

Punglyndi og sjálfsvíg meðal lækna

Haldóra Ólafsdóttir

geðlæknir

halldola@landspitali.is

Læknar vita betur en flestir aðrir hvernig bjarga má mannlífum en því miður einnig hvernig taka má eigið líf. Árið 1858 birtist í bresku fræðiriti grein þar sem fjallað var í fyrsta sinn um að læknar væru í meiri áhættu en aðrir varðandi sjálfsvíg.¹ Seinni tíma rannsóknir hafa staðfest þetta með nokkuð óyggjandi hætti.² Komið hafa fram ákveðnar vísbendingar um konur í læknastétt séu í sérstökum áhættuhópi og sjálfsvígstíðni þeirra sé tvöfalt meiri en annarra kvenna. Í Bandaríkjunum er talið að sjálfsvíg séu 3% allra dánarmeina karla í læknastétt og 6,5% dánarmeina kvenna.³ Heildargreining, sem tók til 24 rannsókna á körlum og 13 á konum, sýndi að algengi sjálfsvíga meðal karla og kvenna í læknastétt var umtalsvert meira en í almennu þýði og jafnvel enn meir, ef læknar voru bornir saman við annað háskólamenntað fólk (mynd a).

Læknar eru almennt fremur hraustir og huga vel að heilsunni og sjálfsvíg skipta því mun meira máli. Dánartíðni lækna vegna kransæðasjúkdóma og krabbameina er til dæmis lægri en annarra starfsstétta. Í íslenski rannsókn frá 1998 voru borin saman dánarmeina karla í lækna- og lögfræðingastétt.⁴ Hún tók til þeirra lækna sem lokið höfðu læknaprófi fyrir 1993 og bjuggu á Íslandi árið 1951 eða síðar. Dánartíðni lækna reyndist lægri en lögfræðinga ef litið var til allra algengra dánarmeina. Aðeins sjálfsvíg, sem framin voru með lyfjum eða fljótandi efnum, voru tíðari meðal lækna. Norsk rannsókn sem tók til dánarmeina allra norskra lækna sem létust á árunum 1960-2000 sýndi umtalsvert aukna sjálfsvígstíðni meðal lækna af báðum kynjum miðað við aðrar starfsstéttir. Einnig var aukin tíðni sjálfsvíga hjá hjúkrunarfræðingum (konum) og lögreglumönnum en ekki eins mikil og hjá læknum. Tíðni sjálfsvíga jókst með aldri karlanna og nokkur aukning virðist hafa orðið á tíðni sjálfsvíga hjá norskum læknum á seinni árum.⁵ Dönsk rannsókn sýndi hærri tíðni sjálfsvíga hjá læknum borið saman við 20 aðrar starfsstéttir, þar á meðal voru hjúkrunarfræðingar, kennarar, iðnverkafólk, stjórnendur fyrirtækja og arkitektar.⁶

Hvers vegna eru læknar líklegri en aðrir til að

farga sér? Flestir læknar vinna lengur en gengur og gerist og eru samviskusamir og metnaðarfullir í ábyrgðarmiklu starfi. Samkeppnin um stöður og virðingu, einkum á stærri stofnunum, er óvægin og bitur. Mörgum reynist erfitt að finna hið gullna jafnvægi klínískrar vinnu og vísinda- og fræðistarfa. Þeir læknar sem sinna sjúklingum af alúð og gefa þeim góðan tíma eru síður líklegir til að fá framgang í starfi. Samskipti við sjúklinga eru tímafrek og erfið og margir sjúklingar fylla lækninn vanmætti. Mistök í starfi eru sjaldan rædd meðal lækna en þeim mun meira á vettvangi fjölmiðla. Lítið hefur verið fjallað um sálræn áhrif mistaka í starfi á lækna en að sjálfsgöðu taka margir slíkt afar nærri sér. Aðrir þættir utan vinnu geta ýtt undir álag og streitu, til dæmis er hjónabandsvandi er algengur og skilnaðartíðni þeirra nokkru hærri (10-20%) en annarra.⁷

Punglyndi er veigamesti áhættuþáttur sjálfsvíga. Langstærstur hluti (85-90%) af þeim sem taka eigið líf hafa átt við langvinna geðröskun að stríða; þunglyndi, kvíða og/eða áfengis- eða vímuefnavanda. Þunglyndis- og kvíðaeinkenni eru algengari meðal lækna en annarra, ekki síst kvenna í læknastétt. Þessi aukning kemur fram á fyrstu árunum í læknanáminu en virðist ekki vera til staðar hjá nemendum áður en þeir hefja námið.⁸ Hvaða þættir sem tengjast persónuleika nemenda og læknánámi hafa forspárgildi varðandi þunglyndi? Konur virðast þola álag og námstengda streitu verr, einkum fyrstu árin, og þær lýsa oft en karlar togstreitu milli náms og annarra hlutverka. Gífurlega metnaðarfullir læknanemar eða „vinnuálfarnir“ virðast í áhættuhóp fyrir þunglyndi en einnig sá hópur sem sýnir uppgjöf og áhugaleysi gagnvart námi og læknishlutverki. Félagsleg einangrun er sjálfstæður áhættuþáttur. Verndandi þættir eru heilbrigður metnaður og jákvætt lífsviðhorf. Þeir sem hafa minni metnað líður vel í námi og starfi ef þeir eru ánægðir með lífið að öðru leyti, enda þurfa ekki allir að klífa tindinn til að búa við góða líðan.⁹ Í norski rannsókn á læknanemum og unglæknum kom í ljós að bæði kvíðnir og áhyggjufullir nemar og alltof samviskusamir

Erindi flutt á
Læknadögum 2009

höfðu minna þol gegn álagi og streitu en aðrir. Þegar svo feimni bættist við þessa eiginleika jókst vandinn en mannblendíð fólk þoldi streituna betur. Þeir namar sem voru fullir af sjálfstrausti, höfðu gaman af spennu, en voru ekki sérlega „móralskir“ eða þrautseigir þoldu álagið í náminu mjög vel.¹⁰ Ef til vill má spyrja; er því fólk sem við vildum hafa í læknastéttinni sérlega hætt við þunglyndi?

Bandarísk rannsókn á miðaldra læknum benti til aukinnar hættu á þunglyndi hjá báðum kynjum miðað við almennt þýði (mynd b). Þá kom í ljós að þunglyndir læknar leituðu seint eða ekki eftir aðstoð. Þeir óttuðust trúnaðarbræst og höfðu sjálfir fordóma gagnvart geðsjúkdómum. Einnig töldu þeir að geðmeðferð gæti skaðað orðspor þeirra og starfsheildur, jafnvel þannig að þeir misstu starfið eð jafnvel lækningaleyfið. Því dýpri sem geðlægingin var, þeim mun erfiðara reyndist læknum að leita sér hjálpar.¹¹ Það er vel þekkt að margir læknar reyna að meðhöndla sig sjálfir með geðlyfjum, áfengi eða vímuefnum. Þeir læknar sem koma til geðlækna eða sálfræðinga hafa löngum haft það orð á sér að vera erfiðir og óráðþægir sjúklingar. Geðlæknirinn er oft óruggur í hlutverki sínu gagnvart kollegum og lætur læknum komast upp með að stýra meðferðinni um of eða setur honum ekki hæfileg mörk. Afar erfitt getur reynt að fá lækna til að leggjast inn á geðdeild, jafnvel þótt líf þeirra liggi við og á það ekki síst við í litlum samfélögum eins og okkar. Geðlæknar eru of ragir við að svipta aðra lækna tímabundnu sjálfraði til að koma við nauðungarinnlögn og fá læknar því í raun ekki sambærilega eða jafn faglega meðferð og aðrir sjúklingar. Á langri starfsævi hefur mér þó fundist að þessir erfiðleikar séu mestir í upphafi meðferðar. Læknar eru góðir og þakklátir sjúklingar þegar til lengri tíma er litið, eins og reyndar flestir aðrir heilbrigðisstarfsmenn og njóta þekkingar sinnar til að takast á við veikindin með raunhæfum og árangursríkum hætti.

Hvar geta íslenskir læknar og læknanemar leitað eftir aðstoð vegna þunglyndis og kvíða? Íslensk heilbrigðisþjónusta er á margan hátt til fyrirmyndar og aðgengið gott. Hindranirnar til þess að fá viðeigandi aðstoð eru að mestu huglægar. Allir læknar ættu að hafa heimilislækni og eðlilegast að leita fyrst til hans og getur hann þá annað hvort séð um meðferðina sjálfur eða vísað áfram til geðlæknis eða sálfræðings. Algengar geðraskanir svara ágætlega fremur einfaldri en gagnreyndri meðferð, til dæmis með geðlægingarlyfjum og/eða viðtalsmeðferð svo sem hugrænni atferlismeðferð. Í alvarlegri geðlæging, tvískautalyndisröskun eða þegar sjálfsvígshætta er til staðar ætti að leita til sérfræðings. Mér hefur sýnst að flestir læknar

Sjálfsvíg meðal lækna (mynd a)

Metaanálýsa; 24 rannsóknir á körlum og 13 á konum (1960-2003)*

♂ 1,41 (95% CI=1.21-1.65) v. almennt þýði
♀ 2,27 (95% CI=1.90-2.73) “ “

Meiri munur ef læknar eru bornir saman við annað háskólamenntað fólk**

*Scherhammer ES og Golditz GA, Am J Psychiatry, 2004

**Lindeman S et al, Psychological Medicine, 1997

Rannsókn á læknum í Michigan (mynd b)

Meðalaldur 50 ár. Starfsreynsla 19 ár

Ævireynsla af þunglyndi: 35% ♀ (20%)*

19% ♂ (13%)*

Þunglyndi sl. 12 mán. 11,6% ♀ (9%)*

11,2% ♂ (5%)*

*Almennt þýði

**Schwenk, TL et al; J Clin Psychiatry, 2008

kjösi að leita á lækningastofur sérfræðinga fremur en á göngudeildir sjúkrahúsanna. Aðrir heilbrigðisstarfsmenn, til dæmis starfsmenn Landspítala virðast ekki setja það jafn mikið fyrir sig og læknar að nota göngudeildarþjónustu geðsviðs og bendir það til að enn sé stutt í fordóma innan stéttarinnar gagnvart geðsjúkdómum. Á Íslandi eru fjórar almennar móttökugeðdeildir, þrjár á Landspítalanum en ein á Akureyri. Innlagnarástæður tengjast oftast bráðum vanda, svo sem sjálfsvígshættu eða geðhæð. Allmargir læknar hafa verið innlagðir á þessar deildir hér á landi, oftast með ágætum árangri. Læknar hafa nýtt sér endurhæfingardeild á geðsviði Reykjalundar en þar er í boði vönduð og heildstæð fjögurra vikna meðferð við þunglyndi, en því miður talsvert langur biðlisti. Í örfáum tilvikum hefur komið til greina að senda lækna til annarra landa ef sýnt þykir að ekki sé hægt að veita meðferð hérlendis.

Hljóðlát bylting hefur orðið í læknadeildum og á sjúkrahúsum á Vesturlöndum með fjölgun kvenna í læknastéttina en þær eru nú víðast hvar liðlega helmingur læknanema og yngri lækna. Flestar rannsóknir á geðheilsu kvenna í læknastétt og sjálfsvígum eru frá þeim tíma sem konur voru í miklum minnihluta í „karllægum“ heimi sjúkrahúsanna. Frumkvöðlarnir voru konur sem aðlöguðu sig hinum viðurteknu viðmiðum, ef til vill á kostnað eigin hagsmuna, urðu annaðhvort undirsátar karlanna í læknasamfélaginu eins og tíðkaðist í gömlu Sovétríkjunum eða „karlkonur“, ofurkonurnar sem fórnauðu fjölskyldulífi og barneignum fyrir starf og frama. Líklegt má teljast að jafnara kynjahlutfall muni með tímanum breyta vinnuumhverfi og áherslum í námi.

Á tæpum áratug hef ég misst tvo vini og sam-

starfsmenn í læknastrétt sem tekið hafa eigið líf, báðir einstakir hæfileikamenn á sínu sviði og framúrskarandi lækna. Átakanlegt er til þess að vita að báðir voru með læknanlegan sjúkdóm sem varð þeim að aldurtíla. Það er brýnt að lækna verði sér meðvitaðir um geðheilsu sína eins og annan heilsufarsvanda. Þunglyndi er algeng orsök veikinda, oft til staðar samhliða öðrum veikindum og stundum lífshættulegt ástand. Ég vona að með betri fræðilegri þekkingu og minni fordómum lækna gagnvart þunglyndi geti orðið tvöfaldur ávinningur fyrir þá sjálfa og samfélagið; um leið og lækna læra að sinna eigin geðheilsu verða þeir betur í stakk búnir til að aðstoða á faglegan hátt þá fjölmörgu sjúklinga sem eiga við geðraskanir að stríða.

Heimildir

1. Bucknill JC, Tuke DH. A Manual of Psychological Medicine, 1858.
2. Center C et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. JAMA 2003; 289: 3161-6.

3. American Psychiatric Association and Council on Scientific Affairs, Physicians mortality and suicide: results and implications of the AMA-APA pilot study, Conn Med. 1986;50;37-43
4. Rafnsson V, Gunnarsdóttir H. Dánarmein og krabbamein lækna og lögfræðinga. Læknablaðið 1998; 84: 107-15.
5. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000, Psychol Med 2005; 35: 873-80.
6. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Mortensen PB, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. Psychol Med 2007; 37: 1131-40.
7. Miller MN. The Painful Truth: Physicians Are Not Invincible. S Med J 2000; 93: 966-73.
8. Rosenthal JM, Okie S. White Coat, Mood Indigo-Depression in Medical School. N Engl J Med 2005; 353: 1085-8.
9. Voltmer E, Kieschke U, Schwappach DL, Wirsching M, Spahn C. Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study. BMC Med Educ 2008; 8; 46.
10. Tyssen R, Dolatowski FC, Røvik JO, et al. Personality traits and types predict medical school stress: a six-year longitudinal and nationwide study. Med Educ 2007; 41; 781-7.
11. Schwenk TL, Gorenflo DW, Leja LM. A survey on the impact of being depressed on the professional status and mental health care of physicians. J Clin Psychiatry 2008; 69: 617-20.

Læknar á krepputímum

Það urðu líflegar umræður í kjölfar þriggja framsöguerinda á fundi LR og Félafs ungra lækna 24. febrúar sl. Framsögumenn voru Andrés Magnússon geðlæknir, Gerður Aagot Árnadóttir heimilislæknir og Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir stjórnsýslufræðingur. Yfirskrift fundarins var: **Hvernig tryggjum við heilbrigði landsmanna í kreppunni?**

Andrés fjallaði um fjármálahrúnið og þöggun um ýmis mál meðan á góðærinu stóð. Hann sagði að öflugir aðilar í viðskiptalífinu hefðu hótad niðurfellingu styrkja til vísindastarfsemi ef ákveðnir einstaklingar létu ekki af gagnrýni eða væru látnir halda áfram störfum sínum.

Gerður velti upp ýmsum spurningum varðandi samfélagslega ábyrgð lækna sem væri ótvíræð og vísaði til læknaeidsins. Þar skrifuðu lækna undir að hafa velferð sjúklings og samfélags að leiðarljósi. Hún nefndi einnig gagnrýna hugsun og fagmennsku sem leiðarstef í vinnu lækna og spurði hvort ekki mætti beita henni víðar; hvort lækna gætu ekki spurt sig hvort ákveðin verk væru ávallt nauðsynleg og hvort ekki mætti spara með því staldra við og meta þörfina hverju sinni.

Sigurbjörg ræddi vanda opinberrar stjórnsýslu og svaraði spurningu þaradlútandi með þeim orðum að í íslenskri stjórnsýslu væri vald stjórn-



Gerður Aagot Árnadóttir heimilislæknir.

málamannanna slíkt að faglegar forsendur væru lagaðar að pólitískum ákvörðunum. Hún sagði þetta eflaust koma læknum spánskt fyrir sjónir sem væru vanari því að taka faglegar ákvarðanir út frá fyrirliggjandi forsendum. Sigurbjörg sagði enn fremur að lækna mættu búast við því að verða þolendur efnahagskreppunnar ekki síður en aðrir þjóðfélagshópar.

Hávar
Sigurjónsson