

Vilja sjá möguleika á eftirfylgni í takt við aðra langvinna sjúkdóma

Efnaskipta- og offituteymi hefur verið starfrækt á Reykjalundi frá árinu 2001, en það sinnir meðferð einstaklinga með alvarlega offitu og fylgikvilla hennar.

Hluti skjólstæðinga gengst svo undir efnaskiptaaðgerðir í kjölfarið.

Bjarni Geir Viðarsson skurðlæknir á Landspítalanum og Guðrún Höskuldsdóttir innkirtlalæknir og yfiræknir offituteymis Reykjalundar ræddu stöðu mála í Læknablaðinu og hér að neðan er stutt brot úr því viðtali

■■■ Kristborg Bóel Steindórsdóttir

Á Reykjalundi er boðið upp á sérhæfða meðferð við offitu og tilvísun þarf til þess að komast að í henni. Ferlið hefst á svokallaðri matsviku, þá taka við fjórar vikur í dagdeildarþjónustu sem byggð er upp af fræðslu og hreyfiprógrammi. Hluti þeirra sem gangast undir meðferðina fara í efnaskiptaaðgerð í kjölfarið. En hver skyldi tíðni offitu vera á Íslandi í dag? „Tíðnin hefur verið að aukast frá árinu 1981 og í dag eru um 27% fullorðinna einstaklinga með offitu, en það er þá aðeins það sem skilgreint er út frá líkamsþyngdarstuðli. Í dag er rætt um að fara að skilgreina offitu líka út frá fylgisjúkdómum og ef við myndum gera það þá gæti hópurinn orðið stærri. En þetta snýst aðallega um áhrifin sem þessi aukna fitusöfnun hefur á heilsuna, en þegar við erum komin með fylgisjúkdóma þarf að meðhöndla þá,“ segir Guðrún.

Algengustu sjúklingarnir eru konur um fertugt með þyngdarstuðul 42

Góð samvinna er milli Reykjalundar og Landspítala og eru Bjarni Geir og Guðrún sammála um að gott flæði milli stofnananna sé lykilinn að árangri. Guðrún segir um 200 manns komast að í meðferðina á Reykjalundi árlega. Miðað sé við líkamsþyngdarstuðul 35 eða hærri

og njóta þeir forgangs sem komnir eru með einhverja fylgisjúkdóma á borð við sykursýki, kæfisvefn, stoðkerfisvanda, hjarta- og æðasjúkdóma eða hjartabilun.

Heildarfjöldi efnaskiptaaðgerða síðustu ár hefur verið á bilinu 900 til 1000. Aðeins um 50 þeirra eru framkvæmdar á Landspítalanum, en aðrar eru gerðar á Klíníkinni og erlendis á vegum Sjúkra-trygginga, aðallega í Svíþjóð. Þá segir Bjarni að einhverjir leiti sér þjónustu erlendis á eigin vegum. Aðgerðirnar skiptast í magahjáveituaðgerðir, magarmisaðgerðir og enduraðgerðir, en magahjáveitan er þeirra algengust.

Hvernig er aldursdreifingin og kynjaskiptingin? „Ég myndi segja að stærsti hópurinn samanstandi af rúmlega fertugum konum með þyngdarstuðul 42, ég held að það væri meðaltalssjúklingurinn. En það er ekki af því að karlarnir séu betur á sig komnir, bara þeir mæta ekki,“ segir Bjarni og Guðrún bætir við: „Ef maður skoðar þá sem leita sér aðstoðar, þá sem koma í meðferð og þá sem eru þátttakendur í rannsóknunum, er það akkúrat þessi hópur sem Bjarni er að lýsa. Þetta er oft upp undir 75% konur, rúmlega fertugar og með líkamsþyngdarstuðul yfir 40. Ég held það sé bæði það að karlmenn leita sér síður aðstoðar við offitu en konur, en ég held einnig að við sem heilbrigðisstarfsfólk

vísun frekar konum áfram í þjónustu. Karlmenn koma frekar í tengslum við greiningar á fylgisjúkdómum, að það greinist eitthvað eins og hjarta- og æðasjúkdómur eða sykursýki og þá er vísað í sérhæfð úrræði.“

Ungir einstaklingar með hjartabilun sem fyrsta fylgisjúkdóm

Guðrún segist hafa áhyggjur af þróun hjartabilunar hjá yngri einstaklingum sem eru komnir með alvarlega offitu. „Ég er ekki með neinar tölur í höndunum, en það er mín tilfinning að þetta sé hópur sem við erum að sjá meira af en áður, unga einstaklinga sem eru með mjög háan líkamsþyngdarstuðul og eru komnir með hjartabilun sem fyrsta fylgisjúkdóm. Við erum líka að sjá aukningu á öllum sjúkdómum hjá yngri einstaklingum, eins og sykursýki, kæfisvefn, háþrýsting og stoðkerfisvandamál.“

Aðeins eitt tækifæri til þriðja stigs þjónustu

Spurð að því hvort kerfið í heild sinni sé gott eða hvort eitthvað mætti betur fara, segir Guðrún: „Það sem mér finnst vera helsta vandamálið við kerfið eins og það er núna er að ef þú ert búinn að nýta þér þetta prógramm á Reykjalundi eða fara í efnaskiptaaðgerð, þá fær fólk yfirleitt

ekki tækifæri til að koma aftur. Almennt fá einstaklingar með offitu aðeins eitt tækifæri til þriðja stigs þjónustu en það finnst mér ekki alveg passa við meðferð á langvinnnum sjúkdómum almennt. Oft þurfum við að nýta þennan tíma til þess að stilla af lyfjameðferð, vinna upp fylgi-sjúkdóma, greina átraskanir og vinna með allskonar vandamál. Á sama tíma á þetta að vera endurhæfing, þegar þetta þyrfti í raun að vera í tvennu lagi,” segir Guðrún.

Þrátt fyrir að Bjarni og Guðrún séu sammála um að þjónustan sé í heildina góð tekur Bjarni í sama streng og Guðrún: „Svo er eitthvað sem gerist gjarnan eftir fimm til tíu ár hjá mörgum, að þeir þyngjast aftur. Það er þetta maraþon sem við tölum gjarnan um, þetta er krónískur sjúkdómur sem fólk er með alla ævi. Það er ekki það að fólk gefist upp eða hætti að vera meðvitað um það sem það þarf að gera, heldur frekar að hormónakerfi líkamans og líkaminn sjálfur er farinn að aðlaga sig að aðgerðinni og farinn að nýta þá næringu betur sem hann fær í sig, eða safna henni betur,” segir Bjarni og Guðrún tekur undir: „Það skiptir höfuðmáli að fólk hafi fengið þessar upplýsingar, að þetta geti mögulega gerst, því það fylgja þessu tímabili oft mjög erfiðar tilfinningar, að líða eins og manni hafi mistekist og þyngst aftur eftir aðgerð. Því held ég að það sé mjög mikilvægt að tryggja gott eftirlit og aðgengi að sérhæfðri þjónustu aftur ef þörf er á. Þá bæði þá tækifæri til endurhæfingar eða lyfjameðferðar, en það er mjög takmarkandi þáttur, ef litið er á þetta út frá hormónastarfsemi, að ekki sé hægt að bjóða upp á lyfjameðferð áður en það eru komnir fylgikvillar aftur. Í dag er það því miður þannig að það er ekki hægt að biðja um niður-



Guðrún og Bjarni voru með fyrirlestur á Læknadögum í janúar síðastliðnum. Mynd/aðsend

greiðslu á lyfjum fyrr en svo er komið. Það er bara mjög slæmt þegar búið er að leggja svona mikið á einstaklinginn sem fylgir þessu ferli. Einnig geta komið upp vandamál varðandi líkamssamsetningu, að það verði of mikið tap á vöðvamassa, eða næringartengd vandamál. Þannig að þessir einstaklingar gætu vel nýtt sér endurhæfingu einhverntímann seinna. Ég myndi gjarnan vilja sjá það, svona í

takti við meðferð annarra langvinnra sjúkdóma, að maður gæti nýtt sér mismunandi þrep í þjónustunni oftari en einu sinni,” segir Guðrún.

Þjónustan ekki miðuð að því að um krónískan sjúkdóm sé að ræða

Hver er ástæða þess að ekki er unnt að bjóða upp á frekari eftirfylgni? „Ætli þetta sé ekki aðallega tengt því að við erum með meðferð sem er byggð á samningum við Sjúkratryggingar, sem snýst um meðferðir á vissum fjölda einstaklinga og gerir kannski ekki ráð fyrir þessari mikilli aukningu á tíðni offitu sem hefur orðið síðastliðin ár og þörfinni á langtíma eftirliti. Miðar heldur kannski ekki við að þetta sé sjúkdómur sem læknað ekki af því að fara í efnaskiptaaðgerð eða fara í gegnum sérhæft úrræði einu sinni. Það er mitt mat að við þyrftum að vera tilbúin til þess að grípa inni þegar það er þörf á meðferð aftur, eða til dæmis meðferð fyrir þá sem fara á eigin vegum í efnaskiptaaðgerð, að við gætum boðið þeim sambærilega þjónustu,” segir Guðrún að lokum.

Heildarfjöldi efnaskiptaaðgerða síðustu ár hafa verið á bilinu 900 til 1000. Aðeins um 50 þeirra eru framkvæmdar á Landspítalanum, en aðrar eru gerðar á Klíníkinni og erlendis á vegum Sjúkratrygginga, aðallega í Svíþjóð.