Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



5/2019

105. árgangur: 205-256



Ebba Margrét Magnúsdóttir, Rúna Hauksdóttir Hvannberg, Hjalti Kristinsson og Alma Möller ræða lyfjaskort á fundi Læknaráðs. Mynd/gag

Lyfjaskortur alþjóðlegur vaxandi vandi

Yfir 100 tilkynningar um yfirvofandi lyfjaskort höfðu borist Lyfjastofnun í aprílbyrjun. Lyf skorti í 45 skipti. Lyfjaskortur er ekki einsdæmi á Íslandi og telur forstjóri stofnunarinnar að meðal lykilatriða til að draga úr hættunni sé að ávísa minna af lyfjum. Stofnunin hefur sent brýningu til apótekanna um málið. Gripið hefur verið til fjölmargra úrræða.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Mér finnst við illa stödd á 21. öldinni að sé ekki hægt að fá ódýr sýklalyf á landinu. Við getum heldur ekki notað þær getnaðarvarnir sem hafa verið á boðstólum í 40 ár," sagði Ebba Margrét Magnúsdóttir, formaður Læknaráðs, í inngangi sínum um lyfjaskort á landinu á opnum fundi Læknaráðs. „Mér skilst á barnalæknum, innkirtlasérfræðingum, jafnvel krabbameinslæknum að þetta sé meiriháttar vandamál. Ekki aðeins fyrir sjúklinginn heldur tefur líka vinnu lækna," sagði hún. Spurt var hvað Lyfjastofnun ætlaði að gera í lyfjaskorti á landinu.

Rúna Hauksdóttir Hvannberg, forstjóri Lyfjastofnunar, benti á að búist væri við að stofnunin reddaði málunum en það væri í raun ekki hennar hlutverk. „Lyfjastofnun er ekki falið að hafa eftirlit með lyfjaskorti, heldur að hafa umsjón með fyrirtækjunum sem flytja inn lyf." Lyfjastofnun hafi þó gripið til ýmissa ráða.

Hjalti Kristinsson, deildarstjóri lyfjaöryggisdeildar Lyfjastofnunar, benti á að 40 sinnum hafi verið tilkynnt sérstaklega um lyfjaskort á vef stofnunarinnar. Sett hafi verið upp lyfjaskortssíða þar sem um 30 tilkynningar komi á mánuði. Unnið sé að því að tilkynningarnar verði rafrænar, með lista yfir lyfin sem skorti og ráð í slíkum vanda. Farið sé að norskri og sænskri fyrirmynd.

Rúna benti á að lyfjaskortur væri ekki séríslenskt fyrirbæri. „Lyfjaskortur er vaxandi alls staðar," sagði hún. Í fyrra hafi til að mynda komið upp að allar getnaðarvarnarpillur vantaði í Hollandi. „Hollenski heilbrigðisráðherrann varð að standa í sjónvarpinu og bera ábyrgð á börnunum sem myndu fæðast," sagði hún.

„Stundum er gott að vera lítil, stundum er það slæmt. Stundum getum við reddað lyfjum fyrir lítinn markað en stundum sitjum við algerlega afskipt." Helst sé skortur á sýklalyfjum, getnaðarvörum og öðrum gamalreyndum lyfjum.

Rúna sagði öll lönd vinna ötullega að málinu en staðan sé sú að flest lyfin sem framleidd eru fyrir Evrópu eru framleidd á sama stað í Kína. Vandi þar hafi því víðtæk áhrif. Þá hafi breytingar innan lyfjaiðnaðarins áhrif, sem og að samheitalyf eru ekki nógu mörg. Þá hafi pakkastærð lyfja áhrif og einnig eftirspurn. Samningar við Landspítalann geti einnig valdið lyfjaskorti hér á landi.

„Landspítalinn gerir samning og fær ágætis verð fyrir eitthvert lyf. Komi sú staða upp að viðkomandi aðilar geta ekki afhent er Landspítali tryggður en þarf að kaupa frá hinum sem gerðu ekki ráð fyrir að selja. Þá kemur upp lyfjaskortur," lýsti hún.

Rúna benti á að settar séu skyldur í lyfjalögum á heildsala og apótek að tilkynna komi upp skortur. Sama skylda hvíli á markaðsleyfishöfum. Þeim beri að útvega ófáanleg lyf sem sé þó erfitt nái skorturinn út fyrir landsteinana. Lyfjastofnun geti veitt undanþágu frá fylgiseðlum, áletrunum og slíku í skorti.

Hún sagði að heimildin hafi verið nýtt í auknum mæli, en á því hafi verið vandkvæði, því þá þurfi í flestum tilvikum nýjan lyfseðil frá lækni. Gera þurfi reglugerðarbreytingar til að einfalda ferlið. „En þá skiptir máli að upplýsa lækninn," sagði Rúna og benti á að þar mætti fylgja fordæmi Norðmanna.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Magnús Gottfreðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Elsa B. Valsdóttir
Gerður Gröndal
Hannes Hrafnkelsson
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Magnús Haraldsson
Sigurbergur Kárason

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Esther Ingólfsdóttir
esther@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1850

Prentun, bókband og pökkun á Íslandi
Prenttækni ehf.
Vesturvör 11
200 Kópavogi

Áskrift
16.900,- m. vsk.
Lausasala
1690,- m. vsk.

© 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

5. tölublað • 105. árgangur • 2019

LEIÐARAR



211

Að lifa í breyttum heimi

Hildur Thors

Framboð hefur aukist á orkuþéttum mikið unnum matvælum með lítið næringargildi og offita vex hröðum skrefum. Daglegt líf, ferðamáti, streita, hraði þjóðfélagsins og eðli vinnunnar hefur mikið breyst. Við þurfum núna öll að hugsa upp á nýtt hvernig lífi við viljum lifa.



213

Geðheilsa ungs fólks

Nanna Briem

Góð geðheilsa á unglingsárunum leggur grunninn að heilbrigði í framtíðinni. Fyrst og fremst fyrir einstaklinginn og umhverfi hans, en ekki síður fyrir allt samfélagið. Það er því til mikils að vinna að fjárfesta í geðheilsu okkar unga fólks.

FRÆÐIGREINAR

215

Anna Guðlaug Gunnarsdóttir, Kristján Orri Víðisson, Sindri Aron Viktorsson, Árni Johnsen, Daði Helgason, Inga Lára Ingvarsdóttir, Sólveig Helgadóttir, Arnar Geirsson, Tómas Guðbjartsson

Snemmkominn árangur opinna ósæðarlokuskipta við ósæðarlokuþrengslum hjá konum á Íslandi

Í þessari rannsókn var borinn saman árangur 151 konu og 277 karla sem gengust undir opin ósæðarlokuskipti vegna lokuþrengsla. Í ljós kom að heildartíðni snemmkominna fylgikvilla reyndist sambærileg fyrir bæði kyn og ekki reyndist marktækur munur á 30 daga dánartíðni sem var 5,6% fyrir hópinn í heild (8,6% fyrir konur og 4% fyrir karla).

223

Halldór Bjarki Einarsson, Ronni Mikkelsen, Jón Torfi Gylfason, Jan Holten Lützhøf

Visna Egils Skallagrímssonar



Ein sögufrægasta persóna Íslendingasagna er Egill Skallagrímsson. Um árabil hafa fræðimenn sett fram þá tilgátu að Egill hafi þjáðst af Pagets-sjúkdómi. Byggist sú tilgáta á túlkun þeirra á Egils sögu. Spurningin um sannleiksgildi sögunnar vefst hins vegar fyrir og verður ekki svarað en á síðustu árum hefur sagnfræðigildi Íslendingasagna verið dregið mjög í efa.

231

Freyr Gauti Sigmundsson, Fredrik Strömqvist, Bjarki Karlsson

Pisa-heilkenni – sjúkratilfelli



Sextíu og sex ára kona með Parkinson-sjúkdóm leitaði til bæklunarlækna vegna erfiðra bakverkja. Konan hafði á skömmum tíma fengið hryggskekkju og göngugeta hennar versnað verulega. Konan var greind með hryggþröng og hið sjaldgæfa Pisa-heilkenni sem stundum er fylgifiskur Parkinson-sjúkdóms.



EGILL SKALLAGRÍMSSON prýðir kápuna í þetta sinn enda er heilsufar hans þungamiðjan í fræðigrein í maíblaðinu. Talið er Hjalti Þorsteinsson (1665-1754) prestur og listamaður í Vatnsfirði við Djúp hafi málað myndina sem er heilsíðumynd og varðveitt í ríkmannlegu stærðar pappírshandriti með Eglu og fleiri Íslendingasögum og Íslendingaþáttum, AM 426 fol. Handritið var skrifað á seinni hluta 17. aldar og er varðveitt á Árnastofnun í Reykjavík.

Myndina tók Sigurður Stefán Jónsson og hún er birt með leyfi Stofnunar Árna Magnússonar á Íslandi.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

238

Heim í faðm fjölskyldunnar

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Læknarnir Anna Björnsdóttir og Martin Ingi Sigurðsson lærðu í Bandaríkjunum og eru flutt heim.





242

Marfan-heilkennið finnst í Bárðar sögu Snæfellsáss

Þórður Harðarson er búinn að skoða þetta

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Talið er að Abraham Lincoln, Tútankamon, Osama Bin Laden og Sergei Rachmaninoff hafi verið með svokallað Marfan-heilkenni.

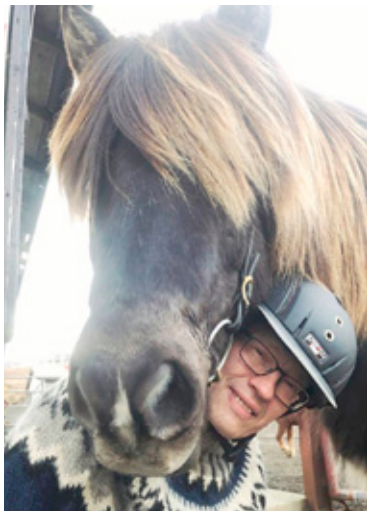
248

Hömlur vantar á ávísanir ávanabindandi lyfja

– segir Andrés Magnússon geðlæknir hjá Embætti landlæknis

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Andrés vill sjá sérstakt teymi um ADHD-greiningar.



244

Gott að vinna sem læknir úti á landi

– segir Jón H.H. Sen skurðlæknir á umdæmissjúkrahúsi Austurlands í Neskaupstað

Magnús Hlynur Hreiðarsson

„Ég ætlaði ekki að verða læknir, ég hafði gríðarlegan áhuga á flugi og ætlaði að verða flugmaður. Lærði að fljúga svifflugum ungur og stundaði það í nokkur ár.

EMBÆTTI LANDLÆKNIS 29. PISTILL

250

Ávísanir ávanabindandi lyfja eftir sérgreinum lækna á Íslandi

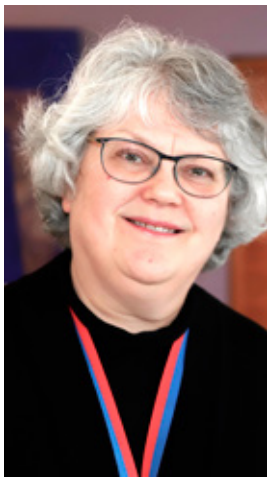
Ólafur B. Einarsson, Andrés Magnússon

Árið 2018 drógust ávísanir ávanabindandi lyfja saman um 3,4% á Íslandi miðað við árið á undan.

251

Árshátíð Félags læknanema

Sólveig Bjarnadóttir



252

„Við vinnum með lífið svo lengi sem það varir“

Valgerður Sigurðardóttir er yfirlæknir á líknardeild Landspítala

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



237

Heilbrigðisstefna í öngstræti

Þórarinn Guðnason

Heilbrigðisstefnan til 2030 sem bíður samþykkis Alþingis er ekki afrakstur faglegrar og nútímalegrar stefnumótunarvinnu.

236

Vísindaþing

Tómas Guðbjartsson

LÖGFRÆÐI 32. PISTILL



241

Meira um jafnlaunavottun

Dögg Pálsdóttir

Jafnlaunavottun eru fyrirmæli í jafnréttislögum um að konum og körlum hjá sama atvinnurekanda skuli greiða jöfn laun.

ÖLDUNGAR

247

Öldungadeild lækna 25 ára

Hörður Þorleifsson

Í ársbyrjun 1994 fóru eldri læknar að ræða framtíðina og var hóað til fundar lækna á sjötugsaldri og eldri.

LIPRIR PENNAR

254

Áttatíu ótímabær dauðsföll árlega

Dagur B. Eggertsson

Uppspretta svifryks er langmest frá umferð.

Að lifa í breyttum heimi

Á síðustu fjórum áratugum hefur algengi offitu aukist mikið. Árið 2016 áætlaði WHO (Alþjóðaheilbrigðisstofnunin) að 15% kvenna og 11% karla í heiminum öllum væru með offitu.[1] Talið er að um 21% fullorðinna Íslendinga séu með offitu og að um 60% séu yfir kjörþyngd.

Með aukinni söfnun fitumassa, sérstaklega í kvið, getur orðið röskun á margvíslegri líkamsstarfsemi eins og þekkt er, með einkennum efnaskiptavillu, virkjun bólguferla, skerðingu á öndun og kæfisvefni, ásamt breytingum á þarmaflóru. Þegar ástand er orðið þannig í líkamanum er litið svo á að einstaklingurinn sé kominn með langvinnan efnaskiptasjúkdóm. Vaxandi líkamsþyngd veldur einnig auknu álagi á stoðkerfið með langvinnum verkjum. Einstaklingurinn verður þannig fyrir heilsubresti og lífslíkur minnka. Að auki mætir hann víða fordómum þar sem margir telja að sjúkdómurinn sé á ábyrgð einstaklingsins og stafi eingöngu af því að hans venjur séu ekki góðar og vilji til breytinga sé ekki fyrir hendi. Heilbrigðisstarfsfólk sýnir því miður of oft þeim sem eru með offitu fordóma í stað þess að vinna með vanda skjólstæðingsins. Þessu þarf að breyta.

Ástæðan fyrir vaxandi fjölda einstaklinga með offitu eru taldar vera þær miklu þjóðfélagsbreytingar sem orðið hafa þessa sömu undangengna fjóra áratugi. Neyslumynstur hefur breyst mikið, bæði vegna breytinga á leiðbeiningum um heppilegt mataræði, sem settar voru fram í byrjun níunda áratugarins í Bandaríkjunum, og vegna aukinnar iðnvæðingar matvælaframleiðslu. Framboð og neysla hefur aukist á orkuþéttum, mikið unnum matvælum með takmarkað næringargildi. Á sama tíma hafa orðið miklar breytingar á daglegum háttum, ferðamáta, streitu og hraða þjóðfélagsins og eðli vinnunnar hefur mikið breyst. Tengsl þróunar offitu við áföll á lífsleiðinni eru mjög greinileg.

Margt hefur verið reynt til að stöðva eða hægja á fjölgun einstaklinga í yfirvigt og með offitu en engri þjóð hefur tekist það. Margvíslegar ráðleggingar hafa verið settar fram og verið samþykktar af alþjóðastofnunum en það hefur verið tregða hjá stjórnvöldum til að móta stefnu heima fyrir og hrinda breytingum í framkvæmd.

Alþjóðlegir vinnuhópar á vegum tímaritsins *Lancet* hafa í tvígang, 2011 og 2015, lagt fram viðamikla samantekt með vísindalegri þekkingu um offitu og áhrif sjúkdómsins á heilsufar og efnahag þjóða, ásamt tillögum um aðgerðir. Við endurmat fyrir 2019 var niðurstaðan sú að úrbætur séu óverulegar, þótt nú sé vandinn viðurkenndur á heimsvísu og flestir átti sig á því að þörf er á aðgerðum. Ákvað vinnuhópurinn því að nálgast vandann á nýjan hátt og tengja faraldur offitu við faraldur vannæringar og faraldur loftlagsbreytinga sem veldur nú þegar heilsufarslegum vandamálum.[2] Þessir þrír faraldrar spila saman þar sem þeir gerast á sama tíma, sömu félagslegu hvatarnir knýja þá áfram og þeir kalla á sameiginlegar lausnir.

Fjögur meginkerfi knýja þessa faraldra áfram. Það eru matvælaframleiðsla og landbúnaður, samgöngur, hönnun þéttbýlis og landnotkun. Sjúkdómsbyrði í öllum heimshlutum er mest af völdum næringarvandamála og er þá litið til tíðni vannæringar og offitu og algengi neyslu á óheppilegum matvælum. Það þarf að líta á þessa sjúkdóma sem eina heild. Allir eiga þeir orsök sína í fæðu með lélegt næringargildi. Ríkar þjóðir eru nú þegar með háa tíðni einstaklinga með offitu og stærra kolefnisspor en fátækari þjóðir. Þegar þjóðir efnast er tilhneiging til vaxandi þéttbýlismyndunar og meiri notkunar á vélknúnum farartækjum sem veldur losun gróðurhúsalofttegunda. Mataræði þjóða sem efnast þróast yfirleitt í átt að vestrænni matarmenningu, sem veldur meiri losun gróðurhúsalofttegunda, vegna meiri neyslu unninna orkuþéttra matvæla og dýraafurða. Matvælaframleiðsla og landbúnaður, sérstaklega framleiðsla á rauðu kjöti og mjólkurafurðum, losar mikið magn gróðurhúsalofttegunda og hefur stórt kolefnisspor. Þegar tekið hefur verið tillit til matarsóunar er losun vegna matvælaframleiðslu lík því sem er af völdum samgangna. Nú þegar hafa loftlagsbreytingar áhrif á fæðuframleiðslu. Það eru meiri öfgar í veðurfari en áður, flóð og þurrkar sem leiða til endurtekins uppskerubrests með minnkandi fæðuframleiðslu. Fæðuóöryggi fátækari þjóða eykst og matur verður dýrari fyrir alla.

Því er spáð að ef neysla verður óbreytt, ef við framleiðum og borðum sama magn úr sömu fæðuflokkum og við gerum nú, geti jörðin ekki brauðfætt þá 10 milljarða íbúa sem ætlað er að búi á jörðinni árið 2050.[3]

Við þurfum því öll að hugsa upp á nýtt hvernig lífi við viljum lifa, hvernig við viljum neyta og ferðast til að koma í veg fyrir að heilsufari mannkynsins og jarðarinnar hnigni enn frekar. Læknar eru í góðri stöðu til að láta til sín taka og ráða skjólstæðingum sínum heilt án fordóma.



Hildur Thors

sérfræðingur í heimilislækningum, MPH.

Læknir offituteymis Reykjalundar

hildurth@REYKJALUNDUR.is

To live in a changed world

Hildur Thors
GP, MPH, Physician at Reykjalundur Obesity Clinic

doi.org/10.17992/lbl.2019.05.228

Heimildir

1. who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight - apríl 2019.
2. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. Lancet 2019; 393: 791-846.
3. Willett W, Rockström J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. Lancet 2019; 393: 447-92.

Geðheilsa ungs fólks

Á æviskeiði ungdómsáranna er grunnurinn lagður að framtíðinni. Þetta er mikilvægur tími þar sem fyrstu skrefin eru stigin inn í fullorðinsárin og hornsteinn lagður að sjálfstæðu lífi. Líkamleg heilsa er með besta móti en á sama tíma er sjúkdómsbyrði vegna geðsjúkdóma hvað mest. Þrír fjórðu alvarlegra geðsjúkdóma byrja fyrir 24 ára aldur.[1] Sjúkdómar eins og geðklofi, geðhvörf, kvíðasjúkdómar, vímuefnavandi og átraskanir. Oft og tíðum er um að ræða erfiða blöndu af fleiri en einum sjúkdómi.

Vísbendingar eru um að geðheilsu ungs fólks á Íslandi fari hrakandi, með vaxandi einkennum þunglyndis og kvíða.[2] Þetta er mikið áhyggjuefni fyrir okkur öll. Margt getur spilað inn í þessa mynd. Rannsóknir sýna að svefntími unglinga er styttri en áður.[3] Áskoranir ungs fólks hafa breyst mikið á síðustu árum, meðal annars með byltingu í samfélagsmiðlum og auknu álagi í skóla með styttingu framhaldsnáms. Vandamálið er að geðrænn vandi á þessu mikilvæga æviskeiði getur haft alvarlegar afleiðingar og varpað skugga langt inn í framtíð einstaklingsins og þeirra sem næst standa. Það er staðreynd að það að glíma við geðrænan vanda milli 18-25 ára aldurs tengist minni atvinnuþátttöku, lægri tekjum og verri félagslegri stöðu um þrítugt.[4]

Fátt er mikilvægara fyrir samfélag okkar en að efla geðheilsu okkar unga fólks. En einmitt þar sem heilbrigðiskerfið ætti að vera sterkast eru veikleikar. Þessir veikleikar kerfisins valda því að oft og tíðum gengur illa að mæta nægjanlega vel þörfum ungs fólks og þeirra nánustu.

Það má segja að ef til vill sé heilbrigðiskerfið okkar byggt á grunnkerfi vefrænna sjúkdóma. Aðalþunginn er á sjúkdómsbyrðina seinni hluta ævinnar. Of lítil áhersla er því lögð á heilsu ungs fólk því sjúkdómsbyrði þeirra er almennt lítil miðað við eldri hópinn þegar einblínt er á líkamlega heilsu. Hér gleymist geðheilsan. Frekari kerfisvandi er síðan innan sjálfrar geðheilbrigðisþjónustunnar. Á miðjum ungdómsárunum, við 18 ára aldur, eru skörp skil milli þjónustu við börn og unglinga annars vegar og fullorðna hins vegar. Flæðið yfir í fullorðinshluta geðheilbrigðiskerfisins gengur því miður oft treglega. Til að auka vandann enn frekar leitar ungt fólk sér síður aðstoðar vegna geðræns vanda og dettur frekar úr meðferð.[5]

Með öflugum forvörnum og viðeigandi úrræðum má bæta geðheilsu okkar unga fólks. Við þekkjum vel helstu áhættuþætti geðræns vanda, svo sem misnotkun og vanrækslu í æsku, áföll, fátækt, félagslega einangrun, erfiðleika í skóla, fíknivanda, mismunun og atvinnuleysi. Við þurfum íhlutanir sem miða að því að draga úr áhrifum þessara þátta, eins og fjallað er um í ársgamalli skýrslu starfshóps um aðgerðir til að fækka sjálfsvígum á Íslandi.[6] Þar er meðal annars bent á mikilvæga þætti eins og að efla uppvaxtarskilyrði barna, forvarnir og geðrækt í skólastarfi og á vinnustöðum og heilsueflandi samfélög. Í skýrslunni er einnig lögð áhersla á að efla úrræði í nærumhverfi, meðal annars með lágþröskuldaþjónustu.

Meðferðarúrræði sem í boði eru fyrir ungt fólk þurfa að vera sniðin að þörfum þess. Ungt fólk vill gott aðgengi að aðstoð þegar það þarf á henni að halda og samfellu í meðferð. Öruggt og jafnframt vinalegt en sveigjanlegt umhverfi þar sem meðferð byggist á samvinnu og virðingu.

En sem betur fer eru samfélagið og ráðamenn að hlusta. Margt gott er að gerast. Umræðan um geðrænan vanda er opnari og það hefur dregið úr fordómum. Byggð hefur verið upp öflug þjónusta við ungt fólk með geðrofssjúkdóma á Laugarásnum á geðsviði Landspítala. Fyrirhugað er að efla þjónustu við ungmenni með alvarlegan neysluvanda með aðkomu margra aðila, meðal annars Landspítala. Verið er að fjölga sálfræðingum á heilsugæslustöðvum og til stendur að auka þá þjónustu í framhaldsskólum. Með vorinu opnar Bergið Headspace á Suðurgötu í miðbæ Reykjavíkur. Þetta er stuðnings- og ráðgjafasetur fyrir ungt fólk að ástralskri fyrirmynd. Hér er að koma inn öflug starfsemi sem reynir að mæta þeirri þörf sem opinbera kerfið hefur ekki ráðið nógu vel við hingað til. Þessi starfsemi nýtur stuðnings ráðamanna og einkennist af samvinnu og von um að ná fyrr til unga fólksins og styðja það við að leysa úr sínum vanda. Þannig er leitast við að fyrirbyggja alvarleg veikindi síðar.

Góð geðheilsa á unglingsárunum leggur grunninn að heilbrigði í framtíðinni. Fyrst og fremst fyrir einstaklinginn og umhverfi hans, en ekki síður fyrir allt samfélagið. Það er því til mikils að vinna að fjárfesta í geðheilsu okkar unga fólks. Krafturinn og stuðningurinn sem einkennir þessi mál í samfélaginu þessa dagana er fagnaðarefni og gefur von til framtíðar.

Heimildir

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 593-602.
2. Ungt fólk 2018. Lýðheilsa ungs fólks í Reykjavík. Rannsóknir og greining 2018.
3. Twenge JM, Krizan Z, Hisler G. Decreases in self-reported sleep duration among U.S. adolescents 2009-2015 and association with new media screen time. Sleep Med 2017; 39: 47-53.
4. Gibb SJ, Fergusson DM, Horwood LJ. Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. Br J Psychiatry 2010; 197: 122-7.
5. Gulliver A, Griffiths MK, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC Psychiatry 2010; 10: 113.
6. Daníelsdóttir S. Aðgerðaráætlun til að fækka sjálfsvígum á Íslandi. Niðurstöður starfshóps, apríl 2018.



Nanna Briem

yfirlæknir á geðsviði Landspítala

nannabri@landspitali.is

Youth mental health

Nanna Briem, MD consultant psychiatrist, Department of Psychiatry, Landspitali University Hospital

doi.org/10.17992/lbl.2019.05.229

Snemmkominn árangur opinna ósæðarlokuskipta við ósæðarloku-þrengslum hjá konum á Íslandi

Anna Guðlaug Gunnarsdóttir[1]
Kristján Orri Víðisson[1]
Sindri Aron Viktorsson[2]
Árni Johnsen[1]
Daði Helgason[3]
Inga Lára Ingvarsdóttir[4]
Sólveig Helgadóttir[5]
Arnar Geirsson[6]
Tómas Guðbjartsson[1,2]

Höfundar eru öll læknar.

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]hjarta- og lungnaskurðdeild, [3]lyflækningasviði Landspítala, [4]svæfinga- og gjörgæsludeildum Sahlgrenska háskólasjúkrahússins í Gautaborg, [5]og Akademíska háskólasjúkrahússins í Uppsölum, [6]hjartaskurðdeild Yale-háskólasjúkrahússins, New Haven.

Fyrirspurnum svarar Tómas Guðbjartsson, *tomasgudbjartsson@hotmail.com*

ÁGRIP

Inngangur
Ósæðarlokuskipti er önnur algengasta hjartaskurðaðgerðin á Íslandi. Markmið rannsóknarinnar er að meta í fyrsta sinn á Íslandi snemmkominn árangur opinna ósæðarlokuskipta vegna ósæðarlokuþrengsla hjá konum.

Efniviður og aðferðir
Afturskyggn rannsókn á 428 sjúklingum sem gengust undir opin ósæðarlokuskipti vegna ósæðarlokuþrengsla á Íslandi 2002-2013. Upplýsingar fengust úr sjúkraskrám og voru skráðir fylgikvillar aðgerðar og farið var yfir hjartaómanir fyrir og eftir aðgerð. Forspárþættir dauða innan 30 daga voru metnir með lógistískri aðhvarfsgreiningu og heildarlifun áætluð (Kaplan-Meier). Miðgildi eftirfylgdartíma var 8,8 ár (0-16,5 ár).

Niðurstöður
Af 428 sjúklingum voru 151 konur (35,3%) og voru þær að meðaltali tveimur árum eldri en karlar (72,6 ± 9,4 ára á móti 70,4 ± 9,8, p=0,020). Einkenni fyrir aðgerð voru sambærileg milli kynja en konur höfðu marktækt hærra EuroSCORE II fyrir aðgerð (5,2 ± 8,8 á móti 3,2 ± 4,6, p=0,002). Hámarks-þrýstingsfall yfir ósæðarlokuna var hærra hjá konum (74,4 ± 29,3 mmHg á móti 68,0 ± 23,4 mmHg, p=0,013) en tíðni snemmkominna fylgikvilla, bæði minniháttar og alvarlegra, var sambærileg milli kynja líkt og 30 daga dánartíðni (8,6% á móti 4,0%, p=0,076) og 5 ára lifun (80,1% á móti 83,0% fyrir karla, p=0,49). Kvenkyn reyndist ekki vera forspárþáttur fyrir dauða innan 30 daga þegar leiðrétt var fyrir öðrum þekktum forspárþáttum dauða (ÁH: 1,54, 95%-ÖB: 0,63-3,77) svo sem aldri.

Ályktanir
Á Íslandi eru konur um þriðjungur þeirra sem gangast undir ósæðarlokuskipti vegna ósæðarlokuþrengsla. Þær eru rúmlega tveimur árum eldri en karlar þegar kemur að aðgerð og virðast hafa lengra gengin ósæðarlokuþrengsli. Tíðni fylgikvilla eftir aðgerð, 30 daga dánartíðni og langtímalifun var engu að síður sambærileg hjá kynjunum.

https://doi.org/10.17992/lbl.2019.05.230

Inngangur

Ósæðarlokuþrengsli (*aortic stenosis*) er algengasti lokusjúkdómurinn í fullorðnum á Vesturlöndum.[1] Algengi sjúkdómsins eykst með hækkandi aldri og hrjáir um 2,8% einstaklinga á aldrinum 60-74 ára en um 13% einstaklinga eldri en 75 ára.[2] Aldursbundin kölkun á eðlilegri þríblöðkuloku er algengasta orsök ósæðarlokuþrengsla í fullorðnum og greinist yfirleitt upp úr sextugu en einstaklingar með meðfædda tvíblöðkuloku (um 1-2% algengi) greinast fyrr á ævinni.[1,3]

Meingerð ósæðarlokuþrengsla er margþætt og flókin en lokublöðin þykkna og stífna vegna kölkunar. Þannig þrengist ósæðarlokan og til að viðhalda útstreymishlutfalli hjartans þykknar vinstri slegillinn, sem aftur eykur á súrefnisþörf vöðvans.[4-6] Algengustu einkenni ósæðarlokuþrengsla eru mæði, hjartaöng og yfirlið en auk þess geta hjartsláttartruflanir komið fyrir og jafnvel valdið skyndidauða.[6,7] Lyfjameðferð hefur lítil áhrif á gang sjúkdómsins[8] og þegar einkenna hjartabilunar verður vart versna lífslíkur einstaklinga hratt.[4] Hefðbundin meðferð er opin hjartaaðgerð þar sem lokunni er skipt út; ýmist fyrir ólífræna loku úr hertu kolefni eða lífræna loku úr svíni eða gollurshúsi kálfs.[9] Hér á landi eru ósæðarlokuskipti önnur algengasta opna hjartaaðgerðin á eftir kransæðahjáveitu.[10] Á síðustu árum hefur komið fram ný meðferð við ósæðarlokuþrengslum sem kallast ósæðarlokuísetning með þræðingartækni, eða TAVI (*transcatheter arotic valve implantion*), þar sem lífrænni loku er komið fyrir í ósæðarlokustað með þræðingartækni.[11] Nú er þessum ísetningum einkum beitt hjá sjúklingum þar sem áhætta við opna aðgerð er talin mikil, til dæmis hjá háöldruðum eða sjúklingum sem áður hafa gengist undir opna hjartaaðgerð.[12,13] Nýlegar slembirannsóknir á sjúklingum í miðlungs- til lágáhættuhópum hafa hins vegar sýnt svipaðan snemmkominn árangur og við opin ósæðarlokuskipti, en langtíma árangur TAVI-aðgerða er ekki jafn vel þekktur.[14-16]

Erlendis eru konur um 30-50% þeirra sem gangast undir ósæðarlokuskipti[17-24] og hafa flestar rannsóknir, en þó ekki allar, sýnt ívið hærri 30 daga dánartíðni borið saman við karla.[17-24] Á Íslandi hafa nokkrar rannsóknir verið gerðar á árangri ósæðarlokuskipta, einkum með áherslu á langtímalifun og fylgikvilla á borð

Tafla I. *Samanburður á sjúklingatengdum þáttum fyrir aðgerð. Fjöldi (%) fyrir flokkabreytur, meðaltal með +/- staðalfráviki fyrir normaldreifðar talnabreytur en miðgildi fyrir ónormaldreifðar talnabreytur.*

	Konur (n=151)	Karlar (n=277)	p-gildi
Aldur [ár]	72,6 ± 9,4	70,4 ± 9,8	0,020
Áhættuþættir			
Líkamsþyngdarstuðull [kg/m^2]	27,6 ± 4,8	27,7 ± 4,2	0,850
Saga um háþrýsting	113 (75,3)	187 (67,8)	0,127
Saga um sykursýki	18 (11,9)	45 (16,4)	0,268
Saga um blóðfituröskun	59 (39,1)	141 (51,6)	0,017
Saga um langvinna lungnateppu	16 (10,6)	18 (6,6)	0,205
Fjölskyldusaga um hjarta- og æðasjúkdóma	52 (36,1)	83 (31,4)	0,396
Saga um reykingar	87 (58,8)	191 (69,7)	0,031
Núverandi reykingar	22 (14,9)	39 (14,2)	0,975
Meðfædd tvíblöðkuloka	33 (22,4)	81 (30,2)	0,114
Áætlaður gaukulsíunarhraði			
>60 mL/min./1,73m^2	72 (50,3)	214 (79,0)	<0,001
30-60 mL/min./1,73m^2	67 (46,9)	52 (19,2)	<0,001
<30 mL/min./1,73m^2	4 (2,8)	5 (1,8)	0,780
Euroscore II (meðaltal ± staðalfrávik)	5,19 ± 8,82	3,21 ± 4,60	0,002
(miðgildi (bil))	2,43 (0,67-80,58)	2,03 (0,50-48,87)	0,001
Fyrri saga um hjartasjúkdóma			
Hjartaáfall	14 (9,3)	41 (14,9)	0,131
Kransæðavíkkun	21 (13,9)	55 (19,9)	0,155
Hjartabilun	42 (27,8)	46 (16,7)	0,009
Hjartsláttartruflanir	40 (26,5)	72 (26,1)	1,000
Einkenni fyrir aðgerð			
Mæði	134 (88,7)	234 (84,5)	0,285
Hjartaöng	71 (47,0)	157 (56,7)	0,070
Yfirlið	26 (17,2)	36 (13,0)	0,297
Án einkenna	4 (2,6)	9 (3,2)	0,959
NYHA-flokkur III eða IV	96 (63,6)	158 (57,0)	0,225
CCS-flokkur III eða IV	40 (26,8)	85 (31,6)	0,365
Ómskoðun fyrir aðgerð			
Hámarksþrýstingsfall yfir ósæðarloku [mmHg]	74,4 ± 29,3	68,0 ± 23,4	0,013
Flatarmál lokuops [cm^2]	0,60 (0,28-1,50)	0,70 (0,20-2,00)	<0,001
Flatarmál lokuops/heildar-líkamsyfirborð [cm^2/m^2]	0,32 (0,15-0,76)	0,34 (0,12-0,89)	0,112
Þvermál ósæðarrótar [cm]	3,1 ± 0,5	3,5 ± 0,5	<0,001
Útfallsbrot vinstri slegils [%]	60 (20-75)	60 (10-77)	0,185
Útfallsbrot vinstri slegils <35%	4 (2,7)	10 (3,7)	0,814
Þykkt á bakvegg vinstra slegils [cm]	1,25 ± 0,25	1,30 ± 0,25	0,183
Þykkt sleglaskiptar [cm]	1,38 ± 0,31	1,43 ± 0,29	0,289
Vídd vinstri slegils í þanbili [cm]	4,54 ± 0,56	5,21 ± 0,81	<0,001
Leki við ósæðarloku	19 (18,3)	44 (21,1)	0,668

við bráðan nýrnaskaða.[25-27] Afdrif kvenna hafa hins vegar ekki verið rannsökuð sérstaklega og er markmið þessarar rannsóknar að bæta úr því með áherslu á snemmkomna fylgikvilla og 30 daga dánartíðni.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og náði til allra þeirra sjúklinga sem gengust undir opin ósæðarlokuskipti vegna ósæðarlokuþrengsla á Íslandi frá 1. janúar 2002 til 31. desember 2013. Listi yfir sjúklinga var fenginn úr tveimur aðskildum skrám, annars vegar úr sjúklingabókhaldi Landspítala þar sem leitað var að aðgerðarnúmerum fyrir ósæðarlokuskipti (FMD00 og FMD10) og hins vegar úr gagnagrunni hjarta- og lungnaskurðdeildar Landspítala.

Alls gengust 526 einstaklingar undir ósæðarlokuskipti á tímabilinu. Útilokaður var 51 sjúklingur þar sem aðalábending aðgerðar var lokuleki eða hjartaþelsbólga, 35 einstaklingar sem áður höfðu gengist undir hjartaaðgerð og 12 sjúklingar þar sem gögn vantaði. Eftir voru 428 sjúklingar sem mynduðu rannsóknarþýðið.

Upplýsingar fengust úr sjúkraskrám og aðgerðarlýsingum. Skráðar voru yfir 130 breytur fyrir hvern sjúkling, þar á meðal aldur, kyn, einkenni fyrir aðgerð, niðurstöður hjartaómana fyrir og eftir aðgerð, áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma og fylgikvillar eftir aðgerð. Farið var yfir heilsufarssögu sjúklinganna og skráð hvort saga var um hjartaáfall, hjartabilun, sykursýki, háþrýsting og/eða blóðfituröskun. Nýrnastarfsemi var metin fyrir hvern sjúkling með Cockcroft-Gault jöfnunni sem gefur áætlaðan gaukulsíunarhraða (GSH, *estimated glomerular filtration rate*) þar sem vægt skert nýrnastarfsemi var skilgreind sem áætlaður GSH 30-60mL/mín./1,73m^2 en verulega skert ef hann var <30mL/mín./1,73m^2. Einkenni hjartabilunar voru metin eftir NYHA-staðlinum (New York Heart Association)[28] og einkenni hjartaangar eftir CCS-staðlinum (Canadian Cardiovascular Society).[29] Þá var EuroSCORE II reiknað fyrir alla sjúklinga, en það metur dánarlíkur innan 30 daga eftir hjartaaðgerð.[30] Loks var skráð hvort um bráða- eða valaðgerð var að ræða og hvort kransæðasjúkdómur var til staðar.

Upplýsingar úr aðgerð, svo sem aðgerðartími, tími á hjarta- og lungnavél og tangartími, voru skráðar í mínútum. Einnig var skráð tegund og stærð ígræddrar loku og hvort önnur aðgerð var framkvæmd samtímis, til dæmis kransæðahjáveituaðgerð, aðgerð á míturloku eða MAZE-aðgerð við gáttatifi. Úr niðurstöðum

Tafla II. *Samanburður á aðgerðartengdum þáttum. Fjöldi (%) fyrir flokkabreytur, meðaltal með +/- staðalfráviki fyrir normaldreifðar talnabreytur en miðgildi fyrir ónormaldreifðar talnabreytur.*

	Konur (n=151)	Karlar (n=277)	p-gildi
Lokugerð			0,896
Ólífræn	23 (15,2)	47 (17,0)	
Lífræn án grindar	73 (48,3)	132 (47,7)	
Lífræn með grind	55 (36,4)	98 (35,4)	
Stærð ígræddrar loku [mm]	23,40 ± 1,90	25,85 ± 1,90	<0,001
Aðgerðartengdir þættir			
Bráðaaðgerð	16 (10,6)	44 (15,9)	0,174
Aðgerðartími [mín]	250 (135-1645)	262 (124-770)	0,318
Vélartími [mín]	156 ± 60	157 ± 46	0,836
Tangartími [mín]	110 ± 36	116 ± 34	0,104
Lægsti hiti [°C]	34,8 (31,4-36,2)	34,9 (31,5-37,1)	0,448
Samhliða aðgerðir			
Kransæðahjáveita	65 (43,0)	176 (63,5)	<0,001
Aðgerð á míturloku	10 (6,6)	10 (3,6)	0,241
MAZE-aðgerð	11 (7,3)	23 (8,3)	0,853
Önnur aðgerð	25 (16,6)	46 (16,6)	1,000

hjartaómskoðana sem gerðar voru fyrir aðgerð og 5-7 dögum eftir aðgerð voru skráðar 11 breytur, þar á meðal útfallsbrot vinstri slegils, þykkt og stærð vinstri slegils í þanbili í cm og hvort leki var til staðar í eða meðfram ígræddu lokunni. Þá var einnig skráður hámarks- og meðalþrýstingsfall yfir lokuna í mmHg og stærð lokuopsins (*effective orifice area)* í cm^2 sem einnig var staðlað eftir líkamsyfirborði sjúklings í m^2. Þar sem upplýsingar um meðalþrýstingsfall vantaði oft í niðurstöður hjartaómskoðana var ekki hægt að birta þær mælingar, hvorki fyrir né eftir aðgerð.

Snemmkomnir fylgikvillar eftir aðgerð voru ýtarlega skráðir. Miðað var við 30 daga frá aðgerðinni og kvillunum skipt í minniháttar og alvarlega fylgikvilla. Minniháttar fylgikvillar voru nýtilkomið gáttatif, afturkræf blóðþurrð í heila, fleiðruvökvi sem þarfnaðist aftöppunar, minniháttar sýkingar á borð við yfirborðssýkingar í skurðsári, þvagfærasýking og lungnabólga, og bráður nýrnaskaði sem ekki krafðist nýrnaskilunar. Nýrnaskaði var skilgreindur samkvæmt RIFLE-greiningarskilmerkjum, það er að minnsta kosti 1,5-föld hækkun á kreatíníngildi þar sem miðað var við hæsta kreatíníngildi sjúklings fyrstu 7 daga eftir aðgerðina og það borið saman við grunngildi fyrir aðgerð.[31] Alvarlegir fylgikvillar voru alvarlegar sýkingar svo sem miðmætisbólga og hjartaþelsbólga, nýrnaskaði sem krafðist nýrnaskilunar, bringubeinslos, óafturkræf blóðþurrð í heila, fjöllíffærabilun og hjartadrep skilgreint sem einangraðar ST-breytingar eða nýtilkomið vinstra greinrof á hjartalínuriti með CK-MB hækkun >70mg/L. Einnig voru enduraðgerðir vegna blæðingar flokkaðar með alvarlegum fylgikvillum. Magn blæðingar í brjóstholskera fyrstu 24 klukkustundirnar eftir aðgerðina var skráð í mL ásamt fjölda eininga af rauðblóðkornaþykkni sem gefnar voru í sömu sjúkrahúslegu. Legutími sjúklinga var skráður í heilum dögum, bæði á gjörgæslu og heildarlegutími. Loks var skráður dánardagur þegar við átti.

Sjúklingum var fylgt eftir til 1. september 2018 eða fram að dánardegi. Miðgildi eftirlitstímans var 8,8 ár (bil 0-16 ár og 6 mánuðir). Samtals tók eftirfylgd til 3337 sjúklingaára.

Breytur voru skráðar í tölvuforritið Excel (Microsoft Corp., Redmond, WA). Tölfræði var unnin í tölfræðiforritinu R, útgáfu 3.4.2 (R Foundation for Statistical Computing, 2017). Flokkabreytur voru bornar saman með kí-kvaðrat prófi eða, ef tilfelli voru fá, Fischer-exact prófi. Talnabreytur voru bornar saman með t-prófi ef þær voru normaldreifðar, annars með Wilcox-prófi. Kynjahlutfall yfir tímabilin var reiknað með lógistískri aðhvarfsgreiningu (*logistic regression*). Marktækni miðaðist við p-gildi <0,05. Heildarlifun (*overall survival*) var metin með aðferð Kaplan-Meier og log-rank-próf notað til að meta marktækan mun milli kynja. Athugað var hvort kvenkyn væri forspárþáttur dauða innan 30 daga með lógistísku aðhvarfsgreiningarlíkani. Í lokalíkaninu var leiðrétt fyrir þekktum áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma, svo sem aldri, en einnig EuroSCORE II. Einnig var næmisgreining gerð með flóknara líkani af fjölþátta lógistískri aðhvarfsgreiningu þar sem teknar voru þær breytur sem sýndu marktæka fylgni við dauða innan 30 daga í einþátta greiningu, skilgreint sem p<0,1, og módelið einfaldað með þrepavali (*stepwise regression*). Breytur þar sem gildi vantaði voru hermdar (*imputed)* með fjölhermun með keðjuðum jöfnum (*multiple imputation by chained equations, MICE).*

Áður en rannsókn hófst lágu fyrir öll tilskilin leyfi frá vísindasiðanefnd (nr. 10-009-V4), Persónuvernd og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala.

Niðurstöður

Af 428 sjúklingum voru 151 kona (35,3%) og 277 karlar (64,7%) og hélst kynjahlutfallið svipað á rannsóknartímabilinu (p=0,166). Konur voru marktækt eldri en karlar og var meðalaldur þeirra 72,6 ár borið saman við 70,4 ár fyrir karla (p=0,02). Samanburður á áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma og helstu áhættuþáttum ósæðarlokuþrengsla fyrir bæði kyn er sýndur í töflu I. Hóparnir voru nokkuð sambærilegir nema hvað konur voru líklegri til að hafa vægt skerta nýrnastarfsemi fyrir aðgerð (46,9% fyrir konur 19,2% karla, p<0,001) og fyrri sögu um hjartabilun (27,8% fyrir konur 16,7% karla, p=0,009). Þá voru karlar marktækt líklegri til að hafa sögu um blóðfituröskun (51,6% á móti 39,1% kvenna, p=0,017) og reykingar (69,7% á móti 58,8% kvenna, p=0,031). Líkamsþyngdarstuðull (LÞS) reyndist sambærilegur milli hópa (27,6 ± 4,8 kg/m^2 fyrir konur á móti 27,7 ± 4,2 kg/m^2 fyrir karla, p=0,850) sem og hlutfall sjúklinga með meðfædda tvíblöðkuloku (22,4% fyrir konur, 30,2% fyrir karla, p=0,114). Mæði var langalgengasta einkenni fyrir aðgerð hjá báðum kynjum (88,7% fyrir konur, 84,5% fyrir karla, p=0,285) og hlutfall einstaklinga með alvarlega mæði í NYHA-flokki III eða IV var sambærilegt (63,6% fyrir konur, 57,0% karla, p=0,225). Þrettán sjúklingar (3,0%) voru einkennalausir fyrir aðgerð og fannst þar ekki marktækur munur á kynjum (2,6% kvenna, 3,2% karla, p=0,959). Konur reyndust hins vegar með marktækt hærra EuroSCORE II, eða að meðaltali 5,2 borið saman við 3,2 fyrir karla (p=0,002).

Helstu niðurstöður hjartaómskoðana fyrir aðgerð eru sýndar í töflu I. Útfallsbrot vinstri slegils var sambærilegt milli kynja en einnig fjöldi sjúklinga með útfallsbrot undir 35% (2,7% kvenna

Tafla III. *Samanburður á fylgikvillum eftir aðgerð og öðrum þáttum tengdum legunni eftir aðgerð. Fjöldi (%) fyrir flokkabreytur, meðaltal með +/- staðalfráviki fyrir normaldreifðar talnabreytur en miðgildi fyrir ónormaldreifðar talnabreytur.*

	Konur (n=151)	Karlar (n=277)	p-gildi
Minniháttar fylgikvillar	106 (72,6)	183 (66,5)	0,244
Nýtilkomið gáttatif	79 (63,7)	148 (62,2)	0,865
Afturkræf blóðþurrð í heila	1 (0,7)	8 (2,9)	0,238
Fleiðruvökvi	27 (17,9)	31 (11,2)	0,077
Nýrnaskaði án skilunar	29 (20,3)	37 (13,7)	0,107
Yfirborðssýking	14 (9,3)	24 (8,7)	0,973
Þvagfærasýking	24 (15,9)	17 (6,2)	0,002
Lungnabólga	11 (7,3)	37 (13,4)	0,079
Alvarlegir fylgikvillar	45 (29,8)	80 (29,1)	0,966
Hjartaáfall	17 (11,3)	36 (13,0)	0,713
Miðmætisbólga	0 (0,0)	4 (1,5)	0,335
Hjartaþelsbólga	0 (0,0)	2 (0,7)	0,757
Nýrnaskaði sem krafðist skilunar	10 (6,6)	8 (2,9)	0,116
Heilablóðfall	2 (1,3)	5 (1,8)	1,000
Fjöllíffærabilun	19 (12,6)	19 (6,9)	0,074
Enduraðgerð <30 daga	31 (20,5)	52 (18,8)	0,769
Þar af vegna blæðingar	26 (17,2)	36 (13,0)	0,304
Annað			
Blæðing fyrsta sólarhring [mL]	730 (90-6240)	848 (130-5340)	0,017
Gjöf rauðkornaþykknis [ein]	5 (0-214)	4 (0-46)	0,001
Lega á gjörgæslu [dagar]	1 (0-107)	1 (1-80)	0,110
Lega á sjúkrahúsi [dagar]	13 (0-143)	10 (1-207)	0,022
30 daga dánartíðni	13 (8,6)	11 (4,0)	0,076

3,7% karla, p=0,814). Hámarksþrýstingsfall yfir ósæðarlokuna fyrir aðgerð var hins vegar hærra hjá konum, eða 74,4 ± 29,3 mmHg borið saman við 68,0 ± 23,4 mmHg hjá körlum, p=0,013. Lokuop kvenna reyndist einnig minna (0,60 (0,28-1,50) cm^2 á móti 0,70 (0,20-2,00) cm^2 hjá körlum, p<0,001) en munurinn var ekki marktækur eftir að leiðrétt var fyrir líkamsyfirborði (0,32 (0,15-0,76) cm^2/m^2 á móti 0,34 (0,12-0,89) cm^2/m^2 hjá körlum, p=0,112).

Samanburður aðgerðartengdra þátta er sýndur í töflu II. Aðgerðar-, vélar- og tangartímar voru áþekkir fyrir karla og konur sem og hlutfall ígræddra ólífrænna og lífrænna lokna. Alls fengu 70 einstaklingar (16,4%) ígrædda ólífræna loku og 358 (83,6%) lífræna loku; þar af 205 (47,9%) lífræna loku án grindar og 153 (35,7%) með grind. Lokur sem græddar voru í konur voru að meðaltali minni en karlalokurnar, eða 23,4 ± 1,9 mm borið saman við 25,9 ± 1,9 mm (p<0,001). Kransæðahjáveita samhliða ósæðarlokuskiptum var gerð hjá 241 sjúklingi (56,3%); 43,0% kvenna og 63,5% karla (p<0,001). Ekki reyndist marktækur munur á milli kynja þegar skoðaðar voru aðrar fylgiaðgerðir ósæðarlokuskipta (p>0,2), en míturlokuaðgerð var gerð samhliða hjá 20 einstaklingum (4,7%),

Tafla IV. *Sjálfstæðir forspárþættir 30 daga dánartíðni, ákvarðaðir með lógístískri aðhvarfsgreiningu.*

	ÁH	95% ÖB	p-gildi
Aldur	1,10	1,03-1,19	0,008
Euroscore II	1,07	1,03-1,12	0,002
Kvenkyn	1,54	0,63-3,77	0,338

ÁH = áhættuhlutfall. ÖB = öryggisbil.

MAZE-aðgerð hjá 34 einstaklingum (4,7%) og annars konar hjartaaðgerð hjá 71 einstaklingi (16,6%).

Snemmkomnir fylgikvillar eru sýndir í töflu III. Alls fengu 289 sjúklingar einhvern minniháttar fylgikvilla (67,5%) og fengu konur marktækt oftar þvagfærasýkingu (15,9% á móti 6,2% karla, p=0,002) en aðrir minniháttar fylgikvillar reyndust sambærilegir milli kynja. Samtals greindust 125 sjúklingar (29,2%) með einhvern alvarlegan fylgikvilla innan 30 daga frá aðgerð en ekki reyndist marktækur munur milli kynja (29,8% kvenna á móti 29,1% karla, p=0,966). Á fyrsta sólarhring eftir aðgerð var blæðing í brjóstholskera minni hjá konum eða 730 mL (bil 90-6240 mL) borið saman við 848 mL (bil 130-5340mL) (p=0,017). Konur fengu hins vegar fleiri einingar af rauðkornaþykkni í legunni (5 á móti fjórum einingum hjá körlum, p=0,001). Miðgildi heildarlegutíma var 13 dagar fyrir konur en 10 dagar fyrir karla (p=0,022) (tafla III).

Þrjátíu dögum frá aðgerð höfðu 24 einstaklingar látist (5,6%); 13 konur af 151 (8,6%) og 11 karlar af 277 (4,0%). Munurinn reyndist ekki marktækur (p=0,076).

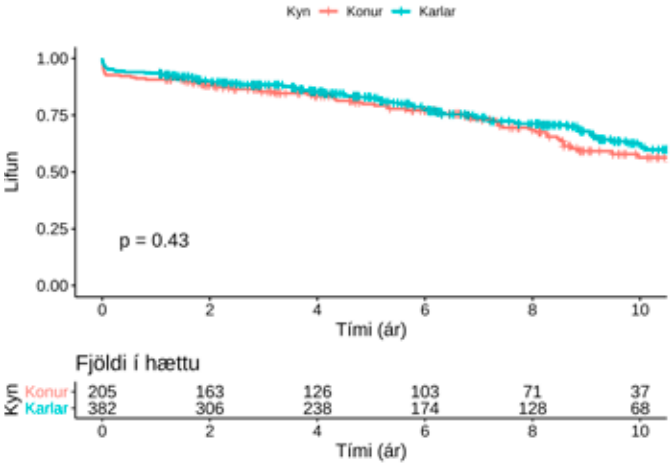
Í fjölþátta aðhvarfsgreiningu reyndist kvenkyn ekki marktækur forspárþáttur aukinnar 30 daga dánartíðni þegar leiðrétt hafði verið fyrir aldri og EuroSCORE II (tafla IV). Þar sem aldur og kyn eru hluti af EuroSCORE II var til næmisgreiningar gert annað áhættulíkan sem innihélt marktækar breytur úr einþátta greiningu aðrar en EuroSCORE II, þar með talið kvenkyn. Þar reyndist kyn heldur ekki spá fyrir um 30 daga dánartíðni (niðurstöður ekki sýndar).

Langtímalifun karla og kvenna eftir ósæðarlokuskipti er sýnd á mynd 1. Einu ári frá aðgerð var heildarlifun kvenna 89,4% (95%-ÖB: 84,6-94,5) og 93,9% (95%-ÖB: 91,1-96,7) fyrir karla og 5 árum frá aðgerð 80,1% (95%-ÖB: 74,0-86,7) meðal kvenna og 83,0% (95%-ÖB: 78,7-87,5) meðal karla (log-rank-próf p=0,49).

Umræða

Í þessari afturskyggnu rannsókn var borinn saman snemmkominn árangur 151 konu og 277 karla sem gengust undir opin ósæðarlokuskipti vegna ósæðarlokuþrengsla. Í ljós kom að heildartíðni snemmkominna fylgikvilla reyndist sambærileg fyrir bæði kyn og ekki reyndist marktækur munur á 30 daga dánartíðni sem var 5,6% fyrir hópinn í heild (8,6% fyrir konur og 4% fyrir karla). Svipaðri dánartíðni fyrir konur hefur verið lýst í erlendum rannsóknum, og allt að 11%,[17] þótt í flestum rannsóknum sé hún nær 3-6%.[18-23]

Hér á landi eru konur rúmur þriðjungur (35,3%) þeirra sem gangast undir lokuskipti vegna ósæðarlokuþrengsla. Svipuðu hlutfalli hefur verið lýst erlendis[17,18,21,22] þótt sumar rannsóknir sýni allt að 40-47% hlutfall kvenna.[19,20,23,24] Ástæða lægra hlutfalls kvenna hér á landi er ekki augljós en erlendis hafa rannsóknir



Mynd 1. *Kaplan-Meier-graf sem sýnir heildarlifun sjúklinga eftir aðgerð.*

sýnt að konum sé síður vísað í hjartaaðgerðir sökum óljósra einkenna.[32,33] Konur þróa einnig síðar með sér kransæðasjúkdóm miðað við karla,[34] sem endurspeglast í rannsókn okkar, en þrátt fyrir hærri aldur gengust færri konur undir kransæðahjáveitu samtímis lokuskiptum. Af sömu ástæðu var EuroSCORE II kvenna fyrir aðgerð marktækt hærra, en karla en kvenkyn og aldur eru sjálfstæðir forspárþættir í þessu spálíkani.[19,20,35]

Lokuflatarmál fyrir aðgerð var marktækt minna hjá konum fyrir aðgerð en sambærilegt þegar leiðrétt var fyrir heildar-líkamsyfirborði einstaklingsins. Hjartaómskoðun fyrir aðgerð sýndi hins vegar að konur voru með hærra þrýstingsfall yfir lokuna. Þetta bendir til alvarlegri ósæðarlokuþrengsla hjá konum. Í flestum erlendum rannsóknum hafa konur sömuleiðis lengra genginn sjúkdóm og alvarlegri einkenni.[20,36] Ekki sást þó munur á einkennum fyrir aðgerð hjá körlum og konum en hafa ber í huga að rannsóknin var aftursýn sem erfiðar mat á alvarleika einkenna en miðað við framskyggna rannsókn.

Ígræddar lokur voru sambærilegar fyrir bæði kyn en í 83,6% tilfella var notast við lífrænar lokur og voru 57% þeirra án grindar. Eins og búast mátti við fengu konur marktækt minni lokur en karlar, enda ósæðarrót þeirra minni. Tangar- og vélartími reyndist sambærilegur milli kynja þrátt fyrir hærra hlutfall kransæðahjáveitu hjá körlum. Þetta gæti skýrst af þrengri ósæðarrót kvenna sem oft gerir lokuskiptin tæknilega erfiðari.

Tíðni alvarlegra fylgikvilla var sambærileg milli kynja og sama átti við um minniháttar fylgikvilla. Þó höfðu konur hærri tíðni þvagfærasýkinga, enda eru þær almennt næmari fyrir þvagfærasýkingum.[37] Konur fengu einnig fleiri einingar af rauðkornaþykkni í legunni þrátt fyrir að blæða marktækt minna í brjóstholskera en karlar. Almennt eru konur með lægri blóðrauða fyrir aðgerð en karlar og virðist sem blóðgjöf sé oft ákveðin út frá blóðrauðagildi sem ekki tekur tillit til þessa mismunar, en rannsóknir hafa sýnt að tíðni blóðgjafa hjá konum er yfirleitt hærri en hjá körlum eftir aðgerðir.[38] Tíðni heilablóðfalls innan 30 daga frá aðgerð reyndist lægri hér (1,6%) en í erlendum rannsóknum (um 2,5%).[23] Tíðni nýtilkomins gáttatifs reyndist hins vegar hærri, bæði fyrir karla og konur, eða í kringum 63% (á móti um 42% erlendis).[39] Hárri tíðni gáttatifs eftir opnar hjartaaðgerðir á Íslandi hefur áður verið lýst og er skýringin ekki þekkt.[40] Sama á við um tíðni enduraðgerða vegna blæðinga sem reynist mun hærri hér á landi (14,5%) en í erlendum rannsóknum (2-3%).[41,42] Loks lágu konur lengur inni á spítala en karlar en ekki var þó munur á legutíma á gjörgæsludeild eftir aðgerð. Huganlega getur þessi munur að einhverju leyti skýrst af hærri aldri, en sennilega koma þó fleiri þættir við sögu, enda aldursmunurinn aðeins tvö ár.

Fjölþáttaaðhvarfsgreining leiddi í ljós að kvenkyn reyndist ekki forspárþáttur 30 daga dánartíðni eftir að leiðrétt hafði verið fyrir helstu áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma, aldri og EuroSCORE II. Þá reyndist kvenkyn ekki heldur forspárþáttur í flóknara fjölþáttalíkani sem gert var til næmisgreiningar. Niðurstöður okkar eru sambærilegar sumum erlendum rannsóknum[1,7,20,43] en þó ekki öllum. Sumar þeirra sýna kvenkyn sem sjálfstæðan forspárþátt hærri 30 daga dánartíðni.[18,22,36] Í þessu sambandi ber þó að hafa í huga að hugsanlega var rannsóknarþýðið of lítið til að sýna fram á marktækan mun á 30 daga dánartíðni (hætta á tölfræðilegri villu af gerð 2).

Þótt rannsóknin hafi ekki beinst að langtímaárangri var reiknuð langtímalifun fyrir bæði kyn og reyndist hún sambærileg fyrir konur og karla. Lifunartölur okkar eru í stórum dráttum sambærilegar við rannsókn frá árinu 2010[36] og fyrri rannsóknir af Landspítala.[26,44]

Styrkleiki þessarar rannsóknar er að hún nær til alla sjúklinga heillar þjóðar sem gengust undir fyrstu ósæðarlokuskipti sín vegna þrengsla, og spannar 12 ár. Notaðar voru tvær aðskildar skrár til að finna sjúklingahópinn sem minnkar líkur á því að einhverjir sjúklingar hafi ekki verið teknir með í rannsóknina. Helsti veikleiki rannsóknarinnar er að hún er afturskyggn og upplýsingar fyrir aðgerð, svo sem áhættuþættir og einkenni, eru ekki eins nákvæmar og ef hún hefði verið framskyggn. Rannsóknarþýðið var heldur ekki nægilega stórt til að bera saman sjaldgæfa fylgikvilla og hugsanlegt að fyrir einhverja þeirra sæist marktækur munur ef sjúklingahópurinn hefði verið stærri.

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að konur eru rúmur þriðjungur þeirra sem gangast undir opin ósæðarlokuskipti á Íslandi. Þær eru eldri en karlar þegar kemur að aðgerð og virðast vera með alvarlegri lokusjúkdóm. Engu að síður er heildartíðni snemmkominna fylgikvilla sambærileg fyrir bæði kyn, sem og 30 daga dánartíðni og langtímalifun. Kvenkyn reyndist ekki sjálfstæður forspárþáttur fyrir dauða innan 30 daga frá aðgerð.

Þakkir

Við þökkum Gunnhildi Jóhannsdóttur, skrifstofustjóra á skurðsviði Landspítala, fyrir hjálp við gagnaöflun.

Heimildir

1. Iung B, Baron G, Tornos P, Gohlke-Barwolf C, Butchart EG, Vahanian A. Valvular heart disease in the community: a European experience. Curr Probl Cardiol 2007; 32: 609-61.
2. De Sciscio P, Brubert J, De Sciscio M, Serrani M, Stasiak J, Moggridge GD. Quantifying the Shift Toward Transcatheter Aortic Valve Replacement in Low-Risk Patients: A Meta-Analysis. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2017; 10.
3. Braverman AC, Guven H, Beardslee MA, Makan M, Kates AM, Moon MR. The bicuspid aortic valve. Curr Probl Cardiol 2005; 30: 470-522.
4. Carabello BA, Paulus WJ. Aortic stenosis. Lancet 2009; 373: 956-66.
5. Faggiano P, Aurigemma GP, Rusconi C, Gaasch WH. Progression of valvular aortic stenosis in adults: literature review and clinical implications. Am Heart J 1996; 132 (2 Pt 1): 408-17.
6. Ross J, Jr., Braunwald E. Aortic stenosis. Circulation 1968; 38 (1 Suppl): 61-7.
7. Kelly TA, Rothbart RM, Cooper CM, Kaiser DL, Smucker ML, Gibson RS. Comparison of outcome of asymptomatic to symptomatic patients older than 20 years of age with valvular aortic stenosis. Am J Cardiol 1988; 61: 123-30.
8. Zhao Y, Nicoll R, He YH, Henein MY. The effect of statins on valve function and calcification in aortic stenosis: A meta-analysis. Atherosclerosis 2016; 246: 318-24.
9. Emery RW EA, Knutsen A, Raikar GV. Aortic Valve Replacement with a Mechanical Cardiac Valve Prosthesis. 3 ed. Cohn LH, editor. The McGraw-Hill Company, New York 2008.
10. Arnórsson Þ TB, Ólafsson G, Alfreðsson H, Jóhannsson KB, Guðbjartsson T. Hjartaskurðlækningar á Íslandi í 20 ár. Læknablaðið 2007; 4: 320.
11. Cribier A, Eltchaninoff H, Bash A, Borenstein N, Tron C, Bauer F, et al. Percutaneous transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis: first human case description. Circulation 2002; 106: 3006-8.
12. Smith CR, Leon MB, Mack MJ, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, et al. Transcatheter versus surgical aortic--valve replacement in high-risk patients. N Engl J Med 2011; 364: 2187-98.
13. Eggebrecht H, Mehta RH. Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) in Germany 2008-2014: on its way to standard therapy for aortic valve stenosis in the elderly? EuroIntervention 2016; 11: 1029-33.
14. Reardon MJ, Van Mieghem NM, Popma JJ, Kleiman NS, Sondergaard L, Mumtaz M, et al. Surgical or Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. N Engl J Med 2017; 376: 1321-31.
15. Leon MB, Smith CR, Mack MJ, Makkar RR, Svensson LG, Kodali SK, et al. Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. N Engl J Med 2016; 374: 1609-20.
16. Zhou Y, Wang Y, Wu Y, Zhu J. Transcatheter versus surgical aortic valve replacement in low to intermediate risk patients: A meta-analysis of randomized and observational studies. Int J Cardiol 2017; 228: 723-8.
17. Roedler S, Neuhauser J, Sodeck G, Dziodzio T, Juraszek A, Zimpfer D, et al. Gender-related differences in patients undergoing mechanical aortic valve replacement with the CarboMedics valve. J Cardiovasc Surg (Torino) 2011; 52: 887-94.
18. Saxena A, Poh CL, Dinh DT, Reid CM, Smith JA, Shardey GC, et al. Does patient gender affect outcomes after concomitant coronary artery bypass graft and aortic valve replacement? An Australian Society of Cardiac and Thoracic Surgeons Database study. Cardiology 2011; 119: 116-23.
19. Heinze G, Christ T, Leonards CO, Dohmen PM, Konertz W. Risk and Outcome of Aortic Valve Surgery in the Transcatheter Valve Era: The Gender Aspect. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2015; 21: 446-51.
20. Elhmidi Y, Piazza N, Mazzitelli D, Wottke M, Lange R, Bleiziffer S. Sex-related differences in 2197 patients undergoing isolated surgical aortic valve replacement. J Card Surg 2014; 29: 772-8.
21. Chaker Z, Badhwar V, Alqahtani F, Aljohani S, Zack CJ, Holmes DR, et al. Sex Differences in the Utilization and Outcomes of Surgical Aortic Valve Replacement for Severe Aortic Stenosis. J Am Heart Assoc 2017; 6.
22. Duncan AI, Lin J, Koch CG, Gillinov AM, Xu M, Starr NJ. The impact of gender on in-hospital mortality and morbidity after isolated aortic valve replacement. Anesth Analg 2006; 103: 800-8.
23. Stamou SC, Robich M, Wolf RE, Lovett A, Normand SL, Sellke FW. Effects of gender and ethnicity on outcomes after aortic valve replacement. J Thorac Cardiovasc Surg 2012; 144: 486-92.
24. Aranki SF, Rizzo RJ, Couper GS, Adams DH, Collins JJ, Jr., Gildea JS, et al. Aortic valve replacement in the elderly. Effect of gender and coronary artery disease on operative mortality. Circulation 1993; 88 (5 Pt 2): II17-23.
25. Helgason D, Helgadottir S, Viktorsson SA, Orrason AW, Ingvarsdottir IL, Geirsson A, et al. Acute kidney injury and outcome following aortic valve replacement for aortic stenosis. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2016; 23: 266-72.
26. Ingvarsdóttir IL, Viktorsson SA, Hreinsson K, Sigurðsson MI, Helgadóttir S, Arnórsson P, et al. Lokuskipti vegna ósæðarlokuþrengsla á Íslandi 2002-2006: Ábendingar og snemmkomnir fylgikvillar. Læknablaðið 2011; 97: 523-7.
27. Viktorsson SA, Ingvarsdóttir IL, Hreinsson K, Sigurðsson MI, Helgadóttir S, Arnórsson P, et al. Lokuskipti vegna ósæðarlokuþrengsla á Íslandi 2002-2006: Langtímafylgikvillar og lifun. Læknablaðið 2011; 97: 591-5.
28. Fisher JD. New York Heart Association Classification. Arch Intern Med 1972; 129: 836.
29. Smith ER. The angina grading system of the Canadian Cardiovascular Society. Can J Cardiol 2002; 18: 439, 42.
30. Nashef SA, Roques F, Sharples LD, Nilsson J, Smith C, Goldstone AR, et al. EuroSCORE II. Eur J Cardiothorac Surg 2012; 41: 734-44; discussion 44-5.
31. Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Mehta RL, Palevsky P, Acute Dialysis Quality Initiative w. Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Crit Care 2004; 8: R204-12.
32. Hartzell M, Malhotra R, Yared K, Rosenfield HR, Walker JD, Wood MJ. Effect of gender on treatment and outcomes in severe aortic stenosis. Am J Cardiol 2011; 107: 1681-6.
33. Bach DS. Prevalence and characteristics of unoperated patients with severe aortic stenosis. J Heart Valve Dis 2011; 20: 284-91.
34. Maas AH, Appelman YE. Gender differences in coronary heart disease. Neth Heart J 2010; 18: 598-602.
35. Berndt R, Panholzer B, Huenges K, Jussli-Melchers J, Schoeneich F, Friedrich C, et al. Impact of Gender on Outcome in Octogenarians after Coronary Artery Bypass Grafting. Thorac Cardiovasc Surg 2017; 65: 286-91.
36. Fuchs C, Mascherbauer J, Rosenhek R, Pernicka E, Klaar U, Scholten C, et al. Gender differences in clinical presentation and surgical outcome of aortic stenosis. Heart 2010; 96: 539-45.
37. Minardi D, d'Anzeo G, Cantoro D, Conti A, Muzzonigro G. Urinary tract infections in women: etiology and treatment options. Int J Gen Med 2011; 4: 333-43.
38. Oddason KE, Guðbjartsson T, Guðmundsson S, Kárason S, Hreinsson K, Sigurðsson GH. Má bæta notkun blóðhluta á gjörgæsludeildum? Samanburður við klínískar leiðbeiningar. Læknablaðið 2014; 100: 11-7.
39. Swinkels BM, de Mol BA, Kelder JC, Vermeulen FE, Ten Berg JM. New-onset postoperative atrial fibrillation after aortic valve replacement: Effect on long-term survival. J Thorac Cardiovasc Surg 2017; 154: 492-8.
40. Helgadottir S1, Sigurdsson MI, Ingvarsdottir IL, Arnar DO, Gudbjartsson T. Atrial fibrillation following cardiac surgery: risk analysis and long-term survival. J Cardiothorac Surg. 2012; 7: 87.
41. Vivacqua A, Koch CG, Yousuf AM, Nowicki ER, Houghtaling PL, Blackstone EH, et al. Morbidity of bleeding after cardiac surgery: is it blood transfusion, reoperation for bleeding, or both? Ann Thorac Surg 2011; 91: 1780-90.
42. Colson PH, Gaudard P, Fellahi JL, Bertet H, Faucanie M, Amour J, et al. Active Bleeding after Cardiac Surgery: A Prospective Observational Multicenter Study. PLoS One 2016; 11: e0162396.
43. Onorati F, D'Errigo P, Barbanti M, Rosato S, Covello RD, Maraschini A, et al. Different impact of sex on baseline characteristics and major periprocedural outcomes of transcatheter and surgical aortic valve interventions: Results of the multicenter Italian OBSERVANT Registry. J Thorac Cardiovasc Surg 2014; 147: 1529-39.
44. Sigurðsson MI, Helgadóttir S, Ingvarsdóttir IL, Viktorsson SA, Hreinsson K, Arnórsson Þ, et al. Árangur kransæðahjáveituaðgerða og ósæðarlokuskipta hjá öldruðum. Læknablaðið 2012; 98: 11-6.

Barst til blaðsins 28. janúar 2019, samþykkt til birtingar 23. apríl 2019.

ENGLISH SUMMARY

Early outcome of surgical aortic valve replacement for aortic stenosis in Icelandic females

Anna Guðlaug Gunnarsdóttir[1]
Kristján Orri Víðisson[1]
Sindri Aron Viktorsson[2]
Árni Johnsen[1]
Daði Helgason[3]
Inga Lára Ingvarsdóttir[4]
Sólveig Helgadóttir[5]
Arnar Geirsson[6]
Tómas Guðbjartsson[1,2]

Introduction: Aortic valve replacement (AVR) for aortic stenosis (AS) is the second most common open-heart procedure performed in Iceland. The aim of this study was to analyze the early outcome of AVR among females in Iceland.
Materials and methods: This was a retrospective study including 428 patients who underwent surgical AVR due to AS in Iceland from 2002-2013. Information was gathered from medical records, including pre- and postoperative results of echocardiography and complications. Overall survival was estimated (Kaplan-Meier) and logistic regression used to identify predictors of operative mortality. The median follow-up time was 8.8 years (0-16.5 years).
Results: Of the 428 patients, 151 were female (35.3%), that were on average 2 years older than men (72.6 ± 9.4 vs. 70.4 ± 9.8 yrs., p=0.020). Preoperative symptoms were similar, but women had significantly higher EurosSCORE II than men (5.2 ± 8.8 vs. 3.2 ± 4.6, p=0.002). Maximal pressure-gradient across the aortic valve was higher for women (74.4 ± 29.3 mmHg vs. 68.0 ± 23.4 mmHg, p=0,013) but postoperative complications, operative mortality (8.6% vs. 4.0%, p=0.068) and 5-year survival (78.6% vs. 83.1%, p=0.245) were comparable for women and men. Logistic regression analysis showed that female gender was not an independent predictor of 30-day mortality (OR 1.54, 95% CI 0.63-3.77).
Conclusions: Females constitute one third of patients that undergo AVR for AS in Iceland. At the time of surgery females are two years older than men and appear to have a more significant aortic stenosis at the time of surgery. However, complication rates, operative mortality and long-term survival were comparable for both genders.

[1]Faculty of Medicine, University of Iceland, Departments of [2]Cardiothoracic Surgery, and [3]Internal Medicine, Landspitali University Hospital, Departments of Anesthesia and Intensive Care Unit, [4]Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden, [5]Akademiska University Hospital, Uppsala, Sweden, [6]Department of Cardiac Surgery, Yale University Hospital, New Haven.

Key words: *aortic stenosis, aortic valve replacement, females, outcome, complications, survival.*

Correspondence: Tómas Guðbjartsson *tomasgudbjartsson@hotmail.com*

Visna Egils Skallagrímssonar

Halldór Bjarki Einarsson[1]
Ronni Mikkelsen[2]
Jón Torfi Gylfason[3]
Jan Holten Lützhøft[4]

Höfundar eru allir læknar.

[1]Heila- og taugaskurðdeild, [2]taugamyndgreiningardeild, Háskólasjúkrahúsinu í Árósum, [3]Lækningu, Lágmúla 5, Reykjavík, [4]geðrofssviði geðdeildar Háskólasjúkrahússins í Árósum.

Fyrirspurnum svarar Halldór Bjarki Einarsson, *Halldor.Bjarki.Einarsson@rsyd.dk*

ÁGRIP

Ein sögufrægasta persóna Íslendingasagna er Egill Skallagrímsson. Um árabil hafa margir fræðimenn sett fram þá tilgátu að Egill hafi þjáðst af Pagets-sjúkdómi. Byggist sú tilgáta á túlkun þeirra á Egils sögu. Spurningin um sannleiksgildi sögunnar vefst hins vegar fyrir og verður ekki svarað en á síðustu áratugum hefur sagnfræðigildi Íslendingasagna verið dregið mjög í efa. Því er vert að undirstrika takmarkað sagnfræðigildi Egils sögu sem og annarra sagna. Hinn einstaki frásagnarstíll höfundar Egils sögu leynir sér þó ekki. Í norrænni bókmenntasögu og goðafræði koma fyrir frásagnir af hervæddri skjaldmey sem kölluð var Visna. Lýsingin minnir á Egil, en höfundur þeirrar frásagnar var Saxo Grammaticus sem dáðist að frásagnarstíl höfunda Íslendingasagna. Textatúlkun á Egils sögu sem getið er um í greininni hér fyrir neðan, beinist að tvíeðli og líkamsbyggingu Egils Skallagrímssonar. Túlkunin er á þá leið að litlar líkur séu á að Egill hafi verið þjakaður af Pagets-sjúkdómi. Því kemur öllu heldur til kastanna ástand sem höfundar kjósa að kalla Visnu Egils Skallagrímssonar.

https://doi.org/10.17992/lbl.2019.05.231

Sjúkrasaga Egils Skallagrímssonar

Egils saga gerist á landnámsöld og er talin rituð af Snorra Sturlusyni í kringum 1230. Snemma kom í ljós að Agli svipaði mjög í útliti til Gríms (Skallagríms) föður síns og fáir voru jafn stórir sem Egill. Á einum stað segir að Skallagrímur og hans útvöldu væru heldur líkir þursum að vexti og sýn en mennskum mönnum. Ekki hafði Egill útlitið með sér; grófgerður í andliti og dökkur yfirlitum. Tekið skal fram að sú lýsing Snorra á útliti Egils þarf ekki að benda til afbrigðilegs beinvaxtarsjúkdóms (*skeletal dysplasia*). Egill gerðist þunglyndur eftir að Böðvar sonur hans drukknaði. Egill lagðist þá í lokrekkju, þáði hvorki vott né þurrt, og óskaði þess einfaldlega að deyja. Þorgerður dóttir hans sagðist þá vilja deyja með honum. Hún lagðist við hlið hans í aðra rekkju og kom þar á eftir í hann bæði sölvum og mjólk. Þegar Egill var orðinn aldraður maður gerðist hann hrumur með heyrnar- og sjónskerðingu. Fyrir utan þá hnignun og hreyfiskerðingu – en Egill var þungfær, fótstirður og fótkaldur – segir sagan að hann hafi átt það til að missa jafnvægið og hrasa.

Silfur Egils

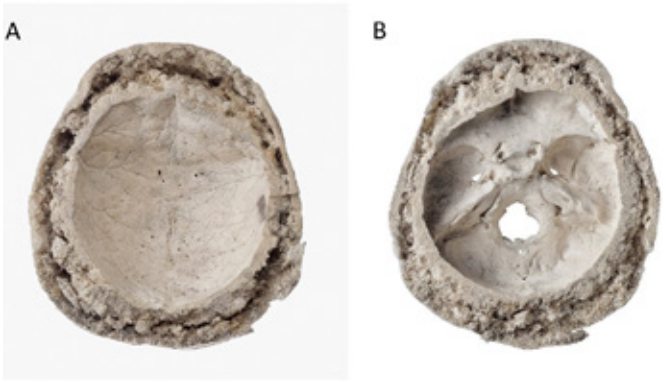
Egill var berserkur mikill, gríðarlega fégjarn og varð snemma stórauðugur. Þegar hér er komið sögu var Egill kominn á níræðisaldur. Þá fær hann þá hugdettu (á sama tíma og menn undirbjuggu sig til þings) að halda til Þingvalla með tvær kistur fullar af ensku silfri. Þær silfurkistur höfðu honum áskotnast hjá Aðalsteini konungi eftir sigurinn á Vínheiði, ungum að árum. Færði hann aldrei föður sínum silfrið í sonargjöld eins og konungur hafði beðið hann að gera þegar hann kæmi heim til Íslands. Þess í stað dró Egill sér silfrið og bar það með sér allar götur síðan, fram á elliár. Þá var ætlun hans undir lokin að kasta silfrinu til mannfjöldans við Lögberg og fylgjast síðan með slagsmálum manna á milli um silfrið. Þess skal getið hér að Peter Hallberg, fyrrum dósent við Háskóla Íslands og síðar prófessor í bókmenntasögu við Gautaborgarháskóla, segir í bók sinni *Den isländska sagan* að Egill hafi lagt á ráðin um að sá silfrinu á Alþingi sér til skemmtunar eða dægrastyttingar.[1] Vísar það í ákveðna persónuleikatruflun. Fjölskylda Egils kom þó í veg fyrir þessa fyrirætlun hans. Þess í stað, og eftir að hafa mælt „vil ég fara til laugar," hélt hann með aðstoð tveggja þræla Gríms til laugar Mosfellinga með kisturnar tvær. Segir sagan að hvorki þrælarnir né silfrið hafi skilað sér til baka og er kenning höfundar *Egils sögu* sú að Egill hafi drepið þrælana tvo. En ber þetta vott um minnisleysi Egils eða er mögulegt að þrælarnir hafi platað veikan manninn og stungið af með silfrið?

Hörpuskelin hans Egils

Flestir geta verið sammála um að með hjálp bókmenntarýni, fornleifa- og sagnfræði auk læknisfræði sé hægt (upp að vissu marki) að varpa ljósi á ákveðið heilsufarsástand manna fyrr á öldum. Í bók sinni *Hetjur og hugarvíl* bendir Óttar Guðmundsson geðlæknir á að engin persóna Íslendingasagnanna falli að eins mörgum greiningum geðsjúkdómafræðinnar og Egill.[2] Fleiri mismunagreiningar má vissulega nefna en þær byggjast á túlkun texta úr Eglu sem gerðist fyrir um það bil 1000 árum. Ætla má að tilgangur frásagnarinnar hafi ekki verið sá að varpa ljósi á sjúkdómafræði. Fyrirætlun höfundarins með verkinu er óljós í þessu samhengi. En eftir kristnitöku er talið að bein Egils Skallagrímssonar hafi



Mynd 1. *Stytta eftir prófessor Magnús H. Ágústsson, listamann og lækni, frá Kingston New York, Bandaríkjunum. Verkið gaf Magnús Landsbókasafni Íslands hinn 6. apríl árið 2000. Um er að ræða túlkun listamannsins á útliti og höfuðlagi Egils Skallagrímssonar út frá texta í Egils sögu.*



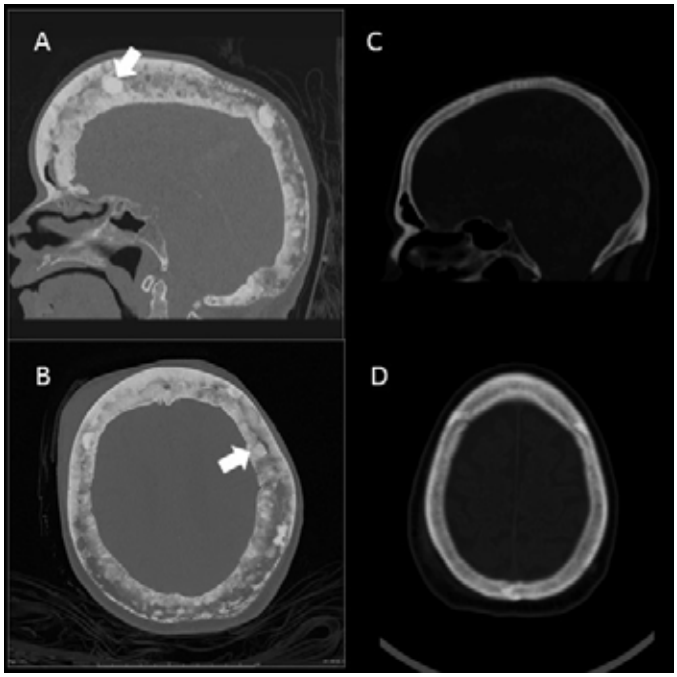
Mynd 2. *Stórsætt er það einkennandi fyrir pagetísk bein að þau eru hrjúf og stærri sökum aukinnar þykknunar samanborið við heilbrigð bein. Þykknun kúpubeins (A) og höfuðkúpubotns (B) af völdum Pagets-sjúkdóms með fergismyndun taugaopa. Myndirnar eru fengnar úr meinafræðisafni Rudolfs Virchows. Með þakklæti til prófessors Thomas Schnalke og Christoph Weber við Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité.*

fundist undir altari kirkjunnar við Hrísbrú í Mosfellsdal. Sá fundur og lýsingin á formi og umfangi höfuðkúpu Egils vísar ef til vill í afbrigðilegan beinvaxtarsjúkdóm. Þá segir að bein Egils hafi verið meiri en annarra manna og höfuðkúpan stór (mynd 1). Það var um það bil 150 árum eftir dauða Egils sem höfuð hans átti að hafa fundist, þungt og bárótt sem hörpuskel. Þó er frekari aflögunar beina Egils ekki getið til, eins og búast mætti við eftir útbreiddan afbrigðilegan beinvaxtarsjúkdóm. Samkvæmt Egils sögu hjó Skafti prestur Þórarinsson í höfuðkúpuna eftir fundinn með handöxi. Gaf kúpan sig ekki en hvítnaði einungis undan högginu.

Uppspuni eður ei?

Áður hefur verið fjallað um það í *Læknablaðinu* að Agli hafi þótt gott að baða sig í heitri lauginni og hafi ef til vill notað laugarferðina sem yfirskin þegar hann átti að hafa falið silfrið.[3] En voru heitu böðin aðal gigtarmeðferðin í fornöld? Því er einnig spurt hvort Egill hafi verið haldinn gigtarsjúkdómi. Þeirri spurningu hafa aðrir höfundar reyndar leitað svara við með greinarskrifum sínum, upphaflega í *Skírni*[4] árið 1984 og síðar í breska læknablaðinu.[5] Höfundarnir telja að Egill Skallagrímsson hafi líklega verið haldinn Pagets-sjúkdómi (*osteitis deformans*). Þórður Harðarson kom fyrstur manna fram með þessa tilgátu í *Skírni*, en eins og fram kemur í enskri grein Þórðar og meðhöfundar hans Elísabetar Snorradóttur, „Egil's or Paget's disease?", byggja þau sjúkdómsgreiningu sína á lýsingu á Agli í hárri elli undir lok *Egils sögu*. Þar segir að Egill hafi átt erfitt með gang og þjáðst af fótkulda. Auk þess bar á heyrnarleysi og verulegri sjónskerðingu. Jesse L. Byock, prófessor í norrænum fræðum við Kaliforníuháskóla í Los Angeles (UCLA), er sammála þeim Þórði um að ofvöxtur hafi hlaupið í bein Egils sökum Pagets-sjúkdóms. Byock segir að miðað við þau einkenni Egils sem Snorri lýsir (og þar með talinn fótkuldann), sé líklegt að sú sjúkdómsgreining standist. Þá má þess geta að í vísindatímaritinu *Scientific American* ber Byock saman einkenni Pagets-sjúkra við mismunagreiningar á borð við trefjabeinbólgu, heilkenni æsavaxtar, ennisbeinshnýfil, misvöxt bandvefs og beinholsherðingu.[6] Í sömu grein er bent á að það að höfuðkúpan hafi staðist axarhögg sé skýr tilvísun í Pagets- sjúkdóminn. Samstarfsaðili Jesse L. Byock í hinu alþjóðlega MAP-uppgraftarverkefni við Hrísbrú (*The Mosfell Archaeological Project*)[7] frá árinu 1995, Per Holck, prófessor í líffærafræði við læknadeild Háskólans í Ósló, virðist vera honum sammála í grein í norska læknablaðinu.[8] Aðrir fræðimenn hafa hins vegar talið að frásögnin um að höfuðkúpa Egils hafi staðist axarhögg kunni að vera hreinn uppspuni.

Rannsóknir mannabeina við uppgröft í tengslum við fornleifarannsóknir á Íslandi á síðustu öld má að miklu leyti þakka einskærum áhuga hins mikla velgerðamanns Þjóðminjasafnsins, Jóns Steffensen. Jón var um langt skeið formaður *Hins íslenzka fornleifafélags* og prófessor við læknadeild Háskóla Íslands á árunum 1937 til 1957. Haft er eftir Jóni að frásögnin um upptöku Skafta prests á beinum Egils sé um margt þjóðsagnakennd og ekki alls kostar sennileg. Þetta kemur fram í ritgerðasafni hans um mótunarsögu íslenskrar þjóðar og baráttu hennar við hungur og sóttir. Jón Steffensen, sem telst án vafa meðal fremstu mannfræðinga Íslendinga, bætir hér við að „allir, er handleikið hafa hauskúpu



Mynd 3. *Tölvusneiðmyndir með þykktar- (sagittal) og ássniðum (axial) af höfuðkúpu án skuggaefnis (beinagluggi). Pagets-sjúkdómur (A og B) sem sýnir Tam o' shanter-teikn (hattur) og beinherðingarfleka (cotton wool) á milli ytri og innri hulu (theca) (hvítar pílur). Með þakklæti til prófessors Frank Gaillard, Radiopaedia.org, rID: 2639. Til samanburðar má sjá heilbrigða hvelfingu til hægri (C og D). Með þakklæti til myndgreiningardeildar sjúkrahússins í Randers, Danmörku. Þar sem efri hluti hvelfingarinnar samanstendur af „skeljahlutum" er við hæfi að vitna í meðhöndlun Skafta prests Þórarinssonar úr Egils sögu á beinum sem fundust við uppgröft og talið var að væru bein Egils Skallagrímssonar. En samkvæmt lýsingu í Eglu þótti „hausinn með ólíkindum þungur og allur báróttur utan svo sem hörpuskel".*

gamalmennis, vita, að hún stenst ekki högg axarhamars".[9] Þá er einnig vert að minna á að engar frekari lýsingar eru um aflögun hauskúpunnar, né annarra beina í Egils sögu. Engar munnmælasögur eru heldur í sögunni um höfuðlag Egils á efri árum né að hann hafi þurft æ stærra höfuðfat með árunum. Það er vel þekkt úr sögu einstaklinga með Pagets í hauskúpu. Eins finnst Pagets-sjúkdómur í hauskúpu og í tilfelli afmyndunar hennar (*leontiasis ossea*) aðeins í minnihluta Pagets-sjúklinga.[10]

Hinir fágætu beinvaxtarsjúkdómar

Þess skal getið að yfir 20 aðrar svipgerðir með fágæta afbrigðilega beinvaxtarsjúkdóma hafa verið uppgötvaðar á síðari árum vegna breytna í erfðamenginu. Þeir sjúkdómar einkennast einnig af aukinni beinþéttni og herðingu og er þeim nánar lýst í tímaritinu *Gene*.[11] Þannig hefur þeirri áhugaverðu mismunagreiningu einnig verið haldið á lofti að Egill hafi verið þjakaður af Van Buchem-sjúkdómnum.[12]

Með samantektarrannsóknum hefur komið fram að algengi Pagets-sjúkdómsins á heimsvísu sé hæst í Bretlandi og flestar greiningar í Lancashire (8,3%) rétt norðan við Wales.[13] Á hinn bóginn er hinn afar fágæti Van Buchem-sjúkdómur með undir 30 sjúkratilfelli skráð og þar af er helmingurinn af hollenskum uppruna. Sjúkdómurinn er þar að auki með víkjandi erfðamynstri,[14] nema ef um hina enn sjaldgæfari undirgerð sjúkdómsins er að ræða (Worth-sjúkdómur), og þannig ólíklegri til sýndar svipgerðar samanborið við Pagets-sjúkdóminn. Þar fyrir utan eru flestir Pagets-sjúklingar af engilsaxneskum uppruna eins og að ofan er getið.[13,15] Algengi Pagets-sjúkdóms í upphafi Íslandsbyggðar er óþekkt. Það er talið falla fremur að skandinavískum erfðum en engilsaxneskum. Þá skal þess getið að algengið mælist 0,3% í Danmörku og Svíþjóð.[16] Egill Skallagrímsson tilheyrði fyrstu kynslóð Íslendinga og átti ættir sínar að rekja til Noregs. Samkvæmt grein í *Lancet* hefur nýgengi pagetískra tilfella í Noregi mælst enn lægra en í Danmörku og Svíþjóð.[17] Þótt ekki sé hægt að útiloka að ofvöxtur hafi hlaupið í bein Egils Skallagrímssonar vegna þessa sjúkdóms eða annarra fágætra og afbrigðilegra beinvaxtarsjúkdóma er hér leitast við að finna mögulegar líffræðilegar skýringar á útliti Egils og þeirri hegðun hans sem lýst er í Egils sögu. Þá er hér átt við þær skýringar sem skarast á við það hvort tilgátan um að Egill hafi verið þjakaður af Pagets-sjúkdómi hafi við rök að styðjast.

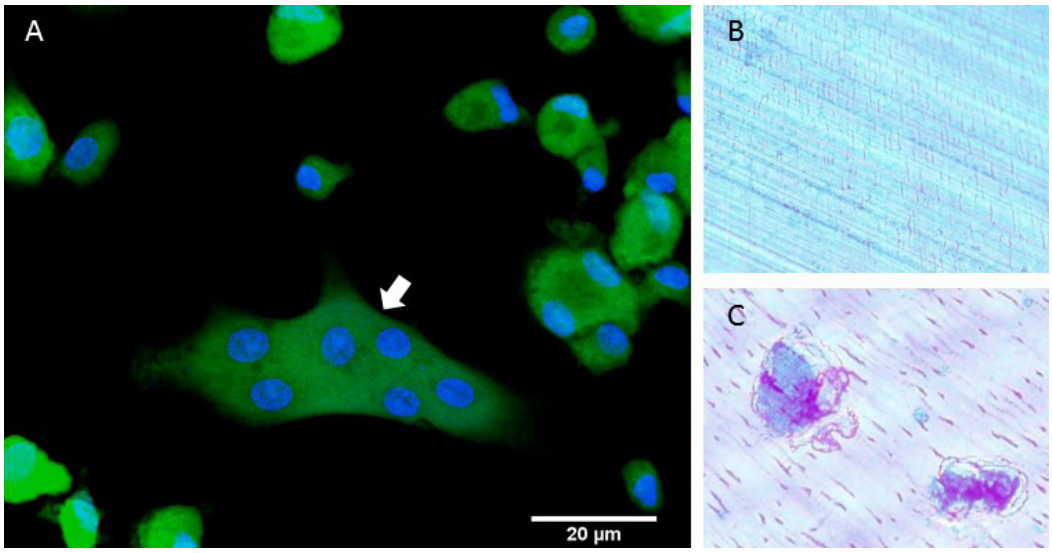
Pagets-sjúkdómur

Vitanlega er erfitt að ráða í allar gátur Íslendingasagna og glíman við sagnfræðina þar af leiðandi oft erfið. En það vekur óneitanlega athygli að pagetísk bein reynast oft viðkvæmari en heilbrigð bein.[18] Þessar niðurstöður eru því í samræmi við athugasemdir Jóns Steffensen sem að ofan greinir. Í grein Zimmermann er þess hins vegar ekki getið hvort beinasýnin hafi verið á beineyðandi stigi (*osteolytic phase*), blönduðu (*mosaic/mixed phase*), eða beinherslisstigi (*osteosclerotic phase*). Ef tekið er mið af frásögninni úr Eglu um að höfuðkúpa Egils hafi staðist axarhögg má álykta að meintur Pagets-sjúkdómur Egils hafi verið á beinherslisstigi. Endanlegt svar fæst þó varla fyrr en hauskúpa Egils finnst á ný við frekari uppgröft í Mosfellsdal.

Ekki hafa fundist greinar í ritrýndum vísindatímaritum með megináherslu á fjaðurstyrkleika og beinhörku höfuðkúpu Pagets-sjúklinga við vinnslu þessarar greinar. Á síðari árum er hins vegar orðið ljóst að Pagets-sjúkdómi má skipta í ofangreind þrjú stig.[19-21] Sjúkdómurinn er kenndur við breska lækninn James Paget[22] og lýsir sér með krónískri bólgu í beinum og óeðlilegri beinmyndun, einkum í mjaðmarbeini, hrygg, lærlegg og höfuðkúpu (mynd 2-3). Þá er hámarks nýgengi Pagets-sjúkdómsins á aldrinum 70-80 ára og í rétt rúmlega 72% tilfella er sjúkdómurinn staðbundinn (*monostotic*).[23]

Meinmyndun Pagets-sjúkdóms

Aðalorsök meinmyndunar Pagets-sjúkdómsins er ekki skýr en vitað er að beinátfrumur skipa ákveðið grundvallarhlutverk í tilurð og þróunarferli hans. Þá er hún af mörgum vísindamönnum sögð tengjast mislingaveirunni.[24-26] *Paramyxoviridae*-innlyksukorn hafa til að mynda fundist í kjörnum beinátfrumna Pagets-sjúklinga (mynd 4-5). Það hefur síðar leitt til uppgötvunar mislingaveirumótandi-RNA-umrits með staðbundinni þáttapörun. Frekari nálganir þessum líkar, það er á staðfestingu veirumeinvalds, hafa verið gerðar með ónæmisvefjaefnafræðilegum rannsóknum og raðgreiningu mislingaveirna.[26] Annar vaki af sama veiruuppruna, það er að segja öndunarfærasamfrymisveiran, hefur einnig fundist í beinmerg Pagets-sjúklinga.[27] Tekið skal fram að Ralston bendir



Mynd 4. *Lagsjármynd (A) af fjölkjarna beinátfrumu (hvít píla) in vitro eftir Cell Tracker Green og 4',6-diamidino--2-phenylindole (DAPI)-litun. Aukin virkni og seyting beinleysihvata þessara frumna er meginástæða óeðlilegs beineyðandi ástands Pagets-sjúkdóms (fyrsta stig). Niðurrif beina (B-C) með auknu uppsogi þeirra og lacunae-myndun (C) hrindir af stað myndun staðboðefna sem vekja aukna virkni beinkímfrumna. Þetta leiðir til blandaðs stigs sjúkdómsins og að lokum lokastigs eða óeðlilegrar beinhersl-ismyndunar.*

á erfðaþætti sem og að ýmsar aðrar rannsóknarniðurstöður séu ekki í samræmi við þær ofangreindu.[28] Þar má nefna rannsóknir þar sem ekki tókst að finna veirumótandi-RNA-umrit eða ónæmisvaka.[29,30] Þó er ljóst að algengi Pagets-sjúkdómsins hefur minnkað frá því farið var að bólusetja við mislingum um 1963.[31,32] Því er þörf á frekari rannsóknum á þessu sviði svo unnt sé að finna svar við tilgátunni um veiruframkallaða sjúkdómsmyndun Pagets-sjúkdómsins.

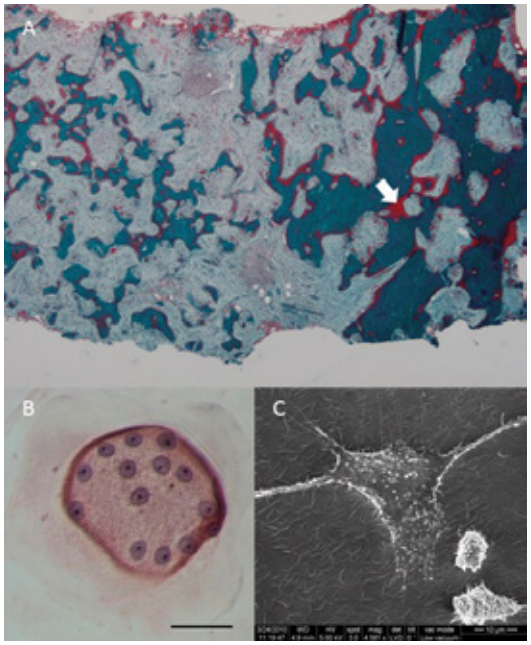
Þeir erfðafræðilegu þættir sem fjallað hefur verið um varða stökkbreytingu í erfðavísinum Sequestosome 1 (SQSTM1) með litningastaðsetninguna 5q35.3.[33] Í Egils sögu kemur fram að Egill hafi verið mikill sem tröll, ófríður og líkur föður sínum, en ekki er unnt að vita með vissu hvort einhverjir náskyldir Agli hafa þjáðst af Pagets-sjúkdómi. Hins vegar hefur verið sýnt fram á að ættgengi SQSTM1-stökkbreytingar sé á bilinu 25-50% og erfist hún með ríkjandi erfðamynstri.[34,35] Prótínið (p62) sem genið skráir fyrir bindur við ubiquitin, en samstæðan er talin taka þátt (ásamt meðal annars RANK-L / RANK og OPG-kerfinu) í virkjun kjarnaþáttar kappa-B (NF-κB)-innanfrumuboðferlis beinátfrumna.[36,37] Hornsteinninn í myndun beinátfrumna, og eðlileg starfsemi þeirra, samanstendur þannig af samruna forvera stórátfrumna (*monocytes/macrophages*)[38] og af ofangreindu innanfrumuboðferli. Röskun í virkjun boðferlisins, vegna SQSTM1-stökkbreytingarinnar, leiðir þannig til svipgerðar Pagets-sjúkdómsins. Þá vekur það óneitanlega athygli að sama stökkbreyting getur valdið heilabilun.[39] Því vaknar spurningin um hvort þessi erfðavísir útskýri að hluta til líkamlegt og andlegt ástand Egils Skallagrímssonar.

Einkenni Egils og Pagets-sjúkdómurinn

Í ljósi þess að fylgikvillum frá miðtaugakerfinu hefur verið lýst vegna Pagets-sjúkdóms[40] má bæta við þeirri vangaveltu að ekki sé útilokað að Egill hafi verið haldinn geðröskun á formi þunglyndis. Byock nefnir lækkað geðslag Egils í grein sinni.[6] Spyrja má hvort þunglyndi Egils hafi orsakast af sonarmissinum sem sagt er frá í Egils sögu, eða hvort tilhneiging til þunglyndis og andlegrar hnignunar hafi verið undirliggjandi hjá honum, þá vegna annars konar líkamlegs sjúkdóms, til að mynda Pagets-sjúkdómsins.[40-42] Eins mætti segja að Þorgerður dóttir hans hafi bjargað honum undan oki hugsana um dauðann, framtaksleysis, minni matarlystar og einangrunar í lokrekkju sinni með hugrænni atferlismeðferð þess tíma. Reikul hegðun og þunglyndi birtist líka í ankannalegum áformum Egils um að kasta silfrinu til mannfjöldans sem fyrr segir, í þeirri von að það myndi skapa áflog og handalögmál við Lögberg. Þetta tvískauta lundarfar Egils vísar þannig til geðhvarfasýki. Þá má nefna sjón- og heyrnarskerðingu Egils undir lok ævinnar, auk þess sem hann var þungfær og fótstirður. Saga um sjónleysi gæti þá vísað til gláku, sem hefur væntanlega verið algengasta orsök sjónleysis. Heyrnartap er mun meira einkennandi afleiðing Pagets-sjúkdóms þótt sjónleysi finnist einnig. Á síðustu æviárum Egils geta þessi einkenni þó varla talist einkennandi fyrir Pagets-sjúkdóm. Því mætti gera ráð fyrir aldurstengdri sjón- og heyrnarskerðingu sem mismunagreiningu við Pagets. Hvort tveggja mætti telja líklega ástæðu óstöðugleika Egils á gamals aldri. Í síðasta kvæði Egils segir:

Langt þykki mér,
ligg einn saman,
karl afgamall,
á konungs vörnum;
eigum ekkjur
allkaldar tvær,
en þær konur
þurfu blossa.

Í þessari vísu Egils má skilja að „ekkjur allkaldar tvær" séu fætur hans, og hann sé því að yrkja um fótkuldann sem hrjáði hann.



Mynd 5. *Ljóssmásjármynd af beinvef (A) eftir Masson Goldner-litun. Hér má sjá bandvefsmyndun í beini (intertrabecular) hjá Pagets-sjúklingi með ríkulegri æðamyndun og staðbundnu samsafni eitilfrumna (10x). Frekari stækkun sýnir uppsogsglufur (resorption lacunae) og mikinn fjölda stórra beinátfrumna. Til hægri sést ofið bein með umframmyndun á beinlíku (osteoid) yfirborði (hvít píla). Með þakklæti til Björns Jobke, Radiopaedia.org, rID: 39303. Á neðri hluta myndarinnar sést TRAP-jákvæð fruma (tartrate-resistant acid phosphatase), en paramyxoviridae-innlyksukorn hafa fundist í kjörnum þessara fjölkjörnunga (B, kvarðastrik 20 µm). Skimrafeindasmásjármynd (C) eftir samruna forvera beinátfrumna sem sýnir hvernig fruman festist við undirlagið fyrir myndun á gárurönd (ruffled border) og uppsogsglufu.*

Einnig má nefna vísupartinn þar á undan, úr sama kafla, þar sem vikið er að getuleysi:

blautr erum bergis fótar
borr, en hlust es þorrin.

Þannig er ekki ósennilegt að orsökin hafi legið í æðakölkun þegar tekið er tillit til aldurs Egils á þessum tímapunkti í sögunni. Að þessu gefnu mætti spyrja hvort blóðþurrð hafi verið að finna annars staðar í líffærakerfi hins forna víkings, svo sem blóðþurrð í ennishjarna meðfylgjandi hegðunartruflunum. Ákveðið misræmi er þó að finna í skrifum Snorra um Egil, enda segir næst á eftir ofangreindu að „á dögum Hákonar hins ríka öndverðum, þá var Egill Skallagrímsson á níunda tigi, og var hann þá hress maður fyrir annars sakar en sjónleysis". Að þessu gefnu má draga sagnfræðigildi frásagnarinnar í efa. Ef til vill þjáðist Egill ekki af öðru en fylgifiskum ellinnar.

Vangavelturnar um blóðþurrð eru ekki í rökréttu samhengi við tilgátuna um að Egill hafði verið haldinn Pagets-sjúkdómi. Í rannsókn á 71 Pagets-sjúklingi fannst marktækt samhengi milli aukins smáæðablóðrásarflæðis í beinum og aukinni beinumsetningu. Bornir voru saman heilbrigðir einstaklingar við Pagets-sjúka og voru allir í úrtakinu á aldrinum 67 ± 10 ár. Þá voru þessar breytur ekki aðeins rannsakaðar fyrir höfuðkúpu, hrygg og mjaðmagrind heldur einnig fyrir útlimi. Með hjálp DCE- segulómmyndunar (*dynamic contrast-enhanced MRI*) sást hvar dreifing upptöku skuggaefnisins var ekki einsleit. Á hinn bóginn fundust staðbundin svæði í beinum Pagets-sjúklinga með marktæka æðavæðingu (mynd 5).[43] Þessu ástandi má þannig líkja við aukið hjástreymi sem stelur blóði og flæði þess frá nærliggjandi vefjum. Það getur því varla útskýrt fótkulda Egils, því samfara djúpum verkjum í fótleggjum hjá Pagets-sjúklingum verður aukinn húðhiti vegna aukins blóðflæðis.[44] Þessi þráláti sjúkdómur getur einnig leitt til heyrnarleysis, blindu, erfiðleika með hreyfingu útlima vegna fergingar heilatauga auk utanhöfuðkúputaugaþrengsla.[45,46] Heyrnarskerðingu er þó óvanalegt að sjá koma fyrst fram í kringum níræðisaldur hjá Pagets-sjúklingum. Sú skerðing kemur vanalega fyrr fram.[47] Þar fyrir utan koma fyrstu einkenni Pagets-sjúkdóms að jafnaði fram á aldursskeiðinu milli fertugs og sjötugs.[48] Ef tekið er mið af greinaskrifum eru 0,5% líkur á einkennagefandi Pagets hjá Agli fyrir lok vaxtarskeiðs hans. Eins og fyrr segir er ófríðleika Egils lýst allt frá æsku til fullorðinsára og hann sagður tröll að vexti. Í því samhengi verður að teljast líklegt að sjúkdómurinn hefði komið í veg fyrir þau afrek Egils sem getið er um í *Egils sögu*. Þá er einnig ólíklegt að Egill hefði komist hjá beinbrotum og afleiddri slitgigt sem hefði truflað afl og útlimahreyfingar hans.

Frá árinu 2010 hafa áhrifum ójafnvægis jónasamsetningar í blóði á hugsanir, hegðun og atferli verið gerð góð skil. Of hátt kalsíum í blóði, til að mynda vegna aukinna sviptinga í umsetningu beina, getur orsakað einkenni þunglyndis, rugls og ofsóknarbrjálæðis, auk óráðs, aukins æsings og ofskynjana.[49] Það hefur hins vegar verið viðtekið lengi að þéttni kalsíums í blóðsermi Pagets-sjúklinga sé að jafnaði innan eðlilegra marka. Við langvarandi hreyfingarleysi og/eða beinbrot geti það hækkað og einnig vegna kalkvakaóhófs.[50,51] Þar með mætti segja að fundin séu rök gegn tilgátunni um að samhengi sé á milli hegðunartruflana Egils og hugsanlegs Pagets-sjúkdóms. Nýverið hafa verið birtar niðurstöður úr þýði 236 Pagets-sjúklinga sem benda til aukinnar þéttni kalsíums í blóðsermi frá 12 sjúklingum. Aðeins einn sjúklingur þróaði ekki með sér afleitt kalkvakaóhóf. Hjá þessum sjúklingi mældist einungis einu sinni of há þéttni kalsíums í blóðsermi.[52] Að þessu gefnu má reikna með undir 0,5% líkum á að Pagets-sjúkdómur hafi haft áhrif á hegðun og geðslag Egils.

Skyggnst inn í vökvahólfin

Á lokastigi sínu, það er beinherslisstigi, og í tilfelli afmyndunar höfuðkúpunnar leiðir Pagets-sjúkdómurinn til fergingar heilastofns og þar með myndunar vatnshöfuðs sem getur valdið heilabilun (*hydrocephalus-induced dementia*).[53] Bent hefur verið á að þessi aflögun höfuðkúpunnar leiði til minnkunar frásogs heila- og mænuvökva frá vökvahólfum miðtaugakerfisins.[53] Fjallað hefur verið um kölkun skúmkorna og hún staðfest með myndgreiningu en engar vísbendingar hafa fundist um að fyrirbærið eitt og sér geti leitt til myndunar vatnshöfuðs.[54] Ályktun Moiyadi um að af-

mynduð höfuðkúpa Pagets-sjúklings geti valdið uppsöfnun heila- og mænuvökva í kerfinu er þannig af aflfræðilegum toga í gegnum aukinn beinmassa. Eins má nefna að uppsöfnun β-amyloid getur orðið við skert flæði *glymphatic*- vökva í meðframæðabrautarkerfi heilans. Vökvastreymi kerfisins er þá einnig undir áhrifum slagkrafts hjartans.[55] Þannig er ekki ósennilegt að slagkraftur hjartans og letjun afkasta þess valdi neikvæðum breytingum í sogkrafti kerfisins með frekari útfellingu β-amyloid peptíðs í heila og þar með þróun Alzheimer-sjúkdómsins. Þetta bendir Bradley á í grein sinni um flæði heila- og mænuvökva hjá NPH-sjúklingum, það er vatnshöfuðstilfella án þrýstingsaukningar (*normal pressure hydrocephalus*).[56] Heilabilun er vel þekkt hjá NPH-sjúklingum en hin tvö af þrennueinkennum sjúkdómsins (oft kölluð Adams eða Hakim's triad) eru þvagleki og gangtruflanir.[57]

Þá segir í Egils sögu:

„Farinn ertu nú, Egill, með öllu, er þú fellr einn saman."

Burtséð frá því hvort Egill Skallagrímsson þjáðist af teppandi eða ekki-teppandi vatnshöfði bar hann snemma einkenni reikullar hegðunar. Hins vegar er afar sjaldgæft að sami einstaklingur hafi NPH-sjúkdóm og Pagets-sjúkdóm á sama tíma.[58] Við það má svo bæta að vegna hins aukna beinmassa getur Pagets-sjúkdómurinn valdið þrengslum í mænugöngum.[40,59] Það gæti útskýrt hvers vegna Egill varð þungfær og fótstirður á gamals aldri, standist tilgátan um Pagets-sjúkdóm hans. Mænuþrenging vegna slitgigtar og ofvaxtar liðbands í mænugöngum (*ligamentum flavum hypertrophy*) á efri árum er þó mun algengari orsök þeirra einkenna.

Samantekt

Síðan á landnámsöld hafa siðareglur, atferli og hegðunargildi breyst mikið en ef tekið er mið af nútímamanninum ber vígamaðurinn, bóndinn og ljóðskáldið Egill Skallagrímsson einkenni geðhvarfasýki. Á síðari hluta ævi sinnar kvartaði Egill undan fótkulda, gerðist þungfær og tapaði bæði heyrn og sjón. Þá hefur fornleifafundur sem getið er um í Egils sögu sýnt afmyndaða höfuðkúpu hans. Það hefur leitt til þeirrar kenningar að Egill hafi verið haldinn Pagets-sjúkdómi. Visna Egils Skallagrímssonar er hins vegar tvíþátta tilvísun í skilning höfunda á hegðun Egils Skallagrímssonar auk líkamsástands hans, en mönnum stóð ógn af lundarfari og útliti Egils. Sama átti við um skjaldmey nokkra, Visnu, sem Saxo greinir frá.[60] Með textatúlkun sinni og að teknu tilliti til misræmis í frásögn Snorra Sturlusonar af Agli hafa höfundar samtvinnað yfirferð á meinafræði og faraldsfræði Pagets-sjúkdóms. Þannig reiknast okkur til að líkurnar á að Egill Skallagrímsson hafi þjáðst af Pagets-sjúkdómi séu einungis hverfandi.

Höfundar þessarar yfirlitsgreinar vilja þakka eftirtöldum aðilum fyrir góðar ábendingar: Eva Sonja Schiøth sérfræðingur í geðsjúkdómum við öldrunargeðsvið háskólasjúkrahússins í Árósum og Nils Christian Gulmann, yfirlæknir emeritus frá sömu stofnun; Peter Johannesen, yfirlæknir, PhD við vísindastofnun Danmerkur um heilabilun við Ríkisspítalann í Kaupmannahöfn, auk adj. prófessor Ulrich Fredberg frá Diagnostisk Center við Sjúkrahúsið í Silkeborg; Hafþór Axel Einarsson sem annaðist úrvinnslu myndefnis.

Heimildir

1. Hallberg O. De islandske Sagaer. Gyldendals Uglebøger, Denmark 1979: 119.
2. Guðmundsson Ó. Hetjur og Hugarvíl. Geðsjúkdómar og persónuleikaraskanir í Íslendingasögum. JPV Útgáfa, Reykjavík 2012: 90-5.
3. Þorsteinsson J. Heitar laugar á Íslandi til forna. Læknablaðið 2005; 91: 617-21.
4. Harðarson Þ. Sjúkdómur Egils Skallagrímssonar. Skírnir 1984;158:245-8.
5. Harðarson Þ, Snorradóttir E. Egil's or Paget's disease? BMJ 1996; 313: 1613-4.
6. Byock JL. Egil's bones. Sci Am 1995; 272: 82-7.
7. Byock J, Walker P, Erlandson J, Holck P, Zori D, Guðmundsson M, et al. A Viking-age Valley in Iceland: The Mosfell Archaeological Project. Medieval Archaeol 2005; 49: 195-218.
8. Holck P. Egil Skallagrimssons gård og kirke på Island – fra utgravningene 2001–2005. J Norweg Med Soc 2005; 2: 340–48.
9. Steffensen J. Menning og meinsemdir: ritgerðasafn um mótunarsögu íslenzkrar þjóðar og baráttu hennar við hungur og sóttir. Sögufélagið, Reykjavík 1975.
10. Drury BJ. Paget's Disease of the Skull and Facial Bones. J Bone Joint Surg 1962; 44: 174-9.
11. Aggarwal S. Skeletal dysplasias with increased bone density: evolution of molecular pathogenesis in the last century. Gene 2013; 528: 41-5.
12. Stride P. Egill Skallagrimsson: the first case of Van Buchem disease? J R Coll Physicians Edinb 2011; 41: 169-73.
13. Corral-Gudino L, Borao-Cengotita-Bengoa M, Del Pino-Montes J, Ralston S. Epidemiology of Paget's disease of bone: a systematic review and meta-analysis of secular changes. Bone 2013; 55: 347-52.
14. Van Hul W, Balemans W, Van Hul E, Dikkers FG, Obee H, Stokroos RJ, et al. Van Buchem disease (hyperostosis corticalis generalisata) maps to chromosome 17q12-q21. Am J Hum Genet 1998; 62: 391-9.
15. Wells C, Woodhouse N. Paget's disease in an Anglo-Saxon. Med Hist 1975; 19: 396-400.
16. Poor G, Donath J, Fornet B, Cooper C. Epidemiology of Paget's disease in Europe: the prevalence is decreasing. J Bone Miner Res 2006; 21: 1545-9.
17. Falch JA. Paget's disease in Norway. Lancet 1979; 2: 1022.
18. Zimmermann EA, Kohne T, Bale HA, Panganiban B, Gludovatz B, Zustin J, et al. Modifications to nano- and microstructural quality and the effects on mechanical integrity in Paget's disease of bone. J Bone Miner Res 2015; 30: 264-73.
19. Alonso N, Calero-Paniagua I, Del Pino-Montes J. Clinical and Genetic Advances in Paget's Disease of Bone: a Review. Clin Rev Bone Miner Metab 2017; 15: 37-48.
20. Anderson DC. Paget's disease of bone is characterized by excessive bone resorption coupled with excessive and disorganized bone formation. Bone 2001; 29: 292-3.
21. Smith SE, Murphey MD, Motamedi K, Mulligan ME, Resnik CS, Gannon FH. From the archives of the AFIP. Radiologic spectrum of Paget disease of bone and its complications with pathologic correlation. Radiographics 2002; 22: 1191-216.
22. Paget J. On a Form of Chronic Inflammation of Bones (Osteitis Deformans). Med Chir Trans 1877; 60: 37-649.
23. Seitz S, Priemel M, Zustin J, Beil FT, Semler J, Minne H, et al. Paget's disease of bone: histologic analysis of 754 patients. J Bone Miner Res 2009; 24: 62-9.
24. Rebel A, Basle M, Pouplard A, Malkani K, Filmon R, Lepatezour A. Bone tissue in Paget's disease of bone. Ultrastructure and Immunocytology. Arthritis Rheum 1980; 23: 1104-14.
25. Reddy SV, Singer FR, Roodman GD. Bone marrow mononuclear cells from patients with Paget's disease contain measles virus nucleocapsid messenger ribonucleic acid that has mutations in a specific region of the sequence. J Clin Endocrinol Metab 1995; 80: 2108-11.
26. Friedrichs WE, Reddy SV, Bruder JM, Cundy T, Cornish J, Singer FR, et al. Sequence analysis of measles virus nucleocapsid transcripts in patients with Paget's disease. J Bone Miner Res 2002; 17: 145-51.
27. Mills BG, Frausto A, Singer FR, Ohsaki Y, Demulder A, Roodman GD. Multinucleated cells formed in vitro from Paget's bone marrow express viral antigens. Bone 1994; 15: 443-8.
28. Ralston SH, Langston AL, Reid IR. Pathogenesis and management of Paget's disease of bone. Lancet 2008; 372: 155-63.
29. Helfrich MH, Hobson RP, Grabowski PS, Zurbriggen A, Cosby SL, Dickson GR, et al. A negative search for a paramyxoviral etiology of Paget's disease of bone: molecular, immunological, and ultrastructural studies in UK patients. J Bone Miner Res 2000; 15: 2315-29.
30. Ralston SH, Afzal MA, Helfrich MH, Fraser WD, Gallagher JA, Mee A, et al. Multicenter blinded analysis of RT-PCR detection methods for paramyxoviruses in relation to Paget's disease of bone. J Bone Miner Res 2007; 22: 569-77.
31. Matthews B, Cundy T. Paget's Disease of Bone. Expert Rev Endocrinol Metab 2009; 4: 651-68.
32. cdc.gov/measles/about/history.html - nóvember 2014.
33. ncbi.nlm.nih.gov/gene/8878 - febrúar 2017.
34. Hocking LJ, Lucas GJ, Daroszewska A, Mangion J, Olavesen M, Cundy T, et al. Domain-specific mutations in sequestosome 1 (SQSTM1) cause familial and sporadic Paget's disease. Hum Mol Genet 2002; 11: 2735-9.
35. Laurin N, Brown JP, Morissette J, Raymond V. Recurrent mutation of the gene encoding sequestosome 1 (SQSTM1/p62) in Paget disease of bone. Am J Hum Genet 2002; 70: 1582-8.
36. Cavey JR, Ralston SH, Hocking LJ, Sheppard PW, Ciani B, Searle MS, et al. Loss of ubiquitin-binding associated with Paget's disease of bone p62 (SQSTM1) mutations. J Bone Miner Res 2005; 20: 619-24.
37. Lacey DL, Timms E, Tan HL, Kelley MJ, Dunstan CR, Burgess T, et al. Osteoprotegerin ligand is a cytokine that regulates osteoclast differentiation and activation. Cell 1998; 93: 165-76.
38. Cui W, Cuartas E, Ke J, Zhang Q, Einarsson HB, Sedgwick JD, et al. CD200 and its receptor, CD200R, modulate bone mass via the differentiation of osteoclasts. Proc Natl Acad Sci U S A 2007; 104: 14436-41.
39. Rubino E, Rainero I, Chio A, Rogaeva E, Galimberti D, Fenoglio P, et al. SQSTM1 mutations in frontotemporal lobar degeneration and amyotrophic lateral sclerosis. Neurology 2012; 79: 1556-62.
40. Poncelet A. The neurologic complications of Paget's disease. J Bone Miner Res 1999; 14 Suppl 2: 88-91.
41. ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1476/ - júlí 2011.
42. Dohrmann PJ, Elrick WL. Dementia and hydrocephalus in Paget's disease: a case report. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1982; 45: 835-7.
43. Libicher M, Kasperk C, Daniels M, Hosch W, Kauczor HU, Delorme S. Dynamic contrast-enhanced MRI in Paget's disease of bone--correlation of regional microcirculation and bone turnover. Eur Radiol 2008; 18: 1005-11.
44. Shaker JL. Paget's Disease of Bone: A Review of Epidemiology, Pathophysiology and Management. Ther Adv Musculoskelet Dis 2009; 1: 107-25.
45. Devogelaer JP, Bergmann P, Body JJ, Boutsen Y, Goemaere S, Kaufman JM, et al. Management of patients with Paget's disease: a consensus document of the Belgian Bone Club. Osteoporos Int 2008; 19: 1109-17.
46. Siris ES. Paget's disease of bone. J Bone Miner Res 1998; 13: 1061-5.
47. Monsell EM. The mechanism of hearing loss in Paget's disease of bone. Laryngoscope 2004; 114: 598-606.
48. Davie M, Davies M, Francis R, Fraser W, Hosking D, Tansley R. Paget's disease of bone: a review of 889 patients. Bone 1999; 24: 11S-2S.
49. Yee AH, Rabinstein AA. Neurologic presentations of acid-base imbalance, electrolyte abnormalities, and endocrine emergencies. Neurol Clin 2010; 28: 1-16.
50. Reifenstein E, Albright F. Paget's disease: Its pathologic physiology and the importance of this in the complications arising from fracture and immobilization N Engl J Med 1944; 231: 343-55.
51. Brandi ML, Falchetti A. What is the relationship between Paget's disease of bone and hyperparathyroidism? J Bone Miner Res 2006; 21 Suppl 2: P69-74.
52. Wermers RA, Tiegs RD, Atkinson EJ, Achenbach SJ, Melton LJ, 3rd. Morbidity and mortality associated with Paget's disease of bone: a population-based study. J Bone Miner Res 2008; 23 :819-25.
53. Moiyadi AV, Praharaj SS, Pillai VS, Chandramouli BA. Hydrocephalus in Paget's disease. Acta Neurochir (Wien) 2006; 148: 1297-300.
54. Roche J, Warner D. Arachnoid granulations in the transverse and sigmoid sinuses: CT, MR, and MR angiographic appearance of a normal anatomic variation. AJNR Am J Neuroradiol 1996; 17: 677-83.
55. Iliff JJ, Wang M, Zeppenfeld DM, Venkataraman A, Plog BA, Liao Y, et al. Cerebral arterial pulsation drives paravascular CSF-interstitial fluid exchange in the murine brain. J Neurosci 2013; 33: 18190-9.
56. Bradley WG, Jr. CSF Flow in the Brain in the Context of Normal Pressure Hydrocephalus. AJNR Am J Neuroradiol 2015; 36: 831-8.
57. Hakim S, Adams RD. The special clinical problem of symptomatic hydrocephalus with normal cerebrospinal fluid pressure. Observations on cerebrospinal fluid hydrodynamics. J Neurol Sci 1965; 2: 307-27.
58. Martin BJ, Roberts MA, Turner JW. Normal pressure hydrocephalus and Paget's disease of bone. Gerontology 1985; 31: 397-402.
59. radiopaedia.org/articles/paget-disease-of-bone-2 - ágúst 2016.
60. Grammaticus S. Saxo Grammaticus Danmarks Krønike. Forlaget Sesam, Viborg 2001: 309-51.

Barst til blaðsins 16. október 2018, samþykkt til birtingar 24. apríl 2019.

ENGLISH SUMMARY

Visna of Egill Skallagrímsson

Halldór Bjarki Einarsson[1]
Ronni Mikkelsen[2]
Jón Torfi Gylfason[3]
Jan Holten Lützhøft[4]

Considering the changes in moral principles, human behavior and behavioral values through the ages, in Egill Skallagrímsson's Saga, Egill presents us with altered mental status. This is in terms of what at present is considered symptoms of an anti-social personality, and bipolar affective disorder. Egill Skallagrímsson is considered one of the most famous Vikings in the Icelandic Sagas. Archaeological findings mentioned in Egill's Saga indicate disfigurement of his skull, which has led many authors to suggest that Egill suffered from skeletal dysplasia. The primary assumption in the literature is that Egill Skallagrímsson was affected by Paget's disease of bone. This consideration is additionally based on the scholar's interpretation of the Saga text. The unique storytelling style in the Saga of Egill Skallagrímsson is evident; however, the question of the story's truthfulness remains open. In this article, we investigate Egill Skallagrímsson's assumed Paget's disease of bone, based on the physical and mental symptoms disclosed in the Saga of Egill Skallagrímsson. Associated with the assumption, the author's hermeneutics of Egill's Saga in the context of modern-day knowledge of Paget's disease of bone, brings forward the probability estimate to the range of permille. In Scandinavian folklore and mythology, a tale by Saxo Grammaticus of a notorious shield-maiden named Visna, reminds of Egill, as noted by Snorri Sturluson. Hence, in reference to Egill Skallagrímsson's mental status and physical appearance as listed in Egill's Saga, the authors recommend the name for his condition to be "Visna of Egill Skallagrímsson".

[1]Department of Neurosurgery, Odense University Hospital, Denmark, [2]Department of Neuroradiology, Aarhus University Hospital, Denmark, [3]Lækning, Lágmúla 5, Reykjavík, Iceland, [4]Department of Psychiatry, Aarhus University Hospital, Denmark.

Key words: *Egill Skallagrímsson, skeletal dysplasia, Paget's disease of bone, bipolar affective disorder, hydrocephalus, dementia.*

Correspondence: *Halldór Bjarki Einarsson, Halldor.Bjarki.Einarsson@rsyd.dk*

Pisa-heilkenni – sjúkratilfelli

Freyr Gauti Sigmundsson[1,3]
Fredrik Strömqvist[2]
Bjarki Karlsson[3]

Höfundar eru læknar.

[1]Bæklunardeild Háskólasjúkrahússins í Örebro, [2]bæklunardeild Háskólasjúkrahússins í Malmö, [3]Sjúkrahúsinu á Akureyri.

Fyrirspurnum svarar Freyr Gauti Sigmundsson, *freyr.sigmundsson@regionorebrolan.se*

ÁGRIP

Sextíu og sex ára kona með Parkinson-sjúkdóm leitaði til bæklunarlækna vegna erfiðra bakverkja. Konan hafði á skömmum tíma fengið hryggskekkju og göngugeta hennar hafði samtímis skerst. Konan var greind með hryggþröng (spinal stenosis) og hið sjaldgæfa Pisa-heilkenni sem stundum er fylgifiskur Parkinson-sjúkdóms. Í skurðaðgerð var hryggskekkjan rétt af og tveimur árum síðar var konan verkjalaus og göngugeta hennar hafði batnað verulega. Vandamál tengd bakskurðaðgerðum hjá fólki með Parkinson-sjúkdóm eru flókin og mikilvægt er að rétt aðgerð sé framkvæmd frá byrjun. Hér er lýst skurðmeðferð hjá konu með Parkinson-sjúkdóm og Pisa-heilkenni.

https://doi.org/10.17992/lbl.2019.05.232

Inngangur

Pisa-heilkenni, einnig nefnt pleurototonus, er eitt birtingarform svokallaðrar stöðuskekkju (*postural deformity*), sem eins og nafnið bendir til dregur nafn sitt af skakka turninum í Pisa. Það sem einkennir Pisa-heilkenni er slagsíða sem versnar við gang. Hin birtingarformin eru Camptokormia, stundum nefnt á ensku „bent-spine syndrome" og Antecollis, einnig nefnt „drop-head syndrome". Hin ólíku form stöðuskekkju geta verið fylgifiskar ýmissa sjúkdóma í vöðva- og miðtaugakerfi en stöðuskekkju hefur verið vel lýst hjá fólki með Parkinson-sjúkdóm.[1,2] Geðsjúkdómar og aukaverkanir ýmissa geðlyfja geta einnig leitt til stöðuskekkju.[3,4] Camptokormia hrjáði stundum skotgrafahermenn í fyrri heimsstyrjöldinni og nefndist þá „Cyphose hystérique" og var ástæðan talin andleg.[5] Fyrstur til að lýsa Pisa-heilkenni var sænski læknirinn Ekblom árið 1972.[4] Fjölmörg lyf sem grípa inn í dópamínefnaskiptin í miðtaugakerfinu hafa verið tengd við Pisa-heilkenni.[6] Einnig geta ýmsir taugahrörnunarsjúkdómar leitt til Pisa-heilkennis og þar ber helst að nefna Parkinson-sjúkdóm.[1,6,7]

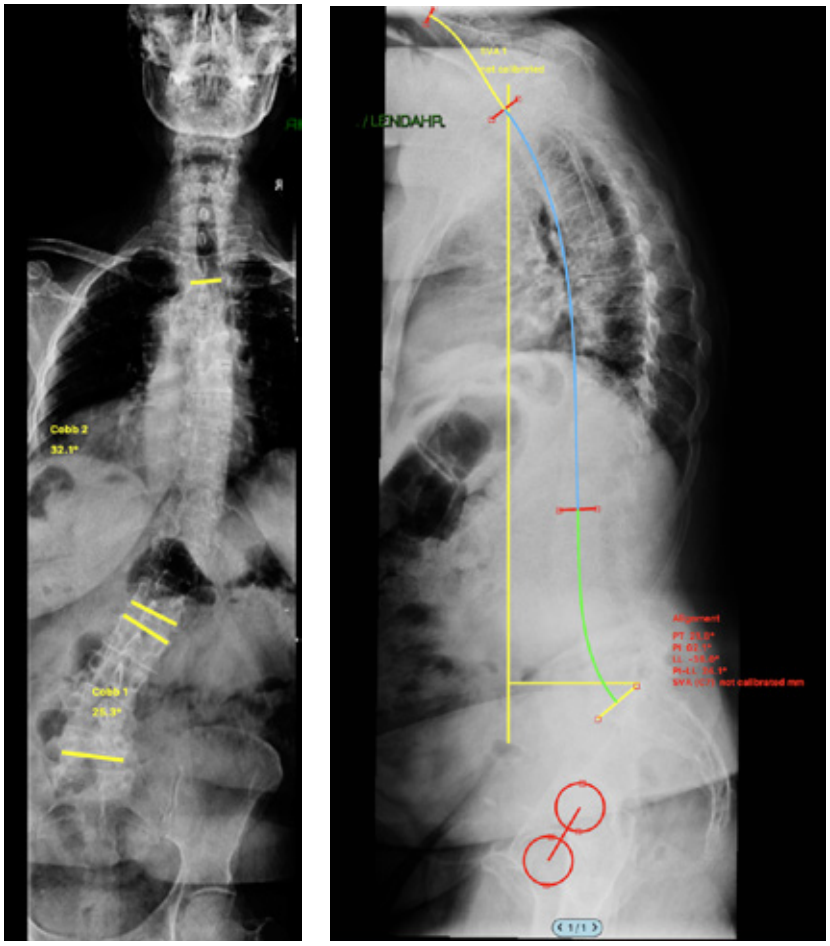
Stöðuskekkja getur haft margs konar áhrif á líf þeirra sem greinast með sjúkdóminn. Fólk með stöðuskekkju getur til dæmis átt í erfiðleikum með samskipti vegna líkamsstöðu sinnar. Camptokormiu og Pisa-heilkenni getur einnig fylgt sársaukafullur vöðvaherpingur í magavöðvum og hálshrygg. Það er einkennandi fyrir stöðuskekkju að snemma í sjúkdómsferlinu geta sjúklingar rétt úr sér í liggjandi stöðu en geta ómögulega rétt úr sér standandi. Slitbreytingar í hrygg þróast þó oft hratt og geta leitt til stífrar hryggskekkju (*scoliosis*) og herðakistils (*kyphosis*). Einkennandi fyrir Pisa-heilkenni er að skekkjan er ekki einungis í kórónuplani heldur er einnig um að ræða svokallað þykktarstöðuójafnvægi (*sagittal imbalance*). Þykktarstöðuójafnvægi er hægt að greina á standandi hliðarröntgenmyndum. Þykktarstöðuójafnvægi er til staðar ef lóðrétt lína frá miðjum hálshryggjarbol C7 fellur meira en 5 cm framan við aftari horn endaplötu S1 (*sacrum*). Einkennandi fyrir skekkjuna er að hryggbolirnir snúast ekki (*rotation*) eins og algengast er þegar um venjulega hryggskekkju er að ræða. Fólk með Pisa-heilkenni á oft erfitt með gang og að rétta úr sér. Flestir sem verða fyrir sjúkdómnum fá erfiða bakverki og reyna af öllum mætti að rétta úr sér en gefast fljótt upp vegna sársauka. Heilkennið er sjaldgæft en um það bil 2-8% sjúklinga með Parkinsonsjúkdóm eru taldir fá Pisa-heilkenni.[2,8] Ástæða stöðuskekkju hjá fólki með þessa sjúkdóma er talin vera ójafnvægi í bolvöðvaspennu (*truncal dystonia*) en orsakirnar geta verið margþættar. Greining og meðferð er yfirleitt í höndum taugalækna. Til að byrja með felst meðferðin í meðhöndlun grunnsjúkdómsins og lyfjabreytingum eins og við verður komið. Meðferð með djúpheilaertingu (*deep brain stimulation*) hefur einnig verið reynd en með misjöfnum árangri.[9] Sú meðferð hjálpar ekki ef skekkjan í hryggnum er orðin stíf og slitbreytingar eru miklar.[10] Sérhæfð sjúkraþjálfun, hjálpartæki og bótoxmeðferð hafa einnig verið notuð eftir þörfum. Sjúklingar með Pisa-heilkenni geta sökum aukinnar vöðvaspennu í kviðarvöðvum haft verki í þeim og getur bótoxmeðferð slegið á slík einkenni. Í sumum tilfellum getur skurðaðgerð þar sem hryggurinn er réttur af verið árangursrík en fylgikvillar eftir slíkar aðgerðir eru þó algengir.[11,12]

Tilfelli

Sextíu og sex ára kona með Parkinson-sjúkdóm leitaði til bæklunarlækna vegna verkja í baki og leiðniverks niður í hægra læri.



Mynd 1a. *Ljósmynd af konunni fyrir aðgerð sýnir hryggskekkjuna greinilega.*



Mynd 1b og 1c. *Standandi röntgenmyndir sýna vel umfang hryggskekkjunnar í kórónu og þykktarplani.*

Konan var með nýrnablöðrusjúkdóm (*polycystic kidney disease*) og í yfirvigt en var að öðru leyti hraust. Í segulómskoðun sást væg hryggþröng (*spinal stenosis*) og á röntgenmynd sást hryggskekkja. Göngugeta og verkir höfðu versnað mikið og gat hún einungis gengið á milli herbergja á heimili sínu og notaðist þá við hækjustafi eða göngugrind. Hún gat ekki lengur staðið við störf sín og við gang fékk hún mikla verki í bakið og slagsíðu til hægri og þá gat hún ekki rétt úr sér. Á tölvusneiðmynd af kvið árið 2012 sást ekki nein hryggskekkja en röntgenmyndir frá árinu 2014 sýndu byrjandi skekkju á L4-L5 liðbili. Á stuttum tíma sagðist konan hafa orðið skökk eins og turninn í Pisa. Hryggskekkjan var skörp á liðbili L4-L5 en vegna viðleitni sinnar til að halda höfðinu yfir miðjum líkamanum var konan með aðra minni skekkju ofan við þá neðri (mynd 1b). Segulómskoðun skömmu fyrir mat hjá bæklunarlækni sýndi taugarótarþrengsli á L4-rót hægra megin og væga hryggþröng á liðbili L4-L5 og L3-L4, einkum vegna fitu (*epidural lipomatosis*). Standandi röntgenmynd af öllum hryggnum sýndi áðurnefndar hryggskekkjur og á hliðarmynd var hægt að sjá þykktarstöðuójafnvægi (*sagittal imbalance*) (mynd 1c). Sjúklingurinn uppfyllti greiningarskilyrði Pisa-heilkennis.[1] Meðferðarmöguleikar voru til að byrja með sjúkraþjálfun, endurhæfing og verkjalyfjameðferð en ef árangur yrði takmarkaður kæmi skurðaðgerð til greina. Ljóst var að skurðaðgerð yrði umfangsmikil, með óljósum horfum og hættu á fylgikvillum. Beinþéttnimæling var einnig gerð og var beinþéttni innan eðlilegra marka en beinþynning er frábending fyrir aðgerð. Nýtt mat var gert hálfu ári síðar hjá hryggjarskurðlækni. Konunni leið illa, fóru bak- og leiðniverkir versnandi og þurfti hún þá að nota hjólastól og taka sterk verkjalyf. Ákveðið var að framkvæma skurðaðgerð á hrygg.

Aðgerð

Aðgerðin fór fram í apríl 2016 á Sjúkrahúsinu á Akureyri. Fyrir aðgerð var gert ýtarlegt heilsumat. Markmiðið með aðgerðinni var að rétta hryggskekkjuna og létta fargi (*decompression*) af fjórðu lendhryggjartaug í hægri rótargöngum sem og rótarknippinu á lendhryggjarliðbilum L4-L5 og L3-L4. Til að rétta skörpu skekkjuna á lendhryggjarliðbili (L4-L5) þurfti að fjarlægja liðþófann og setja í hans stað beinfyllt búr (mynd 2). Nauðsynlegt var að ná góðri festu ofan og neðan við skekkjuna. Fjórar skrúfur voru settar í spjaldbein og tvær í fimmta lendhryggjarbol til að fá nægjanlega góða festu handan við skekkjuna (*caudalt*). Ofar í hryggnum (*cephalad*) voru skrúfur settar frá fjórða lendhryggjarbol til og með tíunda brjósthryggjarbols. Liðtindaliðir (facetuliðir) voru fjarlægðir á L4-L5 og L3-L4-bili og á þann hátt var hægt að skapa sveigju (*lordosis*) í lendhryggnum. Tveir sverir kóboltkróm-teinar voru svo beygðir í rétta sveigju og skrúfaðir fastir í hrygginn og þannig var skekkjan að mestu rétt af. Bein sem fékkst við fargléttinguna var



Mynd 2. *Á tölvusneiðmynd sést að notast var við beinfyllt búr til að rétta af L4-L5 liðbilið.*

malað í mulningsvél og pakkað yfir afskrapaða beinfleti og inn í L4-L5 liðbilið.

Aðgerðin gekk vel. Konan var skamman tíma á gjörgæslu en fluttist síðan á bæklunardeild og síðar á endurhæfingardeild. Tveimur árum eftir aðgerð, í apríl 2018, notaði konan ekki verkjalyf vegna hryggjarins og gekk um utanhúss með hækju sér til stuðnings en hún fór í gerviliðsaðgerð á vinstra hné í janúar 2018 (mynd 3). Göngugeta konunnar hafði þá batnað mikið og gat hún gengið rúmlega einn kílómetra. Röntgenmyndir sýndu góða réttingu á hryggskekkjunni og gott jafnvægi á hliðarmynd (mynd 4 a og b).

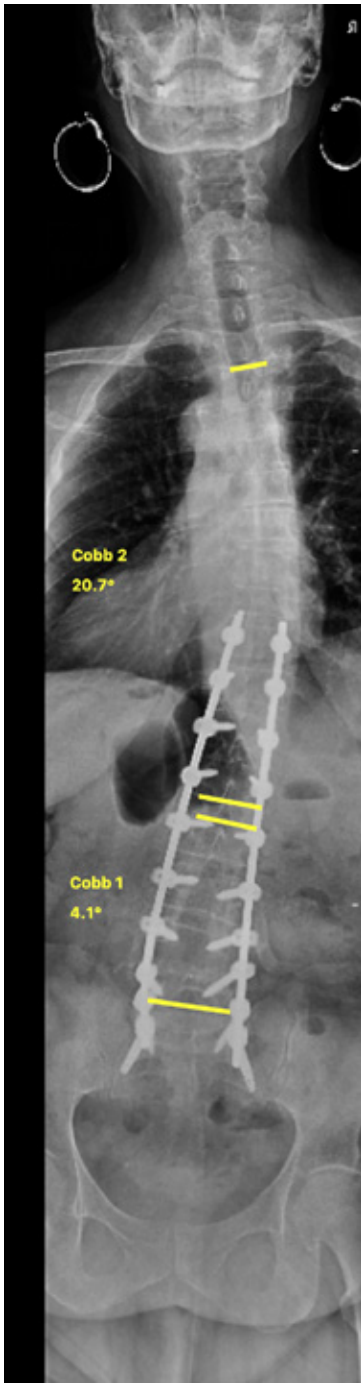
Umræða

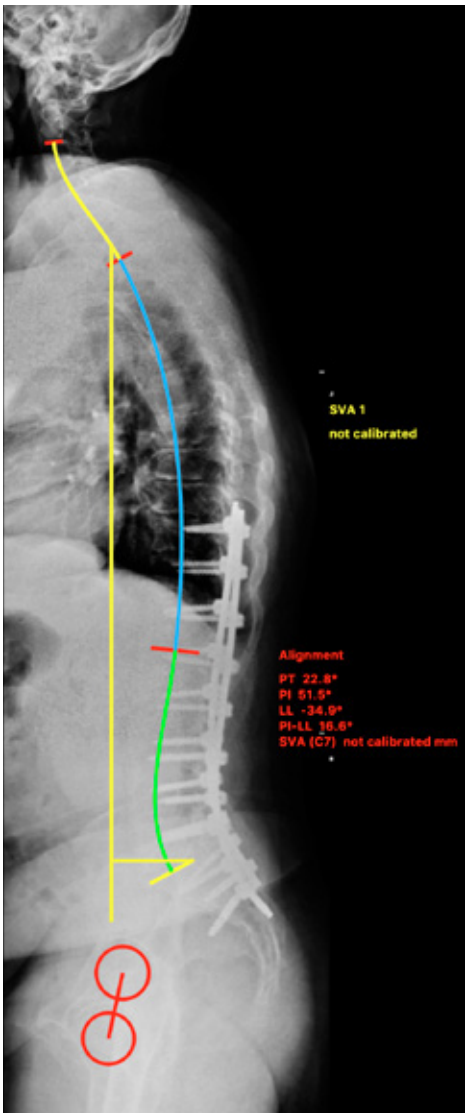
Sjúklingar með Parkinson-sjúkdóm og sjúklingar með hryggþröng eiga það sammerkt að tilheyra eldri hluta þýðisins og báðir sjúkdómarnir eru algengir hjá eldra fólki. Hryggþröng hjá sjúklingum með Parkinson-sjúkdóm er krefjandi vandamál fyrir hryggjarskurðlækna. Það getur verið sérlega vandasamt að átta sig á því hvað veldur stöðuskekkju hjá fólki með Parkinson-sjúkdóm – er það hryggþröngin eða er um að ræða camptokormiu eða Pisa-heilkenni? Bakverkir eru einnig algengir hjá sjúklingum með Parkinson-sjúkdóm og þess vegna geta læknar fallið í þá gildru að halda að hryggþröngin valdi einkennunum og freistast til að



Mynd 3. *Ljósmynd tveimur árum eftir aðgerð sýnir að vel hefur tekist að rétta við sjúklinginn.*

framkvæma einfalda fargléttingu. Slík einföld aðgerð getur leitt af sér aukna bakverki og enn frekari stöðuskekkju.[13] Árangur aðgerða við hryggþröng hjá sjúklingum með Parkinson-sjúkdóm er ófullnægjandi og enduraðgerðir stuttu eftir fyrstu aðgerð eru algengar.[13-15] Þegar hryggjarskurðlæknar meta Parkinson-sjúklinga með hryggþröng með tilliti til aðgerðar er mikilvægt að gera sér grein fyrir að sjúklingarnir geta verið með stöðuskekkju, bæði í kórónuplani og þykktarplani (*sagittal plane*). Öruggasta leiðin til að greina sjúkdóminn er að taka standandi röntgenmynd og meta þykktarstöðuójafnvægið (*sagittal imbalance*) með mælingu. Þegar þessar myndir eru teknar má sjúklingurinn ekki styðja sig við neitt og myndirnar verða að ná öllum hryggnum og mjaðmaliðunum. Fargrétting án þess að meta þykktarstöðuójafnvægi og taka tillit til þess í aðgerð getur leitt til verri heilsu hjá þessum sjúklingum.[16]





Mynd 4a og 4b. *Standandi röntgenmyndir tveimur árum eftir aðgerð sýna árangur hennar.*

Þegar vel tekst til með bakskurðaðgerðir hjá Parkinson-sjúklingum með þykktarstöðuójafnvægi, er það vegna þess að ítarlegt mat hefur farið fram og tekist hefur að leiðrétta þykktarstöðuójafnvægið í aðgerð.[12,16] Það er mikilvægt að tauga- og hryggjarskurðlæknar þekki til stöðuskekkju hjá fólki með ýmsa tauga- og geðsjúkdóma. Til þess að ná góðum langtímaárangri þarf því stundum umfangsmiklar aðgerðir þar sem skornir eru fleygar úr hryggjarbolum og felldir saman til að rétta við hrygginn (*osteotomy*). Einnig er hægt að notast við beinfyllt búr til að rétta hrygginn af. Flestir mæla með góðri undirstöðufestingu með skrúfum frá miðju spjaldbeini inn í mjaðmagrind og að minnsta kosti til neðri hluta brjósthryggjar.[9,17,18] Beinmassi má ekki vera við slíkar aðgerðir því góð festa verður að vera til staðar fyrir skrúfurnar sem eru skrúfaðar í hryggjarbolina. Margir Parkinson-sjúklingar geta sökum aldurs og annarra sjúkdóma ekki farið í slíkar aðgerðir.[17] Taugahrörnunarsjúkdómurinn ákvarðar því að lokum horfur sjúklinganna sem í versta falli hafa einungis tímabundið gagn af aðgerðinni og þurfa oft á tíðum enduraðgerða við vegna þess að ígræði losnar.[11-14] Oft er betur heima setið en af stað farið og það á vel um bakaðgerðir hjá sjúklingum með Parkinson-sjúkdóm.

Hjá sjúklingum með Parkinson-sjúkdóm er mikilvægt að greina stöðuskekkjuna snemma svo hægt sé að beita hættuminni meðferð tímanlega með betri líkum á góðum árangri.[6] Sjúkraþjálfun og verkjalyfjameðferð er hluti af meðferðinni. Einnig má reyna bótoxmeðferð en að okkar mati var ólíklegt að slík meðferð gæti að einhverju leyti dregið úr einkennum sjúklingsins vegna þess að slitbreytingar og taugarótarþrengsli voru komin á alvarlegt stig. Sjúklingar með camptokormiu og Pisa-heilkenni hafa stundum sára verki í magavöðvum og undir rifjabarði vegna dystoníunnar. Slíkir verkir geta vel svarað bótoxmeðferð og ef til vill auðveldað sjúklingum að rétta úr sér til að byrja með en í þessu tilfelli var þó ekki um slík einkenni að ræða.

Meðferð með svokallaðri djúpheilaertingu (*deep brain stimulation*, DBS) getur í sumum tilvikum haft áhrif á stöðuskekkjuna.[9] Sumir læknar hafa íhugað DBS-meðferð fyrir stórar hryggjaraðgerðir hjá sjúklingum með camptokormiu og Pisa-heilkenni. Rökin fyrir slíkri meðferð eru að með henni sé hægt að hafa áhrif á stöðvar í heilanum sem drífa stöðuskekkjuna áfram. Sú skoðun kann að þykja skynsamleg en engar rannsóknir sem við þekkjum styðja þetta. Ólíklegt verður að teljast að verkjavandamál sjúklingsins hefðu breyst til batnaðar við DBS-meðferð. Hugsanlega hefði það getað hjálpað ef meðferðin hefði hafist fyrr. Þar sem aðaleinkenni sjúklingsins voru slæm hryggskekkja, slitbreytingar, bakverkir og taugaverkir var aðgerð langlíklegast besti kosturinn. Einnig leyfði almennt heilsufar hans og beingæði aðgerð.

Til að minnka áhættuna verður fyrir aðgerð að fara fram sameiginlegt heildrænt mat lyf- og taugalækna og meta verður beinþéttni sjúklings. Gott samstarf taugalækna með sérþekkingu á Parkinson og hreyfisjúkdómum (*movement disorders*) og hryggjarskurðlækna með reynslu af flóknum hryggjaraðgerðum er líklegast til góðs árangurs hjá þessum sjúklingum.

Heimildir

1. Doherty KM, van de Warrenburg BP, Peralta MC, Silveira-Moriyama L, Azulay J-P, Gershanik OS, et al. Postural deformities in Parkinson's disease. Lancet Neurol 2011; 10: 538-49.
2. Tinazzi M, Fasano A, Geroin C, Morgante F, Ceravolo R, Rossi S, et al. Pisa syndrome in Parkinson disease: An observational multicenter Italian study. Neurology 2015; 85: 1769-79.
3. Olsson H. [Camptocormia and pleurothotonus: rare side effects of neuroleptics]. Lakartidningen 2014; 111: 337-9.
4. Ekbom K, Lindholm H, Ljungberg L. New dystonic syndrome associated with butyrophenone therapy. Z Neurol 1972; 202: 94-103.
5. Karbowski K. The old and the new camptocormia. Spine 1999; 24: 1494-8.
6. Tinazzi M, Geroin C, Gandolfi M, Smania N, Tamburin S, Morgante F, et al. Pisa syndrome in Parkinson's disease: An integrated approach from pathophysiology to management. Mov Disord 2016; 31: 1785-95.
7. Barone P, Santangelo G, Amboni M, Pellecchia MT, Vitale C. Pisa syndrome in Parkinson's disease and parkinsonism: clinical features, pathophysiology, and treatment. Lancet Neurol 2016; 15: 1063-74.
8. Bonanni L, Thomas A, Varanese S, Scorrano V, Onofrj M. Botulinum toxin treatment of lateral axial dystonia in Parkinsonism. Mov Disord Off J Mov Disord Soc 2007; 22: 2097-103.
9. Ha Y, Oh JK, Smith JS, Ailon T, Fehlings MG, Shaffrey CI, et al. Impact of Movement Disorders on Management of Spinal Deformity in the Elderly. Neurosurg 2015; 77 Suppl 4: S173-185.
10. Doherty KM, Davagnanam I, Molloy S, Silveira-Moriyama L, Lees AJ. Pisa syndrome in Parkinson's disease: a mobile or fixed deformity? J Neurol Neurosurg Psychiatry 2013; 84: 1400-3.
11. Upadhyaya CD, Starr PA, Mummaneni PV. Spinal deformity and Parkinson disease: a treatment algorithm. Neurosurg Focus 2010; 28: E5.
12. Bouyer B, Scemama C, Roussouly P, Laouissat F, Obeid I, Boissière L, et al. Evolution and complications after surgery for spine deformation in patients with Parkinson's disease. Orthop Traumatol Surg Res OTSR 2017; 103: 517-22.
13. Babat LB, McLain RF, Bingaman W, Kalfas I, Young P, Rufo-Smith C. Spinal surgery in patients with Parkinson's disease: construct failure and progressive deformity. Spine 2004; 29: 2006-12.
14. Sapkas G, Lykomitros V, Soultanis K, Papadopoulos EC, Papadakis M. Spinal surgery in patients with Parkinson's disease: unsatisfactory results, failure and disappointment. Open Orthop J 2014; 8: 264-7.
15. Schroeder JE, Hughes A, Sama A, Weinstein J, Kaplan L, Cammisa FP, et al. Lumbar Spine Surgery in Patients with Parkinson Disease. J Bone Joint Surg Am 2015; 97: 1661-6.
16. Koller H, Acosta F, Zenner J, Ferraris L, Hitzl W, Meier O, et al. Spinal surgery in patients with Parkinson's disease: experiences with the challenges posed by sagittal imbalance and the Parkinson's spine. Eur Spine J 2010; 19: 1785-94.
17. Galbusera F, Bassani T, Stucovitz E, Martini C, Ismael Aguirre M-F, Berjano PL, et al. Surgical treatment of spinal disorders in Parkinson's disease. Eur Spine J 2018; 27 (Suppl 1): 101-8.
18. Bourghli A, Guérin P, Vital J-M, Aurouer N, Luc S, Gille O, et al. Posterior spinal fusion from T2 to the sacrum for the management of major deformities in patients with Parkinson disease: a retrospective review with analysis of complications. J Spinal Disord Tech 2012; 25: E53-60.

Barst til blaðsins 24. desember 2018, samþykkt til birtingar 3. apríl 2019.

ENGLISH SUMMARY

Pisa Syndrome – case report

Freyr Gauti Sigmundsson[1,2]
Fredrik Strömqvist[2]
Bjarki Karlsson[1]

This case report describes a 66-year old woman with Parkinson´s disease and a subacute onset lateral postural deformity. She experienced severe back pain and reduced walking ability. She was diagnosed with Pisa syndrome and sagittal and coronal imbalance was observed on radiographs. Posterior reconstructive surgery was performed from sacrum to Th10. Post operatively, sagittal and coronal imbalance was improved and maintained at the two year follow-up. The patient remained pain free and improvements in walking ability were sustained. The caveats of spine surgery in Parkinson´s patients are discussed and the importance of goal oriented surgery in terms of improvements in sagittal and coronal balance.

[1]Orthopedic Surgery, Örebro, Sweden, [2]Orthopedic Surgery, Malmö, Sweden, [3]Dept. Orthopedics, Akureyri, Iceland.

Key words: *Pisa Syndrome, postural deformity, Parkinsons disease, sagittal imbalance.*

Correspondence: *Freyr Gauti Sigmundsson, freyr.sigmundsson@regionorebrolan.se*





Vísindaþing

Tómas Guðbjartsson

Á sameiginlegu vísindaþingi skurð- og svæfingalækna í mars síðastliðnum voru mættir galvaskir læknanemar á fjórða ári sem hvöttu til dáða skólafélaga sína sem fluttu þar erindi. Það virðist hafa hjálpað því allir þeir þrír sem unnu til verðlauna fyrir bestu vísindaerindin voru fjórða árs læknanemar og skákuðu þar með unglæknum í sérnámi. Þetta voru Oddný Rún Karlsdóttir sem fékk verðlaun fyrir besta veggspjaldið, sem fjallaði um framköllun fæðinga og keisaraskurði, Lilja Dögg Gísladóttir sem greindi frá skurðaðgerðum við brjóstakrabbameini og Berglind Gunnarsdóttir sem fjallaði um greiningu alvarlegra meðfæddra hjartagalla á Íslandi.

Ertu með hugmynd að dagskrá fyrir Læknadaga 20.-24. janúar 2020?

Þeir sem vilja leggja til efni í dagskrá Læknadaga eru beðnir að fylla út umsóknarblað á innraneti Læknafélagsins og senda til Margrétar Aðalsteinsdóttur margret@lis.is fyrir 10. maí næstkomandi.

Frá Fræðslustofnun lækna.

Heilbrigðisstefna í öngstræti



Þórarinn Guðnason

hjartalæknir, formaður Læknafélags Reykjavíkur

thorgudn@landspitali.is

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

Heilbrigðisstefnan til 2030 sem nú bíður samþykkis Alþingis er því miður ekki afrakstur faglegrar og nútímalegrar stefnumótunarvinnu sem sátt hefur náðst um í samfélaginu, heldur liður í að ríkisvæða heilbrigðisþjónustuna hratt og hljótt. Meðal annarra hafa félög lækna gagnrýnt stefnuna og vinnubrögðin við stefnumótunina harðlega.

Það plagg sem er nú til skoðunar í velferðarnefnd Alþingis olli mörgum vonbrigðum enda er mikil þörf fyrir vandaða og heildstæða stefnumótun á heilbrigðissviði; framtíðarsýn sem stendur af sér hentistefnur mismunandi ráðherra og ríkisstjórna hvers tíma.

En hvað er gagnrýnivert? Í stuttu máli fer hefðbundin stefnumótunarvinna eftir skýrri aðferðafræði í fjórum þáttum: Í fyrsta lagi gagnaöflun og stöðumati, í öðru lagi greiningu gagna, í þriðja lagi tillögugerð um innleiðingu og mælanleg markmið og síðast en ekki síst aðgerðaáætlun og eftirfylgni.

Fyrir liggur að þessu ferli var alls ekki fylgt við gerð heilbrigðisstefnunnar. Á kynningarfundi í ráðuneytinu í október 2018 kom fram að gagnaöflun og stöðumat hefðu verið takmörkuð og tekið stuttan tíma. Algerlega var horft framhjá fyrri heilbrigðisáætlunum til 2000 og 2010, en rykið dustað af gömlum skýrslum um afmarkaða hluta heilbrigðiskerfisins. Heildstætt stöðumat fór ekki fram og ekki var fyllt í eyður þekkingar á núverandi stöðu sem sárlega hefði þurft að gera.

Greining gagnanna var heldur aldrei framkvæmd og tillögur um innleiðingu, markmið og mælikvarða eru fáar í stefnunni og tilviljunarkenndar. Það er bagalegt því markmiðssetning og mælikvarðar eru hornsteinar árangursmats stefnumótunarvinnu.

Aðgerðaáætlun er síðasta þrepið í vinnunni en þá eru aðgerðir stefnunnar innleiddar og bundnar inn í kerfin, menninguna og verklag allt. Enga slíka aðgerðaáætlun er að sjá í tillögunni sem nú liggur fyrir. Í nokkrum tilfellum er þó búið að setja fram markmið sem eiga að nást fyrir árið 2030. Með því að slíkt er gert tilviljunarkennt er forgangsröðun fjármuna ákveðin án þess að hugað sé að því meta áhrifin á kerfið heildstætt.

Texti tillögunnar sjálfrar er stuttaralegur og í punktaformi og í þetta plagg vantar stóra þætti. Það gerir stefnuna ekki bara ruglingslega heldur í raun ónothæfa því í hana vantar alla heildarsýn. Nær hefði verið að tala um stefnumótun fyrir hinn ríkisrekna hluta heilbrigðiskerfisins því nánast eingöngu er fjallað um þann hluta heilbrigðiskerfisins í tillögunni þótt farið sé um víðan völl í greinargerðinni.

Textinn hefur afar lítið breyst í ferlinu, þrátt fyrir fjölmargar ábendingar fagfólks og leikmanna á fundum, á Heilbrigðisþingi og í samráðsgáttinni. Þær ábendingar hafa nær allar verið virtar að vettugi og sumir tala um sýndarsamráð.

Eins langt og það nær er samt margt almennt séð í stefnunni sem erfitt er að vera ósammála. En veikleikar stefnunnar opinberast fyrst og fremst í því sem í hana vantar. Til dæmis er nær ekkert fjallað um endurhæfingu, öldrunarþjónustu, sjúkraflutninga, lýðheilsu, forvarnir, hjúkrunarheimili og geðheilbrigðismál. Betri umfjöllun skortir um nýsköpun, framþróun, tækniframfarir og mat á gæðum og árangri. Velferð starfsmanna, kulnun í starfi, jafnréttismálum og símenntun eru gerð lítil skil og ekkert er þar varðandi lífsstílssjúkdóma og framtíðarsjúkdóma sem heilbrigðiskerfi komandi ára mun standa og falla með. Framtíðarsýnin er lítil sem engin en meira púðri eytt í hvernig reka á ríkisstofnanirnar í kerfinu. Sem dæmi var ekki haft samráð við sveitarfélög og stofnanir sem reka hjúkrunarheimili. Samt er umtalaðasti vandi sjúkrahúsanna fráflæðisvandi og skortur á hjúkrunarrýmum. Hvernig má þá vera að akkúrat þetta var haft útundan í stefnumótuninni?

Einnig vantar að mestu umfjöllun um stóran, vaxandi og mikilvægan hluta kerfisins okkar en það er heilbrigðisþjónusta utan sjúkrahúsa. Þar má nefna sem dæmi rekstur sjúkraþjálfara, starfsemi Rauða krossins, SÁÁ, Krabbameinsfélagsins, Heilsustofnunar NLFÍ og Reykjalundar – aðila sem lyft hafa grettistaki fyrir heilbrigðiskerfið síðastliðna áratugi en má ætla að verði horfnir af vettvangi árið 2030, í núverandi mynd, ef marka má heilbrigðisstefnuna.

Heilbrigðiskerfið er mikilvæg grunnstoð samfélagsins alls og gott kerfi er forsenda þess að fólk vilji búa í landinu. Flestir Íslendingar vilja vel rekið opinbert kerfi sem fjármagnað er af ríkinu en rúmar ólík rekstrarform. Allir eru sammála um að kerfið þarf að vera aðgengilegt öllum landsmönnum, að biðlistar séu í lágmarki og jafnræðis sé gætt milli sjúkdóma og sjúklinga. Gæðin þurfa að vera framúrskarandi. Heildstæð og vönduð langtímastefnumótun er forsenda slíkrar þróunar og nauðsynleg við uppbyggingu, skipulag og rekstur hagkvæms heilbrigðiskerfis.

Sú brotakennda stefna um ríkisrekna heilbrigðiskerfið sem nú liggur fyrir Alþingi er ljósárum frá því að vera slíkt plagg. Ég hvet þingmenn til að hafna núverandi plaggi en fela ráðuneytinu að hefja vandaða faglega vinnu við mótun heilbrigðisstefnu allra landsmanna, leita til þess aðstoðar fagmanna í stefnumótun og leggja þannig fjármuni til verkefnisins að unnt sé að vinna það af ítrustu fagmennsku. Framtíð heilbrigðiskerfisins okkar er í húfi.

Stjórn Læknafélags Íslands

Reynir Arngrímsson
formaður
Björn Gunnarsson
gjaldkeri

FAL
Guðrún Ása Björnsdóttir
Ýmir Óskarsson

FÍH
Salóme Ásta Arnardóttir
Jörundur Kristinsson
varaformaður

FS
María I. Gunnbjörnsdóttir
Gunnar Mýrdal
ritari

LR
Þórarinn Guðnason
Guðmundur Örn Guðmundsson

Heim í faðm fjölskyldunnar

„Við spyrjum okkur stundum að því sjálf af hverju við komum heim," segir Anna Björnsdóttir taugalæknir. Þau hjónin Anna og Martin Ingi Sigurðsson svæfingalæknir eru að koma lífi sínu í fastar skorður eftir langt og strangt nám í Bandaríkjunum, fæðingu frumburðarins og baráttu Önnu við að komast inn á rammasamning sérfræðilækna, sem yfirvöld höfðu lokað og sagt fullan. Nú horfir lífið björtum augum við þeim. Martin er nýtekinn við stöðu prófessors og yfirlæknis í svæfinga- og gjörgæslulækningum við læknadeild Háskóla Íslands og á aðgerðasviði Landspítala og eftirspurn eftir sérfræðiþjónustu Önnu er svo mikil að biðin er hálft ár.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Á sólríkum föstudagseftirmiðdegi setjumst við með súkkulaðiköku við stórt og mikið borðstofuborð þeirra hjóna í litlu íbúðinni þeirra í Fossvoginum. „Það er allt svo stórt í Bandaríkjunum," segja þau og gera góðlátlegt grín að húsgögnum sínum sem þau fluttu með sér heim. Litli drengurinn þeirra, Björn, er kominn með húfu á höfuðið. Hann er á leið í bíltúr með móðurafa sínum, forréttindi sem hann naut ekki í Bandaríkjunum. Það voru einmitt þessi forréttindi sem þau sóttu í þegar þau ákváðu að flytja aftur til Íslands eftir strangt nám þar ytra, ómeðvituð um að ekkert yrði leikskólaplássið fyrir drenginn. Þau vissu þá heldur ekki að barátta Önnu við að fá niðurgreidda á þjónustu fyrir sjúklinga sína yrði jafnerfið og raun bar vitni.

En byrjum á byrjuninni. Hvar kynntust þau? „Við kynntumst á lesstofunni í Læknagarði," segir Anna og Martin samsinnir. „Við vorum saman í MR en á sitthvoru árinu," segir Martin. Hún segir þó að hún hafi vitað hver Martin var, enda nafnið óalgengt. Martin varð dúx árgangs síns áður en Anna útskrifaðist og hugsanlega var það lán í óláni að verkfræðinámið í HÍ höfðaði ekki til hans því þau Anna urðu þá samstiga í læknisfræði og náðu saman í lok fyrsta árs.

„Verkfræði var augljóst val í MR en stóðst ekki alveg væntingar þegar á reyndi. Ég sá ekki fyrir mér að vinna í tölvu allan daginn og vildi vinna meira með fólki. Ég ákvað að prófa læknisfræði og sé ekki eftir því," segir Martin.

Völdu sitthvort sérnámið

Þótt þau væru saman öll árin völdu þau ekki sömu sérgrein. „Nei, sem betur fer," segja þau nánast í kór. „Það hjálpar okkur að vera í sitthvorri sérgreininni. Það hefur sína kosti og galla, en ég hef meiri innsýn í svæfingalækningar fyrir vikið og Martin hefur meiri innsýn inn í taugalækningar," segir Anna.

Þau fóru til Bandaríkjanna í kjölfar námsins hér heima og segir Martin að stutta svarið við því af hverju þau fóru þangað sé að hann hafi farið á þriðja ári í Johns Hopkins-háskólann í Baltimore og verið undir handleiðslu Hans Tómasar Björnssonar, sem nú er nýkominn heim.

„Skipulagið í Bandaríkjunum heillaði. Þar er allt mjög formfast og rannsóknarumhverfið heillandi. Svo áttum við fyrirmyndir á Landspítala sem höfðu farið þessa leið," segir Martin og Anna grípur boltann. „Ég held við höfum aldrei rætt það sérstaklega. Ég held við höfum alltaf bæði ætlað til Bandaríkjanna."

Í sérsniðnu paranámi

Þau sóttu um sem par. Það tryggði að þau myndu lenda á svipuðum slóðum í Bandaríkjunum og fengu stöðu á sitthvorum spítalanum í Boston. Martin fór á Brigham and Women's-spítalann sem tilheyrir læknadeild Harvard og Anna í læknadeild Massachussetts-háskóla, (UMass), sem er um klukkustund fyrir utan Boston.

„Við bjuggum mitt á milli og ferðuðumst bæði í hálftíma sitt í hvora áttina úr úthverfi Boston." Bæði fóru þau svo í undirsérgreinar í Duke í Norður-Karólínu, hann í svæfingar fyrir hjarta- og lungnaskurðaðgerðir og gjörgæslulækningar og hún sérhæfði sig í Parkinson og hreyfitruflunum.

Martin segir Bandaríkjamenn upptekna af tölfræði sem hafi leitt af sér þetta sérstaka fyrirkomulag að bjóða pörum sem eru bæði læknar að lenda á svipuðum slóðum. „Þeir hafa tölfræði sem sýnir að pör séu líklegri til að útskrifast úr prógrömmum en einstaklingar," segir hann.

Við ræðum muninn á heilbrigðiskerfi Bandaríkjanna og hér á landi. „Það eru



Anna og Martin hafa komið sér vel fyrir hér heima eftir krefjandi nám í Bandaríkjunum þar sem þau sóttu sérmenntun sína. Þau segja betra jafnvægi milli vinnu og einkalífs hér heima en ytra. Myndir/gag

kostir og gallar við bæði kerfin," segir Anna. „Við nutum helstu kostanna við ameríska kerfið þar sem þjálfun læknanna á háskólasjúkrahúsum er gríðarlega mikil og stór partur af spítalastarfinu."

Fjárfest í heilbrigði

Martin segir þó helsta kostinn ytra, sem mætti taka til fyrirmyndar hér, að þar sé litið á heilbrigðisþjónustu sem fjárfestingu. „Bæði tryggingafélög og hið opinbera telja að þau séu að fá eitthvað fyrir peninginn. Hér er andinn oft sá að heilbrigðisþjónusta sé aðeins útgjöld sem ekkert fæst fyrir. Það er annar kúltur sem fylgir því," segir hann.

„Hægt er að gera fleira í Bandaríkjunum með stuðningi þeirra sem greiða fyrir þjónustuna, því það borgar sig til lengri tíma litið. Það er hugsunarháttur sem okkur líkaði mjög vel," segir Martin og Anna tekur undir.

„Þá er til dæmis tryggingafélagið búið að reikna út að þótt eitthvert lyf sé dýrt, eins og í mínu fagi við Parkinson, þá skiptir svo miklu máli að sjúklingurinn haldi virkni og haldist í vinnu að það kostar tryggingafélagið minna að afgreiða lyfið þegar til lengri tíma er litið."

Martin segir allt gert til að draga úr sjúkrahúsinnlögnum. „Öll stoðþjónusta til að stuðla að útskrift sjúklinga í einfaldari úrræði er til staðar. Það er enginn sem bíður útskriftar á bráðasjúkrahúsi því tryggingafélögin hafa reiknað út að það borgi sig ekki. Þetta gerir það því fjárhagslega hagkvæmt að byggja endurhæfingarsjúkrahús við bráðasjúkrahúsin þannig að þau taki greiðlega við sjúklingum sem hafa lokið bráðaþjónustu," segir hann. „Hér heima hugsa allir um sinn vasa og að

Endurmenntun lækna æskileg

Æskilegt væri að koma á formlegri endurmenntun lækna með stuðningi hins opinbera. Endurmenntun er forsenda þess að menn haldi sér við í sinni sérgrein. Þetta segir Martin Ingi Sigurðsson nýsettur prófessor og yfirlæknir í svæfinga- og gjörgæslulækningum við læknadeild Háskóla Íslands og á aðgerðasviði Landspítala. Læknar í Bandaríkjunum endurnýi lækningaleyfi sitt árlega, en aðeins við 67 ára aldur hér á landi.

„Endurmenntun krefst vilja lækna en einnig þarf vilja stjórnvalda til að standa straum af kostnaði við slíkt kerfi," segir hann. Endurmenntun sé mikilvæg til að viðhalda þekkingu, sérstaklega á litlu landi þar sem ný þekking komi aðeins með nýjum sérfræðilæknum.

„Ég vil nota tækifærið og hvetja íslensk stjórnvöld til að huga að endurmenntun lækna. Ég veit að læknar eru áhugasamir um að komið verði á símenntunarkerfi. Ég held að þetta sé nokkuð sem sjúklingarnir geri ráð fyrir að við gerum."

hann sé mátulega fullur. Enginn hugsar út í að peningurinn kemur í raun úr sama vasanum.“



Samningsleysið áfall

En hvernig var fyrir Önnu að koma heim, komast ekki á rammasamning og hefja baráttuna? „Ég get ekki sagt annað en að það hafi verið mikið áfall,“ segir hún. „Það er erfitt að lenda í svona mótlæti þegar maður kemur heim með þekkingu sem maður hefur lagt mikið á sig til að afla og veit að þörfin fyrir hana er mikil. Ég hugsaði aftur og aftur: Af hverju er ég að standa í þessu? Ég held að svarið sé að okkur líður vel á Íslandi, en ekki síður er mikilvægt að þjónustan sé til staðar fyrir sjúklingana. Þeir eru gríðarlega þakklátir og ánægðir. Þeir eru ánægðir að þetta hafi gengið í gegn á endanum. En ég get ekki sagt annað en að þetta var ekki umhverfið sem ég bjóst við að koma í.“

Anna hóf störf í september í Læknasetrinu og 6 vikum síðar var hún komin á samning við Sjúkratryggingar. Nú starfar hún eftir endurgreiðslureglugerðinni eins og aðrir. „Þetta hefði aldrei átt að verða að vandamáli, en það gekk á endanum sem er það sem skiptir máli.“

Finnst þeim hjónum íslenska heilbrigðiskerfið gott, með einkastofum og einu sjúkrahúsi á höfuðborgarsvæðinu? Martin segir mikilvægt að læknar hafi möguleika á að vinna á fleirum en einum vinnustað.

„Mörgum bandarískum læknum finnst sérstakt að ég hafi sérhæft mig í svæfingum við hjartaaðgerðir og komið svo heim þar sem eini möguleikinn sé að sinna þeirri undirsérgrein á Landspítala og það allt til 2052 þegar ég verð sjötugur.“ Það sé stór ákvörðun að ætla að koma heim vitandi að aðeins einn vinnustaður er í boði.

„Nú þegar ég hef meiri innsýn í rekstur fyrirtækis Önnu sé ég að þetta rekstrarform er hagkvæmara fyrir ríkið en fólk áttar sig á. Það er líka mikilvægt til að létta álaginu af sjúkrahúsinu.“ Mikilvægt sé jafnframt að henda ekki út hlutum sem hafi virkað vel. Hugsa verði um heilbrigðisþjónustuna sem fjárfestingu, hvort sem horft sé til heilsu fólks eða til þess að forða ríkinu frá frekari útgjöldum.

Alþjóðleg samvinna

Martin Ingi hefur stundað rannsóknir af kappi og stefnir á að halda því áfram í nýju starfi. „Ég vil nota það besta frá hverjum stað og halda í það sem vel er gert,“ segir Martin hæverskur en hann dregur rannsóknarsamstarf bæði við Harvard og Duke að borðinu fyrir Háskóla Íslands og hefur komið á skiptiprógrammi sérfræðilækna milli Landspítala og Harvard.

„Það er styrkur íslensks heilbrigðiskerfis hvað læknar hafa sótt framhaldsmenntun víða. Þá hefur maður tengsl þegar leita þarf ráða við erfiðar aðstæður hér á Íslandi. Það höfum við bæði gert þennan tíma sem við höfum verið hérna,“ segir hann og nefnir einnig kosti rannsóknarsamstarfs við erlenda sérfræðinga.

„Það er ýmislegt sem hægt er að gera á Íslandi sem er erfiðara í öðrum löndum,“ segir hann. „Á Íslandi eru menn góðir í jarðfræði. Jarðvísindamenn okkar birta greinar í blöðum á borð við *Science* á hverju ári,“ segir hann.

„Við erum líka mjög góð í erfðafræði. Við búum að fyrirtækjum eins og deCODE og Hjartavernd sem hafa um áratuga skeið safnað upplýsingum um arfgerð og svipgerð þjóðarinnar á heimsmælikvarða. Svo höfum við kennitöluna sem nýtist til að tengja saman erfðaupplýsingar og sjúkragögn og jafnframt til að fylgja eftir þróun sjúkdóma. Við getum haldið utan um sjúkdómsgang allra með kennitölu og eigum að nýta okkur það. Svo eru hér margir miðlægir heilbrigðisgagnagrunnar, sem er einstakt miðað við Bandaríkin,“ segir Martin. Þá sé mikill kostur að sjúklingar séu meðhöndlaðir svipað og gerist á Vesturlöndum.

„Þá er Ísland nógu stórt til að áhrif sjaldgæfra sjúkdóma skekki ekki niðurstöðurnar. Samsetning sjúkdóma og erfðaþættir sem tengjast þeim eru sambærilegir því sem gerist annars staðar. Lykillinn að því að ná árangri er að átta okkur á því í hverju við erum góð.“

Halda læknaleyfinu við

Þið stefnið ekki aftur út? „Við vorum með 6 mánaða uppgjör um daginn og gáfum lífinu á Íslandi 8 af 10 í einkunn,“ segir Martin. „Daginn sem ég fékk prófessorsstöðuna endurnýjaði ég reyndar læknaleyfi mitt í Norður-Karólínu.“ Anna segir þau halda möguleikunum opnum. „Við endurnýjum læknaleyfi okkar og viðhöldum prófunum okkar að minnsta kosti um sinn til að eiga möguleika á að fara aftur út ef okkur hugnast.“ Þau ætli þó að sitja Trump af sér.

„Ég held að það sé ágætisplan að halda út til ársins 2020 og taka stöðuna þá,“ segja þau Anna og Martin.

Læknar eru hvattir til að koma ábendingum um efni á framfæri við ritstjórn eða pistlahöfund.



Dögg Pálsdóttir

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

Dogg@lis.is

Meira um jafnlaunavottun

Eins og rakið var í síðasta pistli sem fjallaði um jafnlaunavottun eru fyrirmæli í jafnréttislögum um það að konum og körlum hjá sama atvinnurekanda skuli greiða jöfn laun og bæði kynin njóta sömu kjara fyrir sömu eða jafnverðmæt störf.[1] Þessa jafnlaunareglu ber að skýra til samræmis við ákvæði samningsins um Evrópska efnahagssvæðið sem og gerðir er hafa verið felldar undir samninginn. Í tilskipun um launajafnrétti, nr. 75/117/EBE, er talað um jafnverðmæt (*of equal value*) störf. Margir dómar Evrópudómstólsins hafa slegið því föstu að ólík störf geti verið jafnverðmæt. Hvort störf eru jafnverðmæt verður að byggjast á heildstæðu mati.[2] Fyrirtækjum og stofnunum yfir ákveðinni stærð ber nú samkvæmt jafnréttislögum að fá jafnlaunavottun á jafnlaunakerfi sínu. Vottunin staðfestir að jafnlaunakerfi viðkomandi fyrirtækis eða stofnunar og framkvæmd þess uppfylli kröfur Jafnlaunastaðalsins, IST 85.

Landspítali vinnur nú við jafnlaunakerfi sitt og hefur ákveðið að það verði í formi starfsmatskerfis með uppruna í Bretlandi en reynt að laga það að íslenskum veruleika. Vandinn við kerfi Landspítala er að læknar eru ekki í upphaflega kerfinu. Aðlögun spítalans hefur því meðal annars falist í því að setja lækna í starfsmatskerfi sem ekki gerði ráð fyrir þeim. Niðurstöður forprófana sem Landspítali gerði síðastliðið haust á aðlöguðu starfsmatskerfi stofnunarinnar leiddu í ljós lítinn mun í heildarstigagjöf hjúkrunarfræðings d (535 stig), deildarlæknis (537 stig), ljósmóður (565 stig), hjúkrunardeildarstjóra (593 stig) og sérfræðilæknis (624 stig). Hér skilja einungis 2 stig milli hjúkrunarfræðings d og deildarlæknis, ljósmóðir er metin 28 stigum hærri en deildarlæknir og 31 stig skilur milli hjúkrunardeildarstjóra og sérfræðilæknis. Þegar heildarstigafjöldi í kerfinu eru 1000 er þessi munur óverulegur. Heildarstig lækna endurspegla ekki miklar frumkröfur sem gerðar eru til starfa lækna. Læknafélag Íslands telur því að forprófanir á starfsmatskerfi spítalans staðfesti að aðlögun lækna í breska starfsmatskerfið hafi misheppnast og að með aðlögun þess hafi hvorki tekist að fanga þær miklu kröfur sem gerðar eru til menntunar lækna og starfsreynslu þeirra né þá ábyrgð og það álag sem læknisstarfið felur í sér. Allt bendir til að mælistikan sem spítalinn ætlar að byggja jafnlaunakerfi sitt á sé einfaldlega röng. Af því leiðir að starfsmatið verður bjagað og rangt.

Stjórn LÍ og aðildarfélaga þess hafa því gert fyrirvara við starfsmatskerfi Landspítala. Mikilvægt er að undirstrika að fyrirvarar LÍ og aðildarfélaga snúa hvorki að lögbundnu jafnlaunakerfi né jafnlaunavottun sem slíkri heldur vinnunni við starfsmatskerfið sem spítalinn hyggst nota.

Í ályktun stjórnar LÍ frá 9. apríl 2019 er á það bent að aðlögun Landspítala á breska kerfinu sé óraunhæf og endurspegli hvorki þær umfangsmiklu frumkröfur sem gerðar eru til læknisstarfsins né nái hún til eðlis og inntaks þess. Stjórn LÍ telur því að meðan Landspítali endurskoðar ekki það jafnlaunakerfi sem stofnunin hyggst nota til jafnlaunavottunar komi ekki til greina að læknar taki þátt í vinnu við þróun þess. Sameiginlegir fundir Félags sjúkrahúslækna (FSL) og Félags almennra lækna (FAL) haldnir þann 3. og 5. apríl síðastliðinn mótmæltu harðlega aðferðafræði Landspítala við jafnlaunavottun og leggja til við félagsmenn sína að þeir taki ekki þátt í vinnunni við það fyrr en eðlilegt samráð stofnunarinnar og læknafélaganna hefur átt sér stað og ásættanleg lausn fundist. Stjórn FAL samþykkti á stjórnarfundi 4. apríl að skora á forstjóra og framkvæmdastjórn Landspítala að taka starfsmatskerfið til gagngerrar endurskoðunar með það að markmiði að störf lækna á spítalanum verði metin í samræmi við eðli og inntak þeirra. Aðalfundur FSL haldinn 28. mars síðastliðinn mótmælti harðlega vinnubrögðum, vinnulagi og vali Landspítala á starfsmatskerfi vegna jafnlaunavottunar. Í ályktuninni er einnig á það bent að niðurstöður jafnlaunagreiningar Félagsvísindastofnunar fyrir Landspítala sýna að enginn launamunur var milli kynja þegar búið var að taka tillit til starfsheita. Aðalfundurinn skorar á yfirstjórn Landspítala að taka vinnu vegna jafnlaunavottunar til endurskoðunar með það að markmiði að tryggt verði að störf lækna á stofnuninni verði metin í samræmi við eðli og inntak þeirra.

Af hverju skiptir þetta máli? Ástæðan er sú að störf sem eru sambærileg í stigum teljast sömu eða jafnverðmæt störf. Séu laun fyrir jafnverðmæt störf mismunandi af þeirri ástæðu einni að karlar og konur fá greitt eftir mismunandi kjarasamningum hefur Hæstiréttur komist að þeirri niðurstöðu að mismunandi kjarasamningar geti ekki einir og sér réttlætt launamismun milli kvenna og karla.[3]

Heimildir

1. 1. og 2. mgr. 19. gr. laga nr. 10/2008 um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla.
2. Skýringar með 19. gr. frumvarps til laga um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla, þskj. 149, 142. mál. Vefútgáfa Alþingistíðinda, althingi.is/altext/135/s/0149.html - apríl 2019.
3. Dómur Hæstaréttar frá 13. mars 1997 í máli nr. 255/1996.

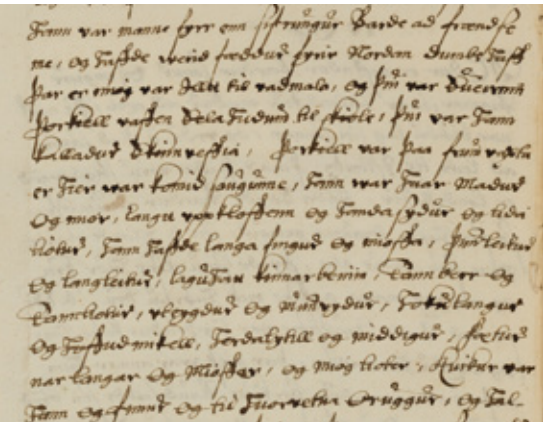
Marfan-heilkenni er lýst í Bárðar sögu Snæfellsáss

Vart er leiðum að líkjast! Eða hvað? Talið er að Abraham Lincoln Bandaríkjaforseti, Tútankamon faraó, Osama Bin Laden hryðjuverkamaður, Sergei Rachmaninoff tónskáld og Michael Phelps sundkappi hafi verið eða séu með svokallað Marfan-heilkenni. Það á líka við um marga körfuboltakappa NBA-deildarinnar í Bandaríkjunum. Þórður Harðarson, prófessor emeritus, segir að þótt Marfan-heilkenninu hafi fyrst verið lýst af Antoine Marfan árið 1896 í læknisfræðilegum tilgangi bregði lýsingu á þessu heilkenni einnig fyrir í Bárðar sögu Snæfellsáss, einni af íslensku fornsögunum, um 750 árum fyrr.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Þótt talið sé að Bárðar saga Snæfellsáss sé ekki sagnfræðirit má snemma í sögunni finna mannlýsingu þar sem Marfan-heilkenninu er lýst. Það rann upp fyrir Þórði Harðarsyni þar sem hann var með útskriftarhópi sínum úr Menntaskólanum í Reykjavík frá árinu 1960 í boði sendiherrans Auðuns Atlasonar í Vínarborg árið 2015 og flutti Pálmi R. Pálmason verkfræðingur þakkarræðu fyrir hönd hópsins. Hann vitnaði í söguna þar segir frá Þorkatli skinnvefju:

> Hann var manni firnari en systrungur við Bárð að frændsemi og hafði verið fæddur upp fyrir norðan Dumbshaf. Þar er illt til vaðmála og var sveinninn vafinn í selaskinnum til skjóls og hafði það fyrir reifa og því var hann kallaður Þorkell skinnvefja. Hann var þá frumvaxta er hér var komið sögunni. Hann var hár maður og mjór og langt upp klofinn, handsíður og liðaljótur og hafði mjóva fingur og langa, þunnleitur og langleitur, lágu hátt kinnarbeinin, tannber og tannljótur, úteygður og munnvíður, hálslangur og höfuðmikill, herðalítill og miðdigur, fæturnir langir og mjóvir. Frár var hann og fimur við hvaðvetna ...
>
> Bárðar saga Snæfellsáss. Íslendingasögur, Svart á hvítu, Reykjavík 1985: 48.





„Ég þóttist sjá strax þegar ég heyrði og svo sá þessa lýsingu hvað væri á seyði. Raunar er það svo þegar ég les þessa lýsingu fyrir kollega mína, lækna, koma margir þeirra, með greininguna eins og ég gerði þarna," segir Þórður. Greiningin verði þó aðeins leidd af líkum.

„En mér finnst vera sterkar líkur til þess að sá maður sem er í huga höfundarins og er fyrirmynd Þorkels skinnvefju hafi haft þennan sjúkdóm," segir Þórður sem fór skilmerkilega yfir málið eftir aðalfund Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar. Hátt í 30 voru mættir og skemmtu sér vel yfir erindinu. En hvaðan kemur þessi áhugi Þórðar á sjúkdómseinkennum í Íslendingasögunum?

„Margir læknar eru grúskarar á ýmsum sviðum. Við höfum mörg gaman af því að grauta í mörgu. Vonandi kunnum við að sökkva okkur í fagið okkar en áhugamál lækna eru mjög víðfeðm," segir Þórður þar sem við setjumst niður á skrifstofum Læknafélagsins og ræðum málin. Þórður er á leið á fund öldunga í húsakynnunum þennan dag og kíkir við hjá *Læknablaðinu*.

„Nú á dögum gengur sjúkdómsgreiningin talsvert út á erfðagreiningu, en lýsing sagnamannsins í Bárðar sögu Snæfellsáss af þessum klínísku einkennum stendur alveg fyrir sínu," segir Þórður. En er til trafala að greinast með Marfan- heilkenni?

„Maður skyldi halda að þetta fólk gyldi fyrir að hafa þennan sjúkdóm en það er ekki endilega svo. Margir af þessum sjúklingum með heilkenni Marfan eru ágætlega á sig komnir líkamlega og jafnvel

Handritið AM 490 4to sem geymir einvörðungu Bárðar sögu Snæfellsáss og er með hendi Torfa Jónssonar (1617-1689), sennilega ritað í Skálholti um 1640. Á myndinni er textinn með lýsingu á sjúkdómseinkennum Marfan-heilkennisins.

Myndina tók Sigurður Stefán Jónsson og hún er birt með leyfi Stofnunar Árna Magnússonar á Íslandi.





Myndir sem Þórður sýndi á fyrirlestrinum og sýnir Marfan-heilkenni. Mynd/frá Þórði

íþróttamenn. Frægir sundmenn og körfuboltamenn."

Hvað er Marfan-heilkenni? Heilkennið er arfgengur bandvefssjúkdómur. Hann leggst aðallega á hjarta og æðakerfi, augun og stoðkerfið. Einstaklingar með Marfan hafa sérkennandi útlit, eru hávaxnir, grannir, útlimalangir og með langa fingur. En stafar fólki hætta af þessum sjúkdómi?

„Alvarlegasti fylgikvilli sjúkdómsins er víkkun á ósæð (*aorta*), sem getur á endanum rifnað og valdið alvarlegu heilsutjóni eða dauða," segir Þórður. „Fylgjast þarf með þróuninni árlega og grípa inn í ef æðin er hratt víkkandi eða komin upp fyrir tiltekið bil."

Þórður segir aðalmeðferðina við heilkenninu hafa falist í gjöf betablokka sem lækka blóðþrýsting og minnka spennu í æðum líkamans. „Menn hafa verið að prófa sig áfram með önnur lyf á síðari árum. Angíótensín-blokka og flóknari lyf sem blokka tiltekna vaxtarþætti í bandvef."

En á eftir að grúska meira í Íslendingasögunum og finna fleiri heilkenni? „Menn eru alltaf að þessu grúski. Besta dæmið í nútímanum er Óttar Guðmundsson sem hefur pælt mikið og glæsilega í geðtruflunum í Íslendingasögunum."

Þórður samsinnir því að lýsingarnar í sögunum séu nokkuð nákvæmar. „Já, já. Nefna má að í Ívars þætti Ingimundarsonar er að finna einhverja fyrstu lýsingu á samtalsþerapíu, þar sem að ungur maður í ástarsorg nýtur samtalsmeðferðar hjá Noregskonungi."

Þá er vert að spyrja Þórð hvernig svona grúsk gagnist? „Þetta er alveg vita gagnslaust," segir Þórður glettinn. „En vonandi skemmtilegt fyrir suma." Ætlar hann þá að fara með niðurstöðu sína víðar? „Ætli ég sleppi því ekki," segir hann um leið og hann útilokar það ekki. „Það er óráðið."

Hvað er Marfan?

„Heilkenni Marfans erfist með ríkjandi hætti og stafar af stökkbreytingu í geninu FBN1 á 15. litningi. Það gen skráir fyrir glýkópróteininu fibrillin-1, sem er nauðsynlegt til myndunar og viðhalds teygjanlegra bandvefsfasa (*elastic fibres*). Afleiðing þessarar stökkbreytingar er því sú að bandvefur verður óeðlilega teygjanlegur," sagði Þórður Harðarson þegar hann lýsti heilkenninu í fyrirlestri sínum í Þjóðminjasafninu. Bandvefsfasann má finna í sérlega ríkum mæli í ósæð, liðböndum og linsufestingum augans.

„Það skýrir meðal annars ósæðarvíkkun, aukinn hreyfanleika í liðum og los á linsu, sem getur allt átt sér stað í misríkum mæli hjá Marfan-sjúklingum. Aðrir geta verið nánast einkennalausir. Meðallífshorfur sjúklinga sem greinast ekki og fá ekki viðeigandi læknismeðferð er um 45 ár, en margir þeirra geta náð háum aldri ef þeir fá nauðsynlega meðferð."

Talið er að meðal vestrænna þjóða sé algengi sjúkdómsins um 1:5000.

Lýsti Agli Skallagrímssyni með Pagets

Þórður Harðarson hefur greint sjúkdóma í fleiri Íslendingasögum. Athygli vakti þegar Jesse L. Byock benti á það í *Scientific American* árið 1996 að Egill Skallagrímsson hefði líklega haft beinasjúkdóm, þá helst Pagets-sjúkdóminn, hugmynd sem Þórður og Elísabet Snorradóttir birtu í *Skírni* árið 1984.

„Þegar beinin (sem líklega eru Egils) voru grafin upp reynast þau mikil og þung en sérstaklega er hausinn stór og þungur, beinin þykk. Menn reyna að höggva í hausinn en það dældar hann bara en brýtur ekki. Hausinn var allur báróttur," segir Þórður. „Mér fannst einsýnt að þarna væri verið að lýsa beinsjúkdómi og líklega væri um Pagets- sjúkdóminn að ræða."

_____

Í þessu tölublaði Læknablaðsins er einnig fjallað fræðilega um Pagets-sjúkdóminn og Egil.



Heilbrigðisstofnun Austurlands sinnir heilbrigðisþjónustu á Austurlandi á 16.000 ferkílómetra svæði, allt frá Bakkafirði til Álftafjarðar, frá hálendi til strandar. Íbúar á Austurlandi eru um 11.000. Á myndinni er spítalinn í Norðfirði sem Ormar Þór Guðmundsson og Örnólfur Hall teiknuðu. Ljósmynd: Hallgrímur Axel Tulinius.

Gott að vinna sem læknir úti á landi

– segir Jón H.H. Sen skurðlæknir á umdæmissjúkrahúsi Austurlands í Neskaupstað

Magnús Hlynur Hreiðarsson

„Ég ætlaði ekki alltaf að verða læknir, ég hafði gríðarlegan áhuga á flugi og ætlaði að verða flugmaður. Ég lærði að fljúga sviffflugum þegar ég var 16 ára og stundaði það í nokkur ár. Ég var síðan byrjaður að læra að fljúga til að taka einkaflugmannspróf þegar fór að líða að lokum menntaskólans. Ég hafði hins vegar líka mikinn áhuga á læknisfræði og sérstaklega skurðlækningum sem mér fannst og finnst enn vera spennandi sérgrein. Á þessum tíma voru atvinnuhorfur fyrir flugmenn dökkar, og það varð til þess að ég hætti flugnáminu og skellti mér í læknisfræðina í staðinn, með það að markmiði að verða skurðlæknir þegar ég yrði stór," segir Jón H.H. Sen, forstöðulæknir og sérfræðingur í almennum skurðlækningum á umdæmissjúkrahúsi Austurlands í Neskaupstað þegar hann var spurður um starfsáform í æsku.

Pabbi frá Kína

Jón er fæddur í Reykjavík 1966 og uppalinn í Hlíðunum. Foreldrar hans eru Björg Jónasdóttir Sen og Jón Sen og er hann yngstur fjögurra systkina. „Mamma var íslensk, en pabbi er fæddur í Kína og ólst þar upp fyrstu 13 árin. Sagan á bak við það er sú að Oddný Erlendsdóttir amma mín fór til Edinborgar í enskunám rétt fyrir upphaf fyrri heimsstyrjaldarinnar og kynntist þar og giftist afa mínum, Kwei Ting Sen, sem var þar að læra sálfræði. Þau eignuðust einn son þar, Erlend, en hann dó úr hundaæði. Eftir að stríðinu lauk fluttist amma með honum til Kína með stuttri viðkomu á Íslandi og þau eignuðust pabba og systur hans. Þegar líða fór á fjórða áratuginn jókst ófriðurinn milli Japana og Kínverja, og þegar Japanar gerðu innrás í Kína árið 1937 fékk amma nóg og ákvað að flytja aftur heim með börnin," segir Jón.

Systkini Jóns eru Þóra, fyrrverandi flugfreyja og skrifstofustjóri Flugfreyjufélags Íslands, Oddný kvikmyndafræðingur og Jónas pianóleikari, kennari og tónlistargagnrýnandi. Jón er giftur Gunni Sif Sigurgeirsdóttur, myndlistarmanni og hundaræktanda, og eiga þau 5 börn.

„Starfsstúlka" á slysadeildinni

Jón rifjar upp skólagöngu sína. Hann gekk í Hlíðaskóla og svo áfram upp eftir Hamrahlíðinni í MH og hóf nám við læknadeild HÍ 1986. „Ég vann að sjálfsögðu á sumrin meðan á læknanáminu stóð. Fyrstu tvö sumrin á slysadeildinni sem „starfsstúlka", sem var rótgróið kvennastarf og engin fordæmi fyrir því að karlmenn væru í slíkum störfum. Við vorum reyndar tveir félagar sem fórum í þetta, ég og Sigurður Böðvarsson, og brutum ísinn. Það var gaman að vera ferskur læknanemi á Slysó og mikið sem ég lærði á þessum tíma. Ég vann mig svo upp í að vinna við hjúkrun á Slysó eftir þriðja árið og eftir fimmta árið sem aðstoðarlæknir. Eftir annað árið í læknadeildinni fórum við Hlynur Níels Grímsson sem skiptinemar til Ísrael í einn mánuð, nánar tiltekið á Chaim Sheba Medical Center í Tel Hashomer, sem var mikil upplifun."

Jón hefur eins og flestir aðrir læknar starfað víða. Áður en hann hóf kandídatsárið 1993 vann hann í nokkra mánuði úti á landi, á Húsavík og á Hólmavík. Hann kláraði svo kandídatsárið á Landspítala og fékk stöðu á skurðdeildinni í ársbyrjun 1995 fram á haust 1996, en þá flutti fjölskyldan með tvö lítil börn til Noregs, til Haugasunds á suðvesturströndinni. Þau bjuggu þar fram til ársins 2000 og fluttu þá um set til Stafangurs svo Jón gæti klárað sérnámið sitt í meltingarskurðlækningum.

Fjölskyldan býr í Hafnarfirði

Jón segir að stefnan hafði alltaf verið að flytja aftur til Íslands og fyrir tilviljun bauðst honum starf á Fjórðungssjúkrahúsinu í Neskaupstað, sem nú heitir



Jón stundar hestamennsku með fjölskyldunni. Þau eiga hesthús í Hlíðarþúfum í Hafnarfirði. Hér er hann með Loka sínum en þeir eru mjög góðir félagar. Ljósmynd/einkasafn

umdæmissjúkrahús Austurlands (FSN) snemma árs 2002. „Við höfðum engin tengsl við Austfirðinga og höfðum aldrei komið til Neskaupstaðar en ákváðum að láta slag standa, og ég tók við stöðu skurðlæknis. Við ætluðum okkur ekki að vera þar nema kannski tvö ár, en okkur líkaði vel og árin urðu 7," segir Jón, sem starfar enn á FSN en fjölskyldan býr í Hafnarfirði. „Ég er þó ekki í 100% vinnu þar, er í hlutfalli sem gerir mér kleift að vinna þannig að ég fer austur í ákveðinn tíma og á síðan góð frí inni á milli og get verið heima með fjölskyldunni. Mér finnst þetta gott fyrirkomulag með góðu jafnvægi milli vinnu og frítíma," segir Jón.

Átta heilsugæslustöðvar

Heilbrigðisstofnun Austurlands (HSA) rekur heilsugæslustöðvar á Djúpavogi, Fáskrúðsfirði, Reyðarfirði, Eskifirði, Egilsstöðum, Seyðisfirði og Vopnafirði. Í Neskaupstað er svo sjúkrahúsið ásamt heilsugæslu í sömu byggingu. Þar er hjúkrunardeild og endurhæfingardeild og stoðdeildir, röntgendeild með CT og rannsóknastofa. Einnig er sjúkra- og iðjuþjálfun fyrir inniliggjandi og göngudeildarsjúklinga. Á FSN er eina fæðingardeild Austurlands og aðgengi að skurðstofu allan sólarhringinn með skurð- og svæfingalækni. „Við náum að sinna hlutverki okkar sem fæðingarstofnun vel og það hefur verið mikil ánægja með þjónustu fæðingardeildarinnar. Það er metið í samvinnu við fæðingarlæknana á Sjúkrahúsinu á Akureyri hvaða konum sé óhætt að fæða hjá okkur og hverjar ættu að fæða á stærri stofnun. Um 2/3 barna Austfirðinga fæðast á FSN," segir Jón.

Öryggiskeðja Austfirðinga

Jón segir að hlutverk FSN sé einnig að vera bráðasjúkrahús fyrir fjórðunginn. „Já, við tökum við flestum þeim vandamálum sem upp koma, en í sumum tilfellum þurfum við að senda sjúklinga á stærri spítala, þá oftast Landspítala, eftir að búið að er sjúkdómsgreina og veita fyrstu meðferð hjá okkur. Öll beinbrot sem þarf að gera við á skurðstofu eru þó send til Akureyrar, þar sem gert er við brotin og ef sjúkingar þurfa á frekari innlögn og endurhæfingu að halda koma þeir aftur til okkar að aðgerð lokinni. Mér finnst við sinna okkar hlutverki vel og sjúkrahúsið er mikilvægur þáttur í öryggiskeðju Austfirðinga." Í þessu sambandi rifjar Jón upp blaðagrein læknis sem lýsti þeirri skoðun sinni að það væri ekki hægt að reka sjúkrahús úti á landi. Ástæðan var sú að læknismeðferð væri orðin svo sérhæfð og flókin að minni sjúkrahús en Landspítali hefðu ekki bolmagn til að veita hana. „Þessu er ég hjartanlega ósammála. Algengustu lækn-



Jón og Gunnur með börnunum sínum í útlöndum sólbrún og sæl, frá vinstri: Dagbjört Ósk 9 ára, Sædís Embla 17 ára, Helgi Freyr 26 ára og Snæfríður Björg 23 ára. Ljósmynd/einkasafn

isfræðilegu innlagnarástæðurnar hjá okkur eru að aldraðir fá lungnabólgu, að það fjara undan öldruðum á heimili þeirra og þar fram eftir götunum. Þetta krefst ekki flókinna meðferða á hátæknisjúkrahúsi. Lítil sjúkrahús geta líka náð mjög góðum árangri í að veita meðferð við algengum vandamálum sem krefjast ekki flókinna lausna. Mér finnst að íbúar á landsbyggðinni eigi líka rétt á því að fá að koma í heiminn og kveðja hann í sínu nærumhverfi í stað þess að vera sendir landshluta á milli fjarri ættingjum, og einnig að fá þá heilbrigðisþjónustu sem unnt er að veita þar, en auðvitað þarf stundum að leita annað eftir sérhæfðri þjónustu," segir Jón. Hann vonar innilega að ráðamenn beri skynsemi til að halda áfram sjúkrahúsrekstri á stöðum eins og Neskaupstað og Ísafirði því lífsgæði íbúanna myndu skerðast verulega ef þeim yrði lokað. Á FSN er veitt göngudeildarþjónusta í ýmsum sérgreinum, gerðar valaðgerðir sem eru aðallega dagaðgerðir og gerðar maga- og ristlispeglanir. „Með þessu spörum við íbúum og Sjúkratryggingum Íslands nokkur hundruð ferðir út fyrir landshlutann á hverju ári," segir Jón.

350 manna vinnustaður

Samtals vinna um 350 manns hjá HSA, þar af um 120 á FSN. Þegar Jón er spurður hvernig gangi að manna stöður fagfólks úti á landi kemur fram að tilhneigingin hefur verið sú að læknar á Íslandi vilja helst halda sig á höfuðborgarsvæðinu. „Eins og staðan hjá okkur er í dag eru aðeins þrír af læknunum okkar búsettir í Neskaupstað, svæfingalæknir, aðstoðarlæknir og barnalæknir. Ég er sjálfur í hlutastarfi með búsetu í bænum og annar skurðlæknir í hlutastarfi býr í Noregi. Eini fastráðni lyflæknirinn er í hlutastarfi og býr í Svíþjóð. Á móti kemur að við erum með stóran hóp af tryggum afleysingalæknum með ýmsar sérgreinar sem koma til okkar reglulega og fylla í eyðurnar þar sem vantar að manna, og gera það að verkum að þjónustan sem veitt er á FSN er að mörgu leyti fjölbreyttari en ella. Einnig fáum við til okkar talsvert af yngri læknum og læknanemum. Við fáum svo líka heimsóknir reglulega. Þá koma þvagfæraskurðlæknir, kvensjúkdómalæknir, háls-, nef- og eyrnalæknir, hjartalæknir og augnlæknir," segir Jón og bætir við að það séu allir tilbúnir til að hjálpast að við að láta hlutina ganga, andinn á FSN sé góður og þar sé gott að vinna.

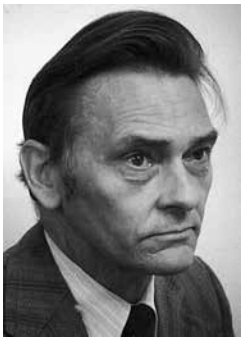
Gott að vinna sem læknir úti á landi

Jón segist vera alsæll í sínu starfi á Austurlandi, honum líki vel að vinna sem læknir úti á landi. „Já, það er ekki spurning, samfélagið er lítið og maður kynnist skjólstæðingum sínum á annan hátt. Mér líkar vel að vera stórt tannhjól í lítilli maskínu frekar en öfugt. Tempóið í sveitinni er líka allt annað og afslappaðra en í bænum. Ég efast um að ég myndi vilja skipta þessu starfi fyrir eitthvað annað, að minnsta kosti ekki úr þessu."

Draumaland skotveiðimannsins

Spurður um helstu áhugamál hans er ekki komið að tómum kofanum. „Ég á ýmis áhugamál. Helsta ástríðan eru skotveiðar, hef stundað þær síðan ég var ungur. Ein af ástæðunum fyrir því að mér líkar svo vel að vinna fyrir austan er sú að þar er draumaland skotveiðimannsins. Ég á velviljaða bændur í Norðfjarðarsveit sem gera mér kleift að komast á gæsaveiðar án þess að þurfa að fara langt frá Neskaupstað, sem er sérstaklega hentugt þegar ég er alltaf á bakvakt. Mér finnst líka gaman að hreyfa mig, hleyp og hjóla og er með svart belti í karate. Ég stunda hestamennsku með Gunni konunni minni og dætrum, auk þess sem og við erum með fjóra hunda á heimilinu," segir skurðlæknirinn.

Öldunga-deild lækna 25 ára


Árni Björnsson


Sigmundur Magnússon


Ásmundur Brekkan


Þorvaldur V. Guðmundsson


Páll Ásmundsson


Sigurður Egill Þorvaldsson


Magnús Einarsson


Kristófer Þorleifsson

Hörður Þorleifsson

horfinn@simnet.is

Í ársbyrjun 1994 fóru nokkrir af eldri læknum að ræðast við um framtíðina. Hve lengi þeir mættu starfa og hver afkoman gæti orðið. Það var hóað til fundar lækna sem voru á sjötugsaldri og þar yfir. Hvatamenn voru Árni Björnsson, Ásmundur Brekkan og Gunnlaugur Snædal.

Það var allgóð aðsókn á fyrsta fundi sem haldinn var á Grand Hóteli 19. mars 1994. Þar var rætt um hagsmunamál okkar eldri lækna þegar starfsemin fer að dvína. Ákveðið var að ná samkomulagi við banka með afslætti í huga og var ákveðið að ræða við Sparisjóð Reykjavíkur. Einnig var rætt um notalegheit, að koma saman og spjalla. Ákveðið var að smala fleirum saman og stofna félag eldri lækna. Þetta var gert og laugardaginn 7. maí 1994 var haldinn stofnfundur Öldungadeildar lækna í Rúgbrauðsgerðinni. Hann var fjölmennur. Félagarnir voru sammála um að vera ekki að ræða mikið um sjúkdóma heldur njóta samverunnar.

Árni Björnsson var fyrsti formaður til 1997. Kosnir voru ritari, gjaldkeri og tveir í meðstjórn og auk þess 6 í svokallað öldungaráð. Þetta hefur haldist. Sigmundur Grétar Magnússon var kosinn formaður 1997 til 2001. Svo varð Ásmundur Brekkan formaður. Hann var formaður til 2003. Þorvaldur Veigar Guðmundsson var formaður til 2005 er Páll Gestur Ásmundsson tók við og gegndi formennsku til 2009. Þá varð Sigurður Egill Þorvaldsson formaður til 2013. Næsti formaður var Magnús Birgisson Einarsson, fram til 2017. Núverandi formaður er Kristófer Þorleifsson. Skipulag hefur haldist áþekkt í gegnum árin. Nokkuð algengir eru stjórnarfundir á milli félagsfunda. Þar er undirbúningsvinna að þörfum félagsins um athafnir og fundi.

Fundir Öldungadeildar voru í fyrstu haldnir á laugardögum og á ýmsum stöðum, hjá opinberum fyrirtækjum og einnig á sjúkrastofnunum. Á þeim stöðum var boðið upp á kaffi og meðlæti. Með formennsku Sigmundar var 1998 farið að hafa vínarbrauð með kaffinu í Hlíðasmára, í hálftíma fyrir fundi, sem alltaf hafa byrjað kl. 16. Einnig var farið að bjóða mökum með á fundina. Fyrsti miðvikudagur í mánuði hefur verið hafður sem fundardagur. Fundirnir hafa yfirleitt verið mjög ánægjulegir og erindin þar hafa náð yfir stórt svið fyrir utan læknisfræði sem þó hefur verið með í stórmálum. Þrjátíu og átta læknar hafa tekið til máls og að mestu leyti um önnur hugðarefni en læknisfræði. Hafa til dæmis tengt sig til síðbronsaldar, sögualdar og miðalda á Íslandi og tengsla við Dani. Einnig farið með eigin skáldskap og ýmislegt annað. Einnig höfum við notið þess að hlusta á 18 náttúrufræðinga og jarðfræðinga sem hafa heimsótt okkur og sagt sögu landsins. Nokkra sagnfræðinga, líffræðinga, íslenskufræðinga, rithöfunda og fjölmiðlamenn höfum við notið þess að hlusta á.

Fyrsta utanlandsferð Öldungadeildarinnar var farin vorið 2003 til Kaupmannahafnar og Borgundarhólms, og aðeins litið til annarra landa við Eystrasalt. Önnur utanlandsferðin var farin 2006 til Slóveníu. Síðan hafa 11 utanlandsferðir verið farnar. Innanlandsferðir hafa verið um 20 og farnar að vori og hausti. Jólafagnaður hefur stundum verið haldinn.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Kristófer Þorleifsson formaður
Jóhannes M. Gunnarsson ritari
Guðmundur Viggósson gjaldkeri
Halldóra Ólafsdóttir
Margrét Georgsdóttir

Öldungaráð
Hörður Alfreðsson
Magnús B. Einarson
Reynir Þorsteinsson
Snorri Ingimarsson
Þórarinn E. Sveinsson

Umsjón síðu
Magnús Jóhannsson

Hömlur vantar á ávísanir ávanabindandi lyfja

Þótt ókostir ávanabindandi lyfja séu miklir og andlát tíð fá þau að vera óáreitt á markaði. Skortur á reglum um lyfin er helsta ástæðan. Þetta kom fram í máli Andrésar Magnússonar yfirlæknis sem hefur eftirlit með lyfjaávísunum hjá Embætti landlæknis í erindi sem hann flutti hjá Læknaráði nú á vordögum.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Fram kom í máli Andrésar að hátt í 40 manns hafi fengið 10 eða fleiri ráðlagða dagsskammta ávísaða á dag af ávanabindandi lyfjum í fyrra. 1730 einstaklingar hafi fengið meira en þrjá dagsskammta. Hann sagði að hægt væri að áætla að þeir sem tækju reglulega þrjá eða fleiri ráðlagða dagsskammta af ávanabindandi lyfjum væru háðir þeim. Mikið álag væri á heilbrigðiskerfið vegna notkunar þessara lyfja.

„Fyrir utan tíð andlát voru fjölmargar komur á bráðamóttökuna á síðasta ári vegna lyfjaeitrunar," sagði Andrés. Þær hafi verið 450 vegna lyfja almennt en vegna ávanabindandi lyfja hafi margar innlagnir verið á gjörgæslu, aragrúi innlagna vegna lyfjafíknar á Vog, fíknigeðdeild Landspítala, geðdeildir og almennar deildir. Til ávanabindandi lyfja teljist sterk verkastillandi lyf, svokallaðir ópíóíðar, og benzódíazepín-geðlyf. Andrés segir einnig mikinn vanda vegna örvandi metýlfenídat-lyfja sem komist í hendur þeirra sem sprauta sig með þessum lyfjum.

Andrés benti á að ópíóíðar og benzódíazepín ættu oft rétt á sér í skammtíma- og lífslokameðferð en fjölmargar rannsóknir hafi sýnt að notkun þeirra vegna langvinna verkja eða kvíða eigi ekki rétt á sér og að almennt sé lagst gegn slíkri notkun í klínískum leiðbeiningum.

„Þrátt fyrir hinar alvarlegu afleiðingar við langtímatöku þessara lyfja, og lítinn ávinning, eru litlar skorður settar við ávísanir á þau. Það er ólíkt öðrum lyfjum," sagði hann og tók sem dæmi tvö geðlyf; þunglyndislyfið nefazódón og geðrofslyfið clozapin.

Ólíku saman að jafna

„Það þurfti allt að 250.000 sjúklingaár til að framkalla eina lifrarbilun, sem þótti nóg til þess að nefazódón hvarf af markaði," sagði hann. Samt hafi lyfið haft ákveðna kosti framyfir algengustu þunglyndislyfin á markaðinum. Hann benti á annað dæmi.

„Clozapin er langöflugasta geðrofslyf sem til er og gerbreytir lífi geðklofasjúklinga. Hins vegar kom í ljós að það olli hvítkornafæð. Það var þá tekið af markaði í fjöldamörg ár," sagði hann. Samt sé vitað að lyfið lengir líf geðklofasjúklinga.

„Meiri líkur eru á að geðklofasjúklingar sem taka clozapin deyi í umferðarslysi en af aukaverkunum við lyfinu." Lyfið hafi fengið markaðsleyfi aftur gegn því skilyrði að teknar yrðu reglulegar blóðprufur þann tíma sem sjúklingurinn tekur lyfið. „En þegar við tölum um ávanabindandi lyf snýst þetta við; þótt gagnsemin við langtímanotkunina sé lítil sem engin, og ókostirnir miklir og alvarlegri, eru sáralitlar skorður settar við ávísun á þessi lyf. "

Skýrari reglur vantar

Í samtali við *Læknablaðið* segir Andrés að hann sé ekki að leggja til að taka ávanabindandi lyf af markaði, en þörf sé á skýrari reglum. Læknar kalli einnig eftir því til að fá stuðning við að setja mörk. „Margir þeirra vilja geta sagt að reglurnar bjóði ekki upp á að viðkomandi læknir skrifi upp á meiri ávanabindandi lyf."

Andrés bendir á að ópíóíðar séu mikilvægir við krabbameinslækningar, uppskurði og slys, en að fara þurfi að leiðbeiningum. Í flestum tilvikum eigi aðeins að nota þau í þrjá til fimm daga eftir útskrift af sjúkrahúsi eftir slys og aðgerðir. Benzódíazepín eigi að hámarki að nota í fjórar vikur, nema sérhæft teymi ákveði annað eða krabbameinslæknar.

„Rannsóknir sýna að sáralítið gagn er að þessum lyfjum til lengri tíma, jafnvel

Tekið á sjálfs-ávísunum lækna

Fimm læknar ávísuðu tvöföldum ráðlögðum dagsskammti eða meira af ávanabindandi lyfjum á sjálfa sig í fyrra. Það kom fram í hluta Ólafs B. Einarssonar, verkefnastjóra lyfjamála hjá Embætti landlæknis í erindinu um ávanabindandi lyf hjá Læknaráði. Misjafnt væri til hvaða úrræða væri gripið vegna málanna.

Alma Möller landlæknir sagði þau almennt vera símtöl eða bréf og í alvarlegri tilvikum væru læknar sviptir ávísanarétti og loks læknaleyfi. „Hvert tilvik er skoðað," sagði hún. Ólafur lýsti þessum 5 atvikum.

„Í mörgum tilfellum var það þannig að læknar hættu störfum og höfðu átt við erfið veikindi að stríða, þannig að við erum í samskiptum við þá og reynum að fá þá til þess að fá ávísað frá öðrum læknum."

Alls ávísaði 441 læknir lyfi á sjálfan sig í fyrra og 102 tannlæknar. Þá kom fram að 12 af 20 þeirra sem ávísuðu oftast eru starfandi læknar. Embætti landlæknis á ekki tölur um ávísanir lækna á nákomna.



Andrés Magnússon, Ólafur B. Einarsson og Alma Möller á fundi Læknaráðs. Mynd/gag

ógagn," segir hann og vísar til dæmis í að rannsóknir á rétt tæplega 1850 einstaklingum hafi sýnt að þeir sem fengu ópíóíða í meira en 7 daga væru helmingi líklegri til þess að hafa skerta vinnufærni eftir eitt ár en aðrir með sambærilegan áverka, sársauka og skerðingu á vinnugetu við slysið.

„Önnur stór rannsókn sýndi að ávísun ópíóíða innan 15 daga frá áverka var tengd lengri fjarveru frá vinnu, jafnvel eftir að leiðrétt var fyrir alvarleika áverka, vinnusögu og öðrum lýðfræðilegum breytum. Lengri fjarvera úr vinnu var einnig tengd stærri skömmtum af ópíóíðum."

Börnin reið við lækna

Spurður hvers vegna margir læknar fari ekki eftir klínískum leiðbeiningum segir hann að svo virðist sem oft gæti þeirrar afstöðu hjá þeim að þeir horfi framhjá óheillatíðindum af öðrum sjúklingum en sínum eigin.

„Þegar við gerum athugasemdir virðast sumir læknar halda að það sé nægileg röksemd að gengið hafi vel með þeirra sjúkling, þess vegna eigi hann að fá að nota lyfið áfram," segir hann. „Það er eins og það sé ekki nóg að það deyi fjölmargir á ári hverju og að hér séu hundruð innlagna," segir hann. „Það er kannski af því að sjúklingurinn tók stærri skammt en hann átti að taka, en það er einmitt gallinn við lyfið að fólk vill taka meira en það á að taka." Sömu hugsun sé ekki beitt þegar komi að öðrum lyfjum.

Læknar sem vinni ekki með vandann eins og fíknilæknar og geðlæknar sjái iðulega ekki afleiðingarnar af því þegar eitthvað misfarist. Til að mynda séu mörg börn fólks sem misnoti lyfin bitur. „Þau eru sár og reið út í læknana því mamma eða pabbi eru ekki lagi. Það er ekki hægt að bjóða vinum í heimsókn. Þau fá ekki að borða og svo framvegis," sagði Andrés og bætti við að læknar verði að horfa á heildarmyndina.

Andrés segir verið að þrengja að notkun þessara lyfja. ADHD-lyf séu aðeins afgreidd þeim sem hafa greiningu og skírteini og ekki megi skrifa út lyfseðil með ávanabindandi lyfi ef annar slíkur lyfseðill er fyrir í lyfjagáttinni.

„Það má hugsa sér fjölmargar leiðir til þess að aðstoða lækna við að takmarka ávísanir ávanabindandi lyfja. Ef hvítkyrni fara undir 1000 míkrólítra meðan sjúklingur tekur clozapin er gjöf þess hætt. Alveg eins væri hægt að ákveða að ef notkun ávanabindandi lyfja fer yfir til dæmis einn ráðlagðan dagsskammt á dag alla daga ársins skuli gjöf ávanabindandi lyfja hætt," segir hann og bætir við að ekki ætti að vera hægt að endurnýja ávanabindandi lyf í gegnum síma eða Heilsuveru.

„Læknasamfélagið þarf að hefja umræðu um hvaða hjálpartæki það óskar eftir til þess að fá aðstoð við að takmarka notkun ávanabindandi lyfja."

Vill sjá teymi um ADHD-greiningar

Aðalmunurinn á tíðum greiningum ofvirkni og athyglisbrests, ADHD, hér á landi og í nágrannalöndunum er auðvelt aðgengi að þeim hér á landi. Þetta sagði Andrés Magnússon á fundi Læknaráðs.

„Víðast hvar erlendis sjá sérstakar stofnanir eða deildir um að greina ADHD og setja börn og fullorðna á viðeigandi meðferð og síðan lyf ef ekkert annað gagnast. Hér á Íslandi er aðgengi til þess að sækja greiningu fyrir ADHD mjög gott. Líka er tiltölulega gott aðgengi að þeim sérfræðingum sem geta hafið þessa meðferð," sagði hann. Hið mikla umfang stofurekstrar lækna á Íslandi auki þetta aðgengi.

Andrés segist ekki vita hvort landsmenn séu ofgreindir með ofvirkni- og athyglisbrest. „En við höldum að best væri ef hér væri svo öflugt ADHD- teymi að það gæti séð um allar greiningar, í það minnsta hjá fullorðnum." Eins og staðan sé nú geti einstaklingar gengið á milli sálfræðinga og lækna þar til þeir fái þá niðurstöðu sem þeir vilja. Hann telur þetta meðal ástæðna þess hve margir eru á slíkum lyfjum. „Fyrir utan að það er mikil umræða og meðvitund um ADHD á Íslandi."

Alma Möller landlæknir sagði mikið agaleysi Íslendinga einnig spila þarna inn í. „Við viljum „quick-fix".

Ávísanir ávanabindandi lyfja eftir sérgreinum lækna á Íslandi

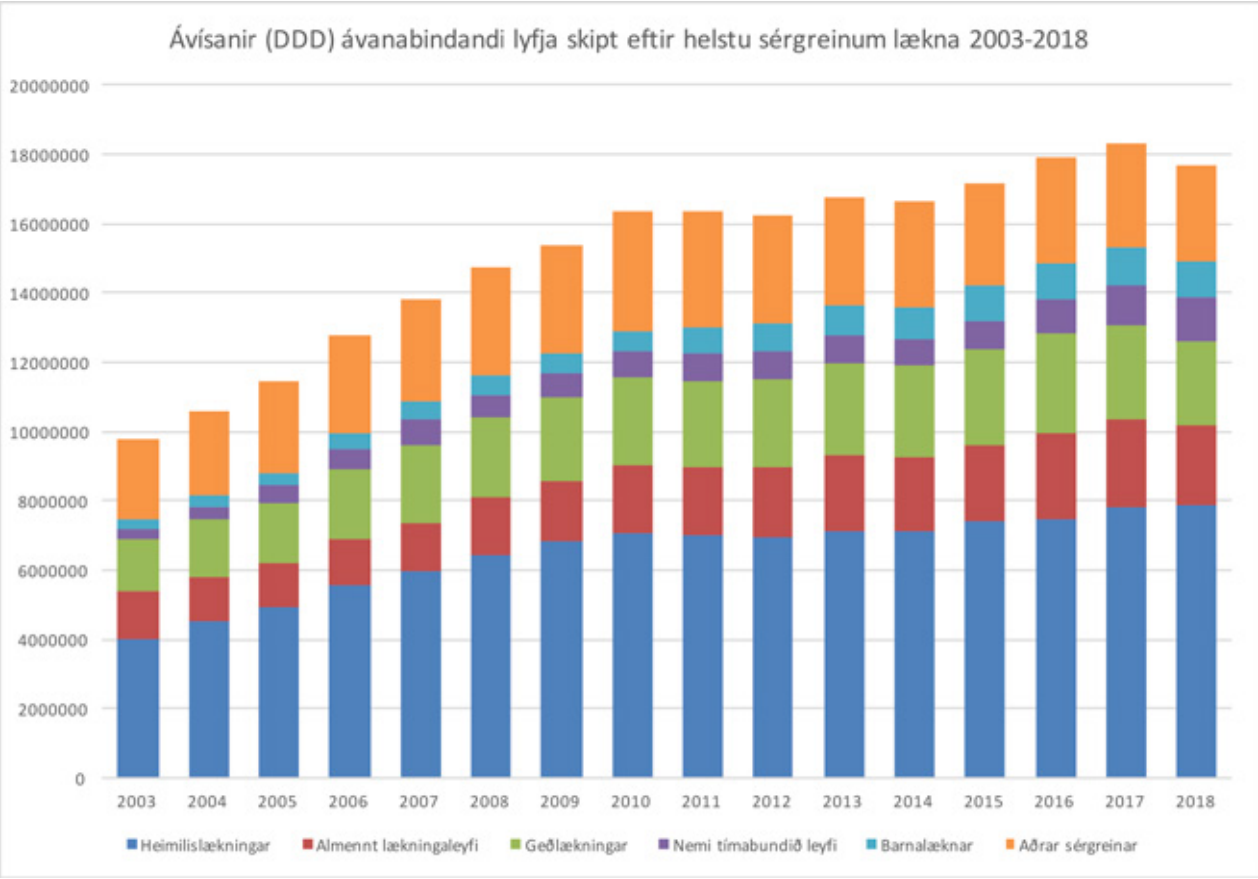
Lyfjateymi Embættis landlæknis:
Ólafur B. Einarsson sérfræðingur, **Andrés Magnússon** fíknigeðlæknir

Árið 2018 drógust ávísanir ávanabindandi lyfja saman um 3,4% á Íslandi miðað við árið á undan. Munar þar mest um ávísanir á ópíóíða. Sem dæmi drógust ávísanir oxýcódón saman um 15,6%. 2112 læknar, tannlæknar og dýralæknar ávísuðu ávanabindandi lyfjum á árinu en aðeins um 360 læknar ávísuðu meira en 10.000 dagsskömmtum og mega teljast virkir í ávísunum þessara lyfja. Fjörutíu stórtækustu læknarnir ávísuðu 26% af heildarmagni ávanabindandi lyfja og 100 stórtækustu læknar ávísuðu 47%. Það er því tiltölulega fámennur hópur lækna sem ber þungann af ávísunum ávanabindandi lyfja.

Þegar ávísanir ávanabindandi lyfja eru skoðaðar eftir sérgreinum sést að hlutur heilsugæslulækna vegur þyngst, (sjá mynd). Ávísanir ávanabindandi lyfja hafa nærri tvöfaldast síðustu 15 ár, voru tæplega 10 milljón dagsskammtar árið 2003 og fóru mest í rúmlega 18 milljón dagsskammta árið 2017. Heimilislæknar og læknar með almennt lækningaleyfi ávísa 55% af öllum ávanabindandi lyfjum árið 2018 og geðlæknar ávísa 13,4%.

Af þeim 100 læknum sem ávísa mest af ávanabindandi lyfjum voru 59 heimilislæknar, 12 geðlæknar og 11 sérfræðingar í sjúkdómum barna. Heimilislæknar eru því einna stórtækastir við ávísun ávanabindandi lyfja.

Um 90.000 manns leystu út ávanabindandi lyf á árinu. Þar af fengu 302 ávanabindandi lyf frá 10 eða fleiri læknum. Margir hafa ekki fastan heilsugæslulækni og fá því sömu lyfin hjá fleiri læknum. Í slíkum tilvikum er erfitt að koma í veg fyrir mikla notkun ávanabindandi lyfja. Um 450 manns fengu samanlagt meira en fimmfaldan skammt ávísaðan á árinu af ávanabindandi lyfjum, sem jafngildir meira en 16 töflum af parkódín forte á dag.



Árshátíð Félags læknanema

Sólveig Bjarnadóttir
stjórnarmaður FL

Nú á dögunum var haldin árshátíð Félags læknanema. Þar eru árlega veitt verðlaun þeim kennara og deildarlækni sem þykja hafa skarað fram úr. Í ár voru einnig veitt sérstök heiðursverðlaun.



Stjórn Félags læknanema, frá vinstri: Krister Blær Jónsson, Þórdís Þorkelsdóttir, Teitur Ari Theodórsson, Elsa Björk Valsdóttir, Árni Johnsen, Sólveig Bjarnadóttir og Daníel Pálsson. Ljósmyndari: Jóhannes Davíð Purkhús.

Kennsluverðlaun

Handhafi kennsluverðlauna FL 2019 er Elsa Björk Valsdóttir, sérfræðingur í almennum skurðlækningum og lektor við læknadeild Háskóla Íslands. Elsa hefur barist ötullega fyrir því að innleiða hermikennslu í læknadeild. Hún hefur skipulagt færnibúðir fyrir læknanema í upphafi 4. árs og staðið fyrir færniviku sem hluta af námskeiði í skurðlæknisfræði. Með þessu gefst nemendum tækifæri til að æfa klínísk vinnubrögð í öruggu umhverfi undir handleiðslu leiðbeinanda. Einnig hefur Elsa átt þátt í því að skipuleggja klíník um siðfræði fyrir 4. árs læknanema til að fjalla um siðferðisleg álitamál sem geta komið upp í starfi og ræða erfið atvik sem nemar kunna að hafa lent í.

Deildarlæknaverðlaun

Handhafi deildarlæknisverðlauna FL 2019 er Hjálmar Ragnar Agnarsson. Hjálmar hefur verið einstaklega virkur og metnaðarfullur í því að sinna nemum og á mikið hrós skilið. Hann hefur sýnt frumkvæði í kennslu og skipulagt fræðslu utan skóla til að hjálpa við próflestur. Sérstaklega á hann heiðurinn af því að kenna 4. árs læknanemum að lesa hjartarafrit.

Heiðursverðlaun

Handhafi heiðursverðlauna FL árið 2019 er Gunnhildur Jóhannsdóttir. Heiðursverðlaun eru aðeins veitt við sérstök tilefni, gjarnan til þeirra sem hafa unnið óeigingjarnt starf í þágu læknanema. Gunnhildur hefur með vinnu sinni sem skrifstofustjóri á skurðsviði Landspítala skipulagt og haldið utan um klínískt nám nema á 4. ári um áralangt skeið. Hún hefur þannig leitt margrar kynslóðir læknanema í gegnum sín fyrstu klínísku skref á Landspítala og kunnum við henni bestu þakkir fyrir.



Sólveig Bjarnadóttir, Gunnhildur Jóhannsdóttir, Þórdís Þorkelsdóttir og Teitur Ari Theodórsson.



Þórdís Þorkelsdóttir, Hjálmar Ragnar Agnarsson og Sólveig Bjarnadóttir.

„Við vinnum með lífið svo lengi sem það varir“

Ekki er hægt að segja annað en Valgerður Sigurðardóttir hafi verið á tímamótum í apríl. Líknardeildin, þar sem hún er yfirlæknir, varð tvítug í mánuðinum, hún varð amma og náði sjálf löggiltum starfslokaaldri. „En vinna ekki allir læknar lengur?“ spyr hún á þrítugasta ári sínu við líkn. Við Valgerður setjumst niður í einu litlu eldhúsanna á líknardeild, sem hefur vaxið og dafnað í húsakynnum gamla Kópavogshælisins. Þrátt fyrir ríka sögu og erfiðar stundir undir þaki hússins er andinn þar góður. Á þessum tímamótum ræðum við starfsemina og starfið sjálft, sem er umvafið einu stærsta áfalli í lífi hverrar fjölskyldu, því að missa nákominn.

■■■ **Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir**

Síminn hringir þegar við Valgerður erum rétt sestar niður. Þetta eru spennandi tímar. Dóttir hennar bíður eftir henni á fæðingardeild Landspítala. Hún er á heimleið með nýfæddan litla ömmustrákinn, fyrsta ömmubarnið, og dóttir bíður móður sinnar. Það leynir sér ekki að Valgerður er spennt. Nýtt líf og svo mikil gleði. En við ætlum að ræða störf hennar fyrir líknardeildina, starf sem umkringt er sorg. Eða hvað? Valgerður bendir á að það sé ekki gefið.

„Það getur líka verið sorg í kringum fæðingar rétt eins og það getur ríkt gleði hér á líknardeildinni. Við erum ekkert alltaf að tala um dauðann. Við erum að tala um lífið. Við vinnum með lífið svo lengi sem það varir.“

Hver með sitt bjargráð

Valgerður segir misjafnt hvort síðustu dagar hverrar manneskju fari í uppgjör á lífi hennar. „Við höfum öll mismunandi bjargráð. Sumir þurfa að fara í gegnum alla hluti og tjá sig. Aðrir reyna eins og þeir geta að halda í hversdaginn. Lifa eins og áður,“ segir hún. „Það þýðir ekki að þeir séu í afneitun. Þeir nota önnur bjargráð.“ Það skiptir hana máli að átta sig á hverri manneskju því þannig nái hún árangri í starfi. „Samskipti og traust eru númer eitt, tvö og þrjú.“

Hún fer í gegnum sögu líknardeildarinnar. Hvernig Ingibjörg Pálmadóttir heilbrigðisráðherra vígði starfsemina til leiks fyrir tveimur áratugum. Hvernig líknardeildin var byggð á þróunarverkefni Krabbameinsfélagsins um heimaþjónustu. Sjálf er Valgerður með sérmenntun í krabbameinslækningum og hefur allt frá upphafi stýrt deildinni. Hún telur deildina vart hafa komist í gagnið nema fyrir tilstuðlan Oddfellow-reglunnar sem árið 1997 varð 100 ára og réðst í verkefnið að því tilefni.

„Ekki aðeins hafa meðlimir Oddfellow byggt deildina upp öll þessi ár heldur hafa þeir sópað og skúrað eftir sig,“ segir hún og er þakklát.

Konur drifkraftar líknar

Athygli vekur að konur eru máttarstólpar og drifkraftar líknardeildarinnar, ekki aðeins þegar kom að uppbyggingunni heldur einnig í starfseminni sjálfri.

„Sigríður Kristjánsdóttir hjúkrunarfræðingur og félagi í Oddfellow barðist fyrir þessu verkefni innan hreyfingarinnar. Hún hafði sjálf fengið krabbamein. Síðan áttum við hauk í horni sem var Vigdís heitin Magnúsdóttir, forstjóri Landspítalans.“ Hún nefnir einnig Önnu Stefánsdóttur þáverandi hjúkrunarframkvæmdastjóra.

Fyrst afhenti Oddfellow vestasta húsið. Unnu frá fokheldu, innréttuðu og afhentu Landspítalanum fullbúið 16. apríl 1999. Smám saman hefur reglan byggt við starfsemina; dagdeild, 5 daga deild og kapellu. Árið 2012 var líknardeild aldraðra á Landakoti sameinuð starfseminni og rýmum fjölgað úr 8 í 12. Það sé nóg samkvæmt stöðlum, segir Valgerður. Í það minnsta fyrir höfuðborgarsvæðið.

„En það er mikilvægt að byggja þjónustu til að styrkja landið og miðin,“ segir hún. „Það hefur gengið hægt og rólega.“ Líknardeildin sé ekki aðeins í kringum þessi 12 rými því um 150 sjúklingar njóti heimaþjónustu hennar.

Líkn af fagmennsku

Einn karlkyns sérfræðilæknir vinnur nú á líknardeildinni, annars allt konur. „Ég segi að það sé miður.“ En svona sé staðan einnig í Bandaríkjunum og Evrópu. „Líkn er ekki endilega hátt skrifuð innan læknisfræðinnar. Margir halda að við séum í handayfirlagningum eða svo góðar stúlkur. En ég er ekkert góð stúlka. Ég er fagleg eins og ég verð að vera til að lifa af í svona starfi áratugum saman.“ Líknarlæknar verði að kunna að setja mörk og vita hvernig best sé að bregðast við ólíkum uppákomum.

„Við verðum að hafa þjálfun í samskiptum, geta tekið á móti erfiðum ásökunum, verðum að hafa færni til að flytja erfiðar fréttir og vera hreinskiptin og heiðarleg. Ég lít svo á að styrkur minn liggi þar og hef trúað því að ég geti notað sjálfa mig sem verkfæri í samskiptum,“ segir Valgerður.

Fleiri njóta líknardeildarinnar

Valgerður segir mikilvægt að víkka út líknarþjónustuna. Hún hafi þjónað þeim



Valgerður Sigurðardóttir hélt upp á 20 ára afmæli líknardeildarinnar þann 16. apríl. Sjálf hefur hún unnið við að líkna í þrjá áratugi. Mynd/gag

vel sem greinast með krabbamein. „Hins vegar hefur gengið erfiðlegar að ná til annarra sjúklingahópa. Það er mikill misskilningur að aðeins krabbameinssjúklingar þurfi á líknandi nálgun að halda. Það er stóra verkefnið framundan," segir hún.

„Innan heilbrigðisráðuneytisins hefur staðið yfir vinna við samþættingu líknar- og lífslokameðferðar á landinu öllu. Það er mikið fagnaðarefni sem vonandi verður til þess að fleiri njóta þeirrar þjónustu sem þurfa á henni að halda."

En af hverju fór Valgerður í krabbameinslækningar og endaði í líknarlækningum? „Ég var kannski ekki alveg nógu ánægð í læknisfræðinni en þegar ég fór að vinna í þeirri litlu starfsemi sem var í kringum krabbameinssjúklinga fann ég mig," segir hún. „Það hefur alltaf átt betur við mig að takast á við flókin verkefni. Einfaldar lausir höfða ekki til mín."

Hún lærði á Radiumhemmet, sem er hluti af Karolinska sjúkrahúsinu í Stokkhólmi. „Þar fékk ég fljótt áhuga á öðrum hliðargreinum krabbameinslækninga. Ég var um tíma hjá sálfélagslegri einingu. Svo sótti ég ráðstefnur um líknarþjónustu. Þannig að þegar ég kom heim byrjaði ég strax að vinna við líkn," segir hún. Starfið felist í að finna lausnir við hæfi hvers og eins.

„Maður þarf að hugsa út fyrir boxið," segir hún. „Það skiptir ekki máli hvort einstaklingur á tvo daga, tvær vikur eða tvö ár ólifað. Við getum gert mjög margt og notum alla tækni sem hægt er ef við teljum það hjálpa viðkomandi."

Lífið er fallvalt

En hugsar fólk öðruvísi um lífið þegar unnið er í kringum dauðann? „Við skynjum vel hversu fallvalt lífið er og að lífshamingjan er ekki eitthvað sem allt í einu dettur í fangið á manni eða maður getur krafist, heldur gerist á hverjum degi í litlum augnablikum," segir hún.

„Vissulega getur verið erfitt séu mörg andlát með mikilli sorg og erfiðleikum. En það getur verið fullnæging í starfi að sjá að einstaklingi líður betur, nýtur daganna betur og samskipta við sína nánustu af því að tekist hefur með lyfjum og aðbúnaði að bæta líðan hans – að fólk geti lifað betur þangað til það deyr."

Á móti líknardrápi

Þjáningar og lífslok. Hver er afstaða Valgerðar Sigurðardóttur yfirlæknis á líknardeild Landspítala til líknardrápa? „Ég hef séð mig tilneydda til að taka opinbera afstöðu til málsins," segir hún.

„Ég upplifi sterkan lobbíisma í fyrsta skipti. Þingsályktunartillögur hafa verið settar fram tvö ár í röð. Ég hef alltaf verið andstæðingur líknardráps og lít svo á að það eigi ekki samleið með líknarmeðferð, þó að ég skilji alveg að í læknisfræðinni er ekkert svart og hvítt," segir hún.

„Áhersla mín er á lífið, ekki dauðann. Mitt er að bæta lífið þannig að dauðinn geti komið með ró og reisn. Í öll þessi 30 ár sem ég hef unnið í líknarþjónustu, frá árinu 1989, eru ekki margir sjúklingar sem hafa óskað eftir að ég stytti líf þeirra. Auðvitað kemur alltaf öðru hvoru einhver sem vill ræða þetta: Get ég ekki fengið stóru sprautuna? En þegar við ræðum það nánar er ljóst að fólk er þreytt. Það sér ekki hvernig það á að halda út. Það hefur kannski ekki fengið góða einkennameðferð. „Eitt er að ræða þetta og annað að taka ákvörðun," segir hún. „Svo er alltaf eitthvað sem hægt er að gera til að bæta líðan," segir hún.

„Það gleymist hvað lífsviljinn er sterkur. Það er eins og maður geti alltaf bætt við sig klukkustundum, dögum eða vikum."

LIPRIR PENNAR

Læknablaðið hefur beðið nokkra lipra penna í læknastétt að senda blaðinu hugleiðingar sínar í dagsins önn.



Áttatíu ótímabær dauðsföll árlega

Dagur B. Eggertsson

borgarstjóri og læknir

dagur.b.eggertsson@reykjavik.is

Áhrif loftgæða og svifryks á heilsufar hefur fengið aukið vægi undanfarin ár. Stjórnvöld undir forystu umhverfisráðuneytisins og Umhverfisstofnunar hafa sett fram metnaðarfulla áætlun um að vinna að bættum loftgæðum á Íslandi. Aðgerðirnar eru byggðar á alþjóðlegum rannsóknum og meginmarkmiðið er skýrt: „Að stuðla að loftgæðum og heilnæmu umhverfi.“ Undirmarkmiðin eru að fækka ótímabærum dauðsföllum af völdum loftmengunar í færri en 5 eftir 10 ár, fækka fjölda þeirra daga þar sem svifryk fer yfir heilsufarsmörk úr 20 niður í 0 og að ársmeðaltal brennisteinsvetnis verði áfram undir skilgreindum mörkum.

Lengi vel var Heilbrigðisnefnd Reykjavíkurborgar sú eina með viðbragðsáætlun í loftgæðamálum. Þetta hefur breyst hratt. Enn skortir þó heimildir til að grípa til aðgerða til að bregðast við spám um léleg loftgæði. Lagaheimildir þarf einnig til að taka gjald af nagladekkjum eða takmarka notkun þeirra. Sérstaka athygli vekur að í nýrri loftgæðaáætlun var eitt af meginatriðunum að setja heimildir til gjaldtöku í lög. Þær heimildir voru í frumvarpi til umferðarlaga á síðasta ári en voru horfin úr frumvarpinu sem lagt var fyrir Alþingi. Engar skýringar hafa komið fram á þessu og hlýtur það að vekja spurningar um hvort stjórnvöldum sé einhver alvara með loftgæðaáætlun sinni.

Saga Reykjavíkur sýnir að læknar hafa iðulega gegnt lykilhlutverki við að ýta á eftir nauðsynlegum umbótum í heilbrigðismálum. Þær umbætur sem mestu skipta hafa oft verið utan við viðfangsefni hins hefðbundna heilbrigðiskerfis. Guðmundur Björnsson læknir og bæjarfulltrúi, og síðar landlæknir, var fremstur í þeim flokki sem börðust fyrir vatnsveitu í Reykjavík og tók upp vatnsgjald til að fjármagna hana í upphafi síðustu aldar. Það var ótrúlega óvinsælt, jafnvel þótt eitt árið hafi 21 bæjarbúi látist af taugaveiki sem rekja mátti til þess að vatn í brunnum hafði spillst. Það jafngildir því að yfir 1000 Reykvíkingar hefðu látist á einum og sama vetrinum miðað við íbúafjölda nú. Vatnsgjaldið var engu að síður svo óvinsælt að Guðmundi var ráðlagt að bjóða sig ekki fram aftur eftir að hafa tryggt framgang þessa framfaramáls í bæjarstjórn!

Guðmundur Hannesson læknir var í lykilhlutverki í umræðunni um heilsuspillandi húsnæði og betra borgarskipulag. Nær okkur í tíma má svo nefna Katrínu Fjeldsted lækni og borgarfulltrúa Sjálfstæðisflokksins sem vakti verðskuldaða athygli fyrir að standa með göngugötum og aðgerðum til að auka áherslu á fólk en draga úr áherslu á bíla í borgarstjórn á 9. og 10. áratugnum.

Þessi átök um fólk og umhverfi annars vegar og forgang bílaumferðar hins vegar eru enn áberandi og nátengd vandanum við að vinna gegn lélegum loftgæðum í borginni.

En hver er staðan? Loftgæði á Íslandi eru einhver þau bestu í heiminum og loftgæði í Reykjavík bera af flestum borgum og hafa raunar batnað undanfarna áratugi. Það er engu að síður mat Umhverfisstofnunar Evrópu að um 80 ótímabær dauðsföll megi árlega rekja til svifryks á Íslandi. Þetta eru einhverjar lægstu tölur í Evrópu en háar engu að síður. Til að setja þær í samhengi má nefna að Laufey Tryggvadóttir forstöðumaður hjá Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands hefur metið það svo að 56 árleg dauðsföll megi rekja til óbeinna reykinga á Íslandi, með vísun til nýlegra breskra rannsókna. Þótt einnig hafi dregið úr reykingum er breið samstaða meðal lækna og heilbrigðisstarfsfólks um að slaka ekki á klónni við að draga úr þeim og áhrifum óbeinna reykinga.

Uppspretta svifryks er langmest frá umferð. Slit gatna, útblástur og sót frá bílum skiptir mestu en einnig óhreinindi frá byggingaframkvæmdum. Betri loftgæði síðustu ár hafa náðst meðal annars með hvarfakútum, minni notkun nagladekkja og þeirri skyldu sem innleidd hefur verið að þvo vinnutæki sem fara út af byggingarsvæðum. Notkun nagladekkja virðist hins vegar aftur vera að aukast og umferðin einnig sem er áhyggjuefni.

Í fyrsta lagi þarf að fylgja einarðlega eftir aðgerðaráætlun um bætt loftgæði, ekki síst þeim sem lúta að notkun nagladekkja. Í öðru lagi þurfa heilbrigðisnefndir sveitarfélaga eða sveitarfélög að fá heimildir til að grípa til ráðstafana þegar loftgæði eru slæm. Í þriðja lagi þarf að breyta ferðamáta og styðja við þéttingu byggðar (sem styttir vegalengdir) og græna samgöngumáta. Þétting byggðar og breyttar ferðavenjur eru eitt stærsta umhverfis-, loftslags- og lýðheilsumál samtímans.

Síðast en ekki síst þurfa læknar og heilbrigðisstéttir að láta þessi mál sig varða, taka þátt í umræðunni, kynna rök og rannsóknir og vinna úttektir við íslenskar aðstæður. Án forystu lækna hefði aldrei náðst sá árangur við að minnka reykingar og óbeinar reykingar eins og nú er staðreynd. Barnalæknar í Osló sýndu stuðning svo um munaði við gjaldtöku af nagladekkjum vegna áhrifa svifryks á þroska lungna hjá börnum. Fordæmin eru því mörg. Embætti landlæknis hefur þróað mikilvæga lýðheilsuvísa sem ná til ferðavenja í samgöngum. Gera þarf slíkt hið sama varðandi loftgæði, sú áhersla er bæði tímabær, brýn og rétt.