

Svar við athugasemd Reynis T. Geirssonar og Ragnheiðar I. Bjarnadóttur

Svar við athugasemd Reynis T. Geirssonar og Ragnheiðar I. Bjarnadóttur við greinina: Íslensk börn með ofvirkniröskun – lýsing á nokkrum þáttum í meðgöngu og fæðingu. Læknablaðið 2006; 92: 609-14.

Við fögnum því að grein okkar hefur orðið til efni til faglegrar umræðu í Læknablaðinu. Eins og áður hefur komið fram (1) er talið að margir þættir geti orsakað ofvirkniröskun þó ekki sé enn hægt að segja til með vissu um vægi einstakra þeirra annað en að erfðaþátturinn vegur langþyngst. Í grein okkar eru ekki dregnar ályktanir um orsakasamhengi enda gefa niðurstöðurnar ekki tilefni til slíks. Niðurstöðurnar eru lýsandi fyrir það úrtak sem notað var og geta gefið mikilvægar vísendingar um hvaða þætti þurfi að skoða nánar hvað varðar hugsanlega orsakabætti ofvirkniröskunar hjá íslenskum börnum en lítið hefur verið birt um þetta efni hér á landi til þessa.

Athugasemdir Reynis og Ragnheiðar beina athyglinni að vissum þáttum sem við viljum skýra betur. Ástæðan fyrir kynjamismuninum í rannsókninni er sú að fleiri drengir greinast með ofvirkniröskun en stúlkur og því er hærra hlutfall drengja en stúlkna í þeim hópi sem vísað er á BUGL. Misminni (recall bias) getur verið til staðar enda var bent á það í greininni. Varðandi úrval (selection bias) kemur skýrt fram í greininni að einungis þau börn sem vísað var á BUGL á tveggja ára tímabili og greindust með ofvirkni taka þátt í rannsókninni. Það er umdeilanlegt hvort rétt sé að tala um brottfall þar sem rannsóknin er afturvirk, en það eru 7,5% barna sem ná ekki innngöngu í rannsóknarhópinn og eru það þau börn sem greindust með ofvirkni en voru ekki með upplýsingaskrá. Viðmiðunarhópur var valinn með tilliti til hvernar rannsóknarbreytu og er það vissulega veikleiki við rannsóknina að ekki sé valið viðmið fyrir hvert barn. Varðandi tíðni keisaraskurða og tangarfæðinga er það réttmæt gagnrýni að úrtaksstærðir mættu vera stærri.

Eftirfarandi fullyrðingu í athugasemdunum er mótmælt: „Ef reikna á marktækni á svona lágur tölur með Fishers prófi, fæst óhjákvæmilega marktæk niðurstaða, en útreikningur sem þessi er hins vegar ekki réttlætanager.“ Það að fáir einstaklingar séu í úrtakinu hefur ekki áhrif á gildi þess tölfræðiþrófs sem notað er (Fisher exact prófs) og leiðir ekki til þess að óhjákvæmilega fái marktæk niðurstaða. Fisher próf er einmitt notað, frekar en t-próf, þar sem það gildir við þær aðstæður þegar

fáir einstaklingar eru í sumum þeim hópum sem bornir eru saman. Þá er rangt að tvö tilfelli af tangarfæðingum séu í viðmiðunarhópnum, heldur eru það 0,8 % af 4114 börnum sem svarar til 33 tilfella af tangarfæðingum. Mismunandi fjöldi árganga í viðmiðunarhópnum frá Fæðingarskráningu skýrist af því að ekki fengust upplýsingar um sumar rannsóknarbreytur á því árabili sem börnin voru að fæðast og var valinn sá(þeir) árgangur(ar) sem lá(gu) næst í tíma.

Varðandi aldur mæðra og tengsl við ofvirkniröskun barns er rétt að gagnlegt hefði verið að sýna líkindahlutfall (Odds ratio: OR) fyrir því að mæður barna með ofvirkniröskun séu yngri en tuttugu ára borið saman við mæður í viðmiðunarhópnum. Hins vegar má reikna OR út frá þeim upplýsingum sem gefnar eru í greininni og fæst þá OR=2,75 og 95% öryggismörk (CI): 1.77, 4.27. Varðandi gagnrýni á fyrirburafæðingar þá er rétt að áréttu að ekki var um eitt slembiúrtak úr fæðingarskránni að ræða, heldur er öll fæðingarskráin frá árunum 1998 til 2002 notuð. Við samanburðinn eru tilföllin borin saman við mikinn fjölda slembiúrtaka úr viðmiðunarhópnum þar sem hvert slembiúrtak er valið með sama kynjahlutfalli og rannsóknarhópurinn. Þetta er gert til þess að leiðréttu fyrir þeim mismun sem er á fjölda drengja og stúlkna í rannsóknarhópnum. Í greininni er fullyrt að það séu marktækt fleiri fyrirburafæðingar í rannsóknarhópnum en hjá viðmiðunarhópnum, 19,9% á móti 3,6%. Byggt á þeim 10.000 slembiúrtökum sem notuð voru, þá er tilsvareandi líkindahlutfall fyrir því að fyrirburi greinist með ofvirkniröskun OR=6,0 (95% CI: 2.6, 13.6). Það er rétt að viðmiðunarhópurinn er yngri en rannsóknarhópurinn, en bent er á í greininni að lífslíkur fyrirbura hafa aukist með árunum og því má búast við því að munurinn á tíðni fyrirbura í rannsóknarhópnum og viðmiðunarhópnum sé frekar vanmetinn en hitt.

Við teljum mikilvægt að samstarf vísindamanna sé sem mest í rannsóknarvinnu. Það sem einnig skiptir máli hér er að um viðkvæmt málefni er að ræða sem ekki hefur verið fullrannsakað. Þó eru niðurstöður rannsókna sífellt að bæta vitneskju manna varðandi orsakabætti ofvirkniröskunar. Í nýlegri yfirlitsgrein eftir Biederman og Faraone (2) sem eru leiðandi í rannsóknum á ofvirkni í heiminum í dag, kemur fram að nokkrar rannsóknir benda til þess að vandamál í meðgöngu og fæðingu eins og yfirvofandi fæðingarkrampi eða

Fyrir hönd
höfunda greinarinnar

**Margrét
Valdimarsdóttir**

fæðingarkrampi, slæm heilsa móður, aldur móður, löng fæðing, fósturnauð og blæðing fyrir burð (antepartum hemorrhage) auki líkur barns á að greinast með ofvirkni (ADHD). Þá er mikilvægt að hafa í huga að þau tengsl sem koma fram í rannsókn okkar milli ofvirkniröskunar annarsvegar og keisaraskurða og tangarfæðinga hinsvegar gætu orsakast af öðrum undirliggjandi þáttum.

Vissulega eru takmarkanir á þessari rannsókn og ber að skoða niðurstöðurnar í því ljósi. Þær geta vakið fleiri spurningar en svör en eins og fram hefur komið er hér um lýsandi rannsókn að ræða og ekki forsendur til að draga ályktanir um orsakasamhengi.

Heimildir

1. Valdimarsdóttir M, Hrafnisdóttir AH, Magnússon P, Guðmundsson ÓÓ. Orsakir ofvirkniröskunar - yfirlitsgrein. Læknablaðið 2005; 5: 409-14.
2. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005; 237-48.



Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar í samvinnu við Félag íslenskra heimilislæknaboðar til fræðslufundar fimmtudaginn 26. október 2006 kl. 20:00 í Hringssal Barnaspítala Landspítala

Héraðslæknar og saga

Haukur Valdimarsson heimilislæknir: Síðulæknar

Árið 1875 urðu þáttaskil í heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Læknaskóli var settur á stofn og sett voru lög um læknishéruð sem fólu í sér verulega fjölgun þeirra. Vestur-Skaftafellssýsla varð samkvæmt lögnum sérstakt læknishérað. Áður, eða frá 1760, gegndu landlæknir og síðar læknar í austurluta suðuramtsins héraðinu. Suðuramtslæknar sátu yfirleitt í Rangárvallasýslu. Undantekning frá því var þegar Sveinn Pálsson læknir gegndi Sunnlendingum frá Vík í Mýrdal á árunum 1809-1834. Sigurður Ólafsson var fyrsti Síðulæknirinn. Hann gegndi héraðinu árin 1876-1882. Nokkrir læknanna helguðu héraðinu starfsæfina. Saga heilbrigðisþjónustu á þessum tíma og langt fram á síðustu öld er saga héraðslæknanna. Heilbrigðisskýrslur frá þessum tíma gefa til kynna hvar skóinn helst kreppti í heilsufari héraðsbúa sem og annarra landsmanna.

Kristrún Hall Helgadóttir, sagnfræðingur:
**Nýskipan læknis í Ólafsvík og baráttan
 við háa dánartíðni ungbarna**

Um aldamótin 1900 fjölgaði læknishéruðum á Íslandi úr sjö í 42 en fjölgunin hafði mikla breytingu í för með sér. Hér verður sjónum beint að Nesþingum, sjávarplássunum á utanverðu Snæfellsnesi. Héraðið var að heita má læknislaust allt fram til ársins 1892 er læknir var skipaður með búsetu í Ólafsvík. Í Nesþingum reyndist dánartíðni ungbarna ein sú hæsta á landinu langt fram eftir 19. öld en var komin niður fyrir landsmeðaltal árið 1910. Hvers vegna var dánartíðni ungbarna jafn há og raun ber vitni og hvað olli undraverðri niðursveiflu hennar? Höfðu eldshættir bein áhrif á dánartíðni ungbarna eða var um samspil fleiri þátta að ræða og hverju breytti skipan læknis í héraðið?

Eftir fundinn er boðið upp á kaffi
 Fyrirlesturinn er opin öllum áhugamönnum um efnið
 Heimasíða félagsins: www.icemed.is/saga/