Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



„Ég hlakka ekki endilega til að hætta að vinna,“
segir Þórólfur Guðnason sóttvarnalæknir

LEIÐARI
Aldarafmæli D-vítamíns

VIÐTAL
Guðmundur Jóhannsson
Sigurður Örn Hektorsson

RITRÝND GREIN
Áhrif menntunar á áhættuþætti og nýgengi æðakölkunarsjúkdóma

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ
Margrét Ólafía Tómasdóttir

7-8/2022 108. árgangur: 321-376

Auglýsing



Hvernig er að vera í sérgrein þar sem þörfin er mikil og úrræðin fá? „Þetta er raunveruleiki okkar öldrunarlækna," segir Anna Björg. Mynd/gag

Þurfum endurhæfingarúrræði, ekki fleiri hjúkrunarrými

„Það er alveg ljóst að það verða að verða breytingar," segir Anna Björg Jónsdóttir öldrunarlæknir sem heldur á einni allra heitustu kartöflu heilbrigðismála. Hún hefur verið ráðin yfirlæknir öldrunarlækninga á Landspítala

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég veit að það er ekki pólitískt vinsælt að segja það, en við þurfum ekki endilega fleiri hjúkrunarrými," segir Anna Björg og bendir á að hér á landi séu langflest hjúkrunarrými hlutfallslega miðað við hin Norðurlöndin.

„Við þurfum annars konar úrræði. Við þurfum endurhæfingarúrræði, bæði endurhæfingu fyrir inniliggjandi og endurhæfingu sem fólk getur nýtt sér í dagþjónustu," segir hún. „Mér reiknast til að það vanti um 1000 dagþjálfunarpláss á höfuðborgarsvæðinu," segir hún og bendir á að þau séu nú um 500, þar af 270 fyrir einstaklinga með heilabilunarsjúkdóm.

Anna Björg hefur störf sem yfirlæknir í ágúst. Þar hyggst hún ráðast í endurskipulagningu. „Við þurfum að endurskoða hvað heyrir undir sérgreinina öldrunarlækningar. Öldrunarlæknar eru takmörkuð auðlind og því þurfum við að skoða verkaskiptinguna," segir hún og útskýrir hvernig taka þurfi verk af þeim sem aðrar stéttir geti sinnt svo þeir hafi ráðrúm til að sinna sínu sérhæfða starfi.

„Þetta er svipað og þú getur ekki leyft þér að láta markmanninn vera í sókn og spila án markmanns, jafnvel þó markmaðurinn kunni sóknarleikinn," segir hún. Nýta þurfi sérþekkinguna rétt. „Það er ekki svo nú," segir hún.

„Dæmi um þetta er uppvinnsla og greining á vitrænni skerðingu og greining á almennri færniskerðingu. Hún er innan okkar vébanda og læknarnir verða að hafa tíma til að sinna því," segir hún og að einnig sé mikilvægt að fá til starfa aðrar fagstéttir sem hafi sérhæft sig innan öldrunarlækninga.

„Við brennum líka fyrir bæklunarlækningum aldraðra og það er eiginlega til skammar að við höfum ekki komið þeirri þjónustu af stað innan Landspítala," segir hún. Þá eigi öldrunarlæknar að styðja kollega við mat á meðferðum sem eldra fólk fái: krabbameinsmeðferð, fyrir skurðaðgerðir, samstarf þvert á fagstéttir.

„En almenn endurhæfing þarf ekki nauðsynlega að vera í verkahring öldrunarlækna," segir hún. „Það er þörf fyrir hverja einustu hönd, og fleiri til, en við verðum að skipuleggja starfið þannig að hver og einn geri það sem hann er sérhæfður í."

Hún bendir á að bæði forstjóri spítalans og heilbrigðisráðherra hafi talað fyrir breytingum og hún sé því fullviss um að fá stuðning þeirra. „Við getum ekki notað hamarinn sem var búinn til fyrir 30 árum. Hann virkar ekki lengur." Vinna þurfi í takti við samfélagið eins og það er nú.

„Ég tel að við séum komin á þann punkt núna að ef við gerum ekki breytingar muni stór hluti af kerfinu okkar hrynja," segir hún. „Við erum komin í öngstræti."

Anna Björg er full tilhlökkunar að takast á við verkefnið. „Ég ætla að sinna því eins vel og ég get. Ég hoppa út í laugina með bæði augun opin. Ég þekki til, hef unnið á Landspítala, þekki kerfið." Hún hefur starfað síðasta árið sem yfirlæknir öldrunarþjónustu á Heilsuvernd í Urðarhvarfi þar sem *Læknablaðið* hittir hana á sólríkum júnídegi.

En hvernig er að vera í sérgrein þar sem þörfin er svona mikil og úrræðin fá? „Ég þekki ekkert annað. Þetta er raunveruleiki okkar öldrunarlækna."

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Berglind Jónsdóttir
Gunnar Thorarensen
Hulda María Einarsdóttir
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Lilja Sigrún Jónsdóttir
Magnús Haraldsson
Ólafur Árni Sveinsson

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingar
Ingvar Freyr Ingvarsson
ingvar@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
2000

Áskrift
21.900,- m. vsk.
Lausasala
2190,- m. vsk.

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

Dreifing
Íslandspóstur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík

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

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

The scientific contents of the Icelandic Medical Journal are indexed and abstracted in Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition and Scopus.
ISSN: 0023-7213

LEIÐARAR



327

Björn Guðbjörnsson

Aldarafmæli D-vítamíns

Sjúkdómar eins og beinkröm, skyrbjúgur og taugakröm hafa verið þekktir um aldir. Orsök þeirra var þó óþekkt þar til í lok 19. aldar þegar menn fóru að tengja einhæft mataræði við þessa sjúkdóma en í raun vissu menn ekki af tilvist vítamína á þessum tíma



329

Lilja Sigrún Jónsdóttir

Urtagarðurinn í Nesi

Áherslur í Urtagarðinum í dag hafa beinst að sögulegum heimildum og tímamótum í starfi frumkvöðla sem þar voru á ferð, en samstarf þvert á fræðisvið skapar tækifæri til umræðu um náttúruna, vísindalega vinnu og þróun þekkingar

FRÆÐIGREINAR

330

Margrét Kristín Kristjánsdóttir, Heiðrún Ósk Reynisdóttir, Brynjólfur Árni Mogensen, Karl Andersen, Tómas Guðbjartsson, Martin Ingi Sigurðsson, Ingibjörg J. Guðmundsdóttir

Meðferð sjúklinga með kransæðasjúkdóm og sykursýki á Íslandi: Víkkun, hjáveituaðgerð eða lyfjameðferð?

Nýgengi hjarta- og æðasjúkdóma á Íslandi hefur lækkað síðustu fjóra áratugi en þó er hægt að rekja um þriðjung dauðsfalla til þeirra. Þessi lækkun er vegna þess að dregið hefur úr helstu áhættuþáttum kransæðasjúkdóms: blóðfitu, blóðþrýstingi og reykingum. Hins vegar er sykursýki og offita algengari en áður og gæti valdið auknu nýgengi kransæðasjúkdóma verði ekki gripið í taumana.

Sykursjúkir eru í tvöfaldri áhættu á hjarta- og æðasjúkdómum borið saman við þá sem ekki eru með sykursýki. Kransæðasjúkdómur sykursjúkra er oft dreifður og þrengsli ná einnig til smærri kransæðagreina.

338

Aðalheiður Svana Sigurðardóttir, Ólöf Guðný Geirsdóttir, Inga B. Árnadóttir, Alfons Ramel

Munnkvillar aldraðra þögull faraldur á hjúkrunarheimilum, þörf fyrir breytingar á heilbrigðisþjónustu

Tannsjúkdóma má fyrst og fremst rekja til mataræðis og ónógrar munnhirðu. Langvarandi sýkingar í munni geta valdið vannæringu, haft áhrif á þróun hjarta- og æðasjúkdóma, leitt til skammtíma blóðsmits eða ásvelgslungnabólgu ef bakteríur berast í öndunarfærin. Til að hægja á versnandi tann- og munnheilsu og stighækkandi umönnunarþörf síðustu æviárin er mikilvægt að skipuleggja einstaklingsbundna munnheilsuvernd. Þetta er fyrsta rannsókn hérlendis sem metur klíníska munnheilsu íbúa á hjúkrunarheimilum og því grunnur að lausnamiðuðum breytingum í þjónustu við aldraða.

346

Karl Andersen, Thor Aspelund, Elías Freyr Guðmundsson, Gunnar Sigurðsson, Sigurður Sigurðsson, Guðlaug Björnsdóttir, Bolli Þórsson, Gunnar Sigurðsson, Þórður Harðarson, Vilmundur Guðnason

Áhrif menntunar á áhættuþætti og nýgengi æðakölkunarsjúkdóma

Nýgengi kransæðasjúkdóma og dauðsfalla af þeirra völdum hefur lækkað verulega á síðustu fjórum áratugum. Á fyrri hluta síðustu aldar var kransæðasjúkdómur sérlega áberandi meðal vel stæðra þjóðfélagshópa og var tengdur við almenna velmegun. Frá því um og fyrir miðja síðustu öld hefur hér orðið breyting á þar sem byrði kransæðasjúkdóma hefur sífellt færst meira yfir á þjóðfélagshópa með lægri meðaltekjur og minni menntun.

Á FORSÍÐU



Þórólfur Guðnason sóttvarnalæknir.
Fæddur í Vestmannaeyjum og með rætur austur á Eskifirði, – tók hæsta landspróf á landinu 1969, og varð stúdent frá Menntaskólanum á Laugarvatni.
Barnalækningar og sóttvarnir hafa verið hans viðfangsefni æ síðan. Svo er hann líka með músík í blóðinu, In my life með Bítlunum besta lagið.
Þorkell Þorkelsson tók myndina á svölum súldardegi í júní inni í Katrínartúni á skrifstofum Embættis landlæknis

UMFJÖLLUN OG GREINAR



360
Vildi ekki vera dreginn út af vinnustaðnum með naglaförin á veggjunum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég hlakka ekki endilega til að hætta," segir Þórólfur Guðnason sem kveður starf sitt sem sóttvarnalæknir þann 1. september, nákvæmlega 7 árum eftir að hann tók við því. „Ég hef haft ánægju af starfinu og brunnið fyrir því"



362
Heppni og samstarf við hæfileikaríkt fólk litar starfsferilinn

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Það er erfitt að hafa annað hobbí en læknastarfið og rannsóknarvinnuna sem því tengist," segir Guðmundur Jóhannsson innkirtlalæknir sem hefur fengið stór verkefni í Svíþjóð þar sem hann hefur starfað í 35 ár



364
Um helmingur fanga með ADHD

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Sigurður Örn Hektorsson, geð- og fíknilæknir, segir það hafa komið sér á óvart hversu margir alvarlega geðsjúkir einstaklingar séu vistaðir í fangelsi hér á landi. Þeir skaðist af vistinni



323
Þurfum endurhæfingarúrræði, ekki fleiri hjúkrunarrými

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Það er alveg ljóst að það verða að verða breytingar," segir Anna Björg Jónsdóttir öldrunarlæknir sem hefur verið ráðin yfirlæknir öldrunarlækninga á Landspítala

356
Fréttir

372
Ferðasaga öldunga úr Borgarfirði

Helga M. Ögmundsdóttir, Óttar Guðmundsson



368
Tugir verðandi lækna á tímamótum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Nú standið þið á tímamótum þar sem heill heimur nýrra möguleika opnast og ég hvet ykkur til að fara inn í hann með opinn huga," sagði formaður Læknafélags Íslands þegar hún ávarpaði hópinn. Hátt í 60 læknar útskrifast nú

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



359
Úr bakkafulla læknum

Margrét Ólafía Tómasdóttir

Á Norðurlöndunum telst heimilislæknir í fullu starfi geta sinnt um 1200 manns í sínu samlagi. Í dag er talan um 2300 á hvern íslenskan heimilislækni

ÖLDUNGADEILDIN



370
Að vakna

Ari Jóhannesson

Apríl er grimmastur mánaða, sagði frægt skáld fyrir löngu. Ég er ekki sammála - hvað mig varðar á apríl sér 11 bræður og alla jafnósvífna

DAGUR Í LÍFI INNKIRTLALÆKNIS BARNA



373
Soffía G. Jónasdóttir

8:30 Fyrsti sjúklingur mættur – 7 ára pólskur drengur, alltaf feiminn að tala íslensku en ræðinn í dag – ætlar að vera alltaf í 1. bekk því það er svo gaman

LIPUR PENNI



374
Gizur Gottskálksson

Hugleiðingar um heilbrigðismál

Heilbrigðisþjónustan verður ekki löguð eingöngu á Landspítala þótt hann gegni mikilvægu hlutverki í kerfinu. Nýta þarf allar stoðir kerfisins eins og nýr ráðherra nefndi

Auglýsing

Aldarafmæli D-vítamíns



Björn Guðbjörnsson
gigtarlæknir og prófessor rannsóknarstofu í gigtarsjúkdómum Landspítala og Háskóla Íslands
bjorngu@landspitali.is

Fjórða vítamínið – D-vítamín – uppgötvaðist árið 1922, en áður hafði verkun A-, B-, og C-vítamína verið lýst.[1] D-vítamínið er þó talið þróunarlega elst þeirra og jafnvel elsta hormón okkar mannanna. Talið er að það eigi uppruna sinn í ljóstillífun plöntusvifs djúpt í Atlantshafi hinu forna, fyrir allt að 750 milljónum ára.

Sjúkdómar eins og beinkröm, skyrbjúgur og taugakröm hafa verið þekktir um aldir. Orsök þeirra var þó óþekkt þar til í lok 19. aldar þegar menn fóru að tengja einhæft mataræði við þessa sjúkdóma en í raun vissu menn ekki af tilvist vítamína á þessum tíma.

Breski læknirinn Sir Edward Mellanby hafði tekið eftir því að beinkröm var mjög algeng í Skotlandi, en hún var einnig nefnd The English Disease. Hann grunaði að þessi kvilli væri tengdur vannæringu og ákvað að rannsaka mataræði Skota, sem samanstóð mikið til af hafraframjöli. Hann ákvað því að ala hunda sem hann hélt innandyra á höfrum og sýndi fram á að þeir fengju beinasjúkdóm í ætt við beinkröm. Sir Mellanby tókst að lækna hundana með þorskalifur og taldi í fyrstu að þetta væri sjúkdómsástand sem orsakaðist af A-vítamínskorti.[1]

Lífefnafræðingurinn Elmer McCollum við John Hopkins-háskólann vildi sanna tilgátu Sir Mellanby, en McCollum hafði uppgötvað A-vítamín árið 1914. Hann ákvað að hvarfa burt A-vítamínið úr þorskalifrarmaukinu sem hundunum var gefið. Með þessari meðferð á þorskalifrinni var ekki unnt að koma í veg fyrir augnkríma í hundunum, sem menn þekktu sem sjúkdóm tengdan A-vítamínskorti, en honum til undrunar læknaði maukið samt beinkrömina í hundunum. McCollum nefndi þennan áður óþekkta áhrifavald D-vítamín eða fjórða vítamínið.[2]

Þjóðverjinn Adolf Windaus fékk síðan Nóbelsverðlaunin í efnafræði árið 1928 fyrir rannsóknir sínar á sterólum og tengslum þeirra við vítamín. Það varð þó ekki fyrr en árið 1932 að efnasamsetning D-vítamíns varð þekkt þegar Askew tókst að einangra D_2-vítamín.[3] Nokkrum árum síðar varð vísindamönnum ljóst að ólíkt öðrum vítamínum gat mannslíkaminn framleitt hið virka form D-vítamíns með því að útsetja húðina fyrir sólarljósi. Því er enn deilt um það hvort D-vítamín sé í raun vítamín eða hormón, nema hvort tveggja sé. Það var svo ekki fyrr en árið 1969 að frumuviðtaka D-vítamíns var lýst og snemma á sjöunda áratugnum jókst skilningur manna á samspili húðar, lifrar og nýrna til að virkja D-vítamínið. Síðar kom lífeðlisfræðilegur skilningur á áhrifum D_3-vítamíns á fosfór- og kalkbúskap og þar með beinheilsu.

Á Íslandi hafa læknar lengi mælt með lýsi og D-vítamíni. Jón Þorsteinsson, gigtarlæknir og prófessor var í fararbroddi við að hvetja sjúklinga með bólgusjúkdóma að tryggja sér nægilegt D-vítamín. Árið 1995 hófust mælingar á D-vítamíni á Sjúkrahúsi Reykjavíkur í Fossvogi, fyrir áeggjan Gunnars Sigurðssonar, prófessors. Síðastliðið ár voru framkvæmdar um 31.000 mælingar á D-vítamíni hér á landi.[4] Við ættum því að þekkja vel D-vítamínbúskap þjóðarinnar og einnig þá árstíðabundnu sveiflu sem er á D-vítamíngildum okkar sem búum svo norðarlega á jörðunni.

Jón Þorsteinsson hafði rétt fyrir sér um gagnsemi lýsis og D-vítamíns fyrir gigtarsjúklinga, langt á undan sinni samtíð. Seinni tíma rannsóknir hafa sýnt fram á að sjúklingum með rauða úlfa og sjálfsónæmissjúkdóma farnast betur ef þeir tryggja sér nægjanlegt D-vítamín. Auk þess hafa rannsóknir sýnt fram á mikilvægi D-vítamíns fyrir beinheilsu og að það tryggir betri vöðvastyrk og taugaboð og dregur þannig úr byltum og beinbrotum aldraðra. Einnig er að byggjast upp aukin þekking og skilningur á hlutverki D-vítamíns í þróun ýmisskonar verkjavanda og tilurð langvinnra sjúkdóma, eins og sykursýki, háþrýstings, taugasjúkdóma, illkynja meina og fleiri sjúkdóma. Framtíðarrannsóknir verða að skera úr um það hvort D-vítamín dregur úr elliglöpum og bætir færni og heilsufar aldraðra. Barnalæknar hafa einnig rannsakað þýðingu D-vítamíns í endurteknum sýkingum og eyrnabólgum hjá börnum.

Sjúkdómar eins og beinkröm, skyrbjúgur og taugakröm hafa verið þekktir um aldir. Orsök þeirra var þó óþekkt þar til í lok 19. aldar þegar menn fóru að tengja einhæft mataræði við þessa sjúkdóma en í raun vissu menn ekki af tilvist vítamína á þessum tíma

Í heimsfaraldri vegna kórónuveiru hefur áhugi manna og forvitni vaknað um hvort D-vítamín hafi áhrif á framþróun COVID-19-sjúkdómsins. Stórar rannsóknir hafa sýnt að áhættan á smiti og alvarlegri sýkingu með gjörgæsluvistun sé meiri meðal þeirra sem eru með lægri gildi af D-vítamíni í blóði en hinna sem hafa eðlileg eða há gildi.[4] Aðferðafræðilega eru margir hnökrar á þessum rannsóknum sem erfitt er að leiðrétta fyrir, en þó er unnt að álykta að vegna félagslegrar einangrunar og inniveru löngum stundum á COVID-tímum megi gera ráð fyrir því að stór hluti þjóðarinnar þurfi að tryggja sér meiri D-vítamínneyslu á komandi misserum.

Heimildir

1. Mellanby E. An experimental investigation on rickets. Lancet 1919; 1: 407-12.
2. McCollum EV, Simmonds N, Becker JE, et al. An experimental demonstration of the existence of a vitamin which promotes calcium deposition. J Biol Chem 1922; 53: 293-8.
3. Askew FA, Bourdillon RB, Bruce HM, et al. The distillation of vitamin D. Proc R Soc 1931; B107: 76-90.
4. Kaya MO, Pamukçu E, B Yakar B. The role of vitamin D deficiency on COVID-19: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Epidemiol Health 2021; 43: e2021074.

Centenary of vitamin-D

Björn Guðbjörnsson, MD, PhD
professor
Centre for Rheumatology Research
University Hospital and Faculty of Medicine University of Iceland
Reykjavík

doi 10.17992/lbl.2022.0708.697

Auglýsing

Urtagarðurinn í Nesi



Lilja Sigrún Jónsdóttir
heimilislæknir,
klínískur dósent við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins,
í ritstjórn Læknablaðsins
lilja.sigrun.jonsdottir@heilsugaeslan.is

Í Nesi við Seltjörn á Seltjarnarnesi liggja rætur opinberrar heilbrigðisþjónustu á Íslandi, frá árinu 1763. Nesstofa hýsti fyrsta landlæknirinn, Bjarna Pálsson, og Björn Jónsson, fyrsta lyfjafræðinginn og apótekarann. Þeir nýttu þekkingu þess tíma úr náttúruvísindum og sóttu virk efni til lækninga í náttúruna, þar sem þeirra var von. Björn kom upp garði sunnan við Nesstofu til ræktunar lækningajurta í samræmi við kröfur lagðar á hann eins og aðra lyfsala með fyrstu lyfjaskránni sem kom út í Danmörku, *Pharmacopoea Danica* 1772. Birni bar að eiga jurtir til að framleiða 640 lyf, flest úr jurtum eða jurtaafurðum. Hann stóð fyrir ræktunartilraunum, meðal annars á korni og trjám, brautryðjandi á því sviði hér á landi. Á upphafsárum Bjarna Pálssonar í starfi sem landlæknir var meginverkefnið að forða skortsjúkdómum með leiðsögn um neyslu ferskmetis og hvatningu til nytja á ýmsum jurtum.

Árið 2010 var stofnað til Urtagarðsins í Nesi til minningar um Bjarna, Björn og Hans Georg Schierbeck landlækni. Það var vegna þeirra tímamóta að 250 ár voru þá liðin frá skipan Bjarna Pálssonar í embætti landlæknis og 125 ár frá því Hans Georg Schierbeck stóð að stofnun Garðyrkjufélags Íslands. Samstarfsaðilar um garðinn voru upphaflega Garðyrkjufélag Íslands, Embætti landlæknis, Læknafélag Íslands, Lyfjafræðifélag Íslands, Lækningaminjasafnið, Lyfjafræðisafnið og Seltjarnarnesbær. Þegar Lækningaminjasafnið var lagt niður tók Þjóðminjasafnið við sem samstarfsaðili. Urtagarðurinn í Nesi hefur alla tíð notið stuðnings frá Lyfjafræðisafninu, enda hefur þar verið reglubundin starfsemi og margir gestir fengið leiðsögn í Urtagarðinn þaðan á starfstímanum.

Haustið 2021 var afhjúpaður minnisvarði um Björn Jónsson lyfsala og apótekara í Urtagarðinum í Nesi. Tímasetningin tengdist lokaprófi Björns í lyfjafræði frá Kaupmannahafnarháskóla í desember 1771 og að þann 18. mars 2022 voru 250 ár liðin frá skipun hans í embætti lyfsala í Nesi. Verkið er bautasteinn úr grágrýti sem sóttur var í Seltjarnarnesvör og Guðrún Indriðadóttir lyfjafræðingur sá um hönnun og útfærslu.

Plöntusýningin í Urtagarðinum hefur þróast í tímans rás. Fyrst var svokölluð tilgátusýning á 128 plöntum sem talið var líklegt að Björn Jónsson hefði ræktað, út frá þekkingu þess tíma. Síðar var fléttuð við hana sýning á klausturjurtum sem heimildir fundust um ræktun á, við rannsóknir á klaustrum hér á landi. Stór hluti þeirra var þegar í plöntusýningunni.[1] Þriðja viðbót var byggð á sagnfræðirannsóknum um ræktun Björns sem byggðu bæði á rannsóknum í skjalasöfnum í Kaupmannahöfn og rýni á bréfaskiptum Björns við Hannes Finnsson biskup.[2]

Þeim sem heimsækja garðinn í sumar gefst færi á að sjá tvær sérlega fágætar plöntur. Annars vegar villiepli, ræktað af fræi fengnu frá Þrándheimi sem er eins skylt og næst komist verður því sem fannst á Skriðuklaustri við fornleifauppgröft. Hins vegar Vossahvönn, sem er sérstakt yrki hvannar með þykkveggja eða jafnvel gegnheilum stilk sem gerði hana áður fyrr eftirsóknarverða sem matjurt. Hún er viðkvæm í ræktun en er viðhaldið í dag í Voss á Hörðalandi í Noregi. Einnig gefst tækifæri til að spreyta sig á plöntugreiningu á átta plöntum í sýningarreit. Þær eru ekki merktar með nafni heldur er fólk hvatt til að finna sambærilegar plöntur annars staðar í garðinum og þar má finna nöfnin. Tilvalið verkefni fyrir grasafræðinga framtíðarinnar.

Áherslur í Urtagarðinum í dag hafa beinst að sögulegum heimildum og tímamótum í starfi frumkvöðla sem þar voru á ferð, en samstarf þvert á fræðisvið skapar tækifæri til umræðu um náttúruna, vísindalega vinnu og þróun þekkingar

Áherslur í Urtagarðinum í dag hafa beinst að sögulegum heimildum og tímamótum í starfi frumkvöðla sem þar voru á ferð, en samstarf þvert á fræðisvið skapar tækifæri til umræðu um náttúruna, vísindalega vinnu og þróun þekkingar.

Það er við hæfi að beina sjónum að sögu samstarfs lækna og lyfjafræðinga hér á landi, nú að loknu átaki vegna kórónaveirufaraldursins. Þróun þekkingar hefur verið mikil en enn eru þó í notkun lyfin Digitalis (úr Fingurbjargarblóminu), Colchicine (úr Haustlilju) og lyf unnin úr ópíum (úr Valmúa) sem þekkt voru fyrir 250 árum og eru öll í garðinum. Urtagarðurinn í Nesi er mikilvæg tenging lækna við sögulegan stað og við getum hugsað til þeirra félaga þegar við heimsækjum Nesið og Urtagarðinn í sumar.

Heimildir

1. Kristjánsdóttir S, Larsson I, Åsen PA. Icelandic Medieval Monastic Garden – Did it Exist? Scand J History 2014; 39: 560-79.
2. Guðmundsdóttir JÞ. Viðreisn garðræktar á síðari hluta 18. aldar. Saga 2014; 52: 9-41.

The Herbal Garden of Nes

Lilja Sigrún Jónsdóttir MD
General Practitioner, Clinical lecturer of the Primary Care of the Capital area
In the editorial board of Læknablaðið

doi 10.17992/lbl.2022.0708.698

Meðferð sjúklinga með sykursýki og kransæðasjúkdóm á Íslandi:

Víkkun, hjáveituaðgerð eða lyfjameðferð?

Margrét Kristín Kristjánsdóttir[1]
Heiðrún Ósk Reynisdóttir[1]
Brynjólfur Árni Mogensen[2]
Karl Andersen[1,2]
Tómas Guðbjartsson[1,3]
Martin Ingi Sigurðsson[1,4]
Ingibjörg J. Guðmundsdóttir[1,2]

Margrét Kristín Kristjánsdóttir og Heiðrún Ósk Reynisdóttir eru læknanemar við læknadeild HÍ en aðrir höfundar eru læknar við Landspítala.

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]hjartadeild, [3]hjarta- og lungnaskurðdeild, [4]svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Ingibjörg J. Guðmundsdóttir, *ig@landspitali.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Sykursýki er vaxandi vandamál en sykursjúkir eru í aukinni hættu á æðakölkun og útbreiddum kransæðasjúkdómi miðað við annað fólk. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvernig meðferð kransæðasjúkdóms sykursjúkra var háttað á Íslandi frá 2010-2020. Skoðaðir voru áhrifaþættir meðferðarvals, hvort meðferð hefði breyst og langtímalifun sjúklinga.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin var afturskyggn lýðgrunduð gagnarannsókn en gagna var aflað í rauntíma með skráningu í SCAAR/SWEDEHEART-gagnagrunninn sem geymir upplýsingar um bakgrunnsþætti sjúklinga, niðurstöður kransæðaþræðinga og -víkkana og meðferðaráform. Meðtaldir voru allir sykursjúkir með kransæðasjúkdóm greindan í kransæðamyndatöku á árunum 2010 til 2020 á Íslandi. Heildarlifun var metin með Kaplan-Meier-aðferð og sjálfstæðir forspárþættir með Cox-aðhvarfsgreiningu.

NIÐURSTÖÐUR

Af 1905 tilfellum (1485 sjúklingar) voru 1230 (65%) meðhöndluð með kransæðavíkkun, 274 (14%) með kransæðahjáveituaðgerð og 401 (21%) með lyfjameðferð eingöngu. Aldursdreifingin var ólík í meðferðarhópunum þremur: Víkkunarhópurinn var á breiðasta aldursbilinu, hjáveituhópurinn á því þrengsta og meðalaldur lyfjameðferðarhópsins var hæstur. Sjúklingar í STEMI eða hjartabilunarlosti voru frekar víkkaðir og sjúklingar sem voru einnig með hjartalokusjúkdóm fóru frekar í hjáveituaðgerð. Hlutfall hjáveituaðgerða hækkaði eftir því sem kransæðasjúkdómurinn var útbreiddari: 41% sjúklinga með vinstri höfuðstofnsþrengsli og þriggja æða sjúkdóm gengust undir hjáveituaðgerð en aðeins 2% sjúklinga með einnar æðar sjúkdóm. Frá 2010 til 2020 hækkaði hlutfall kransæðavíkkana úr 49% í 72% en hlutfall hjáveituaðgerða og lyfjameðferðar eingöngu lækkaði. Ekki sást munur á heildarlifun sjúklinga eftir kransæðavíkkun og kransæðahjáveituaðgerð (p=1,00).

ÁLYKTUN

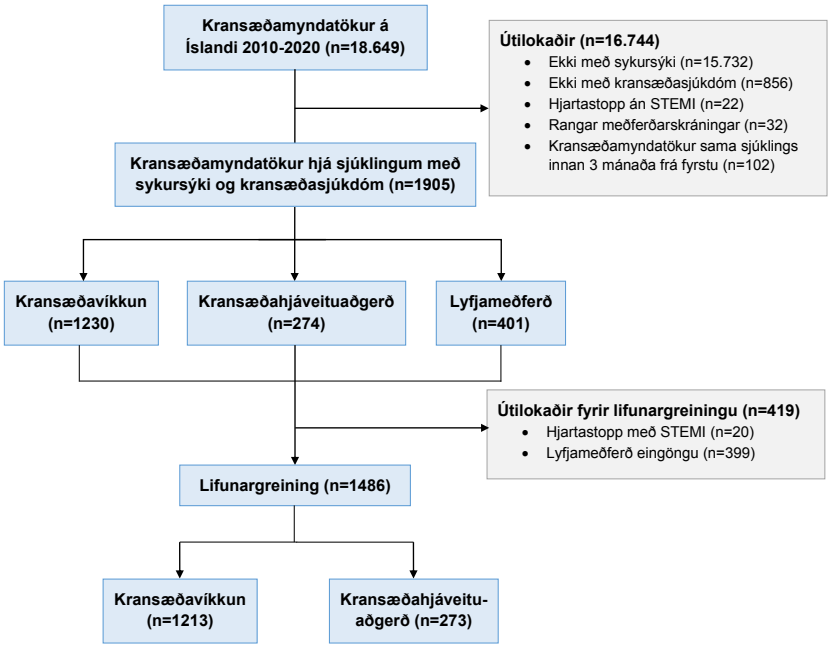
Stærri hópur sykursjúkra er nú meðhöndlaður með kransæðavíkkun en áður (þrír af hverjum fjórum). Ekki sást marktækur munur á lifun sjúklinga eftir víkkun eða hjáveituaðgerð en hóparnir voru þó ekki að fullu sambærilegir.

Inngangur

Þrátt fyrir lækkað nýgengi hjarta- og æðasjúkdóma á Íslandi síðustu fjóra áratugi má enn rekja um þriðjung allra dauðsfalla til þeirra.[1] Þessi lækkun er að miklu leyti afleiðing jákvæðrar þróunar á algengi og alvarleika helstu áhættuþátta kransæðasjúkdóms, svo sem lækkun blóðfitu og blóðþrýstings, en einnig minni reykinga.[2] Hins vegar hafa sykursýki og offita orðið algengari síðastliðna áratugi, sem gæti leitt til þess að nýgengi kransæðasjúkdóma muni vaxa á ný, verði ekki gripið í taumana.[1,3]

Sykursjúkir eru í tvöfaldri áhættu á hjarta- og æðasjúkdómum borið saman við einstaklinga sem ekki eru með sykursýki, jafnvel þótt leiðrétt sé fyrir öðrum áhættuþáttum.[4] Kransæðasjúkdómur sykursjúkra er oft dreifður og þrengsli ná einnig til smærri kransæðagreina. Því eru vinstri höfuðstofnsþrengsli og fjölæða kransæðasjúkdómur algengari í sykursjúkum og það hefur áhrif á horfur og fylgikvilla meðferðar.[5,6]

Meðferð við kransæðasjúkdómi má skipta í þrennt: lyfjameðferð, kransæðavíkkun (*percutaneous coronary intervention*, PCI) og kransæðahjáveituaðgerð (*coronary artery bypass grafting*, CABG).[7]



Mynd 1. *Flæðiritið sýnir hvernig rannsóknarþýði var fundið. STEMI=ST-elevation myocardial infarction.* PCI=*percutaneous coronary intervention* (kransæðavíkkun). CABG=*coronary artery bypass grafting* (kransæðahjáveituaðgerð). Eingöngu var rannsökuð lifun sjúklinga sem fóru í CABG eða PCI en ekki þeirra sem fengu lyfjameðferð eingöngu eða komu á sjúkrahús eftir hjartastopp.

Gagnsemi kransæðavíkkunar og kransæðahjáveituaðgerðar hjá sjúklingum með sykursýki hefur verið könnuð í fjölda rannsókna. Flestar þeirra benda til þess að fyrir sykursjúka með fjölæða kransæðasjúkdóm og án frábendinga sem takmarka meðferðarval sé langtímaávinningur af kransæðahjáveituaðgerð heldur meiri en af kransæðavíkkun, sérstaklega ef sjúklingar eru einnig hjartabilaðir.[8-12] Almennt eru meiri líkur á því að sjúklingur þurfi fleiri kransæðavíkkanir síðar á ævinni eftir PCI en CABG, en þó verður að hafa í huga að fýsilegra er að endurvíkka kransæðar sjúklinga sem áður hafa verið víkkaðar en græðlinga hjáveitusjúklinga sem hafa lokast. Í ráðleggingum Evrópsku hjartasamtakanna (The European Society of Cardiology, ESC) er meðal annars tekið mið af fyrrnefndum rannsóknum og svokölluðu SYNTAX-skori, sem stigar alvarleika og dreifingu sjúkdómsins. Samkvæmt ráðleggingunum ætti í flestum tilfellum að ræða meðferðarkosti flóknari sjúklinga á hjartateymisfundum þar sem ákvörðun ætti að byggjast á undirliggjandi sjúkdómum og ástandi sjúklings auk dreifingar kransæðasjúkdóms. Einnig er lögð áhersla á að upplýsa sjúklinga svo þeir geti tekið þátt í meðferðarvali. Sjúklinga sem eru einkennalitlir og með einfaldan kransæðasjúkdóm ætti að meðhöndla með lyfjameðferð.[6]

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna hvernig meðferð kransæðasjúkdóms var háttað hér á landi hjá sykursjúkum á árunum 2010-2020. Skoðaðir voru áhrifaþættir meðferðarvals, hvort meðferðarval hefði breyst og langtímalifun sjúklinga.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn lýðgrunduð gagnarannsókn. Áður en rannsókn hófst lágu fyrir tilskilin leyfi frá Vísindasiðanefnd (19-183-V1) og vísindarannsóknanefnd heilbrigðisrannsókna á Landspítala. Rannsóknarþýðið innihélt sjúklinga með þekkta sykursýki og kransæðasjúkdóm greindan í kransæðamyndatöku á árunum 2010-2020 á Íslandi.

Gagna var aflað úr gagnagrunni hjartaþræðingadeildar Landspítala sem tengdur er sænska SCAAR/SWEDEHEART-gagnagrunninum. Hann geymir upplýsingar sem skráðar voru í rauntíma um bakgrunnsþætti sjúklinga, niðurstöður kransæðaþræðinga og -víkkana og hvaða meðferð var beitt.

Skráðar voru breytur eins og aldur, kyn og líkamsþyngdarstuðull, og upplýsingar um áhættuþætti kransæðasjúkdóms. Áhættuþættirnir sykursýki og reykingar voru skráðir samkvæmt upplýsingum frá sjúklingum. Ekki var gerður greinarmunur á sykursýki 1 og 2 en tekið fram hvort sjúklingur notaði insúlín. Auk þess var notkun háþrýstings- og blóðfitulækkandi lyfja skráð. Upplýsingar um s-kreatínín og hvort sjúklingur hefði verið í hjartabilunarlosti (*cardiogenic shock*) þegar þræðing var framkvæmd voru skráðar, en lostástand var metið með Killip-flokkun. Gaukulsíunarhraði var reiknaður með Cockcroft-Gault-jöfnunni út frá s-kreatíníngildi, þyngd, aldri og kyni og skert nýrnastarfsemi skilgreind sem gaukulsíunarhraði <60 mL/mín.[13] Miðað var við síðustu s-kreatínínmælingu sem tekin var fyrir kransæðamyndatöku. Ábending fyrir kransæðamyndatöku var skráð ásamt fyrri sögu um hjartadrep, kransæðavíkkun eða kransæðahjáveituaðgerð. Jafnframt var útbreiðsla kransæðasjúkdóms á kransæðamyndatöku skráð, sem og hvaða meðferð var beitt í kjölfarið. Val á meðferð var í höndum þræðingarlæknis sem ráðfærði sig eftir þörfum við hjartateymi, en valið var einnig gert í samráði við sjúkling. Frábending fyrir hjáveituaðgerð var skráð en þá var sjúkingur ekki talinn skurðtækur af hjartateymi út frá fyrri sögu og öðrum áhættuþáttum. Sjúklingar voru síðan skráðir með enga frábendingu, sögu um hjáveituaðgerð eða annars konar frábendingu (til dæmis hrumleika, svæsinn lungnasjúkdóm eða nýrnabilun). Einnig var kannað í gegnum hvaða slagæð þræðingin var gerð, hvort notuð voru lyfjahúðuð stoðnet við víkkun og hvort gerð var innanæðaómskoðun (*intravascular ultrasound*, IVUS) eða flæðismæling (*instantaneous wave-free ratio*, iFR, eða *fractional flow reserve*, FFR) til að meta hvort þrengsli væru marktæk eða flæðishamlandi.

Sjúklingunum var skipt í þrjá meðferðarflokka: kransæðavíkkun, kransæðahjáveituaðgerð og lyfjameðferð eingöngu. Varðandi

Tafla 1. *Samanburður bakgrunnsþátta og sjúkdómsástands milli meðferðarhópa.*

	PCI (n=1230)	CABG (n=274)	Lyfjameðferð (n=401)	p-gildi
Aldur (ár)	66,4 ± 10,7	67,6 ± 9,7	68,4 ± 9,3	<0,001
Kvenkyn	291 (23,7)	54 (19,7)	70 (17,5)	0,022
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m²)	30,8 ± 5,6	30,6 ± 5,1	31,4 ± 14,1	0,318
Reykingar[a]				0,028
Reykir	227 (18,5)	47 (17,2)	53 (13,2)	
Áður reykt	687 (55,9)	149 (54,4)	260 (64,8)	
Insúlín[b]	362 (29,4)	71 (25,9)	139 (34,7)	0,047
Meðhöndlaður háþrýstingur[c]	1026 (83,4)	232 (84,7)	354 (88,3)	0,127
Blóðfitulækkandi lyf[d]	936 (76,1)	213 (77,7)	353 (88,0)	<0,001
Skert nýrnastarfsemi[e]	250 (22,2)	56 (21,1)	99 (25,4)	0,348
Hjartabilunarlost[f]	44 (4,3)	3 (1,3)	5 (1,7)	<0,001
Saga um hjartadrep[g]	292 (23,7)	49 (17,9)	137 (34,2)	<0,001
Saga um PCI[h]	357 (29,0)	51 (18,6)	154 (38,4)	<0,001
Saga um CABG	180 (14,6)	6 (2,2)	148 (36,9)	<0,001
Annars konar frábending fyrir CABG[i]	56 (4,6)	0 (0,0)	6 (1,5)	<0,001
Ábending fyrir kransæðamyndatöku				<0,001
STEMI	192 (15,6)	5 (1,8)	5 (1,2)	
NSTEMI/óstöðug hjartaöng	606 (49,3)	130 (47,4)	155 (38,7)	
Stöðug hjartaöng	373 (30,3)	93 (33,9)	175 (43,6)	
Lokusjúkdómar	10 (0,8)	28 (10,2)	5 (1,2)	
Annað	49 (4,0)	18 (6,6)	61 (15,2)	

Gildi eru gefin upp sem meðaltöl ± staðalfrávik eða fjöldi (%).
PCI=percutaneous coronary intervention. CABG=coronary artery bypass grafting. STEMI=ST-myocardial infarction. NSTEMI=non-ST-myocardial infarction.
[a]Upplýsingar um reykingar vantaði hjá 33 sjúklingum, [b]insúlín hjá 25 sjúklingum, [c]meðhöndlaðan háþrýsting hjá 14 sjúklingum og [d]blóðfitulækkandi lyf hjá 25 sjúklingum. [e]Gaukulsíunarhraði var reiknaður með Cockcroft-Gault-jöfnunni en gaukulsíunarhraði sem var <60 mL/mín var skilgreindur sem skert nýrnastarfsemi.[13] [f]Hjartabilunarlost var skilgreint sem flokkur 4 í Killip-flokkunarkerfi og upplýsingar um það vantaði hjá 21 sjúklingum. [g]Upplýsingar um sögu um hjartadrep vantaði hjá 159 sjúklingum, [h]sögu um PCI hjá tveimur sjúklingum og [i]annars konar frábendingu fyrir CABG hjá 84 sjúklingum.
P-gildi voru reiknuð með einhliða fervikagreiningu (*analysis of variance*, ANOVA) hjá talnabreytum en kí-kvaðrat prófi (*chi-squared test*) hjá flokkabreytum. P-gildið sýnir þó einungis hvort munur sé á milli einhverra af meðferðarhópnum þremur.

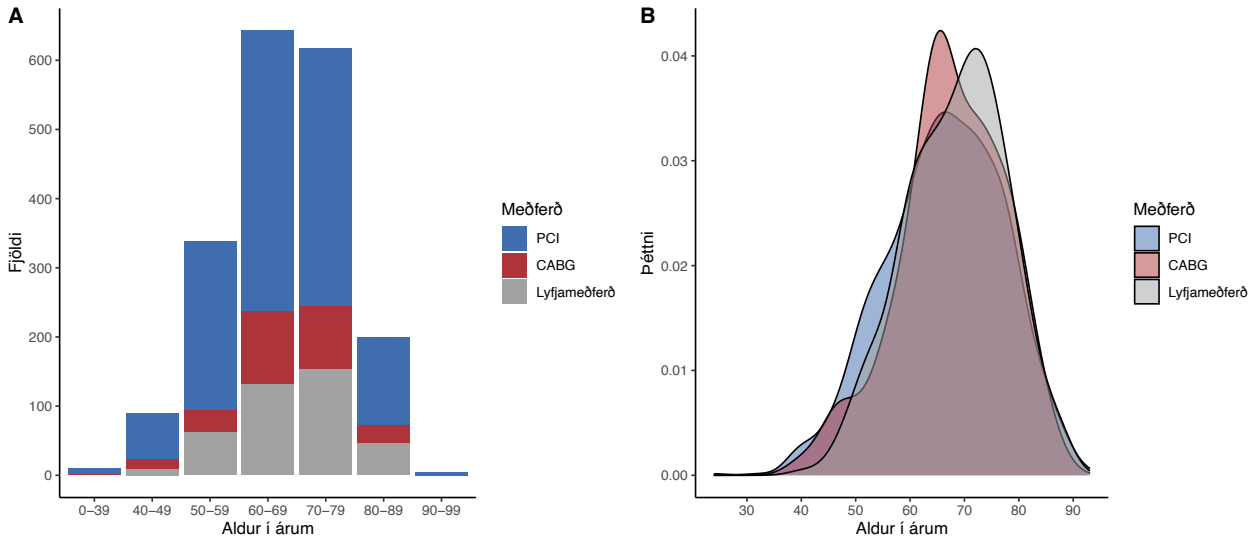
ábendingar kransæðaþræðinga voru sjúklingar með NSTEMI (*non-ST-elevation myocardial infarction*) sameinaðir sjúklingum með óstöðuga hjartaöng. Ástæðan er sú að NSTEMI-flokkurinn í gagnagrunninum var búinn til árið 2013 og flokkun þessara sjúklinga því ekki sambærileg öll ár rannsóknartímabilsins.

Upplýsingar um dánardaga sjúklinga voru fengnar frá Hagstofu Íslands og miðaðist eftirlit við 29. apríl 2021. Miðgildi eftirfylgnitíma var 4,7 ár (fjórðungsbil 2,6-7,6) hjá víkkunarhópi en 6,5 ár (fjórðungsbil 3,9-8,9) hjá hjáveituhópi.

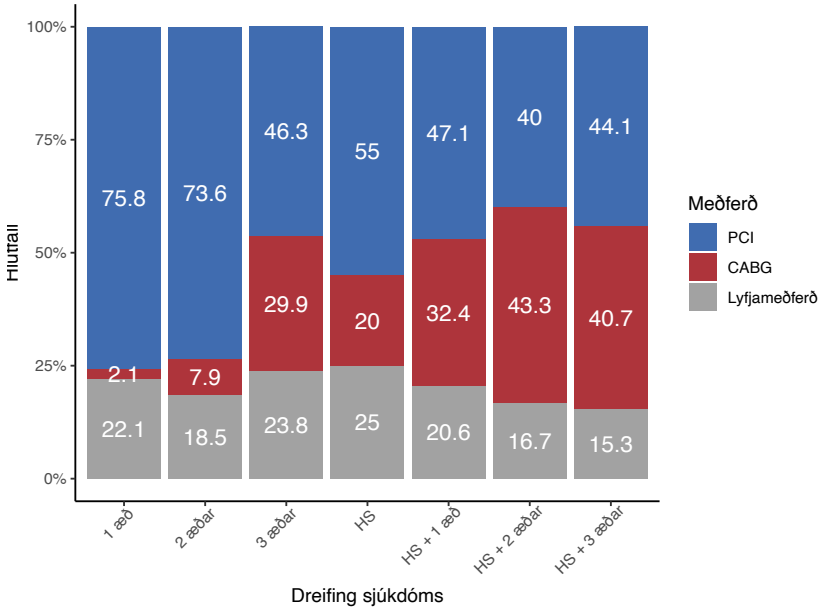
Tölfræði var unnin í forritinu R, útgáfu 4.0.4 (R Foundation for Statistical Computing, 2021). Tölfræðileg marktækni miðaðist við p-gildi <0,05. Talnabreytur voru sýndar sem meðaltöl með staðalfráviki eða miðgildi með fjórðungsbili, en flokkabreytur sem fjöldi með tiltekið gildi ásamt hlutfalli í prósentum. Tengsl meðferðarkosta við aðrar breytur voru metin með tilgátuprófum: einhliða fervikagreiningar (*one-way analysis of variance*, ANOVA) hjá talnabreytum, kí-kvaðrat próf hjá flokkabreytum og Bartlettspróf til að kanna mun á aldursdreifingu sjúklinga með tilliti til meðferðar. Heildarlifun var reiknuð með aðferð Kaplan-Meier og lifunarkúrvur hópa bornar saman með log-rank-prófi. Gerð var Cox-aðhvarfsgreining þar sem leiðrétt var fyrir breytum sem voru marktækt breytilegar á milli víkkunar- og hjáveituhóps: aldur, hjartabilunarlost, fyrri saga um hjáveituaðgerð, frábending fyrir hjáveituaðgerð og dreifing sjúkdóms. Breyturnar sem voru notaðar uppfylltu skilyrði um hlutfallslega áhættu.

Niðurstöður

Á árunum 2010-2020 voru alls gerðar 18.649 kransæðamyndatökur með þræðingu. Rannsóknarþýðið samanstóð af 1485 sjúklingum með sykursýki en kransæðamyndatökurnar voru hins vegar 1905 talsins þar sem hluti sjúklinga fór oftar en einu sinni í kransæðamyndatöku á rannsóknartímabilinu (mynd 1). Hlutfall sjúklinga með insúlínháða sykursýki var 30,0% en sú sundurliðun var þó



Mynd 2. *Aldur sjúklinga með kransæðasjúkdóm og sykursýki eftir því hvaða meðferð var beitt.*
A: *stöplarit sýnir fjölda tilfella eftir aldursflokkum.* ***B:*** *þéttnigraf sýnir aldursdreifingu þar sem heildarflatarmálið undir ferli hvers meðferðarkostar er 1.*
PCI=*percutaneous coronary intervention* (kransæðavíkkun). CABG=*coronary artery bypass grafting* (kransæðahjáveituaðgerð).

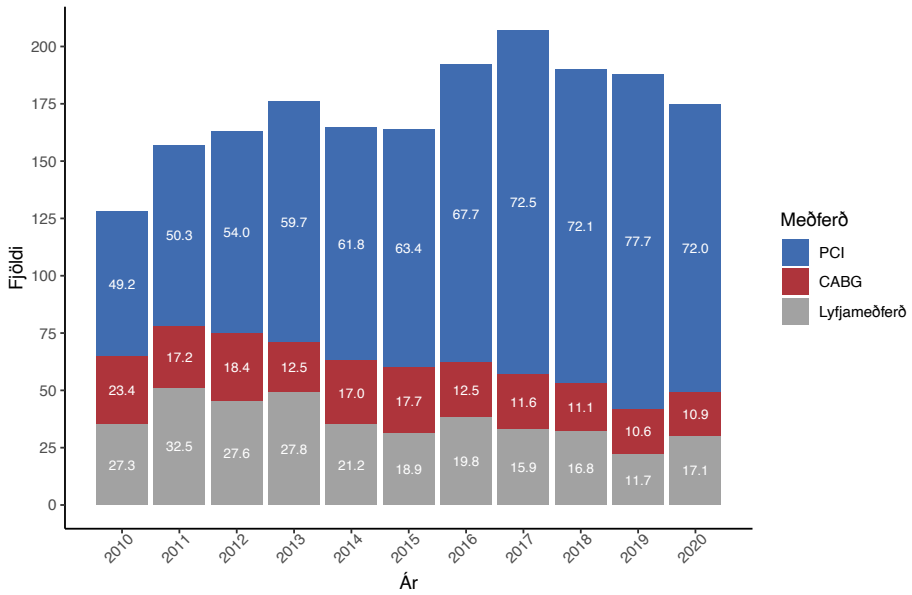


Mynd 3. *Skipting sjúklinga með kransæðasjúkdóm og sykursýki eftir dreifingu kransæðasjúkdóms og meðferðarvali.*
Gildi á y-ás eru hlutfall. HS=höfuðstofn.
PCI=*percutaneous coronary intervention* (kransæðavíkkun).
CABG=*coronary artery bypass grafting* (kransæðahjáveituaðgerð)

ekki notuð í rannsókninni til að halda sem mestum tölfræðilegum styrk í samanburði hópa. Af 1905 tilfellum voru 415 (21,8%) konur og 1490 (78,2%) karlar og fóru 1230 (64,6%) þeirra í kransæðavíkkun, 274 (14,4%) í kransæðahjáveituaðgerð en 401 (21,0%) fékk einungis lyfjameðferð. Af þeim sjúklingum sem fóru í víkkun voru 236 (19,2%) með frábendingu fyrir hjáveituaðgerð en 154 (38,4%) af lyfjameðferðarhópnum. Frábending fyrir hjáveituaðgerð var í flestum tilfellum vegna fyrri sögu um opna hjartaaðgerð, en hluti sjúklinga hafði þó annars konar frábendingu fyrir aðgerðinni samkvæmt mati hjartateymis.

Í töflu I sést samanburður á bakgrunnsþáttum meðferðarhópanna þriggja. Meðalaldur var 67 ± 10 ár, hæstur í lyfjameðferðarhópnum en lægstur í víkkunarhópnum (p<0,001). Flestir í rannsóknarhópnum voru á aldursbilinu 60-69 ára, eða 643 (33,8%) sjúklingar, en aldurshópurinn 70-79 ára var einnig fjölmennur með 617 (32,4%) sjúklinga (mynd 2A). Meðferðarval breyttist með aldri. Með hækkandi aldri fjölgaði þeim sem fengu lyfjameðferð eingöngu og náði hámarki í 70-79 ára aldurshópnum, eða 24,8%. Hlutfall hjáveituhópsins var hins vegar hæst í aldurshópnum 60-69 ára, eða 16,6%, en 72,6% af öllum hjáveituaðgerðum voru framkvæmdar á sjúklingum á aldursbilinu 60-79 ára. Aldursdreifingin var ólík á meðferðarhópunum þremur (p<0,001) þar sem víkkunarhópurinn var á breiðasta aldursbilinu en hjáveituhópurinn á því þrengsta (mynd 2B).

Ekki reyndist marktækur munur á líkamsþyngdarstuðli, sögu um háþrýsting eða hlutfalli sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi í meðferðarhópunum þremur (tafla I). Alls voru 52 sjúklingar í rannsóknarhópnum í hjartabilunarlosti við þræðingu og voru 44 (84,6%) af þeim meðhöndlaðir með kransæðavíkkun. Lyfjameðferðarhópurinn hafði oftar fyrri sögu um hjartadrep (34,2% á móti 23,7% í víkkunarhópi og 17,9% í hjáveituhópi, p<0,001) og fyrri sögu um hjáveituaðgerð (36,9% á móti 14,6% í víkkunarhópnum). Hjá þeim sem voru með annars konar frábendingu fyrir hjáveituaðgerð var hlutfallið hæst í víkkunarhópnum, eða 4,6% borið



Mynd 4. *Fjöldi kransæðamyndataka hjá sjúklingum með kransæðasjúkdóm og sykursýki árin 2010-2020 eftir meðferðarvali. Hlutfall meðferðar af heildarfjölda er merkt á stöpla.*
PCI=*percutaneous coronary intervention* (kransæðavíkkun). CABG=*coronary artery bypass grafting* (kransæðahjáveituaðgerð).

saman við 1,5% í lyfjameðferðarhópnum. Þegar ábendingar sjúklinga fyrir þræðingu voru skoðaðar kom í ljós að 95,0% STEMI-sjúklinga fengu meðferð með kransæðavíkkun en sjúklingar sem jafnframt höfðu lokusjúkdóma voru í 28 af 43 tilfellum (65,1%) meðhöndlaðir með hjartaloku- og kransæðahjáveitu í sömu aðgerð.

Í rannsóknarhópnum voru 773 sjúklingar (40,6%) með einnar æðar sjúkdóm en aðeins 20 (1,0%) með höfuðstofnsþrengsli eingöngu. Alls höfðu 232 sjúklingar (12,2%) höfuðstofnsþrengsli en næstum fjórfalt fleiri, eða 900 sjúklingar (47,2%), höfðu fjölæða kransæðasjúkdóm þar sem tvær eða þrjár æðar voru þrengdar að undanskildum höfuðstofni. Á mynd 3 má sjá að hlutfall hjáveituaðgerða jókst eftir því sem kransæðasjúkdómur var útbreiddari, eða úr 2,1% hjá einnar æðar sjúkdómi í 29,9% hjá þriggja æða sjúkdómi og í 40,7% hjá höfuðstofnsþrengslum með þriggja æða sjúkdómi en samhliða lækkaði hlutfall víkkana.

Miðgildi fyrir fjölda kransæðamyndataka hjá hópnum á ári var 175 (fjórðungsbil 163,5-189). Á mynd 4 sést hvernig tilfellum fjölgaði og meðferðarval breyttist með árunum. Hlutfall kransæðavíkkana hækkaði á tímabilinu á meðan hlutfall kransæðahjáveituaðgerða og lyfjameðferðar eingöngu lækkaði. Í upphafi tímabilsins fóru einungis 49,2% sjúklinga í kransæðavíkkun en í lok þess hafði hlutfallið hækkað í 72,0%.

Mynd 5 sýnir að enginn marktækur munur var á heildarlifun sjúklinga eftir kransæðavíkkun og kransæðahjáveituaðgerð á rannsóknartímabilinu (p=1,00). Í Cox-aðhvarfsgreiningunni reyndist áhætta á dauða heldur ekki marktækt frábrugðin milli sjúklinga sem undirgengust kransæðahjáveituaðgerð og kransæðavíkkun (HR 0,86, 95% CI 0,58-1,26).

Notkun lífeðlisfræðilegra mælinga (IVUS og iFR/FFR) við kransæðavíkkanir jókst á rannsóknartímabilinu. Hlutfall flæðismælinga (iFR/FFR) fór úr 0% árið 2010 í 14,4% árið 2015, en lækkaði aftur í 5,6% árið 2020. Sömuleiðis jókst notkun innanæðarómskoðunar (IVUS) úr 0% árið 2010 í 7,5% árið 2019 en lækkaði í 4,0% árið 2020. Á rannsóknartímabilinu varð mikil breyting á því frá hvaða æð þræðingar voru gerðar. Árið 2010 voru 78,9% þræðinga gerðar frá náraslagæð (*femoral artery*) en 21,1% frá sveifarslagæð (*radial artery*). Árið 2020 voru hins vegar einungis 4,0% þræðinga gerðar frá náraslagæð en 95,4% frá sveifarslagæð. Í þeim kransæðavíkkunum þar sem notað var einhvers konar stoðnet jókst hlutfallsleg notkun lyfjahúðaðra stoðneta úr 61,8% árið 2010 í 100% árið 2020.

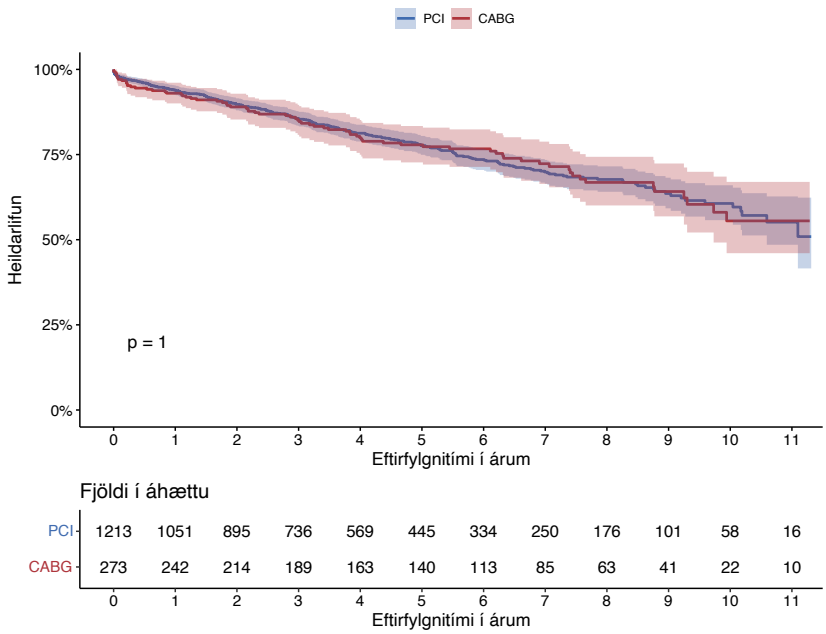
Umræður

Þessi rannsókn sýnir meðferð sjúklinga með sykursýki á nýlegu 11 ára tímabili á Íslandi. Í ljós kom að kransæðavíkkunum fjölgaði en um leið fækkaði hjáveituaðgerðum og tilvikum þar sem lyfjameðferð var beitt eingöngu. Jafnframt reyndist heildarlifun sjúklinga eftir víkkun og hjáveituaðgerð svipuð, jafnvel þótt meðferðarhóparnir hafi verið talsvert frábrugðnir. Helstu þættir sem voru ólíkir milli hópa voru hjartabilunarlost, STEMI, fyrri saga um hjartadrep, hjartalokusjúkdómur, útbreiðsla kransæðasjúkdóms ásamt aldursdreifingu.

Aldursdreifing var ólík á milli meðferðarhópa þar sem víkkunarhópurinn var á breiðasta aldursbilinu en hjáveituhópurinn á því þrengsta, auk þess sem meðalaldur var hæstur í lyfjameðferðarhópnum. Kransæðasjúkdómur yngri sjúklinga er oft ekki eins útbreiddur og hentar því vel til víkkunar. Þannig má komast hjá eða fresta hjáveituaðgerð hjá yngri sjúklingum, en bláæðagræðlingar endast oft ekki alla ævi og hætta er á þrengingum eða lokun með hækkandi aldri.[14] Að jafnaði er því gerð víkkun á yngri sjúklingum en öldruðum sjúklingum frekar veitt lyfjameðferð vegna hrumleika, sem gæti útskýrt aldursdreifinguna hjá mismunandi meðferðarkostum.

Sjúklingar í lífshættulegu ástandi eins og hjartabilunarlosti eða STEMI voru yfirleitt meðhöndlaðir með víkkun enda krefst ástand þeirra tafarlausrar meðferðar. Þetta er í samræmi við evrópskar meðferðarleiðbeiningar um sjúklinga með ST-hækkanir.[15] Auk þess hafa sjúklingar í bráðu ástandi mikla áhættu á fylgikvillum eða dauða eftir hjáveituaðgerð.[16,17]

Sjúklingar með fyrri sögu um hjartadrep voru oftar meðhöndlaðir með lyfjameðferð. Líklega endurspeglar það þá staðreynd að lítil gagnsemi er talin í að bæta blóðflæði til ólífvænlegs hjartavöðva, eða að ávinningur sjúklingsins af bættu blóðflæði var ekki talinn réttlæta áhættu af meðferðinni í ljósi undirliggjandi sjúkdómsástands eða hrumleika. Sjúklingar með hjartabilun og fjölæðasjúkdóm hafa jafnan ábendingu fyrir hjáveituaðgerð ef þeir



Mynd 5. *Heildarlifun sjúklinga eftir því hvort þeir gengust undir kransæðavíkkun eða kransæðahjáveituaðgerð. Sjúklingar sem einungis fengu lyfjameðferð ekki teknir með.*
PCI=*percutaneous coronary intervention* (kransæðavíkkun).
CABG=*coronary artery bypass grafting* (kransæðahjáveituaðgerð).

eru taldir þola svæfingu og aðgerð. Í gagnagrunni rannsóknarinnar voru hins vegar hvorki upplýsingar um útstreymisbrot né niðurstöður hjartaómunar og því var einungis hægt að styðjast við klíníska stigun hjartabilunar samkvæmt Killip-flokkun.

Hluti af víkkunar- og lyfjameðferðarhópnum var með frábendingu fyrir hjáveituaðgerð, en þessir sjúklingar höfðu annaðhvort áður farið í slíka aðgerð eða voru með annars konar frábendingu fyrir aðgerðinni. Fyrri saga um hjáveituaðgerð er mikilvæg, afstæð frábending þar sem sjúklingar eru yfirleitt ekki sendir aftur í aðgerðina. Aðrir þættir sem geta dregið úr ávinningi hjáveituaðgerðar vegna aukinnar hættu á fylgikvillum eftir aðgerð eru hár aldur, saga um hjartadrep, útæðasjúkdómur, nýrnaskerðing, alvarleg hjartabilun og langvinnur lungnasjúkdómur.[18]

Sjúklingum með bæði lokusjúkdóm og kransæðasjúkdóm hentar best að fara í hjáveituaðgerð vegna þess að lokusjúkdómurinn er þá meðhöndlaður í sömu aðgerð og því var hlutfall þessara sjúklinga marktækt hæst í hjáveituhópnum.[14]

Í rannsóknarhópnum höfðu um 40% sjúklinga þrengingu í einni kransæð, tæpur helmingur sjúklinga var með fjölæða kransæðasjúkdóm án höfuðstofnsþrengingar en um 12% sjúklinga höfðu þrengingu í höfuðstofni með eða án annarra þrenginga. Þó ber að nefna að einungis 50-100% þrengsli í meginkransæðum eru skráð í gagnagrunninn en ekki einkennalaus þrengsli í litlum greinum (<1,5 mm), sem oft eru til staðar hjá sykursjúkum. Hluti sjúklinga sem skráðir voru með einnar æðar sjúkdóm gæti því hafa verið með fleiri þrengsli í litlum eða útlægum greinum sem ekki voru til upplýsingar um. Hlutfall hjáveituaðgerða jókst eftir því sem sjúkdómurinn varð útbreiddari, en samhliða þessari aukningu lækkaði hlutfall víkkana. Þessar niðurstöður samræmast evrópskum meðferðarleiðbeiningunum. Ef um er að ræða dreifðan þriggja æða sjúkdóm hjá sykursjúkum þar sem sjúklingur þykir henta fyrir hvort tveggja, víkkun eða hjáveituaðgerð, er síðari kosturinn ráðlagður. Það er einkum vegna dreifðari sjúkdómsmyndar hjá sykursjúkum. Á hinn bóginn þurfa móttökuæðar fyrir græðlinga að vera nægilega stórar.[6,19] Einnig ber að ræða meðferðarkosti við sjúkling sem að lokum ákveður hvaða meðferð hann þiggur.

Fjöldi kransæðamyndataka hjá sykursjúkum jókst á rannsóknartímabilinu. Þrátt fyrir að tilfellum kransæðasjúkdóms fari almennt fækkandi hér á landi[1] hefur sykursjúkum hins vegar fjölgað,[2,3] sem skýrir þessa aukningu að miklu leyti. Auk þess urðu breytingar á meðferðarvali á tímabilinu með hlutfallslegri fjölgun kransæðavíkkana. Skýringarnar á þessu eru hugsanlega betri tækni við víkkanir, nýrri kynslóðir af lyfjahúðuðum stoðnetum og vaxandi notkun líffræðilegra mælinga við þræðingar á borð við innanæðarómskoðun (IVUS) og flæðismælingar (iFR/FFR). Þessar niðurstöður samræmast að einhverju leyti SYNTAX II-rannsókninni sem sýndi fram á að sjúklingar með þriggja æða sjúkdóm sem fengu meðferð með bestu mögulegu víkkunartækni og stoðnetum hefðu lægra hlutfall fylgikvilla við eins og tveggja ára eftirfylgni borið saman við sjúklinga sem fengu meðferð með eldri víkkunartækni í SYNTAX I-rannsókninni. Auk þess reyndist ekki marktækur munur á hlutfalli fylgikvilla hjá þessum sjúklingum miðað við sjúklinga sem fóru í hjáveituaðgerð í SYNTAX I-rannsókninni.[20,21] Nýlega sýndi FAME 3-rannsóknin hins vegar að horfur við eins árs eftirfylgni væru sambærilegar í víkkunar- og hjáveituhópi hjá sjúklingum með lágt (<22) SYNTAX-skor, en við meðalhátt (23-32) og hátt (>32) SYNTAX-skor væru horfur eftir hjáveituaðgerð ívið betri.[12] Sjúklingar í þessari rannsókn voru með þriggja æða sjúkdóm og víkkaðir með nýjustu kynslóð stoðneta ásamt aðstoð flæðismælinga (FFR).[12]

Í okkar rannsókn sást enginn marktækur munur á langtímalifun sjúklinga eftir víkkun og hjáveituaðgerð. Þegar lifun sykursjúkra í erlendum slembuðum íhlutunarrannsóknum er borin saman með tilliti til meðferðar, koma hjáveituhóparnir hins vegar betur út ef sjúkdómurinn er útbreiddur.[8-11] Þessi rannsókn er ekki hliðstæð slembuðum íhlutunarrannsóknum þar sem sambærilegir sjúklingar eru bornir saman með tilliti til meðferðarkosta og árangurs meðferðar. Bakgrunnsþættir sjúklinga voru mjög ólíkir í okkar rannsókn og sjúklingar með frábendingu fyrir hjáveituaðgerð voru ekki útlokaðir líkt og í slembuðum íhlutunarrannsóknum. Í síðarnefndu rannsóknunum uppfyllir því eingöngu brot af sjúklingum inngönguskilyrðin, það er þeir sem eru taldir henta í báðar tegundir inngripa og líklegir til að hljóta ávinning af hvorri

meðferðinni sem er. Í okkar afturskyggnu rannsókn sést hins vegar raunverulegt meðferðarval á heildarþýðinu þar sem hver sjúklingur hlaut þá meðferð sem þótti henta honum best.

Það byggist á ráðleggingum evrópskra meðferðarleiðbeininga og rannsóknum síðustu ára að sveifarslagæð er notuð meira en náraslagæð sem upphafsstaður þræðingar en þær hafa sýnt að þræðing um sveifarslagæð er áhættuminni en þræðing um náraslagæð.[15] Notkun lyfjahúðaðra stoðneta jókst á rannsóknartímabilinu en í lok þess voru allar víkkanir sem gerðar voru með stoðneti framkvæmdar með lyfjahúðuðum stoðnetum. Þetta er í samræmi við erlendar rannsóknir og endurspeglar vel þá þróun og framfarir sem hafa orðið á undanförnum áratug. Evrópskar meðferðarleiðbeiningar mæla með notkun nýjustu kynslóðar lyfjahúðaðra stoðneta fremur en að nota ólyfjahúðuð þar sem þau draga úr örvefsmyndun og endurþrengingum.[615]

Helsti styrkleiki rannsóknarinnar er að hún nær yfir allar kransæðamyndatökur heillar þjóðar á 11 ára tímabili. Þrátt fyrir afturskyggnt rannsóknarsnið var gagna aflað í rauntíma og upplýsingar skráðar jafnóðum inn í gagnagrunninn þegar þræðingar fóru fram. Jafnframt skorti sjaldan upplýsingar hjá þeim breytum gagnagrunnsins sem voru nýttar við rannsóknina. Helstu veikleikar rannsóknarinnar eru að mat þræðingarlæknis á marktækni þrengsla var oft sjónrænt og því að vissu leyti huglægt sem gæti haft áhrif á skráningu þrengsla í gagnagrunninn. Einnig kann að vera munur milli mismunandi lækna í mati og skráningu. Auk þess er veikleiki að ekki var notast við SYNTAX-skor sjúklinga í gagnagrunninum líkt og í evrópskum meðferðarleiðbeiningum og rannsóknum til að meta hversu flókinn sjúkdómurinn er sem er nákvæmara en skráning þessarar rannsóknar. Einnig mætti nefna að hjartabilun var eingöngu skráð eftir Killip-flokkun, það er klínísk hjartabilun, lungnabjúgur eða hjartabilunarlost, en ekki eftir útstreymisbroti vinstri slegils samkvæmt hjartaómun. Þær upplýsingar hafa áhrif á meðferðarval samkvæmt klínískum leiðbeiningum. Loks má geta þess að þó blóðsykur sjúklinga sé í flestum tilvikum mældur sem hluti af blóðrannsóknum fyrir kransæðamyndatöku, hvort sem sjúklingar eru inniliggjandi eða kallaðir inn af biðlista, kunna að vera einhverjir sjúklingar í viðmiðunarhópi með ógreinda sykursýki, sem gæti dregið úr mun á milli hópanna.

Helstu þættir sem reyndust ólíkir milli meðferðarhópa voru hjartabilunarlost, STEMI, fyrri saga um hjartadrep, hjartalokusjúkdómur, útbreiðsla kransæðasjúkdóms og aldursdreifing meðferðarhópanna. Það má því draga þá ályktun að þessir þættir hafi áhrif á meðferð sjúklinga með sykursýki. Ljóst er að stærri sjúklingahópur er nú meðhöndlaður með víkkun en áður, eða þrír af hverjum fjórum, sem er viðbúin þróun þar sem víkkun er minna inngrip en hjáveituaðgerð, sjúkrahúslega styttri og sjúklingar fljótari að jafna sig. Ekki sást marktækur munur á langtímalifun eftir víkkun og hjáveituaðgerð en hóparnir voru ólíkir sem bendir til þess að bæði inngripin skili góðum árangri ef vandað er til meðferðarvals. Meðferðarval á tímabili rannsóknarinnar virðist hafa heppnast vel að mörgu leyti, að minnsta kosti útkoma og eftirfylgnitími hennar. Jafnframt virðist meðferð sjúklinga í samræmi við evrópskar leiðbeiningar um meðferðarval. Áfram er mikilvægt að ræða tilfelli þessa sjúklingahóps á hjartateymisfundum svo að hver sjúklingur fái einstaklingsmiðaða meðferð sem byggist á bakgrunns- og áhættuþáttum auk sjúkdómsdreifingar, og að ákvörðun um meðferð sé tekin í samráði við sjúkling.

Greinin barst til blaðsins 11. febrúar 2022,
samþykkt til birtingar 10. júní 2022.

Heimildir

1. Andersen K, Aspelund T, Guðmundsson EF, et al. Úr gögnum Hjartaverndar: Faraldsfræði kransæðasjúkdóma á Íslandi í hálfa öld. Læknablaðið 2017; 103: 411-20.
2. Aspelund T, Gudnason V, Magnusdottir BT, et al. Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the Icelandic population aged 25-74 between the years 1981 and 2006. PLoS One 2010; 5: e13957.
3. Þórsson B, Guðmundsson E, Sigurðsson G, et al. Algengi og nýgengi sykursýki 2 á Íslandi frá 2005 til 2018. Læknablaðið 2021; 107: 227-33.
4. Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet 2010; 375: 2215-22.
5. Ledru F, Ducimetière P, Battaglia S, et al. New diagnostic criteria for diabetes and coronary artery disease: insights from an angiographic study. J Am Coll Cardiol 2001; 37: 1543-50.
6. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J 2020; 41: 255-323.
7. Guðbjartsson T, Andersen K, Danielsen R, et al. Yfirlitsgrein um kransæðasjúkdóm: Lyfjameðferð, kransæðavíkkun og kransæðahjáveituaðgerð. Læknablaðið 2015; 101: 25-35.
8. Farkouh ME, Domanski M, Sleeper LA, et al. Strategies for multivessel revascularization in patients with diabetes. N Engl J Med 2012; 367: 2375-84.
9. Kappetein AP, Head SJ, Morice MC, et al. Treatment of complex coronary artery disease in patients with diabetes: 5-year results comparing outcomes of bypass surgery and percutaneous coronary intervention in the SYNTAX trial. Eur J Cardiothorac Surg 2013; 43: 1006-13.
10. Stone GW, Sabik JF, Serruys PW, et al. Everolimus-Eluting Stents or Bypass Surgery for Left Main Coronary Artery Disease. N Engl J Med 2016; 375: 2223-35.
11. Head SJ, Milojevic M, Daemen J, et al. Mortality after coronary artery bypass grafting versus percutaneous coronary intervention with stenting for coronary artery disease: a pooled analysis of individual patient data. Lancet 2018; 391: 939-48.
12. Fearon WF, Zimmermann FM, De Bruyne B, et al. Fractional Flow Reserve–Guided PCI as Compared with Coronary Bypass Surgery. N Engl J Med 2021; 386: 128-37.
13. Helgason D. Acute Kidney Injury Following Cardiac Surgery and Coronary Angiography: Incidence, Risk Factors and Outcome. University of Iceland, Reykjavík 2019.
14. Hillis LD, Smith PK, Anderson JL, et al. 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2011; 124: e652-735.
15. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2018; 39: 119-77.
16. Liakopoulos OJ, Schlachtenberger G, Wendt D, et al. Early Clinical Outcomes of Surgical Myocardial Revascularization for Acute Coronary Syndromes Complicated by Cardiogenic Shock: A Report From the North-Rhine-Westphalia Surgical Myocardial Infarction Registry. J Am Heart Assoc 2019; 8: e012049.
17. Axelsson TA, Mennander A, Malmberg M, et al. Is emergency and salvage coronary artery bypass grafting justified? The Nordic Emergency/Salvage coronary artery bypass grafting study. Eur J Cardiothorac Surg 2016; 49: 1451-6.
18. Shahani R. Coronary artery bypass grafting. Medscape 2019 emedicine.medscape.com/article/1893992-overview#a2 - febrúar 2022.
19. Windecker S, Neumann F-J, Jüni P, et al. Considerations for the choice between coronary artery bypass grafting and percutaneous coronary intervention as revascularization strategies in major categories of patients with stable multivessel coronary artery disease: an accompanying article of the task force of the 2018 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J 2018; 40: 204-12.
20. Serruys PW, Kogame N, Katagiri Y, et al. Clinical outcomes of state-of-the-art percutaneous coronary revascularisation in patients with three-vessel disease: two-year follow-up of the SYNTAX II study. EuroIntervention 2019; 15: e244-e52.
21. Escaned J, Collet C, Ryan N, et al. Clinical outcomes of state-of-the-art percutaneous coronary revascularization in patients with de novo three vessel disease: 1-year results of the SYNTAX II study. Eur Heart J 2017; 38: 3124-34.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.0708.699

Management and revascularization of diabetics with coronary artery disease in Iceland

Margrét Kristín Kristjánsdóttir[1]
Heiðrún Ósk Reynisdóttir[1]
Brynjólfur Árni Mogensen[2]
Karl Andersen[1,2]
Tómas Guðbjartsson[1,3]
Martin Ingi Sigurðsson[1,4]
Ingibjörg J. Guðmundsdóttir[1,2]

[1]Faculty of Medicine, University of Iceland, Departments of [2]Cardiology, [3]Cardiothoracic surgery, [4]Anesthesiology & Critical Care, Landspitali - The National University Hospital of Iceland.

Correspondence: Ingibjörg J. Guðmundsdóttir, *ig@landspitali.is*

Key words: *Coronary artery disease, diabetes mellitus, PCI, CABG*

BACKGROUND: The incidence of diabetes is growing, and diabetics have increased risk of atherosclerosis and diffuse coronary artery disease (CAD). Our aim was to assess the revascularization treatment of diabetics with CAD in Iceland from 2010-2020, changes in management and long-term survival of patients.

METHODS: All patients in Iceland with diabetes and CAD on cardiac catheterization 2010-2020 were included in this retrospective, population-based study. We analyzed data from the SCAAR/SWEDEHEART database: patients' background information, findings of cardiac catheterization, planned treatment and results. The Kaplan-Meier method was used to estimate long-term survival and Cox-regression-analysis to adjust for predictor variables.

RESULTS: Of 1905 cases (1485 patients), 1230 (65%) underwent PCI, 274 (14%) CABG and 401 (21%) had medical therapy only. The age distribution differed: The PCI group had the widest age bracket, the CABG group the narrowest, and the medical therapy group had the highest mean age. Most patients with STEMI or cardiogenic shock underwent PCI, while most patients with concomitant heart-valve disease underwent CABG. The proportion of patients undergoing CABG increased with more diffuse CAD. 41% of patients with left main- and three-vessel disease underwent CABG while only 2% of those with single-vessel disease. From 2010-2020 the proportion of patients that underwent PCI increased from 49% to 72%. There was no difference in survival between the PCI and CABG groups (p=1.00).

CONCLUSION: Three quarters of patients with diabetes and obstructive CAD are now treated with PCI. The PCI and CABG groups had overall equal survival but the groups had different characteristics.

Munnkvillar aldraðra algengir á hjúkrunarheimilum, þörf fyrir breytingar á heilbrigðisþjónustu

Aðalheiður Svana Sigurðardóttir[1] lýðheilsufræðingur
Ólöf Guðný Geirsdóttir[2] næringarfræðingur
Inga B. Árnadóttir[1] tannlæknir
Alfons Ramel[2] næringarfræðingur

[1]Tannlæknadeild Háskóla Íslands, [2]matvæla- og næringarfræðideild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Aðalheiður Svana Sigurðardóttir, *adalhsvana@hi.is*

ÁGRIP

TILGANGUR

Erlendar rannsóknir benda til þess að munnheilsa íbúa á dvalar- og hjúkrunarheimilum sé slæm, munnkvillar séu algengir og að íbúar þurfi á tannlækningum að halda. Markmið rannsóknarinnar var að kanna ástand munnheilsu íbúa dvalar- og hjúkrunarheimila hér á landi og skoða tengsl hennar við líðan og lífsgæði þeirra.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Íbúum (N=82) á tveimur dvalar- og hjúkrunarheimilum í Reykjavík var boðin þátttaka í þessari lýsandi þversniðsrannsókn. Munnheilsa íbúa var skoðuð á vettvangi og þátttakendur svöruðu spurningalista sem mat neikvæð áhrif slæmrar munnheilsu á lífsgæði.

NIÐURSTÖÐUR

Alls luku 89% (N=73) rannsókninni, meðalaldur var 86,8 ár (sf=5,7, spönn 73-100 ár). Þriðjungur íbúa var með eigin tennur og sambærilegur fjöldi var með tennur og lausa parta, en 41,5% íbúa voru alfarið tannlausir. Klínísk skoðun á munnheilsu sýndi að hátt hlutfall íbúa (67%) var með ómeðhöndlaða munnkvilla. Íbúar með verstu munnheilsuna upplifðu að hún hefði marktækt neikvæðari áhrif á lífsgæði (p=0,014), færniskerðingu (p=0,002) og líkamleg óþægindi (p=0,000) en þeir sem voru betur tenntir í þessari rannsókn. Helstu vandamál vegna slæmrar munnheilsu tengdust tyggingargetu og erfiðleikum við að matast sem hafði áhrif á fæðuval og getur leitt til ófullnægjandi mataræðis.

ÁLYKTANIR

Endurskoða þarf þjónustuúrræði á hjúkrunarheimilum og tryggja að starfsfólk hafi sértæka þekkingu á vandamálum tengdum munnheilsu, sem kunna að hrjá íbúa. Samstillt átak opinberra aðila og heilbrigðisstarfsfólks þarf til að tryggja úrræði við hæfi á hjúkrunarheimilum þegar kemur að því að viðhalda einstaklingsbundinni munnheilsu íbúa og tengdum lífsgæðum ævina á enda.

Inngangur

Lífaldur íslensku þjóðarinnar hefur hækkað og eru meðallífslíkur Íslendinga með því hæsta sem gerist í heiminum (82,5 ár). Í aldurshópnum 70 ára og eldri eru 8,3% íbúar í hjúkrunar- og dvalarrýmum samkvæmt Hagstofu Íslands, þessi hópur er fjölveikur og lifir við langvinna sjúkdóma, skerta færni og hefur takmarkaða sjálfsbjörg.[1,2] Meðalaldur íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum hefur farið hækkandi síðustu ár og er um 84,7 ár,[3] samhliða hefur heilsufar þeirra versnað og eins árs lifun nýfluttra lækkað úr 73,4% í 66,5%.[4] Meirihluti íbúa er með heilabilunarsjúkdóma (39%) eða Alzheimer (29%)[5] en heilabilaðir eru útsettari fyrir verri munnheilsu en heilsuhraustari íbúar.[6]

Minnisglöp, sjónskerðing og skert hreyfigeta geta valdið öldruðum vandkvæðum við venjubundin verk eins og daglega munn- og tannhirðu.[2] Öldrun getur aukið hættu á munnkvillum og stefnt munnheilbrigði í voða,[7,8] en sjúkdómsbyrði munnkvilla er tengd við slæmt heilsufar að mati aldraðra, verri andlega líðan og aukna dánartíðni.[1] Því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk á hjúkrunarheimilum sé vel meðvitað um mikilvægi góðrar munnheilsu.

Munnurinn er fyrsta stig meltingar, með góðri tann- og munnheilsu og eðlilegum styrk í munni er hægt að nærast betur. Mikilvægt er að kynging sé virk í fæðuinntöku auk þess sem tennur,

tunga, gómar og varir eru mikilvægir þættir til tjáningar. Með hækkandi aldri minnkar munnvatnsframleiðsla af náttúrulegum völdum,[9] og auk þess getur lyfjameðferð vegna langvarandi sjúkdóma eða samverkun lyfja einnig orsakað munnþurrk,[7,10] sem er slæmt fyrir tannheilsu og næringarástand.[11,12]

Hägglund og félagar sýndu fram á að kyngingarörðugleikar og slæm munnheilsa eru óháðir áhættuþættir sem tengjast dauðsföllum meðal aldraða sem bíða eftir varanlegri búsetu á hjúkrunarheimili. Samkvæmt niðurstöðum þeirra er mælt með því að meta reglulega munnheilsu og kyngingu í allri umönnun.[13]

Erlendar rannsóknir sýna að sterk fylgni er á milli umönnunarþarfar íbúa á dvalar- og hjúkrunarheimilum og versnandi tann- og munnheilsu.[10] Fjölveikir búa oft við lélega munnheilsu[14] og takmarkað aðgengi að tannlæknisþjónustu[8] eða eiga erfitt með að sækja slíka þjónustu utan heimilis vegna hrumleika.[2] Munnhirðu íbúa er oft ábótavant, ekki eingöngu vegna minni sjálfsbjargar,[2,7] heldur er munnheilsuvernd ekki forgangsraðað í skipulagðri umönnun.[10] Munnhirðu er ekki sinnt sem skyldi[15] eða jafnvel sleppt vegna manneklu[16] og tímaskorts.[17]

Þróun tannsjúkdóma má fyrst og fremst rekja til mataræðis[11] og ónógrar munnhirðu. Langvarandi sýkingar í munni geta valdið vannæringu,[18] haft áhrif á þróun hjarta- og æðasjúkdóma, leitt til skammtíma blóðsmits eða ásvelgslungnabólgu ef bakteríur berast í öndunarfærin.[19,20]

Til að hægja á versnandi tann- og munnheilsu og stighækkandi umönnunarþörf síðustu æviárin er mikilvægt að skipuleggja einstaklingsbundna munnheilsuvernd út frá þekkingu á forvörnum svo hægt sé að bæta eða viðhalda núverandi munnheilsu til æviloka.[8] Þetta er fyrsta rannsókn hérlendis sem metur klíníska munnheilsu íbúa á hjúkrunarheimilum og því grunnur að lausnamiðuðum breytingum í þjónustu til að viðhalda eða bæta munnheilsu aldraðra.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var megindleg þversniðsrannsókn, þátttakendur (N= 82) voru valdir með þægindaúrtaki úr hópi íbúa (67 ára og eldri) sem bjuggu á tveimur af fjórum stærstu (n=471) dvalar- og hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu. Tvö heimili vildu ekki taka þátt í rannsókninni. Heimilin sem tóku þátt voru rekin af sama rekstraraðila og buðu upp á sambærilegan aðbúnað og þjónustu fyrir íbúana. Ekki var boðið upp á þjónustu tannlækna á þessum heimilum.

Rannsóknin fékk leyfi Vísindasiðanefndar og var tilkynnt til Persónunefndar.

Úrtak

Fyrirhuguð rannsókn var kynnt á vettvangi fyrir starfsfólki og íbúum og bréfleiðis fyrir aðstandendum. Mögulegir þátttakendur í rannsókninni voru íbúar með fasta búsetu á hjúkrunarheimilinu sem gátu gefið upplýst samþykki, höfðu áhuga, færni og heilsu til þess að taka þátt án þess að þurfa aðstoð starfsfólks til þess. Undanskildir voru íbúar með heilabilun og rúmbundnir. Endanlegt úrtak samanstóð af íbúum sem yfirhjúkrunarfræðingar mátu að uppfylltu þátttökuskilyrði rannsóknarinnar.

Aðferðir

Tannlæknir framkvæmdi klíníska skoðun og skráði niðurstöður á eyðublaðið Oral Health Survey (OHS-listinn) ásamt klínískum tannsmið sem sá síðar um gagnasöfnun (viðtal) meðal þátttakenda með lífsgæðakvarðanum Oral Health Impact Profile (OHIP-49) hjá þeim sem óskuðu eftir því. Að öðrum kosti fylltu þátttakendur sjálfir út lífsgæðakvarðann á eigin vegum og skiluðu til rannsakenda þegar þeir voru skoðaðir af tannlækni.

OHS-listinn er notaður á alþjóðavísu til að fylgjast með breytingum á alvarleika tannsjúkdóma, faraldsfræðilegri þróun tann- og munnsjúkdóma eða þörf fyrir forvarnir eða aðgerðir til að viðhalda góðri munnheilsu.

Skoðun á munnheilsu

Á heimili A var sett upp skoðunarherbergi með stillanlegum stól fyrir þátttakendur og íbúar á heimili B voru skoðaðir í herbergjum sínum í stillanlegu rafmagnsrúmi. Notuð voru skoðunargleraugu með (2,8 x) stækkun og ljósi (ExamVision™), fjölnota munnspeglar (KERR ™), einnota penslar (3M ESPE ™), persónuhlífar, plastglös og pappírsbakkar, spritt og sótthreinsiefni (Micro 10+ ™ Unident). Ef þátttakandi var með tannátu var borið flúorlakk 22600 ppm (Duraphat ™) á meðferðarsvæðið.

Lífsgæðakvarði

Notaður var þýddur, staðfærður og forprófaður lífsgæðakvarði OHIP 49[21] sem byggir á þeirri hugmyndafræði Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar að flokka afleiðingar sjúkdóma stighækkandi, eftir því hversu alvarleg áhrif þeir hafa á einstaklinginn. Með því að nota hann samhliða faraldsfræðilegum rannsóknum á munn- og tannsjúkdómum getur kvarðinn veitt upplýsingar um sjúkdómsbyrði í þýði og hversu skilvirk heilbrigðisþjónusta er að draga úr sjúkdómsbyrðinni.

Kvarðinn inniheldur 49 spurningar og mælist innra réttmæti hátt (Cronbachs Alpha 0,936), hann spannar 7 svið með 5-9 spurningum: 1) Færniskerðing, 2) Líkamleg óþægindi, 3) Sálræn óþægindi, 4) Líkamlegar hömlur, 5) Sálrænar hömlur, 6) Félagsleg skerðing og 7) Höft eða fötlun.[21] Til viðbótar voru spurningar um bakgrunn þátttakenda (kyn, aldur, menntun, búsetutíma á heimili, nýtingu tannlæknisþjónustu og fleira).

Munnheilsa, tanngervi og lífsgæði

Tannátustuðull var skráður sem Decayed, Missed and Filled Teeth (DMFT) á OHS-listanum og er mæling á fjölda skemmdra, fylltra eða tapaðra tanna hjá einstaklingi. Skráðar voru upplýsingar um 28 tannsæti, talningu fjögurra endajaxla var sleppt, þar sem ekki var hægt að staðfesta uppkomu þeirra eða hvort þeir hefðu tapast af öðrum orsökum. Tannátustuðull 0 þýðir að einstaklingurinn hafi allar 28 skimaðar tennurnar til staðar og að þær séu heilar, en DMFT 14 þýðir að jafnmargar tennur séu heilar og þær sem eru skemmdar, fylltar eða tapaðar.

Klínískar breytur voru kóðaðar til að skoða hvort tengsl væru á milli tannheilsu og lífsgæða eftir: A) tegund tanngerva (1=tennur, 2=tennur og partar, 3=heilgómar, B) þörf fyrir meðferð hjá tannlækni (1=já, 2=nei) og C) lengd búsetu íbúa á hjúkrunarheimilinu (1=<1 ár, 2= ≥1 ár).

Tafla I. *Samanburður á bakgrunni íbúa (N=73) eftir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimili.*

		Hjúkrunarheimili						
Bakgrunnur þátttakenda		**A (N=38)**		**B (N=35)**		**Samtals (N=73)**		p-gildi[a]
		Fjöldi (%)		Fjöldi (%)		Fjöldi (%)		
Kyn	Karlar	13	(34,2)	15	(42,9)	28	(38,4)	
	Konur	25	(65,8)	20	(57,1)	45	(61,6)	
	Samtals	38		35		73		0,448
Aldurshópar	Yngri en 80 ára	5	(13,2)	3	(8,6)	8	(11,0)	
	80-89 ára	23	(60,5)	14	(40,0)	37	(50,7)	
	Eldri en 90 ára	10	(26,3)	18	(51,4)	28	(38,4)	0,027[b]
	Samtals	38		35		73		0,088
Búseta°	Reykjavík	26	(70,3)	29	(82,9)	55	(76,4)	
	Kaupstað	9	(24,3)	4	(11,4)	13	(18,1)	
	Þorpi	0	(0,0)	1	(2,9)	1	(1,4)	
	Sveit	2	(5,4)	1	(2,9)	3	(4,2)	
	Samtals	37		35		72		0,338
Menntun	Barnaskóli	24	(68,6)	18	(51,4)	42	(60,0)	
	Gagnfræðaskóli	11	(31,4)	10	(28,6)	21	(30,0)	
	Tæknigreinar	0	(0,0)	7	(20,0)	7	(10,0)	
	Samtals	35		35		70		0,019
Hjúskaparstaða	Ógift - ókvæntur	2	(5,4)	2	(5,7)	4	(5,6)	
	Gift - kvæntur	2	(5,4)	2	(5,7)	4	(5,6)	
	Ekkja - ekkill	27	(73,0)	23	(65,7)	50	(69,4)	
	Fráskilin(n)	6	(16,2)	1	(2,9)	7	(9,7)	
	Gift – kvæntur en maki býr annars staðar	0	(0,0)	7	(20,0)	7	(9,7)	
	Samtals	37		35		72		0,028

Skýringar: [a]Kí-kvaðrat próf. [b]Tvíhliða marktektarpróf á hlutfallstíðni í dálkum. °Búseta fyrir flutning á hjúkrunarheimili.

Breytur í lífsgæðakvarða eru mældar á 5 bila Likert-kvarða (0=aldrei, 1=mjög sjaldan, 2=stundum, 3=oft, 4=mjög oft). Heildarsumma á skalanum getur verið frá 0-196 stig,[21] sá sem fær 0 stig upplifir engin neikvæð áhrif eigin munnheilsu á lífsgæði en þeir sem hærra skora upplifa skert lífsgæði. [21]

Tölfræðileg úrvinnsla

Reiknuð var lýsandi og greinandi tölfræði með forritinu IBM SPSS Statistics, útgáfa 27.0. Reiknað var summuskor fyrir lífsgæðakvarðann í heild sinni og fyrir hvern undirkvarða. Meðalskor voru borin saman milli tveggja óháðra hópa og reiknað t-próf (jafnbilabreytur), kí-kvaðrat próf (raðbreytur) og miðað var við marktæknimörk p=0,05 í öllum útreikningum. Í aðhvarfsgreiningu við samanburð á meðaltölum milli óháðra hópa í var leiðrétt fyrir aldri og kyni þátttakanda. Ef gildi vantaði í spurningalistum var þeim sleppt í útreikningum. Skýribreyta rannsóknar er klínísk tannheilsa þátttakenda, skráð samkvæmt OHS (fjöldi tanna og ástand tanna, tegund tanngerva, ástand slímhúðar). Útkoma er mæld með OHIP-49-lífsgæðakvarðanum sem mælir neikvæð áhrif munnkvilla á félagslega, sálræna og líkamlega virkni einstaklingsins og lífsgæði.

Niðurstöður

Þátttakendur og bakgrunnur

Alls gáfu 82 íbúar tveggja hjúkrunarheimila (heimili A og heimili B) kost á sér í rannsóknina, af þeim luku rúmlega 89% (N=73) báðum hlutum rannsóknar, sem var að láta skoða munnheilsu og ljúka við að svara spurningalista. Fjórir hættu þátttöku (4,9%) á meðan rannsóknin stóð yfir og 5 íbúar (6,1%) mættu ekki í klíníska skoðun. Þátttakendur voru á aldrinum 73 til 100 ára og var meðalaldur þeirra 86,8 ár (± 5,7). Aldur íbúa á heimili A var örlítið lægri

Tafla II. *Tannheilsa og lífsgæði í tengslum við lengd búsetu íbúa á heimilinu (N=60), meðaltal ± staðalfrávik, hlutfall (%).*

Lífsgæðakvarðar	Tími búsetu	N	Meðaltal ± staðalfrávik	%	p-gildi[a]
OHIP–49	< 1 ár	27	33,3 ± 20,3		0,159
	1 ár eða lengur	33	40,6 ± 19,6		
Færniskerðing	< 1 ár	27	9,0 ± 5,8		0,056
	1 ár eða lengur	33	11,6 ± 5,7		
Líkamleg óþægindi	< 1 ár	27	5,4 ± 4,6		0,507
	1 ár eða lengur	33	6,1 ± 3,8		
Sálræn óþægindi	< 1 ár	27	5,4 ± 4,2		0,499
	1 ár eða lengur	33	4,8 ± 3,6		
Líkamlegar hömlur	< 1 ár	27	7,7 ± 6,2		0,061
	1 ár eða lengur	33	10,8 ± 6,2		
Sálrænar hömlur	< 1 ár	27	2,1 ± 2,6		0,513
	1 ár eða lengur	33	2,5 ± 2,5		
Félagslegar hömlur	< 1 ár	27	0,9 ± 1,4		0,158
	1 ár eða lengur	33	1,6 ± 2,3		
Höft eða fötlun	< 1 ár	27	2,7 ± 2,6		0,471
	1 ár eða lengur	33	3,3 ± 3,3		
Tannheilsa					p-gildi[b]
DFMT 28 – tannátustuðull[c]	< 1 ár	27		(48,1)	0,148
	1 ár eða lengur	33		(66,7)	
Munnþurrkur (mjög oft)	< 1 ár	27		(74,1)	0,881
	1 ár eða lengur	33		(75,8)	
Slímhúð (eðlileg)	< 1 ár	27		(81,5)	0,768
	1 ár eða lengur	33		(84,4)	
Þarfnast tannlæknaþjónustu	< 1 ár	27		(51,9)	0,028
	1 ár eða lengur	33		(78,8)	
Til tannlæknis	< 1 ár	27		(48,0)	0,113
	1 ár eða lengur	33		(68,8)	
Með heilgóm	< 1 ár	27		(29,6)	0,087
	1 ár eða lengur	33		(51,5)	
Tannheilsa (góð)	< 1 ár	27		(50,0)	0,221
	1 ár eða lengur	33		(40,6)	

Skýringar: [a]T-próf tveggja óháðra úrtaka. [b]Kí-kvaðrat próf. [c]DMFT 28: Allar 28 tennur eru skemmdar, fylltar eða tapaðar.

(85,5 ára, ± 5,6 ár) heldur en íbúa á heimili B (88,2 ára, ± 5,8 ár) og fleiri konur (61,6%) en karlar tóku þátt í rannsókninni, sjá töflu I.

Niðurstaða skimunar á munnheilsu

DMFT-stuðull allra þátttakenda, sem lýsir fjölda skemmdra, tapaðra eða fylltra tanna, var á bilinu 12-28, einn einstaklingur skar sig úr með bestu tannheilsuna, eða 16 heilar tennur. Meðaltals DMFT var 25,7 (± 3,3) sem telst vera hátt og bendir til þess að útbreiðsla munnkvilla sé algeng í þessum hópi (karlar 25,5 ± 3,9, n=28; konur 25,8 ± 2,9, n=45). Meirihluti tanna hafði tapast en 32,5% tanna var til staðar hjá þátttakendum (karlar 30,1%; konur 33,4%), af tönnunum voru 9,4% heilar en aðrar voru viðgerðar (20,7%) eða með tannskemmd (2,4%). Að meðaltali voru um 9 tennur til staðar í munni þátttakenda (karlar 8,7 ± 9,9 tennur; konur 9,4 ± 9,2 tennur).

Algengast var að íbúar væru með heilgóm í efri kjálka (60,3%; n= 44), tennur og föst tanngervi (31,5%; n=23) og parta (8,2%; n=6). Tafla V í viðauka sýnir fjölda tanna og algengustu tanngervi í báðum kjálkum meðal þátttakenda.

Skoðun tannlæknis á ástandi munnheilsu sýndi að meirihluti allra þátttakenda (67,1%; n=49) þurfti á tannlæknisþjónustu að halda (tannhreinsun, skemmdir, brotnar tennur, tannhalds- eða tannholdsbólga, þarf tanngervi, tannsteinn, aðrir munnkvillar). Í sjálfsmati íbúa (n=70) á eigin tannheilsu reyndist meirihluti (88,6%, n=62), það er jafn margir, meta tannheilsu sína *góða* (44,3%) eða

Tafla III. ***Samanburður á meðalskori°á lífsgæðakvörðum eftir fjölda skemmda, fylltra eða tapaðra tanna meðal íbúa (N=73), meðaltal ± staðalfrávik.***

Lífsgæðakvarðar	DFMT hópar	**Meðaltal ± staðalfrávik**	p-gildi
OHIP 49	<23 (n=20)[a]	26,5 ± 4,4	0,014
	24-27 (n=12)[b]	34,7 ± 5,7	0,425
	28 (n=41)[c]	39,8 ± 3,1	ref.[#]
Færniskerðing	<23[a]	7,0 ± 1,2	0,002
	24-27[b]	9,4 ± 1,6	0,185
	28[c]	11,8 ± 0,9	ref.
Líkamleg óþægindi	<23[a]	4,2 ± 0,9	0,078
	24-27[b]	5,7 ± 1,2	0,711
	28[c]	6,2 ± 0,6	ref.
Sálræn óþægindi	<23[a]	5,4 ± 0,8	0,359
	24-27[b]	5,8 ± 1,1	0,278
	28[c]	4,4 ± 0,6	ref.
Líkamlegar hömlur	<23[a]	4,8 ± 1,3	0,000
	24-27[b]	8,2 ± 1,7	0,191
	28[c]	10,7 ± 0,9	ref.
Sálrænar hömlur	<23[a]	2,1 ± 0,6	0,551
	24-27[b]	2,1 ± 0,8	0,635
	28[c]	2,5 ± 0,4	ref.
Félagslegar hömlur	<23[a]	1,0 ± 0,4	0,727
	24-27[b]	1,5 ± 0,5	0,595
	28[c]	1,2 ± 0,3	ref.
Höft eða fötlun	<23[a]	2,0 ± 0,6	0,172
	24-27[b]	2,0 ± 0,8	0,291
	28[c]	3,0 ± 0,5	ref.

Skýringar: °Hópar skilgreindir eftir DMFT bornir saman við viðmiðunarhóp með allar tennur skemmdar, fylltar eða tapaðar, leiðrétt var fyrir aldri og kyni. [a]DMFT < 23: Íbúar með 12-23 tennur, skemmdar, fylltar eða tapaðar (5-16 tennur heilar). [b]DMFT 24-27: Íbúar með 24-27 tennur skemmdar, fylltar eða tapaðar (1-4 tennur heilar). [c]DMFT 28: íbúar með allar 28 tennurnar skemmdar, fylltar eða tapaðar. #ref: Viðmiðunarhópur.

hvorki góða né slæma, en fáir íbúar (11,4%) mátu eigin tannheilsu *slæma*.

Munnheilsa og lífsgæði

Samband milli munnheilsu og lífsgæða (meðalskor) var skoðað hjá þeim sem gáfu upplýsingar um hversu lengi þeir hefðu búið á heimilinu (N=60). Í töflu II sést að þeir íbúar sem höfðu búið skemur en eitt ár á heimilinu voru með betri munnheilsutengd lífsgæði heldur en þeir sem höfðu búið þar lengur á öllum kvörðum, nema kvarðanum sem metur Sálrænar hömlur (svo sem kvíða, áhyggjur eða vanlíðan tengt tannheilsu).

Í töflu II sést að íbúar sem búið höfðu lengur en eitt ár á hjúkrunarheimili voru marktækt oftar útsettir (78,8%) fyrir ómeðhöndluðum munnkvillum og höfðu þörf fyrir tannlæknisþjónustu heldur en íbúar sem búið höfðu innan við 12 mánuði á hjúkrunarheimili (51,9%).

Niðurstöður í töflu III sýna að marktækur munur var á milli þeirra sem höfðu hæsta tannátustuðulinn (DMFT 28) á undirkvörðunum Færniskerðing og Líkamlegar hömlur, auk þess var meðaltal á kvarðanum Líkamleg óþægindi (kjálkaverkir, höfuðverkur, tannkul eða hitaóþol, tannpína, sár í munni) nærri marktæknimörkum, það er í samanburði við þá sem voru betur settir (tafla III).

Samkvæmt niðurstöðunum upplifa einstaklingar með hæsta tannátustuðulinn marktækt verri lífsgæði í tengslum við tyggingargetu en aðrir hópar. Vandamálin lýsa sér helst í því að íbúinn þarf að hætta að borða í miðjum matartímum, hann getur ekki borðað hvaða mat sem er (epli, gulrætur, kjöt og fleira) og metur ástandið þannig að eigin melting og mataræði sé ófullnægjandi vegna munnheilsunnar.

Kannað var hvort marktækur munur væri á meðaltalsskori á lífsgæðakvörðunum með tilliti til tannheilsu og tanngerva. Tafla IV sýnir að notendur heilgóma (gervitanna) í báðum gómum upplifa marktækt verri lífsgæði á kvörðunum Færniskerðing, Líkamlegar hömlur og Höft eða fötlun (til dæmis verri heilsa, fjárhagsleg byrði, minni lífsánægja eða vera ófær um venjubundin störf) í samanburði við tennta íbúa án eða með föst tanngervi eða tannstudda parta. Síðarnefndi hópurinn upplifði marktækt oftar Sálræn óþægindi (til dæmis uppnám, depurð, einbeitingarskort, svefntruflanir) en tannlausir.

Tafla IV. *Samanburður á meðalskori° tenntra íbúa (n=43) og tannlausra með heilgómasett (n=30) meðaltal ± staðalfrávik, hlutfall (%).*

Lífsgæðakvarðar	Klínísk staða	Meðaltal/staðalfrávik	p-gildi
OHIP 49	Tennur, föst tanngervi, partur[a]	31,9 ± 3,1	0,083
	Heilgómasett[b]	40,2 ± 3,6	
Færniskerðing	Tennur, föst tanngervi, partur	8,7 ± 0,9	0,011
	Heilgómasett	12,1 ± 1,0	
Líkamleg óþægindi	Tennur, föst tanngervi, partur	4,9 ± 0,6	0,118
	Heilgómasett	6,5 ± 0,7	
Sálræn óþægindi	Tennur, föst tanngervi, partur	5,7 ± 0,6	0,022
	Heilgómasett	3,7 ± 0,7	
Líkamlegar hömlur	Tennur, föst tanngervi, partur	6,8 ± 0,9	0,002
	Heilgómasett	11,3 ± 1,1	
Sálrænar hömlur	Tennur, föst tanngervi, partur	2,4 ± 0,4	0,744
	Heilgómasett	2,2 ± 0,5	
Félagslegar hömlur	Tennur, föst tanngervi, partur	1,4 ± 0,3	0,303
	Heilgómasett	0,9 ± 0,3	
Höft eða fötlun	Tennur, föst tanngervi, partur	2,0 ± 0,4	0,027
	Heilgómasett	3,5 ± 0,5	

Skýringar: °Hópar skilgreindir eftir tanngervum bornir saman við viðmiðunarhóp án eigin tanna, leiðrétt var fyrir aldri og kyni. [a]Einstaklingar með eigin tennur, föst tanngervi (brýr, krónur) og/eða part studdan af eigin tönnum. [b]Einstaklingar sem tapað hafa eigin tönnum og nota heilgóm (gervitennur) í báðum kjálkum.

Umræða

Þátttakendur

Meðalaldur þátttakenda (N=73) í rannsókninni var 86,8 ár (± 5,7), fleiri konur (62%) en karlar tóku þátt, sem er í samræmi við aðrar rannsóknir.[22] Samsetning íbúa á báðum heimilum var sambærileg að flestu leyti, en hlutfallslega fleiri íbúar í aldurshópnum 90 ára og eldri bjuggu á heimili B.

Munnheilsa íbúa á hjúkrunarheimilum

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að þó tannleysi sé meðhöndlað með sérsmíðuðum tanngervum eins og heilgómasetti, komi slíkt ekki í staðinn fyrir eigin tennur. Notendur heilgóma upplifa sömu vandamálin og þeir sem eru með hæsta tannátustuðulinn (samanber tafla III) sem er skert tyggingarfærni, verri melting og ófullnægjandi mataræði. Tannlausir upplifa marktækt oftar að munnheilsan valdi þeim erfiðleikum við tyggingu og tal, óþægindum við að matast, versnandi heilsufari og minni lífsánægju en þeir íbúar sem hafa tennur, í þessari rannsókn.

Í Heilbrigðisáætlun til 2030 er lítið talað um tannheilsu aldraða,[23] en árið 2010 var stefnt á að yfir 50% fólks 65 ára og eldra hefði að minnsta kosti 20 tennur í samanbiti sem er talið vera ásættanlegt til að tyggja og tjá sig.[24] Þessi markmið hafa ekki náðst í þessum hópi þar sem meðalfjöldi tanna eru 9 á hvern íbúa. Tannleysi hjá 80 ára og eldri var 76%[25] um aldamótin en hefur lækkað í 41% í þessari rannsókn.

Það er mikilvægt að þekkja tengsl milli tannheilsu og almennrar heilsu ásamt tengslum tann- og munnheilsu við fæðuval og næringarástand aldraðra.[12] Vannæring er algeng hjá eldra fólki, ástandið hefur áhrif á andlega og líkamlega færni einstaklingsins.[12]

Heilsuvernd, munnhirða og aðgengi að þjónustu

Öldrunarteymi heilbrigðisstofnana er ráðgefandi aðili um greiningu og meðferð aldraðra til starfsmanna sem sinna heilsuvernd. Hérlendis mæla öldrunar- og lyflæknar með að til viðbótar við heilsufarsskráningar í RAI-matstækið á hjúkrunarheimilum sé sérstaklega fylgst með tannheilsu, sjón og beinheilsu í heilsuverndarskyni.[26] Taka verður undir þessar ábendingar því fjöldi ómeðhöndlaðra munnkvilla (67%) er áhyggjuefni og sýnir þörfina á forvörnum og því að fylgst sé reglulega með munnheilsu íbúa, ekki síst þar sem þeir eru ólíklegir til að gera sér grein fyrir alvarleika ástandsins sjálfir.[20,26]

Erlendar rannsóknir sýna að starfsfólk hjúkrunarheimila skortir formlega menntun og þjálfun[16,27,28] til að takast á við verkefnið og

að þessum þætti sé sleppt í daglegri umönnun[15] af ýmsum orsökum, svo sem tímaskorti.

Sjúkratryggingar Íslands taka fullan þátt í niðurgreiðslu vegna tannlækninga aldraðra og er þjónustan íbúum á hjúkrunarheimilum að kostnaðarlausu[29] samkvæmt gildandi gjaldskrá ríkisins. Því ættu þjónustugjöld tannlækna ekki að íþyngja íbúum, aðstandendum eða hjúkrunarheimilinu. [24]

Æskilegt er að sett verði stefna um munnheilsuvernd í heilbrigðisþjónustu íbúa og aðgengi þeirra að tannlæknisþjónustu verði tryggt. Munnhirða þarf að vera regluleg og við hæfi og þjálfun og þekking starfsfólks tryggð í samræmi við gæðastaðla í heilbrigðisþjónustu.[30]

Niðurstöður rannsóknarinnar eru gagnlegar og birta fyrstu upplýsingar um munnheilsu íbúa á hjúkrunarheimilum og áhrif munnkvilla á lífsgæði þeirra. Einnig kom í ljós að fjöldi skemmdra, fylltra og tapaðra tanna, tannleysi og tanngervi skipta máli í þessu sambandi. Mælt er með frekari rannsóknum á munnheilsuvernd íbúa á hjúkrunarheimilum og skimunartækjum sem starfsfólki, öðru en tannheilsumenntuðu, stendur til boða.

Styrkleikar og veikleikar

Eiginleikar þverfræðilegra rannsókna eru þess eðlis að ekki er hægt að greina á milli orsaka og afleiðinga. Úrtakið var valið af hentugleika og þátttaka íbúanna takmarkaðist við áhuga og heilsufar þeirra til að taka þátt. Mismunandi vinnuaðstæður við klíníska skoðun gætu hafa komið í veg fyrir að munnkvillar greindust á heimili B. Hluti úrtaksins (n=13) svaraði ekki spurningu um hversu lengi þeir höfðu búið á heimilinu sem getur bjagað samanburð eftir búsetu í svo litlu úrtaki og verið vísbending um minnisglöp en þekkt er að hérlendis er meðaldvalartími heilabilaðra á hjúkrunarheimilum lengri en annarra íbúa.[4]

Rannsóknin gefur mynd af munnheilsu íbúa tveggja hjúkrunarheimila sem rekin eru af sömu rekstraraðilum. Niðurstöður hefðu hugsanlega orðið aðrar ef fleiri heimili hefðu gefið kost á sér í rannsóknina.

Styrkleikar rannsóknarinnar felast í því að nota þekkta alþjóðlega mælikvarða um munnheilsu OHS og tannheilsutengd lífsgæði OHIP-49.

Ályktun

Breytingar á tannheilsu aldraðra kalla á endurskoðun á þjónustuúrræðum á hjúkrunarheimilum og sýnir fram á þörf fyrir haldgóða þekkingu starfsfólks á sértækum munn-, tann- og tanngervatengdum vandamálum sem búast má við að finnist hjá íbúum.

Samstillt átak opinberra aðila og heilbrigðisstarfsfólks þarf til að tryggja úrræði við hæfi á hjúkrunarheimilum þegar kemur að því að viðhalda tannheilsu íbúa svo hægt verði að tryggja að munnheilsutengdum lífsgæðum sé viðhaldið ævina á enda.

Þakkir

Lýðheilsusjóður og Rannsóknarsjóður Hrafnistu fá þakkir fyrir styrki vegna rannsóknar, starfsfólk fyrir aðstoð á vettvangi og þátttakendur fyrir framlag sitt til rannsóknar.

Greinin barst til blaðsins 22. febrúar 2022,
samþykkt til birtingar 10. júní 2022.

Viðauki

Tafla V. *Fjöldi íbúa með tennur og föst tanngervi, tennur og parta eða heilgóma í báðum gómum.*

	Karl	Kona	Samtals
Tannheilsa	**Fjöldi (%[a]) (%[b])**	**Fjöldi (%[a]) (%[b])**	**Fjöldi (%[b])**
Tennur og föst tanngervi	8 (28,6) (11,0)	15 (33,3) (20,5)	23 (31,5)
Eigin tennur og laus tanngervi[c]	8 (28,6) (11,0)	12 (26,7) (16,4)	20 (27,4)
Heilgómur (tannlaus)	12 (42,9) (16,4)	18 (40,0) (24,7)	30 (41,1)
Samtals	28 (100,0) (38,4)	45 (100,0) (61,6)	73 (100,0)

Skýringar: [a]hlutfall innan kyns, [b]hlutfall af heild. [c]Með heilgóm eða tennur og part í öðrum gómi á móti eigin tönnum með eða án parts.

Heimildir

1. Lindroos EK, Saarela RKT, Suominen MH, et al. Burden of Oral Symptoms and Its Associations With Nutrition, Well-Being, and Survival Among Nursing Home Residents. J Am Med Dir Assoc 2019; 20: 537-43.
2. Niesten D, Witter DJ, Bronkhorst EM, et al. Oral health care behavior and frailty-related factors in a care-dependent older population. J Dent 2017; 61: 39-47.
3. Greining á rekstrarkostnaði hjúkrunarheimila. Heilbrigðisráðuneytið 2021.
4. Hjaltadóttir I, Ólafsson K, Sigurðardóttir ÁK, et al. Heilsa og lifun íbúa fyrir og eftir setningu strangari skilyrða fyrir flutningi á hjúkrunarheimili 2007. Læknablaðið 2019; 105: 435-41.
5. Gunnarsdóttir SH, Hjaltadóttir I. Hegðunarvandamál á hjúkrunarheimilum og tengsl við heilsufar, virkni og fjötranotkun. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2020; 96: 71-9.
6. Delwel S, Binnekade TT, Perez RSGM, et al. Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. Clin Oral Invest 2018; 22: 93-108.
7. Van der Putten G-J, De Baat C, De Visschere L, et al. Poor oral health, a potential new geriatric syndrome. Gerodontology 2014; 31: 17-24.
8. Pretty IA. The life course, care pathways and elements of vulnerability. A picture of health needs in a vulnerable population. Gerodontology 2014; 31: 1-8.
9. Ólafsdóttir G. Mikilvægi góðrar næringar hjá öldruðum. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2016; 92: 27-9.
10. Klotz AL, Zajac M, Ehret J, et al. Short-Term Effects of a Deterioration of General Health on the Oral Health of Nursing-Home Residents. Clin Interv Aging 2020; 15: 29-38.
11. Kossioni AE, Hajto-Bryk J, Janssens B, et al. Practical Guidelines for Physicians in Promoting Oral Health in Frail Older Adults. J Am Med Dir Assoc 2018; 19: 1039-46.
12. Hjaltadóttir I, Ásgeirsdóttir AE, Árnadóttir B, et al. Matstæki til greiningar á vannæringu aldraðra. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2007; 83: 48-56.
13. Hägglund P, Koistinen S, Olai L, et al. Older people with swallowing dysfunction and poor oral health are at greater risk of early death. Community Dent Oral Epidemiol 2019; 47: 494-501.
14. Ruiz-Roca JA, Dora Martín F, Gómez García FJ, et al. Oral status of older people in medium to long-stay health and social care setting: a systematic review. BMC Geriatrics 2021; 21: 363.
15. Bragadottir H, Kalisch BJ. Comparison of reports of missed nursing care: Registered Nurses vs. practical nurses in hospitals. Scand J Caring Sci 2018; 32: 1227-36.
16. Sigurdardottir AS, Geirsdottir OG, Ramel A, et al. Cross-sectional study of oral health care service, oral health beliefs and oral health care education of caregivers in nursing homes. Geriatr Nurs 2022; 43: 138-45.
17. Weening-Verbree LF, Schuller AA, Cheung SL, et al. Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff. Geriatr Nurs 2021; 42: 799-805.
18. Azzolino D, Passarelli PC, De Angelis P, et al. Poor Oral Health as a Determinant of Malnutrition and Sarcopenia. Nutrients 2019; 11: 2898.
19. Bartlett D, Carter N, de Baat C, et al. White Paper on Optimal Care and Maintenance of Full Dentures for Oral and General Health. Oral Health Foundation 2018.
20. Maille G, Saliba-Serre B, Ferrandez AM, et al. Objective and perceived oral health status of elderly nursing home residents: a local survey in southern France. Clin Interv Aging 2019; 14: 1141-51.
21. Slade GD. The Oral Health Impact Profile. In: Slade GD, ed. Measuring Oral Health and Quality of Life. University of North Carolina 1997: 94-104.
22. Eiríksdóttir JÓ, Bragadóttir H, Hjaltadóttir I. Samanburður á heilsufari, færni, einkennum og meðferðarmarkmiðum íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum eftir áætluðum lífslíkum. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2017; 93: 79-85.
23. Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030. Heilbrigðisráðuneytið 2019.
24. Guðmundsdóttir H, Guðlaugsson JÓ. Fleiri halda eigin tönnum lengur. Talnabrunnur - Fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar 2018; 12: 1-2.
25. Axelsson G, Helgadóttir S. Breytingar á tannheilsu Íslendinga 1985-2000, 4. áfangi: Tannheilsa 65 ára og eldri Íslendinga árið 2000. Tannlækningastofnun 2005.
26. Hansdóttir H, Jónsson JE. Verksvið læknis á hjúkrunarheimili. Læknablaðið 2009; 95: 187-92.
27. Hiltunen K, Fogelholm N, Saarela RKT, et al. Survey of health care personnel's attitudes toward oral hygiene in long-term care facilities in Finland. Spec Care Dentist 2019; 39: 557-63.
28. Göstemeyer G, Baker SR, Schwendicke F. Barriers and facilitators for provision of oral health care in dependent older people: a systematic review. Clin Oral Investig 2019; 23: 979-93.
29. Ekornrud T, Skjøstad O, Rødseth SC. Quality indicators in oral health care: A Nordic project. Proceedings in 2012-2018. 2019.
30. Charadram N, Maniewicz S, Maggi S, et al. Development of a European consensus from dentists, dental hygienists and physicians on a standard for oral health care in care-dependent older people: An e-Delphi study. Gerodontology 2021; 38: 41-56.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.0708.700

Oral health problems in nursing homes, revision of oral health care delivery is needed

Aðalheiður Svana Sigurðardóttir[1]
Ólöf Guðný Geirsdóttir[2]
Inga B. Árnadóttir[1]
Alfons Ramel[2]

[1]School of Health Sciences, Faculty of Odontology, University of Iceland, [2]School of Health Sciences, Faculty of Food Science and Nutrition, University of Iceland.

Correspondence: Aðalheiður Svana Sigurðardóttir, *adalhsvana@hi.is*

Key words: *Oral Care, Nursing homes, Geriatric care, Health care, Oral health, Quality of life.*

INTRODUCTION: Prevalence of oral health problems among nursing home residents is common, they suffer from oral diseases and need dental service. The aim of this study was to examine clinical oral health of Icelandic nursing home residents and their oral health quality of life.

MATERIAL AND METHODS: Total (N=82) residents in two nursing homes in Reykjavik gave their consent to be involved in this descriptive cross-sectional study. Residents participated in a clinical oral health examination at site and answered oral health quality of life questionnaire.

RESULTS: Total 89% (N=73) residents completed the study, mean age 86.8 years (SD=5.7, range 73-100 years), of whom third had their own teeth and like had teeth, and partial dentures, while 41.1% were completely edentulous. The clinical oral health examination showed high prevalence of untreated oral health problems (67%).

Residents with the worst oral health scored significantly higher than those who were better dentate, affecting their oral health quality of life (p=0.014), functional limitation (p=0.002) and physical disability (p=0.000). Most oral health problems interrelated to chewing, eating and limited ability to eat certain foods affecting their capability of food intake.

CONCLUSION: Current administration of oral health care in nursing home needs alteration and the qualification in geriatric oral health and oral health care must be guaranteed among nursing staff in these settings. The public and health professions should work together in oral care matters in nursing homes to maintain oral health and lifelong oral health quality of life among residents.

Áhrif menntunar á áhættuþætti og nýgengi æðakölkunarsjúkdóma

Karl Andersen[1,2,3] læknir
Thor Aspelund[1,3] tölfræðingur
Elías Freyr Guðmundsson[3] faraldsfræðingur
Gunnar Sigurðsson[4] læknir
Sigurður Sigurðsson[3] geislafræðingur
Guðlaug Björnsdóttir[1] geislafræðingur
Bolli Þórsson[3] læknir
Gunnar Sigurðsson[1,3] professor emeritus
Þórður Harðarson[1,3] professor emeritus
Vilmundur Guðnason[1,3] læknir

[1]Læknadeild heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands, [2]hjarta- og æðaþjónustu Landspítala, [3]Hjartavernd, [4]Háskólasjúkrahúsinu á Skáni, Lundi í Svíþjóð.

Fyrirspurnum svarar Karl Andersen, *andersen@landspitali.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Lágt menntunarstig hefur verið tengt óhagstæðri samsetningu áhættuþátta kransæðasjúkdóma. Þessu fylgir aukin áhætta á hjartaáföllum hjá minna menntuðum. Litlar upplýsingar eru til um samband menntunarstigs við alvarleika æðakölkunarsjúkdóma. Við rannsökuðum tengsl menntunarstigs við áhættuþætti æðakölkunarsjúkdóma, algengi æðakölkunarskella og nýgengi hjarta- og æðasjúkdóma á Íslandi.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Áhættuþáttakönnun Hjartaverndar (REFINE) er lýðgrunduð langsniðsrannsókn þar sem handahófsúrtak 25-69 ára einstaklinga var tekið á árunum 2005-2011. Þátttakendur gengust undir mælingar á helstu áhættuþáttum æðakölkunarsjúkdóma. Ómskoðanir á hálsslagæðum voru notaðar til greiningar á dulinni æðakölkun. Eftirfylgni var fram í byrjun mars 2019.

NIÐURSTÖÐUR

Rannsóknarþýðið samanstóð af 3251 karli og 3365 konum. Grunnskólamenntun höfðu 20,1% þátttakenda, 31,2% höfðu iðn- eða sambærilega menntun, 12,3% höfðu stúdentspróf og 36,4% höfðu lokið háskólanámi. Helstu áhættuþættir æðakölkunarsjúkdóma voru algengari hjá þeim sem höfðu eingöngu grunnskólamenntun en hjá þeim sem höfðu lengri skólagöngu. Veruleg æðakölkun í hálsslagæðum var marktækt algengari hjá þeim sem höfðu grunnskólamenntun eingöngu (OR 1,84; 95% CI 1,40-2,43) eða iðnmenntun (OR 1,49; 95% CI 1,16-1,91) samanborið við háskólamenntaða. Grunnskóla- eða iðnmenntaðir voru líklegri til að þróa klíníska hjarta- og æðasjúkdóm samanborið við háskólamenntaða á 10 ára eftirfylgnitíma rannsóknarinnar. Hefðbundnir áhættuþættir skýra stóran hluta þessarar áhættuaukningar.

ÁLYKTUN

Styttri skólaganga en framhaldsskólanám eða háskólamenntun tengist helstu áhættuþáttum æðakölkunarsjúkdóma sem endurspeglast í marktækt aukinni dulinni æðakölkun í hálsslagæðum og auknu nýgengi hjarta- og æðasjúkdóma. Óljóst er hvaða orsakaþættir liggja því til grundvallar en félagslegur og efnahagslegur ójöfnuður gæti átt hlut að máli. Mikilvægt er að beita markvissum forvarnaraðgerðum hjá þeim sem greinast í aukinni áhættu, meðal annars vegna styttri skólagöngu.

Inngangur

Nýgengi kransæðasjúkdóma og dauðsfalla af þeirra völdum hefur lækkað verulega á síðustu fjórum áratugum.[1,2] Á fyrri hluta síðustu aldar var kransæðasjúkdómur sérlega áberandi meðal vel stæðra þjóðfélagshópa og var tengdur við almenna velmegun. Frá því um og fyrir miðja síðustu öld hefur hér orðið breyting á þar sem byrði kransæðasjúkdóma hefur sífellt færst meira yfir á þjóðfélagshópa með lægri meðaltekjur og minni menntun.[3]

Gögn Hagstofunnar sýna að þeir sem hafa grunnskólamenntun eingöngu lifa að meðaltali skemur en þeir sem eru háskólamenntaðir. Samkvæmt þessum gögnum gat þrítug kona með grunnskólamenntun búist við að lifa allt að þremur árum skemur en jafnaldra hennar með háskólamenntun árið 2018. Þessi munur var enn meiri fyrir karla, eða um 5 ár.[4]

Nýleg rannsókn frá Danmörku sýndi að minna menntaðir höfðu 50-60% hærra hlutfall hjarta- og æðaáfalla og dauðsfalla af

Tafla I. *Grunngildi eftir menntunarstigi, fjöldi (%)*

Karlar	Grunnskóli		Iðnmenntun		Stúdentspróf		Háskólapróf		
n	493		1249		370		1139		p-gildi
Aldur m (sf)	49	(12,1)	53	(10,4)	46	(11,9)	48	(10,8)	<0,001
Líkamsþyngdarstuðull m (sf)	28,4	(4,9)	28,4	(4,3)	27,9	(4,6)	27,6	(4,1)	<0,001
Líkamsþyngdarstuðull > 30	158	(32,0)	368	(29,5)	98	(26,5)	261	(22,9)	<0,001
Sykursýki af tegund II	34	(6,9)	94	(7,5)	14	(3,8)	54	(4,7)	<0,01
LDL-kólesteról (mmól/L) m (sf)	3,3	(0,92)	3,3	(0,91)	3,3	(0,87)	3,3	(0,91)	0,53
HDL-kólesteról (mmól/L) m (sf)	1,27	(0,32)	1,32	(0,35)	1,31	(0,33)	1,33	(0,33)	<0,01
Heildarkólesteról (mmól/L) m (sf)	5,2	(0,99)	5,3	(1,02)	5,2	(0,95)	5,2	(1,01)	0,14
Þríglýseríðar (mmól/L) miðgildi (fm*)	1,18	[0,86; 1,69]	1,19	[0,85; 1,71]	1,15	[0,82; 1,65]	1,08	[0,78; 1,52]	<0,001
Slagbilsþrýstingur mmHg m (sf)	126	(15,0)	129	(16,1)	126	(13,8)	126	(15,3)	<0,001
Reglubundin hreyfing									<0,001
Lítil	229	(46,5)	487	(39,0)	111	(30,0)	238	(20,9)	
Miðlungs	126	(25,6)	379	(30,3)	128	(34,6)	453	(39,8)	
Mikil	138	(28,0)	383	(30,7)	131	(35,4)	448	(39,3)	
Háþrýstingslyf	107	(21,7)	382	(30,6)	65	(17,6)	230	(20,2)	<0,001
Blóðfitulækkandi lyf	65	(13,2)	194	(15,5)	30	(8,1)	117	(10,3)	<0,001
Aspirín	65	(13,2)	210	(16,8)	29	(7,8)	116	(10,2)	<0,001
Reykingasaga									<0,001
Aldrei reykt	117	(23,7)	385	(30,8)	166	(44,9)	595	(52,2)	
Hefur reykt	206	(41,8)	553	(44,3)	126	(34,1)	398	(34,9)	
Reykir	170	(34,5)	311	(24,9)	78	(21,1)	146	(12,8)	
Fjölskyldusaga um kransæðasjúkdóma	172	(34,9)	459	(36,7)	108	(29,2)	339	(29,8)	0,001
Efnaskiptavilla	127	(25,8)	350	(28,0)	67	(18,1)	212	(18,6)	<0,001
Alvarleg æðakölkunarskella	78	(15,8)	200	(16,0)	28	(7,6)	79	(6,9)	<0,001
Leyfði tengingu við sjúkraskrá	478	(97,0)	1221	(97,8)	356	(96,2)	1086	(95,3)	0,01
Saga um kransæðasjúkdóm eða heilaáfall	44	(9,2)	108	(8,8)	13	(3,7)	49	(4,5)	<0,001
Saga um kransæðasjúkdóm	29	(6,1)	86	(7,0)	11	(3,1)	43	(4,0)	<0,01
Kransæðasjúkdómur eða heilaáfall innan 10 ára	63	(13,2)	181	(14,8)	26	(7,3)	91	(8,4)	<0,001
Kransæðasjúkdómur innan 10 ára	51	(10,7)	154	(12,6)	18	(5,1)	76	(7,0)	<0,001
Dauðsfall innan 10 ára	26	(5,4)	64	(5,2)	12	(3,4)	31	(2,9)	0,02

þeirra völdum en þeir sem voru með hærra menntunarstig. Í ljós kom að 21-33% af aukningunni skýrðist af lægri tekjum og auknu álagi í vinnu.[5]

Þetta er í samræmi við niðurstöður frá Bandaríkjunum en lífslíkur þar við 25 ára aldur hafa minnkað á síðustu tveimur áratugum síðustu aldar og er munurinn 0,9 árum meiri hjá þeim sem hafa styttri menntun miðað við þá sem meira eru menntaðir. Menntunarstigið eitt og sér skýrir 17,4% þessa mismunar í lífun.[6] Þetta vekur spurningar um hvað geti verið að verki en lengi hefur verið þekkt að félagsleg og efnahagsleg staða einstaklinga og hópa hefur áhrif á heilbrigði.[7]

Rannsóknir Hjartaverndar og annarra hafa sömuleiðis sýnt fram á öfuga fylgni milli menntunar og hjarta- og æðasjúkdóma. Lægra menntunarstig tengist auknum áhættuþáttum, auknu nýgengi og aukinni dánartíðni vegna æðakölkunarsjúkdóma.[8,9] Ójöfnuður sem skýrist af mismunandi menntunarstigi hefur aukist á undanförnum áratugum.

Tengsl félagslegrar og efnahagslegrar stöðu við áhættuþætti kransæðasjúkdóma hafa verið mikið rannsökuð. Þannig hefur verið sýnt fram á að áhættuþættirnir háþrýstingur,[10] sykursýki,[11] blóðfituröskun,[12] reykingar,[13] og offita[14] tengjast öll félagslegri eða efnahagslegri stöðu. Þannig má leiða að því líkur að aukin sjúkdómsbyrði hjarta- og æðasjúkdóma meðal þeirra sem hafa stutta skólagöngu geti skýrst af óhagstæðri stöðu þekktra áhættuþátta æðasjúkdóma.

Þótt rannsóknir hafi óyggjandi bent á óhagstæðari áhættuþætti

Tafla I. *framhald*

Konur	Grunnskóli		Iðnmenntun		Stúdentspróf		Háskólapróf		
n	836		814		446		1269		p-gildi
Aldur m (sf)	54	(10,4)	53	(10,0)	45	(12,1)	46	(10,4)	<0,001
Líkamsþyngdarstuðull m (sf)	28,3	(5,8)	27,5	(5,4)	26,5	(5,0)	26,2	(4,9)	<0,001
Líkamsþyngdarstuðull > 30	264	(31,6)	213	(26,2)	88	(19,7)	240	(18,9)	<0,001
Sykursýki	48	(5,7)	25	(3,1)	9	(2,0)	16	(1,3)	<0,001
LDL kólesteról (mmol/L) m (sf)	3,3	(0,97)	3,3	(0,90)	3,0	(0,95)	3,0	(0,89)	<0,001
HDL kólesteról (mmol/L) m (sf)	1,59	(0,42)	1,65	(0,43)	1,62	(0,39)	1,68	(0,42)	<0,001
Heildarkólesteról (mmol/L) m (sf)	5,5	(1,06)	5,4	(1,01)	5,1	(1,06)	5,1	(0,99)	<0,001
Þríglýseríðar (mmol/L) miðgildi (fm*)	1,06	(0,77; 1,46)	0,94	(0,70; 1,37)	0,85	(0,65; 1,15)	0,8	(0,59; 1,12)	<0,001
Slagbilsþrýstingur mmHg m (sf)	122	(17,7)	129	(16,3)	116	(16,5)	115	(14,4)	<0,001
Reglubundin hreyfing									<0,001
Lítil	318	(38,0)	200	(24,6)	114	(25,6)	259	(20,4)	
Miðlungs	273	(32,7)	314	(38,6)	161	(36,1)	555	(43,7)	
Mikil	245	(29,3)	300	(36,9)	171	(38,3)	455	(35,9)	
Háþrýstingslyf	293	(35,0)	232	(28,5)	76	(17,0)	173	(13,6)	<0,001
Blóðfitulækkandi lyf	84	(10,0)	58	(7,1)	9	(2,0)	42	(3,3)	<0,001
Aspirín	84	(10,0)	53	(6,5)	10	(2,2)	49	(3,9)	<0,001
Reykingasaga									<0,001
Aldrei reykt	242	(28,9)	286	(35,1)	207	(46,4)	688	(54,2)	
Hefur reykt	330	(39,5)	323	(39,7)	148	(33,2)	434	(34,2)	
Reykir	264	(31,6)	205	(25,2)	91	(20,4)	147	(11,6)	
Fjölskyldusaga um kransæðasjúkdóma	367	(43,9)	352	(43,2)	142	(31,8)	449	(35,4)	<0,001
Efnaskiptavilla	214	(25,6)	155	(19,0)	65	(14,6)	120	(9,5)	<0,001
Alvarleg æðakölkunarskella	128	(15,3)	83	(10,2)	18	(4,0)	45	(3,5)	<0,001
Leyfði tengingu við sjúkraskrá	791	(94,6)	767	(94,2)	413	(92,6)	1170	(92,2)	0,10
Saga um kransæðasjúkdóm eða heilaáfall	35	(4,4)	22	(2,9)	5	(1,2)	15	(1,3)	<0,001
Saga um kransæðasjúkdóm	23	(2,9)	17	(2,2)	2	(0,5)	10	(0,9)	<0,01
Kransæðasjúkdómur eða heilaáfall innan 10 ára	55	(7,0)	46	(6,0)	12	(2,9)	29	(2,5)	<0,001
Kransæðasjúkdómur innan 10 ára	43	(5,4)	31	(4,0)	11	(2,7)	16	(1,4)	<0,001
Dauðsfall innan 10 ára	36	(4,6)	34	(4,4)	3	(0,7)	24	(2,1)	<0,001

Sf: staðalfrávik, m: meðaltal, *fm = fjórðungamörk

kransæðasjúkdóma hjá þeim sem hafa minni menntun og tengsl við kransæðastíflu og dauða, er ekki vitað hvort útbreiddari eða meiri dulin æðakölkun fylgi menntunarstigi.

Markmiðið með þessari rannsókn var að kanna tengslin milli menntunarstigs og dulins æðakölkunarsjúkdóms, metið sem magn æðakölkunarskella í hálsslagæðum. Sambandið milli menntunarstigs og helstu áhættuþátta var kannað og áhættuhlutfall (HR) þess að greinast með hjarta- eða æðasjúkdóm á 10 ára eftirfylgnitíma var reiknað eftir menntunarstigi.

Efniviður og aðferðir

Áhættuþáttakönnun Hjartaverndar (REFINE) er lýðgrunduð langsniðsrannsókn sem framkvæmd var með innköllun úr almennu þýði Reykvíkinga 2005-2011. Þátttakendur voru 6661 einstaklingur á aldrinum 25-69 ára. Þátttökuhlutfall var 70% af innkölluðum. Útilokaðir voru 39 þátttakendur (0,6%) þar sem upplýsingar vantaði um menntunarstig og 6 sem ekki komu til hálsæðaómunar. Rannsóknarþýðið samanstóð því af 6616 einstaklingum, 3251 karli (49,1%) og 3365 konum. Að auki gáfu 334 þátttakendur ekki samþykki fyrir notkun sjúkrahúsupplýsinga og voru því ekki hluti af lifunargreiningu í þessari rannsókn. Hjá hverjum þátttakanda voru mældir áhættuþættir kransæðasjúkdóma: hæð, þyngd, reiknaður líkamsþyngdarstuðull, sykursýki 2, LDL-kólesteról, regluleg hreyfing metin og ættarsaga um kransæðasjúkdóm og reykingavenjur, mældur blóðþrýstingur og fyrri saga um

kransæða- og heilaáföll skráð. Þátttakendum var fylgt eftir fram í mars 2019 með tilliti til nýgengis kransæðasjúkdóms (kransæðastífla, kransæðavíkkun eða hjáveituaðgerð) og heilaáfalla þar sem miðgildi eftirfylgnitíma var 10,5 ár.

Dulin æðakölkun í hálsslagæðum var skilgreind sem veruleg æðakölkunarskella hjá þeim sem höfðu ekki fyrri greiningu um slíkt. Ómskoðun beggja hálsslagæða var notuð til að meta alvarleika æðakölkunarsjúkdóms. Notuð voru Toshiba Aplio 300 kerfi með 6,8 MHz ómhaus og Acuson Sequola C256 með línulegum 8 MHz ómhaus. Mældar voru æðaskellur í megin hálsslagæð (*a. carotis communis*), skiptingu hennar og innri hálsslagæð (*a. carotis interna*) á 10 mm bili nær- og fjærmegin við skiptingu æðarinnar í hvorri æð.[15] Æðakölkunarbreytingar voru flokkaðar sem engin, lítil og veruleg. Æðakölkunarskella var skilgreind sem veruleg ef til staðar var minnst tvöföld þykknun á innra (*intima*) og miðlagi (*media*) æðarinnar (cIMT) miðað við heilbrigt svæði og að æðakölkunarskellan ylli einhverri þrengingu á holrúmi æðarinnar.

Menntunarstig var flokkað sem: grunnskólamenntun, iðnmenntun eða sambærileg menntun, stúdentspróf og háskólamenntun. Engin ein leið er betri en önnur til að meta félagslega og efnahagslega stöðu einstaklinga eða hópa. Meðal þeirra sem notaðar hafa verið eru menntunarstig, meðaltekjur og atvinna.[16] Af þessum þáttum hefur menntunarstig verið mest notað enda nokkuð stöðugt yfir ævina.

Samfelldar breytur eru birtar sem meðaltal með staðalfráviki (sf) og bornar saman með t-prófi eða F-prófi eftir fjölda samanburðarhópa. Flokkabreytur eru birtar sem fjöldi og hlutfall og bornar saman með kí-kvaðrat-prófi. Gagnlíkindahlutfall (OR=*odds ratio*) á verulegum æðakölkunarskellum fyrir hvert menntunarstig var metið með tvíkosta aðhvarfsgreiningu (*binary logistic regression analysis*). Kaplan-Meier-lifunargreining var notuð til að sýna mismunandi nýgengi hjarta- og æðasjúkdóms eftir menntunarflokkum og tölfræðilegur samanburður var gerður með vegnu log-rank-prófi lagskipt eftir kyni. Vigtir voru reiknaðar með aðferð líkindagilda (*propensity score*) til að jafna fyrir aldurs og kynjamun eftir menntunarstigum. Lifunarlíkan Cox var notað til að meta áhættuhlutfall (HR=*hazard ratio*) fyrir nýjum hjarta- eða æðasjúkdómi á eftirfylgnitímanum miðað við menntunarflokka þar sem háskólamenntun var notuð sem viðmið. Mátgæði (*goodness of fit*) voru metin og kannað var hvort forsendan um hlutfallslega áhættu héldi. Leiðrétt var fyrir aldri (ólínulega), kyni, LDL-kólesteróli, blóðþrýstingi, blóðþrýstingslyfjum, statínlyfjum, magnýli, hreyfingu, sykursýki, fjölskyldusögu um hjartasjúkdóm og reykingum í samræmi við alþjóðleg viðmið.[17] Háskólamenntun var notuð sem viðmið og 95% öryggismörk voru reiknuð. Þátttakendur sem höfðu fyrri sögu um hjarta- og æðasjúkdóm voru útilokaðir í lifunargreiningum með tilliti til hjarta- eða æðasjúkdóma. P-gildi undir 0,05 var tekið sem vísbending um tölfræðilega marktækan mun milli hópa.

Niðurstöður

Meðalaldur þátttakenda var 49,7 (sf 11,2) ár. Grunnskólamenntun eingöngu höfðu 20,1% þátttakenda, iðnmenntun 31,2%, stúdentspróf 12,3% og 36,4% höfðu lokið háskólaprófi. Dreifing menntunar í rannsókninni er sambærileg við dreifingu menntunar 25-69 ára íbúa á höfuðborgarsvæðinu.[18]

Grunngildi þátttakenda eru birt í töflu I. Mikill munur var á stöðu áhættuþátta eftir menntun, bæði hjá körlum og konum. Karlar höfðu að meðaltali hærri líkamsþyngdarstuðul en konur, höfðu oftar sykursýki 2 og LDL-kólesteról var hærra hjá körlum en konum. Karlar hreyfðu sig minna en konur, höfðu hærri slagbilsblóðþrýsting og oftar fyrri sögu um kransæðasjúkdóm. Algengi reykinga var svipuð hjá báðum kynjum.

Greinilegt er að þættirnir daglegar reykingar, hreyfingarleysi, blóðþrýstingslyf og sykursýki 2 eru algengari hjá þeim sem hafa lægra menntunarstig (mynd 1). Líkamsþyngdarstuðull var hærri og efnaskiptavilla (sjá skilgreiningu í texta við mynd 1) var algengari hjá þeim sem voru með grunnskóla- eða iðnmenntun en hjá stúdentum eða háskólamenntuðum.

Verulegar en einkennalausar æðakölkunarskellur fundust í 10% heildarþýðisins og voru þær algengari hjá körlum (11,8%) en hjá konum (8,1%). Mynd 2 sýnir algengi verulegrar æðakölkunar í hálsslagæðum eftir menntunarstigi, aldri og kyni. Gagnlíkindahlutföll (OR) helstu þátta sem tengjast æðakölkunarsjúkdómi ásamt 95% öryggismörkum fyrir verulegum æðakölkunarskellum í hálsslagæðum eru sýnd í töflu II. Reykingar (OR 2,79; 95% CI 2,15-3,62) og fyrri saga um kransæðasjúkdóm eða heilaáföll (OR 2,12; 95% CI 1,51-2,96) eru sterkustu sjálfstæðu þættirnir fyrir verulegri æðakölkun, en sykursýki 2 (OR 1,65; 95% CI 1,18-2,28), blóðfitulækkandi statínlyf (OR 1,74; 95% CI 1,30-2,32) og blóðþrýstingslyf (OR 1,48; 95% CI 1,19-1,83), LDL-kólesteról (OR 1,23; 95% CI 1,10-1,37) og slagbils blóðþrýstingur (hverjir 10 mmHg) (OR 1,20; 95% CI 1,14-1,27) eru einnig marktækir þættir ásamt karlkyni. Samband menntunarstigs við verulegan æðakölkunarsjúkdóm er greinilegt, þar sem iðnmenntun tengist helmings hækkun á gagnlíkindum fyrir verulegri æðakölkun (OR 1,49; 95% CI 1,16-1,91) og grunnskólamenntun tengist 84% hækkun gagnlíkinda (OR 1,84; 95% CI 1,40-2,43) samanborið við háskólamenntun (tafla II).

Mynd 3 sýnir gagnlíkindahlutföll menntunarstigs á verulegri æðakölkun samanborið við háskólamenntun. Á hverju menntunarstigi er leiðrétt fyrir aldri og kyni (svart), og aldri, kyni og áhættuþáttum æðakölkunarsjúkdóma (grænt).

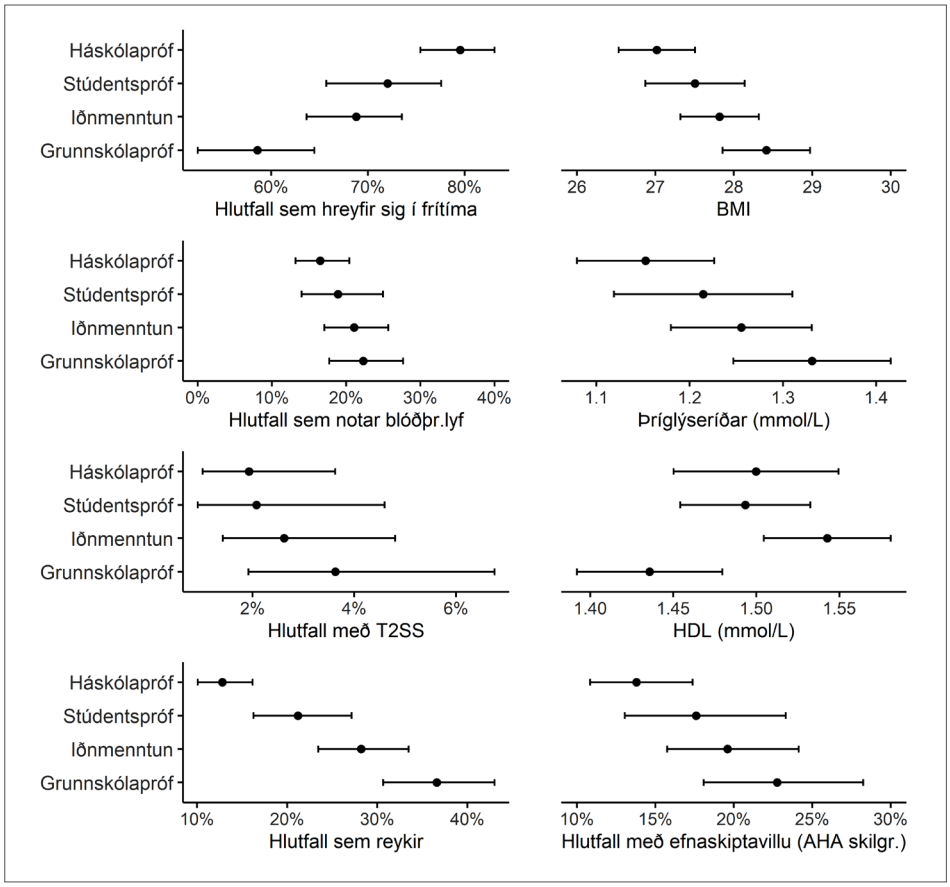
Hættuhlutfall fyrir hjarta- og æðasjúkdóm (mynd 4) er aukið hjá þeim sem hafa grunnskólamenntun og iðnmenntun eftir að leiðrétt hefur verið fyrir aldri og kyni. Þegar til viðbótar er leiðrétt fyrir áhættuþáttum kransæðasjúkdóms hverfur þessi áhættuaukning að miklu eða öllu leyti.

Í töflu III sést að áhættuþættir vega þungt í þróun hjarta- og æðasjúkdóma. Þegar eingöngu er leiðrétt fyrir aldri og kyni í hverjum menntunarflokki er aukin áhætta til staðar bæði hjá grunnskóla- og iðnmenntuðu hópunum samanborið við háskólamenntaða. Þegar til viðbótar er leiðrétt fyrir áhættuþáttum kransæðasjúkdóma minnkar þessi áhættumunur. Þegar til viðbótar er leiðrétt fyrir lyfjameðferð og duldum æðaskellum minnkar munurinn enn frekar.

Mynd 5 sýnir Kaplan-Meier-graf fyrir nýgengi hjarta- og æðasjúkdóma skipt eftir kynjum.

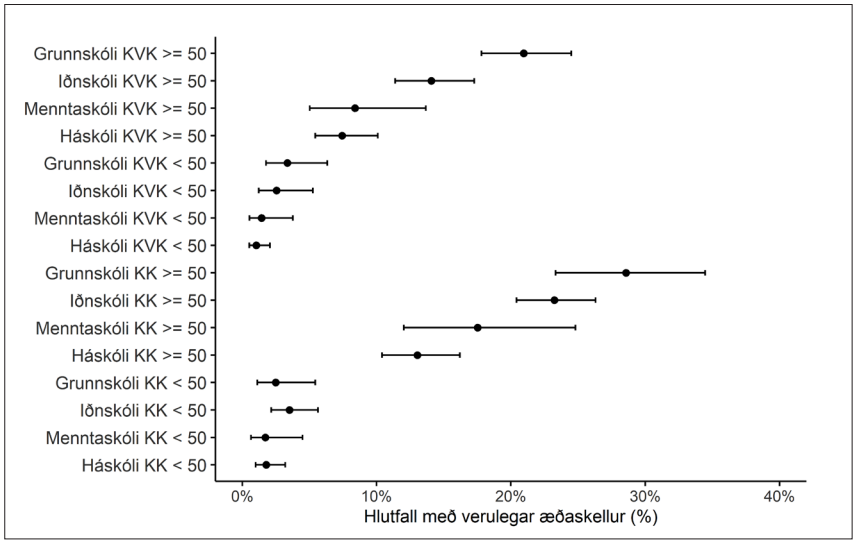
Umræða

Rannsókn okkar á almennu þýði 25-69 ára Íslendinga á Stór-Reykjavíkursvæðinu sýnir svipaða niðurstöðu og rannsóknir

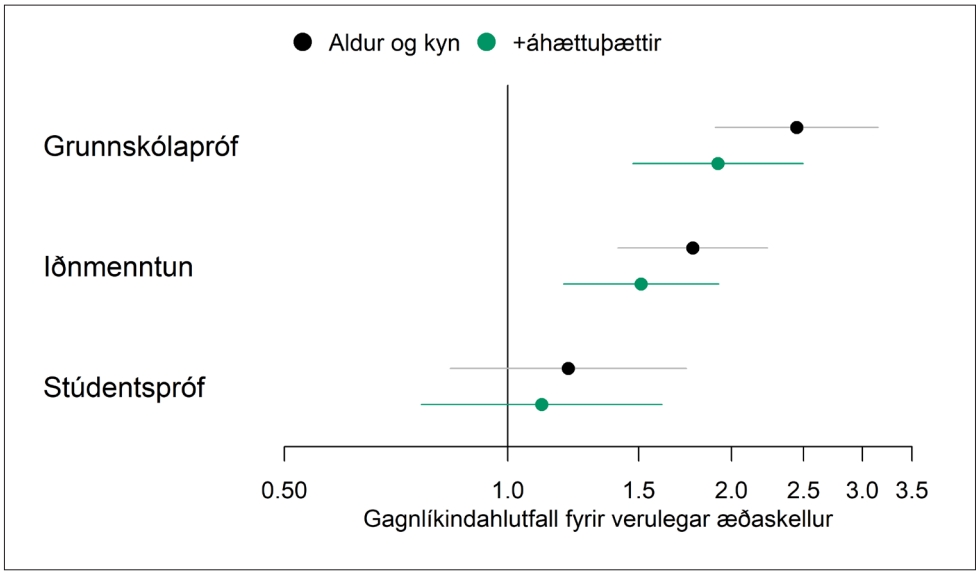


BMI: líkamsþyngdarstuðull (*Body mass index*). T2SS: sykursýki 2. AHA: (American Heart Association).

Mynd 1. *Dreifing helstu áhættuþátta æðakölkunarsjúkdóma eftir menntunarstigi með leiðréttingu fyrir aldri og kyni.. Efnaskiptavilla (metabolic syndrome) er skilgreind þegar að minnsta kosti þrennt af eftirfarandi er til staðar hjá hverjum þátttakanda (AHA-viðmið):*
- mittismál meira en 102 cm hjá körlum eða 89 cm hjá konum
- þríglýceríð í blóði 1,7 mmól/l eða hærra eða á lyfjameðferð vegna hækkaðra þríglýceríða
- HDL-kólesteról undir 1,05 mmól/l hjá körlum eða 1,3 mmól/l hjá konum
- Slagbils-blóðþrýstingur 130 mm Hg og hærra eða hlébils-blóðþrýstingur 85 mm Hg og hærra eða lyfjameðferð við hækkuðum blóðþrýstingi
- fastandi blóðsykur 5,6 mmól/l eða hærra eða lyfjameðferð við blóðsykurshækkun



Mynd 2. *Algengi verulegrar æðakölkunar í hálsæðum eftir menntunarstigi, aldri og kyni.*

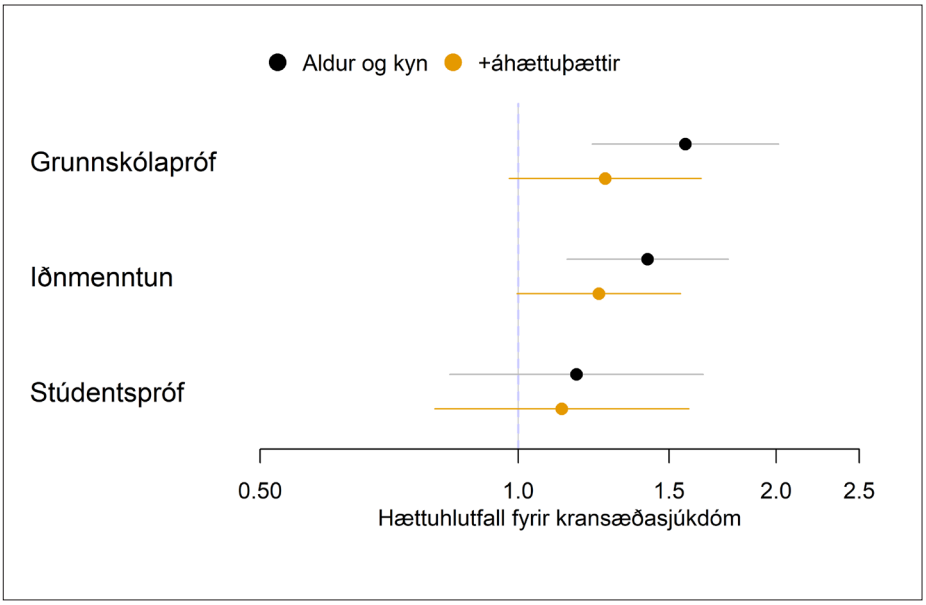


Mynd 3. *Gagnlíkindahlutföll (OR: Odds Ratio) og 95% öryggismörk á að hafa verulegar æðaskellur í hálsslagæðum eftir menntunarstigi. Leiðrétt fyrir aldri og kyni (svart), og aldri, kyni, og áhættuþáttum æðakölkunarsjúkdóma (grænt)*

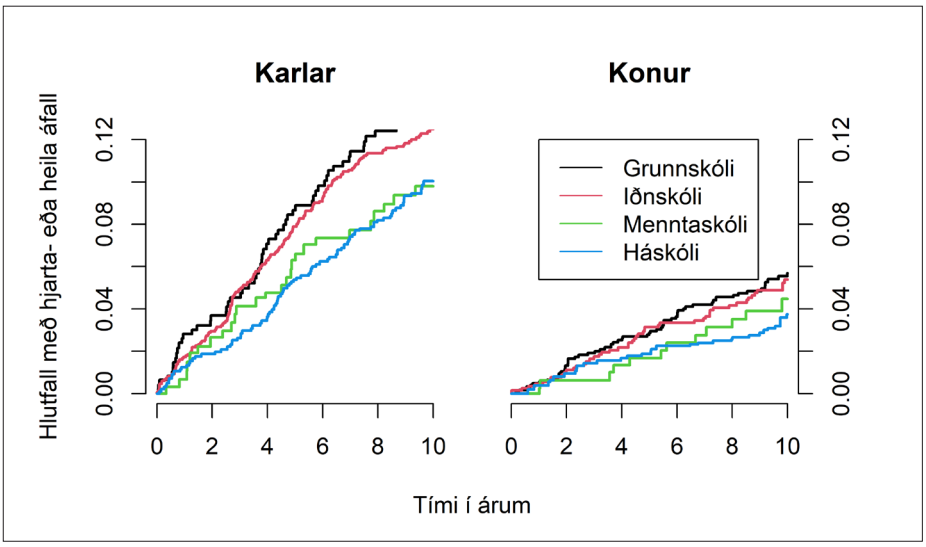
Tafla II. ***Gagnlíkindahlutfall (OR) á að hafa verulegan æðakölkunarsjúkdóm í hálsslagæðum fyrir helstu áhrifaþætti æðakölkunarsjúkdóma og menntunarstigi. Niðurstöður eru úr lógistískri aðhvarfsgreiningu með öllum áhættuþáttum í einu módeli.***

		95% öryggismörk		
	OR	**Neðri mörk**	**Efri mörk**	**p-gildi**
Aldur (hver 10 ár)	2,58	2,20	2,87	0,00
Kyn (karlar viðmið)	0,77	0,62	0,95	0,02
Slagbils-blóðþrýstingur (10 mmHg)	1,20	1,14	1,27	0,00
LDL-kólesteról (mmól/L)	1,23	1,10	1,37	0,00
HDL-kólesteról (0,5 mmól/L)	1,08	0,95	1,22	0,25
Sykursýki af tegund II	1,65	1,18	2,28	0,00
Líkamsþyngdarstuðull kg/m²	0,96	0,94	0,98	0,00
Reykingar (aldrei reykt viðmið)				
Fyrrverandi	1,55	1,23	1,95	0,00
Núverandi	2,79	2,15	3,62	0,00
Regluleg hreyfing	0,76	0,62	0,92	0,00
Fjölskyldusaga um kransæðasjúkdóma	1,25	1,04	1,51	0,02
Blóðþrýstingslyf	1,48	1,19	1,83	0,00
Blóðfitulækkandi lyf	1,74	1,30	2,32	0,00
Aspirín	1,23	0,93	1,63	0,15
Saga um kransæðasjúkdóma eða heilaáföll	2,12	1,51	2,96	0,00
Menntun (háskólapróf sem viðmiðunarhópur)				
Grunnskólapróf	1,84	1,40	2,43	0,00
Iðnskóli eða sambærilegt	1,49	1,16	1,91	0,00
Stúdentspróf	1,11	0,74	1,62	0,61

OR: Odds Ratio, gagnlíkindahlutfall, mmHg: millimetrar kvikasilfurs p-gildi úr F-prófi



Mynd 4. *Hættuhlutföll (HR: Hazard Ratio) og 95% öryggismörk á að greinast með hjarta- eða æðasjúkdóm eftir menntunarstigi. Leiðrétt fyrir aldri og kyni (svart), og aldri, kyni, æðaskellum, og áhættuþáttum æðakölkunarsjúkdóma (gult).*



Mynd 5. *Kaplan-Meier-mynd fyrir nýgengi hjarta- og æðasjúkdóma skipt eftir menntunarstigi og kynjum.*

Hjartaverndar og erlendar rannsóknir hafa áður gefið til kynna, að lágt menntunarstig samanborið við háskólamenntun tengist verri útkomu helstu áhættuþátta æðakölkunarsjúkdóma og auknu áhættuhlutfalli fyrir nýgengi hjarta- eða æðasjúkdóma. Þessi rannsókn sýnir einnig að menntunarstig tengist umfangi æðakölkunar í hálsslagæðum. Samanborið við þá sem hafa háskólamenntun eru þeir sem hafa iðn- eða sambærilega menntun helmingi líklegri til að hafa verulegar æðakölkunarskellur í hálsslagæðum og hjá þeim sem hafa eingöngu grunnskólamenntun eru gagnlíkindi 84% aukin eftir að leiðrétt hefur verið fyrir helstu þekktu áhættuþáttum æðakölkunarsjúkdóma. Þessar niðurstöður eru sérlega áhugaverðar fyrir þær sakir að ekki hefur áður verið sýnt fram á tengslin milli lágs menntunarstigs og umfangs einkennalausrar æðakölkunar í slagæðum. Þessar niðurstöður styðja þá kenningu að lágu menntunarstigi fylgi aukin sjúkdómsbyrði með því að aukin nýmyndun æðakölkunar kemur fram hjá þessum hópi.

Í rannsókn frá Hjartavernd 1996 sem fjallaði um samband menntunar og áhættuþátta kransæðasjúkdóma var sýnt fram á verri stöðu áhættuþátta hjá þátttakendum Reykjavíkurrannsóknarinnar sem voru í lægri menntunarstigum samanborið við þá sem voru langskólagengnir. Sérstaka athygli vekur að meðal hefðbundinna áhættuþátta virðist hreyfingarleysi vega þungt í skertum lífslíkum.[9] Fjórum árum síðar voru þessi tengsl rannsökuð nánar og kom þá aftur í ljós að hreyfingarleysi tengist minnkandi lífslíkum.[19] Annar rannsóknarhópur í Hjartavernd fann tengsl milli menntunarstigs og líkamsþjálfunar. Hann fann að líkamsþjálfun skýrði að hluta áhrif menntunar á lífslíkur eftir að leiðrétt hafði verið fyrir hefðbundnum áhættuþáttum kransæðasjúkdóma.[20]

Sýnt var fram á óháð tengsl menntunarstigs við lífslíkur á Íslandi í Reykjavíkurrannsókn Hjartaverndar 2001.[8,21] Í rannsókninni kom fram að aukið menntunarstig tengdist neikvætt bæði við heildardánartíðni og dánartíðni af völdum kransæðasjúkdóma og skýrðust þessi tengsl aðeins að litlu leyti af hefðbundnum áhættuþáttum kransæðasjúkdóma. Þessar niðurstöður voru samhljóma fjölda rannsókna erlendis frá þessum tíma sem sýndu sömu tengsl

Tafla III. *Hættuhlutfall fyrir hjarta- og æðaáfall þar sem leiðrétt er fyrir áhættuþáttum. Viðmið er háskólamenntun.*

Menntun	Líkan	Hættuhlutfall	Neðri mörk	Efri mörk	p-gildi
Grunnskólamenntun	Aldur og kyn	1,60	1,25	2,05	0,00
Iðnmenntun	Aldur og kyn	1,42	1,14	1,76	0,00
Framhaldsskólamenntun	Aldur og kyn	1,18	0,84	1,66	0,34
Grunnskólamenntun	+áhættuþættir	1,30	1,01	1,69	0,04
Iðnmenntun	+áhættuþættir	1,24	1,00	1,55	0,05
Framhaldsskólamenntun	+áhættuþættir	1,14	0,81	1,60	0,47
Grunnskólamenntun	+lyf*	1,25	0,97	1,62	0,09
Iðnmenntun	+lyf*	1,23	0,99	1,53	0,06
Framhaldsskólamenntun	+lyf*	1,13	0,80	1,59	0,48
Grunnskólamenntun	+duldar æðaskellur	1,22	0,94	1,58	0,14
Iðnmenntun	+duldar æðaskellur	1,22	0,98	1,52	0,08
Framhaldsskólamenntun	+duldar æðaskellur	1,15	0,81	1,61	0,43

milli aukinnar menntunar og lækkandi dánartíðni í almennu þýði og höfðu þekktir áhættuþættir óveruleg áhrif á mismunandi dánartíðni eftir menntunarstigi.[22]

Rannsókn okkar er þannig í samræmi við aðrar innlendar og erlendar rannsóknir og staðfestir að styttri skólaganga tengist sjálfstætt hefðbundnum áhættuþáttum æðakölkunarsjúkdóma. Rannsókn okkar sýnir jafnframt að þessi tengsl við áhættuþætti skýrir að mestu þá aukningu sem stutt skólaganga hefur á þróun hjarta- og æðasjúkdóma. Rannsókn okkar tengir þetta tvennt saman með því að sýna að stutt skólaganga tengist aukinni myndun æðakölkunar í hálsæðum. Þetta rennir stoðum undir þá kenningu að þeir sem hafa styttri skólagöngu að baki séu líklegri til að þróa með sér dulinn æðakölkunarsjúkdóm vegna óheppilegra áhættuþátta, sem síðan leiðir til hjarta- og æðaáfalla.

Þetta sama mynstur endurspeglast í aukinni áhættu grunnskólamenntaðra á að greinast með hjarta- eða æðasjúkdóm á 10 ára eftirfylgnitíma rannsóknarinnar. Þeir sem hafa einungis grunnskólamenntun hafa óhagstæðari samsetningu helstu áhættuþátta samanborið við hærri menntunarstig (mynd 3) og sá mismunur skýrir að mestu leyti aukinn hjarta- og æðasjúkdóm hjá grunnskólagengna hópnum.

Leiða má líkur að því að hátt menntunarstig tengist betri efnahagslegri afkomu og að þeir sem eru efnameiri hafi greiðari aðgang að heilbrigðum lífsstíl, hollari matvælum, aukinni heilbrigðisþjónustu og njóti forvarnaraðgerða í ríkari mæli en hinir efnaminni. Þeir sem tilheyra þjóðfélagshópum sem hafa minna aðgengi að menntun eru líklegri til að sitja eftir í félagslegu og efnahagslegu tilliti enda er atvinnuþátttaka þeirra sem eru með háskólamenntun 95% samanborið við 79% þeirra sem eru með grunnskólamenntun eingöngu.[18] Margir þeirra þátta sem tengja félagslega og efnahagslega stöðu við heilbrigði eru innbyrðis tengdir. Sem dæmi um þetta má nefna að óheilsusamlegt mataræði sem einkennist af mikilli kolvetnaneyslu er almennt ódýr valkostur en stuðlar að ofþyngd sem aftur tengist sykursýki og háþrýstingi sem eru alvarlegir áhættuþættir æðakölkunarsjúkdóma. Takmarkað heilsulæsi er annar þáttur sem hefur áhrif á þróun sjúkdóma hjá jaðarsettum þjóðfélagshópum og stuðlar að sjúkdómsmyndun í þeirra röðum.[23] Þessi félagslegi ójöfnuður sem er til staðar í flestum þjóðfélögum heims er undirlag heilsufarslegs mismunar sem takast þarf á við með sama hætti eins og aðra áhættuþætti langvinnra sjúkdóma.[24] Í því tilliti er mikilvægt að gera sér grein fyrir þeirri auknu áhættu sem tengist stuttri skólagöngu og beita markvissum forvarnaraðgerðum, til dæmis með heilsueflandi móttöku, greiningu og meðferð hefðbundinna áhættuþátta kransæðasjúkdóma með aðferðum sem sýnt hefur verið að beri árangur.

Það er alvarlegt umhugsunarefni að á landsbyggðinni er hlutfall þeirra sem hafa eingöngu grunnskólamenntun mun hærra en á höfuðborgarsvæðinu. Tæplega 32% íbúa á landsbyggðinni á aldrinum 25-64 ára höfðu eingöngu lokið grunnmenntun árið 2018 og var það næstum tvöfalt hærra hlutfall en á höfuðborgarsvæðinu (17,5%).[18] Þessi mismunur á menntunarstigi eftir búsetu á Íslandi er líklegur til að hafa áhrif á nýgengi og dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma þó að það hafi ekki verið kannað sérstaklega í þessari rannsókn. Í rannsókn frá Hjartavernd 1996 kom fram að búseta utan höfuðborgarsvæðisins, daglegar reykingar og minni menntun tengdust auknum líkum á offitu meðal kvenna á Íslandi.[25] Á sama hátt hefur verið sýnt fram á svæðisbundinn mun á heilsu á Íslandi þar sem hærri tíðni áhættuþátta og hærri dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma fannst meðal kvenna utan höfuðborgarsvæðisins.[26] Þetta undirstrikar mikilvægi heilsueflandi heilsugæslu í nærumhverfi landsmanna þar sem beita þarf markvissri greiningu og meðferð áhættuþátta, sérstaklega hjá þeim hópum sem eru í aukinni áhættu vegna menntunarstigs. Í þessu tilliti er mikilvægt að hafa í huga að lífsstílsmeðferð og lyfjameðferð þessara áhættuþátta getur dregið úr sjúkdómsbyrði og bætt horfur þeirra sem eru í aukinni áhættu.

Athyglisverð er sú staðreynd að í rannsókn okkar virtust þeir sem hafa styttri skólagöngu vera líklegri til að hafa fengið lyfjameðferð við háþrýstingi eða kólesterólhækkun en þeir sem eru með lengri skólagöngu. Skýring á þessu gæti legið í því að grunngildi þessara áhættuþátta voru hærri hjá minna menntuðum. Þetta gæti þó einnig bent til þess að misskipting vegna menntunarstigs nái ekki til læknisfræðilegrar meðferðar áhættuþátta en það var ekki athugað sérstaklega í þessari rannsókn.

Það sem aðgreinir rannsókn okkar frá fyrri rannsóknum á samspili menntunar og hjarta- og æðasjúkdóma er að úrtakið liggur

nær okkur í tíma (2005-2011) og endurspeglar því betur en fyrri rannsóknir betra aðgengi kvenna að menntun en var á síðari hluta síðustu aldar. Frá 2003 til 2017 hækkaði hlutfall kvenna með háskólamenntun verulega og hlutfall kvenna sem eingöngu er með grunnskólamenntun lækkaði úr 40% í rúmlega 20%. Árið 2017 var um helmingur kvenna á aldursbilinu 25-64 ára með háskólamenntun samanborið við 35% karla.[18]

Takmarkandi þáttur í rannsókninni er að hún endurspeglar hugsanlega ekki nákvæmlega samsetningu þjóðarinnar þar sem hlutfall þeirra sem hafa eingöngu grunnskólamenntun í rannsókn okkar er lægra en í almennu þýði landsmanna. Rannsóknin var gerð á höfuðborgarsvæðinu og er menntunarhlutfallið í rannsókn okkar sambærilegt við tölur Hagstofunnar um menntunarstig Reykvíkinga.[18] Gera má ráð fyrir því að þeir sem eru með lægra menntunarstig séu oftar í vinnu sem gefur færri möguleika á að taka þátt í rannsókn sem þessari. Þeir sem standa höllum fæti í efnahagslegu og félagslegu tilliti séu þannig ólíklegri til að taka þátt í vísindarannsóknum en þeir sem hafa sterkari félagslega stöðu. Erlent vinnuafl sem hefur komið til landsins á undanförnum árum er ekki hluti af þessu rannsóknarþýði.

Ójöfnuður í heilsu er til staðar í flestum löndum heims. Þó að lífslíkur á Íslandi séu lengri og nýburadauði lægri en í meðaltali OECD-ríkja, er til staðar ójöfnuður í heilsu hér á landi sem helst í hendur við félagslega lagskiptingu og efnahagslega afkomu.[27] Í nýlegri skýrslu Embættis landlæknis[28] kemur fram að samspil menntunar og heilsu verkar í báðar áttir, þannig að lægra menntunarstig hefur áhrif á heilsuhegðun og sjúkdóma og þeir sem búa við lakari andlega eða líkamlega heilsu hafa ekki alltaf sömu tækifæri til menntunar og þeir sem búa við betri heilsu. Í þessari grein er horft til fyrri þáttarins, nýgengis hjarta- og æðasjúkdóma hjá hópum með mismunandi menntunarstig. Við höfum sýnt fram á að verri staða áhættuþátta skýrir að verulegu leyti aukna byrði hjarta- og æðasjúkdóma hér á landi hjá þeim sem hafa skemmri skólagöngu að baki. Í gögnum okkar er vísbending um að þeir sem hafa grunnskólamenntun eingöngu fái ekki síður meðferð við háþrýstingi og hækkuðu kólesteróli en þeir sem eru háskólamenntaðir og er það til marks um öflugt og aðgengilegt heilbrigðiskerfi hér á landi og heilsueflandi samfélag. Þannig má ætla að efnahagslegur ójöfnuður vegi þyngra en skipulag heilbrigðiskerfisins í áhrifum á heilbrigði landsmanna eftir menntunarstigi.

Heilsufarslegur jöfnuður *(equity)* er markmið alþjóðlegra stofnana sem koma fram í Heimsmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna um sjálfbæra þróun[29] og Heilbrigðisstefnu Evrópu (Health 2020).[30] Heilbrigðisstefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030 og íslensk löggjöf leggja áherslu á viðhald heilbrigðis og jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Í þessu tilliti er mikilvægt að greina orsakir ójafnaðar milli þjóðfélagshópa og að finna leiðir til að bregðast við þeim með aðferðum sem líklegar eru til að skila árangri.

Þakkir

Rannsóknin var kostuð af Rannsóknastöð Hjartaverndar og með samningi Hjartaverndar og heilbrigðisráðuneytisins.

Greinin barst til blaðsins 2. mars 2022,
samþykkt til birtingar 21. júní 2022.

Heimildir

1. Aspelund T, Gudnason V, Magnusdottir BT, et al. Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the Icelandic population aged 25-74 between the years 1981 and 2006. PLoS One 2010; 5: e13957.
2. Andersen K, Aspelund T, Guðmundsson EF, et al. Yfirlitsgrein. Úr gögnum Hjartaverndar: Faraldsfræði kransæðasjúkdóma á Íslandi í hálfa öld. Læknablaðið 2017; 103: 411-20.
3. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, et al. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. Circulation 2001; 104: 2746-53.
4. hagstofa.is/utgafur/frettasafn/faeddir-og-danir/aevilengd-og-danartidni-2018/ - júní 2022.
5. Framke E, Sörensen J, Andersen P, et al. Contribution of income and job strain to the association between education and cardiovascular disease in 1.6 million Danish employees. Eur Heart J 2020; 41: 1164-78.
6. Meara E, Richards S, Cutler D. The gap gets bigger: changes in mortality and life expectancy by education 1981-2000. Health Aff (Milwood) 2008; 27: 350-60.
7. Marmot M, Smith G, Stansfeld S, et al. Health inequalities among British civil servants. The Whitehall II study. Lancet 1991; 337: 1387.
8. Hardarson T, Gardarsdottir M, Gudmundsson K, et al. The relationship between educational level and mortality. The Reykjavík Study. J Int Med 2001; 249: 495-502.
9. Guðmundsson K, Harðarson Þ, Sigvaldason H, et al. Samband menntunar og áhættuþátta kransæðasjúkdóma. Læknablaðið 1996; 82: 505-15.
10. Keil JE, Tyroler HA, Sandifer SH, et al. Hypertension: effects of social class and racial admixture: the results of a cohort study in the black population of Charleston, South Carolina. Am J Public Health 1977; 67: 634-9.
11. Medalie JH, Papier C, Herman JB, et al. Diabetes mellitus among 10,000 adult men. I. Five-year incidence and associated variables. Isr J Med Sci 1974; 10: 681-97.
12. Donahue RP, Orchard TJ, Kuller LH, et al. Lipids and lipoproteins in a young adult population. The Beaver County Lipid Study. Am J Epidemiol 1985; 122: 458-67.
13. Pierce JP, Fiore MC, Novotny TE, et al. Trends in cigarette smoking in the United States. Projections to the year 2000. JAMA 1989; 261: 61-5.
14. Oken B, Hartz A, Giefer E, et al. Relation between socioeconomic status and obesity changes in 9046 women. Prev Med 1977; 6: 447-53.
15. Sturlaugsdottir R, Aspelund T, Bjornsdottir G, et al. Prevalence and determinants of carotid plaque in the cross-sectional REFINE-Reykjavik study. BMJ Open 2016; 6: 1-10.
16. Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, et al. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. Am J Public Health 1992; 82: 816-20.
17. Lloyd-Jones D, Braun L, Ndumele C, et al. Use of Risk Assessment Tools to Guide Decision-Making in the Primary Prvention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. A Special Report From the American Heart Association an American College of Cardiology. Circulation 2019; 139: e1162-e77.
18. hagstofa.is/utgafur/frettasafn/menntun/mannfjoldi-eftir-menntunarstodu-2017/- júní 2022.
19. Agnarsson U, Björnsson G, Þorgeirsson G, et al. Áhrif áreynslu og íþrótta á dánartíðni af völdum hjarta- og æðasjúkdóma og heildardánartíðni. Reykjavíkurrannsókn Hjartavernar. Læknablaðið 2000; 86: 20.
20. Þórarinsson E, Harðarson Þ, Sigvaldason H, et al. Samband skólagöngu, líkamshreyfingar og lífslíkna. Læknablaðið 2002; 88: 497-502.
21. Garðarsdóttir M, Harðarson Þ, Þorgeirsson G, et al. Samband menntunar og dánartíðni með sérstöku tilliti til kransæðasjúkdóma. Læknablaðið 1998; 84: 913-20.
22. Doornbos G, Kromhout D. Educational level and mortality in a 32-year follow-up study of 18-year-old men in The Netherlands. Int J Epidemiol 1990; 19: 374-9.
23. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA 1999; 281: 552-7.
24. Havranek E, Mujahid M, Barr D, et al. Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2015; 32: 873-98.
25. Steingrimsdottir L, Ólafsdóttir E, Jónsdóttir L, et al. Reykingar, holdarfar og menntun kvenna í borg og bæ. Læknablaðið 1996; 96: 259-64.
26. Haraldsdottir S, Gudmundsson S, Thorgeirsson G, et al. Regional differences in mortality, hospital discharges and primary care contacts for cardiovascular disease. Scand J Public Health 2017; 45: 260-8.
27. The Health Equity Dataset interactive platform based on Health Equity Assessment Toolkit Plus: Software for exploring inequities in health, underlying conditions and policies within countries. WHO 2019. whoeurope.shinyapps.io/health_equity_dataset/#top4 - júní 2022.
28. Ójöfnuður í heilsu á Íslandi. Ástæður og árangursríkar aðgerðir til úrbóta. Embætti landlæknis 2021. landlaeknir.is/utgefid-efni/skjal/item46225/2021 - júní 2022.
29. Markmið um sjálfbæra þróun - áætlun til ársins 2030. Forsætisráðuneytið. heimsmarkmidin.is/ - júní 2022.
30. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO. euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf - júní 2022.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.0708.701

The relationship between lack of educational attainment, cardiovascular risk factors, atherosclerosis and coronary artery disease

Karl Andersen[1,2,3]
Thor Aspelund[1,3]
Elías Freyr Guðmundsson[3]
Gunnar Sigurðsson[4]
Sigurður Sigurðsson[3]
Guðlaug Björnsdóttir[1]
Bolli Þórsson[3]
Gunnar Sigurðsson[1,3]
Þórður Harðarson[1,3]
Vilmundur Guðnason[1,3]

[1]Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland, [2]Division of Cardiovascular Services, Landspitali University Hospital, Iceland, [3]The Icelandic Heart Association, [4]Skåne University Hospital, Sweden.

Correspondence: Karl Andersen, *andersen@landspitali.is*

Key words: *socioeconomic status, education, risk factors, cardiovascular disease.*

INTRODUCTION: Educational attainment is related to improved health and longevity. We investigated the relationship between educational attainment and cardiovascular risk factors, subclinical atherosclerosis, and incidence of coronary artery disease.

MATERIAL AND METHODS: The Reykjavik REFINE study is a population-based study recruiting 6616 subjects, 25-69 years of age from the greater Reykjavik area in 2005-2011. Baseline measurements of cardiovascular risk factors were performed, and all participants had a carotid ultrasound examination to detect subclinical atherosclerotic lesions. Clinical follow-up of cardiovascular disease during a ten-year period was performed. Educational attainment was related to clinical outcome measures.

RESULTS: The study population comprised of 3251 men and 3365 women. The proportion of the study population with primary school education only was 20.1%, 31.2% had vocational training, 12.3% had high school education and 36.4% were university graduates. Traditional cardiovascular risk factors were generally higher among subjects with primary school education only. Compared to subjects with university education, the odds ratio of having severe atherosclerotic plaque was 1.84 (95% CI 1.40-2.43) among those with primary school education only and 1.49 (95% CI 1.16-1.91) among subjects with vocational training. The subjects with high school or university education were less likely to develop significant cardiovascular disease during the 10-year follow-up period.

CONCLUSION: Primary school and vocational training compared to university education are associated with risk factors of atherosclerotic disease, subclinical carotid plaque, and incidence of cardiovascular disease. The reason for this disparity remains to be clarified but socioeconomic inequality related to less educational attainment might be involved.

Aðalfundur Læknafélags Íslands 2022 verður haldinn 14. október
í Hlíðasmára 8 í Kópavogi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Gunnlaugur Sigurjónsson segist ekki óttast að þjónusta Læknavaktarinnar verði færð til heilsugæslunnar eins og símaráðgjöf hennar. Hún færist til heilsugæslunnar þegar líður á haust. Mynd/gag

Erfitt að manna Læknavaktina vegna álags á heilsugæslulækna

Læknavaktin er í bullandi krísu vegna mönnunarvanda. Þetta segir stjórnarformaður hennar. Hann óttast þó ekki að ríkið taki þjónustuna yfir eins og það gerði með 1770 þjónustusímann. Framkvæmdastjóri Heilsugæslunnar á Kirkjusandi gagnrýnir breytta tilhögun símaráðgjafarinnar

„Við þurfum að lágmarki 80 manns til að vaktaálag á Læknavaktinni sé bærilegt en höfum aðeins 46. Við fáum ekki lækna á vakt og höfum brúað bilið í COVID með því að fá sérnámslækna inn. Þeir hafa bjargað okkur," segir Gunnlaugur Sigurjónsson, stjórnarformaður Læknavaktarinnar og framkvæmdastjóri lækninga þar. Breytist ástandið ekki, fjari undan starfseminni. Hann lýsir ástæðu manneklunnar.

„Álagið í heilsugæslunni er botnlaust. Læknar vinna langt fram á kvöld og komast því ekki til okkar," segir Gunnlaugur, sem einnig er læknir og einn eigenda sjálfstætt starfandi Heilsugæslunnar Höfða.

„Heilsugæslustöðvar eru gríðarlega undirmannaðar og það ástand mun versna. Ég hef því verulegar áhyggjur af Læknavaktinni en ekki að hún verði lögð niður af ríkinu heldur vegna mönnunarvanda. Fólk er örþreytt og treystir sér ekki á þessar aukavaktir," segir Gunnlaugur, en ríkið tekur í haust yfir símaráðgjöfina 1770 sem vaktin hefur veitt og setur til Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Hann er ósáttur við vinnubrögðin þar.

„Við eigum erfitt með að skilja ákvörðunina og finnst ljótt hvernig staðið var að þessu. Aldrei var talað við okkur," segir Gunnlaugur. Málið sé ekki fjárhagslegt heldur óttist hann að sú mikla þekking sem safnast hefur innan Læknavaktarinnar með þjónustusímanum glatist.

„Verkefnið hefur sífellt stækkað. Fyrir COVID svöruðum við 60-80 þúsund símtölum á ári. Í COVID-fárinu fóru símtölin í 300.000 á ári." Þau fjórfölduðu mannaflann í svörun til að mæta þeim stormi. Hann hafi sérstakar áhyggjur af landsbyggðinni en þjónustan hafi dregið úr útköllum lækna á landsbyggðinni um 50% með símtölunum. Ekki hafi verið spurt um eðli símtalanna í þessum breytingum.

„Nei, heldur aðeins um fjölda þeirra, en við teljum að það þurfi heilbrigðismenntun til að svara um 80-90% af þessum símtölum."

Oddur Steinarsson, framkvæmdastjóri Heilsugæslunnar á Kirkjusandi, segir að þau sjálfstætt starfandi hafi mörg áhyggjur af samráðsleysinu sem sýnt hafi verið í þessu ferli. „Einnig því að með þessu verður það í verkahring Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, sem rekur 15 heilsugæslustöðvar í samkeppni við okkur, að þjónusta viðskiptavini okkar í gegnum síma."

Hann segir að miðað við þessar vendingar væri eðlilegast að skipta Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins upp. „Annars vegar að hún sinni stoðþjónustu við allar heilsugæslustöðvar og þróun þeirra. Hins vegar að hún reki sínar stofur." Hann hafi einnig, eins og Gunnlaugur, áhyggjur af auknu álagi á landsbyggðarlækna.



Oddur Steinarsson, framkvæmdastjóri Heilsugæslunnar á Kirkjusandi

Oddur bendir á að sjálfstætt starfandi heilsugæslustöðvar komi afar vel út úr nýrri þjónustukönnun Maskínu fyrir Sjúkratryggingar Íslands. „Þær skipa 1., 2., 3. og 5. sæti af 19. Ég átta mig ekki á því af hverju við erum talin lakari kostur í að veita svona þjónustu."

Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir, framkvæmdastjóri hjúkrunar hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, segir undirbúning flutningsins ganga vel. „Allt ætti að verða klárt," segir hún. „Við erum með alla þessa þjónustu nú þegar. Við svörum um 500 símtölum og 300 í netspjalli á Upplýsingamiðstöðinni á dag og bætum nú næturvaktinni við. Þjónustan verður hraðbrautin inn í heilbrigðiskerfið og með þessum breytingum styrkjum við þá hugmynd."

Breyttar stjórnir aðildarfélaga



Þórdís, Ragnar, Sólveig og Magdalena.

Þórdís Þorkelsdóttir hefur tekið við stjórnartaumunum í Félagi almennra lækna, FAL, af Árna Johnsen. Ragnar Freyr Ingvarsson er nýr formaður Læknafélags Reykjavíkur. Hann tekur við af Guðmundi Erni Guðmundssyni. Með mannabreytingunum breytist einnig stjórn LÍ: Sólveig Bjarnadóttir kemur ný inn fyrir FAL, Magdalena Ásgeirsdóttir fyrir FSL og svo Ragnar Freyr fyrir LR.



Sigríður Lárusdóttir, Harpa Leifsdóttir, Bjarnþóra Egilsdóttir og Elsa Valsdóttir í efri röð. Jórunn Atladóttir og Guðmunda Elíasdóttir fyrir framan. Mynd/aðsend



Elsa og Jórunn huga að fæti Guðmundu Elíasdóttur sem náði landi fyrir hópinn í Frakklandi. Mynd/aðsend

Persónulegur sigur í söltu Ermarsundi

„Að synda yfir Ermarsundið gaf okkur þá tilfinningu að við getum hvað sem er. Það verður ekkert verkefni það stórt að ekki sé hægt að yfirstíga það," segir Elsa Valsdóttir, skurðlæknir

„Sundið tók á. Það var hrikalegt og æðislegt á sama tíma. Það er ekki hægt að lýsa þessari reynslu öðruvísi. Mér tókst að synda yfir Ermarsundið, sem gerir aðrar áskoranir léttari í lífinu," segir Elsa Valsdóttir, skurðlæknir á kviðarholsskurðdeild á Landspítala. Hún synti í boðsundssveitinni Bárunum með Jórunni Atladóttur sem einnig er ristilskurðlæknir á deildinni og fjórum öðrum þann 7. júní.

Með þeim tveimur voru Bjarnþóra Egilsdóttir, Harpa Leifsdóttir, Sigríður Lárusdóttir og Guðmunda Elíasdóttir. „Við erum fimmta íslenska boðsundssveitin sem klárar," segir Elsa. Sundið tók þær 16 klukkustundir og 4 mínútur. „Við syntum 54 kílómetra en loftlína Ermarsundsins er 33 kílómetrar," segir hún.

„Við erum enn að jafna okkur. Höfum synt smá og hlaupið smá. Svona sund reynir minna á líkamann en hausinn. Hann er númer 1, 2 og 3," segir hún og lýsir ströngum reglum. Þær hafi ekki mátt hjálpast að eða snertast milli spretta og urðu að vera klukkustund hver ofan í í einu. Matsmaður hafi verið um borð sem skar úr um hvort sundið væri gilt.

„Það þurfti sterkan vilja til að koma sér út í og halda sér ofan í 13-14 gráðu heitum sjónum í klukkutíma," segir Elsa. Passa þurfi að panikka ekki í svona erfiðum aðstæðum. „Við vorum að súpa sjó og hósta upp. Þetta var rosalega erfitt, skítkalt bæði í sjónum og í bátnum."

Ölduhæðin hafi náð einum metra og aðstæður til sundsins svo erfiðar að tvísýnt var hvort þeim yrði hleypt af stað og hvort þær fengju að klára. Tveir af 6 hópum hættu við sund þennan dag vegna veðurs. „Við vorum harðar á því að láta reyna á þetta. Við erum jú Íslendingar og vitum að veðurspá er bara spá. Hún getur breyst hratt," segir hún.

„Við tókum stuttan fund á bryggjusporðinum og ákváðum að ef okkur tækist ekki að klára, myndum við líta á sundið sem æfingu og fara aftur seinna. Sundið stóð tæpt allan tímann. Þegar fór að líða á var farið að hvessa. 66 gráður norður kraftgallarnir voru lífsbjörg um borð í bátnum," segir hún.

Fimm ár eru síðan Elsa tók fyrsta sjósundsprettinn. „Vinkona mín hafði reynt að draga mig í mörg ár. Mér fannst þetta fáránlegt. Af hverju að fara út í sjó þegar sundlaugar eru allt um kring. Síðan fór ég að heyra fleiri tala um að sjósund væri æðislegt og ég ákvað því að láta undan þrábeiðninni og það varð ekki aftur snúið. Ég féll fyrir sportinu frá fyrsta sundi."

Hópurinn var búinn undir allskonar veður á Ermarsundi. „En aðstæður voru töluvert verri en okkar svartsýnustu hugmyndir höfðu verið," segir Elsa. „Helming leiðarinnar voru þetta frekar slagsmál við öldurnar en sund. Þetta var eins og að synda í þvottavél. Manni leið eins og við kæmumst ekki áfram. Vorum að passa að kastast ekki á bátinn því ölduganguinn var svo mikill," segir hún.

„Við fengum aldrei góðan kafla. Vorum alltaf með vindinn og ölduna í fanginu." Þær höfðu beðið lengi eftir sundinu, bókuðu það í janúar 2019. „Og ég segi: Þetta var rosalegt en algjörlega þess virði. Tilfinningin að hafa klárað þetta er mögnuð. Geta horft til baka og sagt: Ég synti yfir Ermarsundið. Það er meiriháttar."

Stefna að tillögum fyrir alþingi í haust

„Lykilatriði er að tryggja aftur traust í heilbrigðiskerfinu og auka öryggi sjúklinga og starfsmanna," segir Theódór Skúli Sigurðsson, formaður Félags sjúkrahúslækna. Hann er fulltrúi heilbrigðisstarfsfólks í hópi heilbrigðisráðherra sem metur möguleika þess að afnema refsiábyrgð heilbrigðisstarfsfólks vegna atvika.

Nefndin hefur nú fundað þrisvar og stefnir að því að gera tillögu að breyttum lögum fyrir haustþing. „Mikill hugur er í vinnuhópnum að klára málið," segir Theódór en stefnt er að því að stofnanir beri ábyrgðina en ekki einstaklingarnir.

Theódór segir hópinn nú aðeins vinna að einni tillögu sem sett var fram í skýrslu um úrbætur frá 2015. Annar starfshópur sem stofnaður verður fyrir haustið vinnur í hinum tillögum skýrslunnar. „Hópurinn mun endurskoða ferlið sem fer af stað þegar alvarleg atvik verða innan heilbrigðiskerfisins." Theódór fagnar því að málið sé komið á skrið. „Ég vil þakka heilbrigðisráðherra fyrir að setja þessa vinnu í gang."



Theódór Skúli Sigurðsson fulltrúi heilbrigðisstarfsfólks í starfshópi ráðherra. Mynd/gag

Má eyða sjúkragögnum?



Sjúkragögn eru í dag að mestu orðin rafræn og varðveitt til lengri tíma.
En fjölmörgum viðkvæmum skjölum og rafrænum afritum þarf að farga með öruggum hætti.

Við vinnum samkvæmt vottuðu og öruggu ferli þegar við tökum við, flytjum og eyðum gögnum. Eyðingin sjálf gerist með tætingu og fer kurlið til endurvinnslu hjá viðurkenndum vinnsluaðilum.

Hafðu samband!

Opið mánudaga - fimmtudaga 8:30 -17:00 og til 16:00 á föstudögum.

Örugg eyðing gagna

AAA NAID CERTIFIED

GAGNAEYÐING

Gagnaeyðing ehf. · Bæjarflöt 7 · 112 Reykjavík · Sími 568 9095 · www.gagnaeyding.is · gagnaeyding@gagnaeyding.is

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



Margrét Ólafía Tómasdóttir
heimilislæknir
formaður FÍH

Úr bakkafulla læknum

Læknavakt á fimmtudegi. Klukkan er 22:30. Stend læknavaktina eftir dagvakt á heilsugæslunni. 83. skjólstæðingur dagsins gengur inn. Það er komið að þeim mörkum þar sem ég er orðin óörugg um eigin dómgreind. Verkefni dagsins eru farin að flæða saman og ég rétt vona að ekkert of flókið bætist við.

Bakkafullur lækur. Hugtak sem við þekkjum af öllum stigum heilbrigðiskerfisins. Við erum öll stödd í bakkafullum lækjum sem stöðugt er borið í. Streita, álag, siðferðisskaði og kulnun eru hugtök sem við erum orðin of kunnug í daglegu umhverfi okkar. Heilbrigðiskerfið er rekið á hliðinni og við það að hrynja. Það er orðið lífsnauðsynlegt okkur og skjólstæðingum okkar að veita viðspyrnu.

Heilsugæslan hefur verið í mikilli jákvæðri uppbyggingu undanfarin ár. Hún hefur fest sig í sessi sem fyrsti viðkomustaður og vaxið í trausti og virðingu í samfélaginu. Verkefnum hennar fjölgar stöðugt um leið og ásóknin eykst og opnar *drop-in* dagvaktir eru reknar á nánast öllum heilsugæslum samhliða bókaðri móttöku. Viðtölum lækna og símtölum hefur fjölgað töluvert og undanfarin tvö ár hefur orðið sannkölluð sprengja í rafrænum samskiptum.

Á sama tíma hefur fækkað í starfshópi sérmenntaðra heimilislækna og sérgreinin á leið í mönnunarlega lægð næstu 5-6 árin – þar til sívaxandi sérnám nær vonandi að snúa við þeirri þróun.

Þannig er augljóst að álag á heimilislækna hefur aukist mikið. Til viðbótar þyngri verkefnum vegna breyttrar aldurssamsetningar þjóðar og aukinna fjölveikinda þá hlaupum við hraðar til að sinna bráðaþjónustu og endalausum rafrænum skilaboðum. Áður en við hlaupum heilsugæsluna í þrot er því vert að staldra aðeins við og hugsa. Ef svo vel vill til að þessi lægð sem nú er mun einungis standa í nokkur ár, hvernig ætlum við að komast í gegnum hana og upp úr þessum bakkafulla læk?

Það er vel þekkt að heilbrigðisþjónusta fellur ekki að klassískum lögmálum um framboð og eftirspurn. Það er frekar á þann hátt að eftir því sem framboðið verður meira, þeim mun meiri verður aðsóknin í þjónustuna. Síðastliðinn vetur varð Læknavaktin að bæta við mönnunarlínum 7 og 8 á hefðbundna vakt vegna álags, á sama tíma og sérfræðingum starfandi á vaktinni hafði fækkað úr 68 í 49 á örfáum árum. Dagvaktir sem hafa verið mannaðar af einum lækni á stöð þurfa nú að bæta þeim næsta við vegna aðsóknar. Þar sem starfsfólki fjölgar ekki lengist um leið biðtími eftir bókuðum tímum með auknu álagi á símtöl, skilaboð og pappír sem því fylgir. Það er því augljóst að við erum að brenna kerti starfsfólks í báða enda – en erum við raunverulega að bæta þjónustuna?

Á vöktum hittum við mest fyrir tiltölulega hraust fólk með afmörkuð vandamál, pestir, stoðkerfisverki og slíkt, á meðan þeir sem þurfa á langtímaeftirfylgd flókinna vandamála, aldraðir, fjölveikir og einstaklingar með geðræn vandamál, eru stærri hluti þeirra sem nýta bókaða tíma og sitja því á hakanum. Heilsuveruskilaboðin innifela að sama skapi mest einföld og afmörkuð vandamál sem þurfa ekki endilega mest á athygli okkar og starfskröftum að halda en krefjast stöðugt meiri tíma af vinnudeginum. Við erum sammála um að bráðaþjónusta og gott aðgengi skipta máli í grunnþjónustunni en það er greinilega þörf á að endurskoða jafnvægið svo það kaffæri ekki aðra þjónustu.

Eitt af grunngildum heimilislækna er samfella í þjónustu. Rannsóknir hafa ítrekað sýnt að þeir sem skráðir eru með fastan heimilislækni sem sinnir þeim til lengri tíma hafa betri heilsu og lífsgæði, leita síður á bráðamóttöku, leggjast sjaldnar inn og hafa bættar lífslíkur.[1] Til að uppfylla þessa samfellu er þó ekki nóg að heimilislæknir sé nafn á blaði, hann þarf að geta hitt skjólstæðingana og sinnt málum þeirra af kostgæfni. Norðurlöndin hafa flest komist að þeirri niðurstöðu að heimilislæknir í fullu starfi geti sinnt um 1000-1200 manns í sínu samlagi. Félag íslenskra heimilislækna er á sama máli. Í dag er þessi tala í reynd um 2300 á hvern íslenskan heimilislækni.

Annað af grunngildum sérgreinarinnar er að veita þeim forgang sem mest þurfa á þjónustunni að halda, ég tel mikilvægt að við skilgreinum hver sá hópur sé og skoðum aðkomu hans að þjónustunni. Við viljum stuðla að jöfnuði í heilbrigðiskerfinu en í stjórnlausu kerfi fær sá mest sem er frekastur á þjónustuna.

Við þurfum að koma okkur út úr stjórnleysinu, taka völdin á þjónustunni út frá því sem við sjáum að skiptir skjólstæðingahóp okkar mestu máli með hliðsjón af getu út frá núverandi mönnun.

Heimild

1. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Brit J Gen Pract 2022; 72: 715.

Stjórn Læknafélags Íslands

Steinunn Þórðardóttir formaður

Félag almennra lækna
Þórdís Þorkelsdóttir
Sólveig Bjarnadóttir

Félag íslenskra heimilislækna
Margrét Ólafía Tómasdóttir
Oddur Steinarsson

Félag sjúkrahúslækna
Theódór Skúli Sigurðsson
Magdalena Ásgeirsdóttir

Læknafélag Reykjavíkur
Ragnar Freyr Ingvarsson
Ingibjörg Kristjánsdóttir

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

Vildi ekki vera dreginn út af vinnustaðnum með naglaförin á veggjunum

„Ég hlakka ekki endilega til að hætta," segir Þórólfur Guðnason sem kveður starf sitt sem sóttvarnalæknir þann 1. september, nákvæmlega 7 árum eftir að hann tók við því. „Ég hef haft ánægju af starfinu og brunnið fyrir því"

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég hef lært mikið og tel mig hafa mikið fram að færa. Hef unnið með frábæru fólki. Hef alltaf hlakkað til að fara í vinnuna, á hverjum einasta morgni, og þess vegna hlakka ég ekki til að hætta. Það er eðlilegur vendipunktur hjá öllum að hætta að vinna. Þá er eins gott að maður skipuleggi og ákveði brottförina sjálfur," segir hann og brosir þar sem tekur á móti blaðamanni *Læknablaðsins* hjá Embætti landlæknis í Höfðatorgsturninum. Júní. Enn þrír mánuðir í lokadaginn.

„Ég held að það sé verst að brenna upp í því sem maður er að gera. Þetta er ástríðustarf og það mun því örugglega taka mig einhvern tíma að jafna mig eftir starfslokin," segir Þórólfur raunsær. Hann er sérfræðingur í barnalækningum og smitsjúkdómum barna. Útskrifaðist úr læknisfræði frá HÍ 1981 og sérmenntaði sig í Bandaríkjunum. Hann hóf störf sem yfirlæknir á sóttvarnasviði Embættis landlæknis árið 2002. Fyrir tveimur áratugum.

Metur samstarfsfólkið mikils

„Það er ekki auðvelt að gefa eftirmanni sínum almenn ráð en mín eru þau að trúa og treysta á innsæi sitt. Leita ráðlegginga hjá réttu fólki þegar á þarf að halda. Vera í samstarfi við fólk. Passa að hafa gott samferðafólk með sér í vinnunni. Hafa andrúmsloftið og móralinn þannig að þú getir staðið í svona verkefni frá degi til dags," ráðleggur Þórólfur arftaka sínum. Hann segir að sóttvarnalæknir þurfi að koma fram með þær lausnir sem hann trúi á.

„Þær þurfa ekki að vera þær sömu og ég kom með," segir Þórólfur. En mun eftirmaðurinn fást við COVID-veiruna áfram? „Já, hún mallar enn í samfélaginu og margir angar eiga eftir að koma upp. Ákveða þarf framtíðarfyrirkomulag bólusetninga. Hvernig á að fylgjast með veirunni áfram. Ákveða hvort grípa þurfi til nýrra ráðstafana. Svo koma nýjar veirur eins og apabóluveiran. Það verða eilífar áskoranir," segir Þórólfur sem trúir því að í framtíðinni þurfi að beita svipuðum nálgunum og nú í faraldrinum. Alltaf þurfi þó að ákveða hversu víðtækar aðgerðirnar eigi að vera.

Fálkaorða fyrir árangurinn

En bjóst Þórólfur við að ákvarðanir hans í faraldrinum, fjarlægðartakmarkanir, snertilaus samskipti og grímur, ættu eftir að hafa svona víðtæk áhrif á hegðun fólks?

„Já, ég var að vona það," segir hann og hlær. En hann sé ekki viss um að þessi breytta hegðun sé komin til að vera. „Mér sýnist nú að við séum nokkurn veginn að fara í sama farið og fyrr. Fólk er farið að heilsast og ég er sjálfur þar þótt það fljúgi þá í kollinn á mér hvort ég sé að gera rétt." Hann hugsi til efnahagshrunsins árið 2008. „Þá sagði fólk að nú myndi bankagangurinn breytast. Fólk yrði varkárara í fjárfestingum. Ég get ekki séð að það hafi gerst. Lífið fer í hringi og við endum stundum á sama stað eftir að hafa farið langa Krýsuvíkurleið."

Blaðamaðurinn snýr talinu enn og aftur að lokapunktinum. Starfslokunum. Ekki árangrinum. Hann er ljós. Fálkaorðan staðfestir hann. „Það er mikilvægt að undirbúa starfslok vel svo þau verði ekki eitt allsherjar sjokk," segir Þórólfur.

Undirbýr starfslokin

„En hvernig á maður að undirbúa sig? Margir undirbúa sig með því að koma sér upp áhugamáli sem tekur huga þeirra. Menn þurfa að gera eitthvað. Menn geta ekki vaknað, lesið Morgunblaðið – minningargreinarnar. Farið svo út í búð til að kaupa sér kringlur og brauð, lagt sig, gluggað í fleiri blöð og farið að sofa. Ef rútínan verður þannig, geta starfslokin orðið áfall," segir Þórólfur sem ákvað að taka málin í sínar hendur og hætta ári fyrir sjötugt. Ári áður en honum yrði gert að hætta.

„Ég vildi ekki vera dreginn út af vinnustaðnum með naglaförin á veggjunum." Það sé ekki gott að halda ekki sjálfur um stjórnartaumana. Margt spili inn í. Bæði persónulega og faglega. Starf sóttvarnalæknis hafi verið krefjandi síðustu tvö ár. Heimsfaraldur. Gríðarlegur hraði og hann kominn á hefðbundinn eftirlaunaaldur.

„Það var alltaf verið að spyrja mig: Hvenær ætlar þú að hætta? Ég sagði að



„Ég vildi ekki vera dreginn út af vinnustaðnum með naglaförin á veggjunum," segir Þórólfur Guðnason sóttvarnalæknir sem hættir störfum ári fyrir sjötugt. Mynd/gag

ég færi ekki á meðan ég teldi að það væri virkileg þörf á mér. Það hefði verið óeðlilegt af mér að hætta í miðjum klíðum, miðjum faraldri. Bæði hefði það sent röng skilaboð og getað haft áhrif á samstöðuna. Flótti hefði getað komið í liðið. Ég vildi það ekki," segir Þórólfur sem svarar litlu um undirbúninginn, plönin. Kannski engin!

Ljómi yfir lokaárunum

En hefði hann viljað takast fyrr á starfsaldrinum við heimsfaraldur frekar en nú við lok hans?

„Mér finnst ákveðinn ljómi yfir því að ljúka starfsferlinum með svona faraldri. Ég er ekki að meina þetta illa. Ég hef undirbúið mig alla tíð fyrir faraldur og fyrst hann þurfti að koma held ég að þessi tímasetning hafi ekki verið verri en önnur fyrir mig."

Þórólfur segir faraldurinn ekki hafa kippt undan honum fótunum á neinn máta. Hann var tilbúinn. „Auðvitað erum við lúin en það er samt sem áður lærdómur og ljós sem maður hefði getað tekið með sér og rifið áfram."

Nú þegar um hægist hafi myndast ákveðið tómarúm. „Þá þarf að huga að mörgum þáttum sem þarf að byggja upp aftur og það til framtíðar." Í þessum uppbyggingarfasa sé hentugra að nýr aðili komi inn enda þurfi nú að horfa í baksýnisspegilinn og sjá hvernig til tókst.

„Vorum við rétt undirbúin? Vel undirbúin? Hvað getum við tekið með okkur til að vera betur undirbúin næst, því það kemur aftur faraldur. Það eru fjölmargir þættir sem urðu öðruvísi en við bjuggumst við. Margt sem var allt öðruvísi."

Hvað var öðruvísi? Hann nefnir að til að mynda að aldrei hafi verið hugsað hvað faraldurinn yrði langur. Alltaf hafi verið hugsað í vikum eða mánuðum. Faraldur myndi valda usla og svo yrði farið í uppbyggingarfasa.

„En að þetta myndi taka tvö ár grunaði mig aldrei. Auðvitað sá maður þegar okkur tókst að sveigja þessa frægu kúrfu niður að faraldurinn gæti dregist á langinn." Hann hafi bundið miklar væntingar við bóluefni og að þau myndu binda endi á faraldurinn. Ófullnægjandi virkni þeirra hafi verið viss vonbrigði.

„Auðvitað var þó ótrúlegt hvað tókst fljótt að búa til bóluefni með nýjum aðferðum en við hefðum viljað sjá þau koma í veg fyrir smit." Ánægjulegt hafi þó verið að sjá að bóluefnin komu í veg fyrir alvarleg veikindi.

Passasamari um orð sín

Blaðamaður fullyrðir að Þórólfur hafi farið frá því að vera lítt þekktur opinber starfsmaður í að verða þjóðþekktur í faraldrinum. Maður sem þjóðin treysti ásamt þríeykinu sínu, Ölmu Möller og Víði Reynissyni. Breytti þetta ekki daglegu lífi hans?

„Nei, og þetta hefur ekki breytt mér neitt nema ég er meðvitaðri um að það er meira fylgst með því sem maður gerir og segir. Ég þarf því að passa að sleppa ekki eins fram af mér beislinu og ég gerði og segja eitthvað í gáleysi. Það er út af fyrir sig svolítið óþægilegt því mér finnst gaman að geta talað gáleysislega í réttum hópi," segir hann léttur. „En það er eiginlega eina breytingin í sjálfu sér. Ég hef mætt góðu viðmóti alls staðar, þótt menn sendi mér pillur á samfélagsmiðlum. Það er þá fólk sem ég þekki ekki neitt og talar á þann máta að á því er ekki mark takandi."

En hvað með gagnrýnisraddir á ákvarðanir hans meðal lækna? „Já, þær voru helst í byrjun," segir hann og að skoðanaskipti séu nauðsynleg. „Ég tek til skoðunar það sem menn segja, en mér fannst hins vegar og svaraði því oft þegar gagnrýnin var byggð á röngum forsendum. Jafnvel þótt menn séu læknar eru ekki allir sem hafa innsýn inn í smitsjúkdóma og faraldsfræði." Hann hafi þá svarað því faglega en ekki gagnrýnt að fá gagnrýni. „Enda voru menn ekkert að hnýta í mig persónulega."

En hverju er hann stoltastur af? „Ég get verið ágætlega stoltur af sjálfum mér. Mér finnst ég hafa komið ágætlega út úr þessu sjálfur með aðstoð fjölskyldu minnar og fólksins í kringum mig," segir hann. „Ég er stoltur af samstarfsfólki mínu hjá sóttvarnalækni, Embætti landlæknis, almannavörnum og heilbrigðisstofnunum. Einnig er ég stoltur af aðkomu Íslenskrar erfðagreiningar snemma í faraldrinum. Aðkoma þeirra gerði mikið til að skilja faraldurinn og grípa til réttra aðgerða." Hann bendir á að margt fólk sem ekki hafi verið sýnilegt hafi unnið dag og nótt í faraldrinum.

„Ég er stoltur af þeim samtakamætti sem við náðum hjá almenningi, stoltur af stjórnkerfinu og ríkisstjórninni. Það var ekki auðvelt hjá þeim að fara þá leið sem var farin. Hefði önnur leið verið farin, sem var kallað eftir – jafnvel innan ríkisstjórnarinnar, held ég að þetta hefði endað verr. Við hefðum verið í miklum vanda."

Heppni og samstarf við hæfileikaríkt fólk litar starfsferilinn

„Það er erfitt að hafa annað hobbí en læknastarfið og rannsóknarvinnuna sem því tengist," segir Guðmundur Jóhannsson innkirtlalæknir sem hefur síðustu áratugi fengið hvert stóra verkefnið á fætur öðru í Svíþjóð þar sem hann hefur starfað síðustu 35 ár

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég get sagt að ég vinn styttri vinnudaga en ég gerði fyrir 10 árum síðan. Maður verður skilvirkari með árunum að mörgu leyti en ég nýti enn mörg kvöld og margar helgar," segir Guðmundur Jóhannsson, sérfræðingur í lyflækningum og innkirtlafræðum við Sahlgrenska-sjúkrahúsið í Gautaborg og prófessor og aðstoðardeildarstjóri lyflækningadeildar Háskólans í Gautaborg.

Guðmundur sest niður eftir langan vinnudag og ræðir við *Læknablaðið*. Rafrænt. Hann hefur með elju komið ár sinni vel fyrir borð. Vann sig upp af minni sjúkrahúsum á stærri og kveðst hafa notið sannmælis þrátt fyrir að vera ekki innfæddur.

„Já, ég held það. Ég hef aldrei fundið annað," segir hann en bætir við: „Ég segi þó stundum að því lengra sem þú kemst upp fjallstindinn þeim mun harðara blæs." Hann brosir, er hógvær um leið og hann lýsir því hvernig það geti þó verið gott að þekkja mann og annan á leiðinni upp metorðastigann.

„En á sama tíma finnst mér að ég hafi alltaf fundið meira en minna fyrir því að vera alltaf tekinn fyrir það sem ég er. Horft er til þekkingarinnar sem maður býr yfir," segir hann. „Ég get ekki sagt að ég hafi fundið fyrir öðru."

Guðmundur var lengi ritari og síðan forseti Fagráðs vaxtarhormónarannsókna (Growth Hormone Research Society Council) og einn ritstjóra Evrópska innkirtlatímaritsins (*European Journal of Endocrinology*). Hann hefur setið í European rare network, ráði Evrópusambandsins, frá upphafi. Það miðar að því að veita fólki með sjaldgæfa innkirtlaröskun sömu þjónustu óháð búsetu. Svo hefur hann fylgt fjölda sérnámsnema eftir í doktorsnámi og er vísindamaður.

Yfir 300 vísindagreinar hans hafa verið birtar í ritrýndum tímaritum. Heiladingulssjúkdómar, vaxtarhormón og áhrif kortisóls eru efst á áhugasviðinu. Verkefnin eru mörg. Hann átti ríkan þátt í þróun lyfsins Plenadren® sem hefur verið notað við kortisólskorti allt frá árinu 2011. Afrek sem bætir lífsgæði margra.

Ávísar eigin lyfi

„Afrek og afrek," segir hann góðlátlega og dregur úr þætti sínum. „Segja má að það sé heppni eða hæfileiki til að velja sér góða samstarfsaðila. Það er það sem gefur mest við að leysa vandamál og finna lausnir. Samvinna er svo mikilvæg og að vinna í hópi sem gefur og tekur. Það er skemmtilegast í starfi og skiptir þá ekki máli hvort maður er í rannsóknarvinnu, að stjórna eða á klínikinni," segir hann.

„Það er þó svolítið sérstakt að standa á bak við hugmynd sem lifir. Það er skemmtilegt. Ég var heppinn að hitta rétt hæfileikaríkt fólk á sínu sviði. Niðurstaðan var lyf sem virkar vel, er til um alla Evrópu og er notað til að hjálpa sjúklingum – gerir gagn." Það sé sérstök tilfinning að hafa síðasta áratuginn getað skrifað út eigið lyf sem hann varði mörgum misserum í að vinna að. En getur hann lýst tilfinningunni?

„Nei það er svolítið erfitt," segir hann. „Ætli það sé ekki neikvæður eiginleiki hjá mér að þegar ég er búinn með einn hlut tekur næsti við á einhvern hátt."

Sænska lífið

Annir í starfi Guðmundar eru miklar og hann viðurkennir að fjölskyldutíminn hafi stundum verið skorinn við nögl. „Já, það er erfitt þegar börnin eru lítil, en núna eru engin smábörn og því auðveldara að stela sér tíma hér og þar," segir Guðmundur sem á þrjú uppkomin börn; í Malmö, Amsterdam og á Íslandi. Lífið sé gott og hann giftur Titti Ölmstjerna sem á sín tvö.

„Við höfum verið gift í nær 15 ár. Hún þjálfar hunda í hæsta klassa. Það er áhugamálið hennar og þýðir að maður þarf að vera mikið úti, fara í gönguferðir og verja mörgum klukkutímum í skóginum." Þá sé gott að geta stokkið úr amstri miðborgar Gautaborgar í sveitina.

„Við erum við með lítið hús suður af Gautaborg, fyrir utan Halmstad, sem við erum í þegar tími gefst til. Það er algjör andstæða við miðborgarheimilið þar sem



Guðmundur Jóhannsson hefur búið lengur í Svíþjóð en á Íslandi, hefur fest þar rætur og náð langt í læknastéttinni. Hann á sinn þátt í yfir 300 vísindagreinum. Mynd/aðsend

er umferð allan sólarhringinn og þyrlur sem fljúga með sjúklinga fram og til baka. Sporvagnar á ferð. Í staðinn heyrist í trjánum og hafinu í sveitinni, sem myndar góðar andstæður," segir hann.

Guðmundur flutti fyrst til Svíþjóðar tveggja ára. Jóhann Guðmundsson bæklunarlæknir var faðir hans, Sigríður Jóna Árnadóttir móðir. Þau mæðgin fylgdu Jóhanni út í sérnám og þar eignaðist Guðmundur þrjú systkin. Fjölskyldan kom heim þegar hann var rétt 10 ára og hann kláraði menntaskóla og læknanámið hér heima og fór aftur út í sérnám. Alfarinn 1987 ári eftir útskrift úr læknadeild þótt það hafi ekki verið planið.

Dýralæknir draumurinn

„Ég festist. Fór úr í einu og annað. Svo líður tíminn. Nýir möguleikar, ný verkefni," segir Guðmundur sem ætlaði sér ekki að verða læknir. „Það var heldur ekki planið," segir hann og hlær. „Ég ætlaði að verða dýralæknir." Á þeim tíma hafi íslenska ríkið átt eitt plúss á ári í háskólanum í Osló. Annar hafi fengið sætið árið sem hann varð stúdent.

„Þá ætlaði ég að lesa eitt ár í læknadeildinni og sækja síðan aftur um." En lífið breytti um stefnu og honum líkaði lífið í læknadeildinni. „Síðan fæddist líka elsta dóttir mín á því ári, sem flækti stöðuna," segir hann.

Guðmundur gerir ekki framtíðarplön. „Nei, það er kannski ástæðan fyrir því að ég fór aldrei aftur til Íslands. Það tekur eitt verkefnið við af öðru og leiðin markast," segir hann. „Maður er ekkert að plana allt of langt fram í tímann."

En hvernig sér hann þá fyrir sér næstu ár? „Nú vinn ég mikið fyrir háskólann," segir Guðmundur sem situr í mörgum ráðum og nefndum sem vinna að breyttu námi, úr kandídatsfasanum í fullt læknaleyfi eftir 6 ára nám. Hann er ábyrgur fyrir stórum hluta læknadeildarinnar í Gautaborg sem hann segir hafa breytt læknanámi sínu hvað mest síðustu ár í Svíþjóð.

„Nýja læknanámið tekur smátt og smátt yfir það gamla. Þau sem lesa núna eru á annarri önn og árið 2027 verður nýja læknanámið allsráðandi. Þetta er mjög spennandi," segir hann og sér fyrir sér að næstu þrjú verði svipuð stefnunni nú. „Halda áfram á klíníkinni og ég vinn í rannsóknum, reyni að skilja betur áhrif kortisóls á líkamann," segir hann.

Heldur alltaf áfram

„Ég reyni að finna nýtt lífmerki (*biomarker*) til að mæla kortisólið. Það er verkefni sem við höfum unnið lengi að og fengið góða styrki fyrir. Við munum því halda áfram næstu árin. Svo erum við með stór verkefni í kringum heiladingulsæxli. Þannig að þessi verkefni eru komin vel á legg. Það er því ljóst að þau ganga áfallalaust næstu árin og engar dramatískar breytingar í augsýn."

Þótt rætur Guðmundar liggi hingað heim til Íslands, nafnið hans rammíslenskt og stórfjölskylda hans hér heima, á Svíþjóð stóran hlut í hjarta hans.

„Ætli maður sé ekki orðinn meiri Svíi en Íslendingur. Ég býst við að aðrir myndu segja það. Íslenskan mín er ágæt þegar ég er búinn að æfa hana nokkra daga, en eins og núna þegar ég hef unnið heilan vinnudag og aðeins talað sænsku og ensku þá gengur ekki alltaf vel að skipta svo yfir á íslensku," heldur hann áfram. Blaðamaður er ekki sammála. „Tja, þetta er nú sérstaklega ef einhver hringir og biður mig um að tala um sjúkling á íslensku. Það er nánast ómögulegt," segir hann og hlær. En kom aldrei upp að koma til starfa á hér heima?

„Ég fékk einu sinni símtal frá Íslandi. Þá var einhver staða sem var verið að spá í. Það var skemmtilegt samtal því það fjallaði ekki um hvort ég hefði reynslu eða áhuga á vinnunni heldur hvort ég hefði ekki heimþrá og hvort konan og börnin vildu ekki flytja til Íslands," segir hann og hlær. „Spurt var hvort ekki væri tími til að ég kæmi heim. En hér á ég nú heima."

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

Um helmingur fanga með ADHD

Nýtt geðheilbrigðisteymi fangelsa hér á landi hefur greint á annað hundrað fanga með ADHD og meðhöndlað. Sigurður Örn Hektorsson, geð- og fíknilæknir, segir það hafa komið sér á óvart hversu margir alvarlega geðsjúkir einstaklingar séu vistaðir í fangelsi hér á landi. Þeir skaðist af vistinni

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Allt að helmingur íslenskra fanga hefur verið greindur með ADHD, eða á annað hundrað á síðustu tveimur árum. Þá var geðheilsuteymi fangelsa á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins sett upp innan fangelsisveggjanna. Sigurður Örn Hektorsson, yfirlæknir teymisins, segir að erlendar rannsóknir sýni 25-50%, misjafnt eftir löndum.

„Tilfinning okkar er að annar hver fangi geti verið með ADHD hér á landi," segir hann. Teymið hafi ekki aðeins greint fangana heldur einnig sett þá á lyfjameðferð við vandanum, og það þrátt fyrir að fanginn glími við fíknisjúkdóma en þannig var það ekki áður.

„Bæði þunglyndi og kvíði fylgir því gjarnan að vera með ADHD, sem og aðrar raskanir, eins og fíknivandi, og fá fangarnir því viðeigandi ráðgjöf," segir Sigurður. „Vandinn er yfirleitt fjölþættur. Sérstaklega hjá þeim sem eru í fangelsum. ADHD er einn þáttur í því en við reynum að taka einnig á öðrum þáttum."

Andrúmsloftið innan fangelsanna hafi breyst við þessa meðferð fanganna. „Já, margir hafa tekið miklum framförum eftir að þessi vinna fór í gang."

Geðsjúkir illa settir í fangelsum

Sigurður segir marga fanganna glíma við geðsjúkdóma. Þeir þrífist illa innan fangelsa.

„Við viljum að fangar með geðsjúkdóma hafi betri aðbúnað og aðgang að geðdeildum og geðheilbrigðisstofnunum utan fangelsanna. Það vantar úrræði fyrir þennan hóp. Annað hvort þarf að efla réttar- og öryggisdeildina inni á Landspítala eða stofna til úrræða innan fangelsiskerfisins sem grípur þennan hóp." Bæta þurfi úrræðin.

Sigurður horfir þá til opinna úrræða eins og á Sogni og Kvíabryggju, sem þurfi að vera sérstaklega hönnuð fyrir hópinn. „Það hefur komið okkur í geðheilsuteyminu á óvart hversu margir alvarlega geðsjúkir einstaklingar afplána í fangelsunum," segir Sigurður. „Þeir eru alltof margir," segir hann og bendir á hversu þröngt sé horft á vandann við gerð sakhæfismats vegna ofbeldisbrota.

„Það er ekki nóg að vera með alvarlegan geðsjúkdóm, geðklofasjúkdóm eða í stöðugri þjónustu í geðheilbrigðiskerfinu til að að vistast á réttargeðdeild. Einstaklingurinn þarf að vera í sjúklegu ástandi við brotið til að teljast ósakhæfur og það má ekki orsakast af neyslu," segir hann.

Mörg ofbeldisafbrot eigi sér hins vegar stað undir áhrifum. Viðkomandi hafi þá verið í mikilli neyslu í langan tíma. „Sá getur jafnvel verið í geðrofi vegna neyslunnar og ef svo er þá leiðir það ekki til ósakhæfis." Menn séu því dæmdir í fangelsi en ættu í raun heima í öðrum úrræðum.

Fangavistin skaði

„Við sjáum dæmi um menn sem breytast í afplánuninni. Þeir eru með þekkta geðsjúkdóma og skaðast af vistinni. Þeir ráða ekki við vistina og það að vera í fangelsi," segir hann. Þeir lendi í alls kyns vanda. „Fangelsi eru ekki góður staður fyrir veikt fólk," segir hann.

„Margir fangar sitja inni fyrir ofbeldi og þar ríkir viss ofbeldismenning. Þeir beita hvern annan ofbeldi." Auðvelt sé að smitast af umhverfinu. „Við sjáum dæmi þess að einstaklingar sem við teljum að eigi ekki erindi inni í fangelsi beittu þar ofbeldi en hefðu sennilega ekki gert það utan þeirra. Þetta eru menn sem við þekkjum úr heilbrigðiskerfinu og vitum að eru ekki ofbeldismenn en þeir verða það í fangelsinu. Þeim fer aftur í fangelsinu."

Geðheilsuteymið var sett á fót árið 2020. Nú starfar hann þar með fjórum: tveimur hjúkrunarfræðingum og tveimur sálfræðingum. Sigurður segir vert að ræða nú málið. „Við vitum að í Noregi er þessu betur háttað og fleiri fara inn á réttar- og



öryggisdeildir en þeir sem eru, strangt til tekið, ósakhæfir," segir hann.

„Fleiri úrræði þurfa að bjóðast hér." Þá þurfi að stækka teymið. „Sérstaklega þar sem okkur var í fyrstu eingöngu ætlað að sinna þeim sem eru í afplánun en sinnum nú einnig þeim sem eru komnir á reynslulausn."

Dapurleg vinnuaðstaða

Sigurður bendir einnig á að aðstaða teymisins í fangelsum sé mjög dapurleg. „Það er erfitt að veita góða geðheilbrigðisþjónstu í íslenskum fangelsum. Það er ekki gert ráð fyrir slíkri þjónustu þar," segir hann. „Við höfum gert alvarlegar athugasemdir við vinnuaðstöðuna okkar."

Hann nefnir að á Litla-Hrauni sé vinnuaðstaðan bágbornust. „Öryggismálin eru í ólestri. Við höfum oft ekki aðgang að viðtalsherbergjum eða skrifstofum. Höfum þurft að setjast niður með fartölvuna í einhverju horni og nota hotspot til að komast á netið. Því miður er það lenska á Íslandi að gera ekki ráð fyrir öflugri heilbrigðisstarfsemi."

Aðstaðan sé betri á Hólmsheiði, en ekki fullnægjandi. Nú standi þó til að bæta aðstöðuna á Litla-Hrauni. Setja eigi 1,5 milljarða í álmu fyrir heilbrigðis- og geðheilbrigðisþjónustu og aðrar úrbætur við fangelsið. „Við erum að bíða eftir því en myndum gjarnan vilja fá vistlega og snyrtilega gáma fyrir þjónustuna þangað til."

Sigurður segir að þjónustan hafi þróast hratt í COVID. Margt hafi breyst. Teymið veiti nú meiri fjarþjónustu en áður. „COVID-tímabilið var sérstakt í fangelsum landsins. Loka þurfti þeim fyrir heimsóknum á löngum köflum, sem hafði kosti og galla." Það hafi reynt á þolrif fanga að hitta ekki fólkið sitt.

„En á hinn bóginn minnkaði innstreymi fíkniefna, sérstaklega á Litla-Hrauni. Við sáum andlegar framfarir af því einu. Ástand fanganna batnaði," segir hann. Mikilvægt sé að neyslan sé lágmörkuð innan fangelsanna.

„Það er mikil neyslumenning innan íslensku fangelsanna," segir Sigurður. Mest á Litla-Hrauni. Meðferðir séu því oft ekki eins árangursríkar og þær gætu verið. Mynd/gag

Konur þurfa betri úrræði

„Það er erfitt að vera kona í fangelsi hér á landi," segir Sigurður Örn Hektorsson geðlæknir. Þeim sé mörgum mikið áfall að vera rifnar frá börnum sínum og fjölskyldu. „Það er því ótækt að konur hafi ekki aðgang að opnu fangelsi í sama mæli og karlar," segir hann.

„Það er erfitt fyrir konur að komast í opin úrræði og því þarf að breyta." Á annan tug kvenna afpláni í fangelsi. Þær séu á Hólmsheiði. „Þær geta komist í opið úrræði á Sogni en plássin eru fá. Þær komast ekki á Kvíabryggju," segir hann. „Það er vilji til að leysa málið en það skortir fjármagn."

Mikil fíkniefnaneysla

„Neyslan hefur verið minni á Hólmsheiði miðað við Litla-Hraun. Við sjáum að Fangelsismálastofnun hefur í rauninni leitt okkur það fyrir sjónir að það er erfitt að halda Litla-Hrauni neyslufríu miðað við hvernig það er byggt.“ Mikið samneyti sé milli fanga. Þeir kaupi hver af öðrum það sem vanti.

„Eftirlitið er eins mikið og hægt er miðað við aðstæður en húsaskipan þyrfti að vera önnur ef ná ætti árangri,“ segir Sigurður sem hefur reynslu. Hann vann innan fangelsanna á árunum 1996-1999.

„Fíkniefnaneyslan er miklu alvarlegri en hún var þá,“ segir hann. „Þá var meira um áfengisneyslu og kannabis. Örvandi efni voru í einhverjum mæli en neyslan harðnaði mikið upp úr aldamótum. Brotum í tengslum við það hefur fjölgað,“ segir hann og nefnir sprautufíkn og misnotkun á rítalíni.

„Síðan komu ópíóíðar til sögunnar. Þeir hafa rutt sér til rúms á síðustu 10-15 árum,“ segir hann. „Þetta hefur gjörbreytt umhverfinu. Neyslan er alvarlegri, harðari og því miður er þessi heimur orðinn harðari en var.“ Fangar séu þó nú orðið meðhöndlaðir með viðhaldsmeðferð við ópíóðafíkn, með lyfinu Suboxone. „Sumir fangar nýta sér að vera sprautaðir mánaðarlega með Buvidal, sem er forðaform Suboxones,“ segir hann.

„Við meðhöndlum jafnvel menn bæði með ADHD-lyfinu Elvanse og Suboxone samhliða. Við fylgjum bandarískri rannsókn sem sýnir að fái fólk að halda áfram á ADHD-lyfjunum sínum í meðferð, endist það lengur. Það er það sem við höfum haft á tilfinningunni. Þetta er umdeilt en er nú stutt með rannsóknum,“ segir hann.

Verra en í Bandaríkjunum

Sigurður lærði til heimilislæknis í Kanada. Fylgdi í fótspor Ólafs Mixa, Leifs Dungal, Gunnars Helga Guðmundssonar, Magnúsar R. Jónassonar og fleiri. Kanada heillaði hann.

„Svo fluttist móðuramma mín til Kanada rétt eftir þarsíðustu aldamót, árið 1903.“ Hún hafi alist þar upp til fjórtán ára aldurs og flutt heim, gift Jóhanni Wathne sem varð verslunarmaður á Seyðisfirði, fimm árum síðar.

„Amma sagði mér frá góðu árunum þar ytra. Þessum fræjum var því sáð í bernsku,“ segir Sigurður sem seinna sérhæfði sig í geðlækningum og fíknilækningum og starfaði um árabil sem geðlæknir í Kaliforníu í Bandaríkjunum, þar af heilt ár í fullu starfi sem fangelsisgeðlæknir.

„Þar fékk ég mjög góða innsýn inn í hvernig veita má góða teymisþjónustu fyrir fanga,“ segir hann og telur það lykilinn að árangri. „Bandaríkjamönnum hefur verið álasað fyrir að vista sína geðsjúku einstaklinga sem koma af götunni innan fangelsa. En það eimir af því hér á Íslandi líka. Það kom mér á óvart. Ég hélt ekki að ég þyrfti að sinna svona mörgum alvarlega geðsjúkum mönnum innan íslensku fangelsanna.“ Mesti munurinn milli landanna séu þó fíkniefnin.

„Starf geðlæknisins var í raun auðveldara í Bandaríkjunum því þar var meiri regla á hlutunum. Neysla heyrði þar til undantekninga. Því miður er miklu meiri neysla hér og því erfiðara að veita meðferðir en þar,“ segir hann.

Hafa upplifað mörg áföll

Sigurður bendir á að fangar séu sérstakur hópur. „Oft hefur líf þeirra verið mikil þrautaganga,“ lýsir hann.

„Við sjáum líka þegar við vinnum á dýptina í vanda þeirra að þeir eiga erfiða áfallasögu úr bernsku. Margir hverjir hafa ekki haft tækifæri til að fá viðeigandi meðferð eða endurhæfingu. Þeir detta fljótt út úr kerfinu. Komast jafnvel ekki í gegnum grunnskóla,“ segir hann. Ástæðan sé athyglisbresturinn og ofvirknin, þeir hrökklist úr námi.

„Þeir fá oft greiningu og meðhöndlun í bernsku en fara út í neyslu á unglingsárunum með allskonar fylgikvillum. Lyfin eru þá tekin af þeim,“ segir Sigurður.

„Það getur svo sem verið rétt ákvörðun að gera það og hefur verið stefnan að varlega þurfi þá að fara í lyfjagjöf, en það þýðir að þeir eiga ekki afturkvæmt á lyfin.“ Því hafi nú verið breytt innan fangelsismúranna með góðum árangri.

Afglæpavæðing neysluskammta mikilvæg

Geðheilbrigðisteymi fangelsanna styður hugmyndir um að afglæpavæða neysluskammta. Þetta segir Sigurður Örn Hektorsson yfirlæknir þeirra.

„Í raun og veru er verið að refsa fólki fyrir að vera með fíknisjúkdóma. Við fáum marga sjúklinga með alvarlega geðsjúkdóma sem eru í neyslu og brot þeirra eru yfirleitt neyslutengd. Þessi hópur er í smáafbrotum til að fjármagna neyslu sína, í gripdeildum og smáþjófnuðum. Við sjáum engan tilgang með því að loka fólk í fangelsi sem er í neyslutengdum brotum, á götunni.“

LÍMMIÐAR

PRENTARAR

LÍMMIÐAR FYRIR LYF, LYFJAGJAFIR, ÍHLUTI & NAFLASTRENGSBLÓÐ



ARMBÖND



VOGIR



LYFJAMIÐAR

THERMAL PRENTARAR









Boðtækni

SELHELLA 13 | 221 HAFNARFJÖRÐUR | S:554 0500 | WWW.BODTAEKNI.IS



Aftasta röð: Ágústa Björg Friðriksdóttir, Gissur Atli Sigurðarson, Jóhann Ragnarsson, María Rós Gústavsdóttir, Hlíf Samúelsdóttir, Kristín Haraldsdóttir, Jóhann Hauksson, Guðrún Karlsdóttir, Bryndís Björk Bergþórsdóttir, Jóhann Þór Jóhannesson, Dagbjört Aðalsteinsdóttir og Eir Andradóttir.
Næst aftast frá vinstri: Auður Gautadóttir, Oddný Brattberg Gunnarsdóttir (aðeins á bakvið), Elva Kristín Valdimarsdóttir, Diljá Guðmundsdóttir, Anna Lilja Ægisdóttir, Edda Lárusdóttir, Guðrún Svanlaug Andersen, Edda Rún, Rakel Hekla Sigurðardóttir, Daníel Hrafn Magnússon, Teitur Ari Theodórsson, Erla Gestsdóttir, Jón Erlingur Stefánsson, Kristín Birna Grétarsdóttir, Valdís Björg Hilmarsdóttir og Ulyana Miadzvedzeva.
Næst fremst frá vinstri: Nadía Atladóttir, Stefanía Katrín Finnsdóttir, Sigríður Óladóttir, Ragna Sigurðardóttir, Berglind Gunnarsdóttir, Ragnar Pétursson, Halldór Bjarki Ólafsson.
Fremst frá vinstri: Jóhannes Aron Andrésson, Tómas Viðar Sverrisson, Thelma Kristinsdóttir og Jón Tómas Jónsson. Mynd/gag



Valdís Björg Hilmarsdóttir, Kristín Birna Grétarsdóttir, Ágústa Björg Friðriksdóttir og Auður Gautadóttir



Sigurður Guðmundsson fyrrum landlæknir og Steinunn Þórðardóttir formaður LÍ.

Tugir verðandi lækna á tímamótum

„Nú birtist heill heimur nýrra möguleika og ég hvet ykkur til að fara inn í hann með opinn huga," sagði formaður Læknafélags Íslands þegar hún ávarpaði hóp hátt í 60 lækna sem útskrifast í ár

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég get lofað ykkur að það er líf eftir læknadeild og hvert ykkar getur blómstrað á mörgum mismunandi sviðum og í mismunandi sérgreinum, lykillinn er að hella sér út í það sem maður velur að lokum af krafti og metnaði," sagði Steinunn Þórðardóttir formaður Læknafélagsins við þau sem rituðu undir Læknaeiðinn í húsakynnum Læknafélagsins fimmtudaginn 2. júní.

„Þið eigið sem læknar framtíðarinnar kröfu um fyrsta flokks starfsaðstæður þar sem þekking ykkar fær að njóta sín til fulls. Þið eigið rétt á hvíld eftir erfiðar vinnutarnir, næði á vinnustað til að einbeita ykkur og sinna viðkvæmum málum, handleiðslu í takt við þróun í sérnámi, tíma til að sinna vísinda- og gæðavinnu og þaki á það álag og þá ábyrgð sem vinnuveitandi getur lagt á ykkur hverju sinni. Fyrir þessu berst Læknafélagið af fullum krafti," sagði hún þegar hún hvatti hópinn áfram.

Læknablaðið óskar læknum útskrifuðum 2022 innilega til hamingju með áfangann!



Thelma Kristinsdóttir, Kristín Haraldsdóttir, Hildur Sveinsdóttir og Tómas Viðar Sverrisson.



Runólfur Pálsson forstjóri Landspítala, Steinunn Þórðardóttir formaður Læknafélags Íslands, Tómas Þór Ásgeirsson framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala, og Oddur Steinarsson læknir og meðeigandi í Heilsugæslunni á Kirkjusandi.



Pálmi Þormóðsson, Hlíf Samúelsdóttir, Oddný Brattberg Gunnarsdóttir, Jón Tómas Jónsson, Guðrún Svanlaug Andersen, Ragna Sigurðardóttir, Thelma Kristinsdóttir og Halldór Bjarki Ólafsson.



Teitur Ari Theodórsson og kærasta hans Aðalbjörg Ýr Sigurbergsdóttir læknanemi.

Útskrifaðir læknar vorið 2022

Brautskráning frá læknadeild Háskóla Íslands 32, Danmörku 2, Hvíta-Rússlandi 1, Slóvakíu 15, Ungverjalandi 8

Alexander Ísak Sigurðsson
Arndís Heimisdóttir
Auður Gautadóttir
Auður Gunnarsdóttir
Ágústa Björg Friðriksdóttir
Berglind Gunnarsdóttir
Dagbjört Aðalsteinsdóttir
Bryndís Björk Bergþórsdóttir
Daníel Hrafn Magnússon
Edda Lárusdóttir
Eir Andradóttir
Elísa Jóhannesdóttir
Elva Eir Grétarsdóttir
Elva Kristín Valdimarsdóttir
Erla Gestsdóttir
Erla Liu Ting Gunnarsdóttir
Eva Agnarsdóttir
Finnur Sveinsson
Gissur Atli Sigurðarson
Guðmundur Einar Hannesson
Guðný Kristjana Magnúsdóttir
Guðrún Karlsdóttir
Halldór Bjarki Ólafsson
Harpa Dögg Ketilbjarnardóttir
Hlíf Samúelsdóttir
Jóhann Hauksson
Jóhann Þór Jóhannesson
Jóhann Ragnarsson
Jóhannes Aron Andrésson
Jón Tómas Jónsson
Karólína Hansen
Kristín Birna Grétarsdóttir
Kristín Haraldsdóttir
Lena María Svansdóttir
Magnús Ingi Birkisson
Margrét Petrína Hallsdóttir
María Rós Gústavsdóttir
Milica Maljkovic
Oddný Brattberg Gunnarsdóttir
Ólafur Ágúst Guðlaugsson
Óskar Jóel Jónsson
Ragna Sigurðardóttir
Ragnar Árni Ágústsson
Ragnar Pétursson
Rakel Hekla Sigurðardóttir
Rakel Lind Úlfhéðinsdóttir
Rebekka Lísa Þórhallsdóttir
Róbert Rúnar Jack
Sara Jane Winrow
Sigríður Óladóttir
Sigurbjörn Kristinsson
Stefanía Katrín J Finnsdóttir
Sunna Lu Xi Gunnarsdóttir
Teitur Ari Theodórsson
Thelma Kristinsdóttir
Tómas Viðar Sverrisson
Ulyana Miadzvedzeva
Valdís Björg Hilmarsdóttir



Ari Jóhannesson
Lyflæknir
ariari@simnet.is

Að vakna

New Britain General Hospital, Connecticut, apríl 1978 Kl. 03.30

Það bregst ekki. Apríl er grimmastur mánaða, sagði frægt skáld fyrir löngu. Ég er ekki sammála – hvað mig varðar á apríl sér ellefu bræður og alla jafnósvífna. Fyrir hálftíma fleygði ég mér á fletið í litlu vaktkompunni, dró gisið tjald fyrir atburði kvöldsins og stillti öndunarmiðstöðina í heilastofni á SVEFN, VINSAMLEGA ÓNÁÐIÐ EKKI! Samt geltir símboðinn núna. Eins og alltaf. Gjammið brýst inn í náðarstundina, ryður draumahólfið og rífur upp varnarlaus augnlokin. Í fyrstu nær rumskandi vitundin aðeins utan um lítið brot af veröldinni: myrkvað herbergi, viftusuð, gamalkunna velgju – og Bruno Stankiewicz, pólskan innflytjanda á sextugsaldri sem vinnur í Stanley-verksmiðjunni hér í borg. Dag hvern velta þar af færibandi þúsundir verkfæra: hamrar, hallamál, sagir, borar. Harkan skín af smíðatólunum frá Stanley og við fyrstu sýn er eins og sindrið úr stálinu hafi síast inn í andlit Stankiewicz með árunum. En hann var ekki beint stálsleginn þegar ég tók á móti honum í gærkvöldi og veiddi ævi hans upp úr gömlum sjúkraskrám og vitnisburði nágrannakonu sem vinnur á bráðamóttökunni.

Alla virka daga kemur hann heim úr verksmiðjunni, afklæðist snjáðri yfirhöfn, heilsar konu sinni og fer rakleiðis að íss-kápnum að sækja sér dós af Miller-bjór. Hvissið þegar hann krækir í álflipann og opnar dósina boðar daglega helgiathöfn síðustu 30 ára: Miller time! Eins og í sjónvarpsauglýsingunni. Sex bjórum síðar dottar Bruno yfir hafnaboltaleik í sjónvarpinu, oftast sjöunda leikhluta. Hann nær aldrei þeim níunda og síðasta. Þar til í gærkvöldi. Þegar kaldsveitt ógleðin lagði af stað upp meltingarveginn var staðan jöfn og þegar blóðgusan kom var Reggie Jackson að tryggja New York Yankees sigurinn gegn Los Angeles Dodgers með höggi sem sendi boltann lengst upp í stúku og aðdáendur hans í sjöunda himin.

Bráðamóttaka, kvöldið áður, kl. 23.10

Þegar ég spyr herra Stankiewicz út í áfengi, kveðst hann stöku sinnum bragða það. Hann fái sér eitt til tvö skot á kránni með félögum sínum við sérstök tækifæri. Sem bjóðist reyndar alltof sjaldan. Þegar hér er komið sögu í framhaldsnámi mínu veit ég að margir í hinum vinnandi stéttum vestanhafs líta ekki á bjór sem áfengi. Ég þynni því spurninguna niður í 4% og fæ grun minn staðfestan. Stankiewicz gefst þó lítið tóm til að endurskoða skakka heimsmynd sína því hinn nýi sannleikur er rétt farinn að gára yfirborðið á pólska jafnaðargeðinu þegar hann kastar aftur upp blóði, rétt áður en meltingarlæknirinn kemur í hús. Sá hefst þegar handa og skömmu síðar blasir sjúkdómsgreiningin við. Æðagúll neðst í vélinda hefur rofnað og úr honum vætlar blóð. Ég rifja í huganum upp glósurnar úr læknanáminu:

> *Aukinn þrýstingur í „portablæð" af völdum skorpulifrar veldur æðagúlum í vélinda og/eða maga. Blæðing af völdum þeirra er algeng dánarorsök í þessum sjúklingahópi. Sjúkdómshorfur eru slæmar en skána umtalsvert ef viðkomandi hættir að drekka.*

Ég virði herra Stankiewicz fyrir mér. Þunna húðina með marblettum á víð og dreif. Framsettan kvið, fullan af vökva. Kringum þrútinn nafla hlykkjast þandar bláæðar. *Caput Medusa*. Höfuð Medúsu. Ófreskjunnar í gríska goðafræði sem engum eirir. Í stað hárs á höfði hennar vaxa iðandi eiturslöngur og þeim sem horfist í augu við hana breytir hún í stein. Grísk klassík í hálfpólskum verksmiðjubæ í Ameríku. En ég lít ekki undan. Nú býst sérfræðingurinn til þess að sprauta alkóhóli inn í æðagúlinn og freista þess þannig að stöðva blæðinguna. Kaldhæðið, ekki satt, segir Dr. Tom Devers, meltingarlæknir með írskt blóð í æðum og áhugamaður um kráarrölt með námslæknum að loknum vinnudegi. Skömmu síðar hefur blæðingin stöðvast og þriðji blóðpokinn er að tæmast. Áður en Dr. Devers yfirgef-

Öldungadeild Læknafélags Íslands

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

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

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

ur svæðið mælum við okkur mót á Rosie O'Gradys á morgun eftir vinnu og ég lofa að láta félaga mína vita.

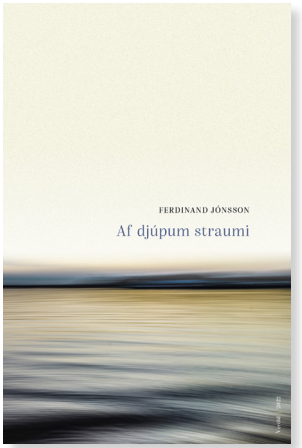
Sjúkradeild kl. 03.40

Ég geng hægum, vélrænum skrefum eftir þröngum og illa lýstum gangi, í átt að legudeildinni, frá svefni til vöku, stjarfur á svip, uppvakningsaugun galopin. Herra Stankiewicz liggur á stofu 7 við gluggann. Hann fálmar út í loftið, tinandi augun gljá af hitasótt. Hann umlar eitthvað sem dóttir hans segir að sé tómt rugl. Hlutverk hennar og annarra barna innflytjenda er að túlka fyrir foreldra sína þegar þeir veikjast. Deyr hann? spyr hún. Í svip hennar er ofið hreinskilni æskunnar og æðruleysi erfiðrar lífsbaráttu kynslóðar fram af kynslóð í gamla landinu. Nei, ég held ekki, segi ég, en hann gerir það fyrr en síðar ef hann hættir ekki að drekka. Ég velti mismunagreiningunni fyrir mér. Deleríum tremens kemur varla til greina, til þess er of stutt liðið frá síðasta bjór. Ég hallast helst að ásvelgingu. Að magainnihald hafi ratað ofan í lungu við blóðuppköstin og valdið lungnabólgu. Skömmu síðar staðfestir röntgenmynd grun minn því hvít slæða þekur hluta hægra lungans. Næstu dagar verða erfiðir þessum æðrulausa innflytjanda. Í brekkunni framundan bíða áfengisfráhvarf, Wernickes-heilkenni, sýking og mögulega lifrarbilun og endurtekin blóðuppköst. Samt held ég að hann hafi þetta af. Ég veit ekki af hverju, hef það bara sterkt á tilfinningunni. En ef hann á að deyja, verður það vonandi ekki á minni vakt. Erfið sjúkratilfelli og dauðsföll sínkhúða smám saman viðkvæma sál unglækna. Á þessu stigi er húðin á minni álíka þykk og líknarbelgur og ég er þegar kominn með eitt dauðsfall á vaktinni, takk fyrir.

Nú er prestur mættur á staðinn. Ég dreg mig í hlé og tek til við að sinna öðrum verkefnum. Að þeim loknum held ég áleiðis til svefnkompunnar. Út um glugga sé ég hvar sjúkrabíll kemur upp brekkuna í átt að spítalanum. Blá blikkljósin eru síðustu eldingar óveðursnætur. Á austurhimni bjarmar fyrir blóðugri slikju dagrenningar.

Nokkrum dögum síðar heilsa ég upp á Stankiewicz. Hann situr við rúmið með næringu í æð og súrefni í nös. Dóttir hans er hjá honum og túlkar. Hann segist ekkert hafa játað fyrir prestinum og brosir. Þá veit ég að hann er hólpinn. Í bili að minnsta kosti. Hann er þakklátur fyrir umönnunina á spítalanum og hvað allir eru vinsamlegir við hann. Ég minni hann á að lifrin hafi borið vitni gegn honum og ekki talað neina tæpitungu. Hann er búinn að frétta það og er staðráðinn í að minnka bjórdrykkjuna og jafnvel hætta henni fyrir fullt og allt. Ég kveð hann með handabandi og óska honum góðs bata.

Um haustið frétti ég að Bruno Stankiewicz væri allur. Dánarorsökin var lifrarbilun. Rúmum 40 árum síðar minnist ég hans í hvert sinn sem ég nota Stanley-hamarinn minn og hallamálið.



Svartfugl

heiðasel
upp af Sjöundá
fjalldrapi
dreymandi lyng
og Skorin eirir
engu
skuggar
reika
elskenda
um gömul
tún og tóftir
girnd
leitar
afbrýði
lög
blind
eilíf
ást
um rauðan
sand
þar
rennur
blóð

úr ljóðabók Ferdinands Jónssonar *Af djúpum straumi*, – Veröld gaf út 2022.

Ljóðið ætti að lesa hægt og skýrt upphátt, og helst við kjöraðstæður á Rauðasandi í V-Barðastrandarsýslu.

Sumarið 2022

Skrifstofa Læknafélags Íslands
verður lokuð dagana
18. júlí til 8. ágúst vegna sumarleyfa.

Ferðasaga öldunga úr Borgarfirði

Helga M. Ögmundsdóttir og Óttar Guðmundsson

Að morgni föstudagsins 3. júní lögðu 39 glaðir öldungar upp í ferð um efri byggðir Borgarfjarðar undir leiðsögn Óttars Guðmundssonar, frænda Snorra Sturlusonar, og Helgu M. Ögmundsdóttur, sem lagði til fróðleiksmola um jarðfræði.

Fyrsti áfangastaður var Hernámssetrið í Hvalfirði. Húsráðandinn, Gauji litli, tók á móti okkur, settist á svið og sagði sögur. Hann hefur safnað ótrúlegum fjölda muna sem hann hefur sett upp eftir þjóðernum. Landhelgisgæslan, fjarskipti og börn fá sitt pláss. Hér má sjá ferðapassa sem fólk var skyldugt að hafa á sér og veggspjöld Íslenskra fasista. Svo var ástandið – stúlkurnar sáu myndarlega, kurteisa menn sem burstuðu í sér tennurnar – og hvað voru óuppteknir silkisokkar að gera í kistli ömmu hans? Hvernig finnur maðurinn eitthvað í öllu þessu kraðaki?

Þá lá leiðin upp Dragann og sögð saga erfingjans sem ekki vildi láta jarða sig í vígðri mold. Allsherjargoðinn og skáldsystkinin fengu sína frásögn og þá var komið að jarðfræðinni þar sem sagan telst í milljónum ára. Við Skorradalsvatn voru sagðar sumarbústaðasögur.

Í Reykholti skoðuðum við kirkjuna sem var byggð utan um orgelið og Sólarljóðin í gluggum vekja sígilda íhugun. Settumst í Snorrastofu og veltum fyrir okkur hvernig Snorri leit út: eins og listamaðurinn sem málaði hann eða Fridtjof Nansen? Sigrún Þormar leiddi ferðahópinn í heim Snorra í Reykholti þar sem ægði saman frillum og börnum og ódauðlegum bókmenntum. Þá var komið að fyrsta hádegismat, en góðar sameiginlegar máltíðir með líflegum samræðum í góðum félagsskap einkenndu ferðina alla. Eftir stuttan stans við Hraunfossa (í ft.) Barnafoss (í et.) með tilheyrandi jarðfræðilegum og sögulegum skýringum um aumingja börnin frá Hraunsási var komið í náttstað á Húsafelli. Þar nutum við Giljabaðanna með bjór og snafs fyrir kvöldmat.



Hópurinn sæll og glaður við kirkjuna á Húsafelli sem Halldór H. Jónsson arkitekt teiknaði eftir hugmynd Ásgríms Jónssonar listmálara. Úr penna Halldórs komu líka til dæmis Hótel Saga, Háteigskirkja og Domus Medica. Mynd/ Jóhanna V. Þórhallsdóttir.

Laugardagur var bjartur og fagur, áheit á heilagan Þorlák brugðust ekki. Ekið var um Hvítársíðuna og komið fyrst að Gilsbakka. Þar er fremur óvenjulegt myndefni altaristöflunnar, Kristur breytir vatni í vín. Staðnæmst var við leiði Jóns Helgasonar og Áfangar rifjaðir upp. Við sungum um pabbastúf og mömmuljúf í minningu Guðmundar Böðvarssonar og konu hans. Á Háafelli var geitum klappað alúðlega og hádegisverður í Kraumu var úr jurtaríkinu. Tókum dálítinn krók að Bæ í minningu Stulla frænda. Stuttur stans við Hvítárbrú í minningu Órækju sem var svikinn af Gissuri og Kolbeini þrátt fyrir svardaga við flís úr krossi Krists. Óttar grét beisklega örlög frænda síns en Pétur Pétursson hló. Jarðfræðipistillinn var samtímaheimild frá 10. öld, Hallmundarkviða. Grár jötunn skekur jörðina, björg springa, strókar standa úr þremur gígum og hraun rennur – er kannski heimsendir í nánd? Menn farast og fólk stynur en getur notið þess að lauga sig í volgu vatni. Svo ræður Þór bug á jötninum gráhærða og sendir eldinn aftur ofan í jörðina. Hallmundur kveður en fer fram á að menn læri kvæðið. Fjallasýn var fullkomin, allir jöklar hálendisins glenntu sig. Í Víðgelmi voru endalausir gangar – gengum þó ekki nema hálfa lengd – og kynjabirta.

Á sunnudagsmorgni hélt rigningin sig enn til hlés og við gengum með Tótu um Húsafell og listaverk Páls. Jóhanna söng sálm eftir föður Óttars. Kaldidalur var lokaður (skipuleggjendur einum of bjartsýnir) en Lundarreykjadalur og Uxahryggir sviku ekki. Snæddum nesti frá hótel Húsafelli við mikla fjallasýn. Pétur P. fór með rímuð heilsuheilræði og lyfjaleiðarvísa og orðaskylmingar við Hjálmar. Síðasti jarðfræðipistillinn var með orðum þjóðskáldsins um fjallið Skjaldbreið. Ekki fór að rigna fyrir alvöru fyrr en næstum var komið að Þingvöllum. Í lok ferðar voru allir glaðir og þakklátir, ekki síst Ámunda bílstjóra sem skilaði okkur í Hlíðasmárann um kaffileytið.



Soffía í vinnunni, – út um gluggann gefur að líta Árbæinn og stærsta skóg á landinu, höfuðborgarskóginn, og svo gömlu góðu Esjuna sem er alltaf jafn sjúkleg. Myndina tók Birna Guðbjartsdóttir.

Dagur í lífi innkirtlalæknis barna

Soffía G. Jónasdóttir

7:30 Síminn hringir, snooze x 2, skelli mér fram úr, kötturinn stendur við svefnherbergisdyrnar og sýnir mér með ákveðnu augnaráði að hann þurfi mat. Geri tvöfaldan espressó og tek með mér í sturtu, er svo óheppin að vera í gipsi á annarri hendinni og hárþvottur og greiðsla er vægast sagt erfið þessa dagana – lít út eins og lukkutröll.

Unglingarnir vaknaðir og allir í sturtu – þvílík skynsemi að við settum fjögur baðherbergi í húsið.

Skutla prinsunum á fimleikaæfingu og bruna í Urðarhvarf – þar höfum við Domus-barnalæknar komið okkur fyrir – frábært að losna við umferðina niður á Barnaspítalann suma daga vikunnar. Það er þó fyndið hvað við getum kvartað yfir þessari umferð og ég ekki undanskilin, þar sem ég vann áður í Kaliforníu var ég alsæl ef ég komst í vinnuna á einum klukkutíma.

8:30 Fyrsti sjúklingurinn er mættur – 7 ára pólskur drengur, hefur alltaf verið feiminn að tala íslensku en er ræðinn í dag – segist ætla að vera alltaf í 1. bekk því það sé svo gaman – renna nú á hann tvær grímur þegar ég segi honum að á hverju ári hækki hann um bekk og endi í 10. bekk. „Verð ég þá gamall maður?“ Næsti mætir alltaf með spýtu eða prik í heimsókn til mín, fer sjálfur á viktina en við tölum alltaf um að mæla hvað börnin eru sterk og dugleg, en ekki þung eða létt. Í dag áttu ansi mörg börn afmæli á næstu dögum og eitt þeirra, 7 ára stúlka, vildi fá lifandi ref í afmælisgjöf og annar vildi fara í „nördabúðina“ að velja afmælispakka. Sá þriðji skildi ekki af hverju ég væri ekki með skóhorn fyrst ég væri alltaf að segja krökkum að fara úr skónum til að mæla þau. Ein 9 ára spurði „Finnst þér gaman í vinnunni?“, „Er gaman að vera læknir? „Já ekki spurning, það er gaman að hitta skemmtilega krakka eins og þig og hjálpa þeim ef þau eru lasin ☺.“ Síðasti sjúklingur dagsins er lítil 14 mánaða stúlka með eyrnabólgu, en ansi vinnusöm inni á stofunni og sagði mamman að hún væri kölluð brashildur heima hjá sér.

Tuttugu og tveimur börnum seinna segi ég bless við litlu brashildi og tek símtöl.

10 börn á símalistanum – næ í flestalla foreldrana, ræðum niðurstöður, meðferð og næstu heimsóknir. Ræði við gríska mömmu sem blessar mig í þriðja hverju orði og mun hafa mig í bænum sínum. Notalegt að ræða við svona yndislega foreldra.

17:20 Loka tölvunni, er að verða alltof sein að skutla öðrum prinsinum á fótboltaleik, en næ með sérlega útsjónarsömum keyrsluhæfileikum. Leikurinn byrjar ekki fyrr en eftir klukkustund svo það er spurning hvort ég ætti að stökkva inn í ræktina eða fá mér Tokyo-sushi. Legg frá mér prjónana og bruna á leikinn. Mætt á hliðarlínuna – búin að vera soccer-mom samfellt í 25 ár, lifi mig mikið inn í leikinn og sparka jafnvel með. Leik lokið með sigri okkar megin enda lagði ég mig alla fram.

20:30 Komin heim, kvöldmatartími liðinn hjá hinum í fjölskyldunni en fótboltakappinn nýtir sér Gordon Ramsey hæfileika sína og vippar upp steik fyrir sig.

21:00 Skelli í þvottavél „the never ending story“, kveiki á sjónvarpinu – horfi á glæpaþriller, kveiki á ljóranum og fer yfir blóðprufuniðurstöður, skipulegg verkefni næsta dags og hver er að fara hvert og hver skutlar. Loksins eru allir farnir að sofa og ég nýt þess að sitja ein og klára sjónvarpsþáttinn þó ég muni nú ekkert hvað gerðist eftir að þátturinn er búinn.

Gizur Gottskálksson
hjartalæknir



Hugleiðingar um heilbrigðismál

Fyrir síðustu alþingiskosningar bar öllum flokkum sem buðu fram saman um að heilbrigðismálin væru efst á blaði. Skoðanakannarnir síðustu árin hafa leitt í ljós að almenningur í landinu setti þau í fyrsta sæti.

Ekki minnkaði áherslan á þau mál í COVID-faraldrinum og afleiðingum hans. Um þetta var meðal annars kosið. En hvað svo? Nýr heilbrigðisráðherra var skipaður og öllum bar saman um að þar færi hinn mætasti maður. Hann þótti líka fara vel af stað. Fljótlega kvað hann upp úr með að styrkja þyrfti allar stoðir heilbrigðiskerfisins, jafnt hið opinbera sem einkarekna. Var það í góðu samræmi við áherslur hans flokks sem gekk vel í kosningunum.

Þar var ekki síst tekið fram að efla þyrfti heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni.

Ég held að flestum hafi þótt þetta mjög skynsamleg nálgun og bundu vonir við að nú yrði stefnubreyting.

En hvað hefur síðan breyst? Ekki mikið enn sem komið er. Vandi Landspítala hefur verið í stöðugri umræðu og að sjálfsögðu tekið mikinn tíma og orku.

En heilbrigðisþjónustan verður ekki löguð eingöngu á Landspítala þótt hann gegni mikilvægu hlutverki í kerfinu. Nýta þarf allar stoðir heilbrigðiskerfisins eins og reyndar hinn nýi ráðherra nefndi í upphafi.

En á hverju stendur?

Af einhverjum ástæðum hefur ekki verið samið við sjálfstætt starfandi sérfræðinga í fjögur ár.

Viðræður samninganefndar þeirra við Sjúkratryggingar Íslands hafa verið málamyndaviðræður og lítill samningsvilji komið fram. Samningsleysið heldur því áfram og er farið að skaða starfsemina. Nýliðun er afar lítil og að óbreyttu mun þessi þjónusta dragast saman.

Getur það verið stefna heilbrigðisyfirvalda?

Til sjálfstætt starfandi sérfræðilækna eru um 500.000 komur á ári. Hvert eiga þessir sjúklingar að leita? Auka vanda Landspítala sem er ærinn fyrir? Að einhverju marki að leita til heilsugæslunnar?

Heilsugæslan virðist ekki aflögufær. Víðast tekur daga og vikur að fá tíma þar. Sérfræðiþjónusta á landsbyggðinni er svo annar kapítuli. Hana þyrfti að bæta og auka.

Setja þarf markmið um hvaða þjónustu skal veita í heimabyggð. Síðan að fjármagna og byggja upp. Hingað til hefur verið nánast handahófskennt hvaða þjónusta er veitt og hefur byggst á einstaklingsframtaki frekar en opinberri stefnu. Það hefur ríkt skömmtunarkerfi til heilbrigðisstofnana og þegar leitað hefur verið eftir auknu fjármagni á rökstuddan hátt hefur því oftast verið synjað. Betra hefur þótt að senda sjúklinga til Reykjavíkur en að sinna því sem hægt er í heimabyggð. Nú er spurningin: Hver ræður? Ráðherra heilbrigðismála eða einhver í kerfinu? Þessi atriði sem ég hef hér nefnt eru í góðu samræmi við stefnu hans.

Er ekki best að byrja að hrinda henni í framkvæmd?

Auglýsing



HÁGÆÐA VINNUSTÓLAR
BETRI VINNUAÐSTAÐA

Fastus býður upp á mikið úrval af vinnustólum fyrir skurðstofur og aðrar meðferðarstofur.
Áklæði stólanna er með sérstöku bakteríufráhrindandi efni sem auðvelt er að sótthreinsa og þrífa.
Pantaðu tíma hjá ráðgjöfum okkar í síma 580 3900 fyrir frekari upplýsingar.



VELA Samba 420



VELA Samba 400



VELA 'Support+' Surgeon's Chair



VELA Samba 410