Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



RITRÝND GREIN

Hjartaígræðslur og hjartagjafir Íslendinga

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

Á ég að fórna mér fyrir kerfi sem stendur ekki með sjúklingum?
Steinunn Þórðardóttir

VIÐTAL

Líffæralottópotturinn stækkar með norrænni samvinnu: Margrét Birna Andrésdóttir, yfirlæknir nýrnalækninga á Landspítala

AÐALFUNDUR LÍ

Willum Þór í einlægu samtali við félagsmenn

11/2022 108. árgangur: 477-528

Auglýsing



Willum Þór Þórsson heilbrigðisráðherra hlustaði á áhyggjur lækna á aðalfundinum og sagðist ætla að gera sitt allra besta í starfi. Mynd/gag

„Spítalinn er á hliðinni“

„Ástandið hefur aldrei verið neitt í líkingu við það sem það er núna,“ sagði Sigurveig Pétursdóttir barnabæklunarlæknir við Willum Þór Þórsson heilbrigðisráðherra á aðalfundi Læknafélagsins sem fram fór 14. október síðastliðinn. Læknar viðruðu áhyggjur sínar við ráðherrann af stöðu heilbrigðiskerfisins, skorti á mannafla og bágri framkomu við starfsfólk

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég kem börnunum ekki í aðgerð innan ásættanlegs tímaramma,“ sagði Sigurveig Pétursdóttir og benti heilbrigðisráðherra á að hún, sem er nú 64 ára, hefði unnið sem læknir í 38 ár og barnabæklunarlæknir í 30 ár og unnið með fötluð börn. Ástandið hefði ekki verið verra.

„Ég er með börn sem hafa beðið í ár. Fatlað barn sem gengur með annan fótinn skakkan í ár af því að það er ekki pláss á skurðstofunni. Af hverju er ekki pláss? Jú, af því að starfsfólkið hættir. Þetta er ekki spurning um að það hafi ekki verið starfsfólk. Það hætti. Spítalinn er á hliðinni,“ lýsti Sigurveig. „Hann er á hliðinni núna. Hann er ekki að fara á hliðina á morgun. Þetta gerðist ekki í gær.“

Sigurveig sagði allt tal um að skoða og gera frekari greiningar óviðunandi. „Ég hef heyrt þetta 100 sinnum á ævinni en ástandið hefur aldrei verið eins og núna,“ sagði hún úr sal. Læknum sé enginn greiði gerður með því að fá klapp á bakið. „Mér er enginn akkur í að heyra að ég hafi verið svo dugleg í gegnum COVID, hafi ekki misst úr dag.“ Hún vilji ekki hrós fyrir að eiga 1200 ógreidda tíma því hún fari aldrei heim og fái þá ekki greidda.

„Ég er á hnjánum. Ég er að gefast upp og ég er ekki manneskja sem gefst upp í fyrsta kasti og það er enginn að fara í fótspor mín. Enginn!“ sagði hún og benti á læknaskortinn.

Aðalfundurinn skoraði á stjórnvöld að hlíta þjóðarvilja og auka framlög til heilbrigðismála. Fundarmenn lýstu yfir vonbrigðum með fjárlagafrumvarp næsta árs, skoruðu á allar heilbrigðisstofnanir að tryggja öryggi starfsfólks síns. Grípa þyrfti til aðgerða vegna heilsubrests lækna og vaxandi brotthvarfs þeirra af vinnumarkaði. Sigurveig sagði margt heilbrigðisstarfsfólk á sama stað og hún.

„Það þarf að skoða framkomu við starfsfólk. Það þarf að skoða það að staðið sé við kjarasamninga og hætta að túlka þá eins og vinnuveitandanum sýnist og bregðast trausti,“ sagði þessi fyrrum formaður kjarasamninganefndar lækna við ráðherrann sem gaf færi á umræðum eftir ræðu sína á aðalfundinum. Hún gagnrýndi álagsgreiðslur í takmarkaðan tíma um leið og horft væri fram hjá öðrum hlutum kjarasamningsins.

„Það sem sagt er hefur meira og minna verið svikið og ég geri ráð fyrir að eins hafi verið komið fram við hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Sú vanlíðan og þær uppsagnir sem hafa verið á skurðstofu eru hræðilegar,“ sagði Sigurveig.

Willum Þór Þórsson heilbrigðisráðherra sagði í einlægu samtali við lækna að engum einum aðila, þó að hann sé ráðherra, takist að leysa málið. Hann kallaði eftir ráðum svo þjónusta mætti börnin. Staðan væri orðin alvarleg þegar fólki þætti óþægilegt að taka hrósi. Á fundinum lagði ráðherra áherslu á að fylgja þyrfti samningum.

„Ég er á hnjánum. Ég er að gefast upp og ég er ekki manneskja sem gefst upp í fyrsta kasti og það er enginn að fara í fótspor mín. Enginn!“ sagði hún og benti á læknaskortinn.

Lesa má meira um samtalið við heilbrigðisráðherra á síðum 516-519.

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
Sævar Guðbjörnsson
(Margrét E. Laxness í leyfi
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



483

Kristín Helga Birgisdóttir

Gildi skimana, ávinningur og tap

Upplýsingar um gagnsemi hvers skimunarverkefnis, skaðsemi, kostnað og ávinning þurfa að stýra ákvörðunum, en varast skal að láta áhrifamátt hagsmunaafla og brjóstvitið ráða för.



485

Inga Jóna Ingimarsdóttir

Beint í hjartastað!

Hvers vegna gefa Íslendingar fleiri hjörtu en þeir þiggja sjálfir? Gæti munurinn orsakast af ákveðinni tregðu við að senda sjúklinga til Svíþjóðar? Gerir fjarlægð frá ígræðslustarfseminni þetta langsóttari kost en ella?

FRÆÐIGREINAR

487

Atli Steinn Valgarðsson, Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir, Tómas Þór Kristjánsson, Hildigunnur Friðjónsdóttir, Kristinn Sigvaldason, Göran Dellgren, Tómas Guðbjartsson

Hjartaígræðslur og hjartagjafir Íslendinga

Fjöldi hjartaígræðslna hefur haldist nokkuð jafn síðastliðna áratugi og eru gerðar í kringum 6000 slíkar aðgerðir árlega í heiminum. Frá því að fyrsta hjartaígræðslan fór fram í Höfðaborg í Suður-Afríku árið 1967 hafa orðið tækniframfarir í framkvæmd hennar. Framfarir í ónæmisbælandi meðferð hafa þó skipt enn meira máli, enda lykillinn að góðum langtímaárangri. Eftir ígræðsluna lagast hjartabilunareinkenni sjúklinga oftast mikið og má nú gera ráð fyrir að allt að 90% sjúklinga séu á lífi ári eftir aðgerð og 70% eftir 5 ár.

Hjartaígræðslur hafa aldrei verið framkvæmdar á Íslandi en sjúklingar hafa verið sendir í slíka aðgerð erlendis, oftast eftir ítarlega uppvinnslu og mat hérlendis. Fyrsti Íslendingurinn gekkst undir hjartaígræðslu í Lundúnum í febrúar 1988 en síðan hafa flestar aðgerðanna verið gerðar á Sahlgrenska-sjúkrahúsinu í Gautaborg í Svíþjóð.

495

Auður Gauksdóttir, Ólafur Árni Sveinsson

Tímabundið minnisleysi – tilfellaröð frá 2010-2021

Tímabundið minnisleysi (transient global amnesia) er góðkynja heilkenni sem einkennist af skyndilegu framvirku minnisleysi sem gerir einstaklingnum ómögulegt að mynda nýjar minningar meðan á kastinu stendur. Heilkennið birtist án annarra staðbundinna taugaeinkenna og án skerðingar á meðvitund. Minnisleysið gengur sjálfkrafa yfir á innan við 24 klukkustundum. Meðan á kastinu stendur spyr sjúklingur gjarnan aftur og aftur sömu spurninga, er óáttaður á stað og stund en áttaður á eigin persónu.

501

Brynhildur Thors, Vilhjálmur Vilmarsson

Nýr dagur er risinn - saga slagmeðferðar á Íslandi

Stiklað á stóru í sögu meðferðar við blóðþurrðarslagi á Íslandi. Miklar framfarir hafa átt sér stað síðustu áratugi og viðhorf til sjúkdómsins gjörbreyst. Byggt er að hluta á viðtölum við lækna sem komu að þessari uppbyggingu. Ísland hefur að mörgu leyti verið í fararbroddi við innleiðingu nýrra meðferða við slagi samanborið við þau lönd sem við berum okkur saman við. Það má þakka dugmiklum frumkvöðlum sem höfðu mikinn metnað fyrir hönd þessa sjúklingahóps.

Úr greininni

Hjartaígræðslur og hjartagjafir Íslendinga

Gjafahjartað er oftast sótt á annan spítala, oft um langan veg. Áður en hjartað er fjarlægt úr líffæragjafanum er það stöðvað með kalíumríkri lausn og flutt á ís á þann stað þar sem ígræðslan fer fram. Mikilvægt er að gjafahjartað sé grætt í þegann innan fjögurra klukkustunda frá því það er tekið úr gjafanum, sem takmarkar þá vegalengd sem má vera milli gjafa og þega. Í dag eru þó til sérstakar dælur sem lengja þennan tíma.



Mynd frá Shutterstock.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

512
Líffæralottópotturinn stækkar með norrænni samvinnu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Landspítali skoðar nú í fyrsta sinn krossgjöf frá lifandi nýrnagjöfum milli landa. Margrét Birna Andrésdóttir, yfirlæknir nýrnalækninga á Landspítala, segir að oft þegar fólk vilji gefa ættingja nýra passi það honum ekki. Með þessu móti sé fundinn annar þegi og um leið tryggt að ættinginn fái fullnægjandi líffæri. Þrettán eru nú á biðlista eftir nýra



520
Ákvörðunin um að koma heim stærri en Landspítali

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Við söknum verkferla og klínískra leiðbeininga, segja þær Helga Tryggvadóttir krabbameinslæknir, Katrín Þórarinsdóttir gigtarlæknir og Hildur Jónsdóttir almennur lyflæknir og spítalisti, sem allar eru komnar heim eftir að hafa sérhæft sig erlendis. Ástandið í íslenska heilbrigðiskerfinu fældi þær ekki frá. Ákvörðunin um að snúa heim sé stærri en starfið eitt

516
Willum Þór í einlægu samtali við lækna á aðalfundi LÍ

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Willum Þór Þórsson heilbrigðisráðherra hlustaði á áhyggjur lækna á aðalfundi Læknafélags Íslands sem haldinn var um miðjan októbermánuð. Ráðherrann var kominn út á mitt gólf og í kaf í samræðurnar þegar leið á fundinn. Hér svarar hann Þórarni Guðnasyni varðandi það þegar það láðist að framlengja bráðabirgðasamninginn við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna og sjúklingar stóðu eftir ótryggðir. Willum sagði í lok fundar að hann væri innilega þakklátur fyrir samtalið og skyldi reyna að gera sitt allra besta.





524
Nýir doktorar í læknisfræði frá Háskóla Íslands: Gísli Þór Axelsson og Sæmundur Rögnvaldsson

„Það er merkilega erfitt að svara spurningunni af hverju ég vildi verða læknir. Ætli það hafi ekki verið blanda af áhuga á fræðunum og því að vilja gera eitthvert gagn."

BRÉF TIL BLAÐSINS

522
Hópleit vegna krabbameins í ristli og endaþarmi á Íslandi. Sögulegt samhengi og staðan í dag

Sunna Guðlaugsdóttir, Anna Sverrisdóttir, Haraldur Briem, Ísleifur Ólafsson, Páll Helgi Möller, Thor Aspelund













Ávinningur af þessari hópleit er löngu ljós. Nýgengi eykst og ef ekki er aðhafst mun sú þróun halda áfram

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

511
Á ég að fórna mér fyrir kerfi sem stendur ekki með sjúklingunum?



Steinunn Þórðardóttir

Heilbrigðiskerfi sem veitir fullkomnustu þjónustu sem tök eru á að veita á hverjum tíma er lögbundinn réttur allra Íslendinga





507
Sýklalyfjaávísanir utan sjúkrahúsa á Íslandi – stefnum við í öfuga átt?

Anna Margrét Halldórsdóttir, Jón Steinar Jónsson

Sýklalyfjaónæmi er vaxandi og ógnar virkni sýklalyfja og þar með nútímalæknisfræði

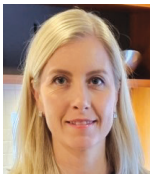
DAGUR Í LÍFI GEÐLÆKNIS



Karl Reynir Einarsson

07:00 Rumska við kaffilykt og umgang á heimilinu eins og flesta morgna

LIPUR PENNI



526

Jóhanna Pétursdóttir

Gott nesti er gulls ígildi

Þegar við fluttum til Íslands varð nestisgerðin nokkuð kvíðavekjandi

Auglýsing

Gildi skimana, ávinningur og tap



Kristín Helga Birgisdóttir
doktor í heilsuhagfræði
Peizer ehf,
Lágmúla 5
kristinbirgisdottir@gmail.com

Skimun er mikilvæg forvarnarlæknisfræðileg aðferð sem hefur stuðlað að betri lýðheilsu á heimsvísu. Þó að möguleikinn sé fyrir hendi að skima fyrir ákveðnum heilsukvilla er þó ekki þar með sagt að það sé ráðlegt að skima fyrir honum. Að mörgu þarf að huga, svo sem hversu sterkur vísindagrunnurinn er sem styður við ákvörðunina, hvers konar skimunartól eru tiltæk, kostnaður við skimun, algengi heilsukvilla og meðferðarmöguleikar. Á þetta bentu Wilson og Jungner árið 1968[1] en það rit þykir vera tímamótaverk. Þar settu þeir fram 10 skilmerki sem forsendur árangursríkrar skimunar sem halda gildi sínu enn þann dag í dag.

Á Íslandi er skimað fyrir margs konar heilsukvillum og skimunum er sinnt víðsvegar í heilbrigðiskerfinu. Dæmi um slíkt eru fóstur- og ungbarnaskimanir, krabbameinsskimanir og smitsjúkdómaskimanir á borð við COVID-19 skimunarverkefnið sem öllum er í fersku minni. Skipulagi krabbameinsskimana á Íslandi var breytt árið 2021 í samræmi við tillögur fagráðs um skimanir um að færa framkvæmd skimana inn í opinbera heilbrigðiskerfið. Heilbrigðisráðherra fól Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins umsjón með því verkefni og tók Samhæfingarstöð krabbameinsskimana til starfa árið 2021. Á Íslandi er reglulega skimað fyrir krabbameini í leghálsi og brjóstum, en skipuleg skimun fyrir krabbameini í ristli og endaþarmi (KRE) hefur ekki enn komist á laggirnar. Eins og kemur fram í „Bréfi til blaðsins“ sem birtist í þessu tölublaði *Læknablaðsins* sést þó til sólar í þeim málum og fyrirhugað er að hefja skimun fyrir KRE á árinu 2023. Í gegnum tíðina hafa sérfræðingar ekki verið sammála um þá aðferð sem ætti að nota til að skima einstaklinga fyrir KRE, en fagráð mælti með því að hefja skipulega frumskimun með FIT-prófi og ristilspeglun hjá þeim sem greinast með blóð í hægðum. Nýlegar niðurstöður úr rannsókn um áhrif skimunar á líkur á nýgengi og dánartíðni vegna ristilkrabba, þar sem ristilspeglanir voru notaðar sem skimunartæki,[2] styðja við ráðleggingar fagráðs.

Markmið skimana er að bera kennsl á einkennalausa einstaklinga sem eru í aukinni áhættu á tilteknum heilsukvilla, þannig að hægt sé að beita snemmíhlutun og minnka líkur á alvarlegum veikindum eða dauða.[3] Ávinningur skimana fyrir samfélagið getur verið mikill þegar rétt er að staðið. Þegar vel tekst til leiða skimanir til betri heilsu fyrir einstaklinga og til betri lýðheilsu. Lengri lífslíkur, lægri dánartíðni og nýgengi eru mælikvarðar sem horft er til þegar árangur skimanaverkefna er metinn. Ávinningur slíkra verkefna er ekki einungis talinn í betri niðurstöðum varðandi heilsuna, heldur getur fjárhagslegur ávinningur verið töluverður. Fyrir heilbrigðiskerfið felur snemmíhlutun ýmissa sjúkdóma í sér lægri kostnað en þegar meðhöndla þarf sjúkdóma á seinni stigum. Að auki getur nýtt skimunarverkefni haft víðtækari áhrif innan heilbrigðiskerfisins, til dæmis vegna nýs tækjakosts sem hægt er að nýta annars staðar í kerfinu.

Þrátt fyrir mikilvægi og ágæti skimana verður að gera ráð fyrir einhverjum skaða af völdum þeirra, sem er bæði óumflýjanlegur og án ásetnings. Skimunarpróf eru misnákvæm, en ekkert próf er 100% nákvæmt. Skimun getur gefið falskt neikvætt svar og þar með gefið falskt öryggi. Ef skimanir gefa margar falskar neikvæðar niðurstöður getur það leitt til þess að almenningur missi trú á skimunum. Skimun getur einnig gefið falskt jákvætt svar, það er greint mein sem er ekki til staðar. Afleiðingar af því getur verið ofgreining, ofmeðhöndlun með hugsanlegum aukaverkunum, álag á heilbrigðiskerfið og aukinn kostnaður. Þar að auki getur skimun verið sársaukafull og falið í sér mikið inngrip og biðin eftir niðurstöðum getur valdið áhyggjum og kvíða.

Upplýsingar um gagnsemi hvers skimunarverkefnis, skaðsemi, kostnað og ávinning, þurfa að stýra ákvörðunum, en varast skal að láta áhrifamátt hagsmunaafla og brjóstvitið ráða för.

Þar sem fjármunir, mannafli og búnaður eru af skornum skammti þarf að vanda vel valið á þeim verkefnum sem framkvæmd eru. Forgangsröðun í heilbrigðisgeiranum hvað varðar nýtingu fjármuna, mannauðs og tækjakosts verður að taka tillit til bestu gagnreyndu þekkingar hverju sinni. Ákvarðanir um skimanir í heilbrigðiskerfinu þurfa að vera teknar með sömu viðmið. Upplýsingar um gagnsemi hvers skimunarverkefnis, skaðsemi, kostnað og ávinning, þurfa að stýra ákvörðunum, en varast skal að láta áhrifamátt hagsmunaafla og brjóstvitið ráða för.

Heimildir

1. Wilson JM, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Bol Oficina Sanit Panam 1968; 65: 281-393.
2. Bretthauer M, Løberg M, Wieszczy P, et al. Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death. N Engl J Med 2022; Oct 9.
3. World Health Organization. Regional Office for Europe. Screening programmes: Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2020.

Screenings in Iceland: value, benefits and harm

Kristín Helga Birgisdóttir
PhD health economics

doi 10.17992/lbl.2022.11.712

Auglýsing

Beint í hjartastað!



Inga Jóna Ingimarsdóttir

hjartalæknir á hjartadeild Landspítala

ingajona@landspitali.is

Algengi hjartabilunar er um 1-2% á Vesturlöndum og af hverjum 1000 einstaklingum í samfélaginu greinast árlega um 5-10 með hjartabilun.[1] Helstu orsakir hjartabilunar á Vesturlöndum eru háþrýstingur og kransæðasjúkdómur en aðrar mögulegar orsakir eru hjartavöðvakvillar, hjartalokusjúkdómar, meðfæddir hjartagallar, hjartavöðvabólga, hjartsláttartruflanir og lungnaháþrýstingur.[2]

Hjartabilunarmeðferð hefur fleygt fram undanfarin 15-20 ár. Algengi hjartabilunar í heild hefur aukist vegna fólksfjölgunar, hærra hlutfalls aldraðra og hjartabilunarsjúklingar lifa lengur vegna framfara í meðhöndlun á bráðu kransæðaheilkenni.[3] Um 1-3% af öllum innlögnum í Evrópu og Bandaríkjunum eru vegna hjartabilunar.[4]

Frá síðustu aldamótum hefur hlutfall innlagna lækkað og meðallegutími styst.[1] Meðferðin hefur að miklu leyti færst yfir á göngudeildir. Á Íslandi hefur göngudeild hjartabilunar á Landspítala og Hjartabilunarþjónustan í gegnum heimahjúkrun verið mikilvægur þáttur í hjartabilunareftirliti. Fylgst er með sjúklingum reglulega, lyfjaskammtar aðlagaðir og gripið er inn í ef þörf er á. Þannig er hægt að bæta meðferð og koma í veg fyrir innlagnir.

Á göngudeildinni sjáum við sem þar störfum að langflestir svara hjartabilunarlyfjunum vel. Sérhæfðir hjúkrunarfræðingar hitta sjúklinga fljótlega eftir útskrift af hjartadeild eða eftir tilvísun frá öðrum deildum eða heilbrigðisstofnunum. Mýmörg dæmi eru um sjúklinga með til dæmis ofþensluhjartavöðvakvilla (*dilated cardiomyopathy*) sem hafa fengið eðlilegt útfallsbrot eftir viðeigandi meðferð. Í undantekningartilfellum verður ekki framför og þá koma hjartaskipti til greina. Sama teymi lækna og hjúkrunarfræðinga á göngudeildinni setur af stað undirbúningsrannsóknir og ræðir við Sjúkratryggingar Íslands og kollega í Gautaborg um að senda einstaklinginn í mat fyrir hjartaskipti. Læknar göngudeildar taka beinan þátt í hjartaígræðslufundum í Gautaborg í gegnum fjarfundabúnað. Eftirfylgdin, sem er í höndum starfsfólks ígræðslugöngudeildar, er ekki síður mikilvæg og langtímaárangur er góður.

Undanfarið ár hefur SideKick Health unnið að vísindarannsókn í samstarfi við hjartadeild Landspítala þar sem fylgst er með hjartabilunarsjúklingum í gegnum snjallsíma eftir útskrift og ef sjúklingur skorar hátt á einkennamati er hjúkrunarfræðingi á göngudeild gert viðvart hefur strax samband við einstaklinginn. Það má leiða líkur að því að slík fjarvöktun muni í náinni framtíð auðvelda eftirlit og ef til vill eiga þátt í því að hugað verði fyrr að hjartaskiptum. En getum við gert betur? Hvers vegna gefa Íslendingar fleiri hjörtu en þeir þiggja sjálfir? Gæti munurinn orsakast af ákveðinni tregðu við að senda sjúklinga til Svíþjóðar? Gerir fjarlægð frá ígræðslustarfseminni þetta langsóttari kost en ella? Ég tel ólíklegt að hjartabilunarmeðferðin sé hnitmiðaðri og betri á Íslandi og þörfin fyrir hjartaskipti minni. Ég velti fyrir mér hvort við ættum að huga að því að leggja fleiri mál fyrir hjartaígræðslufundina fyrir skjólstæðinga sem þyrftu bæði hjarta- og nýrnaskipti? Aðalástæða þessa munar er þó sennilega jákvætt viðhorf Íslendinga til líffæragjafar og lögin um ætlað samþykki fyrir líffæragjöf sem samþykkt voru árið 2019.[5] Það er grundvöllurinn fyrir þessari starfsemi.

Fyrir örfáum árum sendi ég mann sem hafði alvarlega hjartabilun eftir kransæðastíflu til Svíþjóðar. Hann var samþykktur á biðlista og var svo lánsamur að fá hjarta stuttu síðar. Aðgerðin átti sér stað um helgi, ég var heima að elda kvöldmat en hugur minn var í Svíþjóð. Ég hafði kynnst sjúklingnum og fjölskyldu hans vel og unnið að því hörðum höndum að hann næði heilsu. Ég ákvað að hringja á gjörgæsluna ytra og spyrja hvernig hann hefði það. Sænski hjúkrunarfræðingurinn spurði mig: „Viltu ekki bara spyrja hann sjálf?“ og rétti honum símann. Ég hef vart séð hann síðan enda er hann ekki lengur hjartabilaður og það fyllir mig gleði að vita af fólki eins og honum sem endurheimtir eðlilegt líf eftir mikið mótlæti. Ég horfi bjartsýn til framtíðar og tel að við getum læknað marga með hjartabilun og forðað þeim frá hjartaskiptum en við þurfum jafnframt að halda áfram að auðvelda þeim ferlið sem þurfa á hjartaskiptum að halda.

Hvers vegna gefa Íslendingar fleiri hjörtu en þeir þiggja sjálfir? Gæti munurinn orsakast af ákveðinni tregðu við að senda sjúklinga til Svíþjóðar? Gerir fjarlægð frá ígræðslustarfseminni þetta langsóttari kost en ella?

Heimildir

1. Mosterd A, Hoes AW. Clinical Epidemiology of Heart Failure. Heart 2007; 93: 1137-46.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2021; 42: 3599-726.
3. Smolina K, Wright FL, Rayner M, et al. Determinants of the decline in mortality from acute myocardial infarction in England between 2002 and 2010: linked national da-tabase study. BMJ 2012; 344: d8059.
4. Chen J, Dharmarajan K, Wang Y, et al. National trends in heart failure hospital stay rates, 2001 to 2009. J Am Coll Cardiol 2013; 61: 1078-88.
5. Lög um breytingu á lögum um brottnám líffæra, nr. 16/1991 (ætlað samþykki). 2019. althingi.is/altext/pdf/148/s/1122.pdf - október 2022.

Heart to heart! Future perspectives in heart transplantation in Iceland

Inga Jóna Ingimarsdóttir, MD, Ph.D
Consultant cardiologist, heart failure specialist
Department of Cardiology
Landspítali University Hospital

doi 10.17992/lbl.2022.11.713

Auglýsing

Hjartaígræðslur og hjartagjafir Íslendinga

Atli Steinn Valgarðsson[1]
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir[2,3]
Tómas Þór Kristjánsson[1,3]
Hildigunnur Friðjónsdóttir[4]
Kristinn Sigvaldason[3,5]
Göran Dellgren[6]
Tómas Guðbjartsson[1,3]

Allir höfundarnir eru læknar nema Hildigunnur sem er hjúkrunarfræðingur.

[1]Hjarta- og lungnaskurðdeild, [2]hjartadeild Landspítala, [3]læknadeild Háskóla Íslands, [4]ígræðslugöngudeild, [5]svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala, [6]hjarta-, lungna- og ígræðsluskurðdeild Sahlgrenska-háskólasjúkrahússins í Gautaborg, Svíþjóð.

Fyrirspurnum svarar Tómas Guðbjartsson, *tomasgud@landspitali.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Upplýsingar skortir um fjölda, ábendingar og árangur hjartaígræðsluaðgerða á Íslendingum en einnig fjölda þeirra hjartna sem gefin hafa verið héðan til líffæraígræðslu erlendis.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Afturskyggn rannsókn á öllum sem gengust undir hjartaígræðslu frá fyrstu aðgerðinni 1988 til 1. mars 2019. Klínískar upplýsingar fengust frá ígræðslugöngudeild Landspítala og rafrænni sjúkraskrá, en upplýsingar um hjartagjafir á Íslandi úr líffæragjafaskrá gjörgæsludeildar Landspítala. Reiknað var út aldursstaðlað nýgengi aðgerðarinnar og lifun reiknuð með aðferð Kaplan-Meier. Meðaleftirfylgd var 10,3 ár.

NIÐURSTÖÐUR

Alls gengust 24 Íslendingar (19 karlar) undir hjartaígræðslu á tímabilinu, þar af einn undir endurígræðslu, þrír fengu hjarta- og lungnaígræði samtímis og tveir aðrir fengu hjarta- og nýraígræði samtímis. Miðgildi aldurs var 38 ár (bil 4 - 65 ár) og voru 20 aðgerðanna framkvæmdar í Gautaborg, þrjár í London og tvær í Kaupmannahöfn. Algengustu ábendingar voru ofþenslu-hjartavöðvakvilli (n=10), meðfæddir hjartagallar (n=4) og hjartavöðvabólga eftir vírussýkingu (n=3). Fimm sjúklingar fengu tímabundið hjálparhjarta sem brú að ígræðslu. Eins árs og 5 ára lifun eftir hjartaígræðslu var 91% og 86% en meðallifun 24 ár. Nýgengi hjartaígræðslu reyndist 2,7 á milljón íbúa/ári, og jókst í 4,6 ígræðslur/milljón íbúa á ári eftir 2008 (p=0,01). Á sama tímabili voru gefin 42 hjörtu frá Íslandi til ígræðslu, það fyrsta 2002, og fjölgaði þeim úr 0,8 hjörtum/ári á fyrri hluta tímabilsins í 3,0 á síðari hluta tímabilsins.

ÁLYKTANIR

Lifun Íslendinga eftir hjartaígræðslu er ágæt og sambærileg við það sem best gerist í nágrannalöndunum. Hjartagjöfum hefur fjölgað á síðustu tveimur áratugum og Íslendingar gefa nú næstum tvöfalt fleiri hjörtu en þeir þiggja.

Inngangur

Á Íslandi, eins og og annars staðar á Vesturlöndum, er alvarleg hjartabilun algengur sjúkdómur sem skerðir bæði lífsgæði og lífslíkur sjúklinga.[1] Í völdum tilvikum getur hjartaígræðsla verið góður meðferðarkostur hjá sjúklingum með hjartabilun á lokastigi þegar önnur meðferð hefur verið fullreynd.[2,3] Oft er miðað við að án hjartaígræðslu geti sjúklingurinn átt innan við 12 mánuði ólifaða.[4] Á Vesturlöndum eru algengustu ábendingar hjartaígræðslu hjartavöðvakvilli án blóðþurrðar (*non-ischemic cardiomyopathy*) og hjartavöðvakvilli með blóðþurrð (*ischemic cardiomyopathy*), en þar á eftir koma meðfæddir hjartagallar, áunnir lokusjúkdómar og höfnun hjartaígræðis.[5,6] Sjúklingar sem koma til greina eru undantekningarlaust með alvarlega hjartabilun og metnir í New York Heart Association (NYHA) flokki III eða IV og þar sem hámarks súrefnisupptaka á áreynsluprófi VO2 max er undir 12-14 ml/kg/mín.[4,7] Ekki er lengur miðað við sérstök aldursmörk hjartaþega en hins vegar gengið út frá því að lífslíkur og lífsgæði sjúklings aukist eftir ígræðslu.[4,7] Þannig eru virkt krabbamein, alvarlegur lungnasjúkdómur, lungnaháþrýstingur sem ekki svarar lyfjameðferð og léleg meðferðarheldni frábendingar fyrir hjartaígræðslu, eins og saga um alvarlega geð- og fíknisjúkdóma, langvinna lifrar- eða nýrnasjúkdóma og langt gengna heila- eða útæðasjúkdóma.[5,8,9,7]

Við hjartaígræðslu er notað gjafahjarta úr einstaklingi sem úrskurðaður hefur verið látinn samkvæmt skilmerkjum um

heiladauða. Líffæri eins og nýru og lifur má einnig gefa eftir hjartadauða en hjartagjöf í slíkum tilvikum er flóknari í framkvæmd og er enn einungis gerð í rannsóknarskyni, enda hjartað næmt fyrir blóðþurrð.[10]

Við hjartaígræðslu er gjafahjartað oftast úr sjúklingi með alvarlega höfuðáverka eða heilablæðingu, en með hjarta sem starfar eðlilega.[5]

Hámarksaldur hjartagjafa miðast oft við 65 ára aldur og mega þeir hvorki hafa sögu um verulega kransæða- eða lokusjúkdóma, lungnaháþrýsting eða útfallsbrot vinstri slegils undir 50%.[11] Mikilvægast er þó að samræmi sé á milli ABO-blóðflokks gjafa og þega og ekki of mikið misræmi í hæð og þyngd.[5,11] Við aðgerðina er hjartaþeginn tengdur við hjarta- og lungnavél og er allt hjartað nema bakveggur gáttanna fjarlægður, en hann er nýttur til að sauma nýja hjartað í þegann.

Gjafahjartað er oftast sótt á annan spítala, oft um langan veg. Áður en hjartað er fjarlægt úr líffæragjafanum er það stöðvað með kalíumríkri lausn og flutt á ís á þann stað þar sem ígræðslan fer fram. Mikilvægt er að gjafahjartað sé grætt í þegann innan fjögurra klukkustunda frá því það er tekið úr gjafanum, sem takmarkar þá vegalengd sem má vera milli gjafa og þega.[11] Í dag eru þó til sérstakar dælur (*ex vivo normothermic perfusion systems*) sem lengja þennan tíma. Er slöngum þá komið fyrir í gjafahjartanu og þær tengdar við dælu sem tryggir sístreymi á næringar- og lyfjalausn til hjartavöðvans, sem aftur takmarkar blóðþurrðarskaðann sem hjartað verður fyrir eftir að það er fjarlægt úr gjafanum.[12]

Fjöldi hjartaígræðslna hefur haldist nokkuð jafn síðastliðna áratugi og eru gerðar í kringum 6000 slíkar aðgerðir árlega í heiminum.[5] Frá því að fyrsta hjartaígræðslan fór fram í Höfðaborg í Suður-Afríku árið 1967 hafa orðið tækniframfarir í framkvæmd hennar. Framfarir í ónæmisbælandi meðferð hafa þó skipt enn meira máli, enda lykill að góðum langtímaárangri.[5,13,14] Eftir ígræðsluna lagast hjartabilunareinkenni sjúklinga oftast mikið og má nú gera ráð fyrir að allt að 90% sjúklinga séu á lífi ári eftir aðgerð og 70% eftir 5 ár.[5,9] Árið 1992 gerðu heilbrigðisyfirvöld hérlendis samning við Sahlgrenska-sjúkrahúsið í Gautaborg um líffæraígræðslur fyrir íslenska sjúklinga þegar þess gerist þörf, en samningurinn tók einnig til líffæragjafa héðan. Samkvæmt honum eru líffæraígræðslurnar framkvæmdar í Gautaborg en hingað til lands koma síðan líffæratökuteymi og sækja líffæri til ígræðslu erlendis. Um svipað leyti hóf Ísland þátttöku í alþjóðlegu samstarfi um líffæragjafir í gegnum Scandiatransplant og Eurotransplant, en Scandiatransplant er alþjóðlegt samstarf um líffæraflutninga á milli Danmerkur, Finnlands, Íslands, Noregs, Svíþjóðar og Eistlands (bættist við 2017). Á árunum 1996-2009 var gerður samningur við Rigshospitalet í Kaupmannahöfn um líffæraígræðslur og líffæragjafir, en frá 2009 er í gildi nýr samningur við Sahlgrenska-sjúkrahúsið í Gautaborg.

Hjartaígræðslur hafa aldrei verið framkvæmdar á Íslandi en sjúklingar hafa verið sendir í slíka aðgerð erlendis, oftast eftir ítarlega uppvinnslu og mat hérlendis. Fyrsti Íslendingurinn gekkst undir hjartaígræðslu í Lundúnum í febrúar 1988 en síðan hafa flestar aðgerðanna verið gerðar á Sahlgrenska-sjúkrahúsinu í Gautaborg. Ef frá er skilin meðferð fyrst eftir aðgerðina, hefur eftirmeðferð að mestu leyti farið fram hérlendis, og henni stýrt á ígræðslugöngudeild Landspítala.

Hér á landi skortir heildstætt yfirlit yfir tíðni, ábendingar og árangur hjartaígræðslu á Íslendingum, en það á einnig við um fjölda hjartna sem gefin eru héðan til ígræðslu erlendis. Þó birtist í *Læknablaðinu* árið 2000 stutt yfirlit yfir fyrstu 9 sjúklingana sem fengu ígrætt hjarta en upplýsingar um lifun þeirra voru takmarkaðar.[15]

Markmið þessarar rannsóknar var því að rannsaka nýgengi, ábendingar og árangur hjartaígræðsluaðgerða frá upphafi, og bera saman við nágrannalöndin, en jafnframt að kanna fjölda hjartagjafa hérlendis sem nýttar hafa verið til ígræðslu erlendis.

Efniviður og aðferðir

Áður en gagna var aflað var fengið leyfi frá vísindasiðanefnd (VSN 10-009-V6) og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala. Leit að sjúklingum var gerð á ígræðslugöngudeild Landspítala en þar eru skráðir allir Íslendingar sem gengist hafa undir hjartaígræðslu erlendis og eru búsettir hér á landi. Rannsóknartímabilið miðaðist við fyrstu ígræðsluna í febrúar 1988 og fram til 1. mars 2019. Klínískar upplýsingar fengust úr sjúkraskrám og Sögukerfi Landspítala, en þar var meðal annars að finna upplýsingar frá sjúkrahúsunum þar sem ígræðslurnar voru framkvæmdar. Upplýsingar um fjölda hjartna sem gefin voru til líffæragjafar erlendis á sama rannsóknartímabili, voru fengnar úr Líffæragjafaskrá frá gjörgæsludeildum Landspítala.

Skráðar voru lýðfræðilegar breytur eins og aldur og kyn, en líka hvenær ígræðslan var framkvæmd, á hvaða sjúkrahúsi erlendis og hver ábendingin var. Þar sem upplýsingar um tæknileg atriði og fylgikvilla fyrst eftir aðgerðina erlendis lágu oft ekki fyrir reyndist ekki mögulegt að birta þær upplýsingar. Sama átti við um upplýsingar um höfnun ígræðis, sem voru oft ekki nægilega nákvæmar, sérstaklega fyrir fyrstu ígræðslurnar.

Tölfræðiúrvinnsla

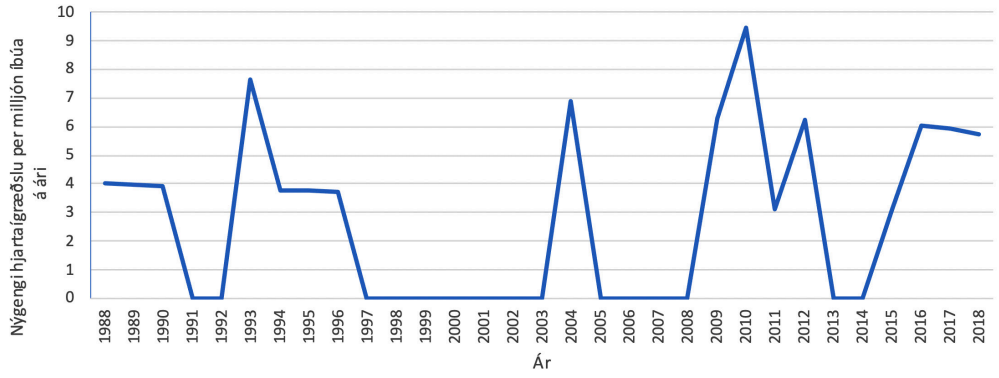
Upplýsingar voru skráðar í Microsoft Excel (Microsoft Corp, Redmond, WA). Lýsandi tölfræðileg úrvinnsla fór fram með Microsoft Excel og R (Version 3.6.1, The R Project for Statistical Computing, r-project.org). Við útreikning á nýgengi hjartaígræðslu var bæði notað hrátt þýði og aldursstaðlað þýði WHO.[16] Lifun var metin með aðferð Kaplan-Meier og miðast útreikningar við 1. mars 2019. Meðaleftirfylgd var 10,3 ár, eða allt frá 1 mánuði og upp í 31 ár.

Niðurstöður

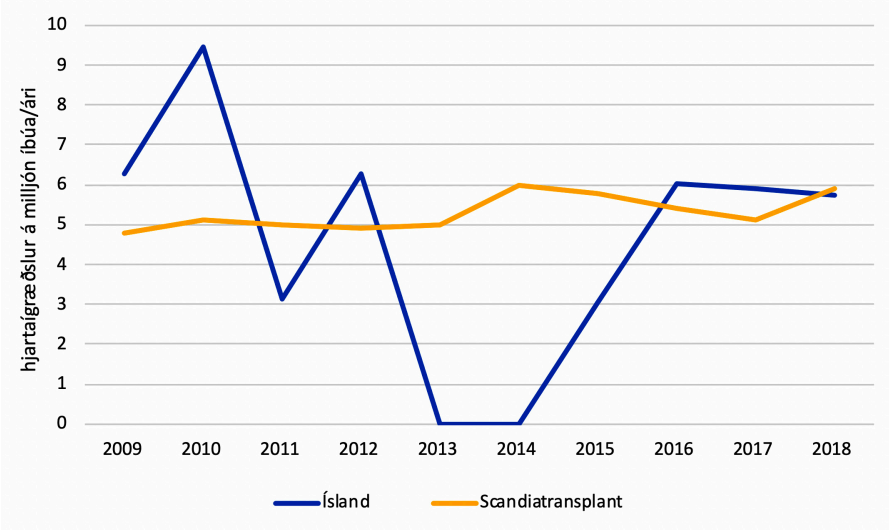
Á þeim rúmlega þremur áratugum sem rannsóknin tók til fengu 24 Íslendingar ígrætt hjarta, þar af einn einstaklingur í tvígang. Þrír fengu ígrætt hjarta og lungu samtímis og aðrir tveir hjarta- og nýraígræðslu samtímis. Allir sjúklingar sem fengu samtímis hjarta- og lungnaígræði voru með lungnaháþrýsting og Eisenmenger-heilkenni. Karlar voru 19 (79%) en konur 5 (21%) og var meðalaldur við ígræðslu 38 ár (bil 4-65 ár). Fyrir ígræðsluna höfðu 5 sjúklingar fengið tímabundið ígrætt hjálparhjarta (*left ventricular assist device*, LVAD).

Tuttugu aðgerðanna voru framkvæmdar á Sahlgrenska-sjúkrahúsinu í Gautaborg, en þrjár á Harefield-sjúkrahúsinu í Lundúnum og tvær á Rigshospitalet í Kaupmannahöfn.

Á mynd 1 sést hversu margir Íslendingar miðað við milljón íbúa hafa fengið ígrætt hjarta árlega frá 1988. Yfir allt tímabilið



Mynd 1 *sýnir nýgengi hjartaígræðslu á milljón íbúa á ári frá fyrstu hjartaígræðslunni 1988 þar til í mars 2019.*



Mynd 2. *Fjöldi hjartaígræðslna á hverja milljón íbúa á ári á Íslendingum borið saman við fjöldann í löndum Scandiatransplant frá árinu 2009 til 2018.*

var talan 2,7 en eftir 2009 4,6 á milljón íbúa á ári, sem er marktæk aukning (p=0,01). Á mynd 2 er borinn saman árlegur fjöldi hjartaígræðslna á Íslandi og í löndum Scandiatransplant.

Tafla I sýnir ábendingar fyrir hjartaígræðslu sjúklinganna. Ofþensluhjartavöðvakvilli (*dilated cardiomyopathy*) var algengasta ástæðan (n=10), þar á eftir meðfæddir hjartagallar (n=4), hjartavöðvabólga eftir vírussýkingu (*viral myocarditis*) (n=3), hjartavöðvakvilli eftir lyfjameðferð (n=2), hjartavöðvakvilli eftir blóðþurrð í hjarta (n=2), ofþykktarhjartavöðvakvilli (*hypertrophic cardiomyopathy*) (n=2), langvinn höfnun á hjartaígræði (n=1) og efnaskiptasjúkdómar/upphleðslusjúkdómar sem hafa áhrif á hjarta (*inherited metabolic disease*) (n=1).

Tafla I. Helstu ábendingar fyrir hjartatígræðslu íslenskra hjartaþega 1988-2019.

Ábending fyrir hjartaígræðslu	Fjöldi (%)
Ofþensluhjartavöðvakvilli	10 (40)
Meðfæddir gallar	4 (16)
Hjartavöðvabólga vegna vírussýkingar	3 (12)
Hjartavöðvakvilli eftir lyfjameðferð	2 (8)
Blóðþurrðarhjartavöðvakvilli	2 (8)
Ofþykktarhjartavöðvakvilli	2 (8)
Langvinn höfnun ígræðis	1 (4)
Upphleðslusjúkdómar	1 (4)

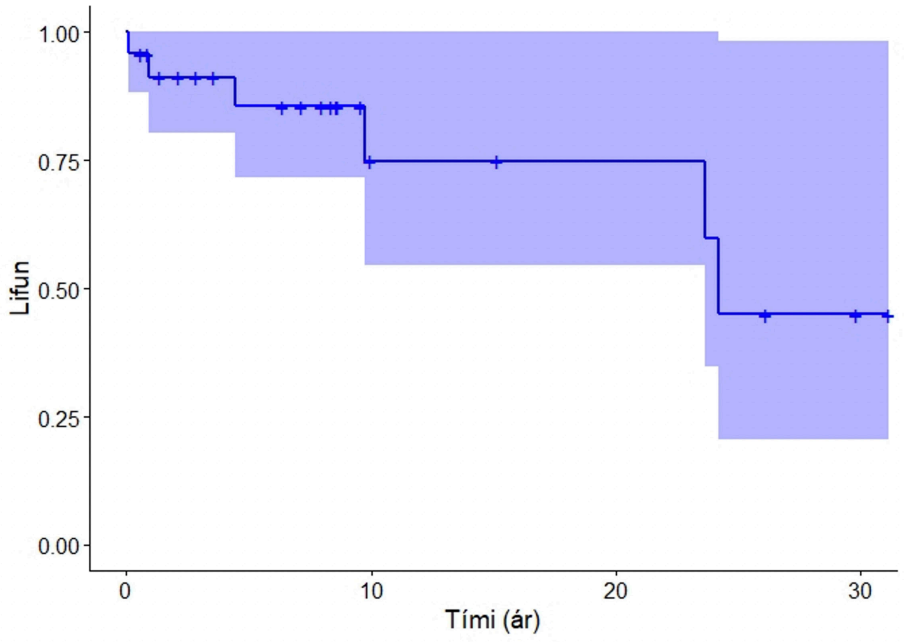
Meðalfjöldi legudaga eftir aðgerð erlendis voru 62 dagar og miðgildið 36 dagar (bil 20-185), en upplýsingar um legutíma vantaði í þremur tilfellum.

Þann 1. mars 2019 höfðu 6 af 24 hjartaþegum látist, en miðgildistími frá ígræðslu að andláti var 7 ár, eða allt frá einum mánuði í 24 ár. Sá einstaklingur sem lengst hafði lifað í lok rannsóknartímabilsins hafði verið á lífi í 31 ár eftir ígræðslu. Heildarlifun sjúklinganna (Kaplan-Meier) er sýnd á mynd 3, en hún var 91% fyrsta árið frá aðgerð og 5 árum frá aðgerð 86%. Fyrir hópinn í heild var meðallifun 24 ár.

Tafla II sýnir fjölda hjartagjafa á Íslandi. Fyrsta hjartað var gefið 2002 en við lok rannsóknartímabilsins höfðu samtals 42 hjörtu verið gefin. Tíðni hjartagjafa jókst úr 0,8 á ári árin 1992-2002 í þrjár á ári tímabilið 2013-2020. Mynd 4 sýnir samanburð á fjölda líffæragjafa á Íslandi og í Scandiatransplant á hverja milljón íbúa, en gögnin eru fengin úr ársskýrslu Scandiatransplant árið 2019.[17] Þar sést að fjöldi líffæragjafa á Íslandi eykst á rannsóknartímabilinu

Tafla II sýnir fjölda íslenskra hjartagjafa frá árunum 1992 til loka árs 2020.

Tímabil	Fjöldi líffæragjafa	Hjartagjafar	Hjörtu gefin/ár	Hjartalokur gefnar
1992-2002	31	8	0,8	
2003-2012	28	13	1,3	
2013-2020	49	21	3	11



Mynd 3. *Heildarlifun (Kaplan Meier-graf) íslenskra hjartaþega 1988-2019 með 95% vikmörkum.*

og eru líffæragjafir Íslendinga nú jafnmargar eða fleiri en að meðaltali í löndum Scandiatransplant.

Umræða

Þessi afturskyggna rannsókn sýnir að árangur hjartaígræðslu á Íslendingum er sambærilegur við þann árangur sem lýst hefur verið á stærri sjúkrahúsum nágrannalandanna. Aldursstaðlað nýgengi jókst úr 2,7 á milljón íbúa á ári á öllu tímabilinu í 4,6 ígræðslur á milljón íbúa á ári í lok tímabilsins. Engu að síður er ljóst að nýgengi meðferðarinnar er mun lægra en að meðaltali í löndum Scandiatransplant [18] en þar voru gerðar á bilinu 5-6 ígræðslur /1.000.000 íbúa/ári (mynd 2).[17] Ástæður fyrir þessum mun á milli Íslands og hinna Norðurlandanna eru ekki augljósar. Þótt hjartaígræðslurnar séu ekki framkvæmdar hérlendis teljum við ólíklegt að síður sé litið til hjartaígræðslu sem meðferðarkosts. Sömuleiðis virðist ekkert benda til þess að hjartabilun sé síður algeng hér á landi en í nágrannalöndum okkar, og tíðni hennar eykst með hækkandi meðalaldri.[1]

Sé horft til lifunar er árangur hjartaígræðslu á Íslendingum vel sambærilegur og jafnvel betri en það sem þekkist í erlendum rannsóknum.[5,19,20] Lifun íslensku sjúklinganna var 91% og 86% einu og 5 árum frá aðgerð, borið saman við 86% og 76% á heimsvísu.[5,14] Lifun eftir hjartaígræðslu hefur víðast hvar batnað með árunum og má ekki síst þakka það framförum í ónæmisbælandi meðferð.[14] Flestir íslensku sjúklinganna gengust undir aðgerðina á síðastliðnum áratug og er það mögulega einn þáttur í góðri lifun íslenskra hjartaþega í samanburði við erlendar rannsóknir. Meðalaldur íslenskra hjartaþega er lægri en gengur og gerist erlendis, sem er annar þáttur sem gæti skýrt góða lifun íslenskra hjartaþega. Einnig er hugsanlegt að val sjúklinga til þessarar meðferðar hérlendis hafi verið þrengra en erlendis, sérstaklega í ljósi þess hversu fáir sjúklingar fengu hjartaígræði vegna blóðþurrðar.

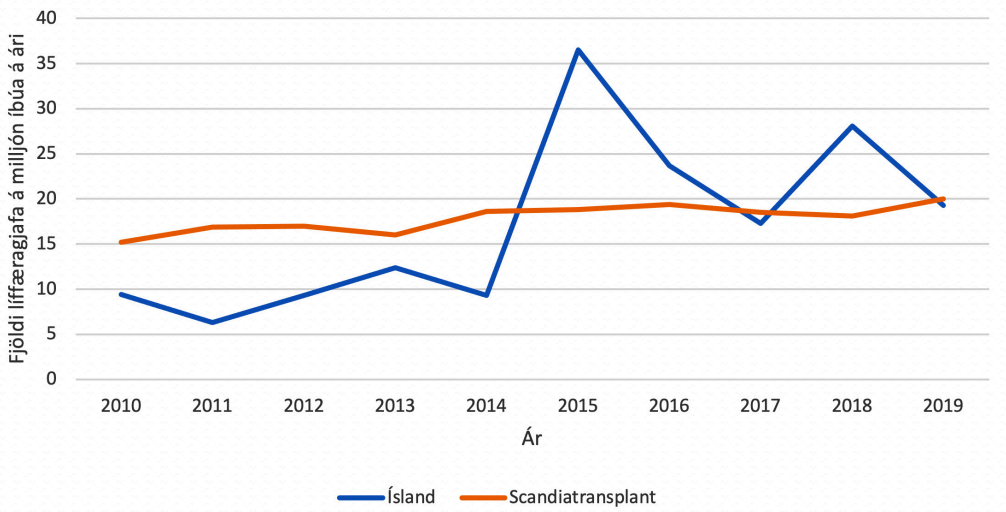
Eftirlit á ígræðslugöngudeild Landspítala fylgir að mestu þeirri forskrift sem ígræðslusjúkrahúsin ráðleggja, en þar er leitast við að tryggja gott aðgengi. Slíkt stuðlar að virku eftirliti þessara sjúklinga, sem er lykilatriði til að ná góðum árangri, en langvinn höfnun, krabbamein og sýkingar eru helstu dánarorsakir hjartaþega.[5]

Algengasta ábendingin fyrir ígræðslu var ofþensluhjartavöðvakvilli (n=10) og þar á eftir meðfæddir hjartagallar (n=4). Athygli vekur að hjartavöðvakvilli vegna blóðþurrðar reyndist mun sjaldgæfari ábending hérlendis, eða innan við 10% borið saman við að minnsta kosti 30% á heimsvísu.[5] Skýringin á þessu er ekki ljós en dánartíðni Íslendinga af völdum kransæðasjúkdóma hefur lækkað umtalsvert á síðastliðnum árum.[21] Einnig er hugsanlegt að hjartaígræðslu sé síður velt upp sem meðferðarkosti hjá þessum undirhópi sjúklinga, en þeir eru oft eldri og með fleiri undirliggjandi sjúkdóma en til að mynda sjúklingar með ofþensluhjartavöðvakvilla. Með þessar upplýsingar að leiðarljósi er þó mikilvægt að íslenskum sjúklingum með endastigshjartabilun vegna blóðþurrðar sé boðinn þessi meðferðarkostur.

Konur reyndust um fimmtungur (21%) íslenskra hjartaþega, sem er sambærilegt hlutfall og á alþjóðavísu.[5] Meðalaldur hjartaþega var hins vegar aðeins 38 ár (bil 4-65) sem er mun lægri en meðalaldur hjartaþega á heimsvísu, sem er í kringum 55 ár.[5] Þessi aldursmunur gæti að hluta skýrst af tiltölulega háu hlutfalli íslenskra hjartaþega með ofþensluhjartavöðvakvilla og meðfædda hjartagalla en einnig lágu hlutfalli sjúklinga með hjartavöðvakvilla vegna blóðþurrðar.[5]

Íslensku hjartaþegarnir fengu hjálparhjarta (LVAD) fyrir ígræðslu í rúmlega fimmtungi (21%) tilfella, sem er helmingi lægra hlutfall en á heimsvísu.[5] Þarna gæti skipt máli að hjálparhjörtu eru ekki grædd í sjúklinga hér á landi, heldur aðeins á ígræðslusjúkrahúsum erlendis. Slík meðferð gæti því verið síður aðgengileg fyrir íslenska hjartaþega.

Miðgildi legudaga erlendis eftir ígræðslu voru 36 dagar (með-



Mynd 4. *Fjöldi íslenskra líffæragjafa á ári samanborið við meðaltal landa í Scandiatransplant. Gögnin eru fengin úr ársskýrslu Scandiatransplant 2019.*[16]

altal 62 dagar), sem er talsvert lengri sjúkrahúsvist en í Bandaríkjunum, þar sem 70% hjartaþega liggja skemur en þrjár vikur á sjúkrahúsi.[5] Í Evrópu er legutími hins vegar almennt lengri eftir hjartaígræðslu en í Bandaríkjunum, og nær því sem sást í okkar rannsókn.[5] Munurinn á milli legudaga í Evrópu og Bandaríkjunum gæti mögulega skýrst af því að í Bandaríkjunum er hefð fyrir því að útskrifa sjúklinga fyrr á endurhæfingarstofnanir (*inpatient rehab facility*) eða langtímasjúkrahús (*long-term acute care hospitals*) sem geta tekið við sjúklingum strax eftir bráðafasann en samt veitt viðeigandi sjúkrahúsþjónustu. Þessi þjónusta er í mörgum tilfellum veitt á ígræðslusjúkrahúsunum í Evrópu og lengir þar af leiðandi legutímann. Lengri legutími íslenskra sjúklinga eftir hjartaígræðslu er þó viðbúinn þar sem senda þarf sjúklingana milli landa, og það er ekki gert nema teymið á ígræðslusjúkrahúsinu álíti að ástand sjúklings sé nægilega stöðugt fyrir flutning milli landa.

Athyglisvert er að á rannsóknartímabilinu voru mun fleiri hjörtu gefin til ígræðslu erlendis en fjöldi þeirra sem grædd voru í Íslendinga, eða 42 borið saman við 25.[5,17] Fjöldi líffæragjafa Íslendinga hefur breyst á síðustu árum. Árið 1991 voru sett lög um ákvörðun dauða og brottnám líffæra, sem gerði líffæragjöf mögulega,[22] og ári síðar hófu Íslendingar samstarf við Sahlgrenska-sjúkrahúsið í Gautaborg um líffæragjafir og líffæraígræðslur. Til að byrja með var tíðni líffæragjafa áþekk eða ívið lægri en í nágrannalöndum.[23] Frá 2012 hefur hins vegar orðið töluverð aukning og rannsókn okkar staðfestir að Íslendingar gefa nú nær tvöfalt fleiri hjörtu en þeir þiggja. Árið 2014 birtist rannsókn á viðhorfum Íslendinga til líffæragjafar og voru um 80% Íslendinga í þeirri rannsókn fylgjandi ætluðu samþykki fyrir líffæragjöf.[24] Síðustu ár hefur umtalsverð aukning orðið hér á landi í fjölda líffæragjafa og er Ísland nú á meðal þeirra þjóða heims sem gefa flest líffæri miðað við mannfjölda.[25] Ástæðurnar eru meðal annars aukin áhersla á að finna mögulega líffæragjafa og upplýsa aðstandendur um gildi líffæragjafar. Þarna hefur aukin þjóðfélagsumræða um líffæragjafir örugglega hjálpað til, eins og þegar aðstandendur líffæragjafa hafa komið fram í fjölmiðlum.[25] Einnig skiptir miklu að árið 2019 voru samþykkt lög á Alþingi um ætlað samþykki fyrir líffæragjöf, en þá er gert ráð fyrir því að allir séu líffæragjafar nema viðkomandi hafi lýst yfir andstöðu við það, eða að ættingjar hins látna séu því mótfallnir.[26]

Styrkleiki þessarar rannsóknar er að öllum sjúklingunum var fylgt eftir á einni og sömu göngudeildinni, en þar liggja fyrir upplýsingar um alla íslenska hjartaþega. Á hinn bóginn er veikleiki að sjúklingarnir gengust undir hjartaígræðslu á mismunandi sjúkrahúsum erlendis og upplýsingar um aðgerðina og fylgikvilla hennar fyrst á eftir eru illa skráðar í sjúkraskrár Landspítala. Sama á við um upplýsingar um bráða höfnun, sem gerði að verkum að ekki var hægt að birta þær niðurstöður í þessari grein.

Samantekið sýnir þessi rannsókn að 5 ára lifun og árangur hjartaígræðslu á Íslendingum er sambærilegur eða jafnvel betri en á stærri sjúkrahúsum nágrannalandanna. Þrátt fyrir að hjartaígræðslur séu ekki framkvæmdar hérlendis er mikilvægt að hafa hjartaígræðslu í huga við meðferð sjúklinga með lokastigs hjartabilun.

Loks hefur góður árangur náðst á Íslandi undanfarin ár í fjölda líffæragjafa miðað við mannfjölda, þar með talið á hjartagjöfum og Íslendingar skipað sér meðal betri þjóða í þeim málum.

Rannsóknin var styrkt af Vísindasjóði Landspítala og Rannsóknarsjóði Háskóla Íslands.

Greinin barst til blaðsins 2. júlí 2022, samþykkt til birtingar 27. september 2022.

Heimildir

1. Einarsson H, Thorgeirsson G, Danielsen R, et al. Hjartabilun meðal eldri Íslendinga. Algengi, nýgengi, undirliggjandi sjúkdómarog langtímalifun. Læknablaðið 2017; 103: 429-36.
2. Crespo-Leiro MG, Metra M, Lund LH, et al. Advanced heart failure: a position statement of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail 2018; 20: 1505-35.
3. Truby LK, Rogers JG. Advanced Heart Failure: Epidemiology, Diagnosis, and Therapeutic Approaches. JACC Heart Fail 2020; 8: 523-36.
4. Mehra MR, Canter CE, Hannan MM, et al. The 2016 International Society for Heart Lung Transplantation listing criteria for heart transplantation: A 10-year update. J Heart Lung Transplant 2016; 35: 1-23.
5. Khush KK, Cherikh WS, Chambers DC, et al. The International Thoracic Organ Transplant Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-sixth adult heart transplantation report — 2019; focus theme: Donor and recipient size match. J Hear Lung Transplant 2019; 38: 1056-66.
6. Lund LH, Edwards LB, Dipchand AI, et al. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-third Adult Heart Transplantation Report-2016; Focus Theme: Primary Diagnostic Indications for Transplant. J Heart Lung Transplant 2016; 35: 1158-69.
7. Lee SJ, Kim KH, Hong SK, et al. Evaluation of a Heart Transplant Candidate. Curr Cardiol Rep 2017; 19: 133.
8. Ammirati E, Oliva F, Cannata A, et al. Current indications for heart transplantation and left ventricular assist device: a practical point of view. Eur J Intern Med 2014; 25: 422-9.
9. Alraies MC, Eckman P. Adult heart transplant: indications and outcomes. J Thorac Dis 2014; 6: 1120-8.
10. Quader M, Toldo S, Chen Q, et al. Heart transplantation from donation after circulatory death donors: Present and future. J Card Surg 2020; 35: 875-85.
11. Kilic A, Emani S, Sai-Sudhakar CB, et al. Donor selection in heart transplantation. J Thorac Dis 2014; 6: 1097-104.
12. Chew HC, Macdonald PS, Dhital KK. The donor heart and organ perfusion technology. J Thorac Dis 2019; 11 (Suppl 6): S938-45.
13. Stolf NAG. History of Heart Transplantation: a Hard and Glorious Journey. Braz J Cardiovasc Surg 2017; 32: 423-7.
14. Mulholland MW. E. Greenfield's Surgery: Scientific Principles and Practice. 6th ed. Mulholland MW, Lillemoe KD, Dogerhty GM, et al: editor. Lippincott Williams & Wilkins, Filadelfíu 2017.
15. Sigfússon G. Hjartaígræðsla. Læknablaðið 2000; 86: 583-6.
16. Ahmad OB, Boschi-pinto C, Lopez AD. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discuss Pap Ser 2001; 31: 1-14.
17. Ericzon BG, Jørgensen KA, Weinreich ID. Scandiatransplant Annual Data Report 2019 Scandiatransplant Annual Data Report 2019. Árósum 2020.
18. About Scandiatransplant. 2022. scandiatransplant.org/about-scandiatransplant/organisation/about-scandiatransplant - september 2022.
19. Singh TP, Almond C, Givertz MM, et al. Improved survival in heart transplant recipients in the United States: racial differences in era effect. Circ Heart Fail 2011; 4: 153-60.
20. Farag M, Arif R, Raake P, et al. Cardiac surgery in the heart transplant recipient: Outcome analysis and long-term results. Clin Transplant 2019; 33: e13709.
21. Guðbjartsson T, Andersen K, Danielsen R, et al. Yfirlit um kransæðasjúkdóm: Faraldsfræði, meingerð, einkenni og rannsóknir til greiningar. Læknablaðið 2014; 100: 667-76.
22. Lög um ákvörðun dauða, nr. 15/1991 og lög um brottnám líffæra, nr. 16/1991. althingi.is/lagas/nuna/1991015.html - september 2022.
23. Kárason S, Jóhannsson R, Gunnarsdóttir K, et al. Líffæragjafir á Íslandi 1992-2002. Læknablaðið 2005; 91: 417-22.
24. Rúnarsdóttir K, Ólafsson K, Arnarsson Á. Viðhorf Íslendinga til ætlaðs samþykkis við líffæragjafir. Læknablaðið 2014; 100: 521-5.
25. Palsson TP, Sigvaldason K, Kristjansdottir TE, et al. The potential for organ donation in Iceland: A nationwide study of deaths in intensive care units. Acta Anaesthesiol Scand 2020; 64: 663-9.
26. Lög um breytingu á lögum um brottnám líffæra, nr. 16/1991 (ætlað samþykki). 2019. althingi.is/altext/stjt/2018.058.html - september 2022.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.11.714

Cardiac transplantation and donation in Icelandic patients – indications and outcome

Atli Steinn Valgarðsson[1]
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir[2,3]
Tómas Þór Kristjánsson[3]
Hildigunnur Friðjónsdóttir[4]
Kristinn Sigvaldason[3,5]
Göran Dellgren[6]
Tómas Guðbjartsson[1,3]

[1]Department of Cardiothoracic Surgery at Landspitali University Hospital, [2]Department of Cardiology at Landspitali University Hospital, [3]Faculty of Medicine at University of Iceland, [4]Transplant Clinic at Landspitali University Hospital, [5]Department of critical Care and Anesthesia at Landspitali University Hospital, [6]Department of Cardiothoracic Surgery and Transplantation at Sahlgrenska University Hospital.

Correspondence: Tómas Guðbjartsson, *tomasgud@landspitali.is*

Key words: *cardiac transplantation, heart transplant donation, heart failure, survival, cardiac surgery, Iceland.*

INTRODUCTION: Information on the number, indications and outcome of cardiac transplantations in Icelandic patients is scarce, as is information on the number of hearts donated from Iceland for cardiac transplantation.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective study on patients receiving heart transplantation from the first procedure in 1988 until March 2019. Clinical information was gathered from Landspitali Transplantation Clinic, patient charts, and information on donated hearts from the Icelandic Donation Registry. Age-standardized incidence of the procedure was calculated, and overall survival (Kaplan-Meier) estimated. Mean follow-up was 10.3 years.

RESULTS: Altogether 24 patients (19 males, median age 38 years, range: 4-65 years) underwent cardiac transplantation; that included one re-transplantation, three simultaneous heart- and lung transplants and two heart- and kidney transplants. The transplantations were performed in Gothenburg (n=20), London (n=3) and Copenhagen (n=2). Most common indications were dilated cardiomyopathy (n=10), congenital heart disease (n=4), and viral myocarditis (n=3). Five patients were bridged left ventricular-assist device preoperatively. Overall survival at 1 and 5 years was 91% and 86%, respectively; median survival being 24 years. The incidence of cardiac transplantation was 2.7 heart-TX pmp/year but increased to 4.6 heart-TX pmp/year after 2008 (p=0.01). During the same period 42 hearts were donated from Iceland for transplantation abroad, the first in 2002 and increasing from 0.8 to 3.0 hearts/year during the first and second half of the study-period, respectively.

CONCLUSION: Survival of Icelandic cardiac transplant recipients is good and comparable to larger transplant centers overseas. Number of hearts donated from Iceland have increased and currently Iceland donates twice as many hearts at it receives.

LÆKNADAGAR 2023

Mánudagur 16. janúar

09:00-12:00 Framtíð læknismenntunar
09:00-12:00 Er Ísland heilsuspillandi?
09:00-12:00 Skólinn, stoðþjónustan og læknirinn

12:10-13:00 Landakot 120 ára
12:10-13:00 Endurteknar myndatökur hjá háls- og baksjúklingum

13:10-16:10 Geðheilbrigðismál til 2030
13:10-16:10 Áhrif snjalllausna á heilbrigðisþjónustu
13:10-16:10 Hvað nú? Þing Félags almennra lækna

16:20 Opnunardagskrá Læknadaga

Þriðjudagur 17. janúar

09:00-12:00 Langlífi
09:00-12:00 Ristilpokabólgur – hefur meðferð breyst?
09:00-12:00 Tilfelli af Barnaspítala Hringsins

12:10-13:00 Harmatölur næringarfáfræðings
12:10-13:00 Líf og dauði Jónasar Hallgrímssonar

13:10-16:10 Lyfin og meltingarvegurinn
13:10-16:10 Líðan lækna
13:10-16:10 Þjónusta við transfólk
13:10-16:10 Kirurgia minor – vinnubúðir

Miðvikudagur 18. janúar

09:00-12:00 Nýir sýklar og faraldrar
09:00-12:00 Skyndidauði íþróttamanna
09:00-12:00 Nýru og lyf

12:10-13:00 Mæði á bráðamóttöku
12:10-13:00 Alvarlegt þunglyndi sem svarar illa psilocybini

13:10-16:10 Lyndisraskanir og árátturáhyggja
13:10-16:10 Samþætting öldrunarþjónustu
13:10-16:10 Lögfræðileg álitaefni
13:10-16:10 Inngrip úr bráðalækningum – vinnubúðir

Fimmtudagur 19. janúar

09:00-12:00 Beinþynning
09:00-12:00 Langvarandi eftirstöðvar sýkinga
09:00-12:00 Að velja réttar rannsóknir

12:10-13:00 Aukning sjálfsvíga karla frá aldamótum.
12:10-13:00 Lömunarveiki – enn á sveimi

13:10-16:10 Breytingaskeiðið - böl eða blessun?
13:10-16:10 Nikótínfíkn unga fólksins –
13:10-16:10 DNA í 70 ár

Föstudagur 20. janúar

09:00-12:00 Afleiðingar höfuðáverka og meðferðarúrræði
09:00-12:00 ASIA-heilkenni - tengsl við sílikon í brjóstapúðum
09:00-12:00 Umhverfisþing lækna

12:10-13:00 Kappræður: Kulnun lækna

13:10-16:10 Alzheimer: Greiningarleiðir og meðferð
13:10-16:10 Greiningarferðalagið - frá vandamáli til úrlausnar
13:10-16:10 Umhverfisþing lækna

16:20 Glíman – lokadagskrá Læknadaga

Öryggi | Samvinna | Framsækni

SAk SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI
AKUREYRI HOSPITAL

Vilt þú ganga til liðs við öflugan hóp lækna á Sjúkrahúsinu á Akureyri?





Sjúkrahúsið á Akureyri

- Er framsækinn og eftirsóknarverður vinnustaður
- Veitir almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu með áherslu á bráðaþjónustu og helstu sérgreinameðferðir
- Er annað tveggja sérgreinasjúkrahúsa landsins og gegnir lykilhlutverki í almannavörnum
- Er kennslusjúkrahús og þekkingarstofnun sem leggur metnað sinn í kennslu og rannsóknir í heilbrigðisvísindum
- Leggur áherslu á að ráða til starfa og halda í hæfileikaríka einstaklinga
- Er miðstöð læknisfræðilegrar þjónustu sjúkraflugs í landinu
- Er með alþjóðlega gæðavottun á starfsemi sinni og er fyrsta heilbrigðisstofnunin á Íslandi til að hljóta slíka vottun
- Er með jafnlaunavottun skv. IST-85 frá árinu 2019

Sjúkrahúsið býður upp á krefjandi og áhugaverð störf í fjölbreyttu og spennandi starfsumhverfi með góðri handleiðslu og býður upp á tækifæri til starfsþróunar með markvissri þjálfun og fræðslu.

Ef þú hefur áhuga á að koma og vinna á lifandi og fjölbreyttum vinnustað þá er Sjúkrahúsið á Akureyri góður kostur.

Við tökum vel á móti þér.



Við varðveitum gögnin þín

- Þú hringir í 587 9800 eða sendir okkur tölvupóst
- Við komum með tóma kassa og strikamerki
- Þú skráir gögnin, setur í kassana, límir strikamerkin á og lætur okkur vita
- Við komum og förum með kassana í örugga geymslu þar sem þú hefur alltaf aðgang að þeim
- Við pössum gögnin í vöktuðu rými við bestu aðstæður þangað til þú vilt fá þau aftur, skoða þau eða taka til þín

Einfalt ekki satt

GAGNAGEYMSLAN

Gagnageymslan ehf. · Smiðshöfða 1, 110 Reykjavík · 587 9800
www.gagnageymslan.is · gagnageymslan@gagnageymslan.is

Tímabundið minnisleysi – tilfellaröð frá 2010-2021

Auður Gauksdóttir[1] læknanemi
Ólafur Árni Sveinsson[1,2] sérfræðingur í taugasjúkdómum

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]taugalækningadeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Ólafur Árni Sveinsson, *olafursv@landspitali.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Tímabundið minnisleysi (*Transient Global Amnesia*, TGA) er góðkynja heilkenni sem einkennist af skyndilegu minnisleysi og gengur yfir á innan við 24 klukkustundum. TGA birtist án annarra staðbundinna taugaeinkenna. Markmið rannsóknarinnar var að rannsaka heilkennið á höfuðborgarsvæðinu.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin var lýsandi afturskyggn tilfellaröð á tímabilinu 2010-2021. Rannsóknin náði til allra einstaklinga sem fengu greininguna TGA (G45.4) á Landspítala á rannsóknartímabilinu. Eftirfarandi þættir voru skoðaðir: greiningarár, aldur við greiningu, kyn, einkenni, útleysandi þættir, upplýsingar um myndrannsóknir, áhættuþættir og heilsufarssaga. Úrvinnsla fór fram í Excel og Rstudio.

NIÐURSTÖÐUR

Alls greindust 348 TGA-köst, að meðaltali 29 á ári, þar af voru 9,9% með fyrri sögu um TGA. Meðalaldur var 64,1 ár og voru 50% á aldursbilinu 58-70 ára. Kynjaskipting var jöfn (49,9% konur). Mögulegur útleysandi þáttur fannst í 53,7% tilvika. Sá algengasti var líkamleg áreynsla (24,4%), þar á eftir voru hitastigsbreytingar í vatni og andlegt álag. Í 82,8% tilvika voru einstaklingar með hækkaðan blóðþrýsting við komu. Í 96% tilvika voru einstaklingar sendir í tölvusneiðmynd (í öllum tilvikum fundust engar bráðar breytingar) og í 36,2% tilvika í segulómskoðun. Í 10,3% segulómskoðana greindist flæðisskerðing á drekasvæði heilans.

ÁLYKTANIR

TGA er ekki óalgengt góðkynja ástand sem mikilvægt er að læknar þekki til, ekki síst til að forða sjúklingum frá frekari óþarfa rannsóknum. Niðurstöður rannsóknarinnar er varða aldur, kynjahlutfall og útleysandi þætti voru í samræmi við erlendar rannsóknir. Heilkennið er talið skýrast af vanstarfsemi í dreka heilans, sem klínísk birtingarmynd og myndgreiningar styðja við. Orsökin er þó enn óþekkt.

INNGANGUR

Tímabundið minnisleysi (*Transient Global Amnesia*, TGA) er góðkynja heilkenni sem einkennist af skyndilegu framvirku minnisleysi sem gerir einstaklingnum ómögulegt að mynda nýjar minningar meðan á kasti stendur. Heilkennið birtist án annarra staðbundinna taugaeinkenna og án skerðingar á meðvitund. Minnisleysið gengur sjálfkrafa yfir á innan við 24 klukkustundum. Meðan á kastinu stendur spyr sjúklingur gjarnan aftur og aftur sömu spurninga, er óáttaður á stað og stund en áttaður á eigin persónu. Afturvirkt minnisleysi, einhverja daga eða mánuði aftur í tímann, fylgir oft TGA, en þær minningar koma til baka þegar kastið er yfirstaðið. Tímabundið minnisleysi hefur engar þekktar afleiðingar nema minnisgloppu sem nær yfir tíma kastsins.[1,2] TGA hendir fólk að jafnaði ekki nema einu sinni, en sumar rannsóknir hafa sýnt að 2,0-23,8% einstaklinga með sögu um TGA fái endurtekin köst.[3]

Árið 1964 var 17 tilfellum lýst af Fisher og Adams, og gáfu þeir heilkenninu nafnið *Transient Global Amnesia*.[4] Þar lýstu þeir því að sjúklingarnir upplifðu skyndilegt framvirkt minnisleysi og spurðu endurtekinna spurninga sem varði í mínútur eða klukkustund-

Tafla I. *Greiningarskilyrði Hodges og Warlow[5] þar sem allir eftirfarandi þættir þurfa að vera til staðar.*

Vitni er til staðar að framvirku minnisleysi
Engin skerðing á meðvitundarástandi né tap á þekkingu á eigin persónu
Vitræn skerðing einskorðast við minnisleysi
Engin staðbundin tauga- né flogaeinkenni
Einkenni ganga yfir á innan við 24 klukkustundum
Einstaklingur má ekki hafa hlotið nýtilkomið höfuðhögg

ir, án annarra staðbundinna taugaeinkenna. Þessir sjúklingar náðu fullum bata, að frátaldinni minniseyðu sem hafði myndast samsvarandi við tíma kastsins. Frá 1990 hafa greiningarskilmerki kennd við Hodges og Warlow verið notuð sem grunnur að greiningu TGA (tafla I).[5]

Skömmu fyrir kast eru margir sjúklingar undir sérstökum kringumstæðum, eða verða fyrir einhverskonar álagi. Þetta álag sem eru útleysandi þættir geta bæði verið af andlegum eða líkamlegum toga. Útleysandi þættir sem hefur verið lýst eru til dæmis líkamleg áreynsla, kynlíf, valsalva-æfingar, sársauki og andlegt álag. Einnig er ekki óalgengt að sjúklingar verði fyrir hitastigsbreytingum stuttu fyrir upphaf TGA-kasts, eins og að fara í sjósund eða heita sturtu.[4]

Samkvæmt fyrri rannsóknum er árlegt nýgengi TGA um 5-11 á hverja 100.000 íbúa.[3,6] Algengara er að eldra fólk fái kast af tímabundnu minnisleysi, og hækkar nýgengið í 23,5-32 á hverja 100.000 einstaklinga ef einungis er tekið tillit til 50 ára og eldri.[3,7]

Ekki hefur tekist að sýna fram á eina sameiginlega orsök sem útskýrir TGA og hefur ástandið valdið fræðimönnum heilabrotum í gegnum tíðina. Helst hefur verið reynt að sýna fram á tengsl milli mígrenis, floga, geðrænna orsaka og æðakerfiskvilla, bæði slagæða- og bláæða, við TGA. Þó hefur ekki tekist að skýra birtingarmynd sjúkdómsins á fullnægjandi hátt út frá ofannefndum þáttum. Dreki (*hippocampus*) heilans gegnir lykilhlutverki við rúmfræðilegt minni og atburðaminni, og sérstaklega við festingu nýrra minninga. Drekinn er megin þátttakandi í taugahringrás Papez sem gegnir lykilhlutverki í myndun minninga. Ef truflun verður á þessari hringrás getur það birst sem minnisleysi með mismunandi birtingarmyndum eftir staðsetningu truflunarinnar. Staðbundin truflun á starfsemi eða skemmd í dreka birtist ekki síst sem framvirkt minnisleysi.[8,9]

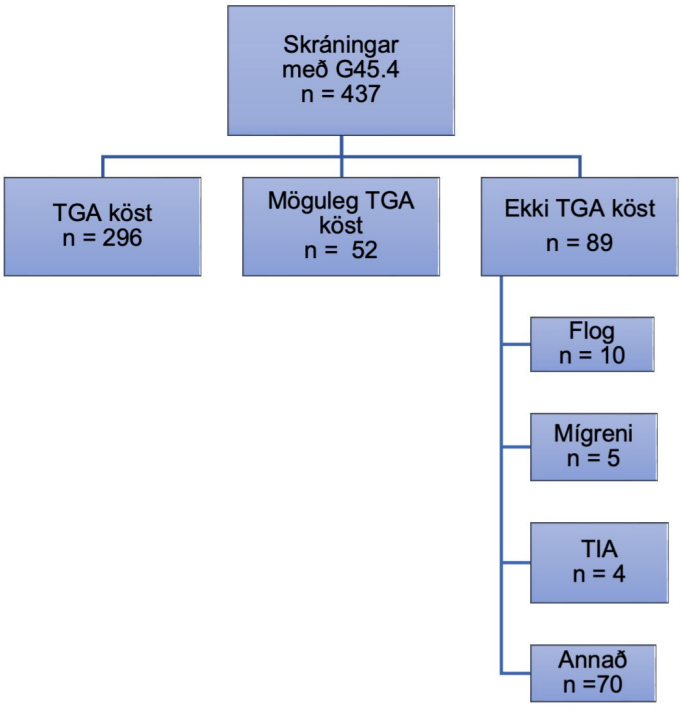
Ef segulómskoðun (SÓ) er framkvæmd innan ákveðinna tímamarka sést flæðisskerðing í hluta drekans hjá mörgum (36-84%) TGA-sjúklingum á flæðismyndaröðum (*diffusion weighted imaging*, DWI).[10] Enn fremur sjást þessar breytingar oftast á CA1-svæði drekans.[6,11,12] CA1-svæði drekans er sérstaklega viðkvæmt fyrir efnaskiptaálagi (*metabolic stress*), eins og blóðþurrð og súrefnisskorti. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós að slíkt álag getur breytt losun og upptöku glútamats á svæði CA1. Þessar rannsóknir benda til tengsla milli vissra útleysandi þátta og efnaskiptasamvægis (*metabolic homeostasis*) drekans í meingerð TGA.[11,13,14]

Tímabundið minnisleysi hefur aldrei verið rannsakað áður á Íslandi. Var markmið þessarar rannsóknar að kortleggja heilkennið á höfuðborgarsvæðinu í gegnum komur á Landspítala, og kanna aldur, kynjahlutfall, samveikindi, útleysandi þætti, einkenni og greiningaraðferðir.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin var afturskyggn tilfellaröð sem náði yfir tímabilið frá 1. janúar 2010 til 31. desember 2021 (12 ára tímabil). Þýðið náði til þeirra sem fengu greininguna *Transient Global Amnesia* (ICD G45.4) samkvæmt Alþjóðlegu flokkunarkerfi sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála 10 (International Classification of Diseases and Related Conditions 10, ICD 10) á Landspítala. Kennitölur voru fengnar hjá vísindarannsóknanefnd heilbrigðisrannsókna á Landspítala. Listinn samanstóð af 518 skráningum með greiningarkóðann G45.4, þar af var 81 skráning endurtekning á sama tilfelli. Til að teljast vera með staðfest TGA þurfti að uppfylla greiningarskilyrðin í töflu I. Möguleg TGA voru tilvik sem ekki vöktu grun um annað sjúkdómsástand, en klíníska birtingarmyndin var óhefðbundin eða að nákvæmari upplýsingar skorti í sjúkraskrá. Af þeim 437 skráningum sem eftir stóðu reyndust 296 tilvik vera staðfest TGA, 52 möguleg TGA og í 89 tilvikum reyndist um ranga greiningu að ræða (mynd 1). Af þeim sem höfðu fengið ranga greiningu voru 10 tilfelli metin sem flog, 5 sem mígreni og fjögur sem skammvinn blóðþurrðarköst í heila.

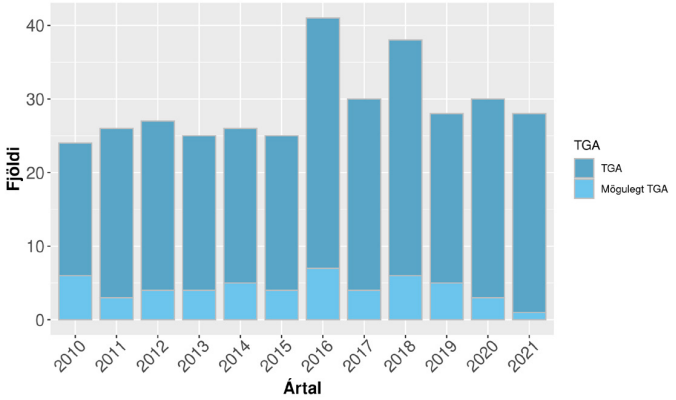
Upplýsingum var safnað úr sjúkraskrám í Sögukerfi og Heilsugátt Landspítala. Skráðar voru upplýsingar um kyn, aldur við greiningu, aðra heilsufarssögu einstaklings eins og háþrýsting, blóðfituröskun og sögu um vanvirkan skjaldkirtil, auk lyfjanotkunar. Sérstaklega voru skráðar upplýsingar um hvort einstaklingar hefðu sögu um mígreni, flog, blóðþurrð í heila eða fyrra TGA-kast. Skráðir voru útleysandi þættir sem flokkaðir voru í líkamlega áreynslu, andlegt álag, kynlíf, hitastigsbreytingar í vatni, sársauka, ferðalög og hósta- og uppköst. Einnig var skráð lýsing á almennum einkennum meðan TGA stóð yfir, blóðþrýstingur við komu á spítalann, hvort einstaklingur hefði farið í tölvusneið-



Mynd 1. *Flæðirit yfir rannsóknarþýðið.*

Tafla II. *Fjöldi kasta eftir árstíðum og mánuðum.*

Árstíð	Mánuður	Fjöldi staðfestra og mögulegra TGA-kasta	
Vetur	Desember	30	**= 82**
	Janúar	27	
	Febrúar	25	
Vor	Mars	31	**= 93**
	Apríl	37	
	Maí	25	
Sumar	Júní	32	**= 88**
	Júlí	26	
	Ágúst	30	
Haust	September	27	**= 85**
	Október	31	
	Nóvember	27	



Mynd 2. *Fjöldi TGA-kasta eftir árum.*

mynd eða segulómskoðun, niðurstöður þeirra og hve langt var liðið frá einkennum að myndatöku.

Upplýsingum var safnað í Microsoft excel-skjal. Tölfræðiúrvinnsla og útreikningar voru framkvæmdir í RStudio, töflur voru gerðar í Microsoft Word, og gröf í RStudio. Notað var Fisher-tilgátupróf fyrir flokkabreytur en t-próf fyrir talnabreytur. Tölfræðileg marktækni var miðuð við $p<0,05$.

Tilskilin leyfi frá vísindarannsóknarnefnd heilbrigðisrannsókna á Landspítala og vísindasiðanefnd (VSN-21-235) lágu fyrir áður en rannsókn hófst.

NIÐURSTÖÐUR

Á rannsóknartímabilinu greindust 335 manns með staðfest eða mögulegt TGA. Tólf fengu fleiri en eitt kast á tímabilinu. Kynjaskipting var með allra jafnasta móti, þar sem í heild greindust 167 konur og 168 karlar. Að meðaltali greindust 29 köst af TGA á Landspítala á hverju ári (mynd 2).

Tafla II sýnir greiningar eftir árstíðum og mánuðum. Fæstar greiningar voru í febrúar og maí (n=25), en flestar í apríl (n=37). Ekki var þó marktækur munur á fjölda greininga eftir mánuðum (p=0,912). Flest TGA-köst voru á vormánuðum (1. mars - 31. maí). Lítill munur var þó milli árstíða.

Í heild var meðalaldur 64,1 ár og helmingur einstaklinga var á aldrinum 58 til 71 árs og voru 88,7% einstaklinga á aldrinum 50-79 ára. Sá yngsti var 14 ára og sá elsti 91 árs. Ekki var munur milli kynja.

Yfirlit yfir samveikindi (*comorbidities*) og mögulega áhættuþætti má sjá í töflu III. Í heild voru 46,0% einstaklinga greindir með háþrýsting. Ef skoðað er eftir kyni voru 49,7% kvenna með háþrýsting (42,3% karla). Tíðni greinds háþrýstings jókst með hækkandi aldri (tafla III). Fleiri karlar voru með háar blóðfitur, eða 13,1% á móti 9,0% kvenna. Tvöfalt fleiri konur voru með mígreni, eða 13,2% á móti 6,5% karla. 12,6% kvenna voru með vanvirkan skjaldkirtil, en einungis 1,8% karla. Tveir karlar og tvær konur höfðu sögu um flogaveiki. Einungis tveir höfðu þekkta vitræna skerðingu við TGA-greiningu.

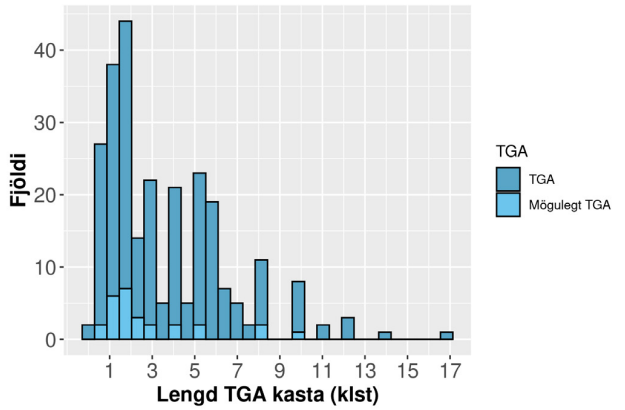
Yfirlit yfir mögulega útleysandi þætti má sjá í töflu IV. Í 187 af 348 (53,7%) tilvikum tókst að skrá mögulegan útleysandi þátt. Algengast var að einstaklingur hefði verið undir líkamlegri

Tafla III. ***Lýðfræðilegar upplýsingar og samveikindi. Fjöldi (%).***

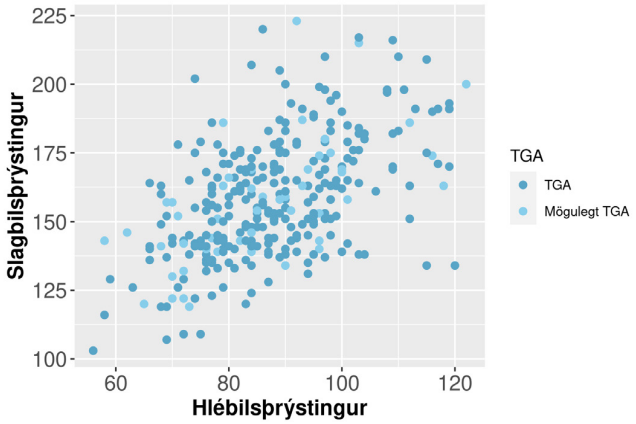
Kyn	Öll (N=335)	TGA (N=288)	Mögulegt TGA (N=47)	
Karl	168 (50,1)	143 (49,7)	25 (53,2)	
Kona	167 (49,9)	145 (50,3)	22 (46,8)	
Aldur				
Meðaltal (staðalfrávik)	64,1 (10,3)	63,9 (9,81)	64,9 (13,3)	
Miðgildi Spönn	65,0 [14,0 ,91,0]	64,0 [21,0, 91,0]	67,0 [14,0, 86,0)	
Aldursflokkur	Öll (N=335)	49 ára (N=21)	50-69 ára (N=209)	70 ára (N=105)
Þekktur háþrýstingur	154 (46,0)	3 (14,3)	86 (41,1)	65 (61,9)
Háar blóðfitur	37 (11,0)	0 (0)	29 (13,9)	8 (7,6)
Vanvirkur skjaldkirtill	24 (7,2)	0 (0)	16 (7,7)	8 (7,6)
Saga um mígreni	33 (9,9)	3 (14,3)	23 (11,0)	7 (6,7)
Saga um blóðþurrð í heila	36 (10,7)	1 (4,8)	15 (7,2)	20 (19,0)
Saga um flog	4 (1,2)	0 (0)	4 (1,9)	0 (0)
Saga um vitræna skerðingu	2 (0,6)	0 (0)	1 (0,5)	1 (1,0)
Saga um fyrra TGA	33 (9,9)	0 (0)	18 (8,6)	15 (14,3)

Tafla IV. *Yfirlit yfir útleysandi þætti*

Útleysandi þáttur		Fjöldi (n=187)
Líkamleg áreynsla n=85	Líkamsrækt	35
	Garðvinna	21
	Moka snjó /annað	6
	Þrífa	4
	Annað	19
Hitastigsbreytingar í vatni n=42	Sturta	21
	Heit/köld böð	10
	Sjósund	6
	Sund	5
Andlegt álag n=26		26
Kynlíf n=15		15
Uppköst/hóstaköst n=14	Uppköst	12
	Hóstaköst	2
Sársauki n=3	Læknisinngrip	1
	Meðhöndlun hjá kírópraktor	1
	Höfuðverkur	1
Ferðalag n=2	Utanlandsflug	2



Mynd 3. *Áætluð tímalengd TGA-kasta.*



Mynd 4. *Blóðþrýstingsmælingar TGA-sjúklinga við komu á Landspítala.*

áreynslu skömmu fyrir upphaf einkenna (24,4%). Í þeim flokki voru flestir að stunda líkamsrækt. Tuttugu og einn einstaklingur var að sinna garðvinnu fyrir upphaf einkenna, og þar af 6 sem voru að saga niður tré. Undir annað féllu atvik eins og gæsaveiðar, berja ís með járnkarli, brjóta skorstein, vinna við píplagnir, flísalögn, útreiðar og að keyra farartæki, svo sem mótorhjól og snjósleða. Þar á eftir voru 42 (12,1%) einstaklingar sem höfðu orðið fyrir hitastigsbreytingu í vatni. Tuttugu og sex (7,5%) voru undir einhverskonar andlegu álagi í aðdraganda TGA-kastsins. Dæmi um andlegt álag sem undanfari TGA kasts voru nýleg andlát í fjölskyldu, jarðarfarir, veikindi í fjölskyldu, skilnaðir og óvæntar eða slæmar fregnir. Fimmtán (4,3%) höfðu nýlega stundað kynlíf og 14 (4,0%) fengu minnisleysi í kjölfar uppkasta eða hóstakasts. Þrír (0,9%) einstaklingar fengu kastið í kjölfar sársauka og tveir (1,2%) verið í utanlandsflugi skömmu áður.

Eins og gefur að skilja sýndu allir sjúklingarnir einkenni um skyndilegt framvirkt minnisleysi og spurðu endurtekinna spurninga eða sögðu ítrekað það sama. Stór hluti einstaklinga hafði einnig afturvirkt minnisleysi. Algengast var að afturvirka minnisleysið næði aftur einhverja daga, en þó voru dæmi um að það næði aftur um nokkra mánuði og allt upp í nokkur ár. Ekki var óalgengt að einstaklingar lýstu einhverskonar óþægindum í höfði samhliða minnisleysinu. Algengast var að vægum höfuðverk eða seyðingi í höfði væri lýst. Einnig var lýst dofa yfir höfði og andliti, þrýstingstilfinningu, þyngslaverk, spennu í höfði án verkjar og hitatilfinningu í höfði. Önnur einkenni sem birtust stundum samhliða TGA voru svimi og væg ógleði. Hegðun á meðan TGA-kast stóð var mjög breytileg Margir tóku því með ró, aðrir voru mjög kvíðnir, einhverjir grétu, og aðrir reiddust ef upp kom að þeir mundu ekki eftir vissum atriðum.

Erfitt getur reynst að meta tímalengd TGA-kasta. Einungis tókst að áætla tímalengd í 75% tilvika. Í þeim tilvikum sem það tókst var meðallengd kastanna 3,62 klukkustundir, þar sem stysta kastið varði í um það bil 10 mínútur en það lengsta í 17 klukkustundir. Áætlaða tímalengd kasta má sjá á mynd 3. Helmingur TGA-kasta var á bilinu 1-5 klukkustundir að lengd.

Í 288 (82,8%) tilvikum voru einstaklingar með annaðhvort slagbilsþrýsting yfir 140 mmHg eða hlébilsþrýsting yfir 90 mmHg við komu (mynd 4). Meðalblóðþrýstingur var 159 mmHg/88 mmHg. Engin blóðþrýstingsmæling var skráð í 33 tilvika.

Í 96,0% tilvika voru sjúklingar sendir í tölvusneiðmynd, og í 36,2% tilvika í segulómskoðun. Eins og við mátti búast voru engar bráðar breytingar til staðar á tölvusneiðmyndum sem gátu útskýrt einkennin. Af þeim sem fóru í segulómskoðun mátti sjá flæðisskerðingu í og við dreka heilans hjá 10,3%. Breytingarnar sáust frá 0-5 dögum eftir upphaf einkenna, en algengast var að segulómskoðun einum degi eftir upphaf einkenna hafi sýnt slíka skerðingu. Sex einstaklingar voru með flæðisskerðingu í hægri dreka eða þar í kring, 5 vinstra megin og tveir beggja vegna.

Umræða

Í þessari afturskyggnu rannsókn var tíðni TGA á höfuðborgarsvæðinu á árunum 2010-2021 skráð, ásamt aldri við greiningu, kyni, útleysandi þáttum, mögulegum áhættuþáttum, auk grein-

ingaraðferða. Kynjaskipting var jöfn, meðalaldur var 64,1 ár við greiningu og var helmingur rannsóknarþýðisins á aldursbilinu 58-70 ára. Mögulegur útleysandi þáttur var skráður í 54% tilvika, þar sem líkamleg áreynsla var algengasti útleysandi þátturinn, og þar á eftir hitastigsbreyting í vatni. Engin augljós tengsl sáust milli áhættuþátta og TGA. Langflestir voru með hækkaðan blóðþrýsting við komu á spítala. Stærstur hluti var sendur í tölvusneiðmynd og rúmlega þriðjungur í segulómskoðun.

Á rannsóknartímabilinu greindust á Landspítala að meðaltali 29 köst af TGA á ári. Ef við miðum við fólksfjölda á höfuðborgarsvæðinu 1. janúar 2016,[15] sem var 209.513, eru þetta um 13,8 tilvik á hverja 100.000 íbúa. Sú tíðni er áþekk en þó heldur hærri en niðurstöður annarra rannsókna (5-11 á hverja 100.000 íbúa).[3,6] Þess ber þó að geta að hluti sjúklinga í okkar rannsókn var ekki búsettur á höfuðborgarsvæðinu og því ekki um nákvæmar faraldsfræðilegar tölur að ræða.

Ekki var marktækur munur á fjölda greininga eftir mánuðum. Til eru rannsóknir sem sýna vissan árstíðabundinn breytileika. Í ísraelskri rannsókn náði fjöldi greindra TGA-kasta hámarki að vetri og vori. Á Ítalíu voru flestar greiningar gerðar á köldustu mánuðum vetrar, og í pólskri rannsókn var hámarki náð að sumri og vori til.[16-18] Kynjaskipting rannsóknarþýðis okkar var jöfn, sem samræmist öðrum erlendum rannsóknum sem hafa ekki sýnt fram á marktækan kynjamun.[19] Fyrri rannsóknir hafa sýnt fram á að stærstur hluti einstaklinga sem fá TGA séu á aldrinum 50-80 ára. Niðurstöður þessarar rannsóknar voru í samræmi við það. Meðalaldur var 64,1 ± 10,3 ár.[4,20] Spönn aldursdreifingar var þó frá 14 til 91 árs og því mikilvægt að hafa TGA-greiningu í huga á breiðu aldursbili.

Nokkrar rannsóknir hafa sýnt fram á tengsl milli tímabundins minnisleysis og mígrenis.[21,22] Í okkar rannsókn voru 9,9% einstaklinga með sögu um mígreni, 13,2% kvenna og 6,5% karla. Þessar tölur benda ekki til augljósra tengsla milli mígrenis og TGA þar sem algengi mígrenis meðal fullorðinna í almennu þýði er 14,7-15,9%, 8-10,7% hjá körlum og 17,6-21% hjá konum.[23]

Í þessari rannsókn voru 1,2% einstaklinga með sögu um flog, en það er nálægt algengi flogaveiki (0,7-1,2%) í almennu þýði.[24] Næstum helmingur sjúklinga var með þekktan háþrýsting við TGA-greiningu (46%), sem geta virst sláandi tölur. Ef þessar tölur eru skoðaðar út frá aldursflokkum þá voru 37% einstaklinga á aldrinum 50-59 ára, 43,8% 60-69 ára og 62,5% einstaklinga á aldrinum 70-79 ára með háþrýsting. Þegar þessar tölur eru bornar saman við rannsóknarniðurstöður á algengi háþrýstings, sést að algengi háþrýstings meðal einstaklinga á aldrinum 40-59 ára er 33,2% og hækkar í 63,1% hjá einstaklingum eldri en 60 ára. Þessar tölur benda því ekki til tengsla milli háþrýstings og TGA.[25] Algengi heilablóðfalls í erlendu þýði hjá einstaklingum eldri en 60 ára er 7,6%, sem eru áþekk, þó aðeins lægri en 10,7% í þessari rannsókn.[26] Erfitt er þó að fullyrða um orsakasamband.

Fjöldi skráðra mögulegra útleysandi þátta var 54%, sem helst í hendur við það sem fyrri rannsóknir hafa sýnt (28-89%).[4,20] Áhuga vakti hve margir voru að vinna niður fyrir sig, svo sem að sinna garðvinnu, moka eða þrífa. Meðallengd kasta var 3,62 klukkustundir, sem er heldur styttri en í öðrum rannsóknum, þar sem meðallengd kasta er vanalega á bilinu 4-6 klukkustundir.[4,7,27] Munurinn gæti skýrst af því að einungis var áætluð tímalengd í um 75% tilvika, og líklegra að það hafi þótt erfiðara að áætla tímalengd í lengri köstum. Einkenni samhliða minnisleysi voru í takt við það sem áður hefur verið lýst, svo sem vægur höfuðverkur, ógleði og svimi.[28] Í þessari rannsókn höfðu 13,1% þýðisins sögu um fleiri en eitt TGA-kast, sem er í samræmi við endurkomu tíðni í öðrum rannsóknum, sem hafa sýnt fram á endurkomu hjá 3-24% einstaklinga.[3]

Af þeim sem fóru í segulómskoðun var hægt að greina flæðisskerðingu í dreka heilans hjá 13 (10,3%) einstaklingum, sem áður hefur verið lýst í rannsóknum. Sú tala er í samræmi við aðrar rannsóknir.[19,20] Rannsóknir hafa þó sýnt að hægt er að sjá flæðisskerðingu hjá allt upp í 85% einstaklinga eftir TGA-kast, ef ómunin er framkvæmd á réttum tíma og með bestu mögulegu aðferðum.[29]

Styrkleikar og veikleikar

Þessi rannsókn er sú fyrsta hér á landi sem gefur yfirlit yfir greind tilvik af tímabundnu minnisleysi. Styrkleiki rannsóknarinnar liggur í því að ná yfir fremur langt tímabil, 12 ár, og náði rannsóknin þannig til margra tilvika af TGA. Leiða má líkur að því að flestir sem fá TGA-kast á höfuðborgarsvæðinu leiti á Landspítala, og þá sérstaklega á bráðamóttöku, þar sem ástandið getur vakið töluverðan ugg. Hins vegar er ekki hægt að útiloka að einhver TGA-köst séu greind annars staðar en á spítalanum. Auk þess er ekki fullvíst að öll tilvik af TGA hafi verið réttilega skráð með viðeigandi ICD-10 greiningarkóða á Landspítala. Helsti veikleiki rannsóknarinnar er að hún er afturskyggn. Þar með fæst ónákvæmari skráning á þeim þáttum sem skoðaðir voru, en ef um framskyggna rannsókn væri að ræða. Auk þess var sjúkrasaga eingöngu könnuð í sjúkraskrárkerfi Landspítala (Sögu og Heilsugátt) og ekki er víst að allar greiningar, eins og á samveikindum eða áhættuþáttum, hafi verið skráðar þar.

Samantekt

Tímabundið minnisleysi er ekki óalgengt en góðkynja ástand sem mikilvægt er að læknar þekki. Það er ekki síst til að forða einstaklingum frá óþarfa rannsóknum. Ástandið birtist á nokkuð dramatískan hátt og veldur sjúklingum og aðstandendum oft miklum áhyggjum, er því mikilvægt að læknar hafi vissa þekkingu á TGA og geti gert grein fyrir góðum horfum þess. Endurkomutíðni TGA er lág og ekki hefur tekist að sýna fram á auknar líkur á öðrum sjúkdómum. Þau sem greinast með TGA eru almennt frekar hraust fólk, á miðjum aldri og kynjahlutföll eru jöfn. Voru niðurstöður rannsóknarinnar í samræmi við erlendar niðurstöður. Ekki sáust augljós tengsl tímabundins minnisleysis við mígreni, flog né heilablóðþurrð. TGA er sérstakt heilkenni sem hefur enn óþekkta undirliggjandi orsök.

Greinin barst til blaðsins 1. júlí 2022,
samþykkt til birtingar 27. september 2022.

Heimildir

1. Mathew NT, Meyer JS. Pathogenesis and natural history of transient global amnesia. Stroke 1974; 5: 303-11.
2. Pantoni L, Lamassa M, Inzitari D. Transient global amnesia: a review emphasizing pathogenic aspects. Acta Neurol Scand 2000;102: 275-83.
3. Arena JE, Rabinstein AA. Transient global amnesia. Mayo Clin Proc 2015; 90: 264-72.
4. Quinette P, Guillery-Girard B, Dayan J, et al. What does transient global amnesia really mean? Review of the literature and thorough study of 142 cases. Brain 2006; 129 (Pt 7): 1640-58.
5. Hodges JR, Warlow CP. Syndromes of transient amnesia: towards a classification. A study of 153 cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1990; 53: 834-43.
6. Sander K, Sander D. New insights into transient global amnesia: recent imaging and clinical findings. Lancet Neurol 2005; 4: 437-44.
7. Koski KJ, Marttila RJ. Transient global a mnesia: incidence in an urban population. Acta Neurol Scand 1990; 81: 358-60.
8. Vann SD, Nelson AJ. The mammillary bodies and memory: more than a hippocampal relay. Prog Brain Res 2015; 219: 163-85.
9. Choi SH, Kim YB, Paek SH, et al. Papez Circuit Observed by in vivo Human Brain With 7.0T MRI Super-Resolution Track Density Imaging and Track Tracing. Front Neuroanat 2019; 13: 17.
10. Sedlaczek O, Hirsch JG, Grips E, et al. Detection of delayed focal MR changes in the lateral hippocampus in transient global amnesia. Neurology 2004; 62: 2165-70.
11. Bartsch T, Alfke K, Stingele R, et al. Selective affection of hippocampal CA-1 neurons in patients with transient global amnesia without long-term sequelae. Brain 2006; 129 (Pt 11): 2874-84.
12. Lee HY, Kim JH, Weon YC, et al. Diffusion-weighted imaging in transient global amnesia exposes the CA1 region of the hippocampus. Neuroradiology 2007; 49: 481-7.
13. Kim JJ, Foy MR, Thompson RF. Behavioral stress modifies hippocampal plasticity through N-methyl-D-aspartate receptor activation. Proc Natl Acad Sci U S A 1996; 93: 4750-3.
14. Yang CH, Huang CC, Hsu KS. Behavioral stress enhances hippocampal CA1 long-term depression through the blockade of the glutamate uptake. J Neurosci 2005; 25: 4288-93.
15. Hagstofa Íslands Mannfjöldi eftir þéttbýlisstöðum, kyni og aldri 2011-2019. px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__mannfjoldi__2_byggdir__Byggdakjarnareldra/MAN03105.px/table/tableViewLayout1/?rxid=fc14cbc6-c609-4ec4-aa51-da7412f260a1 - júní 2022.
16. Keret O, Lev N, Shochat T, et al. Seasonal Changes in the Incidence of Transient Global Amnesia. J Clin Neurol 2016; 12: 403-6.
17. Akkawi NM, Agosti C, Grassi M, et al. Weather conditions and transient global amnesia. A six-year study. J Neurol 2006; 253: 194-8.
18. Chojdak-Łukasiewicz J, Dziadkowiak E, Noga L, et al. Seasonal variations in the occurrence of transient global amnesia (TGA). Neurol Neurochir Pol 2019; 53: 212-6.
19. Alessandro L, Calandri IL, Suarez MF, et al. Transient global amnesia: clinical features and prognostic factors suggesting recurrence. Arq Neuropsiquiatr 2019; 77: 3-9.
20. Arena JE, Brown RD, Mandrekar J, et al. Long-Term Outcome in Patients With Transient Global Amnesia: A Population-Based Study. Mayo Clin Proc 2017; 92: 399-405.
21. Yi M, Sherzai AZ, Ani C, et al. Strong Association Between Migraine and Transient Global Amnesia: A National Inpatient Sample Analysis. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2019; 31: 43-8.
22. Olesen J, Jørgensen MB. Leao's spreading depression in the hippocampus explains transient global amnesia. A hypothesis. Acta Neurol Scand 1986; 73: 219-20.
23. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. J Headache Pain 2010; 11: 289-99.
24. Zack MM, Kobau R. National and State Estimates of the Numbers of Adults and Children with Active Epilepsy - United States, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2017; 66: 821-5.
25. Fryar CD, Ostchega Y, Hales CM, et al. Hypertension Prevalence and Control Among Adults: United States, 2015-2016. NCHS Data Brief 2017; 289: 1-8.
26. Teh WL, Abdin E, Vaingankar JA, et al. Prevalence of stroke, risk factors, disability and care needs in older adults in Singapore: results from the WiSE study. BMJ Open 2018; 8: e020285.
27. Hodges JR, Warlow CP. The aetiology of transient global amnesia. A case-control study of 114 cases with prospective follow-up. Brain 1990; 113 (Pt 3): 639-57.
28. Spiegel DR, Smith J, Wade RR, et al. Transient global amnesia: current perspectives. Neuropsychiatr Dis Treat 2017; 13: 2691-703.
29. Weon YC, Kim JH, Lee JS, et al. Optimal diffusion-weighted imaging protocol for lesion detection in transient global amnesia. AJNR Am J Neuroradiol 2008; 29: 1324-8.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.11.715

Transient Global Amnesia in the Reykjavik area

Auður Gauksdóttir[1]

Ólafur Árni Sveinsson[1,2]

[1]Faculty of Medicine, University Iceland, [2]Department of Neurology, University Hospital of Iceland, Reykjavík.

Correspondence: Ólafur Árni Sveinsson, olafursv@landspitali.is

Key words: *transient global amnesia, anterograde amnesia, hippocampus, diffusion weighted imaging, hypertension, migraine.*

BACKGROUND: Transient Global Amnesia (TGA) is a benign syndrome characterized by sudden anterograde memory loss, that resolves spontaneously within 24 hours. TGA appears without other focal neurological symptoms. The aim of this study was to study TGA in the greater Reykjavik-area.

METHODS: We retrospectively analysed the medical history of patients with a diagnosis of TGA (ICD-10 G45.4) at the University Hospital in Iceland in 2010-2021. Medical records were reviewed, and information about year and age at diagnosis, sex, symptoms, precipitating events, imaging results and risk factors were collected. Statistical processing was performed with Excel and Rstudio.

RESULTS: Overall, 348 attacks of TGA were identified with a mean frequency of 29 attacks/year, where 9.9% had an earlier history of TGA. The mean age was 64.1, with 50% of subjects between 58-70 years old. The sex distribution was equal (49.9% female). Possible precipitating events were found in 53.7% of cases, with physical activity being the most common one (24.4%), followed by sudden temperature change and emotional stress. In 96% of patients a computerized tomography was performed (no sign of acute changes were found), and magnetic resonance imaging (MRI) in 36.2% of cases. MRI showed restricted diffusion in the hippocampal area in 10.3% of cases.

DISCUSSION: TGA is not a rare but a benign syndrome. Our findings regarding age, sex distribution and precipitating events were in accordance with other studies. TGA is thought to result from a temporary hippocampal dysfunction supported by the clinical presentation and MRI findings. The cause of TGA is however still unknown.

Nýr dagur risinn – saga slagmeðferðar á Íslandi

Brynhildur Thors[1] læknir
Vilhjálmur Vilmarsson[2] læknir

[1]Taugadeild Karolinska-sjúkrahússins í Stokkhólmi, [2]æðaþræðing- og inngripsröntgen Landspítala.

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

ÁGRIP

Í þessari grein verður stiklað á stóru í sögu meðferðar við blóðþurrðarslagi á Íslandi en miklar framfarir hafa átt sér stað síðustu áratugi og viðhorf til sjúkdómsins gjörbreyst. Greinin byggir að hluta til á viðtölum við lækna sem komu að þessari uppbyggingu. Þegar litið er yfir farinn veg má sjá að Ísland hefur að mörgu leyti verið í fararbroddi í innleiðingu nýrra meðferða við slagi þegar horft er til þeirra landa sem við berum okkur saman við. Það má þakka dugmiklum frumkvöðlum sem höfðu mikinn metnað fyrir hönd þessa sjúklingahóps.

Inngangur

Í þessu yfirliti verður farið yfir það helsta í sögu meðferðar við blóðþurrðarslagi á Íslandi. Orðið slag, á ensku *stroke*, kemur fyrir í aldagamalli lýsingu – „*the stroke of God´s hand*“. Hippókrates lýsti slagi fyrstur manna svo vitað sé fyrir um 2400 árum og talaði þá um stöðnun á flæði blóðsins. Galen þróaði áfram tilgátu Hippókratesar, staðsetti truflunina í heilanum og taldi hana stafa af truflun á flæði lífsnauðsynlegra anda. Segja má að tilgáta Galens hafi ekki verið svo fjarri lagi. Slag verður vegna rofs á slagæð með heilablæðingu (blæðingarslag, *haemorrhagic stroke*) eða vegna lokunar slagæðar og blóðþurrðar í heilavef (blóðþurrðarslag, *ischemic stroke*). Það var svissneski læknirinn Johann Jacob Wepfer sem greindi fyrstur á milli þessara tveggja orsaka slaga með krufningarrannsóknum árið 1658. Hann birti niðurstöður sínar í bókinni *Historia Apoplecticorum*[1] og lagði mikið af mörkum í kortlagningu æðakerfis heilans.

Um miðbik síðustu aldar voru hér á landi notuð heitin hjartaslag og heilaslag (eða eingöngu slag eins og notað verður í þessu yfirliti) um skyndilegan sjúkleika í hjarta og höfði. Þau koma fyrir í orðasafni Guðmundar Hannessonar, *Íslenzk læknisfræðiheiti* (*Nomina Clinica Islandica,* 1954). Þau þóttu fremur harkaleg og tengdust slæmum horfum þessara sjúkdóma. Orðið „slag“ var notað um skyndileg og alvarleg veikindi fólks sem varð jafnvel örent stuttu síðar. Þessi orð komu illa við marga og þannig kom til orðið heilablóðfall sem þótti hafa mildari tón. Í dag er það notað til jafns við orðið slag.

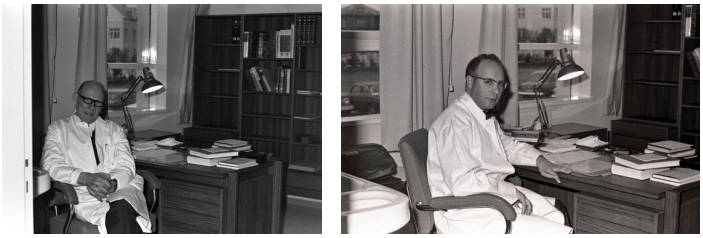
Slag er einn af algengustu sjúkdómum okkar tíma og veldur mikilli samfélagslegri byrði. Ekki er langt síðan að engin áhrifarík meðferð var við slagi, lögð var áhersla á rúmlegu og sjúklinga beið oft á tíðum alvarleg fötlun eða dauði. Á síðustu áratugum hafa viðhorfin gjörbreyst með aukinni þekkingu, tækniþróun og nýjum meðferðarmöguleikum fyrir þennan stóra sjúklingahóp. Framfarirnar fela aðallega í sér þrjár vörður: slageiningar á sjúkrahúsum (*stroke unit*), segaleysandi meðferð (*thrombolysis*) og segabrottnám (*thrombectomy*). Þetta hefur bætt verulega horfur þeirra sem fá slag, bæði hvað varðar lifun og lífsgæði.

Úr ekki svo fjarlægri fortíð

Upphaf taugalækninga á Íslandi

Fyrsti taugalæknirinn sem starfaði á Íslandi[a] var Kjartan R. Guðmundsson. Hann hóf störf árið 1941 og varð síðar fyrsti prófessor í taugasjúkdómafræði við læknadeild Háskóla Íslands. Næstur kom til starfa Gunnar Guðmundsson taugalæknir árið 1959 en hann framkvæmdi fyrstu æðamyndatökur af heila hér á landi um 1960.

[a]Karl Kroner (1878-1954) var hámenntaður þýskur taugalæknir (hafði skrifað kennslubók í taugasjúkdómafræði), sem kom til Íslands sem flóttamaður árið 1938. Hann talaði ekki íslensku og vann hér verkamannavinnu fyrstu árin. Einstaklingar leituðu stundum til hans sem læknis og fyrir kom að hann skoðaði sjúklinga á Landspítala. Karl Kroner fékk ríkisborgararétt og lækningaleyfi árið 1944, en flutti til Bandaríkjanna árið 1945.



Fyrstu yfirlæknar taugadeildar Landspítalans, Kjartan R. Guðmundsson (vinstri) og Gunnar Guðmundsson (hægri).

Fyrsta taugalækningadeildin á Íslandi var stofnuð á Landspítala við Hringbraut árið 1967 og var þá staðsett í nýopnaðri álmu í aðalbyggingu sjúkrahússins þar sem nú er krabbameinsdeild 11-E. Fyrstu yfirlæknar deildarinnar voru þeir Kjartan og Gunnar. Sú venja skapaðist að deildin tók aðeins við hluta slagsjúklinga en meirihluti þeirra lagðist inn á lyflækningadeildir spítalans. Árið 1985 var deildin flutt í nýreista geðdeildarbyggingu á Landspítalalóðinni. Við það varð mun erfiðara að sinna bráðveikum (þar á meðal slagi) á deildinni þar sem hún var ekki beintengd aðalbyggingu spítalans og flytja þurfti sjúklinga á milli í sjúkrabíl, bæði fyrir myndgreiningu og á gjörgæslu.

Árið 1998 var sú stefna mótuð að flytja taugalækningadeildina til baka inn í aðalbyggingu Landspítala. Ástæðan var sú sannfæring að umönnun slagsjúklinga væri best komið hjá læknum með sérþekkingu á taugasjúkdómum. Einnig var ljóst að sjúklingum með slag myndi fjölga hröðum skrefum og ef sérgreinin tæki ekki fullan þátt í því yrði framtíð greinarinnar í óvissu innan sjúkrahússins.

Skoðanir voru í fyrstu skiptar um ágæti þessara fyrirætlana, bæði innan og utan taugalækningadeildarinnar, en andstaðan risti ekki djúpt. Aðalbaráttumaður þessa málstaðar var Elías Ólafsson, taugasérfræðingur, en hann tók við stöðu yfirlæknis taugalækningadeildar árið 1998 og um leið prófessorsstöðu í taugalækningum við Háskóla Íslands. Ein hindrun þessa fyrirkomulags var að sjúkradeild í aðalbyggingu spítalans var ekki laus en með dyggri aðstoð, einkum Þorvaldar Veigars Guðmundssonar þáverandi lækningaforstjóra Landspítala, fór þessi flutningur fram á miðju ári 2000.[b] Taugalækningadeildin byrjaði strax að taka við öllum sem lögðust inn á Landspítala vegna slags. Þetta fyrirkomulag gafst mjög vel og var því framhaldið við flutning taugalækningadeildar í Fossvog í nóvember 2002.

Sjúklingar rísa úr rekkju

Í skrifum sínum um slageiningu á endurhæfingar- og taugalækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur 1998 fjallar Einar Már Valdimarsson, taugalæknir, um sögu slagmeðferðar og lýsir úrræðaleysinu þegar kom að meðferð.[2] Hann lýsir því svo:

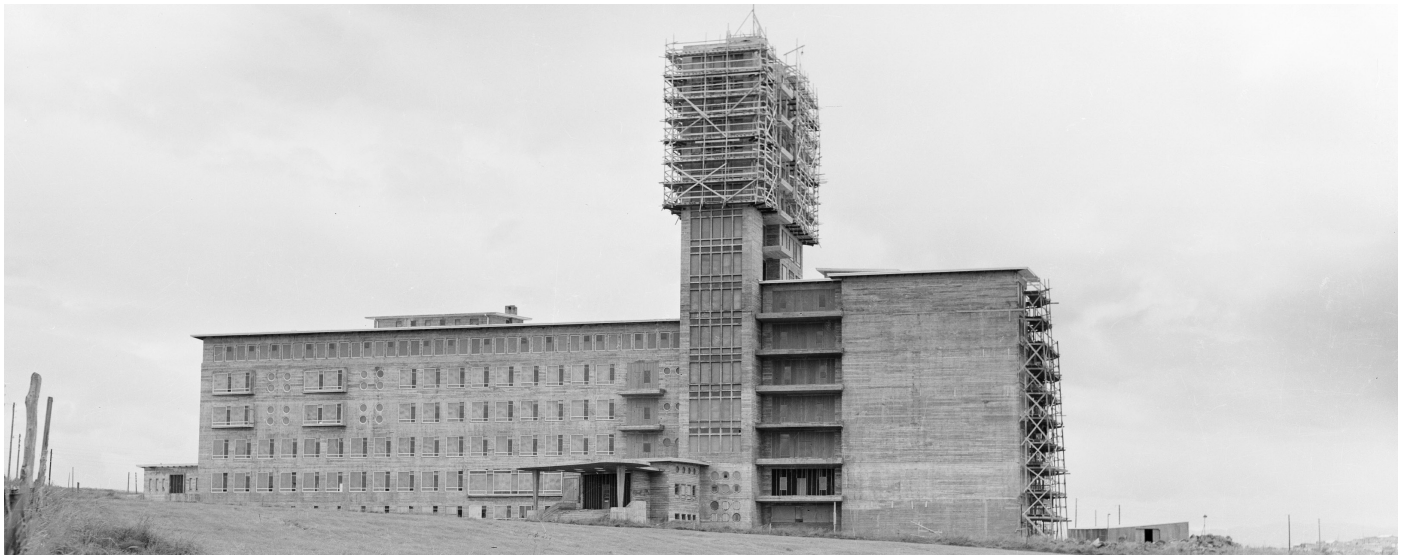
> „Til að gefa stutt sögulegt yfirlit má segja að fyrir tiltölulega stuttum tíma eða um það bil 20 árum hafi heilablóðfallssjúklingar víðast hvar fengið tiltölulega litla athygli í heilbrigðiskerfinu. Þessir sjúklingar voru lagðir innan um aðra sjúklinga á almennum lyflækningadeildum. Þetta þótti þungur sjúklingahópur sem talinn var hafa slæmar batahorfur og vildi því verða útundan."

Fram að þessu voru sjúklingarnir aðallega áhugaverðir fyrir taugalækna með tilliti til taugaskoðunar og greiningar en meðferðarúrræði voru takmörkuð.

Í kringum 1980 varð vitundarvakning um að slagssjúklingar ættu sér endurhæfingarmöguleika. Í kjölfarið hófust þróun slageininga á nokkrum stöðum í heiminum. Þar var rík áhersla lögð á snemmbúna hreyfingu (*early mobilisation*). Miklar framfarir urðu í þessari endurhæfingarmiðuðu meðferð á sumum stöðum en tíminn stóð í stað annars staðar. Þannig voru ekki allir jafnsannfærðir um gagnsemi þessarar meðferðar, sjúklingar voru víða áfram tiltölulega afskiptir í meðferðarlegu tilliti og hafðir á rúmlegu eftir áfallið. Þetta viðhorf breyttist hratt á næstu árum og þessir sjúklingar urðu smám saman sýnilegri innan heilbrigðiskerfisins með tilkomu slageininga. Fjölmargar rannsóknir voru gerðar á afdrifum sjúklinga á slageiningum í samanburði við eldra meðferðarform. Þær sýndu yfirburði slageininganna, dánartíðni lækkaði, legutími styttist og fleiri útskrifuðust til síns heima.[3]

Í ritstjórnargrein í *Læknablaðinu* 1999[4] ræðir Elías Ólafsson taugalæknir tvö mikilvæg atriði í meðferð þessara sjúklinga: gagn-

[b] Taugalækningadeildin var fyrst staðsett á 13-G en frá haustinu 2000 á 11-A.



Borgarspítalinn í Fossvogi í byggingu. Aðalframkvæmdir hófust árið 1954 og starfsemi i árslok 1967.



Sjúklingur í endurhæfingu ásamt Þór Halldórssyni, fyrsta yfirlækni öldrunarlækningardeildar Landspítala og Guðrúnu Elíasdóttur, fyrstu deildarhjúkrunarkonu taugalækningadeildar Landspítala.



Grensásdeild Borgarspítalans sem upphaflega var hannað sem hjúkrunarheimili. Þar var starfrækt endurhæfingadeild frá árinu 1973 en sérhæfð endurhæfinga- og taugalækningadeild var opnuð í húsnæðinu árið 1988.

semi slageininga og segaleysandi meðferð í æð (*tissue plasminogen activator*, t-PA). Á árunum 1980 til 1985 var NIHSS-skalinn (National Institutes of Health Stroke Scale) þróaður sem staðlaður matskvarði á brottfallseinkennum eftir blóðþurrðarslag. Hann var notaður til þess að meta árangur segaleysandi meðferðar við rannsóknir sem voru að hefjast.[5] Meðferðin fékkst samþykkt af bandaríska lyfjaeftirlitinu eftir eina slembiraðaða rannsókn, sem er einstakt í sögu lyfjaeftirlitsins. Notkun lyfsins hófst í Bandaríkjunum 1996 en í kringum 1999 í Evrópu.

Enn ein varðan í meðferð slagsjúklinga var tilkoma segabrottnáms, æðainngrips sem beitt er þegar lokun verður í stærri heilaslagæðum. Rannsóknir á árangri innæðameðferðar hófust upp úr 1990. Upp úr aldamótum fór möguleg gagnsemi þessa inngrips smám saman að koma í ljós en það var svo um 2015 sem sýnt var fram á óyggjandi árangur.[6]

Samhliða þessum framförum efldust rannsóknir á orsökum slagæðasjúkdóma í heila og leikur myndgreining þar eitt lykilhlutverk ásamt öflugum taugaröntgenlæknum. Árið 1981 var tekið í notkun fyrsta tölvusneiðmyndatækið hér á landi en sú tækni umbylti greiningarvinnu tengdri slagi og öðrum heilaæðasjúkdómum Enn frekari framfarir urðu þegar segulómrannsóknir komu til sögunnar hér á landi árið 1991 en þær stórbættu bæði snemmgreiningu og mismunagreiningu heilaslags. Ljósi var varpað á mikilvæga áhættuþætti slags, svo sem þrengingar í hálsslagæðum (*carotis stenosis*) og sýnt var fram á gagnsemi skurðaðgerða[7] en fyrsta aðgerð á hálsslagæð (*carotis endarterectomia*) á Íslandi var gerð árið 1968.[8] Athyglin beindist einnig að hjartsláttaróreglu sem öðrum meginorsakavaldi slagæðalokana og mikilvægi blóðþynningarmeðferðar.[9]

Þannig má sjá að mikil framþróun hefur orðið í meðferð heilaslags á síðustu áratugum. Miðað við ritstjórnargrein Elíasar Ólafssonar árið 1999 „Meðferð slags, morgunn nýs dags“ þar sem hann fór yfir stöðu meðferðar,[4] má segja að nú sé sannarlega risinn nýr dagur í meðferðarmöguleikum hjá slagsjúklingum.

Vörðurnar þrjár

Slageining

Á síðustu tveimur áratugum 20. aldarinnar var vaxandi áhugi á slageiningum sem hluta af meðferð bráðaslags. Slageining er sérhæfð eining innan sjúkrahúsa sem sinnir öllum þáttum í meðferð sjúklinga með slag. Þar er lögð rík áhersla á að hefja endurhæfingu sem allra fyrst eftir áfall, gagnstætt því sem áður var. Starfsemin er þverfagleg og byggir á náinni samvinnu margra fagstétta, ekki síst sérhæfðra hjúkrunarfræðinga, sjúkraþjálfara, iðjuþjálfa og talmeinafræðinga. Slageining var fyrsta stóra framfaraskrefið í meðferð slagsjúklinga og kom til löngu fyrir tíma segaleysandi meðferðar eða segabrottnáms. Þessi nýju viðhorf í meðferð slagsjúklinga féllu lengi í misjafnan jarðveg meðal lækna víða um heim.

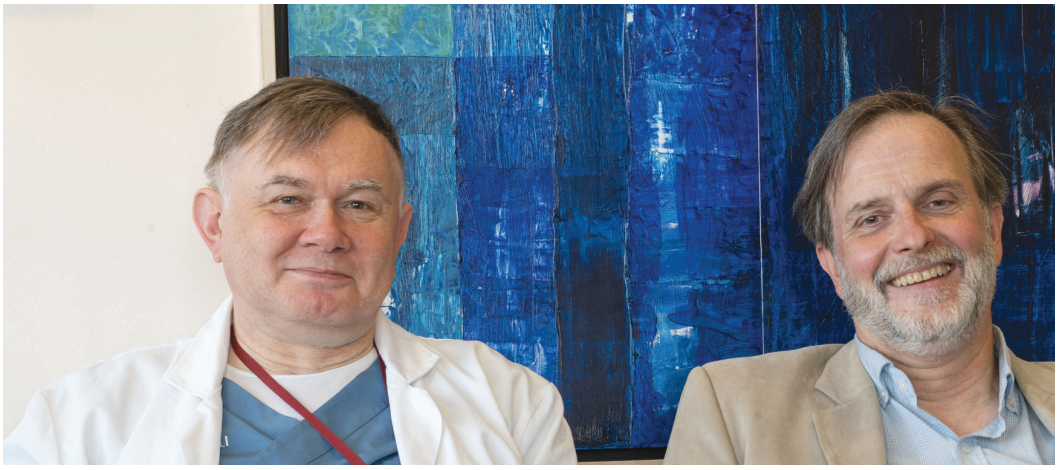
Framan af var þessi hugmyndafræði aðallega bundin við Norðurlönd og nokkur Evrópulönd. Þeir sem voru í forsvari fyrir þessa nýju hugmyndafræði stóðu fyrir ráðstefnum sem haldnar voru reglulega frá því um 1980. Smám saman breiddist þessi boðskapur út og slageiningar urðu almennari í Evrópu. Um 1990 birtust samanburðarrannsóknir sem staðfestu gagnsemi slagdeilda og var fyrsta rannsóknin (1991) frá Noregi.[3,c] Fljótlega var tvenns konar fyrirkomulag slagdeilda í umræðunni sem hvort tveggja skilaði árangri. Annars vegar bráðaslagdeild sem tók á móti öllum með bráðaslag strax við innlögn, án tillits til aldurs og alvarleika einkenna, og hins vegar það að leggja sjúklinga fyrst inn á lyfjadeildir og flytja síðan valinn hóp slagsjúklinganna á endurhæfingardeild í líkingu við Grensásdeild Borgarspítala.

Árið 1988 var stofnuð sérhæfð taugalækningadeild við Borgarspítalann, endurhæfingar- og taugalækningadeild. Starfsemin fór fram í húsnæði sjúkrahússins á Grensási. Þar voru starfandi taugalæknarnir Einar Már Valdimarsson, Torfi Magnússon og Finnbogi Jakobsson ásamt Ásgeiri B. Ellertssyni yfirlækni og hafði slageiningin 15 rúm til umráða. Einar Már Valdimarsson, taugasérfræðingur, kom heim úr sérnámi í Svíþjóð árið 1980. Þar hafði hann kynnst vitundarvakningu um mikilvægi endurhæfingar strax í bráðafasa slags. Einar Már réð sig til starfa á Grensásdeild og hóf undirbúning að sérhæfðri slageiningu.[10] Taugalæknarnir stóðu fyrir bakvakt við sjúkrahúsið og lögðu áherslu á að sem flestir slagsjúklingar flyttust eins fljótt og fært var af bráðamóttökunni á slageininguna. Í forgangi voru sjúklingar sem talið var að ættu bestu endurhæfingarmöguleikana. Á þessum tíma hafði Borgarspítali bráðavakt annan hvern dag á móti Landspítala. Smám saman byggðist upp öflug slageining á Grensás þar sem

[c] Rannsóknin náði til 220 sjúklinga með bráðaslag. Þeim var slembiraðað á annaðhvort sérhæfða slagdeild (n=110) eða almenna legudeild (n=110). Ári síðar voru 63% slagdeildarsjúklinganna heima hjá sér, en 45% samanburðarhópsins; 25% slagdeildarsjúklinganna voru látnir og 33% samanburðarhópsins.



Einar Már Valdimarsson, taugalæknir



Taugalæknarnir Finnbogi Jakobsson (vinstri) og Albert Páll Sigurðsson (hægri).



Elias Ólafsson, taugalæknir

þverfaglegt teymi tók á mismunandi þáttum í meðferð sjúklingsins. Einnig var lögð áhersla á að hafa góð samskipti og samvinnu við aðstandendur í ríkari mæli en áður hafði tíðkast. Þannig má segja að Ísland hafi þarna verið í fararbroddi og átt mjög öfluga slageiningu snemma í sögu þessa mikilvæga meðferðarhluta slagsjúklinga.[11]

Bráðaslagdeild var komið á fót á taugalækningadeild Landspítala árið 2000 og strax frá upphafi var það markmið deildarinnar að taka á móti öllum sem leituðu til spítalans vegna bráðaslags. Þetta gekk mjög vel og nær samstundis voru allir með bráðaslag lagðir inn á taugalækningadeildina og var það nýjung hér á landi. Þetta fyrirkomulag var síðan flutt á taugalækningadeildina (B-2) í Fossvogi í nóvember 2002 og hefur verið við lýði þar síðustu 20 árin. Eina hindrunin hefur verið viðvarandi skortur á sjúkrarúmum á deildinni þannig að margir slagsjúklingar hafa dvalið fyrstu dagana á bráðamóttöku sjúkrahússins og þannig farið á mis við það sem bráðaslagdeild getur boðið.

Öllum er nú orðið ljóst að endurhæfing strax í bráðafasa er mikilvæg. Rannsóknir hafa sýnt ótvíræðan árangur hvað varðar lífslíkur, fötlunarstig og styttingu legutíma.[12] Því er víðast hvar orðið fast í sessi að starfandi séu teymi fagaðila sem sinna þessum sjúklingahópi á slageiningum sjúkrahúsa.

Segaleysandi meðferð

Segaleysandi meðferð með streptokínasa var orðin nokkuð föst í sessi fyrir sjúklinga með bráða kransæðastíflu þegar læknar fóru að nota hana við blóðþurrðarslagi. Þótt hugmyndin virtist góð olli árangurinn vonbrigðum. Tíðni heilablæðinga reyndist há og árangurinn ekki nægilega góður.[13] Menn hurfu því frá notkun streptokínasa en beindu sjónum sínum að tissue-Plasminogen Activator (t-PA, Alteplasa®) sem þá var viðurkennd bráðameðferð við kransæðastíflum og blóðsegum í lungnaslagæðum.

Sett var af stað rannsókn á gagnsemi tPA við blóðsegum í heilaslagæðum (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, NINDS). Niðurstöður voru birtar 1995 og bentu til mun betri árangurs og lægri tíðni einkennagefandi blæðinga samanborið við streptokínasa.[14] Á þeim grunni samþykkti bandaríska lyfjaeftirlitið t-PA-meðferð við blóðþurrðarslagi 1996. Þar sem ákvörðun bandaríska lyfjaeftirlitsins byggði eingöngu á niðurstöðu einnar rannsóknar voru Evrópulönd tregari til að samþykkja meðferðina. Frekari rannsóknir þurfti til að lyfjaeftirlitið í Evrópu féllist á notkun t-PA við heilaslagi en eftir niðurstöður kanadískrar fjölsetrarannsóknar nokkru síðar var meðferðin viðurkennd bæði í Kanada og Evrópu árið 1999.[15]

Íslendingar voru fljótir að taka við sér og árið 1999 var t-PA fyrst gefið hér á landi við bráðaslagi. Þar átti stærstan þátt Albert Páll Sigurðsson taugalæknir sem hóf störf á taugalækningadeild Landspítala árið 1998. Hann lauk sérnámi í Bandaríkjunum í lyflæknisfræði, síðar taugalæknisfræði með áherslu á heilaæðasjúkdóma. Þar kynntist hann vel því nýjasta sem var á döfinni í þeim efnum og var virkur í klínískum rannsóknum. Eitt af þeim rannsóknaverkum sem hann tók þátt í var ATLANDIS-B-rannsóknin þar sem kannaður var árangur t-PA-meðferðar.[16] Fljótlega innleiddi hann þessa meðferð á Íslandi á meðan lyfið var enn í samþykktarferli hjá Evrópska lyfjaeftirlitinu. Gerðir voru verkferlar og var meðferðinni fyrst beitt á Íslandi þann 8. september 1999. Það var 74 ára gömul kona sem hafði fengið segarek frá hjarta og farnaðist henni vel eftir það. Meðferðin var síðan tekin upp á Sjúkrahúsi Reykjavíkur sama ár undir stjórn taugalækna og byggði á leiðbeiningum Alberts Páls. Ísland varð þannig annað Norðurlandanna til að taka upp t-PA-meðferð, á eftir Finnlandi, og þessi lönd voru í fararbroddi í innleiðingu á segaleysandi meðferð í Evrópu. Þetta var mikilvægt skref fyrir taugalækna því þá strax var ljóst að ef taugalæknar tæku ekki að sér þessa meðferð, myndi það hafa miklar afleiðingar fyrir framtíð sérgreinarinnar á Íslandi. Reynsla annarra landa sýnir hvað hefði auðveldlega getað gerst



Æðaþræðingastofa Landspítalans í Fossvogi.



Vilhjálmur Vilmarsson, sérfræðingur í æðainngripum við Landspítalann.

hér á landi en víða eru taugalæknar hlutfallslega fáir og meðferð bráðaslags að mestu í höndum annarra sérgreina.[17]

Á þessum tíma voru margir læknar vantrúaðir á þessa meðferð og ekki sjálfgefið að koma henni á fót svo skjótt. Meðferðin reyndist árangursrík og rannsóknir sýndu fljótlega fram á gagnsemi hennar hjá þessum sjúklingahópi.[18] Þrátt fyrir þessar afgerandi niðurstöður um árangur meðferðarinnar, finnast enn einstaka efasemdamenn í röðum lækna.

Verkferlar hafa verið í stöðugri þróun frá upphafi meðferðarinnar og hafa margir komið að þeirri mikilvægu vinnu, jafnt taugalæknar sem aðrar stéttir sem að meðferðinni koma. Til að lyfið skili sem bestum árangri skiptir kapphlaupið við tímann miklu máli. Smátt og smátt hefur tekist að koma á straumlínulöguðum verkferlum sem fela í sér samstarf mismunandi sérgreina og er það lykillinn að skjótri og árangursríkri meðferð. Ferlið felur þannig í sér hárrétt viðbrögð allt frá upphafi einkenna og þar til meðferð er gefin inni á sjúkrahúsi. Þetta hefur gefið mjög góðan árangur á Landspítala og hægt er að nálgast þessa verkferla á innri síðu spítalans.

Innæðameðferð

Þrátt fyrir góðan árangur t-PA-meðferðar var þörf á öflugri meðferð við stærri blóðþurrðarslögum þar sem lokun verður í stórum heilaslagæðum. Talið er að gjöf t-PA leysi upp minni blóðsega í 60-80% tilvika en við stærri sega er árangurinn ekki nema 10-30%.[19] Þannig hófust snemma tilraunir með innæðameðferð (*endovascular treatment*). Upp úr 1990 var kannaður árangur innæðameðferðar þar sem gefin var staðbundin segaleysandi meðferð með urokínasa og síðar t-PA í gegnum örlegg (*microcatheter*). Árið 1999 voru niðurstöður ProActII-rannsóknarinnar birtar en í henni var notast við urokínasa með takmörkuðum árangri.[20] Því var leitast við að þróa aðrar aðferðir til þess að fjarlægja segalokanir í stað þess að reyna að leysa þær upp. MERCI *(Mechanical Embolus Retrieval in Cerebral Ischemia*) var fyrsta viðurkennda áhaldið sem notað var í þeim tilgangi en fyrstu niðurstöður um árangur þessa inngrips birtust árið 2005. Enduropnun æða tókst þó einungis í um helmingi tilvika.[21] Þörf var á betri aðferð og fóru menn að prófa sjálfþenjandi stoðnet til segabrottnáms, sem síðar leiddi af sér „*solitaire retrievable stent*"-tæknina. Þetta reyndist algjör bylting við meðhöndlun lokana stærri heilaslagæða, leiddi til mun betri enduropnunartíðni og útkomu fyrir sjúklinga.[22] Á þessum tíma voru læknar þó ekki enn sannfærðir um ágæti innæðameðferðar og oft réðu staðbundin viðhorf og vinnulag þeirra hversu mikið henni var beitt. Þarna komu út nokkrar smáar og misgóðar rannsóknir sem ekki greiddu götu meðferðarinnar. Á árunum 2014-2015 voru hins vegar gerðar nokkrar vandaðar slembiraðaðar rannsóknir sem uppfylltu ákveðin skilmerki (sýna fram á næræðalokun (*proximal occlusion*) með myndrannsókn, lögð áhersla á skjóta meðferð og ákveðin skilgreind áhöld voru notuð). Þegar þær rannsóknir voru teknar saman var sýnt fram á frábæran árangur meðferðarinnar með óyggjandi hætti (NNT 2.6).[23] Þessi aðferð breiddist því mjög hratt út og varð fljótt stöðluð meðferð á flestum slageiningum erlendis.

Á Íslandi var þessi meðferð lengi vel ekki í boði, meðferðin er mjög sérhæfð og ekki sjálfgefið að koma á fót slíkri þjónustu í svo fámennu landi. Vilhjálmur Vilmarsson, annar greinarhöfunda, hafði verið í sérnámi í taugainngripum (*neurointervention*) í Svíþjóð um árabil og kom til landsins árið 2016 með það fyrir augum að koma slíkri starfsemi á laggirnar. Árið 2017 var svo fyrsti sjúklingurinn með lokun í miðhjarnaslagæð (*artery cerebri media*) meðhöndlaður með segabrottnámi með mjög góðum árangri. Daginn eftir inngrip var hann nær einkennalaus. Árangur þessa inngrips er því verulegur þegar vel gengur sé litið til þeirra slæmu horfa sem annars bíða þessara sjúklinga. Frá þessum tíma hefur verið haldið úti því sem næst samfelldri vaktþjónustu við spítalann á æðaþræðingadeildinni í Fossvogi og hafa fjölmargir fengið slíka meðferð. Í dag hafa tveir inngripslæknar til viðbótar fengið þjálfun á Landspítala í innæðameðferð slagsjúklinga og er starfsemin þannig í föstum sessi.

Göngudeild

Að lokum er vart hægt að ljúka yfirferð um meðferð heilaslags án þess að minnast á þá mikilvægu starfsemi sem fer fram á göngu-

deild taugalækninga. Árið 2005 var sett á laggirnar göngudeild á taugalækningadeild Landspítala fyrir sjúklinga sem leituðu á bráðamóttöku með skammvinna heilablóðþurrð (*transient ischemic attach*, TIA). Starf TIA-göngudeildarinnar byggir á teymisvinnu sérfræðilækna, deildarlækna og hjúkrunarfræðinga. Sjúklingunum er fylgt eftir fyrstu dagana meðan verið er að ljúka rannsóknum og hættan á slagi er hvað mest en áður voru þessir sjúklingar lagðir inn á legudeild á meðan á uppvinnslu stóð. Megintilgangur uppvinnslunnar er að finna og meðhöndla án tafar áhættuþætti slags, einkum gáttaflökt og einkennagefandi þrengsli á hálsslagæðum. Greining TIA er oft vandasöm og einkenni geta verið óljós. Frá upphafi var því miðað við að göngudeildin tæki að sér einstaklinga sem læknar taugalækningadeildar hefðu greint með TIA. Þetta göngudeildarfyrirkomulag hefur reynst afar vel á taugalækningadeild og sparað mikinn kostnað. Þetta birtist meðal annars í því að fyrstu ár göngudeildarinnar var um helmingur TIA-sjúklinganna lagður inn en hlutfallið hefur lækkað og er nú nær 10%.

Lokaorð

Saga slagmeðferðar á Íslandi er afar áhugaverð, ekki síst í því ljósi að Ísland hefur verið í fararbroddi við að tileinka sér helstu framfarir og nýjungar í meðferð slagsjúklinga. Þessu má ekki síst þakka ákveðnum hugsjónamönnum sem hafa innleitt slíkar nýjungar þrátt fyrir að oft hafi verið skiptar skoðanir um gagnsemi þeirra. Á stuttum tíma hefur slagmeðferð hér á landi þróast frá hálfgerðu afskiptaleysi í garð sjúklinga sökum úrræðaleysis yfir í háþróaða meðferð sem stenst alþjóðlegan samanburð. Þetta hefur gerst þrátt fyrir smæð landsins. Árangursríkri bráðameðferð hefur verið komið á fót og er mikið lagt upp úr nákvæmri greiningu slaga, skilvirkri uppvinnslu og viðeigandi fyrirbyggjandi meðferð. Þetta er ekki síður mikilvægur þáttur í heildrænni meðferð sjúklinganna. Bráðameðferð heilaslaga byggir á öflugri teymisvinnu, sú uppbygging hér á landi hefur skilað miklum árangri í kapphlaupi við þann knappa tíma sem gefst þegar um svo alvarlegan sjúkdóm er að ræða. Það má því með sanni segja að nýr dagur sé risinn í meðferð slagsjúklinga á Íslandi.

Þakkir

Þakkir fá Elías Ólafsson, Einar Már Valdimarsson og Finnbogi Jakobsson fyrir viðtöl og yfirlestur. Þakkir til Alberts Páls Sigurðssonar fyrir yfirlestur og aðstoð við söfnun mynda. Myndir eru í eigu og birtar með leyfi Landspítala.

Greinin barst til blaðsins 4. júlí 2022,
samþykkt til birtingar 9. október 2022.

Heimildir

1. Wepfer JJ. Historiae apoplecticorum, observationibus [et] scholiis anatomicis [et] medicis quamplurimis elaborate [et] illustrate: una cum espistola Johannis Ott De scriptis Holderi De elementis sermonis & Morlandi De stentorophonia. apud Janssonio-Waesbergios; 1724: 688.
2. Valdimarsson EM. Heilablóðfallseining á endurhæfinga- og taugadeild SHR. Fréttabréf ÖBÍ 1998: 24-5.
3. Indredavik B, Bakke F, Slørdahl SA, et al. Stroke unit treatment improves long-term quality of life: a randomized controlled trial. Stroke 1998; 29: 895-9.
4. Ólafsson E. Meðferð slags, morgunn nýs dags. Læknablaðið 2000; 86: 507-9.
5. Goldstein LB, Bertels C, Davis JN. Interrater reliability of the NIH stroke scale. Arch Neurol 1989; 46: 660-2.
6. Berkhemer OA, Fransen PSS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med 2015; 372: 11-20.
7. Barnett HJM, Taylor DW, Haynes RB, et al. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. N Engl J Med 1991; 325: 445-53.
8. Daníelsson D, Gíslason P. Skurðaðgerðir til varnar slagi. Læknablaðið 1979; 65: 173-80.
9. Singer D, Hughes RA, Gress DR, et al. The effect of low-dose warfarin on the risk of stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation. N Engl J Med 1990; 323: 1505-11.
10. Valdimarsson EM. Heilablóðfall mjög algeng dánarorsök. Lyfjatíðindi 2013; 7: 48-52.
11. Sigurðsson AP. Heilaslagdeild. Mikilvæg nýjung í meðferð heilaslags. Læknablaðið 1999; 85: 528-41.
12. Norris JW, Hachinski VC. Stroke units or stroke centres? Stroke 1986; 17: 360-2.
13. Multicenter Acute Stroke Trial--Europe Study Group, Hommel M, Cornu C, et al. Thrombolytic therapy with streptokinase in acute ischemic stroke. N Engl J Med 1996; 335: 145-50.
14. National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med 1995; 333: 1581-8.
15. Wahlgren N, Ahmed N, Dávalos A, et al. Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study. Lancet 2007; 369: 275-82.
16. Albers GW, Clark WM, Madden KP, et al. ATLANTIS trial: results for patients treated within 3 hours of stroke onset. Alteplase Thrombolysis for Acute Noninterventional Therapy in Ischemic Stroke. Stroke 2002; 33: 493-6.
17. Meretoja A, Acciarresi M, Akinyemi RO, et al. Stroke doctors: Who are we? A World Stroke Organization survey. Int J Stroke 2017; 12: 858-68.
18. Alper BS, Foster G, Thabane L, et al. Thrombolysis with alteplase 3–4.5 hours after acute ischaemic stroke: trial reanalysis adjusted for baseline imbalances. BMJ EBM 2020; 25: 168-71.
19. Bhatia R, Hill MD, Shobha N, et al. Low rates of acute recanalization with intravenous recombinant tissue plasminogen activator in ischemic stroke: real-world experience and a call for action. Stroke 2010; 41: 2254-8.
20. del Zoppo GJ, Higashida RT, Furlan AJ, et al. PROACT: a phase II randomized trial of recombinant pro-urokinase by direct arterial delivery in acute middle cerebral artery stroke. Stroke 1998; 29: 4-11.
21. Smith WS. Safety of mechanical thrombectomy and intravenous tissue plasminogen activator in acute ischemic stroke. Results of the multi Mechanical Embolus Removal in Cerebral Ischemia (MERCI) trial, part I. AJNR Am J Neuroradiol 2006; 27: 1177-82.
22. Miteff F, Faulder KC, Goh ACC, et al. Mechanical thrombectomy with a self-expanding retrievable intracranial stent (Solitaire AB): experience in 26 patients with acute cerebral artery occlusion. AJNR Am J Neuroradiol 2011; 32: 1078-81.
23. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. Lancet 2016; 387: 1723-31.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.11.716

Dawn of a new Day – A brief History of Stroke Treatment in Iceland

Brynhildur Thors[1]
Vilhjálmur Vilmarsson[2]

[1]Department of Neurologi, Karolinska University Hospital, Stockholm, [2]Department of interventional radiology, Landspitali University Hospital, Reykjavík.

Correspondence: Brynhildur Thors, *brynhildur.thors@regionstockholm.se*
Key words: *ischemic stroke, thrombolysis, thrombectomy, stroke unit, neurology department.*

Here we will briefly review the main influential factors and milestones in the history of stroke care in Iceland. Over the last few decades the treatment of ischemic stroke has revolutionized in many ways and so has the general mindset of those providing it. This review article is partly based upon interviews with Icelandic doctors that partook in the development.

Looking back at this history it is clear that, in many ways, the medical care in Iceland was at the forefront in implementing those emerging new treatments in stroke care. This is mainly on account of ambitious and hard working individuals that were not easily dissuaded but firmly believed in the possibility of better outcomes for their stroke patients.

Sýklalyfjaávísanir utan sjúkrahúsa á Íslandi – stefnum við í öfuga átt?





Anna Margrét Halldórsdóttir
yfirlæknir á sóttvarnasviði, Embætti landlæknis

Jón Steinar Jónsson
yfirlæknir á Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu

Þann 18. nóvember ár hvert minnir sóttvarnastofnun Evrópu á mikilvægi sýklalyfja (European Antibiotic Awareness Day). Sama dag hefst vika vitundarvakningar um sýklalyfjanotkun á vegum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar.

Sýklalyfjaónæmi er vaxandi vandamál á heimsvísu sem ógnar virkni sýklalyfja og þar með nútíma læknisfræði. Skynsamleg notkun sýklalyfja er mikilvægt atriði til þess að stemma stigu við frekari þróun sýklalyfjaónæmis í heiminum. Aukin áhersla hefur verið á alþjóðasamstarf á þessu sviði undanfarin ár enda telst sýklalyfjaónæmi ein mesta heilbrigðisógn sem steðjar að mannkyni í dag.

Á tíma COVID-19 faraldursins urðu talsverðar breytingar á ávísunum sýklalyfja hér á landi miðað við fyrri ár. Árið 2020 fækkaði ávísunum verulega frá og með aprílmánuði (mynd) en árið 2021 fjölgaði þeim á ný, sérstaklega síðari hluta ársins.[1-3] Svipuð þróun hefur sést erlendis, til dæmis í Svíþjóð. Samkomutakmarkanir kunna að hafa stuðlað að fækkun öndunarfærasýkinga almennt og þar með fækkun sýklalyfjaávísana á fyrsta ári faraldursins.

Mestar breytingar urðu hjá börnum undir 5 ára aldri en ávísunum til þeirra fækkaði um þriðjung á milli áranna 2019 og 2020 (úr 915 niður í 699 ávísanir/1000 íbúa/ári). Ávísunum fjölgaði aftur árið 2021 og varð heildarfjöldinn þá enn hærri en 2019 (1017 ávísanir/1000 íbúa/ári).[4]

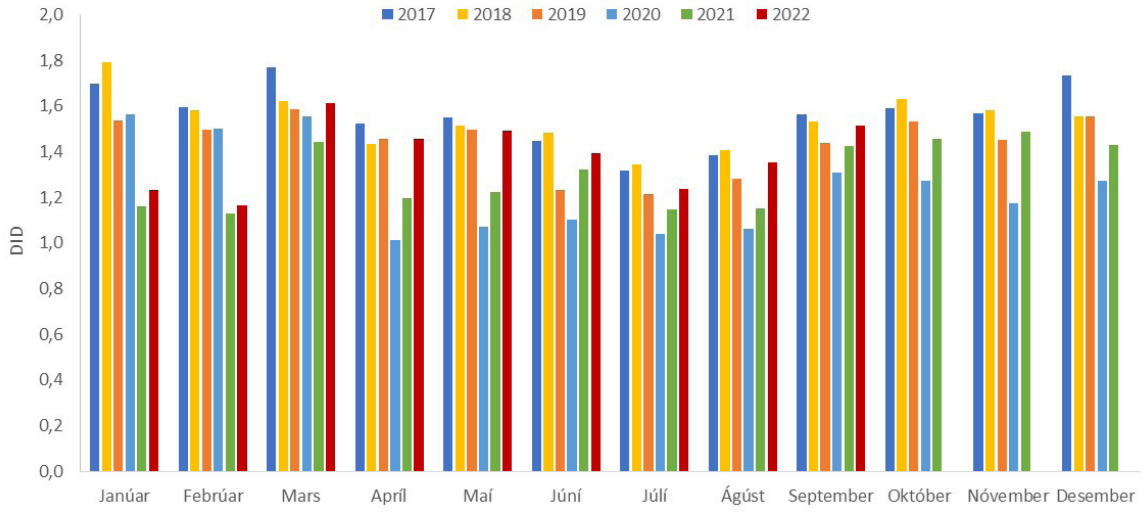
Því miður virðist sem aukningin síðla árs 2021 haldi áfram það sem af er þessu ári því heildarfjöldi ávísaðra dagskammta sýklalyfja var sambærilegur eða hærri mánuðina mars til september 2022 en sömu mánuði árið 2019 (mynd). Því eru teikn á lofti um að jákvæð þróun í sýklalyfjaávísunum síðustu ár hafi verið tímabundin.

Þessi þróun er að sjálfsögðu áhyggjuefni, ekki síst þegar haft er í huga að ávísanir á sýklalyf eru mun fleiri hér en á hinum Norðurlöndunum, Hollandi og öðrum löndum sem við berum okkur saman við. Þýðingarmikið er að læknar séu meðvitaðir um þessa þróun og haldi áfram vegferð okkar í átt að skynsamlegri ávísun sýklalyfja. Í því sambandi má minna á ráðleggingar um meðferð algengra sýkinga utan sjúkrahúsa (Strama) á heimasíðu Þróunarmiðstöðvar íslenskrar heilsugæslu (*throunarmidstod.is/*).

Einungis með samstilltu átaki allra lækna mun okkur takast að viðhalda góðum árangri þegar kemur að skynsamlegum ávísunum sýklalyfja.

Heimildir

1. Folkhälsomyndigheten. Pandemin har påverkat både antibiotikaförsäljningen och antibiotikaresistensen. folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2022/juni/pandemin-har-paverkat-bade-antibiotikaforsaljningen-och--antibiotikaresistensen - júní 2022.
2. Högberg LD, Vlahović-Palčevski V, Pereira C, et al. Decrease in community antibiotic consumption during the COVID-19 pandemic, EU/EEA, 2020. Euro Surveill 2021; 26: 2101020.
3. Halldórsdóttir AM, Guðnason Þ. Bréf til blaðsins. Vitundarvakning um sýklalyfjanotkun – viðhöldum góðum árangri. Læknablaðið 2021; 107: 549-50.
4. Sýklalyfjanotkun og sýklalyfjanæmi baktería hjá mönnum og dýrum á Íslandi 2021. Skýrsla unnin í samstarfi við Matvælastofnun. Ritstj: Halldórsdóttir AM. landlaeknir.is/utgefid-efni/skjal/item50329/.- september 2022.



Ávísanir sýklalyfja (J01, samkvæmt ATC-flokkunarkerfinu, sjá Sérlyfjaskrá) utan sjúkrahúsa árin 2017-2022 eftir mánuðum, mældar sem fjöldi skilgreindra dagsskammta (DDD) á 1000 íbúa á dag (DID).



Mynd af hópnum við dna-keðjuna í húsi Íslenskrar erfðagreiningar í Vatnsmýrinni. Mynd: Védís.



Ritstjórnir norrænu læknablaðanna í heimsókn

Árlegur fundur ritstjórna norrænu læknablaðanna var haldinn á Hótel Holti í 101 Reykjavík í lok september. Tuttugu manna hópur fjallaði um blöðin: um efnið, auglýsingarnar, prentunina, netið, lesendurna, og ekki minnst um margbrotinn heim nútímamiðlunar: twitter, facebook, alnetið sjálft, tiktok, hlaðvörp, myndbönd, instagramm.

Blöðin eiga allt sameiginlegt og það er ritstjórnum þeirra lífsbjörg að hittast og sjást og talast við. Á Norðurlöndunum eru læknafélögin útgefendur blaðanna og ritstjórnir eru skipaðar fulltrúum sérgreinafélaga. Blöðin eru öll bæði með ritrýndar fræðigreinar eftir vísindalegum stöðlum (doi-merktar og skráðar á PubMed og víðar) og félagslegt efni: viðtöl og fasta penna.

Blöðin standa misvel eins og gengur og alls staðar í heiminum hækkar verð fyrir prentun og dreifingu. Flest norrænu blöðin hafa brugðist við með því að fækka tölublöðum. Lokasvar allra á fundinum var þó það að prentun hefur algjöran forgang, – engin miðlun tekur henni fram. Hvert tölublað lifir lengi og er lesið af mörgum, – fréttir lifa hátt en skemur, en ritrýnt efni eins og yfirlitsgreinar eru lesnar mikið og lengi, – verða jafnvel kennsluefni árum saman, – og upplýstir og leitandi sjúklingar finna þar haldgóð svör við mörgum spurningum. Danir eru komnir svo langt að hafa upplestur tiltækan á hluta af efni blaðsins, – þá er hægt að hlusta á grein.



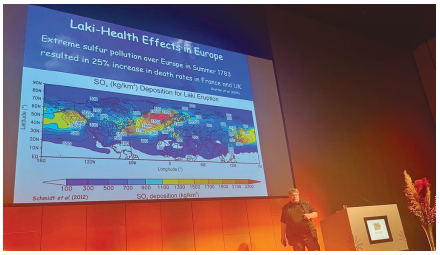
Fulltrúi danska læknablaðsins, Elizabeth Gatzwiller, fór á gosstöðvarnar í Geldingadölum með myndavélina sína. Þar er enn heitt í kolunum.

Ritstjórnir blaðanna beita sér markvisst í að fá lækna til liðs við blöðin með viðtölum, skoðanaskiptum og skrifum og til að ritrýna: það þarf að endurnýja ritrýnahópinn og hann þarf að endurspegla félagahópinn í læknafélaginu og færa þá vísindalegu hefð milli kynslóða og kynja.

Margt fleira bar á góma, ekki síst ástandið í heiminum. Stríðið í Úkraínu brennur mun heitar á frændum okkar en okkur en sama skylda hvílir þó á öllum blöðunum: að halda í heiðri og brýna vitund lækna um mannúð og reglur læknasamfélagsins sem er að finna í Codex Ethicus.

Fundurinn sat ekki bara inni bak við luktar dyr heldur setti upp regnhlífina og skoðaði bækistöðvar deCode og Kerecis. – Næsti fundur ritstjórnanna verður haldinn að ári í Noregi.

VS



Þorvaldur Þórðarson, prófessor í eldfjallafræði, hélt áhugaverðan fyrirlestur um eldfjöll á Íslandi og áhrif þeirra á heilsufar jarðarbúa.



Gísli Þór Axelsson kynnti niðurstöður rannsóknar frá Hjartavernd á ráðstefnunni.

Um 320 manns á lungnaráðstefnu í Hörpu

„Við þurfum að hugsa um að greina lungnatrefjun fyrr og meta hvort við eigum að skima fyrir þessum sjúkdómi, hvort sem er með myndgreiningu eða blóðrannsóknum," segir Gunnar Guðmundsson, læknir og prófessor við læknadeild Háskóla Íslands. Hann leiddi 320 manna ráðstefnu, International Colloquium on Lung and Airway Fibrosis, ICLAF 2022, sem haldin var í Hörpu í byrjun október. Þátttakendur komu frá 25 löndum.

„Það er vaxandi áhugi á að greina bandvefsmyndanir áður en skemmdir verða miklar og vísbendingar um að hægt sé að greina þær fyrr en áður," segir hann. Meingerðin hafi nú verið skilgreind á þann máta að finna megi ný lyf við vandanum. Gunnar bendir á að sjúkdómurinn valdi þungri byrði og hafi háa dánartíðni og þeim fjölgi sem glími við hann.

„Ástæðan er sú að allar þjóðir eru að eldast." Lungnatrefjun megi líkja við að fá ör á húðina svo bandvefur myndast. „Sjúklingurinn fær ör á lungun og situr uppi með þau. Það gengur ekki til baka og með tímanum heldur lungnastarfsemin áfram að versna." Lungnatrefjun geti leitt til öndunarbilunar.

Gunnar segir þróunina kringum þekkingu á sjúkdómnum hafa verið hraða síðustu 5-10 ár. Þá hafi athyglisverð þekking myndast við COVID-19. „Nýr bandvefur myndaðist eftir COVID en það er svo stutt liðið frá faraldrinum að erfitt er að

Báru saman stöðu sænskra og íslenskra lækna

Einn af hverjum 5 sænskum læknum hugsar um að yfirgefa stéttina. „Ekki aðeins vinnustaðinn heldur starfsgreinina," leggur Ove Rang, forstöðumaður vinnu, lífs og lögfræðideildar sænska læknafélagsins, áherslu á. Hann heimsótti Læknafélagið í október ásamt Söru Altino, umboðsmanni hjá sænska læknafélaginu og forsvarsmanni verkefnisins *Framtíð kjarasamninga*

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Ove Rang og Sara Altino frá sænska læknafélaginu hittu íslenska kollega og ræddu jafnvægi vinnu og einkalífs og áhrifin á kjörin. Mynd/gag

Ove Rang vitnar til rannsóknar sem sænska félagið gaf nýverið út þegar hann nefnir flótta-hugleiðingar fimmtungs lækna úr stéttinni. Svarhlutfallið var 40%. Læknar hafi kosið starfið til að hjálpa öðrum. „Svo upplifa þeir sig á framleiðslufæribandi," segir hann og það hljómar kunnuglega.

„Þessir læknar telja sig einfaldlega ekki hafa tíma til að gera það sem þeir þurfa í starfi sínu," segir hann. „Staðan er skelfileg," segir Rang í heimsókn sinni. Þau Altino áttu fundi með leiðtogum íslenskra lækna. Þeirra á meðal voru Þórdís Þorkelsdóttir, formaður Félags almennra lækna, Ragnar Freyr Ingvarsson, formaður Læknafélags Reykjavíkur, Theódór Skúli Sigurðsson, formaður Félags sjúkrahúslækna og Oddur Steinarsson, varaformaður LÍ. Einnig hittu þau Dögg Pálsdóttur framkvæmdastjóra og Steinunni Þórðardóttur formann Læknafélags Íslands. Altino er nú á leið til annarra Norðurlanda til að safna gögnum.

„Við vissum ekki hvernig íslenska heilbrigðiskerfið virkaði miðað við það sænska," sagði Rang, og að þau hafi sérstaklega einblínt á jafnvægi vinnu og einkalífs. „Við vildum vita hverjar áherslurnar væru hér," segir hann og hún bætir við: „Já, og hverjar áskoranirnar eru og við fundum því miður að við eigum margt sameiginlegt. Báðir hóparnir upplifa mikla vinnubyrði. Það er leitt að heyra. Læknar fá ekki áunnin frí heldur kýs vinnuveitandinn almennt frekar að greiða upp tímann svo læknarnir vinna og vinna án hvíldar" segir hún.

„Við heyrðum líka að hér eins og í Svíþjóð séu nú að verða kynslóðaskipti. Ungir læknar meta frítímann sinn meira," segir hún. „Þeir líta ekki á það sem köllun sína að vera læknir og að starfsheitið skilgreini þá á sama máta og eldri kynslóðir lækna, heldur að þetta sé starfið þeirra," lýsir hún, og þeir vilji ekki að klára sig fyrir köllunina. En bregðast sjúkrastofnanir við þessu kalli ungu kynslóðarinnar?

„Ég tel ekki að það gerist án mótstöðu," segir Altino. „En þetta er kynslóð sem krefst frítíma, jafnvægis og að á þau sé hlustað og að vinnuveitandinn bregðist við. Ég býst ekki við að þessar breytingar verði hnökralausar, en tel að þær séu nauðsynlegar."



Alls voru 320 gestir á ráðstefnunni sem haldin var í Hörpu og miklar umræður sköpuðust eftir hvern fyrirlestur. Myndir/Gunnar

leggja mat á þekkinguna. Við höfum ekki alltaf vitað hvað kemur bandvefsmyndun af stað en þarna gátum við fylgst með því," segir hann. „Við gátum nánast horft á hann myndast. Allt hefur þetta stuðlað að meiri upplýsingum."

Gunnar segir ráðstefnu sem þessa hér heima hafa mikla þýðingu fyrir lækna hér á landi. „Við sem stundum mikla alþjóðlega samvinnu við rannsóknir náum að efla tengslin frekar auk þess sem við getum fylgst með því nýjasta," segir hann.

Twitter fyrir umræðuna

„Það sem er gaman í dag og breytt á ráðstefnum er að Twitter leiðir umræðuna. Margt fólk tekur myndir um leið og fyrirlesturinn er haldinn. Skrifar smá texta og tístir. Ef læknar vilja nýjustu fréttir af rannsóknum lesa þeir gjarnan það sem fólk setur inn tengt ráðstefnum á Twitter," segir Gunnar Guðmundsson og bendir á #iclaf2022 fyrir lungnaráðstefnuna í Hörpu.

„Við sáum að #iclaf2022 var ofarlega á listum yfir mest lesnu þræðina á Twitter einn daginn," segir hann og að ekki aðeins hafi 320 sótt ráðstefnuna í raunheimum heldur hafi 100 manns alls staðar að fylgst með á streymi.



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.



Steinunn Þórðardóttir
öldrunarlæknir og formaður Læknafélags Íslands

steinunn@lis.is

Á ég að fórna mér fyrir kerfi sem stendur ekki með sjúklingunum?

Á nýloknum aðalfundi Læknafélags Íslands kom fram fordæmalítil samstaða meðal lækna. Það er fáheyrt að læknar séu tilbúnir að stíga jafn fast til jarðar og raun bar vitni, ákalla ríkisstjórnina í heild og lýsa ríkjandi neyðarástandi í heilbrigðiskerfinu öllu. Ástandi sem sé óboðlegt og hættulegt. Á fundinum var rætt hvort hægt væri að kveða enn fastar að orði, enda velti fólk fyrir sér hvað þurfi til til að loks verði hlustað og ráðist í raunverulega endurreisn íslensks heilbrigðiskerfis. Eins veltir fólk fyrir sér hvað sé næst ef orðin þrýtur og áfram verði engar aðgerðir í sjónmáli.

Við skynjum öll að við erum á ögurstundu. Ef langvarandi vanræksla og skert fjármögnun heilbrigðiskerfisins verður látin halda áfram óáreitt, verður þrautin þyngri að snúa þróuninni við. Íslensk stjórnvöld hafa frá árinu 2010 lagt lægsta hlutfall vergrar landsframleiðslu í rekstur heilbrigðiskerfisins í samanburði við stjórnvöld á öðrum Norðurlöndum, samkvæmt tölum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar. Óhugsandi hlýtur að teljast að hægt sé að reka heilbrigðisþjónustu sem stenst kröfur almennings fyrir svo lág framlög í landi sem er fámennt og strjálbýlt og þar af leiðandi óhagkvæm rekstrareining, auk þess að vera með eitt hæsta verðlag sem þekkist, sem svo sannarlega hefur áhrif á kostnað við aðföng og rekstur kerfisins hér. Merki eru um að þessi sveltistefna birtist nú í því að læknar lendi í auknum mæli í langvarandi veikindum sökum álags, flýi land og skipti jafnvel alfarið um starfsvettvang. Vaxandi brotthvarf lækna úr of fáliðuðu heilbrigðiskerfi er orðið að stjórnlitlum vítahring þar sem álag á þau sem eftir standa ýtir enn undir frekara brotthvarf. En álagið er ekki bara vegna manneklu heldur tengist það einnig þverrandi von um bjartari framtíð og siðferðilegum skaða sem læknar verða fyrir í daglegum störfum sínum þar sem þeir standa sífellt frammi fyrir því að geta ekki þjónustað sjúklingana með þeim hætti sem þeim þykir ásættanlegur. Því læknar eru svo sannarlega þrautseigir og hafa oft þurft að hlaupa hratt og takast á við álag. Í COVID-19 faraldrinum settu læknar ótta sinn gagnvart eigin heilsu og heilsu fjölskyldunnar til hliðar, lögðu á sig ómælda vinnu við gríðarlega krefjandi aðstæður, börðust frá degi til dags í fullkominni óvissu um framhaldið og gerðu það af miklum kjarki og skyldurækni enda hlutverk lækna að lækna og líkna í neyðarástandi jafnt sem á hversdagslegri tímum.

Nú standa læknar eftir í rykinu eftir mörg gríðarlega krefjandi misseri með litlum tækifærum til hvíldar og fría og við blasa biðlistar sem eru lengri en nokkru sinni fyrr, sívaxandi útskriftarvandi, troðfullar legudeildir, heilsugæsla sem annar engan veginn eftirspurn, bráðamóttökur sem ekki geta tryggt öryggi sjúklinga né mannlega reisn þeirra. Hvernig eigum við sem læknar að geta staðið með kerfi sem stendur ekki með sjúklingunum? Sem vinnur ekki með okkur? Sem gefur okkur enga von um bjartari framtíð? Hvernig verður næsta sumar? Er eitthvað í kortunum sem gefur til kynna að það verði betra en það síðasta, þegar Sjúkrahúsið á Akureyri var sett á neyðarstig vegna manneklu og starfsfólk kallað inn úr langþráðu sumarfríi? Þótt faraldurinn væri búinn? Að vinna í aðstæðum sem þessum ár eftir ár, fórna verðmætum tíma með vinum og fjölskyldu, fórna jafnvel eigin heilsu eins og svo margir læknar hafa því miður þegar gert, hvers virði er það ef það er engin von um betri tíð?

Það er hægt að hlaupa hratt, sýna þrautseigju, leggja sig allan fram, ef þau sem stýra kerfinu og fjármögnun þess hlaupa líka hratt, sýna þrautseigju, leggja sig öll fram og sýna okkur þá virðingu að hlusta á okkur fagfólkið og á sjúklingana, bæta kerfið og efla. Leggja það fjármagn í kerfið sem raunverulega þarf. Skipa valinn mann í hvert rúm, bæði í stjórnun og í þjónustu við sjúklinga, og vera tilbúin að leggja á sig það sem þarf til að laða hæfasta fólkið til starfa innan íslensks heilbrigðiskerfis með raunverulegum tilboðum um góðar starfsaðstæður, starfsþróun og kjör. Gera okkur samkeppnishæf við það sem best gerist erlendis.

Kári Stefánsson stóð fyrir undirskriftasöfnun árið 2016, þeirri stærstu í Íslandssögunni, þar sem 85.000 landsmenn skoruðu á stjórnvöld að verja 11% af landsframleiðslu í heilbrigðismál. Ráðherrar veittu undirskriftunum viðtöku með bros á vör við hátíðlega athöfn, en hvar eru efndirnar? Aðgerðaráætlanirnar liggja fyrir en það þarf að fjármagna þær og koma þeim í framkvæmd. Því heilbrigðiskerfi sem veitir fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem tök eru á að veita á hverjum tíma er lögbundinn réttur allra Íslendinga.

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

Líffæralottópotturinn stækkar með norrænni samvinnu

Landspítali skoðar nú í fyrsta sinn krossgjöf frá lifandi nýrnagjöfum milli landa. Margrét Birna Andrésdóttir, yfirlæknir nýrnalækninga á Landspítala, segir að oft þegar fólk vilji gefa ættingja nýra passi það honum ekki. Með þessu móti sé fundinn annar þegi og um leið tryggt að ættinginn fái fullnægjandi líffæri. Þrettán eru nú á biðlista eftir nýra

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Passi nýrað ekki, er hægt að skrá gjafa og þega í krossgjöf innan Skandiatransplant. Þar er brugðist við því þegar fólk vill gefa en passar ekki saman, oftast vegna blóðflokka- eða vefjaflokkamisræmis, og gjafinn þá reiðubúinn að gefa ókunnum nýrað sitt um leið og hann tryggir þeim nákomna annað," lýsir Margrét Birna Andrésdóttir, yfirlæknir nýrnalækninga á Landspítala. Fyrsta slíka skiptið sé nú skoðað hér á landi.

„Aðgerðirnar fara fram á sama tíma. Þetta er prógramm sem við köllum STEP og hefur verið stundað í Hollandi, Bandaríkjunum, Bretlandi og víðar," segir hún.

Nú sé unnið að því að fá íslenska gjafann samþykktan í Svíþjóð. „Síðan er ferlið þannig að dregið er þrisvar á ári úr öllum hópnum. Þá skiptir miklu máli að finna sem flesta sem passa saman," segir hún. Happdrætti nýrnaígræðslunnar?

„Já, svo má segja," svarar hún sposk. „Þá kemur í ljós hvort hentugan gjafa er að finna í þeim potti. Stundum náum við að mynda keðju líffæraþega. Þetta hefur gefist ágætlega. Útkoman er fín og þetta fyrirkomulag rétt að byrja." Bæði Norðmenn og Finnar séu í sömu sporum og Íslendingar; á byrjunarreit.

Margrét hefur verið yfirlæknir nýrnalækninga á Landspítala frá árinu 2017 og ráðin til 5 ára 2019. Hún hefur starfað sem sérfræðingur í nýrnasjúkdómum á Landspítala frá árinu 2001 og veitt ígræðslugöngudeild forstöðu frá árinu 2003 — árið sem aðgerð á lifandi gjafa var fyrst gerð.

Fleiri látnir gjafar en lifandi

„Það kom til því að Jón Jónsson, íslenskur ígræðslulæknir í Bandaríkjunum, var reiðubúinn að koma og kenna okkur," segir hún. Síðan hafi um 125 slíkar aðgerðir farið fram hér á landi. Kosturinn við lifandi gjafa sé almennt minni bið og sprækara nýra. „Kaldur blóðþurrðartími er nánast enginn og nýrað endist almennt betur," segir hún. Lengst af hafi 60% nýrnaígræðslna hér á landi verið úr lifandi gjöfum en síðustu ár hafi dæmið snúist við.

„Við höfum síðastliðin ár verið í samstarfi við Sahlgrenska-sjúkrahúsið um ígræðslu nýrna úr látnum gjöfum. Hingað kemur þá teymi frá Gautaborg, tekur líffærin og fer með út. Við sömdum þó um haustið 2019 að halda einu nýra eftir og getum því gert þá aðgerð hér á landi. Það hefur mikla kosti. Sjúklingurinn þarf ekki að fara út auk þess sem blóðþurrðartíminn er styttri." Hún segir að samvinnan nýtist þeim sérstaklega vel sem erfitt sé að finna nýra fyrir.

„Það nýtist nýrnaþegum helst þegar þeir hafa mikið af vefjaflokkamótefnum," segir hún, og að slík mótefni geti til dæmis myndast við fyrri ígræðslur, hjá konum við meðgöngu og hafi einstaklingur þegið blóðgjöf. „Þá skiptir máli að hafa stóran gjafapott." Skandiatransplant sé ígræðslustofnun í eigu 11 ígræðslusjúkrahúsa á Norðurlöndum og í Eistlandi með skrifstofu í Árósum.

„Þar eru öll líffæri skráð í gagnagrunn auk upplýsingar um gjafa og þega. Upplýsingar eru svo notaðar þegar leitað er að nýra fyrir erfiðasta hópinn, sem er þá í forgangi þegar nýra býðst."

Fimmtán aðgerðir hafi verið gerðar hér frá samningnum. „Um 15-20 hér á landi fá nýra á ári. Sum í Gautaborg, önnur hér og þeim fjölgar. Við höfum í ár gert 7 aðgerðir og tvær hafa verið gerðar ytra." Þar ráði mótefnamælingarnar för. „Ef sjúklingar eru án mótefna getum við gert aðgerðirnar hér heima."

Hátt í 20 líffæraþegar á ári

Margrét segir 13 nú á biðlista. „Af þeim er helmingur ekki með mótefni og því á lista fyrir aðgerð hjá okkur," segir hún. Biðtími þeirra sem bíði eftir líffæragjöf hér heima hafi verið frá tveimur vikum í 6 mánuði. „Það er nú ekki lengra og þykir ekki langur biðtími," segir hún. Þrír þeirra sem nú bíði séu hins vegar með meðalmikil mótefni.

„Þeir hafa beðið í nokkra mánuði að einu og hálfu ári." Þá séu einstaklingar á listanum með mjög mikil mótefni og því á forgangslista Scandiatransplant.

„Fyrir þá prófum við nú nýtt lyf sem geta eytt mótefnum tímabundið svo hægt



Margrét Birna Andrésdóttir, yfirlæknir á Landspítala, segir samvinnu Norðurlandanna hafa breytt líffæraígræðslum hér á landi enda aukist möguleikar á hentugu nýra fyrir hvern og einn þega. Mynd/gag

sé að framkvæma ígræðsluna án þess að sjúklingarnir hafni nýja nýranu strax.“ Nokkrar vonir séu bundar við þessi nýju lyf.

„Almennt eru bráðar hafnanir aðeins í um 10-15% tilvika eftir ígræðslu og ekki algengt að sjúklingar tapi nýranu vegna þess. Hættan er þó ríkust hjá þeim sem eru með mest mótefni,“ segir hún. Fylgjast þurfi vel með fólki því áhrif lyfjanna séu misjöfn á það. „Fólk upplifir aukaverkanir og lifir á ónæmisbælandi lyfjum ævilangt.“

Margrét Birna lýsir því líka að þó nokkrir einstaklingar séu í „uppvinnslu“ á deildinni, komnir í skilun eða við það að þurfa einhverskonar meðferð við lokastigsnýrnabilun. „Þetta ferli tekur stundum langan tíma.“

Margrét var einn skipuleggjenda vel sóttrar norrænnar ígræðsluráðstefnu sem haldin var í Hörpu nú í byrjun hausts. Hún segir byltingar í faginu færast hægt yfir. „Við notum sömu lyfin og fyrir 20 árum, en notum þau aðeins öðruvísi. Við notum nýjar greiningaraðferðir til að greina mótefni sem myndast eftir ígræðsluna. Þekking byggist upp hægt og bítandi,“ segir hún en spennandi verði að fylgjast með framtíðinni.

„Fjallað var um ígræðslu svínanýrna. Það er spennandi næsta skref því alltaf er þörf fyrir líffæri og ef hægt er að rækta þau í dýrum opnast mörg tækifæri,“ segir hún. „Svo er verið að reyna að prenta líf-

Fleirum hafnað sem líffæragjafa en áður

Færst hefur í vöxt að fólk henti ekki sem lifandi líffæragjafar hér á landi. „Þetta er tilfinning, ekki vísindaniðurstaða,“ segir Margrét Birna Andrésdóttir, yfirlæknir nýrnalækninga á Landspítala. Þrjú af hverjum 10 nýrum við líffæraígræðslur komi frá lifandi gjafa.

„Við þurfum að vanda vel til verka þegar við veljum lifandi líffæragjafa,“ segir hún. „Fólk fer í aðgerð sem það þarf ekki að fara í. Við þurfum því að hafa fullfrískan einstakling sem þolir að við nemum á brott líffæri á skurðarborðinu.“ Að mörgu þurfi að huga, til að mynda að nýrnastarfsemin sé góð, blóðþrýstingur í lagi, sykurstjórnun eðlileg og fleira.

„Það er eins og það sé erfiðara að finna þann einstakling nú en áður,“ segir hún. Hún útilokar ekki að lífsstíll leiki þar sitt hlutverk. „Ég get þó ekki svarað því,“ segir hún. „En við höfum þurft að hafna mörgum.“

Margrét segir líffæragjöf lífsbjörg og því vert fyrir hvert okkar að staldra við og velta þeim möguleika upp. „Ég hvet því öll þau sem geta að íhuga að gefa líffæri.“

færi en starfsemi nýrnanna er svo flókin að það getur verið erfitt.“

Sneri frá frönsku í lækningar

Margrét Birna er fædd á Sólvallagötu í Reykjavík á seinni hluta 6. áratugarins. Móðir hennar húsmóðir, faðir norrænufræðingur. „Ég var búin að sækja um að fara til Frakklands þegar ég kláraði menntaskólann. Ætlaði í bókmenntir og frönsku. En ég hætti við, man ekki út af hverju, og skráði mig í læknisfræði. Það var ekki mjög ígrundað,“ segir hún róleg og lýsir því hvernig hún, eftir kandídatsárið, fór í sérnám í Hollandi árið 1989.

„Mig langaði að prófa eitthvað nýtt,“ segir hún, og því hafi Svíþjóð og Ameríka ekki heillað. „Það voru nokkrir forkólfar sem fóru til Hollands. Ég átti tvö lítil börn, 10 mánaða og tveggja og hálfs,“ segir hún og lýsir því hvernig fyrrverandi eiginmaður hennar greip boltana heima fyrir á meðan hún vann sleitulaust og frá upphafi á hollensku.

„Það var krafan,“ segir hún og hvernig tveggja mánaða hraðnámskeið í hollensku hafi verið látið duga og ekki gripið til enskunnar. „Ég byrjaði í almennum lyflækningum í Zuiderziekenhuis í Rotterdam og fór svo til Radboud UMC í Nijmegen í nýrnalæknisfræði,“ segir hún og brosir. „Það var hryllileg vinna á mér fyrstu árin,“ lýsir hún. „Þetta var á tíma áður en vinnutímaskylda lækna var skilgreind. Við unnum út í eitt. Botnlaust.“

Rúmlega 10 ár liðu þar til hún kom heim. Börnin kunnu að segja íslenska orðið „stofa“. Önnur tjáning við íslensku foreldrana var á hollensku. „Þau svissuðu síðan yfir á íslensku á Keflavíkurflugvelli og töluðu íslensku eftir það,“ segir hún.

Ljóð og bókmenntir heilla enn en Margrét Birna sér ekki eftir starfsvalinu. „Ég hugsa aldrei þannig. Ég hugsaði aldrei um Ísland þegar ég bjó í Hollandi. Aldrei um Holland hér á Íslandi. Ég er í því sem ég er hverju sinni. Ég er ekki mikið í að horfa til baka og velti því hreint ekki fyrir mér hvernig líf mitt sem frönskukennari hefði verið,“ segir hún og hlær. Eiginleiki sem margir þrá. Núvitund.

„Já,“ svarar hún hugsandi. „Við sem verðum læknar gefum okkur mikið í verkið. Ég vil ekki segja að við færum fórnir en þetta er ákveðin hugsjón. Þetta er óeigingjarnt starf. Þú ert ekki að hugsa um sjálfan þig eða fjölskylduna ef út í það er farið heldur heildina og að hlutirnir gangi,“ segir hún.

„Ég hugsa að margir hér á spítalanum séu svona þenkjandi. Annars myndi þetta aldrei ganga. Það væru allir hættir,“ segir hún. Ástandið sé erfitt. Deildin sinni til að mynda helmingi fleiri verkum nú en árið 2005 með jafnmörgum stöðugildum.

„Við höfum vanist þessu ástandi en ég viðurkenni að nú þegar ég hugsa um það þá sakna ég þessa tíma þar sem maður hafði pínulítið andrými til að lesa í fræðunum, fá hugmyndir og gera annað en að vera stöðugt að þjónusta sjúklinga. Það þarf tíma til að þróast áfram og tíma til að losna við þá tilfinningu að við höfum ekki náð utan um hlutina eða klárað verkin til fullnustu.“

Hvers virði er þinn frítími?
Reglubundin þrif frá 16.641 kr. á mánuði
Skoðaðu málið á heimilisthrif.is
Heimilisþrif
Traust þjónusta í 9 ár

Dagur í lífi geðlæknis

Karl Reynir Einarsson



Með hjúkrunarfræðingunum í teyminu: Salvöru Gunnarsdóttur og Ásgerði Ólafsdóttur.



Við Sturla Johnsen, heimilislæknir.

07:00 Rumska við kaffilykt og umgang á heimilinu eins og flesta morgna. Konan iðulega komin á ról á undan mér. Hef samt alltaf vekjaraklukkuna á símanum stillta á 7:15 til öryggis – fyrirkomulag sem samþykkt var á fjölskyldufundi fyrr á árinu í kjölfar lélegrar frammistöðu af minni hálfu þegar konan var að heiman yfir nótt. Þann morgun vaknaði ég við það að 9 ára sonur minn stóð fullklæddur í útifötum við rúmstokkinn rúmlega 8 að morgni og spurði hvort ég þyrfti ekki að mæta í vinnu, hann væri sjálfur að fara í skólann. Í dag gengur hins vegar allt snurðulaust fyrir sig. Fæ mér kaffibolla, fer í sturtu, klæði mig og hjálpa til við að koma drengnum í skólann. Hann er spenntur að hjóla í skólann á glænýjum nagladekkjum sem sett voru á hjólið í gær.

08:15 Mæti í vinnu á Reykjalundi. Byrja á að ræsa tölvuna, opna bæði sjúkraskrárkerfin sem notuð eru á Reykjalundi, Sögu og Díönu, og skoða svo tölvupóstinn. Fæ þannig gróft yfirlit yfir dagskrá dagsins.

08:20 Hitti hjúkrunarfræðinga geðheilsusviðsins þar sem við förum gróflega yfir skjólstæðinga sviðsins sem eru yfirleitt 18-20 hverju sinni. Hef verið eini læknir sviðsins undanfarna viku og því mikilvægara en áður að fá að heyra frá öðrum í teyminu hvort einhver óvænt vandamál hafi komið upp.

09:00 Hitti einstakling sem er að innskrifast á geðheilsusviðið.

10:00 Viðtal við einstakling sem er að ljúka meðferð hjá okkur á geðheilsusviðinu. Gengið að mörgu leyti vel en þarf lengri stuðning eins og svo oft á við okkar skjólstæðingahóp.

01:00 Vikulegur teymisfundur með öllum fagstéttum teymisins. Í teyminu eru iðjuþjálfarar, félagsráðgjafi, sjúkraþjálfarar, heilsuþjálfari, sálfræðingar, hjúkrunarfræðingar og geðlæknar. Á fundinum er farið yfir útskriftir, nýir skjólstæðingar kynntir og farið ítarlega yfir málefni helmings skjólstæðingahópsins í teyminu.

12:30 Fæ mér epli og sest niður í stutta stund í kaffistofunni með Ásgerði og Salvöru, hjúkrunarfræðingum í teyminu. Farið yfir eitt og annað, sumt tengt vinnu, annað ekki.

13:00 Á að vera biðlistafundur með aðstoðardeildarstjóranum en hann er veikur svo ég nota tímann til að fara sjálfur yfir biðlistann og undirbúa næsta fund. Oft erfitt að velja og hafna þegar 150 beiðnir eru á listanum.

14:00–15:30 Viðtöl við skjólstæðinga deildarinnar.

15:30–16:15 Fer yfir tölvupósta og næ aðeins að vinna í læknabréfum.

16:30 Fer upp í Heilsuvernd. Byrja að vinna þar 1. nóvember. Hitti þar Stulla, gamlan skólafélaga, vin og verðandi samstarfsmann. Tökum eina „sjálfu“.

17:30 Kem heim. Heilsa upp á báða drengina og fæ að heyra hvernig dagurinn var. Ólík sýn á lífið og tilveruna hjá þeim bræðrum enda sá eldri orðinn 18 ára.

18:00 Fer í ræktina. Er loksins að ná mér á strik í hreyfingu eftir að hafa fengið COVID-19 í upphafi ársins.

19:00 Léttur kvöldmatur með fjölskyldunni.

20:00 Heimanámið hjá yngri drengnum klárað. Þarf oft smá andlegan stuðning og hvatningu til að klára þetta alveg þótt hann sé mjög duglegur. Þetta er í þriðja sinn sem ég fer í gegnum grunnskólann aftur í gegnum börnin mín þannig að ég er orðinn nokkuð sleipur í þessu. Með hverju barni skipta einkunnirnar minna máli og félagsleg tengsl og vellíðan vega meira.

21:00 Dett inn í nýjasta niðurhal „vinkonu minnar“ Pat Brown á YouTube. Stórlega vanmetin kona með alltof fáa áskrifendur. Hún er „criminal profiler“ á eftirlaunaaldri sem tekur fyrir gömul og ný sakamál. Eiginkonan deilir ekki aðdáun minni á henni, en segist ætla að hafa samband við hana og biðja hana að senda mér afmæliskveðju, hvernig sem ég á að túlka það.

22:00 Hverf inn í draumaheiminn, sem litaður er morðmáli kvöldsins.



Willum Þór Þórsson heilbrigðisráðherra hlustaði á áhyggjur lækna á aðalfundi Læknafélagsins sem haldinn var um miðjan októbermánuð. Hann sagði í lok fundar að hann væri innilega þakklátur fyrir samtalið og skyldi reyna að gera sitt allra besta. Mynd/gag

Willum Þór í einlægu samtali við lækna á aðalfundi Læknafélagsins

Heilbrigðisráðherra sagði að auka þyrfti fjármagn svo læknar gætu endurheimt krafta sína milli vakta. Hann brást þar við orðum Ólafs Þórs Ævarssonar geðlæknis. Ólafur benti á að hann hefði ekki áður liðsinnt jafnmörgum ungum læknum vegna álags í starfi

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Fjöldi lækna reis upp og lýsti áhyggjum sínum af stöðunni innan heilbrigðiskerfisins eftir erindi Willum Þórs Þórssonar heilbrigðisráðherra á aðalfundi Læknafélagsins þann 14. október. Margt kom fram en meginstefið var mönnun, fjármögnun og örmögnun.

Ráðherrann sagði í viðbrögðum sínum við fyrirspurnum lækna að spítalinn yrði líklegast innan fjárlaga þessa árs. Það komi þó ekki endilega til af góðu þó að spítalinn hafi líka staðið sig vel. Það mætti mögulega rekja eitthvað af þessu til mönnunar en það væri erfitt að átta sig á nákvæmri stöðu þar. Hann hafi því kallað eftir að mönnunarþörfin yrði greind nánar svo hægt væri að leggja mat á kostnaðinn og hversu mikla fjármuni spítalinn þyrfti. „Þá veit ég betur fyrir hverju ég er að berjast," sagði hann.

Læknar brugðust við orðum hans. Sigurveig Pétursdóttir bæklunarlæknir gagnrýndi þau orð og sagði nóg komið af greiningum, eins og sjá má á síðu 479. Þórdís Þorkelsdóttir, formaður Félags almennra lækna, bauð aðstoð við matið. Stella Rún Guðmundsdóttir, umsjónarlæknir með sérnámi á lyflækningasviði og stjórnarmaður í Félagi almennra lækna, benti ráðherranum á þau mistök sem gerð hafi verið þegar greiðslur fyrir aukavaktir hafi verið afnumdar.

„Þú talar um að greina mönnunarþörf. Við höfum gert það á okkar sviði og vitum hver hún er og hvað við þurfum marga á kvöldin. Eftir að þessar greiðslur duttu út getum við ekki mannað þessar vaktir," benti hún ráðherranum á. Veikindin séu mikil vegna álags enda dagvaktir undirmannaðar. Hún reyni að tryggja mönnun án þess að geta boðið neitt í staðinn. „Plís, plís mættu," biðji hún en starfsfólk segi nei.

„Þessar aukagreiðslur eru einföld leið til að leysa þennan vanda," sagði Stella. Erfitt verði að vinda ofan af gremjunni sem ákvörðunin hafi skapað gagnvart spítalanum.

Sjúkraskrárkerfið kannski ekki annað en sokkinn kostnaður

Friðbjörn Sigurðsson, krabbameinslæknir og fyrrum formaður Læknaráðs, kallaði á aðalfundinum eftir nýju sjúkrahúsi á Akureyri sem og nýju sjúkraskrárkerfi.

Heilbrigðisráðherra sagði marga tala um sjúkraskrárkerfið. Stundum þurfi að horfast í augu við að kostnaðurinn hingað til sé sokkinn. Hann gæti þó ekki tekið þessa ákvörðun einn eða fullyrt að hún væri sú skynsamlegasta. „Þetta er risamál," sagði ráðherrann.



Steinunn Þórðardóttir, formaður Læknafélags Íslands, stýrði fyrsta aðalfundi sínum. Hann fór fram í húsakynnum Læknafélagsins þann 14. október og var vel sóttur. Sex ályktanir um margvísleg málefni sem snerta heilbrigðismál voru samþykktar á fundinum. Mynd/gag

„Við þurfum viðurkenningu á að ástandið sé svona alvarlegt“

„Ég er þakklátur fyrir að þú sérð kjarnann,“ sagði Ólafur Þór Ævarsson, geðlæknir og fulltrúi Læknafélags Reykjavíkur, og dró saman erindi ráðherrans. Hvernig hann sæi að mönnunin væri of lítil, fjármagnið of lítið. Læknar skildu að framfylgja þyrfti stefnum, erfitt væri að byggja spítala og gera samninga. Nú ynni hann með óvenju marga lækna veika af álagi.

„Ég óttast að þótt það séu úrbætur í gangi og við heyrum að þú hafir aðalatriðin á hreinu; að það þurfi að gerast eitthvað meira núna,“ benti Ólafur á. Hann kom inn á íþróttamyndlíkingu eins og ráðherrann notar gjarnan. „Okkur líður ekki eins og við séum í skemmtilegum handboltaleik. Okkur líður meira eins og okkur sé hent út úr þyrlu á hæsta fjallstoppi. Annar stafurinn er brotinn og skíðin 15 ára gömul,“ sagði hann.

Læknar þyrftu því „eitthvað meira núna“ en orð. Þeir þyrftu viðurkenningu á því að ástandið væri eins alvarlegt og þeir lýstu. Öryggi sjúklinga væri stefnt í hættu. „Það er ekki eðlileg staða að ungir læknar á hátindi ferils síns hugsi um það annan hvern dag hvernig þeir geti komist hjá starfinu og hætt,“ sagði Ólafur Þór.

Ráðherra sagði að hann hefði lýst þessari stöðu fyrir ríkisstjórninni. Staðan væri býsna alvarleg.



Ólafur Þór Ævarsson benti á að staðan væri alvarlegri en áður. Mynd/gag

Stolt stétt sem vill sjá lækna getið í lagatextum

„Læknastéttin er stolt stétt. Hún hefur faglegt stolt og faglega ábyrgð, en það skiptir máli að henni sé treyst,“ sagði Katrín Fjeldsted, heimilislæknir, fyrrum alþingismaður og heiðursfélagi í LÍ. Hún hefði uppgötvað á þingi að orðið læknir væri að hverfa úr lagatextum. „Í staðinn fyrir orðið læknir kom orðið heilbrigðisstarfsfólk. Það er eins og hafi ekki mátt nefna læknana.“

Katrín kallaði eftir því að ráðuneytið myndi eftir því við vinnu sína að læknar skipti heilmiklu máli. „Orðið læknir þarf að vera inni,“ sagði hún og benti á að aldrei hefði læknir orðið ráðherra. Aðeins einn ráðuneytisstjóri. „Það var Páll Sigurðsson í upphafi heilbrigðisráðuneytisins.“ Læknar ættu að vera í stjórnunarstöðum í heilbrigðisþjónustunni. Hún hrósaði því ráðherranum fyrir að velja sér lækni sem aðstoðarmann; Guðrúnu Ásu Björnsdóttur.

Ráðherra sagði við þetta tilefni að hann vissi ekki um hóp sem hefði sterkari fagvitund en lækna. Hann hvatti lækna til að finna þann rétta.



Katrín Fjeldsted talaði um stolt og sterka fagvitund. Mynd/gag



Ráðherrann var kominn út á mitt gólf og í kaf í samræðurnar þegar leið á fundinn. Hér svarar hann Þórarni Guðnasyni varðandi það þegar láðist að framlengja bráðabirgðasamninginn við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna og sjúklingar stóðu eftir ótryggðir. Mynd/gag

Benti á mikilvægi trausts við samningagerð

Ragnar Freyr Ingvarsson, formaður Læknafélags Reykjavíkur, lagði áherslu á mikilvægi þess að það ríkti traust á milli viðsemjenda en félagið semur við Sjúkratryggingar Íslands

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Formaður Læknafélags Reykjavíkur sagði gott að hlusta á ráðherrann tala um málaflokkinn. „En svo sér maður fjárlögin. Það verður að lýsa yfir vissum vonbrigðum fyrir hönd sjálfstætt starfandi lækna að sjá ekki vilja ráðherrans þar," sagði hann.

Fundurinn ályktaði einnig um samninga við sjálfstætt starfandi lækna. Hann skoraði á stjórnvöld að ganga til samninga með raunveruleg áform um að bæta og efla þjónustu við sjúkratryggða landsmenn.

Ráðherra sagði heilbrigðiskerfið þurfa meiri innspýtingu. Hann kallaði eftir þarfagreiningu til að greina samningsmarkmiðin svo horfa mætti á það sem raunverulega er samið um; verðið, magnið, gæðin og öryggið.

Þórarinn Guðnason, fyrrum formaður Læknafélags Reykjavíkur, stóð upp og benti á alvarleika þess þegar láðist að framlengja reglugerð um greiðslur fyrir þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna í tíma í september. Áhöld hafi verið um hvort sjúklingar væru sjúkratryggðir í hálfan sólarhring.

„Það eru sárindi eftir þetta og menn upplifðu að ráðuneytið hunsaði okkur sérfræðilæknana," sagði hann og benti einnig á að þegar samningnum var lokað árið 2015 fyrir nýliðun hafi ungir læknar ekki séð sér fært að koma heim. Læknar flytji heim af fjölskylduástæðum, en ekki þegar ákveðin staða losni á Landspítala.

„Þessi samningur við sérfræðilækna var svo dýrmætur fyrir nýliðun lækna að því leyti að hann var opinn," sagði hann og að yfirvöld þyrftu að skilja að það verði að vera opin leið fyrir lækna að koma heim þegar fjölskyldum þeirra hentar.

Ráðherra þakkaði Þórarni og baðst afsökunar á klúðrinu í september. Hann taki ábyrgð á því enda stórmál fyrir fólkið í landinu.



Helga Ágústa Sigurjónsdóttir ritstjóri Læknablaðsins hvatti til meira vísindastarfs og öflugri læknadeildar. Mynd/gag

Óttast um vísindastarf spítalans

„Mikið rosalega varð ég fyrir miklum vonbrigðum þegar þú skipaðir þessa stjórn yfir Landspítala," sagði Helga Ágústa Sigurjónsdóttir innkirtlalæknir og ritstjóri *Læknablaðsins*. Hún hefði verið í hópi þeirra sem fóru á fund formanns heilbrigðisnefndar Alþingis þegar hún fór fyrir prófessoraráði Landspítala og óskaði eftir stjórn yfir spítalanum. Hún hafi ekki þá trú að þessi stjórn geti fylgt eftir þremur meginhlutverkum Landspítala: kennslu, vísindastarfi og lækningum.

„Í mínum huga er Landspítali ekki að fylgja lögum um hvað hann á að starfa við." Stjórnin sé ekki þannig samansett að hún eigi auðvelt með fylgjast með því að spítalinn virði vísindastarf og kennslu. Hún vitnaði til Svíþjóðar þar sem því væri haldið á lofti að 30% hvers útskriftarárgangs lækna þyrftu að stunda vísindi til að tryggja gott heilbrigðiskerfi.

„Vísindin eru á hraðri niðurleið með knöppu fjármagni til vísinda," sagði hún. Án öflugs vísindastarfs þróist heilbrigðiskerfið ekki áfram. Hún spurði einnig hvernig ætti að fjölga læknum á Íslandi. „Í dag eyðum við fullt af peningum; nemendurnir, foreldrar þeirra og íslenska ríkið til að efla erlenda háskóla til að mennta læknana okkar." Vilja og pólitíska ákvörðun þyrfti til að efla læknadeildina hér á landi.

„Það er fullt af fólki sem getur kennt læknanemum. Það ríður á að setja mikið fjármagn í læknadeild Háskóla Íslands til þess að þetta unga fólk sem vill verða læknar fái að verða það og þurfi ekki að leita eftir menntun sinni erlendis," sagði hún og lýsti því hvernig íslenskir nemar kynnist miklu öflugri heilbrigðisstofnunum erlendis og hefðu lítið heim að sækja. „Þau skila sér síður heim þegar þau eru búin."



Ráðherra sagðist ætla að reyna að gera sitt allra besta

„Hvernig hefur þú það í vinnunni?" spurði Valgerður Rúnarsdóttir, forstjóri Vogs og framkvæmdastjóri lækninga hjá SÁÁ, ráðherrann. Valgerður spurði hvort ráðherrann sæi tækifæri til að bregðast við þeim vanda sem ræddur hafi verið á fundinum um alvarlega stöðu heilbrigðiskerfisins.

„Við erum að tala um öryggi sjúklinga og gæði þjónustu. Það er það eina sem við viljum og það hriktir alvarlega í," sagði hún.

Willum Þór Þórsson heilbrigðisráðherra lagði áherslu á að ráðuneytið og læknar, heilbrigðisstarfsmenn, væru ekki andstæðingar heldur samherjar. Samræðurnar þennan dag væru dýrmætar fyrir hann.

„Ég er innilega þakklátur fyrir þetta samtal og skal reyna að gera mitt allra besta."

Ákvörðunin um að koma heim stærri en Landspítali

Við söknum verkferla og klínískra leiðbeininga, segja þær Helga Tryggvadóttir krabbameinslæknir, Katrín Þórarinsdóttir gigtarlæknir og Hildur Jónsdóttir almennur lyflæknir og spítalisti, sem allar eru komnar heim eftir að hafa sérhæft sig erlendis. Ástandið í íslenska heilbrigðiskerfinu fældi þær ekki frá. Ákvörðunin um að snúa heim sé stærri en starfið eitt

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Mér finnst Landspítali vera stærsta hjúkrunarheimili landsins," segir Katrín Þórarinsdóttir gigtarlæknir sem er nýkomin til landsins eftir rúman áratug á Sahlgrenska.

„Spítalinn er nýttur því það eru engin önnur úrræði. Því er farið með fólkið sem þarf þessa aðhlynningu á bráðamóttökuna. Svo liggur það þar og kemst ekkert annað. Hér vantar úrræði fyrir gamalt fólk. Það er stærsti vandi íslenska heilbrigðiskerfisins." Það sé pólitísk ákvörðun hvernig heilbrigðiskerfi eigi að bjóða.

„Landspítali hefur verið í stórkostlegum vandræðum frá því við vorum læknanemar. Vandinn hefur færst til. Hann var áður mikill á lyflæknadeildum en færðist yfir á bráðamóttökuna. Nú á að færa hann aftur á deildir."

Læknablaðið settist niður með læknunum þremur sem allar hafa snúið heim úr sérnámi erlendis. Blaðið vill ná þeim á meðan þær hafa enn glögga gestsaugað. Katrín hóf aftur störf á Landspítala í júlí eftir áratug á Sahlgrenska og Helga Tryggvadóttir krabbameinslæknir í lok ágúst eftir áratug í Lundi og Malmö. Hildur Jónsdóttir lyflæknir og spítalisti hefur nú starfað í ár á spítalanum eftir þriggja ára sérnám í Iowa í Bandaríkjunum.

Samdauna bráðamóttökunni

„Það var sjokk að koma til baka og sjá hvað ástandið á bráðamóttökunni hafði breyst til hins verra á þessum þremur árum. Einstaka sjúklingur var á ganginum þar þegar ég fór út en þeir lágu út um allt þegar ég kom heim. Nú þegar ég hef verið heima í eitt ár er ég orðin samdauna þessu ástandi og finnst þetta vera venjulegt," segir Hildur þar sem þær þrjár setjast niður í Blásölum í Fossvogi á úrhellisrigningarþriðjudagsmorgni.

„Ég er hætt að pæla í þessu og er ánægð ef það eru 20 eða færri sem bíða innlagnar á lyflækningasvið á bráðamóttökunni. Mesti fjöldi sem ég hef haft þar eru 37," segir hún og býst aldrei við rólegri vakt.

Helga er ekki á bráðamóttökunni. Hún mætir á krabbameinsdeildina sem hefur verið í fjölmiðlum vegna bágrar aðstöðu. „Þessar fyrstu vikur á krabbameinsdeildinni hafa verið erfiðar. Það væri ákjósanlegt ef við værum fleiri," segir hún róleg og lýsir ólíkri vinnumenningu frá störfum sínum í Svíþjóð.

„Úti var meira rými til að vera nýútskrifaður sérfræðingur. Ég gat alltaf ráðfært mig og fengið stuðning. Eldri kollegar studdu þá yngri. Hér eru auðvitað öll af vilja gerð að hjálpa, það er ekki það, en hér þurfa læknar að standa meira á eigin fótum. Það eru ekki jafn margir læknar að störfum," segir Helga. Sú vinnumenning virðist þó ólík milli deilda. Katrín segir að á gigtardeildinni séu haldnir markvissir fundir um stöðuna. Hins vegar finnist henni skorta á skýra ferla.

Saknar sænsku ferlanna

„Ég kem úr niðurnjörvuðu vinnuumhverfi. Svíar eru með verklag fyrir allt sem við gerum. Ég sakna þess. Ég myndi vilja geta kynnt mér stefnu, verklag deilda



Hildur, Helga og Katrín hafa allar snúið heim eftir sérnám erlendis. Hildur í Bandaríkjunum. Helga og Kristín í Svíþjóð. Þær rýna í stöðuna og segja hana eins og búast hafi mátt við. Mynd/gag

og reglur skriflega. Sjá hvaða klínísku leiðbeiningum spítalinn vill að við fylgjum. Fólk er jákvætt og gott að fá upplýsingarnar af gólfinu en það gefst ekki alltaf ráðrúm til að pikka í alla og spyrja," lýsir Katrín. Hér sé stuðst við óskrifaða verkferla sem fólk læri í starfi.

„Fólk kann þetta allt saman en við sem komum ný inn værum fljótari að tileinka okkur hlutina ef við gætum lesið okkur til," segir hún. Þær samsinna að þar virðist íslenska „þetta reddast"- menningin ráða ríkjum. „Já, ég held að við séum vön því að þetta reddist sko," segir Katrín. „Og það gerir það oftast en þegar mörg ný hefja störf er þetta orðið öryggismál."

En er þá vinnuumhverfið ófaglegt? „Ég myndi ekki segja það," segir Katrín. „Hér er fagmennskan mikil og við læknar viljum gera vel. En þetta eru óskráðir vinnuferlar og þar sem við komum víða að er rétt að spyrja: Hvaða leiðarvísum ætlum við að fylgja? Það getur verið blæbrigðamunur milli landa og því mikilvægt að þetta sé ákveðið svo allir skjólstæðingar fái sömu meðferð og þjónustu," segir hún. Helga grípur boltann.

HILDUR JÓNSDÓTTIR kom heim fyrir ári og hefur unnið á bráðalyflækningadeild síðan þá. Áður var hún þrjú ár í Iowa í Bandaríkjunum þar sem hún sérhæfði sig í almennum lyflækningum og er fyrsti spítalistinn hér á landi. Áður var hún deildarlæknir á lyflækningasviði auk stuttrar viðkomu á svæfinga- og gjörgæsludeildinni á Hringbraut.

HELGA TRYGGVADÓTTIR vann tvö ár hér heima eftir að hún kláraði læknisfræðina. Sérhæfði sig í krabbameinslækningum í Lundi. Þar og í Malmö varði hún áratug og kláraði doktorsnám. Hún flutti heim með 7 ára tvíburadætur og byrjaði í ágústlok á krabbameinsdeild Landspítala.

KATRÍN ÞÓRARINSDÓTTIR vann á Íslandi í rúm tvö ár áður en hún flutti til Svíþjóðar árið 2009. Þar fékk hún vinnu á lyflækningadeild á Sahlgrenska eftir fæðingarorlof og hóf þar sérnám í gigtlækningum árið 2011. Árið 2019 lauk hún doktorsprófi um B-frumur og iktsýki, undir handleiðslu prófessor Inger Gjertsson í Gautaborg. Í framhaldi var hún post-doctoral fellow hjá prófessor Ken Smith í Cambridge við rannsóknir á COVID-19 og anti-cytokine--mótefnum. Katrín á 13 og 15 ára dætur og hóf störf á gigtardeild Landspítala um miðjan júlí.

„Já, ef við höfum ferla í föstum skorðum þurfum við ekki að hugsa um alla lausa enda. Muna nákvæmlega hvaða prufur þarf að taka á hverjum tíma. Hér líður mér eins og við þurfum að passa upp á alla þræði hvers einstaklings, því það er ekki hægt að stóla á að hlutir gerist sjálfkrafa í ferlinu þótt þjónustan eigi að vera sú sama," segir hún.

„Ég gat stólað á í Svíþjóð að prufurnar yrðu teknar." Hugsanlega gerist það hér en án ferlanna sé ekki hægt að stóla á það. „Allt af því að skriflega ferla vantar."

Þörf hvert sem litið er

Um heilbrigðiskerfið sjálft segir Hildur blasa við að hér sé þjónustuþörfin mikil hvert sem litið er. „Alls staðar í kerfinu er eftirspurnin mikil. Við ráðum ekki við stöðuna. Það á ekki bara við um Landspítala," segir hún og nefnir enn skort á endurhæfingarúrræðum sem sligi spítalann.

„Það vantar úrræði eftir innlögn fyrir fólk sem þarf kannski eina til tvær vikur í viðbót til að ná sér á strik. Við útskrifum fólk í mjög svo misjöfnu ásigkomulagi og höfum ekkert að bjóða," segir hún. „Þetta er fólk sem þarf ekki lengur að vera á bráðasjúkrahúsi en þyrfti samt umönnun til að ná sér almennilega."

Helga segir sambærilegan vanda hafa steðjað að í Lundi og Malmö þar sem hún vann. „En stóri munurinn var að við gátum sagt að meðferð væri lokið og þá varð sveitarfélagið að taka við sjúklingnum. Ýmis úrræði voru í boði; sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun allskyns. Ég ætla ekki að fullyrða að alltaf hafi þetta gengið frábærlega vel. Stundum komu sjúklingarnir aftur en það voru ráð," segir hún og nefnir til að mynda skammtímahjúkrunarheimili.

Þær nefna að á meðan spítalinn sé svona gott hjúkrunarheimili og enginn þrýstingur á sveitarfélög um lausn, breytist staðan seint.

Létu stöðuna ekki ráða för

En kom þessi staða í heilbrigðiskerfinu þeim á óvart þegar þær sneru aftur heim? Helga svarar því neitandi.

„Ég hafði fylgst með fréttum. Ég reiknaði ekki með að staðan hefði vænkast frá því að ég vann hér fyrir 10 árum," segir hún: „Þetta er eins og það er og maður reynir sitt besta."

En ástandið hefur aldrei verið þannig að þið ákvæðuð að koma ekki heim? „Nei," svarar Helga. „Ákvörðunin snýr ekki að spítalanum sjálfum. Hún er á öðru plani. Hún snýst um að koma heim. Vera nálægt fjölskyldu sinni, ala börnin sín upp á Íslandi. Þetta er bara svona."

En eru þær bjartsýnar á breytingar? „Manni líður allavega eins og það sé hægt að gera breytingar," segir Helga. „Það er vilji til að fylgja meiri rútínu, hafa meira skriflegt og vinna upp ferla sem við getum notað," segir hún.

„En það er mikil vinna og við erum auðvitað ekki mörg. Það vefst því fyrir okkur í svona litlu landi að búa til svona rútínur," segir hún og lýsir hvernig hún nýti ferla úr gamla starfinu sínu ytra. Katrín nefnir það einnig. „Ég finn að það er vilji til breytinga á gigtardeildinni. Sóknarfærin eru mörg."

En sjá þær fram á að vinna á Landspítala eftir 5 ár? „Já, ég sé ekki hvar annars staðar ég ætti að vinna," segir Helga og þær taka undir. „Ég kom heim tilbúin í þetta." Hildur tekur undir. „Ég vissi vel að hér væri ekki allt í frábæru standi þótt það hafi heldur versnað á síðasta árinu."

Katrín slær lokatóninn. „Ég held að það sé hægt að laga ástandið. Ég held það. Vonandi verður staðan betri með nýjum spítala."

Hópleit vegna krabbameins í ristli og endaþarmi á Íslandi

Sögulegt samhengi og staðan í dag

Ávinningur af hópleit vegna krabbameins í ristli og endaþarmi (KRE) er löngu ljós. Nýgengi er að aukast og ef ekkert er aðhafst mun sú þróun líklega halda áfram.

Vilji til að draga úr nýgengi og dánartíðni KRE hérlendis hjá einkennalausum einstaklingum 50 ára og eldri (meðaláhætta) með skimun nær aftur til aldamóta. Tafist hefur að koma á skipulegri hópleit. Yfirlýst stefna heilbrigðisyfirvalda er að henni verði hrint í framkvæmd hið fyrsta.

Fyrstu tillögur um skimun fyrir KRE birtust á vefsíðu Embættis landlæknis sem klínískar leiðbeiningar 2001.[1] Ráðlögð var árleg leit að blóði í hægðum (FOBT, *Fecal occult blood test*). Alþingi samþykkti í kjölfarið ályktun um „að fela heilbrigðisráðherra í samráði við landlækni að gera tillögur um hvernig staðið skuli að forvarnar og leitarstarfi". Árið 2004 lagði vinnuhópur til FOBT á tveggja ára fresti hjá 55-70 ára einstaklingum sem skipulega hópleit. Í báðum tillögum var ráðlögð ristilspeglun hjá þeim sem greindust með blóð í hægðum. Síðan þá hefur megináherslan verið á skipulega hópleit. Árið 2007 samþykktu 7 fagfélög undirritaða ályktun

Höfundar sátu í fagráði um ristilskimanir og skimunarráði sem var skipað af landlækni 2018-2020.



Sunna Guðlaugsdóttir
meltingarsérfræðingur Landspítala og Meltingarsetrinu Höfða



Anna Sverrisdóttir
skurðlæknir Læknastöðinni Glæsibæ



Haraldur Briem
fyrrum sóttvarnalæknir



Ísleifur Ólafsson
yfirlæknir rannsóknarkjarna/ lífefna og blóðmeinafræði Landspítala



Páll Helgi Möller
yfirlæknir kviðarholsskurðlækninga Landspítala



Thor Aspelund
líftölfræðingur við læknadeild HÍ

um forvarnir sem skilaði því að alþingi samþykkti þingsályktun um „að fela heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra í samráði við landlækni að hefja undirbúning að skimun þannig að skipuleg leit hæfist 2008“. Ráðgjafahópurinn skilaði lokaskýrslu í febrúar 2009[2] en brýnt þótti að hefja lýðgrundaða skimun. Bent var á að hópleitin væri kostnaðarlega ábatasöm. Mælt var með að bjóða 60-69 ára FOBT* annað hvert ár og þeim sem greindust með blóð í hægðum ristilspeglun. Vegna niðurskurðar eftir bankahrunið 2008 var ekki unnt að hefja hópleitina.

Árið 2014 kom Krabbameinsfélag Íslands ásamt 11 fag- og sjúklingafélögum að áskorun til heilbrigðisráðherra og alþingismanna um að hefja strax skipulega leit að KRE. Með veglegum styrk frá Okkar líf tryggingafélagi var verkefnastjóri ráðinn og undirbúningur í samvinnu við landlækni og heilbrigðisyfirvöld hafinn. Ítarlegri skýrslu var skilað 2015.[3] Lagt var til að skima með nýju hægðaprófi, mótefnavakaprófi (FIT, *Fecal immunochemical test*) í stað FOBT og fylgja leiðbeiningum Evrópusambandsins með skipulegri hópleit hjá 50-75 ára (meðaláhætta) en byrja innleiðingu hjá 60-69 ára. Lögð var áhersla á miðlæga stjórnstöð sem héldi utan um alla þætti skimunarinnar. Árið 2016 var stærsta skrefið tekið í átt að skipulegri hópleit. Velferðarráðuneytið lagði 25 milljónir til undirbúningsins og Krabbameinsfélagið 20 milljónir á móti. Keypt var tæki til að greina blóð í hægðasýnum með FIT, skrifaður gagnagrunnur fyrir innkallanir, speglanir, kröfulýsing gerð og klíníska leiðbeiningar. Undirritað var samkomulag milli Krabbameinsfélagsins og velferðarráðuneytisins um að skimun hæfist 2017. Ekki náðist að hrinda hópleit af stað og fjármunir sem ætlaðir voru til verksins fjarri því að duga.

Læknar, einkum meltingarsérfræðingar og skurðlæknar, viðhéldu athygli á KRE og umræða skapaðist á alþingi um þjóðhagslegan ávinning af markvissum forvörnum og heilbrigðisráðherra var hvattur til að hefja formlega skimun. Helsta álitamál var í hópi læknanna sjálfra um hvort nota ætti eingöngu ristilspeglanir eða skima fyrst með FIT-mótefnavakaprófi.

Árið 2018 skipaði Embætti landlæknis fagráð 5 sérfræðinga með sérþekkingu á KRE og hópleit. Fagráðið skilaði tillögum um skimun[4] til skimunarráðs sem var skipað 7 sérfræðingum úr ýmsum sérgreinum og var landlæknir til ráðlegginga um allar krabbameinsskimanir. Mælt var með að hafin yrði skipuleg frumskimun hjá 50-74 ára (meðaláhætta) samkvæmt evrópskum ráðleggingum með FIT-prófi annað hvert ár og ristilspeglun hjá þeim sem greinast með blóð í hægðum. Byrja skyldi hjá 60-69 ára. Að auki skyldi einstaklingum á 51. aldursári boðin ristilspeglun sem frumskimun en þeim gefinn sá valkostur að þiggja FIT-próf einu sinni. Lögð var áhersla á að hefja strax miðlæga speglunarskráningu. Sátt var um vinnu fagráðs og hún samþykkt af skimunarráði og síðan heilbrigðisráðuneytinu 2021.

Í framhaldi af breytingum á skipulagi, stjórn og framkvæmd skimunar fyrir krabbameinum á Íslandi sem færðist inn í opinbera heilbrigðiskerfið og með opnun Samhæfingarstöðvar krabbameinsskimana 2021 var Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins falið að undirbúa skipulega hópleit vegna KRE í samvinnu við Embætti landlæknis. Sú vinna er í gangi og stuðst er við tillögur fagráðsins.[4] Mikil áhersla er þar lögð á víðtækt samráð á öllum sviðum með fulltrúum allra sem að verkefninu koma, þar á meðal þeim sérfræðingum sem áður skipuðu fagráðið. Ráðinn hefur verið verkefnastjóri og fyrirhugað er að hefja skimun á árinu 2023.

Heimildir

1. Skimun fyrir krabbameinum í ristli og endaþarmi. Niðurstaða starfshóps á vegum Landlæknis. Reykjavík, 2001.
2. Skýrsla um bólusetningar og skimanir vegna smitsjúkdóma og krabbameina. Mat á forvörnum með bólusetningum og skimunum gegn smitsjúkdómum og krabbameinum. Ráðgjafahópur heilbrigðisráðherra. Skýrsla frá október 2008, endurskoðuð í febrúar 2009.
3. Guðlaugsdóttir S. Ristilkrabbameinsleit. Undirbúningur fyrir skipulega leit á Íslandi. Krabbameinsfélagið, 2015.
4. Skýrsla um skimanir. Tillögur fagráðs um skimanir fyrir krabbameini í ristli og endaþarmi. 2019 stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/yms-ar-skrar/Alit%20skimunarrads%202020%20(003).pdf - október 2022.

Doktorsvörn frá Háskóla Íslands: **Sæmundur Rögnvaldsson**

Sæmundur Rögnvaldsson varði doktorsritgerð sína í læknavísindum við læknadeild Háskóla Íslands 10. október. Ritgerðin ber heitið: Klínísk þýðing góðkynja einstofna mótefnahækkunar: Aðferðafræðilegar lausnir til að rannsaka einkennalaust forstig

Andmælendur voru Angela Dispenzieri prófessor við Mayo Clinic í Bandaríkjunum og Lárus Steinþór Guðmundsson dósent við lyfjafræðideild HÍ.

Umsjónarkennari og leiðbeinandi var Sigurður Yngvi Kristinsson prófessor við læknadeild. Auk hans sátu í doktorsnefnd Elías Ólafsson prófessor, Gyða Björnsdóttir rannsakandi, Ola Landgren prófessor og Thor Aspelund prófessor.



Sæmundur Rögnvaldsson tók doktorspróf frá Háskóla Íslands 10. október síðastliðinn. Mynd / Gunnar Sverrisson

Úr ágripinu

Góðkynja einstofna mótefnahækkun er einkennalaust forstig mergæxlis og skyldra krabbameina sem einnig hefur verið tengt við fjölda sjúkdóma. Markmið verkefnisins var að leita nýrra leiða til að leysa aðferðafræðileg vandamál og öðlast betri skilning á klínísku mikilvægi æxlisins.

Doktorinn

Sæmundur lauk stúdentsprófi frá MH og embættisprófi í læknisfræði frá Háskóla Íslands 2018. Samhliða doktorsnámi og sérnámi í almennum lyflækningum stýrir Sæmundur verkefninu „Graduate Program in Medical Science“ við læknadeild og er í rannsóknarhópi Nordic Myeloma Study Group um faraldsfræðilegar rannsóknir á mergæxli.

Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildir þú verða læknir?

Fræðilegur áhugi dró mig mest í læknisfræði en líka hvernig maður fær stöðugt tækifæri til að nýta fræðin í daglegu starfi við að hjálpa fólki. Svo fannst mér æðislegt hvernig starfinu fylgdi búningur. Ermastytting læknasloppa á Landspítala var því sérlega sár fyrir mig.

Hversu erfitt er að verða doktor á skalanum 1-10?

Þetta er langt ferli og erfiðleikastigið sveiflast til og frá. Mér fannst (og finnst) þetta bara svo skemmtilegt að mér finnst erfitt að stiga þetta. Ætli 5 sé ekki nærri lagi.

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Við erum með allt of strjált og óljóst kerfi sem greiðir fyrir þjónustu fyrir aldraða, stundum sveitarfélög, stundum ríki, stundum félagasamtök sem eru svo styrkt af ríki eða sveitarfélögum o.s.frv. Þetta gerir okkur erfitt fyrir að draga einhvern til ábyrgðar fyrir skort á þjónustu sem sjúklingar þurfa og myndu leiða til sparnaðar fyrir kerfið í heild. Mitt fyrsta verk yrði því að endurskipuleggja greiðslukerfi fyrir heimaþjónustu og endurhæfingar- og hjúkrunarrýmum þannig að það væri sami „vasinn“ sem greiddi fyrir þetta allt saman á lands-, landshluta- eða sveitarfélagsstigi. Þannig er hægt að rukka einhvern þegar fólk er í óviðeigandi úrræði, t.d. á spítala í stað hjúkrunarheimilis, og skapa hagræna hvata til að veita betri og hagkvæmari þjónustu. Ég myndi svo líka óska eftir samantekt á því hversu mikið almannafé fyrirtækið Origo hefur fengið til að þróa miðlægt lyfjakort og leita skýringa á því af hverju það er ekki enn komið í gagnið.

Hvaða bók, þættir, músík, líkamsrækt er best?

Ég myndi alltaf segja að *Janeway's immunobiology* sé besta bókin en ég veit ekki hvort það er í anda spurningarinnar. Ég hef haft mjög gaman af bókum Bills Brysons um lífið og tilveruna en æviminningar Richards Feynmans *Surely you're joking, Mr. Feynman* er líklega mín uppáhaldsbók.

Ég er loksins að komast í *Stranger Things* núna og mér finnst það alveg geggjað en *Breaking bad* er ennþá uppáhaldsþáttaserian.

Ég hef alltaf hlustað talsvert á djass, frá Miles Davis til Avishai Cohen og EST en gellupoppið hefur verið að koma sterkt inn að undanförnu (Ariana Grande, Zara Larson o.s.frv.).

Badminton stunda ég mest en núna þegar vetur nálgast hlakka ég til að komast á göngu- og svigskíði.

Hvað er skemmtilegast að gera þegar þú ert ekki í vinnunni?

Best þykir mér að njóta samveru með fjölskyldu og vinum. Einhver skemmtilegasta samvera sem ég veit er að spila og syngja saman. Skemmtilegast finnst mér að spila og syngja í góðri stemmningu á sviði, í partíi eða á tónleikum, sérstaklega með hljómsveitunum Salsakommúnan og Band-Aids. Svo er ég líka agalegur kórfíkill og var í meira en áratug í Hamrahlíðarkórnum en syng núna í Kór Hallgrímskirkju. Það eru ótrúlegir töfrar sem geta gerst í samspili og samsöng, þessi augnablik þar sem allt gengur upp og tilveran víkur fyrir músíkinni eða stemmningunni. Þessi augnablik eru hreinlega fíknivaldandi, svo er ég bara voðalega athyglissjúkur.



Gísli Þór Axelsson tók doktorspróf frá Háskóla Íslands 20. september síðastliðinn. Mynd / Kristinn Ingvarsson

Doktorsvörn frá Háskóla Íslands: **Gísli Þór Axelsson**

Gísli Þór Axelsson varði doktorsritgerð sína í læknavísindum við læknadeild Háskóla Íslands 30. september 2022. Ritgerðin ber heitið Millivefslungnabreytingar og öldrunartengdir þættir

Andmælendur voru Gisli Jenkins, rannsóknarprófessor við National Heart and Lung Institute, Imperial College London, og Timothy Blackwell prófessor við Division of Allergy, Pulmonary and Critical Care Medicine, Vanderbilt University í Nashville, Tennessee. Umsjónarkennari og leiðbeinandi var Gunnar Guðmundsson prófessor og meðleiðbeinandi var Thor Aspelund prófessor, báðir við læknadeild HÍ. Auk þeirra sátu í doktorsnefnd Gary Matthew Hunninghake, dósent við Harvard Medical School, og Vilmundur Guðnason prófessor.

Úr ágripinu

Niðurstöðurnar sýna fram á tengsl millivefslungnabreytinga við ýmsa öldrunartengda þætti og klínískar útkomur. Til viðbótar benda niðurstöður til margra próteina sem nýrra lífvísa breytinganna í blóði, en sum þeirra hafa þekkt tengsl við öldrun. Í heild auka niðurstöðurnar þekkingu á líffræðilegum eiginleikum og faraldsfræðilegri áhættu fólks með myndgreiningarbreytingar sem bent gætu til snemmbúinnar lungnatrefjunar.

Doktorinn

Gísli Þór fæddist á Selfossi og lauk stúdentsprófi frá Fjölbrautaskóla Suðurlands. Hann lauk embættisprófi í læknisfræði frá Háskóla Íslands 2020 og samhliða doktorsnáminu hóf hann sérnám í almennum lyflækningum við Landspítala.

Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildir þú verða læknir?

Það er merkilega erfitt að svara þessari spurningu. Ætli það hafi ekki verið einhver samblanda af áhuga á fræðunum og því að vilja gera eitthvað gagn.

Hversu erfitt er að verða doktor á skalanum 1-10?

Mjög misjafnt eftir því hvernig gengur þá stundina. Stundum svona 5-6, stundum 9.

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Vonandi verð ég aldrei heilbrigðisráðherra. En heilt yfir held ég að það sé mikilvægt að það þeir hvatar sem innbyggjast í öll kerfi auki skilvirkni, en dragi ekki úr henni.

Hvaða bók, þættir, músík, líkamsrækt er best?

Ég hef lesið allt of lítið mér til skemmtunar síðustu árin. Ég held samt að ég geti mælt með bókinni *Factfulness* fyrir alla – enda fjallar hún um að byggja skoðanir sínar á gögnum. Núna er ég að horfa á *Kominsky Method* á Netflix sem eru fínasta afþreying. Ég er gömul sál þegar kemur að tónlist. Gamalt rokk er gott, Pink Floyd er best. Besta líkamsræktin er körfubolti með strákunum úr læknadeildinni.

Hvað er skemmtilegast að gera þegar þú ert ekki í vinnunni?

Að stunda útivist. Helst að labba á fjöll eða veifa flugustöng. Yfir veturinn hef ég gaman af því að horfa á íþróttir.

Jóhanna Guðrún Pálmadóttir
barnalæknir á Landspítala
johannap@landspitali.is

Gott nesti er gulls ígildi



Ég er áhugamanneskja um nesti og þreytist seint á að tala um skólanestið. Það tengist móðurhlutverkinu en einnig starfi mínu sem barnalæknir með næringar- og meltingarsjúkdóma sem undirsérgrein.

Ég kynntist alveg nýrri nestismenningu á meðan við bjuggum í Bandaríkjunum við nám og störf. Ég tók eftir því að starfsfólk mætti á spítalann með litlar kælitöskur fullar af nesti. Mér fannst alltaf áhugavert að fylgjast með hvað fólk tók upp úr kælitöskunum á hádegisfyrirlestrum. Jafnvel þótt margt hollt og næringarríkt rati í nestisbox Bandaríkjamanna má þar einnig finna ýmislegt sem aldrei teldist við hæfi hér á Íslandi. Matvörubúðir selja ógrynni af fæðu sem er markaðssett fyrir hádegisnestið í þar til gerðum pakkningum. Einkum er um að ræða kartöfluflögur og kexkökur sem fólk kaupir hugsunarlaust í magnpakkningum til að auðvelda nestisundirbúninginn.

Á mínu heimili var enginn áskrifandi að skólamat enda var hann almennt ekki til fyrirmyndar. Nestið var útbúið að kvöldi fyrir næsta dag og samanstóð oftast af samloku með áleggi, ávöxtum, og mjólkurmat. Ekki var strangt eftirlit í skólanum með innihaldinu svo það mátti alveg lauma kexköku eða kökubita með ef mann langaði til.

Þegar við fluttum til Íslands varð nestisgerðin nokkuð kvíðavekjandi. Börnin borða ekki hvað sem er og skólamatur varð því ekki fyrir valinu alla daga vikunnar. Grunnskólinn hafði mjög ákveðna stefnu hvað varðaði nesti. Mjólkurvörur voru ekki leyfðar vegna viðbætts sykurs, að því að mér skildist, og vegna einnota umbúða sem ekki samrýmdust umhverfisstefnu skólans. Þarna var tekinn út heill fæðuflokkur. Einnig var ákveðið að orkustykki innihéldu of mikinn sykur, alveg óháð eðli og uppruna þeirra, og kökur og kex voru ekki leyfð. Hreinu sætindin gat ég alveg samþykkt sem bannvöru en ekki að fæða sem innihéldi einhvern sykur væri bönnuð með öllu. Allt er best í hófi að mínu mati. Í gagnfræðaskólanum var allt leyfilegt og ég gat leyft mér að setja súkkulaðimjólk í nestið.

Það sem einnig var kvíðvænlegt við nestið var krafan á sjálfa mig um næringargildið og fjölbreytnina. Ég ákvað að reyna að hafa meira gaman af því að útbúa nestið og lagði mig fram um að útbúa fallegt nesti með góðu næringarinnihaldi. Og nú þegar ég lít á þetta sem áhugamál sem felur í sér dálitla áskorun er þetta auðveldara. Þegar ég fæ góðar hugmyndir verð ég sérstaklega spennt að útbúa nestið. Svo hleypur af og til á snærið hjá mér þegar mamma mín kemur með nýbökuð skinkuhorn eða brauðbollur sem gleðja krakkana en mín fyrsta hugsun þegar ég finn kræsingarnar í eldhúsinu að loknum vinnudegi, er að þetta verði nú aldeilis flott í nestið næsta dag.

Það felst nefnilega rík umhyggja í því að útbúa góðan og næringarríkan mat fyrir aðra. Mér hefur verið bent á að börnin geti útbúið nestið sjálf og það er vissulega alveg rétt. En ég öðlast einhverja hugarró þegar börnin mín fara í skólann með nestið sem ég bjó til. Börn þurfa ekki síður gott nesti þegar þau verða eldri og námið og tómstundirnar verða meira krefjandi. Ég heyri alltof oft af því að eldri krakkar séu bara með pening inni á kortinu og foreldrarnir telji að þeir séu í góðum málum. Því er ég hjartanlega ósammála, með fullri virðingu. Þarna er viss hætta á ferðum að mínu mati. Sumir kaupa sér auðvitað eitthvað hollt og gott en ég heyri mörg dæmi um að það sé bara keyptur kexpakki og íþróttadrykkur. Annað sem ég sé talsvert af er að krakkar fara á pizzastaðina og kaupa sér brauðstangir á leiðinni heim úr skólanum. Þetta er áhyggjuefni á tímum vaxandi offitu.

Ég hvet alla lækna sem sinna börnum að ræða mataræðið opinskátt við börnin og foreldra þeirra og leggja áherslu á gott skólanesti. Fræðum börn og foreldra, reynum að mæta þeim þar sem þau eru og setja raunhæf markmið til úrbóta eftir aðstæðum. Margir útbúa fyrirmyndarnesti og ég vona að það verði áfram venjan hjá sem flestum. Látum þó ekki pening inni á kortinu hjá krökkunum verða að enn einni viðtekinni skyndilausninni í nútímasamfélagi. Foreldrum ber skylda til að sjá til þess að börn þeirra séu vel nærð og tilbúin til náms, jafnvel þó að þau virðist sjálfbjarga. Góð næring er ómetanlegt veganesti út í lífið til jafns við það að foreldrar séu til staðar fyrir börnin sín. Ég get þó ekki varist þeirri hugsun að margar fjölskyldur hafa lítið á milli handanna og búa við þröngan kost þegar kemur að matarinnkaupum. Það er á ábyrgð stjórnvalda að koma þessum fjölskyldum til hjálpar en okkar að minna á það.

Auglýsing

Auglýsing