Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



„Margir læknar hafa haldið í mér lífinu“ – Guðmundur Felix Grétarsson hélt erindi um handaágræðslu sína á þingi Skandinavíska ígræðslufélagsins

VIÐTÖL

Fíkn í ópíóíða vex stöðugt, segir Valgerður Rúnarsdóttir hjá SÁÁ

Ragna Sigurðardóttir: Pólitík og læknisfræði

LEIÐARAR

Axel F. Sigurðsson

Oddur Steinarsson

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

Ragnar Freyr Ingvarsson

10/2022 108. árgangur: 429-476

Auglýsing



Gunnar Thorarensen, yfirlæknir sérnáms Landspítala, Amelia Samuel, verkefnastjóri í gæðadeild, og Margrét Dís Óskarsdóttir, kennslustjóri gæðaverkefna Landspítala, grípa til aðgerða gegn óánægju sérnámslækna. Mynd/gag

Breyta launum og aðstöðu til að bæta líðan sérnámslækna Landspítala

Bæta á launakerfi, breyta vaktakerfi og laga búningsaðstöðu sérnámslækna til að bæta starfsaðstæðurnar, minnka óánægju og bæta jafnvægi milli starfs og einkalífs

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Alls hafa 15 af 140 hætt sérnámi á Landspítala síðustu tvö ár. „Ástæðurnar eru mismunandi en álag spilaði stórt hlutverk," segir Margrét Dís Óskarsdóttir, kennslustjóri gæða- og umbótaþjálfunar sérnáms á Landspítala, sem ryndi í þær í kjölfar niðurstaðna könnunar Félags almennra lækna í upphafi árs. Þær sýndu að 43,5% almennra lækna á Landspítala hafa oft eða mjög oft upplifað einkenni kulnunar síðustu 12 mánuði. Einnig að 25% væru því frekar eða mjög sammála að hafa íhugað alvarlega að fara í veikindaleyfi.

„Slegin, hissa en þó ekki óvænt," segir Margrét Dís um niðurstöðurnar. Þær hafi sýnt stöðuna skýrt. „Ekki var hægt að líta framhjá þeim án þess að bregðast við." Gunnar Thorarensen, yfirlæknir sérnáms á Landspítala, segir þær hafa sýnt andrúmsloftið svart á hvítu. „Alvarleg teikn voru á lofti sem gaf okkur tækifæri til að bregðast við."

Margrét Dís og Amelia Samuel, verkefnastjóri í gæðadeild, leiddu og greindu 8 meginástæður vanlíðunar sérnámslækna.

1. Ekkert kerfi sem fylgist með því hvort sérnámslæknar vinni umfram skyldu
2. Brotnir ferlar sem leiði til endurtekningar verka
3. Skortur á samræmdri stjórnun milli klínikurinnar og sérnámsins
4. Engar áætlanir um hvernig dekka eigi klíníska vinnu þegar skortur er á starfsfólki
5. Starfslýsing kennslustjóra ekki í samræmi við væntingar til hlutverksins
6. Óljóst hver ber ábyrgð á starfsumhverfi sérnámslækna
7. Skortur á forvörnum og aðgerðum við veikindum í starfsliðinu
8. Laun fari ekki saman við reynslu sérnámslækna og ábyrgð

Aðgerðaáætlun liggi nú fyrir. Margrét nefnir að settir hafi verið á stofn stuðningshópar fyrir sérnámslæknana. „Þeir hjálpa þeim að takast faglega á við starfið," segir hún en sýtir að fleiri nýti sér þá ekki. „Þetta er eina úrræðið sem miðar beint á einstaklinginn. Önnur snúa að því að bæta vinnuumhverfið." Gunnar segir að eitt úrræðanna sé að bregðast við launamálunum sérstaklega.

„Launin eiga að endurspegla framvinduna í sérnáminu og hefur áætlun um það verið samþykkt í framkvæmdastjórn. Stefnt er að því að hún komi til framkvæmda á næstu vikum," segir hann.

„Þá ætlum við að gera vaktakerfið að betur smurðri vél og endurhanna vaktirnar í samræmi við áhyggjurnar sem sérnámslæknar lýsa," segir hann. Breytingarnar eigi að hluta til að verða að veruleika í október. Meðal aðgerða er einnig að bæta búningsklefa sérnámslækna.

„Sérnámslæknar hafa herbergi sem hefur nýst til að skipta um klæðnað, hvílast, sofa og vinna," segir Amelia. „Aðstaðan er langt frá því sem talist getur viðunandi en við sáum að enginn taldi sig ábyrgan fyrir aðstöðunni þar sem sérnámslæknar tilheyra ekki neinni ákveðinni deild á spítalanum."

Amelia segir mikilvægt að finna jafnvægið á milli sérnámsins og klínísku þjónustunnar. Þau skipuleggi því vinnustofu kennslustjóra, umsjónarsérnámslækna og yfirlækna til að finna þetta ákjósanlega jafnvægi og skilgreina hlutverk hvers og eins betur.

„Við munum setja áætlanir til að sjá meiri skilvirkni í störfum og mæla árangurinn árlega." Þá segja þau að könnunin um líðanina verði endurtekin í febrúar árlega. Þau eru öll á því að þetta sé aðeins byrjunin. „En við bæði stefnum að og vonumst til að sjá merki um betri líðan sérnámslækna strax í næstu könnun."

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



435

Axel F. sigurðsson

Statín. Of mikið eða ekki nóg?

Mikill fjöldi fólks tekur statínlyf í dag. Færa má rök fyrir því að meðal þeirra sem ekki taka statínlyf séu margir sem myndu hafa gagn af slíkri meðferð. Þá er einnig hópur fólks sem tekur statínlyf og hefur af því lítið sem ekkert gagn. Það er hlutverk okkar lækna að rétta hlut beggja þessara hópa.



437

Oddur Steinarsson

Heilsuvera – aðgangur opinn allan sólarhringinn!

Heilsuveruna verður að endurskoða og afmarka. Styðja þarf betur við þá lækna sem eru til staðar í dag og spyrja hvort takmörkuðum tíma okkar sé vel varið í þessi samskipti? Hvað með aldraða og aðra sem geta ekki notfært sér tæknina?

FRÆÐIGREINAR

439

Kolfinna Gautadóttir, Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir, Martin Ingi Sigurðsson, Karl Andersen

Brátt hjartadrep meðal yngri einstaklinga: rannsókn á nýgengi, áhættuþáttum og horfum

Ungir einstaklingar voru skilgreindir sem konur 55 ára og yngri og karlar 50 ára og yngri, því konur fá yfirleitt hjarta- og æðasjúkdóma seinna en karlar. Til samanburðar voru eldri sjúklingar, konur eldri en 55 ára og karlar eldri en 50 ára.

Algengi hefðbundinna áhættuþátta kransæðasjúkdóms er misjafnt milli aldurshópa með brátt hjartadrep. Þeir yngri eru líklegri til að reykja og hafa ættarsögu um kransæðasjúkdóm. Þeir eru einnig líklegri til að nota vímuefni á borð við kannabis og örvandi efni eins og kókaín og amfetamín sem geta haft bein áhrif á æðakerfið.

447

Jóhanna Torfadóttir, Sigrún Eva Einarsdóttir, Ásgeir R. Helgason, Birna Þórisdóttir, Rebekka Björg Guðmundsdóttir, Anna Bára Unnarsdóttir, Laufey Tryggvadóttir, Helgi Birgisson, Guðfinna Halla Þorvaldsdóttir

Áttavitinn - rannsókn á reynslu einstaklinga af greiningu og meðferð krabbameina á Íslandi árin 2015-2019

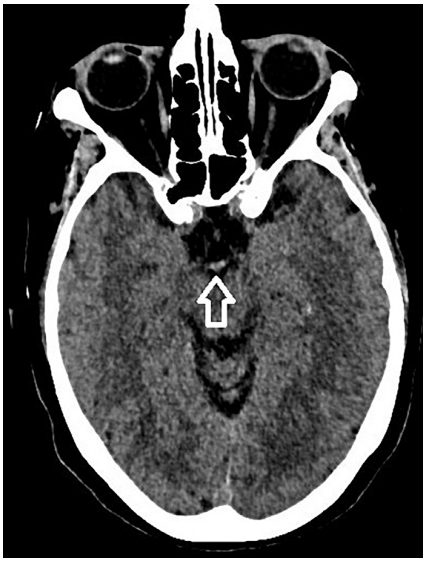
Einn af hverjum þremur getur vænst þess að fá krabbamein einhvern tíma á ævinni. Algengust eru krabbamein í brjóstum, blöðruhálskirtli, ristli og endaþarmi og lungum. Þó aldursstaðlað nýgengi fari nú lækkandi eftir áratuga vöxt, sérstaklega meðal karla, er gert ráð fyrir að krabbameinstilvikum fjölgi mikið á næstu árum. Ástæðan er fólksfjölgun og hækkandi meðalaldur. Spár gera ráð fyrir að krabbameini fjölgi um 25% fram til ársins 2030 en þá er reiknað með að árin 2016-2020 greinist 2210 mein árlega að meðaltali í stað 1750 meina. – Að greinast með krabbamein er áfall og rannsóknir sýna að óháð alvarleika sjúkdómsins er aukin hætta á sjálfsvígum, hjartaáföllum og ýmsum geðröskunum fyrstu vikurnar á eftir.

455

Brynhildur Thors, Helgi Már Jónsson

Tilfelli mánaðarins – skyndilegt meðvitundarleysi hjá hraustri konu

Við komu á bráðamóttöku 50 mínútum frá upphafi einkenna var meðvitund skert en konan svaraði ákalli og sársaukaáreiti og hreyfði alla útlimi samkvæmt fyrirmælum (GCS 9). Taugaskoðun sýndi misvíð sjáöldur sem svöruðu ljósáreiti, Babinski-teikn var neikvætt og lífsmörk stabíl.



Tölvusneiðmynd af höfði án skuggaefnis sýnir aukna þéttni (dens vessel) í toppi botnslagæðar (ör).

MYND Á FORSÍÐU/GUNNHILDUR ARNA GUNNARSDÓTTIR

Myndin er tekin á þingi Skandinavíska ígræðslufélagsins þegar Guðmundur Felix Grétarsson hélt erindi um handaágræðslu sína

UMFJÖLLUN OG GREINAR

462
„Margir læknar hafa haldið í mér lífinu“
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Fáir hafa snert íslenska heilbrigðiskerfið með sama hætti og Guðmundur Felix Grétarsson. Tugi aðgerða hefur þurft til að halda lífinu í honum, eins og hann lýsir, auk einnar stórrar tímamótaaðgerðar sem bætti lífsgæði hans stórkostlega. Hann lýsti áhrifum handaágræðslunnar með lækni sínum, Lionel Badet, á 30. þingi Skandinavíska ígræðslufélagsins





466
Sveiflast á milli pólitíkur og læknisfræði
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Skurðlækningar heilla mest um þessar mundir en upphaflega voru það geðlækningarnar,“ segir Ragna Sigurðardóttir sem er komin á fleygiferð á kandídatsárið sitt. Ragna hefur afhent formannskefli Ungs jafnaðarfólks til arftakans, er stigin úr hlutverki borgarfulltrúa og komin að nýju á kaf í læknisfræðina

468
„Ég fer síðastur frá borði“
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Mikael Smári Mikaelsson, yfirlæknir á bráðamóttöku Landspítala, segir að hann hafi aðeins séð tvo kosti þegar hann tók við starfinu. Reyna að breyta ástandinu eða flytja með fjölskylduna hinum megin á hnöttinn. Mikael ber ekki aðeins bráðamóttökuna á herðunum heldur hefur tekið að sér að leiða kjarasamninganefnd lækna. „Ég trúi að hægt sé að bjarga bráðamóttökunni og fer síðastur frá borði“





470
Lyfjaandlát aldrei fleiri
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Fíkn í ópíóíða vex stöðugt. Aldrei hafa fleiri látist hér á landi vegna lyfja en í fyrra. „Það gerist þrátt fyrir að gripið hafi verið til fjölda aðgerða,“ segir Valgerður Rúnarsdóttir læknir og hvetur lækna til að skima fyrir og greina fíkn áður en þeir ávísi lyfjunum



431
Breyta launum og aðstöðu til að bæta líðan sérnámslækna Landspítala
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



LÖGFRÆÐI 45. PISTILL

465
Dögg Pálsdóttir
Eiga læknar að sinna sjálfum sér eða ættingjum sínum?

458
Fréttir

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



461
Hugleiðingar um að breyta um stefnu, bæta aðgengi sjúklinga og stöðu sérgreinalækna á stofu
Ragnar Freyr Ingvarsson

Hið opinbera þarf að koma að máli við sjálfstætt starfandi sérgreinalækna með raunveruleg áform um að bæta þjónustuna

ÖLDUNGADEILDIN



472
Áhrifaríkar kennsluaðferðir Jóns fóstra
Andrés Magnússon

Það tók mig heila starfsævi að skilja að Jón var að kenna okkur alveg svakalega mikilvæga lexíu

DAGUR Í LÍFI LUNGNALÆKNIS



473
Stefán Þorvaldsson

07:45 Sest við tölvuna, renni yfir innlagða sjúklinga. Geri krossgátu dagsins í New York Times til að sparka heilanum í gang

LIPUR PENNI



474
Eyjólfur Þorkelsson

Síðasti dansinn
Hvað ef læknir vill fara á svig við hið viðtekna til að gera það sem hann telur réttast fyrir sjúkling sinn?

Auglýsing

Statín. Of mikið eða ekki nóg?



Axel F. Sigurðsson
hjartalæknir
axel@hjartamidstodin.is

Hjartamiðstöðinni,
Holtasmára 1,
201 Kópavogi

Jákvæð áhrif statína á horfur einstaklinga með hjarta- og æðasjúkdóma endurspegla eitt af stærstu framfaraskrefum sem stigin hafa verið á sviði hjartalyflækninga síðustu áratugi. Áhrif á lýðheilsu eru ótvíræð og læknar hafa öðlast vopn sem nota má til að hefta framgang æðakölkunarsjúkdóma.

Alvarlegar aukaverkanir af völdum statína eru sjaldgæfar. Dæmi eru um útbreitt vöðvaniðurbrot (*rhabdomyolysis*) en það er fátítt. Aðrar aukaverkanir sem ber að nefna eru neikvæð áhrif á lifrarstarfsemi, aukin hætta á sykursýki, minnistruflanir, vöðvaverkir og vöðvamáttleysi. Mikilvægt er að hafa í huga mögulegar milliverkanir við önnur lyf.

Tíminn hefur leitt í ljós að lifraraukaverkanir eru sjaldgæfar og ekki þykir lengur nauðsynlegt að mæla lifrarpróf reglulega hjá einstaklingum sem taka statínlyf.

Vísbendingar um aukna hættu á sykursýki af völdum statína eru býsna afgerandi. Þetta hefur þó litlu breytt varðandi notkun þessara lyfja hjá sjúklingum með hjarta- og æðasjúkdóma enda talið að ávinningur af meðferð vegi þyngra en áhættan í þessu tilviki.

Nokkrar rannsóknir benda til þess að statín geti haft neikvæð áhrif á minni og gerhygli.[1] Helst hefur verið talið að þetta geti haft þýðingu fyrir einstaklinga sem þegar hafa væga skerðingu í hugsanaferli (*mild cognitive dysfunction*). Á hinn bóginn benda aðrar rannsóknir til þess að statín geti dregið úr hættu á heilabilun sem rekja má til æðakölkunarsjúkdóms. Skortur er á slembirannsóknum til að hægt sé að fullyrða um áhrif statína í þessu efni.

Bent hefur verið á að meðferðarheldni sé einungis um 40% fyrstu 24 mánuðina eftir að statínmeðferð er hafin.[2] Þetta er áhyggjuefni enda má leiða rök að því að skortur á meðferðarheldni auki hættu á hjarta- og æðaatvikum umtalsvert.

Vöðvaverkir og vöðvamáttleysi eru algengustu ástæður þess að statínmeðferð er hætt.

Nýlega voru birtar í *Lancet* tíðnitölur um vöðvaeinkenni af völdum statínlyfja sem byggðar eru á niðurstöðum stórrar samantektar á slembirannsóknum.[3] Niðurstöðurnar benda til þess að vöðvaeinkenni af völdum statína séu mun sjaldgæfari en talið hefur verið. Höfundar greinarinnar álykta að í einungis einu af hverjum 15 tilvikum þar sem einstaklingar á statínlyfjum upplifa vöðvaverki megi rekja orsökina til lyfjameðferðarinnar sjálfrar.

Í leiðara sem ritaður var í tilefni birtingar ofangreindrar rannsóknar bendir Maciej Banach prófessor við háskólann í Lodz í Póllandi á að óábyrg skrif og fullyrðingar svokallaðrar „anti-statin“ hreyfingar hafi dregið úr notkun statína með tilheyrandi skaðlegum áhrifum á lýðheilsu.[4]

Þótt áhrif statínlyfja séu ótvíræð hjá sjúklingum með staðfestan æðakölkunarsjúkdóm sýna rannsóknir ekki eins afgerandi árangur við meðferð einstaklinga sem ekki hafa undirliggjandi æðasjúkdóm. Í þessum hópi þarf að meðhöndla mun fleiri einstaklinga til að sjá árangur. Þá er líklegt að í slíku þýði séu margir einstaklingar sem yfir höfuð hafa ekki gagn af statínmeðferð.

Læknar axla mikla ábyrgð þegar þeir taka afstöðu til þess hvort meðhöndla á einstakling með statínlyfjum í ár eða áratugi. Í mörgum tilvikum er ábending augljós en í öðrum tilvikum er hún það alls ekki. Hlutverk læknisins er að upplýsa einstaklinginn um mögulega gagnsemi meðferðar og hugsanlega fylgikvilla. Þannig skapast forsendur til að ræða málin af skynsemi og sjúklingurinn sjálfur getur tekið upplýsta ákvörðun um hvað hann vill gera. Þannig verður til sameiginleg ákvarðanataka læknis og sjúklings (*shared decision-making*).

Hjarta- og æðasjúkdómar eru algengasta dánarorsökin meðal aldraðra. Rannsóknir benda til þess að statín dragi úr hjarta- og æðaatvikum meðal einstaklinga á aldrinum 70-80 ára sem hafa þekktan undirliggjandi æðakölkunarsjúkdóm.[5] Þótt hér sé um að ræða tölfræðilega marktækan mun, ber að setja hann í klínískt samhengi. Lítil gögn eru til um aukaverkanir statína og áhrif á lífsgæði meðal aldraðra. Þá er líklegt að fjöllyfjameðferð aldraðra auki líkur á milliverkunum vegna statínmeðferðar.

Mikill fjöldi fólks tekur statínlyf í dag. Færa má rök fyrir því að meðal þeirra sem ekki taka statínlyf séu margir sem myndu hafa gagn af slíkri meðferð. Þá er einnig hópur fólks sem tekur statínlyf og hefur af því lítið sem ekkert gagn. Það er hlutverk okkar lækna að rétta hlut beggja þessara hópa.

Mikill fjöldi fólks tekur statínlyf í dag. Færa má rök fyrir því að meðal þeirra sem ekki taka statínlyf séu margir sem myndu hafa gagn af slíkri meðferð. Þá er einnig hópur fólks sem tekur statínlyf og hefur af því lítið sem ekkert gagn. Það er hlutverk okkar lækna að rétta hlut beggja þessara hópa.

Heimildir

1. Ballantyne CM, Nambi V. Statins and your memory. J Am Coll Cardiol 2021; 77: 3157-9.
2. Banach M, Burchardt P, Chlebus K, et al. PoLA/CFPiP/PCS/PSLD/PSD/PSH guidelines on diagnosis and therapy of lipid disorders in Poland 2021.Arch Med Sci 2021; 17: 1447-547.
3. Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Effect of statin therapy on muscle symptoms: an individual participant data meta-analysis of large-scale, randomised, double-blind trials. Lancet 2022; 400: 832-45.
4. Maciej Banach. Statin intolerance: time to stop letting it get in the way of treating patients. Lancet 2022; 400: 791-3.
5. Horodinschi RN, Stanescu AMA, Bratu OG, et al. Treatment with Statins in Elderly Patients. Medicina (Kaunas) 2019; 55: 721.

Statins. Too much or not enough

Axel F. Sigurðsson MD
cardiologist

doi 10.17992/lbl.2022.10.707

Auglýsing

Heilsuvera – aðgangur opinn allan sólarhringinn!



Oddur Steinarsson
sérfræðingur í heimilislækningum,
varaformaður LÍ og FÍH
Heilsugæslunni Kirkjusandi,
Hallgerðargötu 13
105 Reykjavík

Oddur@hgkirkjusandi.is

Framþróun í tölvutækni hefur bæði sínar góðu og slæmu hliðar. Heilsuveran er orðin stór hluti af daglegri vinnu okkar heimilislækna, en tekur núorðið einnig yfir hluta einkalífs margra. Heilsuveran var þróuð til að einfalda samskipti og bæta þjónustu. Þar er nú meðal annars hægt að endurnýja lyfseðla, bóka tíma og senda skilaboð. Endurnýjun lyfseðla er fljótlegri og starfsmenn heilsugæslustöðva þurfa ekki lengur að handfylla inn í seðla þegar skjólstæðingur hefur samband, heldur er sjálfvirknin tekin yfir og síðasta greining tengd seðlinum. Þetta einfaldar vissulega vinnuna, en fljótfærnisvillur aukast. Færri eiga sífellt að gera meira og framleiðnin á að alltaf að aukast. Þegar sjálfvirknin sér um málin getur sú verið raunin, en þegar okkur er ætlað að svara erindunum beint, eykst vinnuálagið. Sum okkar fá tugi skilaboða á dag ofan á fulla móttöku og símatíma. Í stöðugri undirmönnun og aukinni eftirspurn er vinnuálagið orðið slíkt að mörg okkar hugsa reglulega um að hætta samkvæmt nýlegri könnun Félags íslenskra heimilislækna. Ónefndur aðili tengdur þróun Heilsuveru lét hafa það eftir sér nýverið að kerfið væri algjör snilld, því læknar hefðu svo mikla ábyrgðartilfinningu að þeir sætu oft á kvöldin og um helgar að svara þessu. Skjólstæðingar geta sent skilaboð allan sólarhringinn, alla daga ársins.

Dæmi um skilaboð geta verið: - ég vil fara í maga- og ristilspeglun, - á ég að fá mér hund, - sæl vinan, hvaða sjampói mælir þú með, - ég er svo þreyttur að ég vil fara í blóðprufu fyrir öllu, - ég er með brjóstverk og finnst þungt að anda, - þú ert svo lélegur að svara skilaboðum að ég ætla að finna mér annan lækni, - getur þú komið mér í liðskipti til Svíþjóðar.

Fyrirspurnum um niðurstöður úr rannsóknum á Landspítala rignir einnig yfir okkur og nýlegt dæmi er um mál hjá Embætti landlæknis þar sem kvartað var yfir heimilislækni fyrir að fylgja ekki eftir rannsóknum frá Landspítala. Það eina sem sá læknir gerði var að svara í Heilsuveru hvað hefði komið út úr sýni á spítalanum sem hann hélt að væri í farvegi. Ekki hans sjúklingur, hafði ekki séð viðkomandi, ekki pantað prufur og ekki fengið nein skilaboð um að fylgja málinu eftir. Ekki stafur sendur á viðkomandi heilsugæslu um eftirfylgd eða yfirhöfuð um málið.

Hvaða afleiðingar hefur óheft þróun þessa? Ég svara stundum skilaboðum á kvöldin og um helgar, meðal annars til þess að ég komist heim fyrir kvöldmat daginn eftir. Sama á við um fjölmarga kollega mína. Að auki fæ ég eina eða fleiri fyrirspurnir í hverri viku, í tölvupóstum, á messenger og á förnum vegi, hvort ég geti orðið heimilislæknir viðkomandi. Þetta hefur aukist mjög undanfarið, en ég tel þetta ekki vott um eigið ágæti, heldur vaxandi skort á heimilislæknum og aðgengi að heilbrigðisþjónustunni í heild sinni. Hugsunin um að hætta þegar vinnan flæðir yfir eðlileg mörk leitar á lækna. Margir velta fyrir sér að vera ekki í fastri vinnu heldur vinna viku og viku á Hólmavík, Hornafirði, í Noregi eða Svíþjóð. Flýja og vera frjáls vikurnar sem við erum ekki í vinnunni, vera meira til staðar fyrir okkar nánustu.

Stóra uppsögnin er alþjóðleg ógn við stöðugleika á vinnumarkaði, þar sem fleiri og fleiri kjósa frelsið sem því fylgir að vera ekki í fastri vinnu. Sú ógn hefur raungerst í heilsugæslunni á undanförnum árum þar sem stór hluti heilsugæslu í landinu er ekki með fasta mönnun lengur og víða þjónustuð af leigulæknum. Að læknar flýi samlög sín í auknum mæli mun raungerast ef álagið eykst áfram. Í dag erum við með hlutfallslega lægstu mönnun heimilislækna á Norðurlöndunum og sjáum ekki í land með bætta mönnun á næstunni þar sem stór hópur fer á eftirlaun á næstu 10 árum.

Heilsuveruna verður að endurskoða og afmarka. Styðja þarf betur við þá lækna sem eru til staðar í dag og spyrja hvort takmörkuðum tíma okkar sé vel varið í þessi samskipti? Hvað með aldraða og aðra sem geta ekki notfært sér tæknina?

Heilsuveruna verður að endurskoða og afmarka. Styðja þarf betur við þá lækna sem eru til staðar í dag og spyrja hvort takmörkuðum tíma okkar sé vel varið í þessi samskipti? Hvað með aldraða og aðra sem geta ekki notfært sér tæknina? Sá hópur þarf ekki síður á þjónustu okkar að halda að mínu mati. Að skipuleggja þjónustuna betur hefur aldrei verið meira aðkallandi og að þjónustan verði með það að markmiði að nýtast þeim sem helst þurfa á henni að halda.

Heilsuvera, website for communications with patients

Oddur Steinarsson
MD, GP, MBA and CEO
Kirkjusandur Primary Care Center

doi 10.17992/lbl.2022.10.708

Auglýsing

Brátt hjartadrep meðal yngri einstaklinga: rannsókn á nýgengi, áhættuþáttum og horfum

Kolfinna Gautadóttir[1] læknanemi
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir[1,2] læknir
Martin Ingi Sigurðsson[1,3] læknir
Karl Andersen[1,2] læknir

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

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

ÁGRIP

INNGANGUR

Nýgengi bráðs hjartadreps hefur lækkað í almennu þýði á undanförnum áratugum en margt bendir til þess að þetta eigi ekki við um yngstu aldurshópana. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna nýgengi, áhættuþætti og horfur eftir brátt hjartadrep meðal ungra einstaklinga hér á landi.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin var afturskyggn gagnarannsókn. Gögn fengust úr gagnagrunni SCAAR-SWEDEHEART, sjúkraskrám Landspítala og Dánarmeinaskrá landlæknis. Í rannsóknarþýðinu var faraldsfræði milli kvenna ≤55 ára og karla ≤50 ára sem greindust með brátt hjartadrep (STEMI/NSTEMI) á Íslandi á árunum 2014-2020 borin saman við eldri sjúklinga.

NIÐURSTÖÐUR

Af öllum STEMI- og NSTEMI-tilfellum á Íslandi á tímabilinu (2852) voru 344 sjúklingar (12%) ungir. Ekki var sýnt fram á breytingu á nýgengi bráðs hjartadreps meðal yngri aldurshópsins á tímabilinu. Hlutfall STEMI var hærra meðal yngri sjúklinga samanborið við eldri (52% á móti 35%, p<0,001). Reykingar (50% á móti 26%, p<0,001) og offita (líkamsþyngdarstuðull >30 kg/m^2) (47% á móti 36%, p<0,01) voru algengari í yngri aldurshópnum samanborið við þann eldri. Eldri sjúklingar voru líklegri til að deyja ári eftir áfall, bæði af öllum orsökum (7% á móti 3%, p<0,05) og af völdum hjarta- og æðasjúkdóma (7% á móti 3%, p<0,05). Ekki var sýnt fram á mun á hlutfalli yngri og eldri einstaklinga með endurtekið brátt hjartadrep ári eftir áfall (2% á móti 3%, p=0,3).

ÁLYKTANIR

Á rannsóknartímabilinu var ekki sýnt fram á breytingu á nýgengi bráðs hjartadreps meðal yngri einstaklinga. Yngri einstaklingar með brátt hjartadrep hafa aðra áhættuþætti en þeir eldri, þeir hafa lægra dánarhlutfall en sömu líkur á endurteknu hjartadrepi ári eftir áfallið.

Inngangur

Blóðþurrðarsjúkdómar í hjarta eru ein helsta dánarorsök í heiminum í dag.[1,2] Horfur sjúklinga hafa batnað með framförum í lyfjameðferð og hjartainngripum en dánartíðnin er ennþá há. Þrátt fyrir að skammtíma dánartíðni sé hærri hjá sjúklingum með þverlægt hjartavöðvadrep (*ST-elevation myocardial infarction,* STEMI) eru langtímahorfur svipaðar meðal sjúklinga með STEMI og óþverlægt hjartavöðvadrep (*non-ST-elevation myocardial infarcion,* NSTEMI). Dánartíðni af völdum hjartasjúkdóma er há meðal sjúklinga með NSTEMI. Það gæti skýrst af því að sjúklingar með NSTEMI eru yfirleitt eldri, með fleiri áhættuþætti og dreifðari kransæðasjúkdóm en þeir sjúklingar sem fá STEMI, sem eru yfirleitt yngri og hafa færri æðakölkunarskellur. Skyndidauði vegna hjartadreps er aftur á móti mun algengari eftir STEMI.[1,3] Aldur og karlkyn eru meðal áhættuþátta kransæðasjúkdóma. Karlar virðast vera í meiri áhættu á að fá hjartadrep framan af ævi, en með hækkandi aldri minnkar bilið á milli kynjanna hvað þetta varðar.[4]

Nýgengi bráðs hjartadreps hefur farið lækkandi í almennu þýði á undanförnum árum. Þrátt fyrir það fer algengi kransæðasjúkdóms hækkandi, annars vegar vegna öldrunar þjóðarinnar og hins vegar vegna betri horfa eftir áfall.[5-7] Fjöldi erlendra rannsókna

hafa verið gerðar á ungum einstaklingum með brátt hjartadrep sem sýna að nýgengi hefur ekki lækkað meðal yngri einstaklinga,[6-9] en þar eru ungir einstaklingar skilgreindir sem 50 eða 55 ára og yngri og mjög ungir einstaklingar skilgreindir sem 35 eða 40 ára og yngri.[6-10] Tvær rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi á faraldsfræði bráðs hjartadreps hjá 40 ára og yngri á árunum 1980-1984 og milli 2005-2009. Þar mátti sjá að nýgengi stóð í stað frá fyrri til seinni rannsóknar en aldursstaðlað nýgengi lækkaði.[11,12]

Algengi hefðbundinna áhættuþátta kransæðasjúkdóms er misjafnt milli aldurshópa með brátt hjartadrep. Þeir yngri eru líklegri til að reykja og hafa ættarsögu um kransæðasjúkdóm.[8,10-13] Yngri einstaklingar eru einnig líklegri til að nota vímuefni á borð við kannabis og örvandi efni eins og kókaín og amfetamín sem geta haft bein áhrif á æðakerfið.[8]

Þrátt fyrir að hópi mjög ungra einstaklinga með brátt hjartadrep hafi verið nokkuð lýst hér á landi, hefur sjónum hingað til ekki verið beint að hópi ungra einstaklinga og eru nýgengi, áhættuþættir og horfur þessa hóps ekki þekkt. Markmið rannsóknarinnar voru að kanna nýgengi, áhættuþætti og horfur ungra einstaklinga á Íslandi með hjartadrep.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn gagnarannsókn þar sem notuð voru gögn sem skráð voru í rauntíma. Hún náði til allra þeirra sem greindust með brátt hjartadrep, STEMI eða NSTEMI, á Íslandi á tímabilinu 1. janúar 2014 – 31. desember 2020. Notaðar voru alþjóðlegar klínískar leiðbeiningar við skilgreiningu á bráðu hjartadrepi, en þar segir að brátt hjartadrep verði þegar bráð blóðþurrð í hjarta veldur dauða hjartavöðvafrumna, sem leiðir til hækkunar á trópónín (cTn) I og T.[14] Gögn fengust úr sænska SCAAR-SWEDEHEART-gagnagrunninum sem geymir upplýsingar um þá sem hafa fengið brátt hjartadrep. Hann er tengdur gagnagrunni hjartaþræðingadeildar Landspítala og má því finna alla þá sjúklinga sem hafa farið í hjartaþræðingu á Landspítala. Upplýsingar grunnsins eru skráðar í rauntíma. Reglulegt handahófskennt gæðaeftirlit sýnir að gögn í SCAAR-SWEDEHEART samsvarar gögnum í sjúkraskrám í 96% tilvika. Upphaf tímabilsins var miðað við árið 2014 til að tryggja samræmi í greiningu, því 2013 var tekin upp ný og næmari mæliaðferð á trópónín T (hs-TnT) og er því sambærileg blóðrannsókn notuð á öllu tímabilinu 2014-2020.

Ungir einstaklingar voru skilgreindir sem konur 55 ára og yngri og karlar 50 ára og yngri, því konur fá yfirleitt hjarta- og æðasjúkdóma seinna en karlar.[16] Til samanburðar voru eldri sjúklingar, konur eldri en 55 ára og karlar eldri en 50 ára.

Mannfjöldaupplýsingar fengust frá Hagstofu Íslands. Upplýsingar um áhættuþætti, niðurstöðu kransæðamyndatöku og meðferð fengust úr SWEDEHEART. Upplýsingar um dánardag og dánarorsök voru fengnar frá Dánarmeinaskrá landlæknis. Þar sem upplýsingar um dauðsföll fyrir komu á sjúkrahús lágu ekki fyrir í þeim gögnum sem notuð voru, voru þeir einstaklingar ekki teknir með í þessa rannsókn.

Áhættuþættirnir sem voru skoðaðir í gagnagrunninum voru reykingar, blóðfituröskun, sykursýki, háþrýstingur og líkamsþyngdarstuðull. Flett var upp í sjúkraskrám þeirra sjúklinga sem ekki voru með skýra skráningu á sjúkdómsgreiningu í gagnagrunninum og í nokkrum tilvikum þar sem augljósar innsláttarvillur fundust.

Reykingar voru flokkaðar í: „reykir“, „áður reykt >1 mánuð“ og „aldrei reykt“. Skráningarnar um hvort einstaklingar væru á blóðfitulækkandi lyfjum eða með meðhöndlaðan háþrýsting voru notaðar til nálgunar við raunverulega stöðu áhættuþáttanna blóðfituröskun og háþrýstingur. Líkamsþyngdarstuðull (LÞS) var fenginn út frá hæð og þyngd einstaklinga. Út frá því var hægt að flokka einstaklinga eftir því hvort þeir voru of léttir (<18,5 kg/m^2), í kjörþyngd (18,5 kg/m^2 til <25 kg/m^2), í yfirþyngd (25,0 kg/m^2 til <30 kg/m^2), eða með offitu (≥30 kg/m^2). Einnig voru upplýsingar um hvort einstaklingur hefði sögu um kransæðasjúkdóm (hjartadrep, kransæðavíkkun, kransæðahjáveituaðgerð) sóttar í gagnagrunninn.

Lýsandi tölfræði var notuð til að lýsa rannsóknarþýðinu, meðaltölum, staðalfrávikum og hlutföllum og voru kí-kvaðrat-próf og einþátta fervikagreining (ANOVA) notuð til að bera saman yngri og eldri hóp. T-próf var notað til að kanna tölfræðilega marktækni á hlutfalli áhættuþátta milli aldurshópa. Línuleg aðhvarfsgreining var notuð til að kanna tölfræðilega marktækni á breytingu á nýgengi og hlutföllum yfir tímabil. Kaplan-Meier-lifunarkúrfur og log-rank-próf var notað til þess að bera saman lifun og tíðni endurtekinna áfalla milli aldurshópa. Eftirfylgnitími var eitt ár. Miðað var við p<0,05 fyrir tölfræðilega marktækni. Notað var Microsoft® Excel (version 16.41) og Rstudio (version 1.4.1103) við tölfræðiúrvinnslu.

Við upphaf gagnasöfnunar lágu fyrir leyfi frá vísindasiðanefnd (19-183-V2), Embætti landlæknis um aðgang að gögnum úr dánarmeinaskrá (2104018/5.6.1) og hafði framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala heimilað aðgang að sjúkraskrám sjúklinga.

Niðurstöður

Tafla I sýnir dreifingu áhættuþátta, sjúkdómsgreininga og annarra þátta sem skilgreina þýðið. Sjúklingar voru alls 2852 talsins, þarf af voru 344 (12%) í yngri hópnum og 2508 (88%) í eldri hópnum. Hlutfall STEMI var hærra meðal yngri sjúklinga (52% á móti 35%, p<0,001).

Á tímabilinu 2014-2020 var ekki sýnt fram á breytingu á nýgengi bráðs hjartadreps, hvorki á meðal yngri einstaklinga né í samanburðarhópnum (mynd 1). Ekki var sýnt fram á breytingu á nýgengi bráðs hjartadreps yfir tímabilið meðal karla og kvenna í yngri aldurshópnum (mynd 2).

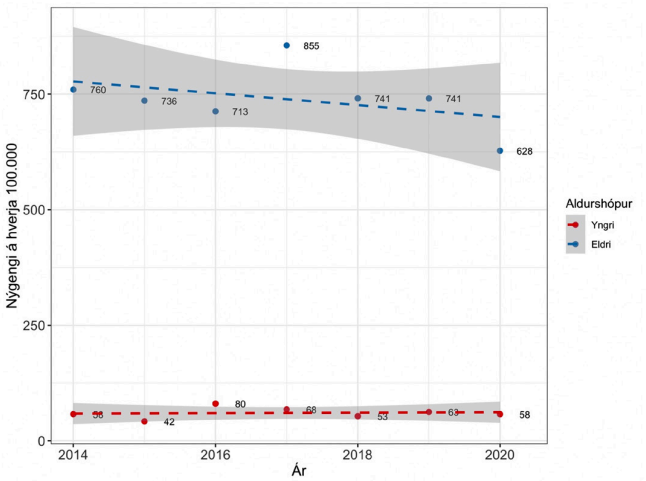
Reykingar voru algengari í yngri aldurshópnum (50% á móti 26%, p<0,001) (mynd 3A) á meðan fleiri í eldri samanburðarhópnum voru með fyrri sögu um reykingar (áður reykt >1 mán.) (47% á móti 25%, p<0,001). Hlutfallslega fleiri í eldri aldurshópnum voru á blóðfitulækkandi lyfjum (47% á móti 18%, p<0,001) og með meðhöndlaðan háþrýsting (64% á móti 35%, p<0,001). Eldri einstaklingum með sykursýki fjölgaði yfir tímabilið en ekki var sýnt fram á mun milli yngri og eldri aldurshóps (17% á móti 20%, p=0,2) (mynd 3B). Hlutfall einstaklinga með líkamsþyngdarstuðul yfir 25,0 kg/m^2 var svipað í yngri og eldri aldurshópnum (83% á móti 80%), en offita var marktækt algengari í yngri aldurshópnum (47% á móti 36%, p<0,05)) (tafla I).

Í töflu II sést hvernig áhættuþættir skiptast á milli kynjanna í

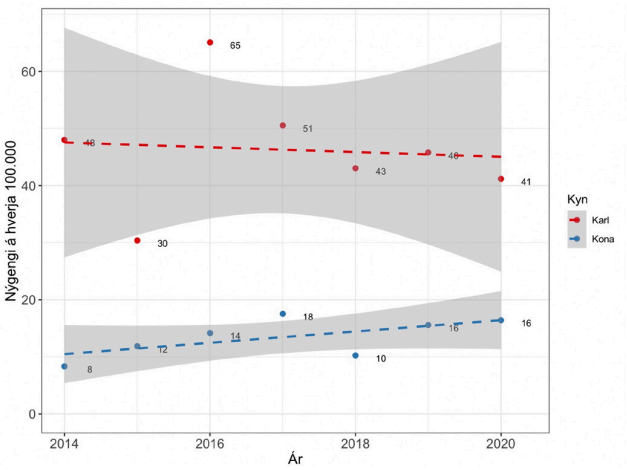
Tafla I. *Lýsandi tölfræði sem sýnir samanburð á sjúklingatengdum þáttum milli yngri og eldri einstaklinga með brátt hjartadrep á Íslandi 2014-2020. Fjöldi (%).*

	Yngri (n=344)	Eldri (n=2508)	p-gildi
Kyn			
Kona	82 (24)	612 (24)	0,9
Aldur (ár)			
Meðaltal (sf)	45,5 (5,5)	68,9 (10,0)	<0,001
Sjúkdómsgreining			
STEMI	180 (52)	884 (35)	<0,001
NSTEMI	164 (48)	1624 (65)	
Áhættuþættir og aðrir þættir†			
Reykir	167 (50)	618 (26)	<0,001
Áður reykt	84 (25)	1147 (47)	<0,001
Blóðfitulækkandi lyf	62 (18)	1158 (47)	<0,001
Sykursýki	59 (17)	501 (20)	0,2
Meðhöndlaður háþrýstingur	117 (35)	1579 (64)	<0,001
Ofþyngd	122 (36)	1103 (44)	<0,05
Offita	160 (47)	904 (36)	<0,05
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m²)‡			
Meðaltal (sf)	29,8 (6,0)	28,6 (5,0)	<0,001
Fyrri áföll og aðgerðir*			
Saga um hjartavöðvadrep	36 (12)	446 (20)	0,001
Saga um kransæðavíkkun	27 (8)	429 (17)	<0,001
Saga um kransæðahjáveituaðgerð	2 (0,6)	223 (9)	<0,001

†Gildi vantar fyrir reykingar í 102 tilvikum (4%), blóðfitulækkandi lyf í 67 tilvikum (2%), sykursýki í 36 tilvikum (1%), meðhöndlaðan háþrýsting í 53 tilvikum (2%) og fyrir flokkun líkamsþyngdarstuðuls í 23 tilvikum (0,8%).
‡Gildi fyrir líkamsþyngdarstuðul vantar í 23 tilvikum (0,8%).
*Gildi vantar fyrir sögu um hjartavöðvadrep í 275 tilvikum (10%) og sögu um kransæðahjáveituaðgerð í tveimur tilvikum (0,1%).
Sf = staðalfrávik, STEMI = þverlægt hjartavöðvadrep, NSTEMI = óþverlægt hjartavöðvadrep.
Yngri: Konur ≤55 ára og karlar ≤50 ára.
Eldri: Konur ≥55 ára og karlar ≥50 ára.



Mynd 1. *Nýgengi bráðs hjartadreps meðal yngri og eldri einstaklinga (p=0,001). Ekki var að sjá tölfræðilega marktækan mun á breytingu nýgengis á tímabilinu, hvorki hjá yngri né eldri hópnum (p=0,1 og p=0,5). Punktalínan er aðhvarfslína og gráa svæðið sýnir öryggisbil.*



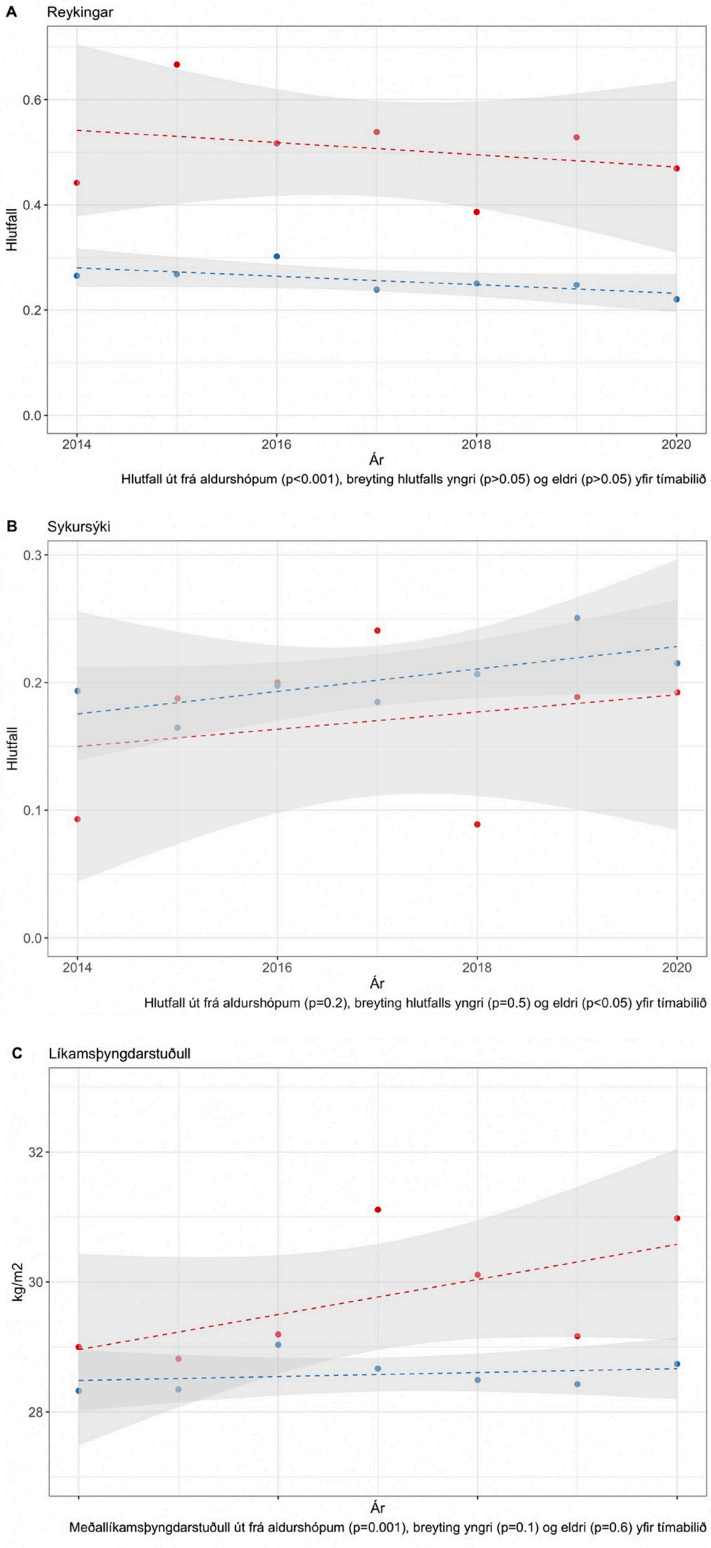
Mynd 2. *Kynjaskipt nýgengi bráðs hjartadeps í yngri aldurshópi (p=0,001). Ekki sást tölfræðilega marktækur munur á breytingu nýgengis yfir tímabilið, hvorki meðal karla né kvenna (p=0,7 og p=0,5). Punktalínan er aðhvarfslína og gráa svæðið sýnir öryggisbil.*

yngri aldurshópnum. Á meðal kvenna var sykursýki (33% á móti 12%, p<0,001) og meðhöndlaður háþrýstingur (46% á móti 31%, p<0,05) algengari. Þá voru karlar hlutfallslega fleiri með offitu (48% á móti 44%, p=0,01) og í ofþyngd (38% á móti 28%, p=0,01).

Horfur sjúklinga voru kannaðar einu ári eftir brátt hjartadrep á tímabilinu 2014-2019. Niðurstöður sýndu að hærra hlutfall eldri sjúklinga lést ári eftir brátt hjartadrep, bæði af öllum orsökum (*all-cause mortality*) (7% á móti 3%, p<0,05) og vegna hjarta- og æðasjúkdóma (*cardiovascular mortality*) (7% á móti 3%, p<0,05) (tafla III). Ekki var sýnt fram á mun á hlutfalli yngri og eldri einstaklinga sem fengu endurtekið brátt hjartadrep ári eftir fyrra áfallið en um fá tilfelli var að ræða (2% á móti 3%, p=0,3) (tafla III, mynd 4).

Umræða

Á rannsóknartímabilinu var ekki hægt að sýna fram á breytingu á nýgengi bráðs hjartadreps meðal yngri einstaklinga og ætla má að



Mynd 3. *Helstu áhættuþættir bráðs hjartadreps. Sjá má hlutfall einstaklinga út frá aldurshópum og einnig breytingu hlutfalls yfir tímabilið.*
A: Reykingar.
B: Sykursýki.
C: Meðallíkamsþyngdarstuðull.
Punktalínan er aðhvarfslína og gráa svæðið sýnir öryggisbil.
Rauð lína táknar yngri og blá lína táknar eldri hópinn.

Tafla II. *Lýsandi tölfræði áhættuþátta ungra einstaklinga með bratt hjartadrep. Fjöldi (%).*

	Kona (n=82)	Karl (n=262)	p-gildi
Áhættuþættir og aðrir þættir*			
Reykir	39 (51)	128 (50)	0,4
Áður reykt	23 (30)	61 (24)	0,4
Blóðfitulækkandi lyf	14 (17)	48 (19)	0,9
Sykursýki	27 (33)	32 (12)	<0,001
Meðhöndlaður háþrýstingur	37 (46)	80 (31)	<0,05
Ofþyngd	23 (28)	99 (38)	0,01
Offita	36 (44)	124 (48)	0,01
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m²)**			
Meðaltal (sf)	29,9 (7,8)	29,8 (5,2)	0,8

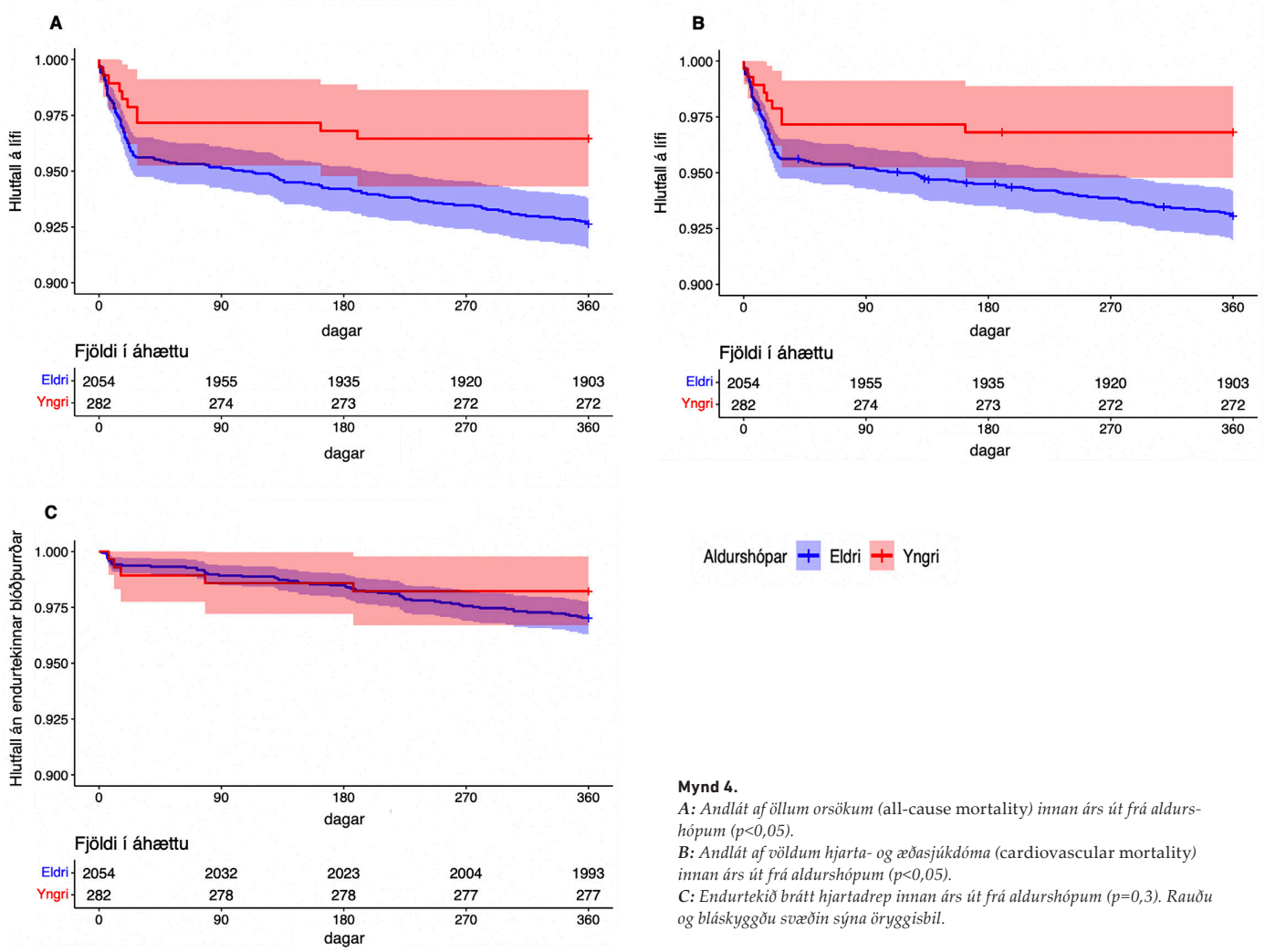
*Gildi vantar fyrir reykingar í 12 tilvikum (3%), blóðfitulækkandi lyf í 9 tilvikum (3%), sykursýki í 5 tilvikum (1%), meðhöndlaðan háþrýsting í 8 tilvikum (2%) og fyrir flokkun líkamsþyngdarstuðuls í tveimur tilvikum (0,6%).
**Gildi fyrir líkamsþyngdarstuðul vantar í tveimur tilvikum (0,6%).
Sf = staðalfrávik
Kona: ≤55 ára. Karl: ≤50 ára.

Tafla III. *Horfur einstaklinga með bratt hjartadrep, 2014-2019. Fjöldi (%).*

	Yngri (n=282)	Eldri (n=2054)	p-gildi
Horfur innan árs			
Andlát (af öllum orsökum)	10 (3)	151 (7)	<0,05
Andlát (af völdum hjarta- og æðasjúkdóma)	9 (3)	142 (7)	<0,05
Endurtekið bratt hjartadrep	5 (2)	61 (3)	0,3

Yngri: Konur ≤55 ára og karlar ≤50 ára.
Eldri: Konur ≥55 ára og karlar ≥50 ára.

ástæða þess hafi verið ónógt tölfræðilegt afl, en í erlendum rannsóknum á ungum einstaklingum með bratt hjartadrep hefur verið bent á að nýgengi fari ekki lækkandi.[6,9] Það mátti einnig sjá í íslensku rannsóknunum á einstaklingum 40 ára og yngri með bratt hjartadrep, en sá hópur var þó heldur yngri en í þessari rannsókn.[11] Nýgengi bráðs hjartadreps hefur farið lækkandi í almennu þýði á síðustu áratugum[6,9,11] en sú lækkun sást ekki á eldri aldurshópnum, aftur á móti voru talsverðar sveiflur milli ára, til að mynda umtalsvert færri greiningar á árinu 2020 sem var að mörgu leyti óvenjulegt ár vegna COVID-19. Einnig er hugsanlegt að það sé að hægja á þessari lækkun nýgengis. Í faraldsfræðirannsókn kransæðasjúkdóma á Íslandi kom fram að ótímabærum dauðsföllum af völdum kransæðasjúkdóma hefði fækkað gríðarlega á síðustu áratugum en með aukinni offitu og hækkandi tíðni sykursýki gæti dregið úr þessari fækkun.[5] Hækkun á nýgengi bráðs hjartadreps meðal



Mynd 4.
A: *Andlát af öllum orsökum* (all-cause mortality) *innan árs út frá aldurshópum (p<0,05).*
B: *Andlát af völdum hjarta- og æðasjúkdóma* (cardiovascular mortality) *innan árs út frá aldurshópum (p<0,05).*
C: *Endurtekið bratt hjartadrep innan árs út frá aldurshópum (p=0,3). Rauðu og bláskyggðu svæðin sýna öryggisbil.*

ungra kvenna var ekki marktæk en samkvæmt erlendum rannsóknum virðist nýgengi yngri kvenna fara hækkandi.[6,9]

STEMI var algengari gerð hjartaáfalls meðal yngri sjúklinga samanborið við eldri sjúklinga. Það kemur heim og saman við það sem bent hefur verið á, að yngri sjúklingar eru yfirleitt með STEMI og færri æðaskellur en eldri sjúklingar eru yfirleitt með NSTEMI en lengra kominn kransæðasjúkdóm með meiri veggkölkunum. Kalkaðar æðaskellur valda síður bráðu rofi í æðaveggnum og lokun heldur en mýkri fituríkari æðaskellur. Þessar rannsóknir voru þó ekki gerðar sérstaklega á yngri aldurshópum.[3,17] Rannsókn sýndi einnig að reykingar væru nátengdur áhættuþáttur fyrir STEMI, en í okkar rannsókn sást að yngri sjúklingar reyktu hlutfallslega meira en eldri aldurshópurinn.[17] Þeir sem reykja eru líklegri til að fá hjartadrep af völdum blóðsega en STEMI verður einmitt oftast vegna rofs á æðakölkunarskellu sem leiðir til blóðsegamyndunar. Reykingar draga úr tPA (*tissue plasminogen activator*) frá æðaþelinu sem veldur segaleysingu.[14,18-20] Því má velta því fyrir sér hvort reykingar séu ástæða hærra hlutfalls STEMI-tilfella í yngri aldurshópnum. Um 50% í yngri aldurshópnum reyktu en það er sambærilegt þeim erlendu rannsóknum sem skoðað hafa áhættuþætti yngri einstaklinga með hjartadrep, en þar hefur hlutfallið verið á bilinu 49-60%.[6,8] Þetta er þó mun hærra hlutfall en hlutfall þeirra sem reyktu í almennu þýði hér á landi á rannsóknartímabilinu en það voru 7-12%. Einnig er hægt að skoða ákveðin aldursbil í almennu þýði og má þá sjá að á aldrinum 18-29 ára reykja um 2,6%, á bilinu 30-39 ára reykja 5,4% og 8,5% á aldursbilinu 40-49 ára.[21] Hlutfallslega fleiri í eldri aldurshópnum höfðu áður reykt en magn fyrri reykinga er ekki skráð. Hlutfall reykinga hefur ekki lækkað í yngri aldurshópnum eins og sjá má í öðrum rannsóknum á ungum einstaklingum.[6, 11]

Líklegt er að yngri sjúklingar með brátt hjartadrep kunni að hafa ógreinda blóðfituröskun við komu. Í yngri aldurshópnum voru 18% á blóðfitulækkandi lyfjum en notkun skráningarinnar blóðfitulækkandi lyf vangreinir líklega blóðfituröskun. Einstaklingar í hárri áhættu á hjarta- og æðasjúkdómum eru oftast settir á blóðfitulækkandi lyf.[22,23] Eldri sjúklingarnir í okkar þýði voru einnig marktækt fleiri með sögu um kransæðasjúkdóm, en þessir sjúklingar eru einnig oftast settir á blóðfitulækkandi lyf.[1,18] Á meðal eldri sjúklinga voru 467 (40%) á kólesteróllækkandi lyfjameðferð án þess að hafa fyrri sögu um brátt hjartadrep.

Í yngri hópnum voru 17% sjúklinga með þekkta sykursýki og

20% þeirra eldri. Það er nokkuð sambærilegt við það hlutfall sem erlendar rannsóknir hafa komist að, þar sem hlutfallið hefur verið á bilinu 18-35%.[6,8,9] Vísbendingar eru um að algengi sykursýki 2 í almennu þýði sé mun hærra meðal eldri einstaklinga.[5] Hafa þarf í huga að sykursýki er verulega vangreindur sjúkdómur og má því gera ráð fyrir að mun fleiri í þýðinu séu ógreindir.[24,25] Hlutfall einstaklinga með sykursýki í eldri hópnum hækkaði á tímabilinu en ekki í yngri hópnum. Erlendar rannsóknir hafa bent á það að hlutfall yngri einstaklinga með brátt hjartadrep sem eru með sykursýki fari hækkandi.[6,9] Sykursýki er mikilvægur áhættuþáttur hjarta- og æðasjúkdóma en einstaklingar með sykursýki eru í tvöfalt meiri hættu á að fá kransæðasjúkdóm samanborið við einstaklinga sem ekki eru með sykursýki.[26] Burtséð frá aldri fer algengi sykursýki hækkandi hér á landi og um allan heim.[5,27]

Skráningin meðhöndlaður háþrýstingur var notuð til nálgunar á raunverulegri stöðu áhættuþáttarins háþrýstingur en vera kann að sumir séu ógreindir eða ekki á lyfjameðferð.[28,29] Því má gera ráð fyrir að í raun séu fleiri með háþrýsting en eru meðhöndlaðir. Einstaklingar með meðhöndlaðan háþrýsting í yngri aldurshópnum voru 35% en það er aðeins lægra hlutfall en það hlutfall sem erlendar rannsóknir hafa komist að, sem hefur verið á bilinu 38-73%.[6,8,9] Meðhöndlaður háþrýstingur var algengari í eldri aldurshópnum samanborið við yngri hópinn. Rannsóknir hafa sýnt fram á hækkandi hlutfall háþrýstings meðal ungra sjúklinga með brátt hjartadrep en ekki var sýnt fram á hækkandi hlutfall í yngri aldurshópi þessarar rannsóknar.[6,911]

Offita var algengari í yngri aldurshópnum samanborið við þann eldri og náði til nær helmings yngri einstaklinga með hjartadrep, sem er talsvert hærra en þau 35-37% sem Yang og fleiri sýndu fram á í rannsóknum sínum.[8] Þetta er einnig mun hærra en hlutfall einstaklinga í almennu þýði með offitu á Íslandi, sem nemur 22,2%.[5] Stórt hlutfall einstaklinga höfðu líkamsþyngdarstuðul yfir 25,0 kg/m^2 eða sem nemur 83% yngri einstaklinga og 80% eldri einstaklinga. Þetta líkist niðurstöðum úr faraldsfræðirannsókn kransæðasjúkdóma á Íslandi þar sem kom fram að hlutfall Íslendinga í almennu þýði með líkamsþyngdarstuðul yfir 25,0 kg/m^2 voru um 80%. Líkamsþyngdarstuðull Íslendinga hefur farið hækkandi en hvorki mátti sjá þá hækkun meðal yngri né eldri aldurshópsins.[530]

Sykursýki og meðhöndlaður háþrýstingur var algengari meðal kvenna í yngri aldurshópnum samanborið við karla, en þetta er í samræmi við þær erlendu rannsóknir sem kannað hafa stöðu ungra einstaklinga með hjartadrep en þar eru háþrýstingur og sykursýki algengustu áhættuþættir ungra kvenna.[6, 9]

Eins og vænta mátti voru lifunarhorfur yngri sjúklinga betri en þeirra eldri. Eldri sjúklingar voru líklegri til að láta lífið, af öllum orsökum og vegna hjarta- og æðasjúkdóma, innan árs frá fyrsta áfalli, en aldur er einn veigamesti þátturinn sem ákvarðar horfur þeirra sem eru með kransæðastíflu.

Helstu styrkleikar rannsóknarinnar eru að rannsóknin tekur til allra hjartaþræðinga sem framkvæmdar voru á afmörkuðu tímabili hjá heilli þjóð. Gögnunum sem notuð voru um áhættuþætti einstaklinga var safnað í rauntíma. Samsvaranir má finna í niðurstöðum sambærilegra erlendra rannsókna.

Þrátt fyrir að rannsóknin hafi náð til heillar þjóðar, hefði þurft stærri rannsóknarhóp og lengra rannsóknartímabil til að sýna mun á milli hópa ef hann er til staðar. Sem dæmi hvað varðar nýgengi bráðs hjartadreps í eldri aldurshópnum, voru vikmörkin mjög víð. Aðrar takmarkanir rannsóknarinnar voru að ekki var unnt að rannsaka ættarsögu sjúklinga, en það að eiga fyrstu gráðu ættingja með sögu um hjartadrep fyrir 65 ára aldur er talið auka áhættuna á hjartadrepi hjá viðkomandi.[31] Í íslensku rannsóknunum á einstaklingum 40 ára og yngri með brátt hjartadrep var áætlað að ættarsaga væri með algengustu áhættuþáttum þessa aldurshóps.[11,12] Upplýsingar um ættarsögu var ekki að finna í gagnagrunninum og voru því ekki aðgengilegar. Áhættuþættina háþrýstingur og blóðfituröskun var einungis hægt að skoða út frá meðhöndlun eða lyfjanotkun og því voru þessar skráningar notaðar sem nálgun við raunverulega stöðu þessara áhættuþátta.

Samantekt

Ekki var hægt að sýna fram á breytingu á nýgengi hjartadreps meðal yngri einstaklinga á rannsóknartímabilinu og var STEMI algengari gerð hjartaáfalls þessa aldurshóps. Yngri einstaklingar með hjartadrep hafa aðra áhættuþætti en þeir eldri. Þeir eru með hærri líkamsþyngdarstuðul og reykingar eru mun algengari meðal þeirra samanborið við eldri einstaklinga með hjartadrep og einnig þjóðina í heild. Það er mikilvægt að kanna hvað orsakar þennan mikla mun á algengi reykinga og offitu milli aldurshópa. Kanna þyrfti hvort forvarnaraðgerðir nái ekki til þessa aldurshóps eða hvort aðrar skýringar liggi þarna að baki. Í framtíðinni væri áhugavert að kanna hvort ungir einstaklingar sem hafa fengið brátt hjartadrep nái að draga úr áhættuþáttum eftir áfallið og íhuga hvernig væri hægt að ná betur til ungs fólks með forvörnum. Forvarnaraðgerðir fyrir yngri einstaklinga gætu stuðlað að bættum lífsstíl og lægri tíðni hjartadreps líkt og áður hefur gerst í eldri aldurshópum.

Greinin barst til blaðsins 6. apríl 2022,
samþykkt til birtingar 12. september 2022.

Heimildir

1. 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.
2. Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019 [Internet]. World Health Organization. who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death - apríl 2022.
3. Ye F, Winchester D, Jansen M, et al. Assessing Prognosis of Acute Coronary Syndrome in Recent Clinical Trials: A Systematic Review. Clin Med Res 2019; 17: 11-9.
4. Albrektsen G, Heuch I, Løchen ML, et al. Lifelong Gender Gap in Risk of Incident Myocardial Infarction: The Tromsø Study. JAMA Intern Med 2016; 176: 1673-9.
5. Andersen K, Aspelund T, Gudmundsson EF, et al. Yfirlitsgrein. Úr gögnum Hjartaverndar: Faraldsfræði kransæðasjúkdóma á Íslandi í hálfa öld. Læknablaðið. 2017; 103: 411-20.
6. Arora S, Stouffer GA, Kucharska-Newton AM, et al. Twenty Year Trends and Sex Differences in Young Adults Hospitalized With Acute Myocardial Infarction. Circulation 2019; 139: 1047-56.
7. Gulati R, Behfar A, Narula J, et al. Acute Myocardial Infarction in Young Individuals. Mayo Clin Proc 2020; 95: 136-56.
8. Yang J, Biery DW, Singh A, et al. Risk Factors and Outcomes of Very Young Adults Who Experience Myocardial Infarction: The Partners YOUNG-MI Registry. Am J Med 2020; 133: 605-12. e1.
9. Gupta A, Wang Y, Spertus JA, et al. Trends in acute myocardial infarction in young patients and differences by sex and race, 2001 to 2010. J Am Coll Cardiol 2014; 64: 337-45.
10. Shah N, Kelly AM, Cox N, et al. Myocardial Infarction in the "Young": Risk Factors, Presentation, Management and Prognosis. Heart Lung Circ 2016; 25: 955-60.
11. Magnússon BJ, Agnarsson U, Guðnason Þ, et al. Brátt hjartadrep á Íslandi í fertugum og yngri 2005-2009. Samanburður við tímabilið 1980-1984. Læknablaðið. 2017; 103: 11-5.
12. Sigurðsson AF, Þorgeirsson G, Þorgeirsson G. Brátt hjartadrep á Íslandi árin 1980-1984 í einstaklingum 40 ára og yngri. Læknablaðið. 1988.
13. Ambroziak M, Niewczas-Wieprzowska K, Maicka A, et al. Younger age of patients with myocardial infarction is associated with a higher number of relatives with a history of premature atherosclerosis. BMC Cardiovasc Disord 2020; 20: 410.
14. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). Circulation 2018; 138: e618-e51.
15. Szummer K, Wallentin L, Lindhagen L, et al. Improved outcomes in patients with ST-elevation myocardial infarction during the last 20 years are related to implementation of evidence-based treatments: experiences from the SWEDEHEART registry 1995–2014. Eur Heart J 2017; 38: 3056-65.
16. Maas AH, Appelman YE. Gender differences in coronary heart disease. Neth Heart J 2010; 18: 598-602.
17. Ferrara LA, Russo BF, Gente R, et al. STEMI and NSTEMI: a mono versus a multivessel disease? Int J Cardiol 2013; 168: 2905-6.
18. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2020; 42: 1289-1367.
19. Toluey M, Ghaffari S, Tajlil A, et al. The impact of cigarette smoking on infarct location and in-hospital outcome following acute ST-elevation myocardial infarction. J Cardiovasc Thorac Res 2019; 11: 209-15.
20. Newby DE, Wright RA, Labinjoh C, et al. Endothelial dysfunction, impaired endogenous fibrinolysis, and cigarette smoking: a mechanism for arterial thrombosis and myocardial infarction. Circulation 1999; 99: 1411-5.
21. Tóbaksnotkun - tölur. Embætti Landlæknis. 2021. landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/heilsa-og-lidan/tobaksnotkun/ - apríl 2022.
22. Huff T, Boyd B, Jialal I. Physiology, Cholesterol. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021.
23. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J 2020; 41: 111-88.
24. Bergsveinsson J, Aspelund T, Guðnason V, et al. Algengi sykursýki af tegund tvö á Íslandi 1967-2002. Læknablaðið 2007; 93: 397-402.
25. Shore S, Borgerding JA, Gylys-Colwell I, et al. Association between hyperglycemia at admission during hospitalization for acute myocardial infarction and subsequent diabetes: insights from the veterans administration cardiac care follow-up clinical study. Diabetes Care 2014; 37: 409-18.
26. 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.
27. Shaya GE, Leucker TM, Jones SR, et al. Coronary heart disease risk: Low-density lipoprotein and beyond. Trends Cardiovasc Med 2021; 32: 181-94.
28. Kotseva K, De Bacquer D, De Backer G, -et al. Lifestyle and risk factor management in people at high risk of cardiovascular disease. A report from the European Society of Cardiology European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events (EUROASPIRE) IV cross-sectional survey in 14 European regions. Eur J Prev Cardiol 2016; 23: 2007-18.
29. Aðalsteinsson SJ, Hrafnkelsson H, Þorgeirsson G, et al. Meðferð háþrýstings í heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu. Læknablaðið 2022; 108: 71-8.
30. 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.
31. Lind C, Enga KF, Mathiesen EB, et al. Family history of myocardial infarction and cause-specific risk of myocardial infarction and venous thromboembolism: the Tromsø Study. Circ Cardiovasc Genet 2014; 7: 684-91.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.10.709

Acute myocardial infarction in young adults: incidence, risk factors and prognosis

Kolfinna Gautadóttir[1]
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir[1,2]
Martin Ingi Sigurðsson[1,3]
Karl Andersen[1,2]

[1]Faculty of Medicine, University of Iceland, [2]Dept. of Cardiology, Landspitali – the National University Hospital of Iceland, [3]Dept. of Anesthesiology, Landspitali – the National University Hospital of Iceland.

Correspondence: Karl Andersen, andersen@landspitali.is

Key words: *acute myocardial infarction, young adults, incidence, risk factors, prognosis.*

INTRODUCTION: The incidence of acute myocardial infarction (AMI) might not be decreasing as much among young adults as in the general population in recent years. The goal of our study was to explore incidence, risk factors and prognosis of AMI among young patients in Iceland.

MATERIAL AND METHODS: This was a retrospective case control study. The data was obtained from the SCAAR-SWEDEHEART database, medical records from Landspitali University Hospital and the death register from the Directorate of Health. The epidemiology of women ≤55 years and men ≤50 years diagnosed with AMI (STEMI/NSTEMI) in Iceland in 2014-2020 was compared with older patients.

RESULTS: Of all the cases (2852), 344 patients (12%) were young. No change was demonstrated in the incidence of AMI in the young patients during the study period. The proportion of STEMI was higher among young patients (52% vs. 35%, p<0.001). Smoking (50% vs. 26%, p<0.001) and obesity (BMI>30 kg/m2)(47% vs. 36%, p<0.01) were more prevalent in younger patiens compared to the older. Older patients were more likely to die in the year following the AMI, both from all-cause (7% vs. 3%, p<0.05) and cardiovascular mortality (7% vs. 3%, p<0.05). A difference in recurrent AMI between the young and older patients was not demonstrated (2% vs. 3%, p=0.3).

CONCLUSION: During the research period, a change in the incidence of AMI among young patients, was not demonstrated. Younger patients with AMI have different risk factors than older patients, they have lower mortality rate but the same risk of recurrent AMI.

Yfir 30 ára reynsla

1991 - 2022

Við þökkum traustið



Hvað gerir þú við gamla farsímann?



Hvað verður um tölvubúnaðinn þinn?



Geymir þú viðkvæmar upplýsingar á USB lykli?



Hvað verður um gögnin þín?

Gagnaeyðing eyðir hverskyns gögnum og búnaði samkvæmt alþjóðlega viðurkenndu og vottuðu ferli, allt frá móttöku til eyðingar. Eyðingin sjálf gerist með tætingu og fer kurlið til endurvinnslu hjá viðurkenndum vinnsluaðila.

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

Áttavitinn – rannsókn á reynslu einstaklinga af greiningu og meðferð krabbameina á Íslandi árin 2015-2019

Jóhanna E. Torfadóttir[1,2] næringar- og lýðheilsufræðingur
Sigrún Elva Einarsdóttir[1] lýðheilsufræðingur
Ásgeir R. Helgason[1,3] dósent í sálfræði
Birna Þórisdóttir[4] næringarfræðingur
Rebekka Björg Guðmundsdóttir[2] lýðheilsufræðingur
Anna Bára Unnarsdóttir[2] lýðheilsufræðingur
Laufey Tryggvadóttir[5,6] faraldsfræðingur
Helgi Birgisson[5] læknir
Guðfinna Halla Þorvaldsdóttir[1] sálfræðingur

[1]Krabbameinsfélag Íslands, [2]Miðstöð í lýðheilsuvísindum við Háskóla Íslands, [3]Háskólinn í Reykjavík, [4]Heilbrigðisvísindastofnun Háskóla Íslands, [5]Rannsókna- og skráningarsetur Krabbameinsfélagsins, [6]læknadeild Háskóla Íslands

Fyrirspurnum svarar Jóhanna Torfadóttir, *jet@hi.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Spáð er mikilli fjölgun krabbameinstilfella á Íslandi næstu áratugi. Mikilvægt er að fá aukna innsýn í reynslu þeirra sem greinast með krabbamein með það að markmiði að bæta lífsgæði þeirra og horfur.

AÐFERÐIR

Rannsóknin Áttavitinn náði til 4575 einstaklinga sem greindust með krabbamein á árunum 2015 til 2019 á Íslandi og voru 18 ára eða eldri. Þátttakendur svöruðu rafrænum spurningalista einu sinni á tímabilinu 2020 til 2021.

NIÐURSTÖÐUR

Alls svöruðu 1672 (37%) einstaklingar spurningalistanum. Meðalaldur við greiningu var 59 ár (±12). Flestir voru upplýstir um að þeir væru með krabbamein í viðtali hjá lækni (67%) en fjórðungur fékk upplýsingarnar símleiðis. Alls töldu 77% þátttakenda að vel hefði verið staðið að greiningunni þó hlutfallslega færri konur (73%) en karlar (83%). Færri voru ánægðir meðal þeirra sem fengu upplýsingar um krabbameinsgreiningu símleiðis (62%) en í viðtali (85%) (p<0,001). Fleiri konur (58%) en karlar (33%) sögðu að þau hefðu þurft stuðning frá heilbrigðisstarfsfólki vegna andlegrar líðanar í greiningarferlinu (p<0,001). Hjá 36% þátttakenda leið meira en einn mánuður frá greiningu þar til meðferð hófst árið 2015 borið saman við 51% árið 2019. Þörf fyrir ýmis úrræði meðan á meðferð stóð, svo sem sjúkraþjálfun, sálfræðiþjónustu eða næringarráðgjöf, var metin reglulega hjá 20-30% þátttakenda.

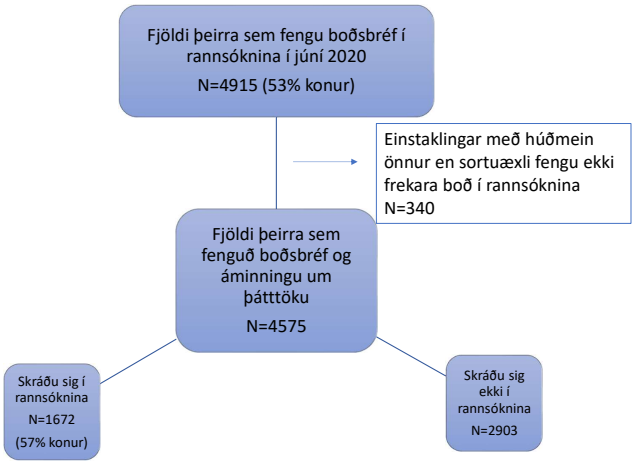
ÁLYKTUN

Fjórðungur þeirra sem greindust með krabbamein fengu upplýsingar um greiningu í gegnum síma í stað viðtals. Vísbending er um að tíminn frá greiningu þar til krabbameinsmeðferð hefst sé að lengjast. Meta þarf hvort hægt sé að styðja betur við einstaklinga með krabbamein í greiningar- og meðferðarferlinu út frá þörfum hvers og eins.

Inngangur

Á Íslandi getur einn af hverjum þremur íbúum vænst þess að fá krabbamein einhvern tíma á ævinni. Algengust eru krabbamein í brjóstum, blöðruhálskirtli, ristli og endaþarmi og lungum.[1] Þó aldursstaðlað nýgengi ákveðinna krabbameina fari nú lækkandi eftir áratuga vöxt, sérstaklega meðal karla, er gert ráð fyrir að krabbameinstilvikum fjölgi mikið á næstu árum.[2] Ástæða þess er fyrst og fremst fólksfjölgun og hækkandi meðalaldur þjóðarinnar. Spár samtaka norrænu krabbameinsskránna gera ráð fyrir að krabbameinstilvikum hér á landi fjölgi um 25% fram til ársins 2030 en þá er reiknað með að 2210 mein greinist að meðaltali árlega í stað 1750 meina árin 2016-2020.[2] Lifendum (*survivors*) mun að sama skapi fjölga verulega og er því spáð að árið 2027 verði um 20.000 manns á lífi hér á landi sem hafa fengið krabbamein. Talsverður hluti þeirra mun þurfa áframhaldandi meðferð eða endurhæfingu.

Að greinast með krabbamein er flestum verulegt áfall og rannsóknir sýna að óháð alvarleika sjúkdómsins er aukin hætta á sjálfsvígum, hjartaáföllum og ýmsum geðröskunum fyrstu vikurnar á eftir.[3-5] Krabbamein hafa ekki aðeins mikil áhrif á þá sem veikjast



Flæðirit sem sýnir boðun og þátttöku í rannsókn Áttavitans.

og aðstandendur þeirra, heldur eru áhrifin á heilbrigðiskerfið, efnahagslíf og samfélagið í heild einnig mikil.[6]

Evrópusambandið samþykkti evrópska krabbameinsáætlun árið 2021, víðfeðma sóknaráætlun um forvarnir, greiningu, meðferð og lífsgæði fólks.[7] Markmiðið er að hægt sé að grípa til áhrifaríkari aðgerða gegn krabbameinum og ná tímasettum og fjármögnuðum markmiðum. Íslenskri krabbameinsáætlun, sem unnin var á árunum 2016-2017 og samþykkt snemma árs 2019, er ætlað sama hlutverk.[8] Til að mæta þörfum krabbameinsgreindra sem best og til að ávinningur af meðferð verði sem mestur, er mikilvægt að taka tillit til reynslu þeirra sem greinast með krabbamein.

Markmið rannsóknarinnar var að afla upplýsinga um reynslu fullorðinna einstaklinga sem greindust með krabbamein á Íslandi árin 2015-2019. Hér verður greint frá niðurstöðum varðandi aðdraganda greiningar, greiningarferlið og krabbameinsmeðferðina.

Efniviður og aðferðir

Í Áttavitanum, rannsókn Krabbameinsfélags Íslands, er skoðuð reynsla þeirra sem greinst hafa með krabbamein og fengið meðferð við því.[9] Rannsóknin byggir á spurningalista sem notaður hefur verið í rannsóknir hjá Krabbameinsfélagi Danmerkur og þýddur og aðlagaður að íslenskum aðstæðum. Helsta markmið rannsóknarinnar er að styðja við bættar aðstæður þeirra sem greinast með krabbamein, þar sem niðurstöður hennar munu gefa góða innsýn í hvernig þörfum þeirra sem greinast er mætt og hvort og hvar úrbóta er þörf.

Gögn í Áttavitanum byggja á svörum fólks sem greindist með krabbamein árin 2015 til 2019 og var þá 18-80 ára. Alls fengu 4575 einstaklingar, sem höfðu greinst með krabbamein samkvæmt upplýsingum úr Krabbameinsskrá, boðsbréf í rannsóknina, ásamt áminningu (sjá flæðirit). Einstaklingum með setmein (*in situ*) í brjóstum var ekki boðin þátttaka. Slík mein eru skráð hjá Krabbameinsskrá en ekki gefin út í almennu nýgengi vegna þess að þau meinvarpast ekki. Þátttakendur svöruðu spurningalistanum eftir að hafa skráð sig með rafrænum skilríkjum á vefsíðu Krabbameinsfélagsins og gefið upplýst samþykki fyrir þátttöku. Ef þátttakandi hafði greinst oftar en einu sinni með krabbamein var viðkomandi beðinn að svara listanum út frá síðustu greiningu krabbameins.

Gagnasöfnun fór fram á tímabilinu 8. júní 2020 til 1. maí 2021. Eftir að boðsbréfin voru send út höfðu nokkrir samband úr úrtakshópnum, sem könnuðust ekki við að hafa greinst með krabbamein og í kjölfar þess var ákveðið að einstaklingar með húðmein önnur en sortuæxli (n=340) myndu ekki fá frekari áminningar um þátttöku. Minnt var á rannsóknina með símaskilaboðum í lok júní 2020 og lokaáminning um rannsóknina fólst í símtali á tímabilinu desember 2020 til febrúar 2021.

Spurningalistinn samanstóð af 107 spurningum, flestum með fyrirfram gefnum svarmöguleikum. Spurt var um aðdraganda greiningar, greiningarferlið, krabbameinsmeðferðina, samskipti við heilbrigðisstarfsfólk, aðstoð og stuðning frá aðstandendum og vinum, aðra sjúkdóma, stuðning og ráðgjöf í meðferð, atvinnu og fjárhag í veikindum, lok meðferðar (hjá þeim sem það átti við), heildarupplifun af þjónustu í heilbrigðiskerfinu, líkamlega og andlega líðan og bakgrunnsupplýsingar. Flestar spurninganna byggja á spurningum frá nýlegum rannsóknum danska krabbameinsfélagsins.[10] Auk þess voru notaðar staðlaðar spurningar sem meta lífsgæði fólks með krabbamein (íslenska útgáfan af EORTC QLQ-C30),[11] einkenni þunglyndis (PHQ-9)[12] og einkenni áfallastreituröskunar í tengslum við að greinast með krabbamein (DSM-5).[13,14] Bakgrunnsspurningar byggðu á spurningalista rannsóknar Embættis landlæknis, *Heilsa og líðan Íslendinga*. Upplýsingar um kyn, aldur við greiningu og meingerð voru fengnar úr Krabbameinsskrá Íslands hjá Rannsóknar- og skráningarsetri Krabbameinsfélagsins. Kyn 12 þátttakenda var ekki þekkt. Svör þátttakenda verða aftur samkeyrð við gögn Krabbameinsskrár 10 árum eftir að Áttavitinn hófst til að meta hvort þættir í aðdraganda greiningar, greiningarferlinu eða í meðferð hafi tengsl við horfur. Vísindasiðanefnd gaf leyfi (VSN-20-006) fyrir rannsókninni 28. janúar árið 2020.

Forritið R (RStudio útgáfa 1.4.1717 með R útgáfu 4.1.1) var notað við tölfræðilegar greiningar. Í lýsandi tölfræði var ekki sýndur fjöldi þeirra sem merktu við svarmöguleikann „Get ekki svarað/veit ekki“ eða „Man ekki“. Upplýsingar um fjöldann sem svaraði þannig má sjá í skýrslum um rannsóknina á vefsíðu Krabbameinsfélagsins, þegar svarhlutfallið fyrir þessa svarmöguleika fór yfir 1%.[9] Öll tölfræðipróf voru tvíkosta. Kí-kvaðrat próf var notað til að bera saman hlutföll og p-gildi <0,05 töldust tölfræðilega marktæk. Tvíkosta lógístískri aðhvarfsgreiningu var beitt til að meta algengishlutfall (*prevalence ratio*, PR) og 95% öryggisbil (*confidence interval*, CI) til að meta tímalengd („innan við mánuður“ á móti „meira en mánuður“) frá greiningu að upphafi fyrstu meðferðar eftir greiningarári, þar sem miðað var við árið 2015. Notuð voru tvö líkön sem gáfu annars vegar óleiðrétta niðurstöðu og hins vegar niðurstöðu þar sem leiðrétt var fyrir kyni og aldri við greiningu.

Niðurstöður

Alls svöruðu 1672 einstaklingar spurningalista rannsóknarinnar (37% svarhlutfall) af þeim 4575 sem fengu boðsbréf ásamt áminningu um rannsóknina. Algengustu krabbamein þátttakenda voru í brjósti (29%), blöðruhálskirtli (16%) og ristli og endaþarmi (11%). Meðalaldur þátttakenda við greiningu var 59 ár (tafla I). Meðalaldur úrtakshópsins var 65 ár þegar rannsóknin hófst og meðalaldur þeirra sem tóku þátt var 63 ár. Að meðaltali voru liðin um 3,5 ár frá greiningu. Hlutfallslega fleiri konur en karlar voru í úrtakshópnum,53% og hlutfall kvenna sem tók þátt í Áttavitanum var 57% (N=1040). Meðalaldur karla við greiningu var hærri en kvenna, 63 ár á móti 58 árum (p<0,001). Búseta þátttakenda var í samræmi við búsetu þjóðarinnar samkvæmt Þjóðskrá og ekki tölfræðilega

Tafla I. *Bakgrunnsþættir þátttakenda í Áttavitanum sem greindust með krabbamein á árunum 2019-2015. Fjöldi (%).*

	Alls (N=1672)	Karlar (N=704)	Konur (N=956)	p-gildi
Aldur	Meðaltal (SF)[1]	Meðaltal (SF)	Meðaltal (SF)	
Meðalaldur við svörun spurningalistans	62,6 (11,7)	66,0 (10,7)	60,0 (11,8)	<0,001
Meðalaldur við greiningu	59,2 (12,1)	62,6 (11,2)	56,7 (2,1)	<0,001
Búseta				
Höfuðborgarsvæðið	992 (64)	428 (65)	560 (63)	0,81
Þéttbýli (≥5000 íbúar)	237 (15)	103 (16)	134 (15)	
Þéttbýli (200-<5000 íbúar)	247 (16)	103 (16)	143 (16)	
Strjálbýli (<200 íbúar)	74 (5)	28 (4)	46 (5)	
Menntun				
Grunnskólapróf eða sambærilegt	273 (18)	78 (12)	194 (22)	<0,001
Framhaldsskólapróf	291 (19)	96 (15)	194 (22)	
Próf í iðngrein	312 (20)	226 (35)	86 (10)	
Háskólapróf	555 (36)	204 (31)	348 (40)	
Annað	100 (7)	49 (8)	51 (6)	
Hjúskaparstaða				
Gift(ur) eða í sambandi	1222 (79,4)	556 (86)	651 (74)	<0,001
Ekki í sambandi	317 (20,6)	93 (14)	224 (26)	
Börn undir 18 ára á heimilinu				
Já	258 (17)	83 (13)	174 (20)	<0,001
Nei	1292 (83)	580 (88)	708 (80)	
Með annan sjúkdóm við greiningu				
Já	925 (58)	399 (60)	525 (58)	0,73
Nei	663 (42)	278 (41)	381 (42)	

[1]SF= Staðalfrávik
Þátttakendur svöruðu ekki öllum spurningunum og því gefur samlagning fyrir hverja spurningu ekki endilega sama fjölda þátttakenda og gefinn er fyrir heildarþátttöku í rannsókninni. Ekki voru til upplýsingar um kyn 12 þátttakenda.

marktækur munur milli karla og kvenna (p=0,81). Menntunarstig kvenna var hærra en karla (p<0,001) og algengara var að karlar væru giftir eða í sambúð en konur (86% á móti 74%; p<0,001). Algengara var að konur væru með barn undir 18 ára á heimilinu (20% á móti 13%; p<0,001). Ekki sást tölfræðilega marktækur munur milli karla og kvenna á því hvort þau voru með annan sjúkdóm þegar þau greindust með krabbamein (p=0,81) en það átti við um 60% þátttakenda.

Hvar og hvernig var upplýst um krabbameinsgreiningu

Algengast var að þátttakendur fengju upplýsingar um að þeir væru með krabbamein á sjúkrahúsi (47%) en einnig voru nefndar læknastofur utan sjúkrahúss (22%) og heilsugæslan (14%). Hægt var að merkja við valmöguleikann „Annars staðar“, sem 17% þátttakenda gerðu (tafla II). Í þeim tilvikum var Leitarstöðin títt nefnd sem og tilteknar læknastofur. Algengara var að konur fengju upplýsingarnar á sjúkrahúsi, 53% á móti 38% karla (p<0,001). Enn fremur var algengara að karlar fengju upplýsingarnar utan sjúkrahúss, 31% á móti 15% kvenna (p<0,001).

Þegar spurt var með hvaða hætti þátttakendur hefðu fengið upplýsingar um að þeir væru með krabbamein sögðust 67% hafa fengið þær í viðtali, 25% með símtali og 9% á annan hátt, til dæmis með tölvupósti eða í læknisskoðun (tafla II). Algengara var að konur en karlar fengju símtal (27% á móti 22%; p<0,001). Einnig voru þátttakendur sem búa á strjálbýlu svæði eða í þéttbýli með færri en 5000 íbúum líklegri til að fá greiningarsamtal í síma en þátttakendur sem búa á höfuðborgarsvæðinu eða í þéttbýli með fleiri en 5000 íbúum (28-35% á móti 22-24%; p<0,01) (tafla III). Þegar upplýsingar um krabbameinsgreiningu voru veittar í viðtali var algengara að konum en körlum væri ráðlagt að hafa einhvern nákominn með sér (62% á móti 40%; p<0,001).

Hvernig var staðið að upplýsingagjöfinni?

Þegar spurt var hversu vel eða illa hefði verið staðið að því að upplýsa um krabbameinsgreininguna sögðu 77% að það hefði verið gert mjög vel eða fremur vel (tafla II). Hlutfallslega fleiri körlum en konum fannst staðið mjög vel eða fremur vel að því að upplýsa um krabbameinsgreiningu, 83% á móti 73% (p<0,001). Nánari greining leiddi í ljós að af þeim sem fengu símtal voru 62% sem sögðu að mjög vel eða fremur vel hefði verið staðið að málum á móti 85% þeirra sem fengu upplýsingarnar í viðtali hjá lækni (p<0,001).

Meirihluti kvenna (58%) og þriðjungur karla (33%) sögðust hefðu þurft stuðning frá heilbrigðisstarfsfólki vegna þess hvernig þeim leið andlega í greiningarferlinu (p<0,001) en í þessum hópi var svipað hlutfall karla og kvenna (um það bil 30%) sem leitaði þó ekki eftir þeim stuðningi (tafla II).

Aðdragandi greiningar – einkenni og tímalengd

Þegar spurt var um hvað hefði helst vakið grun um krabbamein var algengasta svarið að þátttakendur hefðu fundið fyrir óþægindum/einkennum og leitað til læknis (42%). Aðrar algengar ástæður voru læknisheimsókn af annarri ástæðu (20%) og þátttaka í skim-

Tafla II. *Aðdragandi greiningar og greiningarferli þátttakenda sem greindust með krabbamein á árunum 2015-2019. Fjöldi (%).*

	Alls (N=1672)	Karlar (N=704)	Konur (N=956)	p-gildi
Hvar í heilbrigðiskerfinu starfaði læknirinn sem upplýsti þig um að þú værir með krabbamein?				
Á heilsugæslu	238 (14)	135 (19)	101 (11)	<0,001
Utan sjúkrahúss	361 (22)	221 (31)	139 (15)	
Á sjúkrahúsi	785 (47)	269 (38)	512 (53)	
Annars staðar	286 (17)	78 (11)	208 (22)	
Hvernig fékkst þú upplýsingar um að þú værir með krabbamein?				
Í viðtali hjá lækni	1108 (67)	518 (74)	583 (6)	<0,001
Með símtali frá lækni	409 (25)	151 (22)	258 (27)	
Í bréfi frá lækni	7 (0,4)	0 (0)	7 (0,7)	
Á annan hátt	142 (9)	34 (5)	108 (11)	
Var þér ráðlagt að hafa einhvern nákominn með þér þegar þú fékkst boð í viðtal hjá lækni?				
Já	531 (52)	190 (40)	339 (62)	<0,001
Nei	420 (41)	251 (53)	165 (30)	
Á ekki við í mínu tilviki	81 (8)	37 (8)	44 (8)	
Hversu vel eða illa fannst þér staðið að því að upplýsa þig um að þú værir með krabbamein?				
Mjög/fremur vel	1285 (77)	585 (83)	696 (73)	<0,001
Í meðallagi	184 (11)	59 (8)	125 (13)	
Mjög/fremur illa	199 (12)	59 (8)	138 (14)	
Fannst þér þú þurfa stuðning frá heilbrigðisstarfsfólki vegna þess hvernig þér leið andlega?				
Já	768 (47)	229 (33)	535 (58)	<0,001
Nei	857 (53)	462 (67)	393 (42)	
Hvað varð helst til þess að grunur um krabbamein vaknaði?				
Ég var hjá lækni af öðrum ástæðum	333 (20)	219 (31)	112 (12)	<0,001
Ég tók þátt í skimun/krabbameinsleit	248 (15)	31 (4)	217 (23)	
Ég var á sjúkrahúsi af öðrum ástæðum	41 (3)	22 (3)	19 (2)	
Ég var lögð/lagður inn á bráðamóttöku á sjúkrahúsi	56 (3)	32 (5)	24 (3)	
Aðstandandi/vinur benti mér á að fara til læknis	61 ()	39 (6)	22 (2)	
Ég fann sjálf(ur) fyrir óþægindum/einkennum og leitaði til læknis	701 (42)	250 (36)	447 (47)	
Annað	229 (14)	108 (15)	121 (13)	
Hvað leið langur tími frá því að þú fékkst upphaflega að vita að þú gætir verið með krabbamein þar til þú fékkst staðfest að svo væri?				
Innan við 7 dagar	564 (35)	269 (40)	292 (32)	0,002
7-14 dagar	510 (32)	200 (30)	308 (34)	
2-4 vikur	289 (18)	100 (15)	188 (21)	
1-2 mánuðir	125 (8)	51 (8)	74 (8)	
Meira en 2 mánuðir	107 (7)	51 (8)	56 (6)	
Hve langur tími leið frá því að þú fórst að finna fyrir einkennum eða óþægindum þar til þú hittir lækni?				
Innan við mánuður	191 (54)	33 (35)	158 (61)	<0,001
1-6 mánuðir	119 (33)	39 (41)	79 (30)	
7-12 mánuðir	21 (6)	10 (11)	11 (4)	
Meira en eitt ár	26 (7)	13 (14)	13 (5)	

un (15%) (tafla II). Meðal kvenna með brjóstakrabbamein (N=482) sögðu 36% að meinið hefði uppgötvast í skimun en 50% fóru til læknis vegna óþæginda/einkenna sem varð til þess að krabbameinið uppgötvaðist.

Algengara var að konur en karlar leituðu til læknis innan mánaðar frá því að þau fundu fyrir óþægindum eða einkennum (61% á móti 35%).

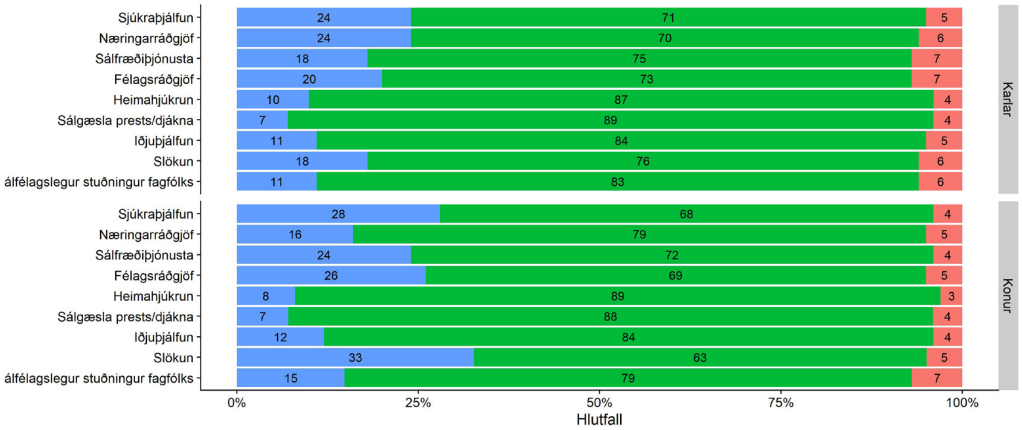
Hjá 67% þátttakenda var greining krabbameins staðfest innan 14 daga frá því að nefnt hafði verið að hugsanlega væri um krabbamein að ræða. Hjá um 15% þátttakenda leið einn mánuður eða meira þar til það var staðfest (tafla II). Tímalengd frá því að viðkomandi fékk að vita að um krabbamein gæti verið að ræða þar til það var staðfest breyttist ekki milli greiningarára (p=0,583). Hjá konum með brjóstakrabbamein (N=482) hafði staðfesting á að

Tafla III. *Upplýsingar um krabbamein eftir búsetu þátttakenda sem greindust með krabbamein á árunum 2015-2019. Fjöldi (%).*

	Höfuðborgarsvæðið	Þéttbýli (≥5000)	Þéttbýli (<5000)	Strjálbýli (<200)	p-gildi
Hvernig fékkst þú upplýsingar um að þú værir með krabbamein?					
Í viðtali hjá lækni	689 (68)	165 (69)	148 (59)	48 (65)	0,01
Með símtali frá lækni	222 (22)	57 (24)	87 (35)	21 (28)	
Á annan hátt	97 (9)	18 (7)	15 (6)	5 (5)	

Tafla IV. *Upplýsingagjöf í tengslum við meðferð þátttakenda sem greindust með krabbamein á árunum 2015-2019. Fjöldi (%).*

	Alls	Karlar	Konur	p-gildi
Hefur þér gengið vel eða illa að fá upplýsingar sem þú hefur óskað eftir frá heilbrigðisstarfsfólki?				
Mjög vel eða fremur vel	1274 (84)	584 (91)	686 (78)	<0,001
Í meðallagi, mjög eða fremur illa	247 (16)	56 (9)	190 (22)	
Að hve miklu eða litlu leyti hefur verið næði til að ræða við heilbrigðisstarfsfólk?				
Mestu eða öllu leyti	1167 (80)	529 (87)	634 (75)	<0,001
Litlu, nokkru eða engu leyti	298 (20)	81 (13)	216 (25)	
Að hve miklu eða litlu leyti hefur verið góð aðstaða til að ræða við heilbrigðisstarfsfólk?				
Mestu eða öllu leyti	1143 (78)	534 (87)	605 (71)	<0,001
Litlu, nokkru eða engu leyti	328 (22)	81 (13)	246 (29)	
Að hve miklu eða litlu leyti hefur þú haft möguleika á að ræða ítarlega um sjúkdóm þinn og meðferð við heilbrigðisstarfsfólk?				
Mestu eða öllu leyti	1015 (71)	470 (79)	541 (65)	<0,001
Litlu, nokkru eða engu leyti	410 (2)	122 (21)	287 (35)	



Mynd 1. *Reglubundið mat á þörfum einstaklinga í krabbameinsmeðferð fyrir tiltekin úrræði, skipt eftir kyni.*

um krabbamein væri að ræða borist innan 14 daga hjá 59% þátttakenda og hjá 14% leið einn mánuður eða meira þar til staðfesting barst (ekki í töflu).

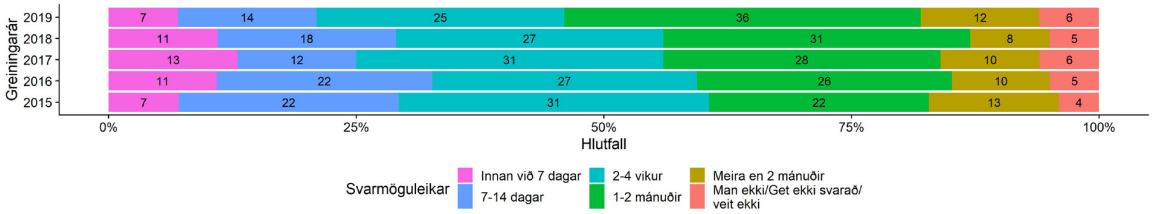
Krabbameinsmeðferð

Algengustu tegundir krabbameinsmeðferða voru skurðaðgerð (76%), lyfjameðferð (45%) og geislameðferð (39%). Skurðaðgerð var hlutfallslega algengari hjá konum (86%) en körlum (61%). Hlutfall þátttakenda sem fóru í tvær eða fleiri tegundir meðferða var 43% meðal karla og 73% meðal kvenna, sem skýrist af því að algengasta meinið meðal kvenkynsþátttakenda var brjóstakrabbamein og krabbamein í blöðruhálskirtli hjá körlum. Ef einungis eru skoðuð mein sem bæði karlar og konur geta fengið, þá voru 45% karla sem fóru í fleiri en eina tegund meðferðar og 47% kvenna.

Í töflu IV má sjá að 84% þátttakenda gekk mjög eða fremur vel að fá upplýsingar frá heilbrigðisstarfsfólki meðan á meðferð stóð. Svipað hlutfall (80%) taldi sig hafa haft næði að öllu eða mestu leyti til að ræða við heilbrigðisstarfsfólk en einn af hverjum fimm (20%) taldi slíkt næði að engu, litlu eða nokkru leyti hafa verið til staðar. Algengara var að karlar (87%) en konur (75%) teldu sig hafa haft viðunandi næði til að ræða við heilbrigðisstarfsfólk (p<0,001). Svipuð svör sáust þegar spurt var hvort aðstaða til að ræða við heilbrigðisstarfsfólk hefði verið góð. Af öllum þátttakendum sögðust 71% hafa að mestu eða öllu leyti haft möguleika á að ræða ítarlega um sjúkdóminn og meðferðina við heilbrigðisstarfsfólk en 29% þátttakenda fannst þeir að engu, litlu eða nokkru leyti hafa haft möguleika á því. Karlar (79%) voru líklegri en konur (65%) til að telja sig hafa að mestu eða öllu leyti haft möguleika á að ræða ítarlega um sjúkdóminn og meðferðina við heilbrigðisstarfsfólk en 21% karla og 35% kvenna töldu sig að litlu, engu eða nokkru leyti

Tafla V. *Tengsl á milli greiningarárs og tímalengdar milli greiningar krabbameins og upphafs fyrstu meðferðar, skoðað með algengishlutfalli (PR) og 95% öryggisbili (ÖB).*

	Fjöldi (%)		PR (95% ÖB)
	Tími milli greiningar og meðferðar		
Greiningarár	Innan við mánuður	Meira en mánuður	
2015	126 (64)	72 (36)	Viðmið
2016	151 (62)	92 (38)	1,04 (0,85-1,28)
2017	157 (60)	100 (40)	1,11 (0,91-1,36)
2018	177 (60)	120 (40)	1,11 (0,92-1,35)
2019	148 (49)	157 (51)	1,42 (1,18-1,69)



Mynd 2. *Tímalengd frá því að einstaklingar voru upplýstir um að þeir væru með krabbamein þar til meðferð hófst, skipt eftir greiningarári.*

hafa haft möguleika á slíku (p<0,001). Mynd 1 sýnir svör þátttakenda við spurningu um hvort metið hefði verið reglulega hvort þeir þyrftu á ákveðnum úrræðum að halda í meðferðinni. Meðal kvenna var algengast að metin væri þörf fyrir slökun (33%) og sjúkraþjálfun (28%) og meðal karla var algengast að metin væri þörf fyrir sjúkraþjálfun (24%) og næringarráðgjöf (24%).

Greiningarár og tímalengd að upphafi meðferðar

Í töflu V og á mynd 2 má sjá að tíminn frá því að greining krabbameins var staðfest þar til fyrsta meðferð hófst lengdist á rannsóknartímanum (2015-2019). Hjá 36% þátttakenda leið meira en einn mánuður frá greiningu þar til meðferð hófst árið 2015, borið saman við 51% árið 2019. Út frá algengishlutfallinu má sjá að einstaklingar sem greindust með krabbamein árið 2019 voru nær helmingi líklegri til að hefja meðferð meira en mánuði eftir að staðfesting lá fyrir, borið saman við þá sem greindust árið 2015 (PR = 1,42; 95% öryggisbil: 1,18 – 1,69). Í þessum greiningum voru teknir út þátttakendur sem merktu við að vera í virku eftirliti í stað meðferðar (N=134) og leiðrétting fyrir kyni og greiningaraldri breytti ekki niðurstöðunum. Meðal kvenna með brjóstakrabbamein var rúmlega helmingi líklegra að meðferð hæfist meira en mánuði eftir greiningu árið 2019 borið saman við árið 2015 (PR = 1,57; 95% öryggisbil: 1,22 – 2,03) (ekki í töflu).

Umræður

Í Áttavitanum var safnað upplýsingum um reynslu fólks af krabbameinsgreiningu, meðferð og hvernig lífsgæðin voru að lokinni meðferð. Rannsóknin er sú fyrsta sinnar tegundar hér á landi en að danskri fyrirmynd.[10] Niðurstöður hennar geta verið vegvísir bæði fyrir hagsmunagæslu Krabbameinsfélagsins sem og fyrir stjórnvöld og starfsfólk heilbrigðiskerfisins. Í þessari grein er greint frá niðurstöðum er varða aðdraganda greiningar, greiningarferlið og meðferðina sjálfa. Meðal þess helsta sem kom fram var að fjórðungur þátttakenda fékk upplýsingar um greiningu í símtali við lækni og að algengara var að konur fengju fréttirnar með símtali en karlar. Einnig var algengara að þátttakendur í smærri byggðarkjörnum fengju símtal frekar en viðtal. Tíminn frá staðfestingu á krabbameini þar til meðferð hófst lengdist á rannsóknartímabilinu. Algengara var að konur þyrftu frekar en karlar að fara í tvær eða fleiri tegundir krabbameinsmeðferða, sem skýrist af því að algengasta meinið er brjóstakrabbamein hjá kvenkynsþátttakendum í þessari rannsókn. Algengt er að í brjóstakrabbameinsmeðferð séu notaðar fleiri en ein tegund af meðferð. Þá kom fram að þörfin fyrir ýmis konar úrræði samhliða krabbameinsmeðferð, svo sem næringarráðgjöf, sjúkraþjálfun og sálfræðiþjónustu, var ekki metin reglulega hjá öllum þátttakendum.

Þegar niðurstöður um hvernig upplýst var um greiningu krabbameins hér á landi eru bornar saman við niðurstöður frá Danmörku árið 2016[10] má sjá að algengara var að fréttir af krabbameini væru gefnar í viðtali í Danmörku, eða í 88% tilvika, borið saman við 67% tilvika á Íslandi. Mikilvægt er að vanda hvernig fólk er upplýst um að það sé með krabbamein og niðurstöður rannsóknarinnar benda til að það hafi áhrif á hversu vel fólki fannst staðið að greiningunni. Að nota símtöl kann að vera óhjákvæmilegt en mikilvægt að það sé undantekning og þá staðið að símtölunum með sem bestum hætti. Þar má nefna til dæmis að ljóst sé hvenær símtalið muni eiga sér stað, að fólk hafi einhvern með sér í símtalinu og það fari til dæmis fram á heilsugæslustöð með þátttöku heilbrigðisstarfsmanns. Í Danmörku töldu 90% þátttakenda að vel hefði verið staðið að því að upplýsa um krabbameinið en 77% þátttakenda á Íslandi.

Margir þættir hafa áhrif á horfur og lífsgæði þeirra sem greinast með krabbamein, meðal annars hvort meinið uppgötvast snemma, hve fljótt meðferð hefst og hvort hugað sé að víðtækri endurhæfingu (líkamlegri og andlegri) frá upphafi meðferðar í samræmi við þarfir hvers og eins.[15] Í þessari rannsókn var algengast að krabbamein uppgötvaðist í kjölfar óþæginda eða einkenna (42%). Mun algengara var að konur en karlar brygðust fljótt við einkennum sem síðar urðu til þess að meinið uppgötvaðist. Auk

þess mátti sjá að krabbamein hjá konum uppgötvaðist í 23% tilvika í skimun (hærra hlutfall ef við skoðum bara brjóstakrabbamein). Hjá körlum var einnig algengt að krabbamein uppgötvaðist þegar þeir fóru til læknis vegna annars.

Í rannsókninni mátti sjá að þátttakendur voru nær helmingi líklegri til hefja fyrstu meðferð meira en mánuði frá greiningu árið 2019, borið saman við árið 2015. Þessi þróun sást einnig meðal kvenna með brjóstakrabbamein á Íslandi í óbirtum niðurstöðum úr gæðaskráningu krabbameina, sameiginlegu verkefni Krabbameinsfélagsins, Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri.[16] Ekki var munur á tímalengd milli ára frá því að einstaklingur fékk fyrst að vita að hann gæti verið með krabbamein þar til staðfesting fékkst á því á rannsóknartímanum (2015-2019). Hér á landi eru ekki opinber viðmið um tíma í þessum efnum. Það er hins vegar raunin í nágrannalöndunum, til dæmis í Svíþjóð og Danmörku þar sem eru gefin viðmið um hve langur tími megi líða frá grunni um mein þar til staðfesting fæst og einnig hve langt ætti að hámarki að líða frá staðfestingu meins þar til meðferð hefst, í flestum tilvikum undir 28 dögum. Slík viðmið má telja að séu gagnleg og leiðbeinandi bæði fyrir sjúkling og heilbrigðisstarfsfólk og til þess fallin að veita aðhald og skapa öryggi.

Til að mögulegt sé að bregðast við margþættum áhrifum krabbameinsmeðferðar er nauðsynlegt að víðtækar þarfir fólks séu metnar með reglubundnum og kerfisbundnum hætti. Stærstur hluti þátttakenda sagði að ekki hefði verið metið reglulega hvort þeir þyrftu á ákveðnum úrræðum að halda samhliða krabbameinsmeðferðinni. Þörf fyrir sjúkraþjálfun, næringarráðgjöf og sálfræðiþjónustu var metin reglulega hjá 18-28% þátttakenda (mismunandi eftir kyni og tegund úrræða). Ástæðan fyrir þessu gæti verið skortur á starfsfólki, aðstöðu eða notkun skilgreindra ferla við matið. Ætla má að hér séu sóknarfæri til staðar sem geta leitt til betri lífsgæða og árangurs af meðferð.

Borið saman við karla fannst konum síður að vel hefði verið staðið að greiningu krabbameins. Þær töldu sig frekar þurfa stuðning frá heilbrigðisstarfsfólki vegna þess hvernig þeim leið andlega og fannst þær einnig síður hafa möguleika á að ræða ítarlega um sjúkdóm sinn meðan á meðferð stóð. Á þessu geta verið ýmsar skýringar. Algengara var að konur fengju upplýsingar um greiningu í símtali og að konur með brjóstakrabbamein þyrftu fleiri en eina tegund krabbameinsmeðferðar. Einnig eru vísbendingar um að þær hafi frekar upplifað ýmsar aukaverkanir vegna krabbameinsmeðferðanna borið saman við karla í þessari rannsókn (óbirt gögn, verða aðgengileg á Krabb.is/rannsokn í október). Í nýlegri samantektarrannsókn á 23.000 þátttakendum kom í ljós að konur voru 34% líklegri en karlar til að upplifa alvarlegar aukaverkanir af krabbameinsmeðferð.[17] Mikilvægt er einnig að taka alvarlega að 35% kvenkynsþátttakenda sögðust að litlu, nokkru eða engu leyti hafa haft möguleika á að ræða ítarlega um sjúkdóm sinn við heilbrigðisstarfsfólk.

Helstu styrkleikar Áttavitans eru að öllum á Íslandi sem greindust með krabbamein á árunum 2015-2019 og voru á lífi við upphaf rannsóknar, var boðin þátttaka og þau spurð á víðtækan hátt um reynslu sína. Spurningarnar voru að danskri fyrirmynd og forprófaðar á smáum hópi og aðlagaðar eftir þörfum að íslenskum aðstæðum. Helsti veikleiki Áttavitans er að óvíst er hve nákvæmlega rannsóknarþýðið endurspeglar allan þann hóp fólks sem greinist með krabbamein á Íslandi en þátttaka var háð meðal annars tölvufærni, notkun rafrænna skilríkja og tungumáli. Meðalaldur við greiningu hjá þátttakendum var 59 ár en meðalaldur allra sem greinast á Íslandi er 66 ár. Einstaklingum eldri en 80 ára við greiningu var ekki boðin þátttaka. Hlutfallslega fleiri konur voru bæði í úrtakshópnum, 53%, og hópi þátttakenda í Áttavitanum, 57%. Að meðaltali voru liðin um 3,5 ár frá greiningu, svarhlutfall var 37%. Mögulega voru þátttakendur í rannsókninni við betri heilsu en þeir sem ekki tóku þátt. Til stendur að skoða þennan þátt betur síðar með því að bera saman dánartíðni þessara tveggja hópa.

Undanfarna áratugi hefur dánartíðni vegna krabbameina verið hærri hjá körlum en konum, sem líklega má rekja til mismunandi lífshátta, til dæmis reykingavenja og þátttöku í krabbameinsskimun.[15] Síðustu ár hefur dregið mikið úr þessum mun og almennt hefur dánartíðni bæði kvenna og karla lækkað, sem er rakið til margra þátta, svo sem langtum minni tóbaksnotkunar og betri greiningar- og meðferðarúrræða.[15] Miklu máli skiptir að leitað sé sem fyrst til læknis ef vart verður einkenna sem geta bent til krabbameins, svo sem óvenjulegra blæðinga, þykkilda eða hnúta, óútskýrðs þyngdartaps og breytinga á hægðum eða þvaglátum. Það að krabbamein greinist snemma getur haft afgerandi áhrif á framgang sjúkdómsins og horfur. Því er afar mikilvægt að gott aðgengi sé að heilbrigðisþjónustu, bæði greiningu og meðferð.[8]

Fyrstu niðurstöður rannsóknarinnar benda til að huga megi betur að ýmsum þáttum við greiningu og meðferð krabbameina, svo sem viðtalsformi þegar upplýst er um krabbameinsgreiningu, tímalengd frá greiningu þar til meðferð hefst og reglulegu, kerfisbundnu mati á þörfum fyrir ýmis konar úrræði meðan á meðferð stendur. Munur sást á niðurstöðunum eftir kyni og búsetu hvað varðar viðtalsformið og skoða þarf fleiri þætti í aðdraganda greiningar og greiningarferlinu út frá menntun og tekjum. Margt jákvætt sást líka í niðurstöðunum, eins og upplifun þátttakenda af samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk, sem var almennt góð, 84% voru jákvæð gagnvart upplýsingaflæði frá heilbrigðisstarfsfólki í krabbameinsmeðferðinni. Vonast er til að niðurstöður úr Áttavitanum muni auka þekkingu innan heilbrigðiskerfisins og að þær geti nýst til að auka gæði þjónustunnar enn frekar, auðvelda forgangsröðun verkefna og stuðla að fyrsta flokks þjónustu sem getur haft áhrif á heilsu og líðan þeirra sem greinast með krabbamein bæði til lengri og skemri tíma.

Þakkir

Sérstakar þakkir fær Guðríður Helga Ólafsdóttir, gagnagrunnstjóri rannsóknarinnar, fyrir sína mikilvægu aðkomu að undirbúningi og gagnaöflun rannsóknarinnar sem og varðveislu gagna. Einnig þökkum við þátttakendum kærlega fyrir þátttökuna í Áttavitanum.

Greinin barst til blaðsins 10. júní 2022,
samþykkt til birtingar 16. september 2022.

Heimildir

1. Upplýsingar um krabbamein - yfirlitstölfræði. Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. 2016-2020. rannsoknasetur/upplysingar-um-krabbamein/yfirlitstolfraedi/ - janúar 2022.
2. Larønningen S FJ, Bray F, Engholm G, et al. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 9.1. 2021. nordcan.iarc.fr/ - janúar 2022.
3. Mehnert A, Brahler E, Faller H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. J Clin Oncol 2014; 32: 3540-6.
4. Lu D, Andersson TM, Fall K, et al. Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. JAMA Oncol 2016; 2: 1188-96.
5. Fang F, Fall K, Mittleman MA, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. N Engl J Med 2012; 366: 1310-8.
6. Hofmarcher T, Lindgren P, Wilking N, et al. The cost of cancer in Europe 2018. Eur J Cancer 2020; 129: 41-9.
7. Europe's Beating Cancer Plan: A new EU approach to prevention, treatment and care. European Commission 2021. ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_342 - janúar 2022.
8. Innleiðing krabbameinsáætlunar hafin. Stjórnarráð Íslands 2019. stjornarradid.is/raduneyti/heilbrigdisraduneytid/heilbrigdisradherra/stok-raeda-heilbrigdisradherra/2019/02/01/Innleiding-krabbameinsaaetlunar-hafin/ - janúar 2022.
9. Áttavitinn - vísaðu okkur veginn. Rannsókn á reynslu fólks sem greindist með krabbamein á árunum 2015 -2019. Krabbameinsfélag Íslands, Reykjavík 2021. krabb.is/rannsokn - janúar 2022.
10. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2017. cancer.dk/deldinviden/ - janúar 2022.
11. Aaronson NK, Ahmedzai S. Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 1993; 85: 365-76.
12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16: 606-13.
13. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). Fifth ed. 2013: Arlington, VA.
14. Kangas M. DSM-5 Trauma and Stress-Related Disorders: Implications for Screening for Cancer-Related Stress. Front Psychiatry 2013; 4: 122.
15. Lundberg FE, Andersson TM, Lambe M, et al., Trends in cancer survival in the Nordic countries 1990-2016: the NORDCAN survival studies. Acta Oncol 2020; 59: 1266-74.
16. Birgisson H, Baldursson Ó, Þorvaldsdóttir H, et al. Bréf til blaðsins, Gæðaskráning fyrir krabbamein. Samkomulag Landspítala, Sjúkrahússins á Akureyri og Krabbameinsfélags Íslands um staðlaða skráningu á greiningu og meðferð krabbameina. Læknablaðið 2020; 106: 432-4.
17. Unger JM, Vaidya R, Albain KS, et al. Sex Differences in Risk of Severe Adverse Events in Patients Receiving Immunotherapy, Targeted Therapy, or Chemotherapy in Cancer Clinical Trials. J Clin Oncol 2022; 40: 1474-86.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.10.710

Cohort study on the experiences of cancer diagnosis and treatment in Iceland in the years 2015-2019

Jóhanna Torfadóttir[1,2]
Sigrún Eva Einarsdóttir[1]
Ásgeir R. Helgason[1,3]
Birna Þórisdóttir[4]
Rebekka Björg Guðmundsdóttir[2]
Anna Bára Unnarsdóttir[2]
Laufey Tryggvadóttir[5,6]
Helgi Birgisson[5]
Guðfinna Halla Þorvaldsdóttir[1]

[1]The Icelandic Cancer Society, [2]Centre of Public Health Sciences, University of Iceland, [3]Reykjavik University, [4]Health Science Institute, [5]ICS Research and Registration Center, [6]Faculty of Medicine, University of Iceland.

Correspondence:Jóhanna Torfadóttir, *jet@hi.is*

Key words: *cancer, public health, cohort study, cancer diagnosis, cancer treatment.*

INTRODUCTION: In the coming years, an increase in the number of cancer cases can be expected in Iceland. It is important to gain more insight into the experiences of the diagnostic- and treatment phase among those diagnosed with cancer to improve quality of life and life expectancy.

METHODS: The study included 4575 individuals diagnosed with cancer between 2015 and 2019 in Iceland, 18 years or older at the time. Participants answered an on-line questionnaire once between 2020 and 2021.

RESULTS: A total of 1672 (37%) individuals responded to the questionnaire. The mean age at diagnosis was 59 years (±12). The majority of participants were informed on their cancer diagnosis during a doctor's appointment (67%), but a quarter (25%) received the information by telephone. A total of 77% of participants were satisfied with the diagnostic process, thereof relatively fewer women than men (73% vs. 83%) (p<0,001). Fewer of those who received the cancer diagnosis by telephone were pleased with the diagnostic process (62%) compared with those receiving information during a doctor's appointment (85%) (p<0,001). More women (58%) than men (33%) expressed the need for support regarding mental well-being from healthcare professionals during the diagnostic process (p <0.001). In 2015, 36% of participants started treatment more than month after diagnosis, compared with 51% in 2019. The need for various specific resources during treatment, e.g. physiotherapy, psychological services or nutritional counseling were regularly assessed among 20-30% of participants.

CONCLUSION: A quarter of respondents diagnosed with cancer received information about the diagnosis over the phone instead of an interview. There is a suggestion that the time from diagnosis to the start of cancer treatment is increasing. It is necessary to assess whether it is possible to support individuals with cancer better during the diagnostic- and treatment phase based on their individual needs.

Tilfelli mánaðarins

Skyndilegt meðvitundarleysi hjá hraustri konu

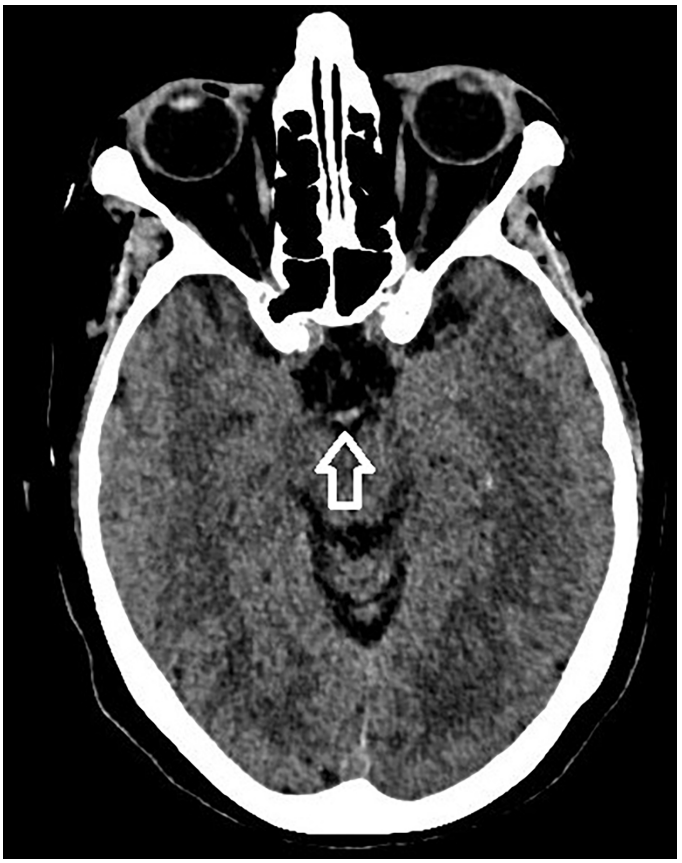
Brynhildur Thors[1] læknir

Helgi Már Jónsson[2] læknir

[1]Taugadeild Karolinska Sjúkrahússins í Stokkhólmi, [2]röntgendeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Brynhildur Thors, *brynhildur.thors@regionstockholm.se*

Greinin barst til blaðsins 29. apríl 2022,
samþykkt til birtingar 31. ágúst 2022.



Mynd 1. *Tölvusneiðmynd af höfði án skuggaefnis sýnir aukna þéttni (dens vessel) í toppi botnslagæðar (ör).*

Tilfellið

Hraust 69 ára kona var flutt með sjúkrabíl á Landspítalann vegna skyndilegs höfuðverkjar. Ekki var lýst brottfallseinkennum nema óskýru tali/þvoglumælgi. Við komu á bráðamóttöku 50 mínútum frá upphafi einkenna var meðvitund skert en konan svaraði ákalli og sársaukaáreiti og hreyfði alla útlimi samkvæmt fyrirmælum (GCS 9). Taugaskoðun sýndi misvíð sjáöldur sem svöruðu ljósáreiti, Babinski-teikn var neikvætt og lífsmörk stabíl.

Bráð tölvusneiðmynd af heila var eðlileg. Tölvusneiðmynd af heilaæðum sést á mynd 1. Á tölvusneiðmyndarbekknum vaknaði sjúklingurinn, var fulláttaður og skýr (GCS15). Ítarlegri taugaskoðun sýndi truflun á augnhreyfingum (*intranuclear opthalmoplegia*, INO), annars var skoðun eðlileg. Vegna útlits á æðamynd var sjúklingurinn lagður inn á hágæslustæði taugalækningadeildar. Um 15 mínútum síðar (tveimur klukkustundum eftir upphaf einkenna) versnuðu einkenni skyndilega með auknu rugli og hratt minnkandi meðvitund. Örstuttu síðar hætti hún að bregðast við áreiti (GCS 3).

Konan var heilsuhraust, tók Valsartan/HCT við háþrýstingi. Hún var að koma úr löngu flugi nóttina áður en einkenni byrjuðu.

Hver er líkleg greining og næstu skref í meðferð?

Sudden loss of consciousness in a previously healthy patient

[1]Neurological department Karolinska University Hospital, Stockholm, [2]Radiology department, Landspitali – the National University Hospital of Iceland.

Correspondence: Brynhildur Thors, *brynhildur.thors@regionstockholm.se*

Key words: *stroke, loss of conciousness, basilar artery, thrombolysis, thrombectomy.*

doi 10.17992/lbl.2022.10.711

Svar við tilfelli

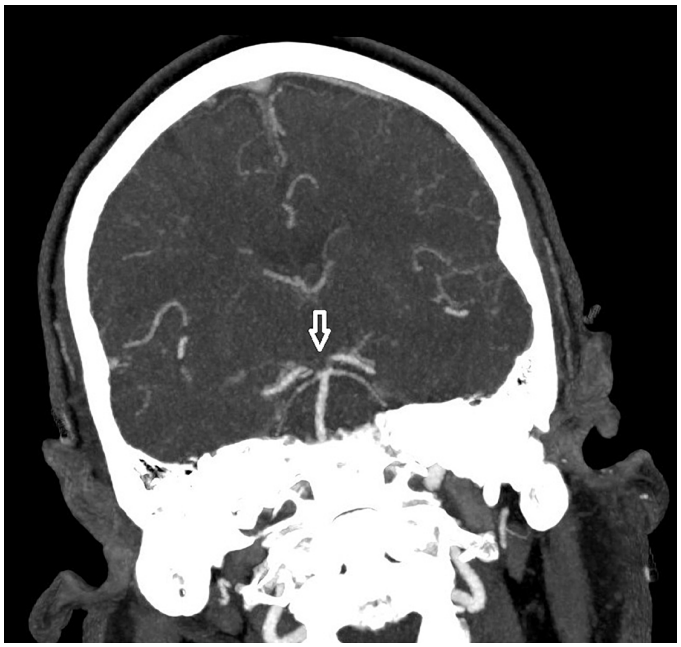
Í fyrstu var grunur um heilablæðingu vegna skyndilegs höfuðverkjar og skertrar meðvitundar. Neikvætt CT innan 6 klukkustunda frá upphafi einkenna útilokar nær alveg blæðingu og var því horft til annarra skýringa. Augnskoðunin benti til truflunar í heilastofni (*medial longitudinal fasciculus*). Á heilaæðamyndunum sem sýndar eru á mynd 2 sést truflun á blóðflæði í efsta hluta botnslagæðar (*basilar artery*) með truflun á flæði út í hægri aftari heilaslagæð (*posterior cerebral artery, PCA*). Þar var komin skýringin á skertri meðvitund og þvoglumæli.

Botnslagæð heilans verður til úr hægri og vinstri hryggjarslagæðum (*vertibral arteries*) og frá henni greinast mikilvægar æðar sem næra heilastofninn, stúku (*thalamus*), litla heila og hnakkablað (*occipital lobe*). Æðar til þessara mikilvægu hluta heilans greinast frá botnslagæðinni á mismunandi stöðum og því veldur mismunandi staðsetning lokunar í æðinni mismunandi klínískum einkennum. Til hrygg- og botnslagæðarkerfis (*vertibrobasilar*) flæðir um fimmtungur af blóðflæði til heilans á meðan 80% fara í fremri æðarnar.[1] Slag í aftari blóðveitu heilans er um 15-20% allra heilaslaga og 1-4% blóðþurrðarslaga eru á grunni lokunar í botnslagæð.[2]

Bráð lokun í botnslagæð er alvarlegt ástand og getur valdið mikilli fötlun eða dauða. Skjót greining og meðferð er því mikilvæg. Hins vegar getur þessi greining verið með erfiðustu áskorunum færustu lækna. Klínísk skoðun gegnir þar vissulega mikilvægu hlutverki. Einkenni geta verið til staðar sem benda til blóðþurrðar í aftara kerfi heilans (heilastofni/litla heila) eins og augntin (*nystagmus*), augnhreyfitruflanir/tvísýni eða aðrar sjóntruflanir, stjórnleysi í búk eða útlimum (*ataxia*) og skert heyrn. Helftarlömun, skyntruflun og taltruflun geta verið til staðar eins og við blóðþurrð í fremra kerfi. Fyrstu einkenni blóðflæðitruflunar í botnslagæð geta verið „svimi og jafnvægisleysi“, ástand sem getur átt sér ýmsar aðrar skýringar. Til að greina orsök á grunni blóðflæðitruflunar í heila frá útlægri orsök eins og steinaflakki eða bólgu á heyrnartaug notum við helst HINTS-prófið, sem er mjög næmt próf,[3] og eins er lykilatriði að skoða hvort um önnur brottfallseinkenni frá taugakerfi er að ræða. Hlutfall þeirra sjúklinga með svima sem greinast með blóðflæðitruflun í botn-/hryggjarslagæð er afar lágt, 1-4%.[3,4] Önnur og ósértækari einkenni geta verið aukið rugl, minnisleysi, skert meðvitund, ógleði og uppköst. Einkenni geta verið breytileg, sjúklingar verið nær einkennalausir inn á milli og síðan versnað skyndilega eins og átti við hér.[2] Þetta undirstrikar mikilvægi náinnar vöktunar sjúklings ef grunur er um blóðflæðitruflun í botnslagæð.

Rannsóknir hafa sýnt að bráð uppvinnsla heilaáfalla í aftara kerfi heilans tekur marktækt lengri tíma en truflun í því fremra, munurinn er allt að 20 mínútur.[5] Sá tími er hlutfallslega langur þegar stefnt er að því að gefa segaleysandi meðferð í æð á um 20 mínútum frá komu sjúklings á bráðamóttöku (*door-to-needle time*). Þessi töf skýrist meðal annars af þessum ósértæku einkennum sjúklingsins, færri augljósum stigum á NIHSS-skalanum (National Institutes of Health Stroke Scale) (6 á móti 13) sem nær illa utan um einkenni frá aftari hjáveitu[6] og þannig vaknar seinna grunur um einkenni á grunni heilaáfalls.

Meðferð við bráðri lokun í botnslagæð er segaleysandi meðferð í æð og segabrottnám. Án meðferðar eru horfur mjög slæmar, líkur á dauða um 90%, líkur á sjálfbjarga ástandi nær engar.[7] Ekki verður farið nákvæmlega í þessar meðferðir hér heldur er vísað í nýlega yfirgripsmikla grein Alberts Páls Sigurðssonar í *Læknablaðinu*.[8]



Mynd 2. *Tölvusneiðmynd af hálsi og höfði með skuggaefni í slagæðarfasa sýnir lokun á toppi botnslagæðar (ör).*

Í þessu tilfelli sem lýst er hér sást flæðishindrun í toppi botnslagæðar sem benti til blóðsega. Einkennin voru breytileg og nokkuð ósértæk og því var æðamyndatakan lykilatriði í þeirri ákvörðun að vakta sjúkling náið á hágæslustæði taugalækningadeildar. Skömmu eftir komu þangað hrakaði sjúklingi hratt, strax var brugðist við með gjöf segaleysandi lyfs í æð og sjúklingur fluttur í skyndi á æðaþræðingarstofu með það í huga að fjarlægja segann. Það kom hins vegar ekki til þar sem að um 15 mínútum eftir versnun voru einkenni sjúklings nær engin og í innæðamyndatöku sást vel opin botnslagæð. Sjúklingur útskrifaðist heim einkennalaus 9 dögum eftir heilaáfallið og hefur farnast vel síðan. Við uppvinnslu kom í ljós gáttaflökt og því var sett inn fyrirbyggjandi blóðþynningarmeðferð.

Ef sjúklingurinn hefði legið eftirlitslaus og ekki fengið bráðameðferð má ímynda sér önnur og alvarlegri afdrif.

Sérstakar þakkir eru færðar Ágústi Hilmarssyni, taugasérfræðingi, fyrir yfirlestur og góðar ábendingar.

Heimildir

1. Boyajian RA, Schwend RB, Wolfe MM, et al. Measurement of Anterior and Posterior Circulation Flow Contributions to Cerebral Blood Flow: An Ultrasound-derived Volumetric Flow Analysis. J Neuroimaging 1995; 5: 1-3.
2. Demel SL, Broderick JP. Basilar Occlusion Syndromes: An Update. Neurohospitalist 2015; 5: 142-50.
3. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, et al. HINTS to Diagnose Stroke in the Acute Vestibular Syndrome: Three-Step Bedside Oculomotor Examination More Sensitive Than Early MRI Diffusion-Weighted Imaging. Stroke 2009; 40: 3504-10.
4. Örnólfsson ÁE, Hjaltested E, Margrétardóttir ÓB, et al. Svimi á bráðamóttöku - vantar á okkur klíníska nefið? Læknablaðið 2016; 2016: 551-5.
5. Sarraj A, Medrek S, Albright K, et al. Posterior Circulation Stroke is Associated with Prolonged Door-to-Needle Time. Int J Stroke 2015; 10: 672-8.
6. Martin-Schild S, Albright KC, Tanksley J, et al. Zero on the NIHSS Does Not Equal the Absence of Stroke. Ann Emerg Med 2011; 57: 42-5.
7. Lindsberg PJ, Mattle HP. Therapy of Basilar Artery Occlusion: A Systematic Analysis Comparing Intra-Arterial and Intravenous Thrombolysis. Stroke 2006; 37: 922-8.
8. Sigurðsson AP, Gunnarsson Þ, Þórisson HM, et al. Lokun í botn- og hryggslagæð heila. Sjúkratilfelli og yfirlit. Læknablaðið 2020; 106: 302-9.

Snjallpenna kerfi með sykurnema



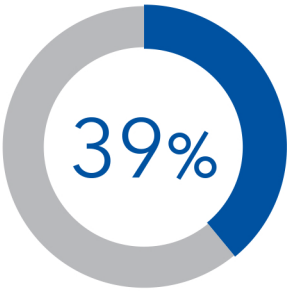
Vertu skrefi á undan blóðsykrinum

- Skráir sjálfkrafa insúlíngjafir
- Rauntíma sykurmælingar
- Áminningar og viðvaranir
- Máltíðarreiknir





Kemur í veg fyrir 59% sykurfalla



Kemur í veg fyrir 39% af háum sykri

Blár InPen™ virkar með skammvirkum insúlínhylkjum frá Novo Nordisk
Grár InPen™ virkar með skammvirkum insúlínhylkjum frá Lilly

Medtronic
AZMedica.



Stjórn Læknafélags Íslands fyrir framan nýjan bústað Orlofssjóðs við Hreðavatn þar sem vinnufundurinn var haldinn. Frá vinstri: Oddur Steinarsson (FÍH), Ragnar Freyr Ingvarsson (LR), Steinunn Þórðardóttir formaður, Sólveig Bjarnadóttir (FAL), Magdalena Ásgeirsdóttir (SFL) , Þórdís Þorkelsdóttir (FAL), Margrét Ólafía Tómasdóttir (FÍH) og Theódór Skúli Sigurðsson (SFL). Mynd/Dögg Pálsdóttir

Formaður LÍ segir átakavetur framundan

„Við búum okkur undir átakavetur," segir Steinunn Þórðardóttir, formaður Læknafélagsins, en stjórnin fundaði um miðjan mánuðinn á Hreðavatni. „Tilgangurinn var að fara yfir stefnuna og setja aðgerðaráætlun. Það var mikill samhljómur í hópnum," segir hún en aðgerðirnar framundan verða kynntar á aðalfundi félagsins þann 14. október.

Kurr er í læknum. „Kjarasamningarnir eru lausir í lok mars. Við sjáum, eins og flestir, fram á gríðarleg átök á vinnumarkaðnum. Okkur finnst mikilvægt að læknar sitji ekki eftir varðandi kjör. Þeir hafa verið að dragast aftur úr undanfarin ár," segir hún. Margt sé undir í þessum samningum.

„Ekki aðeins kjörin heldur einnig framtíðarmönnun heilbrigðiskerfisins. Við verðum að ná samningum svo fólk geti hugsað sér að vinna hér á landi. Við upplifum að það sé undir. Þessir samningar snúast því um framtíðarheilbrigðisstefnu landsins og hvort okkur tekst að standa undir fyrsta flokks þjónustu."

Steinunn segir ástandið óskyggilegt. „Það er því afar mikilvægt að við læknar stöndum sameinuð sem stétt. Það er númer 1, 2, og 3," segir hún. „Á þessum fundi stöppuðum við stálinu hvert í annað."

Ritstjórn og tveir starfsmenn samankomin á ritstjórnarskrifstofu Læknablaðsins. *Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir blaðamaður, Lilja Sigrún Jónsdóttir heimilislæknir fyrir framan, Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir hjartalæknir, Gunnar Thorarensen svæfinga- og gjörgæslulæknir, Helga Ágústa Sigurjónsdóttir ritstjóri og innkirtlalæknir, Magnús Haraldsson geðlæknir, Berglind Jónsdóttir barnalæknir, Hulda María Einarsdóttir skurðlæknir og Védís Skarphéðinsdóttir ritstjórnarfulltrúi. Á myndina vantar Ólaf Árna Sveinsson taugalækni. Mynd/Ingvar Freyr Ingvarsson*



Skerptu á verkferlum *Læknablaðsins* á vinnufundi

Rífandi gangur er í innsendingum á fræðigreinum til *Læknablaðsins*. Alls hafa 45 greinar verið sendar inn það sem af er ári. Þær voru 51 allt árið í fyrra

„Þetta hefur verið skemmtilegt og gaman að sjá hvað læknar hafa verið duglegir að senda blaðinu fræðiefni. Ég tel að hópur lækna hafi fengið smá svigrúm til að huga að rannsóknum sínum í COVID. Staðan nú gæti því verið uppsöfnuð. Við sjáum á næstu misserum hvernig þróuninni vindur fram," segir Helga Ágústa Sigurjónsdóttir ritstjóri *Læknablaðsins* um það að þegar hafa 45 fræðigreinar borist blaðinu á árinu.

„Við sem stundum vísindi finnum þó að COVID-álagið hefur víða komið niður á vísindastarfinu, sérstaklega hjá ungum



Þórunn Helga Felixdóttir og Eyrún Baldursdóttir eru nýútskrifaðir öldrunarlæknar. Þórunn verður á Landspítala en Eyrún á Eir. Mynd/Steinunn Þórðardóttir

Eyrún og Þórunn útskrifast fyrstar úr íslensku sérnámi öldrunarlækninga

Eyrún Baldursdóttir og Þórunn Helga Felixdóttir eru fyrstar til að útskrifast úr sérnámi í öldrunarlækningum hér á landi eftir marklýsingu sem byggði á viðamikilli reglubreytingu frá árinu 2015.

Með henni feta þær í fótspor Eyjólfs Haraldssonar, sem varð fyrstur til að fá viðurkenninguna snemma á þessari öld, og Grímu Huldar Blængsdóttur, en útskrift hennar byggði á reglugerðinni þá ósamþykktri.

Báðar eru þær Eyrún og Þórunn almennir lyflæknar í grunninn en öldrunarlækningar eru einnig kenndar sem viðbótarsérgrein við heimilislækningar hér á landi og var sú breyting staðfest með reglugerðinni. Útskrift þeirra Þórunnar og Eyrúnar festir umgjörðina í kringum sérnámið í sessi.

„Stórtíðindi," segir Konstantín Shcherbak kennslustjóri sérnámsins. Þær Þórunn Helga og Eyrún fagna útskriftinni. „Merkileg tímamót að klára," segir Þórunn. Námið hafi verið krefjandi vegna COVID.

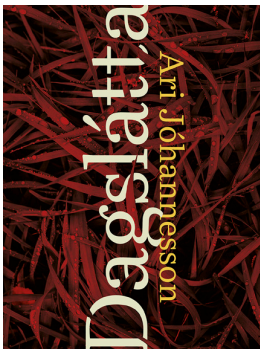
„En þetta er svo skemmtilegur hópur sérfræðilækna sem við vinnum með. Það hefur gert þetta að góðum tíma og við fengið tækifæri til að læra margt og þroskast í starfi. Margir lögðu mikið á sig til að þetta gengi upp." Undir það tekur Eyrún.

Haldið var upp á tímamótin. „Öldrunarlæknar buðu okkur út að borða," segir Þórunn. „Við áttum skemmtilegt kvöld þegar við fögnuðum áfanga okkar og að prógrammið hefði í fyrsta sinn útskrifað lækna."

Þórunn byrjar nú að vinna sem öldrunarlæknir á Landspítala en Eyrún á öldrunarendurhæfingardeild hjúkrunarheimilisins Eirar. „Ég vinn með ótrúlega góðu þverfaglegu teymi að endurhæfingu sem ég hef alltaf haft mikinn áhuga á og hefur verið draumur minn."

Báðar mæla þær heilshugar með náminu en þó enn frekar með kollegunum. „Dásamlegasta fólk veraldar hefur valið öldrun og mig langaði að vera kollegi þeirra," segir Eyrún sem hefur náð því markmiði sínu.

Ljóð úr Dagsláttu, nýrri bók Ara Jóhannessonar lyflæknis



Tjaldmorgunn á Suðurlandi

Þú stígur upp úr svefninum
rennir sundur tjaldinu
milli dags og nætur

Teygir nekt þína
móti Skálholtsbirtunni

Hleypir nóttinni út
yfir morgunblaut engin

Veist að hún skildi
litla stjörnu eftir
á festingu slímhúðar

Leg er hjarta um
hjarta, sláttur þeirra
lofsöngur til lífsins núna
og næsta

Við fyrsta grát að vori
hlaupa hvítar ár
úr mjólkurþungum brjóstum



Ari Jóhannesson

læknum. Það er því mikilvægt að læknar haldi nú vel á spöðunum og slái ekki slöku við."

Ritstjórn *Læknablaðsins* hittist á vinnufundi nú í septembermánuði. Farið var yfir verklag og vinnslu blaðsins. „Við erum ánægð að sjá hvað læknar eru tilbúnir að tjá sig við blaðið. Það er frábært. Ég tel mikilvægt að við fylgjum fréttum af því sem er að gerast í kringum lækna þá og þá stund. Það er gaman að sjá það verða að veruleika í blaðinu," segir Helga.

Átta læknar sitja nú í ritstjórn. „Hópurinn er fjölbreyttur, nær vel saman og reynslan innan hans af ritstjórnarstörfum fyrir *Læknablaðið* mislöng. Það blása því ferskir vindar í bland við trausta þekkingu á kjarnastarfsemi blaðsins. Þetta er samstillt ritstjórn."

Helga Ágústa segir að breytingar hafi verið ákveðnar á fundinum. „Þær munu birtast lesendum og ég hlakka til að heyra og sjá viðbrögð lækna við þeim."



LIFEPAK CR2

ALSJÁLFVIRKT HJARTASTUÐTÆKI

Ef einstaklingur fer í hjartastopp skiptir hver mínúta máli. Mikilvægt er að hafa réttan búnað við hendina þegar slíkt gerist. Sjálfvirkt hjartastuðtæki er neyðarbúnaður sem hefur sannað gildi sitt í þessum aðstæðum.



LIFEPAK CR2:

- Alsjálfvirkt
- Með fullorðins- og barnastillingu – stillt með einum rofa
- Sömu rafskaut fyrir fullorðna og börn
- Ekki þarf að stoppa hjartahnoð á meðan tækið metur hvort að gefa eigi rafstuð
- Gefur leiðbeiningar um endurlífgun, blástur og hjartahnoð og gefur tónmerki fyrir tíðni hjartahnoðs
- Notandinn velur íslenskt eða enskt tal

Fastus ehf | Síðumúli 16 I 108 Reykjavík I Sími 580 3900 I **fastus.is**

FASTUS

Veit á vandaða lausn

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

Hugleiðingar um að breyta um stefnu, bæta aðgengi sjúklinga og stöðu sérgreinalækna á stofu

Ragnar Freyr Ingvarsson
gigtarlæknir



Ég ætlaði aldrei að flytja heim aftur eftir framhaldsnámið í Lundi. Við fluttum út rétt fyrir hrun og fylgdumst með sjónarspilinu úr öruggri fjarlægð frá fyrirmyndarríkinu, Svíþjóð. Svo viss var ég um framtíð mína í Svíaríki að við hjónin höfðum sótt um ríkisborgararétt, farið í viðbótarnám, keypt hús og bíl og alles. Ljúfa lífið!

En svo breytist allt. Haustið 2015 eldaði ég fyrir brúðkaup vinahjóna minna. Ég hafði lofað þessu á einhverju kenderíi og maður stendur við gefin loforð. Þetta var dásamleg helgi þar sem ég hitti fullt af gömlum vinum, skálaði við brúðhjónin, hitti stórfjölskylduna, fór í sund í glampandi sól og knúsaði fleiri vini, fór í heimsókn til afa og ömmu í Hlunnó og fékk hrært skyr og brauð með kæfu. Daginn eftir vaknaði ég með hnút í maganum, eitthvað sem togaði óstjórnlega í mig – ég var með svakalega heimþrá.

Það var morgunljóst að flutningur til Íslands var ekki rökrétt ákvörðun, heldur tilfinningaleg. Það var og er á brattann að sækja á flestum stöðum – og fátt sem dregur að unga lækna. Of fáir heimilislæknar, heimaþjónusta í mýflugumynd, of fá hjúkrunarrými, endurhæfingarrými af skornum skammti, engir samningar við sérgreinalækna og þjóðarsjúkrahúsið bókstaflega að springa af sjúklingum.

Ég fékk vinnu á Landspítalanum og opnaði stofu, fyrst í Klínikinni og seinna með fleiri gigtarlæknum í Gigtarmiðstöðinni í Höfðanum.

Á spítalanum fékk ég fékk að taka þátt í að opna nýja lyflækningadeild í Fossvogi þar sem við reyndum að straumlínulaga vinnubrögð, sinntum sjúklingum sem ílengdust á bráðamóttökunni og opnuðum sýklalyfjagjafaeiningu. Spennandi verkefni sem áttu að bæta þjónustu við sjúklinga. Svo kom COVID með öllum sínum þunga – ég var gerður að yfirlækni nýrrar göngudeildar sem sinna átti sívaxandi hópi smitaðra. Göngudeildin spratt upp á leifturhraða, mótuð af starfsmönnunum sjálfum sem vildu gera hvað þau gátu til að stöðva bylgjuna.

Og það virkaði. Auðvitað höfðu samfélagslegar aðgerðir einnig áhrif. En það að bjóða upp á þjónustu, veita fólki bæði öryggi og aðgengi – virtist draga úr veikindum. Ég hafði auðvitað vitað, líkt og flestir, að þetta skipti máli. Og væri mikilvægt – en ég hafði aldrei áttað mig á hversu mikilvægt. Hvert er vægi aðgengis? Mér fannst það breyta gangi sjúkdómsins – færri lögðust inn, færri þurftu á gjörgæslu, færri létust. Þarna fékk hugvit heilbrigðisstarfsmanna, af öllum stéttum, að njóta sín við að leysa flókin vandamál. Mér fannst vægið vera orðið mælanlegt.

Þetta hafði líka mikil áhrif á það hvernig ég rek stofuna mína. Mig langar til að stórefla hana – byggða á eigin hugmyndum – sjá fleiri sjúklinga, kenna sérnámslæknum, ráða hjúkrunarfræðing, iðjuþjálfa, bæta samskiptaleiðir og fjárfesta í nýjum tækjabúnaði. Ég er sannfærður um að slíkt myndi bæta heilsu skjólstæðinga minna.

Og þó að það sé spennandi að sinna sjúklingunum á stofu þá verður að játast að rekstrarumgjörðin er brotin. Ekki hefur verið samið við okkur sérgreinalækna síðan 2013. Engar nýjungar hafa verið teknar inn í gjaldskrár Sjúkratrygginga í meira en áratug, engar leiðréttingar á verði frá hinu opinbera í næstum þrjú ár. Engar eiginlegar viðræður.

Það er ótrúlegt að hið opinbera sjái ekki hið augljósa – hversu gríðarlega stórt hlutverk sjálfstætt starfandi læknar spila í heilbrigðiskerfinu – 500 þúsund heimsóknir – sem er langtum meira en göngudeildarþjónusta Landspítala og fleiri læknisheimsóknir en á heilsugæslur höfuðborgarsvæðisins á hverju ári. Né virðast þau sjá hversu hagkvæm hún er – en heimsókn á stofu kostar 25-50% minna en koma á göngudeild Landspítala. Og kannanir hafa sýnt að sjúklingarnir okkar eru ánægðir með þjónustuna.

Auðvitað gengur þetta ekki svona til lengdar. Ekki nema að markmið hins opinbera sé að minnka aðgengi sjúklinga að heilbrigðisþjónustu og auka greiðslubyrði þeirra. Það getur varla verið markmið stjórnvalda að festa tvöfalda kerfið í sessi til framtíðar?

Við viljum auka aðgengi að heilbrigðisþjónustu og bæta heilbrigði landsmanna – þá þarf hið opinbera að koma að máli við sjálfstætt starfandi sérgreinalækna með raunveruleg áform um að bæta þjónustuna.

Það væri öllum Íslendingum til mikilla heilla.

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

„Margir læknar haldið lífinu í mér“

Fáir hafa snert íslenska heilbrigðiskerfið með sama hætti og Guðmundur Felix Grétarsson. Tugi aðgerða hefur þurft til að halda lífinu í honum, eins og hann lýsir auk einnar stórrar sem bætti lífsgæði hans stórkostlega. Hann lýsti áhrifum handaágræðslu-tímamótaaðgerðarinnar með lækni sínum Lionel Badet á 30. þingi Skandinavíska ígræðslufélagsins

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ansi margir hafa komið að því að halda lífinu í mér,“ segir Guðmundur Felix Grétarsson eftir hjartnæman fyrirlestur í Hörpu um síðustu mánaðamót. Hann fór þar ásamt teymisstjóra aðgerðarinnar, Lionel Badet, yfir handaágræðslurnar sem hann gekkst undir í Frakklandi í janúar í fyrra – tímamótaaðgerð sem umbylti lífi hans.

„Ég vaknaði með túbu í hálsinum og hugsaði: Hver gerir sjálfum sér þetta viljandi? Mér leið eins og ég hefði tvo trukka á öxlunum,“ skaut hann á lækna í fyrirlestri sínum og uppskar hlátur í þéttsetnum salnum.

„Ég horfði á handleggi annars manns þegar ég vaknaði upp. Hárin á framhandleggjunum, svartari, dekkri og grófari. Aðrir handleggir en mitt blóð,“ sagði Guðmundur. Hann lýsir því nánar í samtali við *Læknablaðið*.

„Hendurnar eru ótrúlegar svipaðar þeim sem ég hafði áður. Það er magnað hvað þær hafa aðlagast. Húðliturinn orðinn jafn alls staðar. Neglur vaxa eins og illgresi.“ Hendurnar hafi umbreyst. „Ég skipti um húð frá úlnlið og niður úr og það komu aðrar neglur undir. Ég kasta húðinni og nöglunum á nokkrum vikum.“

Má búast við meiri framförum

Lionel Badet fór yfir líffæraágræðslur og þessa tímamótaaðgerð í fyrirlestrinum. Hann er yfirmaður þvagfæradeildar og skurðaðgerðamiðstöðvarinnar á Edouard Herriot-sjúkrahúsinu í Lyon. Sjálfur taugalæknir og ígræðsluskurðlæknir og hlutverk hans að fjármagna vinnuna, velja skjólstæðingana og skipuleggja aðgerðirnar.

„Felix má búast við meiri framförum, eða í allt að þrjú ár,“ sagði hann þar. „Því ofar sem græða þarf handlegginn á, þeim mun lengri tíma tekur að ná virkni,“ lýsti hann. „En það fyrsta sem sjúklingurinn finnur er næmið eins og fyrir hitabreytingum.“ Næmið sé einmitt einn helsti kostur líffæraágræðslna umfram gervilimi og lykilatriði fyrir Guðmund Felix.

„Aðgerðin tók 11 klukkustundir á hægri handleggnum en 13 klukkustundir á þeim vinstri,“ lýsti hann. Einnig að teymið hafi auk þess verið yfir 8 klukkustundir að aflima gjafann fyrir aðgerðina stóru. Aðgerðin á Guðmundi Felix hafi verið sú fyrsta af þessari stærðargráðu, en auk handleggjanna var vinstri öxl grædd á hann.

Þjóðin hefur fylgst með elju Guðmundar allt frá slysinu. Hugarfar hans er aðdáunarvert og gleðin yfir höndunum fölskvalaus. Saga Guðmundar þar til hann undirgekkst þessa tímamótaaðgerð er lygileg.

Líffæragjafir stærsta hindrunin

„Allir þekktu græna handalausa manninn,“ sagði hann í fyrirlestri sínum og hvernig hann hafi meðal annars safnað fyrir aðgerðinni með þátttöku í Reykjavíkurmaraþoninu. Þjóðin hafi staðið með honum.

Hann rakti sögu sína. Ungur handalaus maður sem missti konu sína frá sér og sökk í fíkniefni eftir alvarlegt slys. Lifrin fór. Fékk tvær lifrar ígræddar með nokkurra mánaða millibili. Á ónæmisbælandi lyfjum síðan. Badet segir að einmitt sú staðreynd hafa gert hann að ákjósanlegum „handhafa“.

„Við höfum einu sinni afstýrt höfnunarferli í tilviki Felix,“ segir Badet sem notar eins og aðrir Frakkar millinafn Guðmundar enda vefst þetta íslenska nafn fyrir þeim ytra. Guðmundur Felix óttast þó ekki að missa hendurnar.

„Hugarfarið skiptir svo miklu. Ég hugsa ekki um það hvort líkaminn muni hafna höndunum. Ef að það gerist, tek ég á því,“ segir hann æðrulaus. „Ég trúi að ef maður er stanslaust að bíða eftir að eitthvað slæmt gerist, kalli maður það yfir sig,“ segir hann yfirvegað við *Læknablaðið*.

Badet segir engar áætlanir um eins umfangsmiklar aðgerðir og gerð hafi verið á Felix. „En við undirbúum nú handaágræðslu frá olnboga,“ segir hann, sestur með *Læknablaðinu* í Hörpu. Teymi hans stundi nú rannsóknarvinnu og stefni á



„Reynslan af því að fá lifur ígrædda eða handleggina á er afar ólík. Eftir lifrarígræðslu fór mér strax að líða betur en eftir handaágræðslurnar var ég á byrjunarreit," segir Guðmundur Felix Grétarsson sem gekkst undir eina umfangsmestu handaágræðslu sem um getur. Hér er hann með einum leiðtoga aðgerðarinnar, Lionel Badet. Mynd/gag

5 ágræðslur á næstu 5 árum. Markmiðið sé að bera saman árangurinn miðað við gervilimi. Verkefnið sé metnaðarfullt.

„Meginvandinn við ágræðslur er að fá gjafa." Biðin sé oft löng. „Felix beið til að mynda í þrjú ár eftir að grænt ljós væri gefið á aðgerðina." Hjarta, lifur og nýru. Badet segir að ekki þurfi sérstakt leyfi ættingja til að nýta slík líffæri áfram. „En annað gildir um hendur, andlit, leg," tekur hann sem dæmi. Samfélagið þokist þó í þá átt að skilja þörfina. Horfi hann 20 ár aftur hafi útlimaflutningar verið nær óhugsandi.

„Við finnum að fólk er opnara þótt enn sé langt í land. Ég myndi svo gjarnan vilja gera fleiri ágræðslur en við vinnum með tímanum. Það tók okkur 20 ár að undirbúa okkur og nú erum við með 5 ára prógramm. Það er einfaldlega staðan." Einnig sé nú stefnt á að setja upp deild sem grípi tilfelli þar sem leiðréttinga sé þörf. „Eins við trúarlegan umskurð sem hefur ekki gengið vel."

Blaðamaðurinn horfir á Badet og veit að hann er ekki aðeins læknir heldur einnig djákni. Ætli ástæðan sé siðfræði? Einhvers konar Frankenstein-aftenging?

Forsetinn

Saga hans er sigur mannsandans

„Ég vil lýsa fyrir ykkur hvernig mér finnst saga Guðmundar Felix geta, eftir allt sem gengið hefur á, fyllt okkur jákvæðni í þessum vandræðaheimi," sagði Guðni Th. Jóhannesson, forseti Íslands, á ensku við opnun erindis þeirra Guðmundar og Badets á 30. þingi Skandinavíska ígræðslufélagsins.

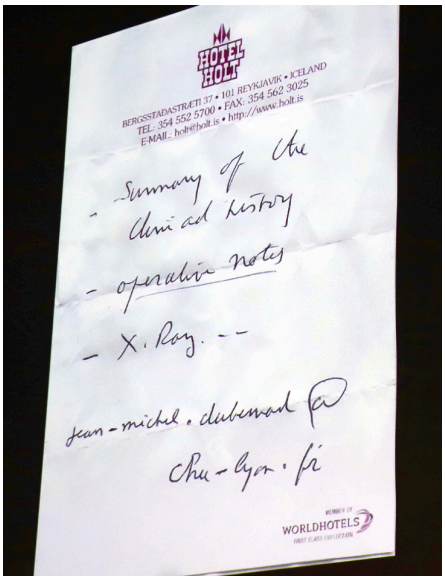
„Ég sé sögu hans sem sigur mannsandans. Sigur einurðarinnar frammi fyrir hræðilegu slysi og gríðarlegum áskorunum í kjölfarið. Sigur samkenndar og samstöðu. Fólk var tilbúið að hjálpa. Við verðum að leggja áherslu á þá þætti þessarar sögu," sagði forsetinn.

„Ég sé þessa sögu líka sem sigur vísinda og læknisfræðinnar. Hún er vitnisburður um þá staðreynd að við stefnum í rétta átt þegar kemur að lyfjum og yfirburðum læknisfræðinnar."



Lionel Badet, Guðmundur Felix Grétarsson, Guðni Th. Jóhannesson, forseti Íslands, og Runólfur Pálsson, forstjóri Landspítala.
Mynd/Lárus Karl

Dubernard læknir hafi trúað



Blaðið sem franski skurðlæknirinn Dubernard skildi Guðmund eftir með eftir samtal þeirra á Hótel Holti. Gögnin fékk hann hjá læknum sínum og fékk aðstoð Vigdísar Finnbogadóttur fyrrum forseta við að þýða. Á endanum fékk hann draum sinn um ágrædda handleggi uppfylltan. Mynd/gag

„Ég hef hitt aragrúa af læknum á lífsleiðinni en þegar ég sá Dubernard kviknaði von um að ég fengi handleggi að nýju," segir Guðmundur Felix Grétarsson í samtali við *Læknablaðið* 19 mánuðum eftir handaágræðsluna.

Lionel Badet minntist kollega síns og mentors, Jean-Michel Dubernard, í fyrirlestri sínum, en hann lést í fyrra. Dubernard hafi gert fyrstu handaágræðsluna sem heppnaðist 1998, sama ár og Guðmundur Felix missti sínar. Einnig andlitságræðslu. Dubernard leiddi þá Badet og Guðmund saman eftir að Guðmundur leitaði franska skurðlæknirinn uppi þegar hann var gestur á ráðstefnu hér á landi árið 2007.

„Ég hringdi út um allan bæ og fann hann á Hótel Holti. Spurði hann hvort hann gæti grætt á mig hendur. Hann svaraði: Ég veit það ekki." Læknirinn hafi ritað niður hvaða gögn hann þyrfti á lítinn blaðsnepil hótelsins. „Ég var með miða frá Dubernard og lifði á því í mörg ár. Fjögur ár liðu frá því að ég fékk miðann þar til ég var samþykktur af franska teyminu."

Bið og rannsóknir tóku við þar til hendurnar voru græddar á í janúar 2021. „Ég hitti hóp af skurðlæknum á Landspítala þegar ég kom heim í desember. Þeir horfðu á mig og sögðu: Enginn hér inni í þessu herbergi hafði nokkra trú á að þetta yrði nokkru sinni gert," segir Guðmundur Felix og að í Dubernard hafi hann fundið mann sem var tilbúinn að leggja orðspor sitt undir.

„Hann var ekki lengur með þetta franska teymi á þessum tíma. Badet var tekinn við en Dubernard var lærimeistari Badets og hafði því enn sín áhrif." Hann lýsir afrekum Dubernards.

„Fyrsta handágræðslan, fyrsta andlitságræðslan. Framsýnn kall. Skemmtilegur karakter. Rosalega franskur," segir Guðmundur Felix og hlær. „Í rauninni er það loforð hans ritað á lítinn miða sem kemur mér inn fyrir dyrnar og verður til þess að teymið skoðar málið."

Guðmundir segir vöflur hafa verið á mönnum. Þeir hafi ekki verið spenntir til að byrja með og leitað ráða hjá evrópsku heimspekingaráði. „Það sagði: Ef þetta fer illa er mannorðið undir. Svo er einhver sem segir við þá: En hugsið ykkur hverju þetta getur breytt fyrir sjúklinginn ef þetta fer vel! Þeir hættu því að hugsa hvað þetta gæti gert þeim og fóru að horfa út frá sjúklingnum."

Það hljóti að vera skrýtin tilfinning að taka hendi hér og legg þar og græða á annan einstakling.

Fætur í framtíðinni

„Nei, nei, nei. Fætur eru ekki inni í myndinni," svarar Badet strax. Enn séu gervifætur betri kostur en ágræddur fótur. „En með framþróuninni gæti það breyst á 10-20 árum. Það er erfitt að segja," svarar hann hratt. Gervifætur gefi þó líklega aldrei sömu tilfinningu og að hafa fót. „Og sú tilfinning, að skynja og finna, hefur verið lykillinn í tilviki Felixar."

Ljóst er að Badet hefur mikla þekkingu sem þó fleygir hratt fram. Rannsóknarverkefnið sem teymið hrindir nú í framkvæmd mun skipta miklu til framtíðar. En nýtist trúin honum í vegferðinni?

„Mér finnst þessi menntun vega hvor aðra upp fyrir mig," segir hann og hugsar sig um. „Kannski er djáknamenntun mín ekki nauðsynleg teyminu og það var ekki háttur Jean-Michel Dubernard, mentors míns, að hugsa um trúna. En án hans hefðum við ekki náð svona langt," segir hann og brosir.

Slys árið 1998 og yfir 50 aðgerðir á aðeins fyrsta árinu. Guðmundur Felix er þakklátur. „Ég hef treyst því sem læknar gera hingað til og það hefur virkað. Ég hef fengið ótrúlega góða meðferð á spítalanum heima og hér. Slysið var öðruvísi og ég held að menn hafi gaman af því að kljást við ný viðfangsefni," segir hann kominn á heimili sitt í Frakklandi, með COVID, eftir Íslandsheimsóknina.

„Ég læt líf mitt í hendur lækna trekk í trekk. Þetta fer eins og það fer. Ég óttast ekki dauðann enda búinn að vera dauður í milljarða ára og það sakaði mig ekki að vera dauður — en ég er ekki að flýta mér þangað."

Eiga læknar að sinna sjálfum sér eða ættingjum sínum?

Dögg Pálsdóttir
framkvæmdastjóri og lögfræðingur LÍ
doggp@lis.is



Hjá einstaklingum, sem eiga aðgang að lækni gegnum ættar- eða vinatengsl, er sterk tilhneiging til að nota þau tengsl til að fá læknisþjónustu. Sömuleiðis liggur fyrir að læknir þarf stundum á lyfjum að halda sem eru lyfseðilsskyld. Þá liggur kannski beinast við fyrir lækninn, og er örugglega fljótlegast og þægilegast, að skrifa sjálfur lyfseðilinn fyrir lyfinu fremur en að leita til annars læknis.

Í samskiptum milli Embættis landlæknis (EL) og Læknafélags Íslands (LÍ) hefur EL lýst þeirri afstöðu að almennt eigi læknar ekki að skrifa lyfseðla fyrir lyfjum sem þeir sjálfir þurfa að nota. LÍ hefur lýst þeirri afstöðu að slík takmörkun gagnvart útgáfu lækna á lyfseðlum þurfi að styðjast við skýr lagaákvæði. Á sama tíma er LÍ afdráttarlaust í þeirri afstöðu að öll útgáfa lækna á lyfseðlum, á þá sjálfa og sjúklinga, sé háð ströngu eftirliti EL. Einnig er það afstaða LÍ að almennt eigi að forðast að skrifa lyf á sjálfan sig nema það sé endurnýjun lyfja sem meðhöndlandi læknir viðkomandi læknis hefur áður ákveðið að hann skuli taka.

Varðandi meðferð lækna á ættingjum er mikilvægt að íhuga hvað sé heppilegt og við hæfi. Af margvíslegum ástæðum getur verið óæskilegt að læknir taki að sér meðferð ættingja. Lækni getur mögulega skort nægilega þekkingu til að meðhöndla ættmennið, viðkvæmni vegna fyrri sjúkrasögu eða viðeigandi læknisskoðunar getur leitt til rangrar greiningar og meðferðar, skortur á skráningu í sjúkraskrá getur valdið ættingjanum vanda síðar, neikvæð niðurstaða meðferðar getur spillt tengslum milli læknis og ættingja, nauðsynleg meðferð gæti verið andsnúin vilja ættingjans, svo nokkur atriði séu nefnd.

Í nýsamþykktum siðareglum LÍ (9. útgáfu) er nánar fjallað um þetta í 14. gr. Sambærileg ákvæði, en ekki eins ítarleg, voru í 10. gr. eldri siðareglna LÍ. Í nýju siðareglunum segir um *mörk einkalífs* 1. málsgrein:

> Læknir skal hafa það hugfast að fjölskyldu- og vinatengsl við sjúkling geta haft áhrif á dómgreind hans og faglegt sjálfstæði. Læknir ætti því almennt að forðast að bera ábyrgð á læknismeðferð náinna vina eða vandamanna sinna, ekki síst þegar um langvinna eða alvarlega sjúkdóma er að ræða.

Þetta er mikilvæg leiðbeining til félagsmanna LÍ.

Alþjóðasamtök lækna (World Medical Association – WMA) eru einnig með þetta mál á dagskrá. Á ársfundi WMA, sem haldinn verður fljótlega verður rædd tillaga að yfirlýsingu WMA um meðferð lækna á ættingjum (*Physicians treating relatives*). Í tillögunni eru meðal annars settar fram eftirfarandi ráðleggingar til lækna:

1. Læknir eigi að forðast að vera aðalveitandi heilbrigðisþjónustu ættingja. Læknir geti þó sinnt ættingjum í neyðartilvikum, vegna minni háttar heilsufarsvandamála eða þegar ekki næst í annan lækni.
2. Ef ættingi spyr lækni um annað álit vegna læknismeðferðar sem ættinginn er að fá hjá öðrum lækni, þá þurfi læknirinn, kjósi hann að veita annað álit, að gæta varkárni í allri álitsgjöf.
3. Kjósi læknir að veita ættingum meðferð verði að hafa eftirfarandi hugfast:
   a. Virða siðareglur, sjálfræði sjúklingsins og rétt hans til samþykkis, ekki síst þegar um er að ræða einstaklinga undir lögaldri.
   b. Virða trúnaðar- og þagnarskyldu gagnvart sjúklingnum og gæta þess að deila aldrei upplýsingum um heilsufar sjúklingsins án samþykkis hans. Á það einnig við gagnvart upplýsingum til annarra fjölskyldumeðlima.
   c. Lýsi ættinginn áformum um að leita álits hjá öðrum lækni verður læknirinn að virða þá ákvörðun.
   d. Samþykki fyrir meðferð þarf sjúklingur alltaf að gefa, einnig þegar ólögráða sjúklingur á í hlut. Gæta þarf að allri upplýsingagjöf gagnvart sjúklingi, svo samþykki hans geti talist upplýst samþykki.
   e. Reynist skráning sjúkrasögu og skoðun erfið eða jafnvel óþægileg fyrir sjúkling, lækni eða báða aðila, á læknir að íhuga alvarlega að vísa ættingjanum til annars læknis.
   f. Vandlega þarf að gæta þess að öll samskipti læknis og sjúklings í tilvikum sem þessum séu vel og ítarlega skráð í sjúkraskrá.
4. Ef læknir getur ekki fylgt þessum leiðbeiningum á hann vísa ættingjanum í meðferð hjá öðrum lækni.
5. Undir öllum kringumstæðum þurfa læknar að gæta þess að virða allar siðareglur, sbr. Genfar-yfirlýsingu WMA, siðareglur WMA og Lissabon-yfirlýsingu WMA um réttindi sjúklinga.

Undirstrikað er í drögunum að þó læknar séu eindregið hvattir til þess að annast ekki ættingja sína nema í undantekningartilvikum, sé það viðurkennd staðreynd að ættingjar leita gjarnan til lækna varðandi læknishjálp og -meðferð og að aðstoð þeirra er sjúklingnum mikilvæg og vel metin.

Ef til vill verða þessar leiðbeinandi reglur samþykktar af hálfu WMA á næsta ársfundi samtakanna. Jafnvel þó svo verði ekki felast í þeim mikilvægar ráðleggingar til lækna um það hvernig rétt sé að bregðast við og hvað þurfi að hafa í huga þegar ættingjar leita til þeirra vegna meðferðar. Þá eru þessar leiðbeiningar góð viðbót við þær leiðbeiningar sem þegar liggja fyrir í siðareglum LÍ.

Sveiflast á milli pólitíkur og læknisfræði

„Skurðlækningar heilla mest um þessar mundir en upphaflega voru það geðlækningarnar," segir Ragna Sigurðardóttir sem er komin á fleygiferð á kandídatsárið sitt. Ragna hefur afhent formannskefli Ungs jafnaðarfólks til arftakans, er stigin úr hlutverki borgarfulltrúa og komin að nýju á kaf í læknisfræðina

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Allir sem stýra heilbrigðiskerfinu verða að átta sig á að læknar og aðrar heilbrigðisstéttir eru mjög hreyfanlegur starfskraftur, fólk getur farið í önnur störf. Auðvitað er ákveðin hætta á því að ef álagið verður of mikið, eins og var til dæmis í COVID, að fólk hætti og farið annað," segir Ragna Sigurðardóttir, fyrrum formaður Stúdentaráðs, leiðtogi Röskvu, formaður Ungs jafnaðarfólks og læknakandídat. „Ég vil klárlega starfa sem læknir," segir hún en það eigi eftir að skýrast hvar hún muni starfa.

„Kannski í Bandaríkjunum, kannski Svíþjóð eða á Íslandi. Ég veit það ekki." Allt sé opið en margt eigi eftir að skýrast þegar líður á kandídatsárið. „Lífið er þannig að tækifæri koma og fara. Brautin sem maður fetar fer kannski að einhverju leyti eftir þeim tækifærum sem birtast á hverjum tíma," segir hún.

„Tækifærin í læknisfræði eru svo mörg," segir hún þar sem hún hittir *Læknablaðið* yfir kaffibolla á Te og kaffi í miðborginni. Ragna leiddist úr læknisfræðinni í pólitík og er nú aftur komin til baka. Lífsskoðunin er ljós.

„Það er mér svo mikilvægt að fólk fái jöfn tækifæri í lífinu og að fólk sem fæðist ekki með þau tækifæri sem aðrir hafa geti samt komist áfram – geti menntað sig til þess sem það vill eða starfað við það sem það kýs," segir hún aðspurð um pólitíska sýn hennar sem mótaðist meðal annars í stúdentapólitík en líka á yngri árum í Bandaríkjunum. Fólk verði að geta staðið óháð stuðningi eða efnahag foreldra. Þar eigi samfélagið að stíga inn.

„Fólk nær til dæmis ekki að framfleyta sér almennilega á námslánum, sem er andstætt tilgangi þeirra. Það á að vera tilgangur stuðningskerfa fyrir námsmenn, hvort sem það eru styrkir eða lán, að gera fólki kleift að þurfa ekki að vinna með námi. Alla vega ekki þannig að það taki frá þeim námið," segir hún.

Á tímamótum

Nýr tugur. Ný verkefni. Ný tækifæri. Ragna hefur nú snúið frá pólitíkinni að læknisstarfinu. Stendur á þrítugu en hefur mikla reynslu á bakinu. Nú í ágúst afhenti hún formannskefli Ungs jafnaðarfólks til arftakans. Steig í vor úr borgarfulltrúahlutverkinu og hóf í sumar kandídatsárið sitt.

„Ég finn að orðið hefur vendipunktur í lífi mínu," segir hún og lýsir því hvernig hún leiddist óvænt út í stúdentapólitík og þaðan í borgarstjórnarmálin. Var í Röskvu, fór í Stúdentaráð og varð forseti þess og síðar kosningastýra Samfylkingarinnar árið 2018 í borginni. Sat í 9. sæti framboðslistans.

„Við bjuggumst ekki við að ég færi inn sem borgarfulltrúi en það gerðist," segir hún og lýsir hvernig hún setti læknisfræðina á hliðarlínuna á meðan. Nú sé pólitíkin á hliðarlínunni þótt hún hafi ekki alveg getað sleppt hendinni af borgarmálunum. Er fimmti varaborgarfulltrúi.

„Ég vildi ekki sleppa stjórnmálunum alveg en vissi að mig langaði að einbeita mér að læknisfræðinni, klára kandídatsárið og fara í sérnám." Hún hafi lagt mikla vinnu í pólitíkina. „Mjög skemmtilegt en samt skrýtin tilfinning að minnka svona mikið við mig." Hún hefur verið í nokkurra vikna frii. „Ég vildi gefa mér tíma til að skila af mér þessu tímabili sem forseti ungs jafnaðarfólks," segir hún. En hvernig leiddist hún út í pólitíkina?

„Ég ólst ekki upp í flokkspólitískri fjölskyldu eins og margir sem taka þátt í ungliðapólitík," segir Ragna. Áhuginn kviknaði þegar hún var í háskólanum að reyna við inntökuprófið í læknisfræði.

„Ég tók það þrisvar. Eftir fyrsta skiptið fór ég að vinna, var nálægt því að komast inn í annað sinn og ákvað að gera eitthvað skemmtilegt um haustið og skráði mig í sálfræði. Þar gekk mér vel og ég eignaðist góða vini," lýsir hún, og hvernig þráseta á Þjóðarbókhlöðunni með vinkonum sínum hafi leitt hana í pólitík.

„Svo fóru þær í framboð. Langt var í prófin og ég mætti í partí til þeirra og sogaðist inn í starfið," segir Ragna og hlær. „Áður en ég vissi af var ég farin að stýra kosningabaráttu Röskvu."

Bjó í Bandaríkjunum

Ragna er elst fjögurra systkina og bjó í



Ragna Sigurðardóttir fyrrum borgarfulltrúi hefur nú sett pólitíkina á hliðarlínuna og hafið kandídatsárið sem hún mun stunda víða um land. Mynd/gag

Madison í Wisconsin í Bandaríkjunum þar sem pabbi hennar, Sigurður Einarsson, stundaði sérnám í meltingarlækningum. „Ég flutti út 6 ára og bjó þar í 9 ár. Foreldrar mínir ákváðu að sækja um ríkisborgararétt fyrir okkur," segir hún og að hún hafi ekki mikið nýtt rétt sinn hingað til. „En ég hef þó kosið," segir hún og vill hreint ekki viðurkenna að pabbi hennar sé fyrirmyndin að því að hún stökk í læknisfræði.

„Ég ætlaði lengi vel ekki að verða læknir út af pabba. Ég er svolítið þrjósk," segir hún og hlær. Heimspeki hafi heillað en áhugasviðspróf leiddi hana á rétta braut. „Prófið snerist fyrst og fremst um það hvort maður vildi vinna með fólki, hlutum, gögn eða hugmyndir. Mig minnir að ég hafi áttað mig á því að mig langaði að vinna með fólki en líka með hugmyndir og þar hafi læknisfræðin svolítið staðið upp úr," og hún viðurkennir að niðurstaðan eigi bæði við læknisfræðina og pólitíkina.

„Mörgum finnst þetta alls ekki passa saman, mér finnst ég hafa lært margt af hvoru tveggja sem getur styrkt mig í hinu. Svo hefur læknisfræðin sínar takmarkanir," segir hún. „Ég hef haft mikinn áhuga á geðheilbrigðismálum og stofnaði geðfræðslufélagið Hugrúnu með nokkrum úr stúdentapólitíkinni," segir hún.

„Ég vann á endurhæfingargeðdeild sumarið eftir fjórða ár. Þá áttaði ég mig á því að það er svo margt sem pólitíkin ákveður sem hefur mikil áhrif á líf fólks," segir hún. Það að fólk búi í húsnæði og hafi eitthvað milli handanna skipti máli fyrir geðheilsu fólks. Ekki megi aðskilja þetta alveg.

„Mér finnst skipta máli að læknar séu ekki skoðanalausir þegar kemur að pólitík. Þeir eiga að beita sér í þágu skjólstæðinga sína, því læknisfræðin getur ekki lagað allt."

Eins og heyra má hefur Ragna sveiflast milli pólitíkur og læknisfræðinnar. „Það hentar sumum að vera allt í öllu, en ég fann að það að vera svona virk í stúdentapólitík hafði áhrif á námið mitt. Ég tók því þá ákvörðun og þegar ég varð forseti Stúdentaráðs, sem er launuð staða, að taka árs frí frá námi," segir hún.

„Ég tók hlé frá nám þegar ég varð borgarfulltrúi til að sinna því starfi en tók síðan hlé frá borgarfulltrúastarfinu til að klára námið. Nú er ég aftur komin í smá hlé frá pólitík til að sinna læknisfræðinni," segir hún og hlakkar til ársins framundan.

„Ég verð á flakki kandídatsárið mitt. Var tvo mánuði á háls-, nef- og eyrnadeildinni sem var valið mitt. Þar kláraði ég í byrjun ágúst," segir hún. Nú fer hún á lyflækningasvið í einn mánuð, eftir mánaðarfrí, fyrst og fremst á hjartadeildinni.

„Svo fer ég til Húsavíkur á heilsugæsluna í tvo mánuði og á Heilsugæsluna í Garðabæ í aðra tvo. Loks er það Akranes í fjóra mánuði: bæði á skurð- og lyflækningadeild. Svo klára ég kandídatsárið með mánaðardvöl á lyflækningasviði Landspítala," segir hún.

„Ég hef alltaf unnið öll sumur á Landspítala og langaði að kynnast einhverju öðru," segir hún og hlakkar til mánaðanna. „Ég hef gaman af því að fara á mismunandi staði og kynnast fólki. Mér finnst fjölbreytnin mjög skemmtileg."

Framtíðin skýrist

En hvað svo? Verður Ragna næsti Dagur B? Borgarstjóri og læknir: „Ég hef nú fengið þessa spurningu áður. Ég veit það ekki. Ég þekki Dag vel og við höfum unnið vel saman. Hann hefur náð árangri í pólitík og er góð fyrirmynd en ég hef alltaf farið mínar eigin leiðir," segir hún og brosir.

„Mig langar núna að helga mig kandídatsári og sérnámi. Svo kemur framtíðin í ljós. Kannski leiðist ég aftur út í pólitík. Ég veit það ekki. Það gæti gerst," segir Ragna og lokar engum dyrum eins og sannur pólitíkus.

„Það er liðin tíð að fólk ákveði starfsvettvang fyrir alla starfsævina," segir hún og minnir því á mikilvægi þess að læknastarfið komi til til móts við þarfir fólks. Við þurfum að mæta þörfum þeirra sem hafa lagt þetta nám á sig og fengið jafnvel sérhæfingu. Það er svo mikilvægt að það þurfi ekki að hörfa frá, séu vinnuaðstæðurnar ósamræmanlegar lífi þeirra," segir hún.

„Nú helga ég mig læknisfræðinni en veit ekkert hvað gerist eftir 5, 10 eða 20 ár."

Pólitískur ferill Rögnu Sigurðardóttur

- 2016-2018 Fulltrúi stúdenta í háskólaráði Háskóla Íslands
- 2017-2018 Formaður Stúdentaráðs Háskóla Íslands
- 2018-2020 Varaborgarfulltrúi Samfylkingarinnar í Reykjavík
- 2020-2022 Borgarfulltrúi Samfylkingarinnar í Reykjavík
- 2020-2022 Forseti Ungs jafnaðarfólks

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

„Ég fer síðastur frá borði“

Mikael Smári Mikaelsson, yfirlæknir á bráðamóttöku Landspítala, segir að hann hafi aðeins séð tvo kosti þegar hann tók við starfinu. Reyna að breyta ástandinu eða flytja með fjölskylduna hinum megin á hnöttinn. Mikael ber ekki aðeins bráðamóttökuna á herðunum heldur hefur hann tekið að sér að leiða kjarasamninganefnd lækna. „Ég trúi að hægt sé að bjarga bráðamóttökunni og fer síðastur frá borði“

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Við finnum að fólk óttast að erfitt verði að fá nýja kjarasamninga í gegn,“ segir Mikael Smári Mikaelsson, nýr formaður samninganefndar Læknafélagsins og yfirlæknir á bráðamóttöku Landspítala. Kjarasamningarnir renna út í lok mars. Upplýsingum og gögnum sé nú safnað til að kortleggja ólíka stöðu og þarfir lækna.

„Öll félögin kynna það sem þau telja mikilvægast í samningunum á fundum í október.“ Eftir það verði stefnan sett. Mikael sagði já þegar honum var boðin forystan. Hann var formaður Félags bráðalækna á Íslandi frá 2017 til 2021. Hann segir nú tækifæri fyrir lækna að meta hvort þeim finnst núverandi kjarasamningur í takti við nútímann.

„Ég tel að samningurinn mætti vera skýrari. Þannig að Landspítali hafi til að mynda tól til að laða fólk að og sé samkeppnishæfur við útlönd og aðra,“ segir hann og vísar meðal annars til bráðamóttökunnar.

„Nú hef ég verið í stöðu yfirlæknis í rúmt ár. Stór hluti af verkefninu er að halda í mannauðinn og styrkja starfsemina. Ég hef endurtekið lent á veggjum, þar sem ég hef viljað gera eitthvað en verið sagt að samningarnir leyfi það ekki,“ segir Mikael en hrina uppsagna hjúkrunarfræðinga hefur dunið á bráðamóttökunni svo nú vantar í þriðjung stöðugildanna. Læknar hafi hins vegar margir horfið frá á árunum 2020 og 2021.

„Það er margra ára ferli að ráða í nýjar stöður lækna og hjúkrunarfræðinga,“ segir Mikael og að rík og mikilvæg þekking glatist við uppsagnirnar. „Stærsta ástæðan fyrir að við missum nú mannskap er að fólki finnst vinnuálagið og áhættan í að vinnan hérna of mikil.“ Pressan á þau sem sitji eftir aukist því enn. „Við óttumst þennan vítahring því þegar fyrstu hætta eykst álag á hin sem eftir eru og þau brotna uns ekkert er eftir,“ segir hann.

„Ég er samt hæfilega jákvæður og ætla mér að vera það. En auðvitað þegar maður horfir kalt á tölurnar er ástandið langt yfir hættumörkum.“ Er fólk þá í lífshættu? „Auðvitað.“ Bráðamóttakan þarf starfsfólk. „Hún er lífríki og þegar hluti þess hverfur er öll skepnan í hættu,“ segir hann.

Úr 300 í 860 legudaga

Læknablaðið sest niður með Mikael degi eftir að fjárlagafrumvarp ríkisstjórnarinnar var kynnt. Hafði mætt nokkrum dögum fyrr en manneklan var þá slík vegna veikinda að finna þurfti nýjan tíma. 40% læknanna vantaði þann daginn. Mikael var á hlaupum. Hann segir frumvarpið vonbrigði.

„Mér sýnist að ekki hafi verið tekið stórt skref, ef nokkurt.“ Íslenska heilbrigðiskerfið sé rekið ódýrar en í nágrannalöndunum. „En samt er órökrétt að lítið kerfi sé ódýrara en stórt.“

Rúmt ár er frá því að Mikael tók við á bráðamóttökunni, þann 1. apríl í fyrra. Hefði honum verið sagt að staðan myndi enn versna hefði hann örugglega haldið það aprílgabb. Staðan hefur margversnað. „Legudögum milli júlímánaða í ár og í fyrra fjölgaði úr 300 í 860,“ segir hann og horfir til þeirra sem dvöldu 24 klukkustundir eða lengur á bráðamóttökunni.

„Þessi staða leggst þyngst á hjúkrunarfræðingana og því skiljanlegt að þeir hætti þegar vandinn hefur aukist þetta mikið,“ segir hann.

„Fólk ræður sig til vinnu út af áhuga, kjörum og vinnuaðstæðum. Auðvitað skipta kjörin málin, en aðrir þættir skipta líka máli,“ segir hann og nefnir umbun fyrir vinnuna og jafnvægi milli einkalífs og vinnu. „Það fer öfugt í fólk þegar því finnst því ekki umbunað á réttan hátt. Hér hefur verið deilt um hvernig greiða á aukalega þegar vantar fólk. Ákvæði í fyrri samningum eru umdeild. Það væri því ágætt að skýra þau.“

Mikael viðurkennir að starfið hafi ekki þróast eins og hann bjóst við á þessu eina ári. „Það hreyfist allt mjög hægt. Margir koma að og erfitt að knýja fram breytingar. Það er alltaf einhver ósammála. Margt hefur verið reynt og annað batnað en það hefur bara ekki dugað til.“ Hann hafi breytt þriggja mánaða áætlunum í fimm ára áætlanir. „Við vinnum hægar á vandanum en náum því á endanum.“

Sagt hefur verið frá því að framkvæmdastjórnin hafi ákveðið að aðeins mættu 15 vera tepptir á bráðamóttökunni í einu. „Það gilti aðeins um eina helgi og gildir ekki alla daga,“ segir Mikael. Miða



Mikael Smári Mikaelsson, yfirlæknir á bráðamóttöku Landspítala, er nýr formaður kjarasamninganefndar lækna. Mynd/gag

hafi átt við 20 frá 1. september og 15 frá 1. október.

„Nú er verið að draga í land. Þeim gengur illa með fyrstu töluna 20," segir hann. Frá því að reglan var sett hafi mest 35 beðið á bráðamóttökunni. „Í augnablikinu hefur talan legið í kringum 25 en hugmyndin var að 20 ætti að vera hámark en ekki marktala."

Með bandarískar rætur

Að bakgrunninum. Mikael Smári Mikaelsson hefur ekki alltaf borið það nafn. Hann fékk íslenskan ríkisborgararétt 10 ára gamall og hét fram að því Michael Nelson. Foreldrar hans eltu gott atvinnutilboð og hann flutti til Íslands tveggja ára.

„Ég á í raunar engar ættir á Íslandi," segir hann og brosir. „Ég kem með foreldrum mínum og ég er enn með tvöfaldan ríkisborgararétt en þau eru nú alíslensk. Þorsteinn Gylfason bauð föður mínum starf við nýja heimspekideild Háskólans eftir að þeir höfðu hist stuttlega. Ákvörðun var tekin hratt, þau fluttu og sjá ekki eftir því."

Hann segir sína sögu áþekka sögu foreldra sinna. Hann lærði bráðalækningar við Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) á Nýja-Sjálandi. „Ég fékk símhringingu á næturvakt árið 2005 frá kollega sem hafði farið út ári á undan mér. Hann spurði: Langar þig að koma? Það vantar lækni. Ákvörðunin var tekin á nokkrum klukkutímum og ég fór," segir Mikael, sem er ánægður með námið sem hann hlaut og enn ánægðari að hafa kynnst konu sinni, Rosie Jones. Þau eiga nú þrjú börn. Hún vinnur einnig á bráðamóttökunni og er að ljúka sérnámi sínu í bráðalækningum.

„Maður flýr ekki vinnuna heim," segir Mikael og hlær. „Ég tek hana bókstaflega með mér heim." En hvernig tilfinning er að koma heim á kvöldin?

„Það var auðveldara þegar ég var bara á gólfinu. En sem yfirlæknir skila ég ekki vinnunni þegar vaktinni lýkur. Bæði er haft samband þegar eitthvað kemur upp á allan sólarhringinn og svo næ ég ekki að klára verkin á sama hátt. En það er betra að spyrja fólkið á gólfinu um líðanina. Fólk er mjög mishæft í að segja: Nú er dagurinn minn búinn," segir Mikael.

En hefði hann tekið þessu starfi, hefði hann vitað að hann stæði í þessum sporum nú ári seinna? „Ef ég tala hreint út fannst mér ég aðeins hafa tvo möguleika þegar ég tók stöðuna. Það var enginn annar sem vildi stíga fram. Enginn vildi taka við þessu sökkvandi skipi og öllu sem því fylgdi," segir hann. Hinn möguleikinn hafi verið að flytja úr landi.

„Ég á nýsjálenska konu og gat kvatt landið og farið þangað. En ég valdi að sjá hvort mér tækist að snúa þessu skipi og fer síðastur frá borði," segir Mikael. En telur hann að skipið sökkvi dýpra?

„Ég þori ekki að segja það. Það er enn smá spotti eftir en gott að sjá að við höfum feikisterkan og áhugasaman hóp lækna í sérnámi og ég sé að margir flottir áhugasamir hjúkrunarfræðingar eru í námi og á leiðinni. Ný kynslóð er á leiðinni sem þekkir aðeins þetta ástand en heldur samt áfram," segir hann.

„Ég held því í þá von að okkur takist að byggja bráðamóttökuna upp aftur," segir hann en leggur þó áherslu á að uppsagnir læknanna 2020 og 2021 og hjúkrunarfræðinganna nú séu mikill skellur. „Þetta er blóðtaka sem ekki er hægt að hrista af sér," segir hann. „Vinna á bráðamóttöku byggist á dómgreind og innsæi sem fæst aðeins með reynslu," segir hann.

„Það tekur því mörg ár að byggja starfsemina upp aftur. Titillinn ræður því ekki hvernig gengur. Það tekur mörg ár að læra starfið, því miður, en ég trúi að það takist á endanum."

„Það var enginn annar sem vildi stíga fram. Enginn vildi taka við þessu sökkvandi skipi og öllu sem því fylgdi."



Valgerður Rúnarsdóttir, forstjóri Vogs og framkvæmdastjóri lækninga hjá SÁÁ, hvetur lækna til að greina hvort sjúklingar séu í áhættu á fíkn áður en þeir ávísa ópíóíðum. Mynd/gag

Lyfjaandlát aldrei fleiri

Fíkn í ópíóíða vex stöðugt. Aldrei hafa fleiri látist hér á landi vegna lyfja en í fyrra. „Það gerist þrátt fyrir að gripið hafi verið til fjölda aðgerða," segir Valgerður Rúnarsdóttir læknir og hvetur lækna til að skima fyrir og greina fíkn áður en þeir ávísi lyfjunum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Við sjáum ekki lát á þrouninni í ópíóíðafíkn," segir Valgerður Rúnarsdóttir, forstjóri Vogs og framkvæmdastjóri lækninga hjá SÁÁ, um þá staðreynd að aldrei hafa fleiri látist af ofskammti lyfja en í fyrra. Samkvæmt tölum Embættis landlæknis létust 46 manns, 9 fleiri en árið á undan. Tíu þeirra við sjálfsvíg.

„Margt hefur verið gert til að sporna við útskrift ópíóíða," segir Valgerður, sem sat í starfshópi heilbrigðisráðherra gegn lyfjamisnotkun. Hópurinn skilaði 9 aðgerða lista árið 2018. „Búið er að ýta stórum hluta hans í framkvæmd." Til að mynda hafi lögum verið breytt svo lyfjafræðingar gætu skipt upp pökkum og afhent minna magn.

„Eftir sem áður er nóg af lyfjum á markaði." Hún nefnir einnig að bráðamóttaka Landspítala skrifi helst ekki út ópíóíða og aðgengi að Naloxon, sem notað er þegar þörf er á tafarlausri neyðarmeðferð vegna ofneyslu ópíóða, hafi verið aukið. „Naloxon er úði, jafnnauðsynlegur búnaður og hjartastuðtæki," segir hún.

Yfir 200 eru nú í gagnreyndri lyfjameðferð við ópíóíðafíkn á göngudeildinni á Vogi; meðferð sem dregur úr fíkn og fráhvörfum. „Þeir hafa heldur aldrei verið fleiri," segir hún. Tíu úr hópi þeirra sem hafa gengist undir meðferðina létust í fyrra en alls hafi um 600 farið í hana.

„Lyfjameðferðin fækkar sannarlega andlátum. Hún bjargar mannslífum." Fjallað var um málið á málþingi á Læknadögum í mars.

Valgerður gagnrýnir áhugaleysi yfirvalda á meðferð SÁÁ við ópíóíðafíkn. Samningur um hana hafi ekki verið uppfærður frá því að ritað var undir hann árið 2014. „Hann nær til 90 sjúklinga en við þjónustum yfir 200 manns. Við segjum ekki nei við neinn því meðferðin er lífsbjargandi fyrir alvarlegri ópíóðafíkn," segir hún. Ekki hafi verið gengið í að uppfæra hann.

„Það er ekki hlustað á okkur. Við köllum út í tómið. Efast er um að við segjum rétt frá," segir hún og ítrekar þó að allir vilji sinna málefninu betur. Gjörðir þurfi hins vegar að fylgja orðum.

Í fréttum RÚV um andlátin segir að flogaveikislyfið pregabalín hafi fundist í blóði 15 þeirra sem létust. „Við erum ekki að standa okkur þar og höfum miklar áhyggjur af ávísunum á lyfið, sem hefur fjölgað aftur," segir Valgerður. Dregið hafi verið úr ávísun á lyfið þegar hætt hafi verið að niðurgreiða það. „Þetta er mjög varasamt lyf fyrir þennan hóp sem misnotar lyf að einhverju leyti."

„Ávísun ópíóíða við langvinnum verkjum getur verið vítahringur fyrir marga, líka án þess að um fíkn sé að ræða. Lyfjagjöfin heldur áfram en aldrei fara verkirnir."

Valgerður segir mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk átti sig á því að fólk á ópíóíðum líti ekki endilega þannig á að það sé haldið fíkn og uppfylli ekki staðalímynd fólks með fíkn. Mikilvægt sé að gera greiningu og ef um fíknsjúkdóm er að ræða er það sérstakt heilbrigðisvandamál sem þurfi skilning og inngrip.

„Ávísun ópíóíða við langvinnum verkjum getur verið vítahringur fyrir marga, líka án þess að um fíkn sé að ræða. Lyfjagjöfin heldur áfram en aldrei fara verkirnir," segir hún. Fólkið þurfi önnur úrræði en lyf.

„Fólk með fíknsjúkdóm er að deyja alltof ungt. Við verðum að bregðast við og hafa dyrnar í meðferð opnar, ekki síst fyrir þá sem taka ópíóíða."

Hún segir að bæði læknar og almenningur þurfi leiðbeiningar og hvetur lækna til að vera meðvitaðir. Þeir þurfi að meta áhættu á fíkn og gera greiningar. „Spyrja þarf fólk beint út um neyslu þess og meta áhættuþætti og ávísa ópíóíðum með sérstöku umhaldi ef áhætta á fíkn er til staðar."



Hljóp 100 kílómetra kringum Mont-Blanc

Lífið er ekki aðeins vinna. Valgerður Rúnarsdóttir hljóp 100 km í Ultra trail Mont-Blanc, einu fjölmennasta utanvegahlaupamóti í heimi, nú í ágúst. Leiðin nefnist Courmayeur Champex Chamonix (CCC) og nam hækkunin í hlaupinu alls 6000 metrum, upp og niður 6 tinda. Já, það gekk vel," segir Valgerður sem hljóp með systur sinni, Matthildi.

„Hlaupið tók heilan dag og eina nótt. Ég skipti um skó, stoppaði til að fá mér súpu og fylla á vatnsbrúsana. Svo hélt ég áfram," segir Valgerður sem var farin að labba stiga og skokka létt þegar *Læknablaðið* náði tali af henni rúmri viku eftir hlaupið, sem var 26. ágúst. Alls luku 1727 keppni og kom Valgerður í mark á 22:56:57 með Matthildi á hælum sér. Hún var 4. í sínum aldursflokki og fagnaði 58 árum daginn eftir hlaupið.

Valgerður hafði áður hlaupið 60 kílómetra lengst. „Við æfðum vel og hlupum við systur til dæmis Hengilinn. Ég var tilbúin, ekkert syfjuð en viðurkenni að ég var þreytt í vöðvunum við að fara upp og niður fjöllin í kringum Mont Blanc. Seinasta fjallið var erfitt en ég var upptendruð," segir hún og lýsir því hvernig hún var tilbúin í næstu 50 kílómetra þegar fyrstu 50 voru frá.

„Um 2100 hlupu þennan dag og komust 82% í mark," segir ofurhlauparinn.

Vísinda- og þróunarstyrkir

Félags íslenskra heimilislækna Haustúthlutun 2022

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna úthlutar styrkjum til vísinda- og þróunarverkefna á sviði heilsugæslu og heimilislækninga tvisvar á ári. Sjóðurinn veitir einnig sérstaka starfsstyrki.

Umsóknir um haustúthlutun 2022 þurfa að berast sjóðnum fyrir 20. október næstkomandi.

Umsóknum skal skilað rafrænt til Margrétar Aðalsteinsdóttur (margret@lis.is), ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum eða framgangsskýrslu ef um endurumsókn sama verkefnis er að ræða. Umsóknareyðublað og nánari upplýsingar eru á innra neti Læknafélagsins, lis.is, á heimasvæði FÍH.

Starfsstyrkir geta verið allt frá 1 til 12 mánaða. Upphæð styrks miðast við fasta upphæð sem svarar til dagvinnulauna styrkþega og er þá tekið mið af menntun og starfsaldri, þó aldrei hærri en sem svarar dagvinnulaunum yfirlæknis í heilsugæslu. Sjóðurinn veitir að jafnaði starfsstyrki til verkefna sem krefjast minnst tveggja mánaða vinnu eða meira.

Sé um vísindaverkefni að ræða er lögð áhersla á tengsl rannsakenda við heimilislæknisfræði Háskóla Íslands eða aðra akademíska háskólastofnun í heimilislækningum.

Nánari upplýsingar veitir
Emil L. Sigurðsson (emilsig@hi.is)

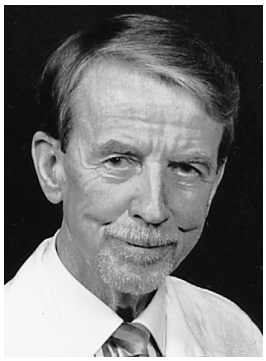
Stjórn Vísindasjóðs FÍH

Áhrifaríkar kennsluaðferðir Jóns fóstra



Andrés Magnússon
fíknigeðlæknir
magnusson.andres@yahoo.com

Það voru forréttindi fyrir 6. árs læknanema að fá að nema verklega lyflæknisfræði á Landspítala. Þar var okkur vel tekið og sérfræðingarnir tóku okkar fávísulegu spurningum af stakri þolinmæði og jafnaðargeði. Óvíða var betra að vera en á gigtardeildinni, 14G. Þar var okkur kennd liðskoðun, liðástungur, úrlestur liðskanna, sýndir alls kyns sjúkdómar og fleira. Allir gigtarlæknarnir voru fæddir kennarar en að öðrum ólöstuðum var Jón heitinn Þorsteinsson yfirlæknir deildarinnar (gjarnan nefndur Jón fóstri) fremstur meðal jafningja. Þegar hann talaði við sjúkling með sclerooderma eða annan fágætan sjúkdóm gætti hann þess ávallt að hafa stúdenta með. Hann hvatti okkur, hafði trú á okkur og lét okkur kenna 4. árs nemum. Ég var á þessum árum stjórnarmaður í heilsuvörubúðinni Kornmarkaðnum og kom með bók þaðan um hvernig lækna mætti alls kyns gigtarkvilla með mataræði. Jón settist niður með mér og útskýrði hvernig ekkert af fullyrðingunum í bókinni stæðist vísindalega skoðun. Ég fór til félaga minna með þennan nýfundna fróðleik og var umsvifalaust rekinn úr stjórninni.



Jón Þorsteinssson, gigtarlæknir

Já, þetta voru góðir tímar. Það var þó eitt sem skyggði á gleðina. Þannig var mál með vexti að við höfðum afnot af stúdentaherbergi á 4. hæðinni. Jón átti það til, ansi oft reyndar, að gægjast inn í þetta herbergi á eftirmiðdögunum, um það leyti sem flestir voru farnir að tygja sig til heimferðar. Ef hann sá glitta í einn eða tvo samviskusama læknanema sem sátu þarna ennþá, hvarf hann á braut en kom aftur að vörmu spori með fjallháan hrauk af sjúkraskrám. Í eitt skiptið var þetta reyndar bara sjúkraskrá eins sjúklings en með óteljandi innlagnir á gigtardeildina. „Heyrðu Andrés minn; hún Guðfinna var að leggjast inn, sterarnir eru hættir að virka, mig langar að biðja þig að fara í gegnum sjúrnalinn hennar og athuga hvaða lyf hafa þegar verið reynd og hvernig þau virkuðu“. Jón gat komið hvaða eftirmiðdag sem var en föstudagseftirmiðdagar voru hans uppáhald. „Heyrðu elskan, ég hringi bara til þess að láta þig vita að ég verð að fresta bíóferðinni í kvöld.“ „Nei, nei, ekkert sérstakt, ég þarf bara að fara í gegnum eina sjúkraskrá hérna á spítalanum.“ Þó manni væri hlýtt til Jóns, gat maður ekki varist þeirri hugsun hví í ósköpunum hann gæti ekki bara gert þetta sjálfur, eða sett aðstoðarlæknana sína í þetta? Næsta mánudagsmorgun: „Jæja, hvað segirðu þá Andrés minn, ertu orðinn einhverju nær?“ „Jú, ég sá að Guðfinna hafði fengið gullsprautur 1972 til ´74 en þær höfðu ekki haft mikil áhrif. Síðan hafði hún tekið plaquenil 200 mg frá 1974 til 1980 og...“ ….. „Já Andrés, bíddu við, segðu mér, var hætt 1980 vegna aukaverkana eða vegna lélegrar svörunar?“ „Tja, það var erfitt að finna svör við því í sjúkraskránni.“ „Já, hmm, en reyndar hafði hún líka reynt gullsprautur áður og þeim var haldið áfram til 1975 en ekki 1974, og plaquenil var líka reynt í 400 mg skömmtum.“ Hva! Jón virtist vera með þetta allt á hreinu sjálfur, til hvers í ósköpunum var hann að láta okkur strita í gegnum þessar hnausþykku sjúkraskrár?

Það tók mig heila starfsævi að skilja að Jón var að kenna okkur alveg svakalega mikilvæga lexíu, eitt það mikilvægasta sem hægt er að kenna nokkrum lækni. Og með því að velja einmitt föstudagseftirmiðdagana og þykkustu sjúkraskrárnar gætti hann þess að við myndum aldrei gleyma þessu.

Um 99% af því sem stendur í sjúkraskrám er hugsað fyrir næstu daga eða mánuði, hvernig hægðirnar voru í gær eða hvernig sjúklingurinn svaf um helgina. Iðulega er það sem mestu máli skiptir, og stundum það eina sem máli skiptir, hvaða íhlutanir hafa verið reyndar og hvernig þær reyndust. Mörg lyf verka á fleiri en einn sjúkdóm og greiningarskilmerki breytast oft með nýrri útgáfu af ICD og greiningar lækna eru oftast gerðar með fyrirvara. Það skiptir ekki öllu máli hvort sjúklingurinn greinist með kvíða eða þunglyndi, en hvernig hann svaraði SSRI-lyfinu skiptir öllu máli, sama gildir um gigtarsjúkdóma, háþrýsting og sennilega flesta langvinna sjúkdóma. En upplýsingarnar um svörunina við íhlutuninni, til dæmis lyfjagjöfinni, er týnd inni í mörg hundruð blaðsíðna sjúkraskrá og læknum hrýs hugur við að reyna að finna í þessum bunka hvort líðan sjúklinga hafi verið vel lýst fyrir og eftir lyfjagjöf. Margir sjúklingar með óljósar greiningar hafa tekið alls kyns lyf áratugum saman, jafnvel þvingað, án þess að það hafi verið farið rækilega í saumana á því hvernig lyfin hafi virkað.

Nú sting ég upp á því að í Sögunni (eða Heilsugátt), í minningu Jóns fóstra, komi nýr dálkur sem heiti „Íhlutun“ þar sem örstutt er lýst hvaða íhlutun eða lyf voru reynd, í hvaða skömmtum og hver útkoman var, ásamt aukaverkunum. Þannig er passað upp á þá hluti sem þurfa á augabragði að vera aðgengilegir árum og jafnvel áratugum seinna.

Dagur í lífi lungnalæknis

Stefán Þorvaldsson



Stofugangur á lyflækningadeild. Frá vinstri: Undirritaður, Anna Þóra Þorgilsdóttir, Ingi Karl Reynisson og Hlíf Samúelsdóttir.

06:30 Síminn hringir á tilætluðum tíma. Ríf mig fram úr og í sturtu. Kettirnir bíða við dyrnar þegar ég er búinn og ég gef þeim blautmat dagsins. Smyr mér flatköku og set tvo skammta af Nespresso í ferðamál, tek með út í bíl. Í dag er ég að vinna á Sjúkrahúsinu á Akranesi en ég bý í efri byggðum Kópavogs. Það er enn einn fallegur haustdagurinn, sárabót fyrir lélegt sumar en það er við frostmark þegar ég legg af stað. Hljóðbókin fer í gang þar sem frá var horfið, *The Sea* eftir John Banville, ég nota tímann sem fer í akstur til að hlusta á heimsbókmenntirnar. Á degi sem þessum er sönn ánægja að keyra, morgunsólin litar Esjuna og Akrafjallið og eilífar framkvæmdirnar á Kjalarnesinu ná ekki að skemma útsýnið. Verra getur það verið á veturna í myrkri og slagviðri eða norðaustan hvassviðri, stöku sinnum er vegurinn lokaður.

07:45 Sest við tölvuna, renni yfir innlagða sjúklinga. Geri krossgátu dagsins í New York Times til að sparka heilanum í gang.

08:20 Fræðslufundur. Loksins, eftir mörg löng COVID-hlé, eru fræðslufundirnir byrjaðir aftur, þar skiptast læknar spítalans á að fræða kollegana. Í dag er það Hlíf Samúelsdóttir sérnámsgrunnlæknir sem talar um góðkynja hnúta í legi og gerir það vel. Eftir fundinn er snöggur morgunmatur.

09:15 Stofugangur á A-deild, lyflækningadeild. Eftir frekar erfitt sumar er nú aðeins rólegra á deildinni, enginn bráðveikur eða óstabíll. Það er líka ágætt þar sem það er verið að innleiða nýtt rafrænt lyfjaordinations-kerfi og fer drjúgur tími í að ræða það. Deildin er nýuppgerð, drjúgur hluti síðasta árs undirlagður af framkvæmdum. Hún er ágætlega búin þó alltaf megi bæta við tækjum en það sem er mest um vert er að hún er mönnuð af frábæru starfsfólki. Engin stórtíðindi á stofugangi og ég fer niður á skrifstofu að hringja í sjúklinga með rannsóknarniðurstöður og önnur erindi.

11:00–16:00 Móttaka lungnasjúklinga. Vegna skorts á skipulagsgáfu er ég með tvöfalda móttöku í dag, er á leið í frí til að fagna stórafmæli eiginkonunnar og hrúgaði tveimur móttökudögum á einn. Flestir eru þó „góðkunningjar“ með teppusjúkdóma sem koma til eftirlits og allt gengur smurt. Ánægjulegast er að kona um sjötugt sem ég hef haft áhyggjur af vegna versnandi ástands og öndunarbilunar er orðin reyklaus og lítur miklu betur út. Annar maður á svipuðum aldri með hörmulega lungnastarfsemi virðist vera að sigla inn í öndunarbilun og þyrfti jafnvel súrefni, hann fær sterakúr til að hressa sig við og ég verð í sambandi við hann fljótlega.

16:30 Keyri aftur suður, veðrið er jafn fallegt og um morguninn. Vegna áðurnefnds skipulagsleysis var ég settur á vakt um kvöldið en náði að losa mig við hana með hjálp góðra manna til að undirbúa ferðalag morgundagsins, ekki síst til að komast í löngu tímabæra klippingu.

18:00 Heyri í eiginkonunni að lokinni klippingu, dæturnar eru tvist og bast og engin stemning fyrir eldamennsku þannig að ég kippi með pizzum á heimleiðinni, þeim er sporðrennt á hefðbundinn hátt og horft með öðru auganu á fréttir sem eru jafn dapurlegar og venjulega.

20:00 Lúinn eftir daginn þannig að pökkun er frestað til morguns, enda er það ekki mikil seremónía, öllu sem mér dettur í hug hent ofan í tösku. Tékka okkur inn í flug morgundagsins, sit svo og les þar til kominn er háttatími.



Læknirinn í þvottahúsinu? Eiginkona Eyjólfs og heimilislækna-kollega, Lilja Rut Arnardóttir, smellti þessari mynd af sínum um daginn.

Eyjólfur Þorkelsson
heilsugæslulæknir
eyjolfur.thorkelsson@gmail.com

Síðasti dansinn

Alla læknadeildina er okkur kennt að hafa sjúklinga upplýsta og virka þátttakendur í eigin meðferð. Hvað ef læknir kemst að þeirri niðurstöðu að fara á svig við hið viðtekna til að gera það sem hann telur réttast fyrir sjúkling sinn?

Í 5 ár bar ég gæfu til að þjóna sem læknir á dvalarheimili í Svíþjóð. Þar kynntist ég gamalli ekkju sem hafði reykt í sig fjórða stigs teppusjúkdóm og var háð uppbótarsúrefni í vöku og svefni. Hún heyrði skelfilega en var annars við fulla vitræna getu. Hún hafði frá mörgu að segja og í sín 90 ár hafði hún sannarlega lifað tímana tvenna. Henni fannst því varla taka því að kvarta þegar vinstri handleggurinn fór að safna á sig bjúg. Að mér setti illan grun en spurningin sem ég glímdi við var önnur en ég hafði búist við.

Ég vissi að henni leið vel á heimilinu, heimili sínu, og þótti mikið fyrirtæki að fara að heiman. Hún vildi helst ekki á sjúkrahús nema til læknandi meðferðar. Hennar almenna ástand takmarkaði alla meðferðarmöguleika. Hún hafði ekki verki, ekki meiri andnauð eða virkniskerðingu en venjulega – svo vel má spyrja: hvað átti að meðhöndla?

Sú spurning ásótti mig, svo mjög að kom mér á óvart. Þetta hlaut að vera krabbi með eitlametastösum, en gat ég verið öruggur? Átti ekki sjúklingurinn rétt á að vita greininguna? Þá skildi ég hvaða óvissa hafði í raun elt mig. Ég vissi ekki hvort hún yfir höfuð vildi vita. Að sjálfsögðu átti hún allan rétt á að vita. En að vilja vita – það er allt önnur spurning.

Sem leiddi til næstu spurningar: Hvernig veit ég hvað hún vill? Auðvitað gat ég spurt hana beint út en sannast sagna vissi ég ekki hvort hún myndi svara samkvæmt því sem hún sjálf helst vildi eða því sem hún héldi að herra læknir vildi heyra. Mín óvissa og óöryggi myndu vissulega minnka, en ykist ekki hennar óvissa og óöryggi sem því næmi?

Mér leið eins og Pandóru. Tæki ég frumkvæðið með að spyrja hvað gamla konan vildi gera, væri ég að ýta öskjunni upp að andlitinu á henni. Ég ákvað því að ég myndi ekki impra á frekari rannsóknum nema hún sjálf spyrði og til að gefa henni raunverulega tækifæri til að spyrja, vitjaði ég hennar í hverri viku. Ég spurði hvernig henni liði og hvernig handleggurinn væri. Svör hennar voru einatt „Ég hef ekkert til að kvarta undan. Handleggurinn er óbreyttur.“ Hún gaf aldrei upp boltann fyrir mig að grípa; boltann sem ég beið eftir.

Vikur urðu að mánuðum og vitjanir mínar að rútínu. Ég hélt áfram að stíga varlega og opna á næsta spor en hún brosti kankvís, tók hliðarskref og leið áfram. Fyrir hugskotsjónum var mynd af okkur dansa vals umhverfis óþolinmóðan næsta dansherra sem mændi á okkur og hvatti ljáinn. Ég varð æ vissari í mínum grunsemdum um greininguna en hið skrítna var að ég fann svo sterkt á mér að hún vissi líka hvað væri á ferðinni, og vissi að ég vissi. Valsinn virtist síður en svo valda henni ama. Þvert á móti raunar.

Engu að síður fjöruðu tónarnir út og þróttur hennar með. Hún dormaði æ meir og borðaði æ minna. Þegar ég kvaddi hana hinsta sinni lá hún í rúminu, sagðist vera með smávægileg ónot en lyfin virkuðu vel. Aðallega kvaðst hún þreytt. Ég settist á rúmstokkinn, tók í hönd hennar og sagði eitthvað í líkingu við: „Brátt mun þér líða betur“. Hún svaraði engu, horfði bara á mig. Tilfinningin sem ég túlkaði úr augum hennar var þakklæti. En fyrir hvað? Að fylla í gamaldags staðalímynd læknis? Eða að gefa henni tækifæri til að mæta örlögunum, ekki sem sjúklingur, heldur á eigin forsendum?

Ég mun aldrei fá að vita hvort ég gerði rétt; sem lækni sæmir. En ég held ég sé nær því að skilja hvað Ralph Waldo Emerson meinti þegar hann sagði: „Menntun er það sem býr með þér þegar allt er gleymt sem þér var kennt.“

Auglýsing

Auglýsing