

# Lýðheilsa og blinduvarnir

## Enginn veit hvað átt hefur fyrir en misst hefur

Yfirstandandi deilur um gleraugnamælingar á Íslandi hafa kallað fram umræðu um skipulag augnlækninga, menntun heilbrigðisstarfsmanna á þessu sviði og árangur í blinduvörnum á Íslandi. Skipulag heilbrigðisþjónustu og starfsvettvangur heilbrigðisstarfsmanna eru bundin í lög og ætla má að tilgangur lagasetningar sé að tryggja gæði heilbrigðisþjónustu með lágmarksstöðlum um hæfni og menntun heilbrigðisstarfsmanna og um leið stuðla að því að heilbrigðisþjónustan skili landsmönnum sem bestum árangri. Þennan árangur má mæla á ýmsan hátt. Veigamesti mælikvarðinn er væntanlega lýðheilsan sem í augnlækningum mælist með fjölda sjónþapurra og blindra. Aðrir mælikvarðar eru aðgengi fólks að þjónustu, kostnaður og fleira.

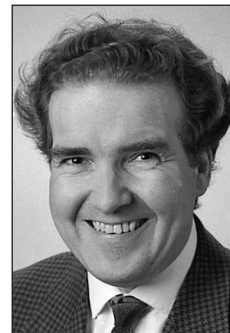
Á Íslandi hefur skipulag augnlækninga verið í fóstum skorðum og bundið var í lög fyrir tæpum 20 árum að augnlæknar önnuðust skoðanir, mælingar og meðferð á augum, en sjóntækjafræðingar sæju um gleraugnasmiði. Þetta fyrirkomulag er svipað og hjá ýmsum Evrópuþjóðum en þó eru einnig þjóðir þar sem fleiri starfstéttir koma að þessari starfsemi. Í Bandaríkjunum sjá þrjár starfstéttir um augnþjónustu. Það eru augnlæknar, optometristar (sjónmælingamenn) og sjóntækjafræðingar. Bandarískir optometristar hafa að baki átta ára háskólanám, það er að segja þeir ljúka „bachelors“ gráðu og taka síðan fjögurra ára doktorsnám í optometriu og hafa þar með jafn langt háskólanám og læknar og lengra háskólanám en til dæmis lögfræðingar og verkfræðingar. Optometristar stunda gleraugnamælingar og snertilinumátun í gleraugnabúðum í Bandaríkjunum. Sjóntækjafræðingar sjá eingöngu um smíði gleraugna á svipaðan hátt og sjóntækjafræðingar á Íslandi enda er þeirra menntun miklu minni og fyrst og fremst iðmenntun við að slípa og smíða gleraugu. Bretar eru með svipað skipulag og Bandaríkjamenn þar sem optometristar sem skoða sjúklinga eru með verulegt háskólanám en aðrir sjóntækjafræðingar stunda einungis gleraugnasmið svipað og viðgengst hér á landi. Menntunarsaðall optometrista er misjafn eftir löndum og sum lönd sem gera minni menntunarkröfur en Bretar og Bandaríkjamenn.

### Glákublinda var algengust á Íslandi

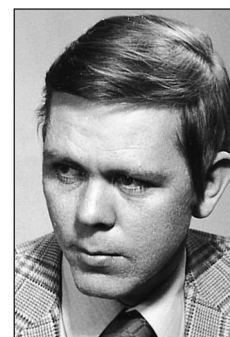
Sú var tíðin að blinda vegna gláku var algengari á Íslandi en í nokkru öðru Evrópulandi og kom þetta meðal annars fram í rannsóknnum prófessors Guðmundar Björnssonar augnlæknis sem birtust í ameríska augnlæknaðinu 1955 (1). Algengi gláku hefur aukist á Íslandi með vaxandi fjölda eldra fólks. Í dag

eru um 5000 Íslendingar með gláku og hafa aldrei verið fleiri, en á móti eru einungis rúmlega 50 þeirra blindir og hafa aldrei verið færri. Þetta er eitt dæmi um þann stórkostlega árangur sem hefur náðst í blinduvörnum og lýðheilsu í augnlækningum á Íslandi á liðinni öld. Á sama tíma hafa nággrannaþjóðir okkar ekki séð sams konar framfarir í lýðheilsulegu tilliti. Meðferð við gláku er svipuð á Íslandi og í öðrum löndum og fylgir alþjóðlegum stöðlum en það sem gerir gæfumuninn er að á Íslandi eru miklu færri ógreindir glákusjúklingar. Í Reykjavíkuraugnrannsókninni (2) kom fram að einungis 10% glákusjúklinga höfðu ekki fengið greiningu og meðferð en í svipuðum rannsóknum í Bandaríkjunum (3), Bretlandi (4) og Noregi (5) hefur komið í ljós að 50-60% glákusjúklinga eru án meðferðar og greiningar og tapa því sjón.

Gláka er þögull sjúkdómur í upphafi og fólk getur gengið með gláku um árabíl án þess að vita af því og á meðan grefur sjúkdómurinn um sig og veldur óbætulegum skaða. Það ríður því á að uppgötva gláku á byrjunarstigi og grípa inn með meðferð. Á þennan hátt er glákan svipuð krabbameinum eða hækkudum blóðþrýstingi sem eru einkennalaus í upphafi og skaðinn er skeður þegar einkenni koma fram. Eina leiðin til að finna gláku á upphafsstigum er með augnskoðun og það hefur greinilega borið mjög góðan árangur að slík skoðun fari fram í tengslum við gleraugnamælingu, sem flestir þurfa á að halda eftir miðjan aldur, en það er sá aldur þegar hætta er mest á gláku. Þannig hefur ekki verið þörf á fjöldaleit að gláku eins og hefur verið reynt að gera í ýmsum nágrannalöndum, til dæmis Bandaríkjunum, sem er sambærileg við fjöldaleit að ýmsum krabbameinum eða áhættuþáttum hjartasjúkdóma. Það er ekki bara í gláku sem mikill árangur hefur náðst. Sykursýki er ein algengasta orsök blindu um allan heim. Í rannsóknnum frá Svíþjóð og Danmörku frá níunda áratugnum kom fram að næstum fimmti hver sykursjúkur var sjónskertur eða blindur, en á Íslandi er þetta hlutfall næstum tíu sinnum lægra (6-9). Leit að augnsjúkdómum í börnum með fjögurra ára (3 1/2 árs) skoðun hefur borið mjög góðan árangur í baráttu gegn letiaugum og svo má áfram telja. Ef blinduskrá Sjónstöðvar Íslands er skoðuð kemur í ljós að þeir sjúkdómar sem hægt er að meðhöndla ef þeir greinast tímanlega, svo sem gláka og sýkursýki, eru þar neðarlega á blaði miðað við aðrar þjóðir. Blindir og sjónþaprir á Íslandi eru innan við 0,5% af þjóðinni og reyndar rúmlega helmingur þeirra með aldurstengda hrörnun í augnbotnum, þar sem meðferðarúrræði eru takmörkuð.



Einar Stefánsson<sup>1</sup>

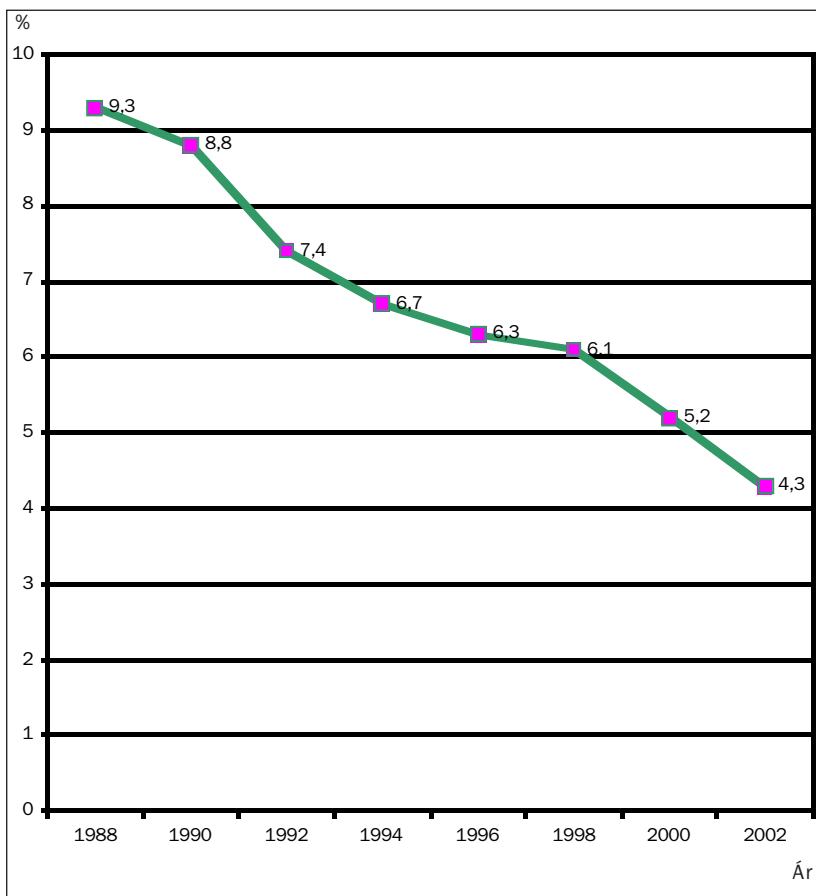


Friðbert Jónasson<sup>1</sup>



Guðmundur Viggósson<sup>2</sup>

Höfundar eru <sup>1</sup>yfirlæknar á augndeild Landspítala háskólasjúkrahúsi og prófessorar við læknadeild Háskóla Íslands og <sup>2</sup>yfirlæknir Sjónstöðvar Íslands.



**Mynd 1.** Hlutfallsleg minnkun sjónskerðingar og blindu af völdum gláku á Íslandi 1988-2002. Myndin sýnir hlutfall glákusjúklinga af heildarfjölda blindra og sjónskertra.

## Menntunar- og gæðastaðall nauðsynlegur

Í yfirstandandi deilu um gleraugnamælingar koma til álíta sjónarmið um lýðheilsu og blinduvarnir, menntunarkröfur, meðal annars í alþjóðlegu samhengi, viðskiptafrelsi og atvinnufrelsi. Þessi sjónarmið stangast að nokkru leyti á og alþjóðleg viðmiðun gefur mismunandi niðurstöður eftir því hvaða lönd er miðað við. Enda þótt fæst lönd haldi fullkomnar blinduskrár og séu með nákvæmar upplýsingar um alla lýðheilsu í augnlækningum þá er ljóst að tíðni blindu meðal Íslendinga er meðal því lægsta ef ekki það lægsta sem til er í heiminum. Þetta sýna rannsóknir (10). Það er því hættu á að breytingar og sérstaklega breytingar sem lækka menntunarstig þeirra heilbrigðisstarfsmanna sem að augnheilsu standa muni draga úr þessum árangri, enda þótt nokkur ár muni líða áður en slíkt verður mælanlegt. Hér skiptir auðvitað máli hvaða gæða- og menntunarsaðall verður settur. Í mörgum löndum, svo sem Bandaríkjunum og Bretlandi, er krafist margra ára háskólanáms fyrir optometrista. Íslenskir sjóntækjafraeðingar hafa mjög mismunandi menntun. Sumir fengu réttindi án nokkurrar formlegrar menntunar þegar lög um starfsgreinar voru sett 1984, flestir hafa lokið iðnámi og fáir ef nokkrir lokið háskólaprófi eins og krafist er í ýmsum nágrannalöndum.

## Mun blindum fjölga?

Varðveisla lýðheilsu og blinduvarnir eru verkefni sem varða alla framtíðina. Íslenskir augnlæknar hafa barist við gláku, sykursýkisblindu, letiaugu og augnbotnahrörnun í heila öld og náð ótrúlega miklum árangri. Hver hefði trúað því um miðja 20. öld þegar glákublinda var landlæg á Íslandi að henni yrði nær útrýmt á 50 árum. Þessi sigur hefur unnist hægt og sígandi, en hann getur tapast jafn örugglega ef grundvöllinum er kippt undan almennum blinduvörnum á Íslandi. Það er auðvelt að gefa lýðheilsu og blinduvörnum lítinn gaum þegar ástandið er jafn gott og nú, en það væri ógæfa að snúa við þeim árangri sem hefur náðst í blinduvörnum og horfa upp á vaxandi fjölda blindra Íslendinga á komandi árum og áratugum. Vandinn er að fáir eru til að verja hagsmuni þeirra sem verða blindir í framtíðinni. Almennir hagsmunir og almannaheill eiga alltaf erfitt uppdráttar gegn einbeittum og skipulögðum sérhagsmunum. Augnlæknar bregðast við vegna þekkingar sinnar og reynslu á þessu sviði, en hagsmunir þeirra í málinu eru takmarkaðir. Þeir sem þennan pistil skrifa hafa lítilla sem engra hagsmuna að gæta í deilum um starfsréttindi sjóntækjafraeðinga.

Málið snýst í raun um viðskiptafrelsi gleraugnasala annars vegar og gæðakröfur heilbrigðisþjónustu og blinduvarnir hins vegar.

## Heimildir

1. Björnsson G. Prevalence and causes of blindness in Iceland. *Am J Ophthalmol* 1955; 39: 202-8.
2. Jónasson F, Sasaki K, Sverrisson P, Stefánsson E, Arnarsson A, Jónsson V, et al. Glaucoma, epidemiology and detection in Iceland. *Reykjavik Eye Study. Acta Ophthalmol Scand* 1998; 76 (6): 749.
3. Klein B, Klein R, Sponsel WE, Franke T, Cantor LB, Martone J, et al. Prevalence of glaucoma. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1992; 99: 1499-504.
4. Vernon SA, Henry DJ, Cater L, Jones SJ. Screening for glaucoma in the community by none of ophthalmologically trained staff using semi-automated equipment. *Eye* 1990; 4: 89-97.
5. Ringvold A, Blika S, Elsås ST, Guldahl J, Brevik T, Hesstvedt P, et al. The middle Norway eye-screening study II. Prevalence of simple and capsular glaucoma. *Acta Ophthalmol* 1991; 69: 273-80.
6. Kristinsson JK. Diabetic Retinopathy. Screening and prevention of blindness. A doctoral thesis. *Acta Ophthalmol Scand* 1997; 75 (suppl. 223): 1-76.
7. Jerneld B, Algvere P. Visual acuity in a diabetic population. *Acta Ophthalmologica* 1987; 65: 170-7.
8. Nielsen NV. Diabetic Retinopathy I. The course of retinopathy in insulin-treated diabetics. A one year epidemiological study of diabetes mellitus on the Island of Falster, Denmark. *Acta Ophthalmologica* 1984a; 60: 677-91.
9. Nielsen NV. Diabetic Retinopathy II. The course of retinopathy in diabetics treated with oral hypoglycaemic agents and diet regime alone. A one year epidemiological cohort study of diabetes mellitus. The Island of Falster, Denmark. *Acta Ophthalmologica* 1984b; 62: 266-73.
10. Guðmundsdóttir E, Jónasson F, Jónsson V, Stefánsson E, Sasaki H, Sasaki K, et al. „With the rule“ astigmatism is not the rule in the elderly. *Reykjavik Eye Study: A population based study of refraction and visual acuity in citizens of Reykjavik 50 years and older. Acta Ophthalmol Scand* 2000; 78: 642-6.