar, en hafa því miður komið of seint í ljós. Geri ungu læknarnir betur !

G. H.



Magnús Gottfreðsson
yfirlæknir vísindadeildar Landspítala

Svæfingar fyrir 110 árum

Í 2. tbl fyrsta árgangs *Læknablaðsins* árið 1915 gat að líta grein með fyrirsögninni „Verkefni fyrir íslenska lækna“ eftir Guðmund Hannesson, stofnanda og fyrsta ritstjóra blaðsins.

Í þessari hugvekju Guðmundar veltir hann fyrir sér stöðu íslenskra lækna á því sem hann nefnir „smásjár- og sóttkveikjuöld“. Hann vísar þar til þeirrar þekkingarbyltingar sem hófst með grundvallarrannsóknum Kochs og Pasteurs um orsakir smitsjúkdóma í lok 19. aldar og enn sér ekki fyrir endann á, 100 árum síðar.

Framsýnn og metnaðargjarn

Guðmundur spyr í grein sinni hvort í þessum heimi vísindalegra rannsókna á árinu 1915 sé tækifæri fyrir íslenska lækna að taka þátt í þekkingarsköpun og leggja sitt af mörkum. Þeir séu vart þeim efnum búnir að geta keypt dýran sérhæfðan búnað og leggja stund á vísindi á „þessari smásjár- og sóttkveikjuöld“, – ekki síst vegna mikilla anna við klínísk störf og tilbúning lyfja. Í hugleiðingunni svarar Guðmundur eigin spurningu þó játandi, „... hef eg lengi verið sannfærður um það, að þrátt fyrir alt, getum vér lagt til þýðingarmikinn skerf, – ef vér vildum og kynnum með að fara, einkum ef vér værum allir á eitt band snúnir.“

Orð hans bera vott um framsýni og metnað fyrir hönd lækna og jafnframt skilning á mætti samvinnu og sérhæfingar, þrátt fyrir að á þeim tíma sem pistillinn er ritaður hafi engir læknar hér á landi enn fengið sérfræðiviðurkenningu í nokkurri grein og flestir starfað sem einyrkjar við lækningar, oftast með fátæklegan aðbúnað.

Guðmundur heldur áfram og rökstyður mál sitt: „Eg skal hér að eins benda á eitt verkefni og það eru einmitt næmu sjúkdómarnir. Það má rannsaka þá á annan hátt en með sóttkveikjuræktun og smásjá. Enn þá hafa athuganir á útbreiðsluhætti og öllum aðförum farsótta mikla þýðingu. Stofu-tilraunir vísindamanna með sýkingu dýra, sóttkveikjuræktun og litun o.s.frv. eru þó ekki svo almáttugar, að náttúrunnar stórvöxnu tilraunir á lifandi mönnum, er sóttir geysa yfir löndin, séu einskis virði“.

Kom auga á kosti Íslands

Hverjar eru þær „náttúrunnar stórvöxnu tilraunir á lifandi mönnum“ sem Guðmundur er að vísa til hér? Hann tekur tvö dæmi máli sínu til stuðnings.

Annað er kvef, sem hann segir að sé næm sótt enda þótt „erlendis mun það fæstum ljóst, að kvef geti verið beinlínis næmt, og í flestum kennslubókum er ekki minnst á það einu orði í kaflanum um næma sjúkdóma.“ Hann segir að líklega séu flestir íslenskir læknar sammála um það að kvefið sé farsótt „sem ætti að standa í hverri kenslubók við hliðina á influenzu“. Síðan kemur rúsínan í pylsuendanum: Guðmundur leggur til að íslenskir læknar sýni fram á þetta með „einföldum, vandlega hugsuðum athugunum á háttalagi veikinnar, þá held eg að vér hefðum beinlínis lagt nokkurn skerf í guðskistuna.“ Hér kemur Guðmundur strax auga á hina augljósu kosti Íslands sem vettvangs fyrir vandaðar rannsóknir í faraldsfræði og læknisfræði, sem vísindamenn tóku að nýta sér með góðum árangri á seinni hluta 20. aldar.

Hitt dæmið sem Guðmundur nefnir um að íslenskir læknar geti lagt af mörkum til alheimsþekkingar er mænusótt. Um þessar mundir gekk hún í þremur læknishéruðum hérlendis með tilheyrandi skaða. Guðmundur nefnir að sóttkveikjan þekkist og er þá að vísa til uppgötvunar Landsteiners og Poppers á mænusóttarveirunni árið 1909. Hann er hugsi yfir því að sjúkdómurinn virðist geta borist manna á milli með „lítt sjúkum eða jafnvel heilbrigðum mönnum“ og að það sé engin vissa um að um sé að ræða „afsýkjandi kvilla“, það er að ekki sé alveg öruggt að einkennalausir en smitandi einstaklingar hætti nokkurn tíma að bera smit.

Hann telur að hér geti nákvæmar athuganir lækna sem starfa í hinum dreifðu byggðum landsins orðið til þess að greina hina huldu smitleið mænusóttarveirunnar enda séu „slíkar athuganir lang-auðveldastar, þar sem samgöngur eru strjálar og fámenni“.

Vísar til klassískra aðferða

Hér er Guðmundur væntanlega að vísa til klassískra aðferða í faraldsfræði, eins og þeirra sem tóku að ryðja sér til rúms eftir miðbik 19. aldar og hófust með frægum kólerufaraldri í Lundúnum sem John Snow átti heiðurinn af að kveða niður, grundvallaruppgötvun sem læknanemar læra enn um í grunnáföngum í faraldsfræði.

Aðferðin þá fólst í að rekja uppruna smits með kortlagningu á staðháttum, þýði og smitkeðjum og nú sem fyrr kallar hún á „… mikla samvizkusemi, alúð og oft glöggskyggni til þess að komast að réttri niðurstöðu“. Þessi aðferð er enn – 100 árum eftir skrif Guðmundar – ein mikilvægasta forsenda þess að unnt sé að beita markvissum íhlutunum þegar skæðar farsóttir herja á, líkt og í nýyfirstöðnum heimsfaraldri covid-19 sem er heimsbyggðinni allri enn í fersku minni.

Guðmundur var hér eins og á svo mörgum sviðum á undan sinni samtíð. Hann hóf útgáfu eigin *Læknablaðs* árið 1902 sem hann handskrifaði og gaf út allt til ársins 1904, en það var forveri núverandi *Læknablaðs* sem hóf útgáfu árið 1915.

Guðmundur starfaði sem læknir, prófessor og Háskólarektor, en hann var jafnframt merkur frumkvöðull og samfélagslega þenkjandi leiðtogi á sviði skipulagsfræða og á vettvangi stjórnmálanna.



Jón Gunnlaugur Jónasson,
prófessor í meinafræði og yfirlæknir meinafræðideildar Landspítalans.

Upphafsár Krabbameinsfélagsins

Krabbameinsfélag Íslands var formlega stofnað árið 1951 á fundi krabbmeinsfélaga Reykjavíkur, Hafnarfjarðar og Vestmannaeyja, sem þá voru starfandi. Alla tíð síðan hefur félagið verið samofið sögu þjóðarinnar í nú tæpa þrjá aldarfjórðunga.

Félagið hefur ávallt á þessum langa tíma notið mikils trausts og stuðnings þjóðarinnar. Ein meginástæða þess er að til félagsins var stofnað af virtum frumkvöðlum í læknastétt, á vegum lækna sem báru fyrir brjósti hag sjúklinga sem greinast með krabbamein. Alla tíð síðan hefur Krabbameinsfélagið gætt þess vel að byggja á leiðsögn og ráðum fagaðila, lækna, hjúkrunarfræðinga og svo framvegis, en slíkt er mikilvægt varðandi áframhaldandi traust.

Eldmóður stýrði för

Hvernig kom það til að stofnuð voru samtök gegn krabbameini á Íslandi? Víst er að eldmóður Alfreðs Gíslasonar, læknis á Grund, skipti þar miklu máli. Hann hafði sérstaklega í samtölum við Gísla Sigurbjörnsson, forstjóra á Elliheimilinu Grund, gjarnan rætt um nauðsyn þess að efla baráttu í landinu gegn krabbameini.

Þeir höfðu haft spurnir af krabbameinsfélögum erlendis, til dæmis í Danmörku. Heimsókn vesturíslenska læknisins Thorlákssonar frá Winnipeg til landsins árið 1948, þar sem hann flutti erindi um ristilkrabbamein og nauðsyn þess að berjast gegn þessum vágesti, efldi Alfreð og fleiri frumkvöðla í þessum hugmyndum sínum.

Það varð til þess að Alfreð bar upp tillögu á fundi Læknafélags Reykjavíkur haustið 1948 um „að skipa nefnd sem kannaði hvort ekki væri tímabært að stofna til sérstakrar baráttu gegn krabbameini hér á landi“. Honum fannst mikilvægt að slíkur undirbúningur gengi í gegnum læknasamtökin.

Á fundinum var skipuð nefnd sem í sátu, auk Alfreðs, læknarnir Halldór Hansen meltingarlæknir, Gísli Fr. Petersen röntgenlæknir og meinafræðingarnir Ólafur Bjarnason og prófessor Níels Dungal. Níels var forstöðumaður Rannsóknarstofu Háskólans í meinafræði og eins og haft er eftir Alfreð síðar hafði Níels brennandi áhuga á málefninu og fylgdi því fast eftir að krabbameinsfélag yrði stofnað. Hann hafði og margháttaða og góða aðstöðu til að taka þetta að sér.

Níels hafði og verið formaður undirbúningsnefndar sem sett var á laggirnar á undirbúningsfundi sem haldinn var 1. febrúar 1949, en þar flutti Níels mjög kröftuga ræðu til stuðnings stofnunar krabbameinsfélags. Það var síðan á almennum fundi þann 8. mars 1949 í Hátíðarsal Háskóla Íslands sem fyrsta krabbameinsfélagið á Íslandi var stofnað og nefndist Krabbameinsfélag Reykjavíkur (KR). Níels varð fyrsti formaður félagsins.

Það eru ekki margir sem vita að Níels Dungal var einna fyrstur í heiminum til að benda á tengsl tóbaksreykinga við lungnakrabbamein (skrifaði um það grein í *Lancet* árið 1950), en hann hafði tekið eftir því í krufningum að þeir sem létust af lungnakrabbameini höfðu nær undantekningarlaust reykt sígarettur. Þessi tengsl sem hann benti á voru ekki almennt viðurkennd fyrr en um miðjan sjöunda áratug síðustu aldar.

Félög víðar um landið

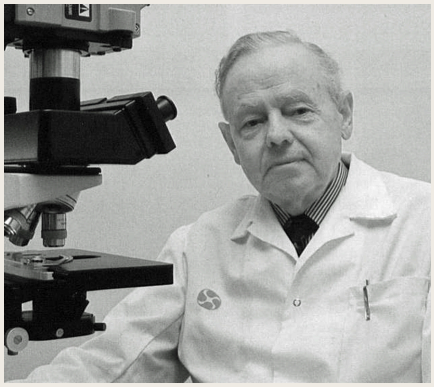
Fljótlega var á fundum farið að tala um að stofna fleiri slík félög utan Reykjavíkur og voru í framhaldi stofnsett krabbameinsfélög í Hafnarfirði og Vestmannaeyjum og nokkru síðar á Akureyri.

Vaxandi umræða varð síðan um nauðsyn þess að stofnað yrði samband íslenskra krabbameinsfélaga. Leiddi þessi umræða til þess að boðað var til fundar með fulltrúum þeirra félaga sem þegar höfðu verið stofnuð. Sá fundur var haldinn 27. júní 1951 í fundarsal Rannsóknarstofu Háskólans í meinafræði. Á þeim fundi var Krabbameinsfélag Íslands (KÍ) stofnað. Níels Dungal varð fyrsti formaður þess, en þá tók Alfreð við formennsku í KR.

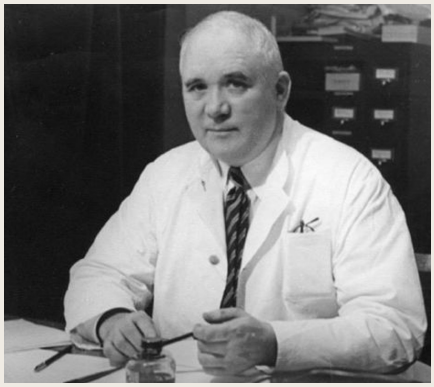
KÍ varð fljótt (1952) aðili að Alþjóðakrabbameinssambandinu (UICC) og árið 1957 aðili að Norrænu krabbameinssamtökunum (NCU), en seinna að ECL (Samtökum evrópskra krabbameinsfélaga).

Margvíslegur ávinningur

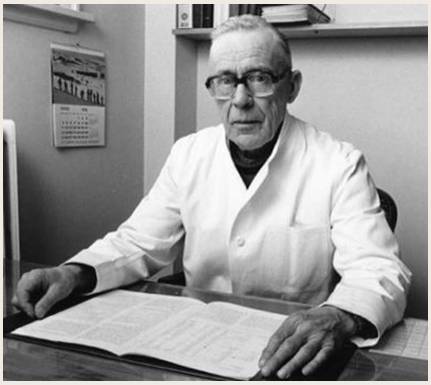
Árangur krabbameinfélaganna (KÍ og svæðafélaganna) fyrstu árin var margvíslegur. Fræðslustarfsemi fyrir almenning um krabbamein varð mikilvægur þáttur í starfseminni, haldnir voru fræðslufundir og fyrirlestrar á vegum félaganna, gefnir út bæklingar



Ólafur Bjarnason



Níels Dungal



Alfreð Gíslason

með fróðleik um krabbamein, gefið var út *Fréttabréf um heilbrigðismál* (sem síðar nefndist *Heilbrigðismál*) og jafnvel var gerð kvikmynd og sýnd í bíóhúsum. Safnað var fé fyrir tækjakaupum í þágu krabbameinssjúklinga, meðal annars nýtísku röntgentæki á Landspítalann. Einnig stuðluðu félögin að bættri greiningu krabbameina og betri umönnun sjúklinga. Hafin var leit (á vegum KR) að krabbameini meðal „heilbrigðra einstaklinga“ árið 1956 og ýmislegt fleira var gert.

Níels Dungal hafði lengi talað fyrir nauðsyn þess að skrá vel þau krabbamein sem greinast á Íslandi. Þetta mikla áhugamál hans raungerðist með ráðningu fyrsta starfsmanns KÍ, Halldóru Thoroddsen, þann 10. maí 1954. Halldóra var ráðin til þess meðal annars að aðstoða við krabbameinsskráninguna og telst þessi dagur stofndagur Krabbameinsskrár Krabbameinsfélags Íslands (KKÍ).

Fyrsti yfirlæknir KKÍ var Ólafur Bjarnason meinafræðingur á Rannsóknarstofu Háskólans (RH) í meinafræði, sem verið hafði í framvarðasveit þeirra lækna sem stuðluðu að stofnun krabbameinsfélaga í landinu. Ólafur lagði grunninn að mjög nákvæmri krabbameinsskrá sem fékk upplýsingar um öll greind krabbamein á landinu, aðallega frá RH í meinafræði, en einnig frá öðrum stöðum. Hrafn Tulinius, meinafræðingur, tók síðan við sem yfirlæknir skrárinnar árið 1975. Frumkvöðlavinna þessara einstaklinga markaði gæfuspor sem sannast í að Ísland er með eina bestu ef ekki bestu krabbameinsskrá í heiminum. Halldóra reyndist afar góður starfsmaður og varð síðar framkvæmdastjóri KÍ um áraraðir. Náin og góð tengsl KÍ við RH í meinafræði hafa ætíð verið mikil og gagnleg fyrir báða aðila. RH í meinafræði er nú meinafræðideild Landspítalans.

Krabbameinsleit sannaði gildi sitt

Eins og að ofan er getið, hófst leit að krabbameini hjá KR. Leitin mæltist vel fyrir og færðist fljótlega yfir til KÍ. Þetta varð grunnurinn að mun nákvæmari og skipulagðari leit sem fólst þó aðallega í leit á vegum KÍ að leghálskrabbameini. Slíkt hafði sannað gildi sitt með frumuskoðunum á sýnum frá leghálsi (með svokallaðri Papanicolaou-litun á frumustrokum þaðan). Leitarstöð KÍ var stofnuð árið 1964 og fyrsti yfirlæknir þeirrar starfsemi var Alma Þórarinsson. Alma hafði kynnt sér frumurannsóknir í Glasgow og Ósló og hún vann mikið brautryðjendastarf í þessari starfsemi á Íslandi. Leitin náði til alls landsins frá og með 1969. Lengi vel var aðeins leitað að leghálskrabbameini á vegum félagsins, en seinna kom til leit að brjóstakrabbameini undir forystu Baldurs Sigfússonar röntgenlæknis. Guðmundur Jóhannesson (hann lést skömmu síðar af slysförum) og síðar Kristján Sigurðsson kvensjúkdómalæknar (frá og með 1982) tóku við keflinu af Ölmu. Með útgáfu virtra vísindagreina úr starfsemi Leitarstöðvarinnar hefur verið sýnt fram á gríðarlega góðan árangur af þessari starfsemi KÍ.

Margvíslegur árangur annar hefur orðið af starfsemi KÍ og skal ekki farið mikið frekar út í það í þessum pistli, enda markmiðið aðallega að sýna hér fram á mikilvægi frumkvöðla í læknastétt, sem í þessu samhengi er óumdeilanlegt. Þess má þó geta í lokin að fimm ára lífshorfur sjúklinga sem greinast með krabbamein hafa aukist verulega frá stofnun KÍ, eða frá um 25-30% við upphaf og upp í yfir 70% nú. Þetta er mjög góður árangur og virkilega mikil framför. Líklegt er að KÍ eigi hér nokkurn heiður af árangrinum.

Heimildir

1. Tryggvadóttir L. Saga og þróun Krabbameinsfélags Íslands. Læknablaðið 2014; 100: 526-535.
2. Krabbameinsvarnir. Grein nefndar (AG, HH, GFP, ÓB). Læknablaðið 1948; 139-142
3. Bjarnason B. Krabbameinsfélag Reykjavíkur 15 ára. Fréttabréf um heilbrigðismál 1964; 11-14.
4. Bjarnason B. Tímamót hjá Krabbameinsfélagi Reykjavíkur. Sá veldur miklu sem upphafinu veldur. Fréttabréf um heilbrigðismál 1960; 5-6 +18.
5. Viðtal við Alfreð Gíslason: Krabbameinsfélag Reykjavíkur 30 ára: Félagið hefur unnið stórvirki á sínu sviði. Fréttabréf um heilbrigðismál 1979; 18-19.
6. Dungal N. Lung carcinoma in Iceland. Lancet 1950; 1, 256: 245-7.

Broytingatíðir og önnur færeyska

110 árgangar þriðja elsta tímarits landsmanna skannaðir 1985–1994



Þröstur Haraldsson
blaðamaður

Árið 1985 verða þau tímamót í sögu *Læknablaðsins* að þar er fyrsta konan ráðin til starfa, en fram að því hafði engin kona starfað þar eða setið í ritstjórn blaðsins. Og það var engin venjuleg kona heldur Birna Þórðardóttir, sem starfaði við blaðið fram yfir aldamót. Hún hafði starfað á skrifstofu Læknafélags Íslands um nokkurt skeið en var þarna ráðin sem ritstjóri *Fréttabréfs lækna*. Þessi ráðning var í anda þeirrar jafnréttisbaráttu sem var í gangi á þessum tíma, Vigdís forseti og Kvennaframboð og -listi á fullu, allt að gerast.

En læknafélögin höfðu þó ekki látið glepjast af þessari nýjung, ef svo má að orði komast. Það var ekki bara í ritstjórn blaðsins sem konur voru fjarverandi. Í fundargerð af aðalfundi LÍ árið 1985 eru taldir upp ótal karlar sem skipuðu forystusveit samtakanna. Þar má finna eina konu, Vilhelmínu Haraldsdóttur, sem hafði náð kjöri sem varafulltrúi á aðalfundi LÍ. Árið eftir er önnur kona varafulltrúi á aðalfundi, Bergþóra Sigurðardóttir frá Vestfjörðum, og árið 1987 eru hvorki fleiri né færri en tvær konur fulltrúar á formannaráðstefnu, önnur frá heimilislæknum og hin frá unglæknum. Það ár gerast svo undur og stórmerki: Katrín Fjeldsted skrifar leiðara um heilsugæsluna í *Læknablaðið*, fyrst kvenna.

Þarna var lestin hrokkin af stað. Nú gegna konur embættum ritstjóra og ritstjórnarfulltrúa og fimm af sjö ritnefndarmönnum eru konur. Auk þess má nefna að bæði formaður og framkvæmdastjóri LÍ eru konur.

Útlenskan á undanhaldi

Þarna er Örn Bjarnason kominn á fullan skrið í uppbyggingarstarfi sínu á blaðinu. Eitt af hans hjartans málum er að leggja af útlenskuna sem hefur verið mjög áberandi í málfari *Læknablaðsins*. Orðanefnd er sett á laggirnar og tekur strax til við að setja saman orðabók fyrir lækna. Þar er valin sú athyglisverða leið að gefa hana út í litlum heftum, byrjað á bókstafnum A sem kemur út sumarið 1986, en þá kemur fram að höfundarnir séu komnir í H. Tveimur árum síðar er búið að gefa út N og O.

Árangurinn af þessu orðastarfi lætur ekki á sér standa. Þannig er strax árið 1986 búið að útrýma öllum útlendum sjúkdómaheitum úr fyrirsögnum greina blaðsins, utan hvað þau eru sums staðar birt í svigum til skýringar. Af og til birtast þemahefti um tiltekin málefni, að fylgiritum ónefndum. Lokahefti ársins 1985 fjallar allt um upplýsingamiðlun í læknisfræði og þar er upplýst að ritstjórn hafi ákveðið að taka upp ritrýni á greinum sem blaðið birtir. Með þeirri ákvörðun má segja að sjötugt blaðið sé loks komið á fullorðinsaldur. Þá má nefna sérrit um siðamál lækna sem allt er eftir Örn Bjarnason ritstjóra, alls 80 blaðsíður.

Færeysk mjaðmaskipti

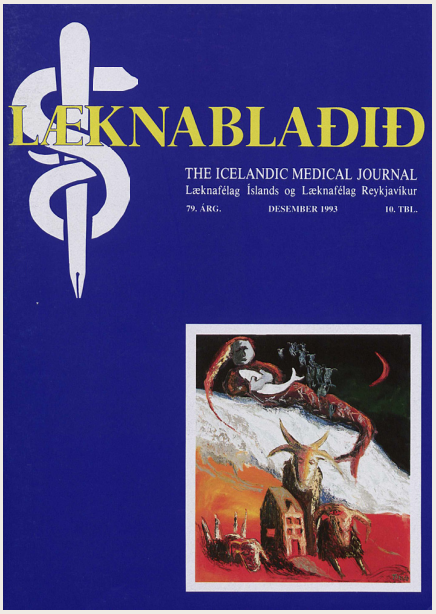
Ekki er þó allt efni blaðsins á íslensku. Til dæmis birtast á fyrstu árum þess áratugs sem hér er undir tvær greinar á færeysku samkvæmt samkomulagi ritstjórnar við samtök færeyskra lækna. Fjallar önnur um „keikingu í albogaliðum“ sem er „eitt omdøme um ein sjúkratilburð“ og hin um „mjadnaallopiastikur“ sem mun vera færeyskt nafn á mjaðmarliðaskiptum.

Önnur erlend áhrif koma við sögu og stafa af samstarfinu við danska lækna. Sitthvað vill skolast til í samskiptum blaðsins við fjarstadda prentara sem virðast ekki alltaf skilja fyrirmælin ofan af Íslandi, samanber þessa afsökunarbeiðni:

„Lesendur *Læknablaðsins* hafa eflaust tekið eftir hinum ótrúlegustu ævintýrum varðandi myndir og myndatexta í nokkrum undanförnum tölublöðum og sem engan enda virðast ætla að taka. Hefur ýmist verið farið rangt með nöfn manna eða myndir speglast og myndatexti því orðið lítt marktækur. Um leið og við hörmum þá meðferð sem ýmsir hafa mátt þola vonum við að einhverjir hafi kannski getað haft lúmskt gaman af.“

Hringborð og heimsóknir

Með því að ráðnir eru blaðamenn til starfa við blaðið fara að birtast þættir sem ekki hafa áður verið á dagskrá. Sem dæmi má nefna að efnt er til hringborðsumræðna þar sem kallaðir eru til læknar og utanbúðarmenn til að ræða mikilvæg málefni. Þær fyrstu fjölluðu um tölvur og þagnarskyldu þar sem þrír læknar og tveir menn úr Tölvunefnd, forvera Persónuverndar, ræddu hina nýju tækni. Þá ber að nefna hringborð um svonefnda Appleton-yfirlýsingu sem birt er í blaðinu árið 1989, en í henni er



Í tilefni af 75 ára afmæli Læknablaðsins *var tekinn upp sá siður að birta ljósmyndir af verkum íslenskra myndlistarmanna á forsíðu blaðsins og stóð sú hefð í aldarfjórðung eða svo. Með verkanna sem prýddu forsíður fyrsta áratugarins voru bæði stórmeistarar á borð við Kjarval og verk ungra listamanna sem voru að kveða sér hljóðs. Þessi mynd er eftir Tolla og ber heitið* Jól undir rauðum mána.

fjallað um það hvenær láta megi hjá líða að veita læknisfræðilega meðferð. Það merkir með öðrum orðum hvenær hætta eigi meðferð og veita jafnvel dánaraðstoð. Í framhaldi af þessari umfjöllun birtast fleiri greinar um líknardauða og dauðahugtakið.

Einnig eru blaðamenn sendir í heimsóknir til heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni og lýsa því sem fyrir augu ber, hvort sem það er á Akureyri, Egilsstöðum eða Akranesi.

Fleiri nýjungum er bryddað upp á. Í janúarblaðinu 1987 eru birt erindi sem flutt voru á aðalfundi LÍ um samskipti lækna við almannatryggingar, heilbrigðisstefnu og spáð í atvinnuhorfur fyrir íslenska lækna fram til ársins 2010. Heilbrigðismál eru skiljanlega oft á dagskrá í aðsendum greinum lækna og fjallað um þau frá ýmsum hliðum.

Gróska í fræðigreinum

Fræðigreinar blaðsins fjalla eins og fyrri daginn um helstu kvilla sem landsmenn glíma við. Þar eru að sjálfsögðu ýmsar nýjungar, eyðni eða alnæmi koma þar fyrst við sögu árið 1990, kannabis er tekið til kostanna og fjallað um eitranir af völdum ólöglegra ávana- og fíkniefna. Ólíkt því sem nú er raunin, geta læknar fjallað um undanhald klamydíu og annarra kynsjúkdóma. Á þessum árum er starfsemi Hjartaverndar líka farin að bera árangur og kemur við sögu í mörgum greinum.

Í þessum pistli er ekkert fjallað um *Fréttabréf lækna* og heldur ekki um fylgiritin, enda nóg við að vera í *Læknablaðinu* sjálfu sem tútnar út á þessum árum. Árið 1985 eru blaðsíðurnar í 10 tölublöðum alls 378 og hefur fjölgað talsvert. En þegar líður á áratuginn fer síðufjöldinn upp fyrir 400 bls. Árið 1990 fer það fyrst yfir 500 síður og síðasti árgangurinn 1994 upp í 610 blaðsíður. Þarna eru auglýsingasíður ekki taldar með og fræðigreinar eru oftast sex til átta að tölu.

Ritgerðir, golf og heimflutningur

En það er fleira en fræðigreinar á síðum blaðsins. Í tilefni af 75 ára afmæli blaðsins árið 1989 og til heiðurs stofnanda blaðsins, Guðmundi Hannessyni, er efnt til ritgerðasamkeppni um efnið Mannvist í þéttbýli. Þar hlaut Trausti Valsson arkitekt fyrstu verðlaun, 250.000 kr., en þrjár konur skiptu með sér 2. verðlaunum, Sigrún Helgadóttir kennari og líffræðingur og arkitektarnir Bergljót Sigríður Einarsdóttir og Margrét Þormar. Eru báðar ritgerðirnar birtar í 7. tbl. þess árs.

„... þar er upplýst að ritstjórn hafi ákveðið að taka upp ritrýni á greinum sem blaðið birtir. Með þeirri ákvörðun má segja að sjötugt blaðið sé loks komið á fullorðinsaldur“

Tómstundir lækna ber einnig á góma. Í 1. tölublaði ársins 1988 birtist greinin „Upphaf golfs á Íslandi“ eftir Ragnheiði Guðmundsdóttur. Þar segir frá því að það hafi verið læknarnir Gunnlaugur Einarsson og Valtýr Albertsson sem áttu frumkvæðið að stofnun Golfklúbbs Íslands árið 1934 með þátttöku, að mér sýnist, tveggja verðandi forseta landsins. Nafnið breyttist í Golfklúbbur Reykjavíkur þegar klúbbum fór að fjölga. Og það var ekki tvínónað við neitt, stofnfundur haldinn í desember 1934, kennsla hefst í janúar 1935, í byrjun maí sama ár er búið að gera golfvöll og reisa klúbbhús í Austurhlíðarlandi þar sem klúbburinn hefur keypt 6 hektara land, nokkurn veginn þar sem Veðurstofan er núna.

Á sviði fræðigreina er einn höfundur öðrum tíðari gestur á þessum áratug og skrifar einkum um vinnuvernd og krankleika ýmissa starfsstétta. Sá heitir Vilhjálmur Rafnsson og dettur inn í ritstjórnina árið 1987. Á lokaári þessa áratugar verður hann ritstjóri þegar Örn hættir og í grein sem hann birtir í ágúst 1994 tilkynnir hann að nú sé Danmerkurævintýri blaðsins lokið, prentunin flutt í Kópavoginn og *Fréttabréfið* sameinað *Læknablaðinu*. Þar með lýkur þessum áratug og annar tekur við í næsta blaði.

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



Dagbækur eru mér hugleiknar

Sigrún Lilja Sigurgeirsdóttir

sérnámslæknir á geðdeild Landspítala

Þegar mér bauðst að skrifa um bækurnar mínar í *Læknablaðið*, þá þurfti ég að grafa nokkuð djúpt. Það stafar bæði af því að stundir til yndislestrar hafa verið fáar undanfarin ár, en einnig vegna þess að þegar færi hefur gefist, þá hefur athyglin látið undan. Mörgum bókum hefur því verið skilað hálflesnum í hillur bókasafna síðastliðin ár.

Dagbækur hafa þó verið mér hugleiknar. Mig langar að skrifa dagbók, en hef ekki tekið af skarið ennþá. Ég gæti trúað að það sé gott að staldra við í lok dags og gera hann upp í formi dagbókarfærslu.

Besta dagbók sem ég hef lesið er *Dagbók góðrar grannkonu* eftir nóbelskáldið Doris Lessing, sem gefin var út 1983. Tæpum þrjátíu árum eftir að bókin kom út, hóf ég í fyrsta sinn störf við umönnun á spítala. Við upphaf starfsins hvatti móðir mín, hjúkrunarfræðingur nú til 40 ára, mig til að lesa bókina. En eins og við mörg hver þekkjum, þá er gott að hlusta á mömmu sína, sem og reynda hjúkrunarfræðinga.

Bókin er dagbók og þroskasaga miðaldra millistéttarkonu, Jane, sem er í senn smekkleg og sjálfhverf. Jane hefur veg og vanda af fegurð og fagmennsku. Þrátt fyrir að vera vel gefin, virðist hún ekki hafa gefið sér rými til að mynda raunveruleg tengsl við fólkið í kringum sig, ef frá eru talin tengsl við hennar nánustu samstarfskonu, sem þó virðast fremur byggð á sameiginlegum hagsmunum. Hún stóð óhögguð þegar veikindi tóku frá henni móður og eiginmann, og virðist í raun syrgja hvorugt þeirra. Það virðist þó kalla fram hjá henni sorg að hafa ekki leyft veikindum þeirra eða dauða að hreyfa við sér.

Í apóteki rekst Jane á einstæðinginn Maudie, bágstadda konu á tíræðisaldri. Það sem byrjar sem góðverk, að aðstoða þessa gömlu konu við að leysa út lyfseðil, þróast yfir í óvænta en djúpstæða vináttu. Fólkið í kringum þær taldi vinskap þeirra einhliða og einskorðast við þörf Maudie fyrir Jane, sem sá um innkaup, þrif og fleira fyrir Maudie, og flestir töldu Jane ráðna sem „góða grannkonu“. En í raun höfðu konurnar þörf fyrir hvor aðra, hina sam-mannlegu þörf fyrir vináttu.

Konurnar eru ólíkar á flestan hátt, þær eru af mismunandi kynslóð og stétt, en það fylgir þeim báðum viss sorg eða missir. Jane skortir raunverulega tengsl við eigin tilfinningar og annað fólk. Maudie syrgir sitt fyrra líf, en forsendur fyrir áframhaldandi sjálfstæði þykja brostnar að mati góðviljaðs starfsfólks kerfisins sem leitast eftir að hjálpa Maudie á þeirra eigin forsendum og vilja vista hana á hjúkrunarheimili.

„Það sem byrjar sem góðverk, að aðstoða þessa gömlu konu við að leysa út lyfseðil, þróast yfir í óvænta en djúpstæða vináttu“

Bókin fjallar á eftirminnilegan hátt um öldrun og veikindi, baráttuna fyrir mannlegri reisn og þörfina fyrir mannleg tengsl.

En þegar ég skrifa um (dag)bækur sem hafa haft áhrif á mig og vakið mig til umhugsunar, þá er ekki hjá því komist að nefna fremur nýútgefna *Dagbók frá Gaza* eftir Atef Abu Saif. Hann er menningarmálaráðherra palenstínskra stjórnvalda og skrifar um upplifun sína af þjóðarmorðinu á Gaza. Bókin spannar 85 daga, frá 7. október til 30. desember þegar Atef Abu Saif og sonur hans Yassir komast yfir landamærin frá Rafah til Egyptalands.

Á hverjum degi og á hverri blaðsíðu bíður þeirra dauðinn. Þetta er frásögn af gjöreyðileggingu og grimmd, en rétt eins og í *Dagbók góðrar grannkonu*





er þetta einnig baráttusaga fyrir sjálfstæði og mannlegri reisn, en því hefur palenstínska þjóðin verið rænd. Við lesturinn skína í gegn verðmæti mannlegra tengsla; sögur af nágrönnum, samstarfsfólki eða jafnvel ókunnugum sem deila hvert með öðru vatni, gasi eða rafmagni svo hlaða megi síma til að hafa samband við fjölskyldumeðlimi eða umheiminn.

Báðar bækurnar minna okkur þannig á mikilvægi þess að láta okkur líf og mannhelgi annarra varða.

Mig langar að skora á Maríu Kristbjörgu Árnadóttur, gjörgæslu- og svæfingalækni á Sjúkrahúsinu á Akureyri, að skrifa um sínar bækur. Ég fer að skila bókunum sem þú lánaðir mér í hitteðfyrra ...

Doktorsvörn frá Gautaborgarháskóla:

Baldur Þórólfsson

9% barna og unglinga sem slíta fremra krossband hætta íþróttaiðkuninni



Baldur Þórólfsson varði doktorsritgerð sína í læknavísindum við Gautaborgarháskóla þann 12. júní síðastliðinn. Ritgerðin ber heitið *Return to sport after pediatric and adolescent ACL injury.* Hún fjallar um krossbandaáverka hjá börnum og unglingum.

Andmælandi var Jon Olav Drogset, prófessor við NTNU Þrándheimi. Leiðbeinendur voru Eric Hamrin Senorski, dósent við Gautaborgarháskóla, Jón Karlsson, prófessor við Gautaborgarháskóla, og Kristian Samuelsson, prófessor við Gautaborgarháskóla.

Baldur lauk kandídatsprófi í læknisfræði frá Háskóla Íslands árið 2012. Hann lauk sérfræðinámi í bæklunarskurðlækningum frá Sahlgrenska Háskólasjúkrahúsinu í Gautaborg 2019. Doktorsnám hans við Gautaborgarháskóla hófst 2018.

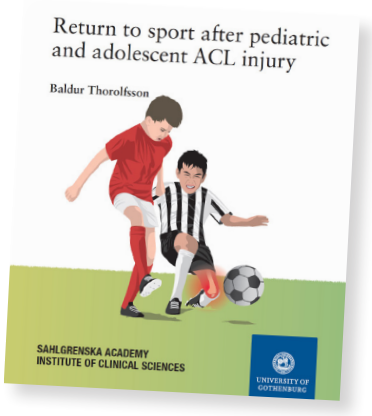
Um verkefnið

Baldur segir frá því í ritgerð sinni að tíðni áverka á fremra krossbandi hjá börnum og unglingum hafi farið vaxandi undanfarin ár. Krossbandsaðgerð á unga aldri hafi verið skilgreind sem áhættuþáttur fyrir enduraðgerð síðar og nokkuð misræmi sé í niðurstöðum fyrri rannsókna á klínískum árangri og endurkomu til íþrótta meðal yngstu sjúklinganna.

Verkefnið samanstendur af fimm rannsóknum með það að meginmarkmiði að kanna árangur eftir enduruppbyggingu á fremra krossbandi, endurhæfingu og endurkomu til íþrótta hjá börnum og unglingum.

Úr ágripinu

Helstu niðurstöður eru meðal annars þær að unglingar eru í nánast tvöfaldri áhættu á að þurfa að undirgangast enduraðgerð vegna krossbandsaðgerða síðar samanborið við unga fullorðna sjúklinga. Lægra hlutfall unglinga en fullorðinna er ánægt með eigið hné fimm árum eftir uppbyggingu á fremra krossbandi. Áberandi hærra hlutfall barna hefur snúið aftur til íþrótta samanborið við unglinga og fullorðna einungis 8 mánuðum eftir aðgerð. Þá sést einnig að 9% barna og unglinga ná aldrei að snúa aftur til íþrótta eftir slit á fremra krossbandi.



Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildir þú verða læknir?

„Ég hef alla tíð verið mikið í íþróttum og fékk snemma áhuga á mannslíkamanum. Mér varð það svo smám saman ljóst að læknisstarfið væri ábyggilega spennandi, fjölbreytt og gæti gefið góðar tekjur. Ég er ákaflega ánægður að hafa valið og náð að skapa mér þennan starfsferil.“

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

„Þetta er búið að taka um það bil 6 ár. Stundum myndi ég segja 1 og stundum 10. Sjálft doktorsnámið og vísindavinnan þótti mér í sjálfu sér ekki erfiðara en hvað annað. Það krefst ákveðins dugnaðar og aga, rétt eins og það að komast í gegnum læknadeild á sínum tíma,“ segir Baldur.

„Ég var með góða leiðbeinendur og áhugavert verkefni þannig að vísindavinnan gekk vel. Það sem mér þótti erfiðast var eilíf óþarfa skriffinska, umsóknir og vottorð af ýmsu tagi sem ekkert hafði með sjálft doktorsnámið að gera, en þurfti að skila inn til Gautaborgarháskóla í tíma og ótíma.“

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

„Ætli það væri ekki til dæmis að kynna mér hvernig greiðsluþátttaka ríkisins er varðandi hin ýmsu mál sem snúa að börnum, svo sem tannlækningum og fleira.“

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

„Hreyfa mig, veiða og elda góðan mat, helst grilla í góðu veðri.“

Öldungadeild LÍ á slóðum Kaldalóns

7.–9. júní

Helga M. Ögmundsdóttir
Óttar Guðmundsson



Hópurinn kom við á Tyrðilmýri þar sem húsráðendur, Jens Kjartansson og Þórey Björnsdóttir tóku á móti honum. Mynd/Jóhanna Þórhallsdóttir

Kaldalónsferð Öldungdeildar LÍ var auglýst með tölvupósti 4. febrúar og á innan við tveimur klukkustundum var fullbókað! Biðlistinn lengdist hratt og var þá brugðið á það ráð að bæta við annarri rútu. Þátttakendur urðu í lokin 55, en þar með var fullsetið í Hótel Reykjanesi. Langflestir hlýddu kalli um að mæta með góðum fyrirvara svo að lagt var af stað næstum stundvíslega kl. 9:04. Fyrsti áfangastaður var Hveravík á Ströndum og náðum við þangað á líðlega fjórum klukkustundum. Í Hveravík fengum við höfðinglegar móttökur og var boðið upp á steinbít með dásemdar remúlaði og salati og tómötum sem kom í ljós að voru úr gróðurhúsinu á staðnum. Þar er sannkallaður Edensgarður, þar sem vaxa epli og fíkjur og fyrir utan hlaupa um skrautlegir hænsnfuglar. Húsráðendur, Gunnar Jóhannsson og Kristín Einarsdóttir, skemmtu okkur síðan með sögum og söng. Þá var haldið yfir Steingrímsfjarðarheiði í náttstað á Hótel Reykjanesi. Hótelið er fyrrverandi skólaheimavist sem hefur kannski vakið minningar hjá sumum. Enginn heyrðist kvarta undan því að þurfa að fara fram á gang til að komast á salerni og aldrei voru biðraðir. En laugin er auðvitað einstök, 50 m löng, dýpst 4 m. Þó reyndi enginn dýfingar, en sumir brugðu á skriðsund. Þeir voru þó fleiri sem fundu hvar streymdi heitast og notalegast vatnið beint úr hvernum. Í kvöldmat var boðið upp á dýrindis purusteik.

Laugardagurinn var tileinkaður minningu Sigvalda Kaldalóns, sem var auðvitað Reykvíkingur í húð og hár þótt hann kenndi sig við þetta afskekkta læknishérað sem hann þjónaði í þau tiltölulega fáu ár sem hann hafði fullt þrek og heilsu. Þórður Halldórsson frá Laugarholti miðlaði okkur af reynslu sinni og þekkingu, borinn og barnfæddur í Djúpinu, þekkir hverja þúfu og alla sögu. Það er svo ótrúlega stutt síðan, innan við 20 ár, að Fagranesið hafði viðkomu á Arngerðareyri þar sem nú eru rústir einar. Í Ármúla er verið að byggja upp staðinn og þar voru formaður og ritari fest á mynd við meðalaskáp Sigvalda en aðrir prófuðu orgelið hans. Vegurinn endar við Tyrðilmýri – eða Tirðilmýri – ef veg skyldi kalla, bílstjórunum varð ekki alveg um sel, en treystu mati Þórðar. Húsráðendur, Jens Kjartansson lýtalæknir og Þórey Björnsdóttir, tóku hlýlega á móti okkur og fór vel um alla/öll í rúmgóðri hlöðunni við tvö langborð með nesti og kaffi. Þar var fyrir móðir Þórðar leiðsögumanns, Ása Ketilsdóttir frá Fjalli í Aðaldal, annálaður hagyrðingur og kvæðamaður, og dóttir hennar Sunneva, sem hefur lært gamlar þulur af ömmu sinni. Aldagömul íslensk alþýðumenning og lifir enn. Að lokinni enn einni sælkeramáltíð í Reykjanesi, lax að þessu sinni, var hápunktur ferðarinnar, Kaldalónsprógramm. Fyrst var spilað á óvenjulegt hljóðfæri, sög, í flutningi Björns Más Ólafssonar og Sigríður Ólafsdóttir kona hans lék með, en svo kom mezzosópransöngkonan Hildigunnur Einarsdóttir með Aðalheiði Þorsteinsdóttur og fluttu þær vel valdar Kaldalónsperlur. Formaðurinn sagði sögu Kaldalóns enn einu sinni og hnýtti í heimilislæknafélagið.

Fyrsti viðkomustaður á sunnudagsmorgni var raunar í göngufæri, enn ein notin af jarðhitanum sem kraumar þarna undir öllu, saltvinnsla sem var fyrst reynd fyrir 250 árum. Við fengum prýðilegar útskýringar pólsks starfsmanns á ensku, dæmigerð íslensk ferðaþjónusta, og allir keyptu sér saltstauk. Svo var komið við í Vatnsfirði. Í kirkjunni er róðukross eftir Hjalta Þorsteinsson og er eina listaverk hans sem enn er á sínum stað, hin eru falin í geymslum Þjóðminjasafnsins. En svo mátti ganga í spor Vatnsfirðinga hinna fornu í viðamiklum fornleifauppgreftri. Gjaldkeri félagsins sagði sögu af forföður sínum á staðnum. Í Tjarnarlundi við Staðarhólskirkju er minnst þriggja Dalaskálda í listaverki eftir Jón Sigurpálsson. Þar var ágætt að sitja í sólskini með nestið sitt, en vel klædd. Þessa helgi voru að detta út veðurviðvaranir vegna norðan áhlaups sem lék norðlenska bændur grátt. En það var raunar ekkert að veðri, bara ekki mjög hlýtt (það hefur komið sér vel í ferðum okkar að heita á heilagan Þorlák og aldrei lastaði hann veðrið). Heimferð var síðan tíðindalaus og endaði í Hlíðarsmára 8 um sexleytið.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

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

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

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



Margrét Kristjánsdóttir á skrifstofu sinni í Huddinge.

Margrét Kristjánsdóttir

Ber ábyrgð á 44 skilunarsjúklingum

– Dagur í lífi íslensks læknis í Stokkhólmi

06:10 Vekjaraklukkan hringir, síðasta hringingin og sú mikilvægasta. Búin að snúsa síðan 5:50. Tek mér tíma í að svara skilaboðum sem hafa borist eftir að ég fór að sofa. Ég hef verið morgunþreytt alla virka daga frá því ég man eftir mér. Hef þess vegna náð að straumlínulaga morgunverkferlana, hér fer ekki ein mínúta til spillis. Uppáhellingin er undirbúin kvöldinu áður, þarf bara að kveikja á á könnunni á leið inn á baðherbergi. Sturta og lágmarks snurfus þennan daginn. Kaffið klárt þegar ég kem af baðinu. Enginn morgunmatur, hver hefur tíma fyrir svoleiðis?

06:45 Verð að drífa mig út að ná lestinni. Það tekur mig um klukkustund að komast í vinnuna á Karolinska í Huddinge. Á morgnana er þetta svo sem allt í lagi með hlaðvarp og kaffi en ég er töluvert óþolinmóðari á heimleið. Síðustu mánuðina áður en ég flutti út vann ég á Akureyri. Þar rúllaði ég fram úr rúminu, hafði mig til og komst í vinnuna á 15 mínútum, þetta voru því ansi erfið umskipti fyrir mig.

7:45 Komin í vinnuna. Skipti um föt og fer upp á 8. hæð þar sem blóðskilun er. Vinnuaðstaðan mín er í litlu glerbúri, þar er fínt að sitja í rólegheitum fyrir morgunfund, fara yfir blóðprufur og staðfesta nótur. Ber ábyrgð á 44 skilunarsjúklingum þannig að það er nóg af prufum í hverri viku.

8:15 Morgunfundur hefst, akademíska korterið sem skiptir öllu. Farið yfir vaktina, hugsa til þess hversu fegin ég er að vera búin að taka síðustu vakt fyrir sumarfrí. Áhugavert tilfelli á deildinni sem við förum yfir, C3 gauklabólga. Heilluð af þekkingu kollega minna. Fer niður á skilun eftir fund, fæ mér meira kaffi og hefst svo handa við að senda beiðnir fyrir ígræðsluuppvinnslu sjúklings.

10:00 Fundurinn í skilunarsalnum. Farið yfir sjúklinga dagsins með hjúkrunarfræðingunum. Sumarstarfsmaður kom með „fika“, tek mér smá bita og maula yfir tölvunni. Labba hring í salnum, athuga með nokkra sjúklinga þar sem við höfum verið að breyta þurrþyngd. Til allrar hamingju eru allir fistlar til friðs, eftir mikið vesen undanfarið.

12:00 Loksins hádegismatur. Sól úti og við sitjum nokkur úti á svölum. Allir reyna að sitja í skugganum nema ég sem bretti upp ermar, tek af mér gleraugun og sný mér upp í sólina. Er með flatkökur og Hleðslu í nesti. Allir gestir sem koma til mín greiða flatköku- og hleðslutoll.

Það er engin skilun eftir hádegi á fimmtudögum og þá er ég með göngudeild. Tvær fyrstu komur í dag og tvö eftirlit. Fyrri fyrsta koman frekar snúin, maður sem hætti að mæta í eftirlit en er nú kominn aftur til okkar og nú þarf að byrja að undirbúa skilunarmeðferð. Sem betur fer tvöfaldur tími, að mörgu er að hyggja. Hinar komurnar ganga ágætlega, engar óvæntar uppákomur. Langur símalisti sem ég hef sem betur ferið náð að saxa á í vikunni. Er ennþá að venjast því að diktera. Ritararnir láta þó náturnar mínar líta mun betur út, þegar ég les yfir eftir á hugsa ég stundum: kann ég þetta orð? Ég vinn oftast lengur á göngudeildardögum, klára í dag klukkan rúmlega 17. Ákveð að taka lestina áleiðis heim og labba heim frá Södermalm.

19:10 Kem heim eftir sjö. Nenni ekki að elda frekar en fyrri daginn. Hef tekið ástfóstri við kvarg, sem er einhverskonar súrostur og – voga ég mér að segja það? – betri en skyr. Horfi á útprentaðan bókarkafla úr kennslubók á eldhúsborðinu. Borða úti á svölum, tek útprentið með mér samviskunnar vegna. Hef litla einbeitingu eftir langan dag. Sæki ferðatöskuna í geymsluna, flug heim til Íslands eftir 2 daga. Mamma og pabbi hringja á facetime, hversdagslegt samtal, þau að snæða kvöldmat og ég að reyna pakka niður fyrir heimferðina. Verður ekki mikið úr verki. Líklega best að geyma þetta fyrir nóttina fyrir flug.

Undirbý mig fyrir háttinn og geri uppáhellingu morgundagsins klára, rauður rúbín frá Akureyri. Sofna út frá hlaðvarpi um fótboltasumarið 2010. Eftir nokkra klukkutíma byrjar þetta svo allt upp á nýtt.

Hvernig valdirðu sérgrein þína? Hvar lærðir þú og hvaða ráð viltu gefa ungum læknum?

Hefur aldrei iðrast að helga sig ofnæmislækningum



Davíð Gíslason
ofnæmislæknir

Einhverju sinni snemma vetrar árið 1972 var ég á vakt á lyfjadeild við Centrallasarettet í Eskilstuna. Þarna voru vaktirnar ansi annasamar, því einn læknir sá um 130 sjúklinga á legudeildunum og bráðamóttökuna eftir að dagvinnu lauk, en þangað komu um 30 sjúklingar á vaktinni. Þetta var eftir miðnætti og ekkert sem beið mín.

Í stað þess að fara að sofa rölti ég inn í herbergi yfirlæknisins. Þar var stór skápur með ýmsum lækningabókum og tímaritum. Fyrir einbera tilviljun fór ég að blaða í lítilli bók sem hét *Astma bronchiale*. Hún var skrifuð af læknum við Allergologiska kliniken á Sahlgrenska sjúkrahúsinu í Gautaborg.

Mér fannst margt áhugavert í þessari bók, einkum það sem viðkom ofnæmi og sérstaklega hin nýuppgötvuðu mótefni af IgE-gerð. Árið 1967 kom myelomasjúklingur inn á Akademíska sjúkrahúsið í Uppsala með áður óþekkt myeloma-prótein. KABI í Stokkhólmi þróaði aðferð til að mæla þetta prótein, og það kom í ljós að það miðlaði ofnæmi og heitir þá sértækt IgE-mótefni. Með þessari uppgötvun urðu gríðarmiklar framfarir á sviði ofnæmis.

Við lestur bókarinnar fékk ég áhuga á að kynnast ofnæmissjúkdómum betur. Fjölskyldan flutti því til Gautaborgar, og fyrsta árið þar starfaði ég á lungnadeildinni á Renströmska, en flutti svo yfir á ofnæmisdeildina.

Á ofnæmisdeildinni var 30 rúma legudeild og göngudeild. Á göngudeildinni fóru fram ofnæmisrannsóknir og eftirmeðferð. Auk þess var rannsóknarstofa. Þar voru gerðar mælingar á IgE og sértækum IgE-mótefnum og fellimótefnum. Á rannsóknarstofunni voru einnig búnar til ofnæmislausnir fyrir húðpróf, þolpróf og afnæmingu. Yfir rannsóknarstofunni var yfirlæknir, sem ég átti mikið og gott samstarf við eftir að ég var kominn heim, og við skrifuðum saman grein um fellipróf hjá íslenskum bændum.

Ég starfaði þarna í rúm tvö ár, frá 1974, og nokkrar vikur sumrin 1977 og 79. Ég tók að mér að kanna gjöf gammagló-bulíns í dreypi hjá sjúklingum með slæman gammaglóbulínskort. Þessi rannsókn var unnin í samvinnu við deildina í ónæmisfræðum.

Gammaglóbulínið kom frá KABI í Stokkhólmi. Sjúklingarnir höfðu þolað illa meðferðina þegar gammaglóbulín var gefið í vöðva. En þessi meðferð gekk ekki heldur áfallalaust. Nokkrir fengu slæmar aukaverkanir. Eigi að síður vildu flestir reyna þessa meðferð til þrautar. Við prófuðum að gefa Hydrócortison 200-400 mg tveim tímum fyrir gjöf dreypisins, og það dró verulega úr aukaverkunum. Við birtum niðurstöður rannsóknarinnar í *Vox Sanguinis* 1978.

Ég fékk sérfræðiviðurkenningu í lyflækningum og ofnæmislækningum 1977, og var þá fyrsti ofnæmislæknirinn á Íslandi.

Ég hóf störf á Vífilsstöðum 1977 og hafði þá 30 rúma deild til umráða, en opnaði um leið göngudeild í ofnæmissjúkdómum. Starfsemin flutti í Fossvog 2002. Ég var einnig með eigin stofu þar til ég var að verða 81 árs. Ég minnist þess ekki að hafa heyrt talað um ofnæmissjúkdóma meðan ég var við nám í læknadeild, en að koma heim og hefja störf var líkt og að opna óskrifaða bók, svo notað sé hátíðlegt orðalag.

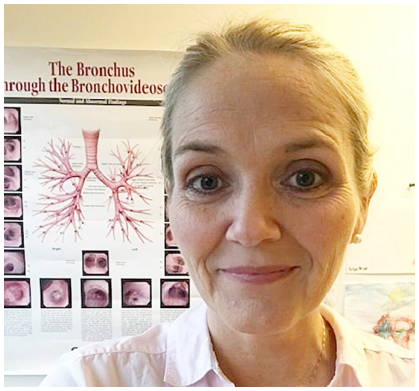
Frá því ég hóf störf hefur ofnæmi aukist gríðarlega mikið hér á landi eins og annarsstaðar í heiminum, en auðvitað vissi ég það ekki þegar starfsferillinn byrjaði. Á starfsævi minni hafa orðið ótrúlega miklar framfarir með aukinni þekkingu og bættri meðferð á ofnæmissjúkdómum. Ég var svo heppinn að starfa alltaf með öndvegisfólki, læknum og hjúkrunarfræðingum. Ég hef einnig átt mjög gott samstarf við sjúklinga, og tók þátt í samtökum þeirra í yfir 30 ár.

Þekkingin á ofnæmi var óplægður akur og ég hef verið svo heppinn að fá að starfa með framúrskarandi íslenskum og erlendum kollegum við rannsóknir á ofnæmi. Ég hef aldrei iðrast þess að helga mig þessari sérgrein og get óhikað mælt með henni við unga lækna sem enn hafa ekki gert upp hug sinn um val á framtíðarstarfi.

Leiðin gegnum lífið er vörðuð tilviljunum sem verða augljósari eftir því sem styttist í endalokin. Líklega hefur engin tilviljun ráðið meiru um lífshlaup mitt en það að ég rölti inn á skrifstofu yfirlæknisins í Eskilstuna og fann þar litla bók um astma.

„Leiðin gegn um lífið er vörðuð tilviljunum sem verða augljósari eftir því sem styttist í endalokin. Líklega hefur engin tilviljun ráðið meiru um lífshlaup mitt en það að ég rölti inn á skrifstofu yfirlæknisins í Eskilstuna og fann þar litla bók um astma.“

OFNÆMISLÆKNINGAR



Þægileg innivinna?

Helga Elídóttir
ofnæmis- og lungnalæknir barna

Ég er kannski ekki með fimm háskólapróf eins og Georg Bjarnfreðarson en ein af þeim sérgreinum læknavísindanna sem ég bý að eru ofnæmislækningar barna. Við lok fimm ára sérnáms í barnalækningum fór ég að huga að því hvaða undirgrein mig langaði að taka. Í rauninni fannst mér þær allflestar vera eitthvað sem ég gæti vel hugsað mér að vinna við en nokkur atriði höfðu áhrif á valið. Mér hefur alltaf þótt spítalavinnan skemmtilegust en samt sem áður gat ég ekki hugsað mér að velja undirgrein sem væri bundin sjúkrahúsi og vera þannig föst með öll eggin í einni körfu út starfsævina. Ég hélt á þeim tíma að við myndum flytja fljótt aftur heim eftir sérnám (sem varð nú ekki alveg raunin) og þá væri mjög hentugt að vera með undirgrein þar sem hægt væri að vinna sjálfstætt á stofu. Af einhverjum óskiljanlegum ástæðum eru ekki allar undirgreinar með opinbera viðurkenningu í Svíþjóð og sérnám innan sumra undirgreina ekki eins vel skipulagt og ofnæmislækningar, sem er með formlegt sérnám og viðurkennt sem undirgrein. Sérnámið sem undirgrein er núna tvö og hálft ár í Svíþjóð og hægt er að taka það að hluta til samhliða sérnámi í barnalækningum eða öðrum sérgreinum.

Ofnæmislækningar eru fag sem leynir á sér. Það virðist kannski við fyrstu sýn vera þægileg innivinna en það er ótrúlega fjölbreytt, margslungið og margar gátur enn óleystar. Fagið skarast við margar aðrar greinar, eins og meltingarlækningar, háls-, nef- og eyrnalækningar, húðlækningar, lungnalækningar og ónæmisfræði og þannig geta þau sem velja ofnæmislækningar sem undirgrein komið úr ýmsum áttum. Síðan lenda sumir í því, eins og ég, að skauta yfir á aðra skylda braut og í lok sérnámsins í ofnæmislækningum ákvað ég að taka einnig barnalungnalækningar sem undirgrein, sem er ein fullkomnasta tvenna sem hægt er að hugsa sér að mínu hlutlausa mati, þar sem þessar tvær greinar bæta og bakka hvor aðra upp. Í Bandaríkjunum er sérnám í ofnæmislækningum tengt ónæmisfræði en í Svíþjóð er það ekki þannig formlega séð þó sumir fari inn á það spor samhliða, eins og ég gerði með lungun. Barnalungnalækningar eru vissulega meira spítalafag og lengst af vann ég mun meira við barnalungnalækningarnar eftir sérnámið í Svíþjóð, en þegar ég flutti heim sá ég, af augljósum ástæðum, minn kost vænstan að vinna einnig sjálfstætt með spítalavinnunni og er því komin aftur í ofnæmið að hluta til og gleðst svo sannarlega yfir endurfundunum.

Ofnæmislækningar eru frábær sérgrein sem bæði er hægt að vinna við á stofu og spítala. Við fylgjum einstaklingum á öllum aldri og ansi stór hópur skjólstæðinga okkar barnaofnæmislækna eru minnstu börnin, sem þurfta oft þéttara endurmat, og síðan bætast jafnvel systkinin smám saman við. Það sem er afar gefandi við ofnæmislækningar er að þú getur bætt lífsgæði barns og í raun allrar fjölskyldunnar með tiltölulega einföldum hætti, miðað við margt annað. Greiningin er gjarnan fengin í læknisheimsókninni með aðstoð klínískra rannsókna sem læknirinn býr yfir. Það er ekki margt leiðinlegt við starfið en það er þá helst þegar úthýsa þarf gæludýrum af heimilum, sem er sjaldnast vinsælt.

„Ofnæmislækningar eru fag sem leynir á sér. Það virðist kannski við fyrstu sýn vera þægileg innivinna en það er ótrúlega fjölbreytt, margslungið og margar gátur enn óleystar.“

Það eru mikil tækifæri til rannsókna innan ofnæmislækninga. Ég var aðeins með í rannsóknarstarfi þegar ég var í sérnámi í ofnæmislækningum í Malmö en doktorsnám mitt var hins vegar innan lungnalækninga. Ég komst fljótt að því að hér á landi er metnaðarfullt starf innan fagsins, bæði klínískt og í rannsóknum, og íslenskir ofnæmislæknar hafa verið mjög virkir í rannsóknum, bæði hér heima og í samstarfi við erlenda aðila. Okkar helsta vandamál nú er að það vantar fleiri góða liðsfélaga, bæði fyrir börn og ekki síður fyrir fullorðna. Það eru frábærir möguleikar innan ofnæmislækninga, bæði í eigin rekstri og innan veggja LSH í klínísku starfi og í rannsóknum. Vil ég því nota tækifærið og hvetja alla áhugasama kollega til að skoða þetta sérnám vel og vandlega og hafa samband við okkur sem einu sinni vorum í sömu sporum að ákveða hvaða veg skyldi haldið.



Sólveig Bjarnadóttir
sérnámslækninr í lyflækningum

Skiptinám í Bretlandi

Fyrir rúmu ári síðan laust þeirri hugmynd niður hjá mér að fara í skiptinám til Bretlands. Kærastinn minn er þar í námi og það vill svo til að sérnám í lyflækningum á Íslandi er skipulagt eftir breskri fyrirmynd sem opnar á þennan möguleika. Ég hafði alltaf séð fyrir mér að fara í sérnám á Norðurlöndunum, og það er raunar enn planið, en allt í einu var Bretland líka á borðinu.

Hugmyndin var góð en það voru líka ýmsar hindranir á leiðinni. Þar ber hæst að nefna Brexit (nýtt og óvænt vandamál í mínu lífi), VISA-umsókn, breskt lækningaleyfi og enskt skrifræði. Hér reddast hlutirnir ekki, hvað þá samdægurs, heldur fer allt sína leið og eftir ákveðnum ferlum. Þetta tókst allt saman að endingu og ég er núna hálfnuð með skiptinámið, búin að vera sex mánuði í Oxford og á aðra sex mánuði eftir.

Umstangið við að skipuleggja flutninga var svo mikið að ég hafði eiginlega ekkert leitt hugann að því hvernig það yrði að vinna sem læknir í öðru landi. Ég mætti snemma fyrsta morguninn og hóf leit mína að búningsklefum og spítalafötum. Eftir hálftíma leit komst ég að þeirri niðurstöðu að hér væru engin föt í boði, bara borgaralegur klæðnaður. Það tíðkast heldur ekki að vera í inniskóm, og fólk furðar sig á „socks and sandals“ lúkkinu sem ég er að vinna með í Birkenstokkunum.

Svo er það kalíumið. Á Íslandi er hýpókalemía algengt viðfangsefni og á stuttum ferli hef ég öðlast mikla reynslu í því að klæðskerasníða kalíum uppbótarmeðferð. Það voru því ákveðin vonbrigði að uppgötva að hér er kalíum bara yfirleitt innan marka. Raunar liðu tveir mánuðir í starfi áður en ég skrifaði út mína fyrstu kalíum töflu. Það tíðkast líka að skrifa út Furix án Kaleorid, sem er byltingarkennd læknisfræði. Hér fara nær allir á fyrirbyggjandi blóðþynningu við innlögn og sýklalyfjagæsla er ströng svo þú skrifar ekki upp á Ceftriaxon nema þú viljir fá persónulegan tölvupóst frá smitsjúkdómalækni.

Fyrir utan þetta er læknisfræðin að mestu sú sama, en skipulagið er ólíkt Íslandi. Breska heilbrigðiskerfið, NHS (National Health Services), var stofnað 1948 og er sérstakt að því leyti að öll grunnþjónusta er ókeypis, þar með talin lyf, komur á heilsugæslu og komur á sjúkrahús. Bretar halda mikið upp á sitt NHS og það að bjóða öllum jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Það má sannarlega segja að NHS sé einn af hornsteinum samfélagsins. Fyrir þau sem hafa áhuga á NHS, sögunni og pólitíkinni þar að baki, mæli ég með leikritinu *Nye* hjá National Theatre og bókinni *Fighting for Life* eftir Isabel Hardman.

Hugmyndin var góð en það voru líka ýmsar hindranir á leiðinni. Þar ber hæst að nefna Brexit (nýtt og óvænt vandamál í mínu lífi), VISA-umsókn, breskt lækningaleyfi og enskt skrifræði.

NHS glímir þó við sömu vandamál og við sjáum heima og víða annars staðar. Það eru stöðugar umræður um fjármagn og undanfarin tvö ár hafa almennir læknar í Bretlandi farið í ellefu skæruverkföll til að berjast fyrir bættum kjörum og betra vinnuumhverfi. Forsætisráðherrar hafa komið og farið eftir Brexit, en í sumar urðu stjórnarskipti þegar Verkamannaflokkurinn vann kosningar. Það er því loks nýr kjarasamningur á borðinu sem verður kosið um í lok ágúst.

Það er skemmtileg og dýrmæt reynsla að búa og starfa í öðru landi. Oxford er dásamleg borg og breska sumarið hefur boðið upp á prýðilegt veður – fólk hér verður reyndar hissa þegar ég nefni veðrið sem einn af helstu kostunum við Bretland. Stærsti lærdómurinn sem ég tek með mér heim verður ef til vill sá að sjá og fá tilfinningu fyrir því að það er hægt að gera hlutina á fleiri en einn veg. Au revoir, Sólveig.

KYNNTU ÞÉR RÉTTINDI ÞÍN

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna greiðir:

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

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

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

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS STOFNAÐ 1918
Icelandic Medical Association

Auglýsing