Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



9/2019

105. árgangur: 361-416

GÁTTATIF ÁN LOKUSJÚKDÓMS

Hvaða NOAC[a] þegar hætta á heilaslagi er mikil?[1]



Xarelto hefur staðfesta virkni og öryggi hjá gáttatifssjúklingum[b] með hærra $CHADS_2$-skor en nokkuð annað NOAC[1–5]

Í 3. stigs klínísku rannsókninni ROCKET AF voru 87% sjúklinga með $CHADS_2$-skor 3 eða hærra[1]

Vörn gegn heilaslagi með einni töflu á dag[2]

a. NOAC: non-vitamin K antagonist oral anticoagulant/segavarnarlyf til inntöku sem ekki er K vítamín hemill.

b. Sjúklingar með gáttatif án lokusjúkdóms.

Heimildir: 1. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, *et al*. Rivaroxaban versus warfarin in non-valvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365(10):883–91.
2. SmPC fyrir Xarelto, uppfært 08/2018. **3.** SmPC fyrir Eliquis, uppfært 06/2018.
4. SmPC fyrir Pradaxa, uppfært 06/2018. **5.** SmPC fyrir Lixiana, uppfært 07/2017.

Sérlyfjatexti á bls. 410

Xarelto® rivaroxaban

PP-XAR-IS-0001-1 Nóvember 2018 XARD0188 – Bilbo

Stefna á fullan rekstur sjúkrahótelsins um áramót

Jafnvel hundruð þúsunda geta sparast við að útskrifa einstaklinga af Landspítala á nýja sjúkrahótelið við Hringbraut. Um þriðjungur gesta þess í sumar hefðu annars teppt spítalann enn frekar. „Þessir fyrstu mánuðir hafa gengið betur en ég þorði að vona," segir hótelstjórinn Sólrún Rúnarsdóttir

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Af þeim sjúklingum sem við tókum á móti í sumar hefði um þriðjungur þurft að gista inni á spítalanum ef ekki væri fyrir hótelið," segir Sólrún Rúnarsdóttir, hótelstjóri Sjúkrahótels Landspítala. Hótelið lék eitt lykilhlutverka í sumar þegar ástandið á spítalanum var sem verst og loka þurfti legurýmum og deildum vegna sumarfría starfsfólks. Rúmlega 400 sjúklingar auk aðstandenda hafa gist á sjúkrahótelinu frá því það var opnað 6. maí. Hótelið létti ekki aðeins á flæði innan spítalans heldur dró einnig úr kostnaði.

„Það er ódýrara að vera í þessu úrræði en á legudeild. Ef við getum tekið við fólki af legudeildum og komið í veg fyrir að sjúklingar teppist á bráðamóttöku eða gjörgæslu geta sparast töluverðir fjármunir, jafnvel hundruð þúsunda í hverju tilfelli," bendir Sólrún á.

„Rannsóknir sýna að ef sjúklingar eru á röngu þjónustustigi og meðferð þeirra er lokið þar, eins og til dæmis á bráðamóttöku þar sem ég vann lengi, eykur það líkur á að eitthvað fari úrskeiðis í meðferðinni. Ég tel því klárlega að nýja hótelið komi til með að hjálpa heilbrigðiskerfinu. Það fækki atvikum og spari fé."

Stefnt er á að hótelið verði komið í fullan rekstur í árslok með 75 herbergjum. „Við höfum unnið í skrefum bæði til að læra og meðan við erum að manna það," segir Sólrún. „Þá hafa ýmsir þættir komið upp í þessari nýju byggingu og krefjandi að fá úrbætur á þeim þegar flestir eru í sumarfríi. Vonandi kemst skriður á það nú að sumarleyfum loknum."

Hún nefnir leka á einum stað, rangan vatnshalla í nokkrum herbergjum, truflanir á rafmagni og vatni. „Þetta er nýtt hús og ýmislegt sem sást ekki við fyrstu sýn og þarf að laga eins og gengur og gerist í nýju húsnæði."

Bæði hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar vinna á sjúkrahótelinu. Verkefnin eru margskonar. Þar eru gefin lyf og settir upp æðaleggir og vökvi í æð, fylgst með almennu ástandi fólks, skipt um umbúðir á sárum og fleira. „Fólk þarf að vera sjálfbjarga með daglegar athafnir, geta klætt sig, farið á salerni og komið sér fram í matsalinn. Reglugerðin setur okkur skorður þar," segir hún en starfsmenn aðstoði þó eftir þörfum.

Sólrún var meðal annars verkefnastjóri fyrir Landspítala við uppbyggingu sjúkrahótelsins þegar hún tók við stjórnartaumunum. „Ef einhver hefði sagt mér fyrir 20 árum að ég ætti



Sólrún Rúnarsdóttir hótelstjóri á Sjúkrahóteli Landspítala við Hringbraut sem opnaði í maí. Mynd/gag

eftir að verða hótelstjóri hefði ég talið að sá hinn sami væri galinn," segir Sólrún og hlær þar sem við sitjum á fjórðu hæð hótelsins í glersal með glæsilegu útsýni yfir Þingholtin. Hún á nú 20 ára útskriftarafmæli úr hjúkrunarfræði.

„Ég vann lengi á bráðamóttökunni í Fossvogi en fór í meistaranám milli barneigna og hef starfaði síðastliðin 5 ár sem gæðastjóri á flæðisviðinu sem bráðamóttakan tilheyrir. Flæðisviðið er stórt svið. Öldrunarþjónusta og endurhæfing tilheyra því og lengi vel gerði sjúkrahúsapótekið það einnig en það er nú komið yfir á aðgerðarsvið," segir hún en sló til þegar tækifærið gafst. „Af hverju ekki? Ég sé ekki eftir því, er með frábært starfsfólk með mér enda geri ég þetta ekki ein. Sækja þarf um dvöl á hótelinu rafrænt í heilsugátt með beiðni í Sögu eða með því að hringja í okkur á sjúkrahótelinu."

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

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

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna
Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Esther Ingólfsdóttir
esther@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1850

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

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

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

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

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

ISSN: 0023-7213

9. tölublað • 105. árgangur • 2019

LEIÐARAR



367

Engin fræðastörf á vinnutíma

Þórður Harðarson

Hið þríeina kostnaðarsama hlutverk Landspítala verða stjórnvöld og Alþingi að skilja, það er að lækna, fræða og kenna, og það verður aldrei aðgreint.



369

Má kona fæða ein?

Hulda Hjartardóttir

Óskandi væri að við gætum komið til móts við mismunandi þarfir fæðandi kvenna þannig að engri konu finnist hún þurfa að ganga í gegnum fæðingu ein og óstudd.

FRÆÐIGREINAR

371

Hafsteinn Guðnason, Jón Kristinn Örvarsson, Óttar Már Bergmann, Sigurður Ólafsson, Jón Gunnlaugur Jónsson, Einar Stefán Björnsson

Frumkomin trefjunargallgangabólga á Íslandi 1992-2012

Frumkomin trefjunargallgangabólga er langvinnur bólgusjúkdómur sem herjar á gallganga innan og utan lifrar. Orsakir eru óþekktar. Einkennandi er bólga og bandvefsmyndum í gallgöngum sem getur valdið á víxl þrengingum og víkkunum í gallvegum. Skorpulifur og lifrarbilun eru algengar afleiðingar þegar sjúklingur hefur gengið lengi með sjúkdóminn. Auk þess eru sjúklingar í aukinni áhættu að greinast með krabbamein í gallgöngum og ristli.

379

Aðalbjörg Albertsdóttir, Árún K. Sigurðardóttir, Björg Þorleifsdóttir

Algengi svefntruflana hjá fólki með MS

MS er sjálfsónæmissjúkdómur sem veldur bólgum og skemmdum á taugaslíðri taugafrumna í miðtaugakerfinu. Afleiðingar skemmdanna eru mismunandi eftir því hvar í heila eða mænu þær eru, en þær valda oft einhverjum sjúkdómseinkennum. Fyrstu einkenni sjúkdómsins koma oftast fram fyrir þrítugt og MS er ein algengasta orsök líkamlegrar fötlunar hjá ungu fólki.

Svefntruflanir eru töluvert algengari hjá fólki með MS en almennt gerist og algengi einkenna sem trufla svefn hjá MS-greindum hefur mælst allt að 85%. Í nýlegri rannsókn kom í ljós að svefngæði reyndust minni hjá fólki með MS en heilbrigðum og einkenni þeirra svefnsjúkdóma sem voru rannsakaðir um tvisvar til fjórum sinnum algengari hjá MS-greindum þátttakendum en hjá samanburðarhópnum.

385

Marta Rós Berndsen, Tómas Guðbjartsson, Fritz Hendrik Berndsen

Nárakviðslit - yfirlitsgrein

Nárahaular eru algengust kviðslita og valda útbungun á nárasvæði en geta auk þess valdið verkjum og jafnvel garnastíflu. Aðgerð á nárahaulum er ein algengasta aðgerðin í almennum skurðlækningum, en víða á Vesturlöndum eru framkvæmdar um 130-160 aðgerðir á 100.000 íbúa árlega. Um 90% sjúklinga eru karlar og flestar aðgerðanna gerðar í aldurshópunum 1-5 ára og 55-80 ára.

LÚRA

Ein af fræðigreinunum í septemberblaðinu er um svefntruflanir. Það er víst fátt sem er skaðlegra fyrir manninn en að geta ekki sofið, það er verra en nokkurt eitur og orkar á alla starfsemi líkama og sálar. Nútímamaðurinn er oft á villigötum og eitt merki um alranga hegðun er að telja sér trú um að maður komist af með lítinn svefn. En sannleikurinn er sá að það spillir heilsu, veldur kvíða, raskar ró, kollvarpar dómgreind og kveikir siðleysi að neita sér um svefn.

Höfum þetta í huga þegar dagurinn verður styttri, þá er að lúra meira, leggja sig, fleygja sér, dorma, taka diskóblund eða litla lögn, steinsofa einsog rotaður selur eða rúsína, fá sér kríu, draga



ýsur, skera hrúta, og margt fleira endurnærandi og heilsusamlegt.

Andrés Kolbeinsson tók þessa fallegu mynd af sínu fólki árið 1956. Myndin er birt með leyfi afkomenda hans og Ljósmyndasafns Reykjavíkur.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



395

Páll skerpir á skipuritinu fyrir breytt samfélag og nýjan spítala

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



397

Stærstu lyfjarannsókn Íslandssögunnar hætt, – vonbrigði að allra mati, Jón Snædal ræðir þetta

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



398

Hlaupið kryddar lífið

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Læknarnir Elín Edda og Þórdís Jóna eru afrekshlauparar.



402

Mikilvægt að læra af öðrum, segir Runólfur Pálsson í spjalli um vísindi, menntun og tíma

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

ÖLDUNGAR



412

Öldungadeild Læknafélags Íslands 25 ára

Kristófer Þorleifsson



406

Með toppeinkunn fyrir sérnám á Landspítala

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Hjalti Már Björnsson er kennslustjóri bráðalækninga

408

BRÉF TIL BLAÐSINS

Forhæfing, gæði heilbrigðisþjónustu og þjónusta við sjúklinga

Sólveig Magnúsdóttir

363

Stefna á fullan rekstur sjúkrahótelsins um áramót

segir hótelstjórinn Sólrún Rúnarsdóttir

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



409

Svar við bréfi Sólveigar

María Sigurðardóttir

PISTLAR

PISTILL FRÁ FÉLAGI LÆKNANEMA

392

Stéttlausir læknanemar

Sólveig Bjarnadóttir



Á aðalfundi LÍ verður gerð tillaga um að læknanemar við HÍ geti sótt um hlutaaðild að LÍ eftir fjórða námsár. Mikið hagsmunamál fyrir læknanema og löngu tímabært.

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

393

Símenntun lækna er ævilöng skuldbinding

Reynir Arngrímsson



Viðfangsefni málþings á aðalfundi LÍ á Siglufirði er símenntun lækna.

411

Dagskrá aðalfundar Læknafélags Íslands, 26.-27. september 2019

LIPRIR PENNAR

414

Þegar ég verð stór

Valgerður Þorsteinsdóttir



20 mínútur yfir 7. Sól og 21 gráða. Ég knúsa tvær hágrátandi hnátur og hraða mér. Í lestinni reyni ég að loka augunum og slaka á. Mín bíður 12 tíma næturvakt á bráðamóttökunni í Malmö.

Braltus®
tiotropium

Braltus®. Nýtt samheitalyf við langvinnri lungnateppu.



- **Inniheldur tíótrópíum**
- **Glær hylki**
- **Ódýrari valkostur**

Braltus® er samheitalyf við Spiriva. **Lyfjaform:** Innöndunarduft í hörðu hylki. **Ábending:** Berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). **Virk innihaldsefni og styrkleiki:** 10 mcg tíótrópíum í gefnum skammti. **Braltus®** kemur í nýju innöndunartæki sem kallast Zonda. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu, atrópíni eða afleiðum þess t.d. ipratrópíum eða oxitrópíum eða einhverju hjálparefnanna.
Markaðsleyfishafi: Teva Pharm B.V. Umboðsaðili: Alvogen ehf.

Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og samantekt á eiginleikum lyfsins á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is

Alvogen

Engin fræðastörf á vinnutíma

Á sokkabandsárum mínum á Landspítala á sjöunda áratug síðustu aldar var það mjög til umræðu meðal yngri manna að spítalinn þyrfti að gerast raunverulegur háskólaspítali sem sinnti af alvöru öllum höfuðskyldum slíkrar stofnunar, þjónustu, kennslu og fræðum. Þar fór fremstur Helgi Valdimarsson. En þetta markmið var raunar líka yfirlýst keppikefli margra kennara læknadeildar. Mætti nefna til þeirrar sögu Davíð Davíðsson, Theódór Skúlason, Jón Þorsteinsson og fleiri. Hvað skorti Landspítalann á þennan sæmdartitil?

Jú, ytri umgjörðin virtist traust með lögbundnu verkstjórahlutverki nokkurra prófessora í helstu greinum læknisfræðinnar, en sú skipan studdist við 38. grein laga um Háskóla Íslands. En það náði skammt. Háskóli Íslands átti sem slíkur engin formleg ítök eða áhrif á stjórn spítalans og að sjálfsögðu var aldrei til umræðu að háskólinn ætti spítalann eins og sums staðar gefur góða raun. Engin lagaákvæði gerðu ráð fyrir vísindastörfum á spítalanum og það var varla gert ráð fyrir því að læknadeild ætti samastað á spítalanum þótt ekki væri beinlínis amast við henni. Örfáar fræðigreinar spítalalækna birtust á stangli í ritrýndum tímaritum. Engar sérstakar fjárveitingar voru ætlaðar til kennslustarfa sérfræðinga eða vísindastarfa yfirleitt. Verkleg kennsla var óskipulögð. Um þjónustu við sjúklinga verður ekki fjallað í þessu viðfangi.

Þrátt fyrir það óx fræða- og kennslustörfum fiskur um hrygg og viðhorfin breyttust. Mannaflinn styrktist og fleiri komu til starfa með rannsóknarþjálfun og metnað fyrir háskólahlutverki spítalans. Skömmu eftir aldamótin 2000 var talið að tilvitnanir í fræðigreinar Landspítalalækna væru hlutfallslega jafnmargar eða fleiri en flestra sambærilegra stofnana á Norðurlöndum. Landspítali átti þá aðild að um 40% vísindagreina sem íslenskir fræðimenn birtu á alþjóðavettvangi. Auðvitað nutu þeir samstarfs við Íslenska erfðagreiningu og fleiri vísindastofnanir. Eldhugar eins og Guðmundur Þorgeirsson, Kristján Erlendsson, Sigurður Guðmundsson, Runólfur Pálsson og fleiri umbyltu kennsluháttum læknadeildar. Engu að síður var hinn kerfislægi vandi enn fyrir hendi og beið úrlausnar.

Samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu frá 1990 skyldi framkvæmdastjórn stýra daglegum rekstri sjúkrahúsa og vera forstjóra til ráðuneytis. Í framkvæmdastjórn Landspítala sátu auk forstjóra lækningaforstjóri, hjúkrunarforstjóri og framkvæmdastjóri fjármála og tæknimála. Á fundum framkvæmdastjórnar sátu einnig formaður læknaráðs og fulltrúi læknadeildar Háskóla Íslands.

Eftir sameiningu Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítala vorið 2000 var hins vegar ekki óskað eftir nærveru hinna tveggja síðarnefndu. Því miður varð þetta ekki til að styrkja stöðu háskólans á hinum nýja spítala. Hins vegar fékk spítalinn nafnið Landspítali-háskólasjúkrahús. Viðbótin – háskólasjúkrahús – hvarf þó hægt og hljóðlega með nýjum lögum um heilbrigðisþjónustu árið 2007. Þá var stjórnarnefnd Ríkisspítala lögð niður en hún hafði verið í stjórnskipulagi landssjúkrahússins frá árinu 1935. Lengst af höfðu fulltrúar vísinda og fræða getað komið sjónarmiðum sínum á framfæri með aðild að þeim vettvangi. Nýtt sviðakerfi var innleitt, en formleg aðkoma nokkurra prófessora að stjórn spítaladeilda afnumin. Eflaust voru ákveðin rök fyrir þeirri ráðstöfun, þar sem forgangur í stjórnun sjúkrahúsa var víða að færast í átt til fjármálastýringar, stundum á kostnað faglegra sjónarmiða. Áherslubreytingin var hins vegar ótvíræð og afdrifarík. Samstarfssamningur Háskóla Íslands og Landspítala, sem gerður var árið 2006 eftir langt en málefnalegt andóf læknadeildar, leiddi ekki til neinna merkjanlegra úrbóta.

Án efa hefði hið nýja stjórnskipulag Landspítala þó getað tekist vel ef hugað hefði verið vandlega að akademískum styrkleika stjórnenda, jafnframt öðrum nauðsynlegum verðleikum þeirra. Líkur benda til að þetta hafi ekki tekist til fullnustu. Tvö nýleg dæmi koma í hug. Ég var staddur á göngudeild Landspítalans og heyrði þar á tal ungs sérfræðings við millistjórnanda. Hinn fyrrnefndi ræddi lyfjarannsókn sem hann hugðist taka þátt í með samstarfi við norræna háskólaspítala. Hinn síðarnefndi sagði: „Það er ekki gert ráð fyrir fræðastörfum á vinnutíma“. Hitt dæmið er klukkutímalöng kynning þar sem vaskur klíníkur sviðsstjóri kynnti framtíðarsýn sína. Þar var ekki orði yrt að kennslu eða fræðastörfum. Þessi dæmi auk ýmissa annarra sem hafa borið fyrir eyru benda til þess að ýmsir millistjórnendur hafi misst sjónar á hinu þríeina hlutverki háskólaspítala, þjónustu, kennslu og vísindum. Þetta hlutverk verður ekki sundurgreint því að alþjóðleg reynsla sýnir að akademísk kennsla og fræði styrkja þjónustu við sjúklinga og öfugt. Fræðin geta raunar líka leitt til arðvænlegrar nýsköpunar eins og dæmi sanna. Enginn efast um góðan vilja og stefnufestu forstjóra Landspítala og nánustu samstarfsmanna hans, en líklega er við ramman reip að draga. Birtum vísindagreinum Landspítalalækna og tilvitnunum fer því miður fækkandi og spítalinn er ekki lengur í norrænum fararbroddi á þessu sviði, heldur nálægt botnsætinu.

Í Bandaríkjunum er talið að rekstur háskólasjúkrahúsa sé 30% dýrari en annarra spítala, en háskólastarfið bjargi mannslífum.[1] Nýleg rannsókn[2] á kostnaði norrænna háskólasjúkrahúsa (Ísland var ekki með) bendir til að umframkostnaður þeirra vegna kennslu og fræðahlutverksins sé 20-30%. Þessu kostnaðarsama hlutverki Landspítala þarf að halda á lofti í viðræðum við stjórnvöld og Alþingi, en jafnframt hafa í huga að hið þríeina hlutverk verður aldrei leyst upp í aðgreinda þætti. Á vinnutíma eiga þeir samleið og öllum verður að sinna, stundum samtímis.

Heimildir

1. Austin Frakt. Teaching Hospitals Cost More, but Could Save Your Life. New York Times, 5. júní 2017.
2. Medin E, Anthun KS, Häkkinen U, Kittelsen SA, Linna M, Magnussen J. Cost efficiency of university hospitals in the Nordic countries: a crosscountry analysis. Eur J Health Econ 2011; 12: 509-19.



Þórður Harðarson

Prófessor emeritus, sérfræðingur í hjartalækningum

thordhar@landspitali.is

No academic work during hospital hours

Þórður Harðarson MD PhD, cardiologist.
Former Chief of Medicine, National University Hospital, Iceland. Former Professor of Medicine and Dean of Medical School, University of Iceland.

DOI: 10.17992/lbl.2019.09.243

NÝTT
GLP-1 GEFIÐ
EINU SINNI Í VIKU[1]

Ozempic® – fyrir einstaklinga með sykursýki af tegund 2 þegar metformín dugir ekki til[1]

FYRIR SJÚKLINGA MEÐ EFTIRFARANDI ÁHÆTTUÞÆTTI:

HbA_{1C} meðferðarmarkmið hefur ekki náðst[1]

OZEMPIC LÆKKAR HBA_{1C} UM ALLT AÐ 20,2 MMÓL/MÓL (1,8%)[2*]

Yfirþyngd eða veruleg yfirþyngd[1]

OZEMPIC VEITIR ÞYNGDARTAP UM ALLT AÐ 6,5 KG[1,2]**

Hætta á hjarta- og æðasjúkdómi[1]

OZEMPIC LEIDDI TIL 26% HLUTFALLSLEGRAR MINNKUNAR HÆTTU Á HJARTA- OG ÆÐASJÚKDÓMI[1,3*]**

Ábending

Ozempic er ætlað til meðferðar á fullorðnum með ófullnægjandi stjórn á sykursýki af tegund 2 sem viðbót við mataræði og hreyfingu sem meðferð með einu lyfi þegar ekki er hægt að nota metformín vegna óþols eða frábendinga eða sem viðbót við önnur sykursýkilyf.



* Hámarks meðallækkun HbA1c var 20,2 mmól/mól (1,8%) með Ozempic 1,0 mg og 16,5 mmól/mól (1,5%) með Ozempic 0,5 mg.[1]

** Þyngdartap um allt að 6,5 kg með Ozempic 1 mg og allt að 4,6 kg með Ozempic 0,5 mg.[2]

*** Í SUSTAIN 6 minnkaði Ozempic, til viðbótar hefðbundinni meðferð, hættuna á meiri háttar hjarta- og æðatilvikum (dauðsfall vegna hjarta- og æðasjúkdóms, hjartadrep sem ekki er banvænt eða heilaslag sem ekki er banvænt) um 26% hjá sjúklingum með sykursýki af tegund 2 og í mikilli hættu á hjarta og æðasjúkdómum, samanborið við lyfleysu í rannsókn á jafngildi meðferða. Bætt var við hefðbundna meðferð sem fól í sér sykursýkislyf til inntöku, insúlín, blóðþrýstingslækkandi lyf, þvagræsilyf og blóðfitulækkandi meðferð.[3]

Heimildir: 1. Samantekt á eiginleikum Ozempic (semaglútíð) október 2018. **2.** Pratley RE, Aroda VR, Lingvay I, *et al.* Semaglutide versus dulaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 7): a randomised, open-label, phase 3b trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018. doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30024-X. **3.** Marso SP, Bain SC, Consoli A, *et al.* Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375:1834-1844.

Ozempic® er skráset vörumerki sem tilheyrir Novo Nordisk A/S. ISfmai2019

Ozempic 0,25 mg, 0,5 mg og 1 mg stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna

Helti virkra efna: Semaglútíð. **Ábendingar:** Ozempic er ætlað til meðferðar á fullorðnum með ófullnægjandi stjórn á sykursýki af tegund 2 sem viðbót við mataræði og hreyfingu sem meðferð með einu lyfi þegar ekki er hægt að nota metformín vegna óþols eða frábendinga eða sem viðbót við önnur sykursýkilyf. Rannsóknaniðurstöður er varða samsetningar, áhrif á stjórn á blóðsykri og hjarta og æðakerfið og upplýsingar um þau þýði sem voru rannsökuð, má sjá í samantekt á eiginleikum lyfsins. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Markaðsleyfishafi:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danmörk. Fyrir nánari upplýsingar um lyfið skal hafa samband við umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., sími: 535-7000. Texti SmPC var síðast samþykktur í október 2018. **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar:** Lyfið er lyfseðilskylt. **Leyfilegt hámarksverð í smásölu (júní 2019):** Ozempic 0,25 mg, einn áf. penni er 25.868 kr. Ozempic 0,5 mg, einn áf. penni er 25.868 kr. Ozempic 1 mg, einn áf. penni er 25.868 kr. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** Sækja verður um lyfjaskírteini sem miðast við leiðbeiningar sem má finna inná vef sjúkratrygginga. www.sjukra.is/media/frettabref-lyfjadeildar/Sykursykislyf-teg2_feb-2019.pdf. **Lesið ávallt fylgiseðilinn vandlega áður en byrjað er að nota lyfið. Heildarsamantekt á eiginleikum lyfsins má nálgast á vef Lyfjastofnunar: www.serlyfjaskra.is.**

vistor

novo nordisk®

EINU SINNI Í VIKU
OZEMPIC®
semaglútíð inndæling

Má kona fæða ein?

Fyrir skömmu birtist viðtal við unga konu í *Fréttablaðinu* þar sem hún lýsti fæðingu yngri dóttur sinnar. Um var að ræða ósköp fallega lýsingu á fæðingu en það óvenjulega var að hún ákvað að eiga barnið heima án nokkurrar aðkomu fagfólks. Henni til stuðnings var barnsfaðirinn og allt gekk hratt og eðlilega fyrir sig og fylgdu viðtalinu fallegar myndir af fjölskyldunni.

Lesendur voru ekki lengi að bregðast við á netmiðlunum og í samtölum sín á milli. Eins og oft þegar fæðingar verða að umræðuefni voru skoðanir fólks mjög skiptar, allt frá því að fólk hefði á orði að þetta hlyti að vera ólöglegt yfir í að þetta væri birtingarmynd hins algjöra kvenfrelsis.

Ekki er gott að átta sig á því hve algengt það er að konur velji að fæða börn án aðstoðar fagmanna, engin áreiðanleg skráning er til í heiminum. Hérlendis er þetta sennilega afar fátítt. Flestar konur myndu fyllast skelfingu ef þær ættu ekki kost á fæðingarhjálp. Fyrrum þótti illbýlt á svæðum þar sem ekki var hægt að ná í aðstoð fyrir konur í barnsnauð. Þegar konur hafna fæðingarhjálp í okkar nútímasamfélagi liggur stundum erfið fæðingarreynsla að baki, stundum hið gagnstæða, en sammerkt er sannfæring um getu eigin líkama til að ráða við fæðinguna án truflana og inngripa og löngun til að stýra aðstæðum. Við megum ekki gleyma því að þunguð kona hefur jafnmikinn rétt og aðrir til að hafna meðferð svo framarlega sem hún er ekki haldin andlegum veikindum sem gætu skert getu hennar til að taka ákvarðanir um líf og heilsu.

Ef okkur finnst þetta fráleit hugmynd ættum við frekar að horfa inn á við og spyrja okkur að því hvers vegna konur vilji ekki þiggja þá aðstoð sem við teljum nauðsynlega. Er eitthvað við framkomu okkar eða þær aðstæður sem við bjóðum konum að fæða börn sín í sem gæti verið fráhrindandi? Sumum konum finnst tæknileg sjúkrastofa með öllum öryggisbúnaði mjög aðlaðandi kostur meðan aðrar hræðast slíkar aðstæður og vilja heimilislegt umhverfi með ró og næði. Enn aðrar finna mesta öryggið á eigin heimili.

Rétt eins og bændur vilja vaka yfir ánum sínum í sauðburði til að vera tilbúnir að grípa inn í á réttu augnabliki vita þeir að ærnar þurfa ró og næði til að bera og óþarfa truflanir geta leitt til ýmiss konar erfiðleika. Þó að einhverjum kunni að þykja það óviðeigandi að bera konur saman við kindur erum við þrátt fyrir allt dýrategund og það er ýmislegt í því frumstæða ferli sem fæðing er sem vert er að huga að. Ef við tökum ekki tillit til þarfa fæðandi kvenna fyrir næði og stjórn á aðstæðum eigum við á hættu að þær hrekjist frá okkur í aðstæður sem tryggja síður öryggi móður og barns. Vegna óvissu um skráningu er erfitt að svara því með nákvæmni hve áhættusamt sé að fæða án aðstoðar. Það má áætla að kona sem hefur sótt mæðravernd, hefur fætt eðlilega áður, er ung og hraust eigi mjög góðar líkur á því að fæða án nokkurra inngripa eða alvarlegra fylgikvilla.

Þær rannsóknir sem hafa birst um heimafæðingar benda til þess að útkoma fæðinga þessa hóps sé síst verri en þeirra sem velja að fæða á sjúkrahúsi. Þessar rannsóknir ganga þó út frá því að til staðar séu vel menntaðar ljósmæður sem fylgist með líðan barns og móður. Fylgikvillar fæðinga sjást ekki alltaf fyrir en fagfólk þekkir viðvörunarmerkin og getur brugðist tímanlega við og þó að alvarlegar bráðaaðstæður í fæðingum séu sjaldgæfar er nokkuð ljóst að það getur skipt sköpum að fagfólk sé til staðar til að ekki hljótist skaði af.

Við álítum að fæðingarhjálp hérlendis sé með því besta sem gerist í heiminum, útkoma mæðra og nýbura styður það. Það er samt ekki alltaf þannig að upplifun kvennanna sé jafn frábær og spilar auðvitað margt þar inn í. Þó við höfum vel menntað fagfólk sem vinnur af hugsjón má eflaust gera betur, bæði hvað varðar undirbúning fæðinga og aðstöðu kvenna og fjölskyldna þeirra. Við þurfum líka alltaf að minna okkur á að umgangast fæðandi konur af virðingu og tillitssemi. Við sem vinnum á Landspítala, þar sem 75% fæðinga á landinu fara fram, vitum að plássið er alltof lítið og ekki hannað fyrir nútímakröfur um fæðingadeildir. Aðstaðan leyfir ekki það næði sem er nauðsynlegt né þá hreyfingu sem væri æskileg fyrir fæðandi konur.

Óskandi væri að við gætum bæði tryggt öryggi sem best en á sama tíma komið til móts við mismunandi þarfir fæðandi kvenna með bættri aðstöðu og viðmóti þannig að engri konu finnist hún þurfa að ganga í gegnum fæðingu ein og óstudd.



Hulda Hjartardóttir

yfirlæknir fæðingateymis
Landspítala

huldahj@simnet.is

Unassisted birth?

Hulda Hjartardóttir, MD, FRCOG, Clinical Director of Obstetrics, Landspitali University Hospital, Reykjavík, Iceland.

DOI: 10.17992/lbl.2019.09.244

Salmex

- Nýtt samheitalyf við astma og langvinnri lungnateppu
- Einfalt og þægilegt í notkun
- Hagstætt val fyrir þína sjúklinga

ÚTSKIPTANLEGT!



Salmex er samheitalyf við Seretide Diskus. **Lyfjaform:** Innöndunarduft. **Virk efni:** Salmeteról (sem salmeterólxínafóat) og flútíkasónpróþíónat. **Styrkleikar:** 50 míkrógrömm/100 míkrógrömm/skammt, 50 míkrógrömm/250 míkrógrömm/skammt og 50 míkrógrömm/500 míkrógrömm/skammt **Ábendingar:** Astmi og langvinn lungnateppa. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi:** Glenmark Pharmaceuticals Nordic AB. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000, www.icepharma.is. Dags. nýjasta samþykkta SmPC: 2. júlí 2019.
Nálgast má upplýsingar um lyfið og samantekt á eiginleikum þess, fylgiseðil, verð og greiðsluþátttöku sjúkratrygginga á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is. GLE190801 - Ágúst 2019.

Frumkomin trefjunargallgangabólga á Íslandi 1992-2012

Hafsteinn Óli Guðnason[1] læknir
Jón Örvar Kristinsson[1] læknir
Óttar Már Bergmann[1] læknir
Sigurður Ólafsson[1] læknir
Jón Gunnlaugur Jónasson[2,3] læknir
Einar Stefán Björnsson[1,3] læknir

[1]Meltingardeild, [2]meinafræðideild Landspítala,
[3]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Hafsteinn Óli Guðnason, *haddiog@gmail.com*

DOI: 10.17992/lbl.2019.09.245

ÁGRIP

INNGANGUR
Frumkomin trefjunargallgangabólga er langvinnur bólgusjúkdómur í gallvegum innan og/eða utan lifrar sem getur valdið skorpulifur, lokastigs lifrarbilun og leitt til lifrarígræðslu. Bólgusjúkdómar í meltingarvegi, fyrst og fremst sáraristilbólga, er algengur áhættuþáttur. Hæsta nýgengi fullorðinna sem hefur verið birt var 1,2-1,3/100.000 í Noregi og Svíþjóð og 60-76% höfðu bólgusjúkdóm í meltingarvegi. Markmið þessarar fyrstu rannsóknar sjúkdómsins á Íslandi var að kanna faraldsfræði hans frá árunum 1992-2012 og afdrif sjúklinganna.

AÐFERÐIR
Leit var framkvæmd í gagnagrunnum Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri að sjúkdómsgreiningunni: K83.0, „Gallgangabólga", frá 1992 til 2012. Að auki var gerð leit að sjúklingum með yfirferð á öllum gallvegaspeglunum og segulómunum af gallvegum sem framkvæmdar voru á Landspítala 1992-2012. Einnig var gerð textaleit bæði í gagnagrunnum beggja spítalanna og í gagnagrunni meinafræðinnar fyrir lifrarsýni.

NIÐURSTÖÐUR
Alls fundust 42 sjúklingar með sjúkdóminn innan umrædds tímabils. Miðgildi aldurs við greiningu var 34 ára, 67% voru karlkyns og 90% fullorðnir (≥18 ára). Meðalnýgengi á ári var 0,69/100.000 manns á rannsóknartímabilinu. Alls 88% sjúklinga reyndust vera með bólgusjúkdóm í meltingarvegi, þar af 89% sjúklinga með sáraristilbólgu. Sjö sjúklingar hafa verið greindir með krabbamein, þar af fjórir með meinið í gallgöngum og einn í gallblöðru. Innan tímabilsins dóu 5 sjúklingar (12%), 51 mánuði (miðgildi) frá greiningu og þar af þrír úr gallgangakrabbameini 51 mánuðum (miðgildi) frá greiningu. Þrír (7%) þurftu lifrarígræðslu, þar af einn í tvígang.

ÁLYKTANIR
Nýgengi á Íslandi reyndist lægra en í nágrannalöndum okkar í Skandinavíu. Það er óljóst hvort það stafar af vangreiningu tilfella og/eða að sjúkdómurinn sé sjaldgæfari á Íslandi en í Noregi og Svíþjóð. Alls 7% þurftu á lifrarígræðslu að halda og 12% dóu úr sjúkdómnum, aðallega vegna gallgangakrabbameins.

Inngangur

Frumkomin trefjunargallgangabólga (*primary sclerosing cholangitis, PSC*) er langvinnur bólgusjúkdómur sem herjar á gallganga innan og utan lifrar. Orsakir sjúkdómsins eru óþekktar. Einkennandi fyrir sjúkdóminn er bólga og bandvefsmyndun í gallgöngum sem getur valdið á víxl þrengingum og víkkunum í gallvegum sem líkjast perlufesti á myndum.[1] Skorpulifur og lifrarbilun eru algengar afleiðingar þegar sjúklingur hefur gengið lengi með sjúkdóminn.[2] Auk þess eru sjúklingar í aukinni áhættu að greinast með krabbamein í gallgöngum og ristli.[3] Allt að 50% sjúklinga þurfa lifrarígræðslu eða deyja af völdum sjúkdómsins innan 10-15 ára frá greiningu, ýmist vegna þrálátrar stíflu í gallgöngum vegna endurtekinnar gallgangabólgu, skorpulifrar og/eða vegna krabbameins í gallgöngum og/eða lifur.[4] Sjúklingar með bólgusjúkdóma í meltingarvegi eru í aukinni áhættu að fá sjúkdóminn og þá sérstaklega sjúklingar með sáraristilbólgu. Þekkt er að 2-7,5% af sjúklingum með sáraristilbólgu greinast með PSC á lífsleiðinni og um 50-80% af sjúklingum með PSC greinast einnig með sáraristilbólgu, eða Crohns-sjúkdóm.[5-10] Meirihluti sjúklinga eru karlmenn greindir á þrítugs- eða fertugsaldri.[5] Faraldsfræðirannsóknir hafa sýnt nýgengi allt frá 0,41/100.000 til 1,30/100.000 á ári.[6-11] Nýgengi er einna hæst í Skandinavíu (tafla I). Hins vegar er skortur á rannsóknum sem skoða faraldsfræði þessa sjúkdóms í lýðgrunduðu þýði og engin slík rannsókn hefur verið gerð hjá heilli þjóð. Engin rannsókn hefur áður verið gerð á faraldsfræði PSC á Íslandi.

Markmið okkar var því að skoða nýgengi þessa sjúkdóms á Íslandi á árunum 1992-2012 ásamt því hvað einkennir sjúklingahópinn og hvernig þeim farnast.

Skammstafanir

ALP = Alkalískur fosfatasi
ERCP = Gallgangaspeglun (*endoscopic retrograde cholangiopancreatography*)
Gamma-GT = Gamma-glútamýl transferasi
MRCP = segulómun af gallgöngum (*magnetic resonance cholangiopancreatography*)
ICD = ICD-10 Alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma (International classification of disease)
IQR = fjórðungaspönn *(interquartile range*)
PBC = Frumkomin gallskorpulifur (*primary biliary cholangitis*).
PSC = Frumkomin trefjunargallgangabólga (*primary schlerosing cholangitis*)
UDCA = Ursodeoxycholic sýra

Tafla I. *Nýgengi, kyn, aldur og hlutfall bólgusjúkdóma í görn hjá PSC-sjúklingum samkvæmt fyrri rannsóknum.*

Höfundar, ár	Fjöldi sjúlklinga	Nýgengi/100.000	Hlutfall karlar %	Aldur við greiningu	Bólgusjúkdómar í meltingarvegi %	Land
Boberg et al. 1998[11]	17	1,3	x	x	x	Noregur
Bambha et al. 2003[6]	22	0,9	68	40 ára (m)	73	Bandaríkin
Kingham et al. 2004[7]	53	0,9	62	52 ára (M)	62	Bretland
Kaplan et al. 2007[8]	49	0.9	55	41 árs (M)	74	Kanada
Card et al. 2008[9]	149	0,4	64	55 ára (m)	48	Bretland
Lindkvist et al, 2010[10]	199	1,2	71	39 ára (M)	76	Svíþjóð
Guðnason et al, 2019	42	0,7	67	34 ára (M)	88	Ísland

x=vantar tölur, m=meðaltal, M=miðgildi

Efniviður og aðferðir

Um er að ræða lýsandi afturskyggna rannsókn sem náði til allra Íslendinga sem greindust með PSC á 21 árs tímabili frá 1. janúar 1992 til 31. desember 2012. Ekki er til sértækt ICD-10 greiningarnúmer fyrir þennan sjúkdóm, en eins og í fyrri rannsóknum, sem allar hafa verið afturskyggnar,[8,10] var gerð leit að ICD-10 greiningunni K83.0 „gallgangabólga" í sjúkraskrárkerfum Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri. Þennan sjúkdómsgreiningarkóða ætti að nota hjá þessum sjúklingum við útskrift af spítala eða við komu á göngudeild. Ekki er hægt með vissu að gera ráð fyrir að svo hafi verið og að auki tíðkaðist ekki í byrjun rannsóknartímabilsins að setja sjúkdómsgreiningar við komu á göngudeild. Þess vegna var að auki leitað annarra leiða til að finna þessa sjúklinga.

Gerð var textaleit í Sögukerfi Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri. Þar sem íslenska heitið „frumkomin trefjunargallgangabólga" er ekki notað í daglegu tali né í skráningu gagna þurfti að notast við leitarskilyrðin „primary sclerosing cholangitis", „sclerosing cholangitis" og „PSC". Að auki var gerð textaleit í gagnagrunni meinafræðideildar Landspítala. Að lokum var leitað eftir öllum aðgerðarkóðum fyrir gallgangaspeglanir (ERCP) og segulómunum af gallgöngum (MRCP) frá árunum 1992-2012 í gagnagrunni röntgendeildar og speglunardeild Landspítala. Til að minnka líkur á að missa af sjúklingum sem hafa fengið greiningu utan Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri voru sjálfstætt starfandi sérfræðingar í meltingarfærasjúkdómum spurðir hvort þeir hefðu vitneskju um slíka sjúklinga í þeirri viðleitni að ná til allra. Þegar búið að var að finna einstaklinga með sjúkdóminn var upplýsinga aflað úr sjúkraskrám þeirra. Upplýsinga var aflað um aldur við greiningu, kyn, einkenni við greiningu, blóðprufur við greiningu, meðferð, lifrarígræðslur, aðrar greiningar, lifun og dánarorsök. Skilgreiningarmerki fyrir sjúkdóminn eru vel þekkt og stuðst var við svokölluð Mayo-skilgreiningarmerki, það er 1) blóðprufur sem sýna fram á hækkun á lifrarprófum (sérstaklega áhrif á gallgöng), 2) merki um PSC-sjúkdóm á myndrannsóknum eða í lifrarsýni, og 3) engin merki um aðra orsök fyrir trefjunargallgangabólgu (*secondary sclerosing cholangitis*).[6] Ef þessi gögn vantaði frá greiningu sjúklings var ákveðið að treysta á greiningarhæfni þess meltingarlæknis sem greindi sjúkling. Upplýsingum um sjúklingana var safnað fram til 31. desember 2016 með því markmiði að sjá hvernig sjúklingum vegnaði yfir lengra tímabil, sérstaklega með tilliti til þeirra sjúklinga sem greindust í lok rannsóknartímabils.

Upplýsingar sem fengust við gagnasöfnun voru skráðar í Microsoft Excel og unnið úr þeim í sama forriti ásamt IBM SPSS Statistics 20. Mannfjöldatölur fyrir hvert ár rannsóknartímabilsins voru fengnar af vefsíðu Hagstofu Íslands.

Öll tilskilin leyfi fyrir rannsókninni voru fengin hjá vísindasiðanefnd, Persónuvernd, Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri (leyfi 10-132-V2).

Niðurstöður

Rannsóknarþýði

Könnuð voru gögn 480 sjúklinga sem fengu greininguna K83.0 „gallgangabólga", 9 sjúklinga í gagnagrunni meinafræðideildarinnar, 19 sjúklinga með jákvæða textaleit og að lokum var farið í gegnum gögn 3961 sjúklings sem hafði farið í ERCP/MRCP-rannsóknir. Alls uppfylltu 42 sjúklingar greiningarskilmerkin fyrir sjúkdóminn og greindust frá byrjun ársins 1992 til ársloka 2012. Af þessum 42 voru einungis fjögur börn (7, 13, 15 og 16 ára). Kynjahlutfall var 67% karlmenn (n=28) og 33% konur (n=14). Miðgildi aldurs við greiningu var 34 ára (fjórðungaspönn (*interquartile range,* spönn 21-44 ára). Miðgildi aldurs karla við greiningu var 32 ár (spönn 21-39 ára) og kvenna 43 ár (spönn 28-58 ára). Að meðaltali greindust tveir á ári en flestir greindust árið 2011 (8 sjúklingar, mynd 1). Meðalnýgengi á rannsóknartímabilinu var 0,69/100.000 miðað við tölur frá Hagstofu Íslands fyrir árin 1992-2012.[12] Nýgengi fullorðinna (≥18 ára) var 0,85/100.000 og nýgengi barna (<18 ára) einungis 0,24/100.000.

Einkenni

Helstu einkenni við greiningu samkvæmt sjúkraskrám voru kviðverkir (29%), kláði (24%), gula (21%), niðurgangur (10%), þreyta (10%) og þyngdartap (5%). Upplýsingar skorti um einkenni við greiningu hjá 15 sjúklingum.

Tafla II. *Blóðprufurniðurstöður við greiningu og fjöldi sjúklinga þar sem þær blóðprufur mátti finna.*

Blóðprufur	Fjöldi sjúklinga	Miðgildi	Fjórðungaspönn (IQR)	Viðmiðunargildi
ALP	28	256 U/L	143-638 U/L	35-105 U/L
ALAT	30	118 U/L	66-221 U/L	KK 10-70 U/L Kvk 10-45 U/L
ASAT	31	73 U/L	50-108 U/L	KK 10-45 U/L Kvk 10-35 U/L
Gamma-GT	31	310 U/L	198-485 U/L	KK <115 U/L Kvk <75 U/L
Bilirubín	24	29 µmol/L	9-51 µmol/L	5-25 µmol/L
Albúmín	18	38 g/L	35-43 g/L	36-45 g/L
Kreatínín	26	71 µmol/L	60-80 µmol/L	50-100 µmol/L

Blóðprufur við greiningu

Skráð voru lifrarpóf (alkalískur fosfatasi (ALP), alanín amínótransferasi (ALAT), aspartat amínótransferasi (ASAT), gamma-glútamýl transferasi (gamma-GT), bilirúbín og albúmín) við greiningu ásamt lípasa og kreatíníni. Ekki fundust blóðpróf við greiningu hjá 9 einstaklingum. Þau gildi sem voru mest áberandi hækkuð hjá sjúklingum voru ALP með miðgildið 256 U/L (spönn 143-638 U/L) og gamma-GT 310 U/L (spönn 198-485 U/L). IgG4var mælt í 9 sjúklingum (21%) og var innan eðlilegra marka hjá þeim öllum (0,02-1,25 g/L)) og því ekki grunur um IgG4-orsakaðan gallgangasjúkdóm hjá þeim sjúklingum. Sjá frekari blóðprufuniðurstöður í töflu II.

Bólgusjúkdómar í meltingarvegi

Meirihluti sjúklinga reyndist vera með bólgusjúkdóm í meltingarvegi, eða 37 sjúklingar (88%), þar af 27 karlmenn (73%). Flestir voru með sáraristilbólgu, 33 sjúklingar (79%), þar af 25 karlmenn (76%). Þrír (7%) voru með Crohns-sjúkdóm, þar af tveir karlmenn. Ein kona var með „ótilgreindan bólgusjúkdóm í meltingarvegi". Dreifing, alvarleiki og meðferð bólgusjúkdóms voru ekki skoðuð.

Dreifing sjúkdóms

Sjúkdómnum er oft skipt eftir því hvort hann sé í stærri gallgöngum (sjáanlegur á myndrannsóknum) eða í smáum gallgöngum, einungis sýnilegur þegar vefsýni úr lifur er skoðað (*small-duct* PSC). Staðfest var að 27 (64%) sjúklinganna höfðu farið í ERCP-rannsókn, 33 (79%) í MRCP-rannsókn og úr 26 (62%) sjúklingum fundust lifrarsýni. Í þessari rannsókn voru 34 (81%) sjúklingar með breytingar í stærri gallgöngum, sjáanlegt í ERCP og/eða MRCP. Fjórir sjúklingar (10%) voru einungis með sjúkdóm í smærri gallgöngum, staðfest með vefjagreiningu úr lifur. Óvíst var með dreifingu hjá fjórum sjúklingum þar sem gögn skorti.

Meðferð

Algengt er að sjúklingar með sjúkdóminn fái sýkingar og stíflur í gallvegi og þurfi því inngrip þar sem stoðnet er sett í gallvegaspeglun. Alls höfðu 16 sjúklingar (38%) fengið stoðnet eftir greiningu. Meðferð með ursodeoxychol-sýru (UDCA) var reynd hjá 19 sjúklingum (45%) en í byrjun árs 2010 voru einungis 8 sjúklingar (19%) ennþá á lyfinu. Einn þeirra sem er ennþá á lyfinu er með svokallað skörunarheilkenni (*overlap syndrome*), þar sem hann var með bæði PSC og frumkomna gallskorpulifur (*primary biliary cholangitis*, PBC).

Lifrarígræðsla

Í lok rannsóknartímabilsins höfðu einungis þrír sjúklingar (7,1%) farið í lifrarígræðslu. Einn sjúklingur fór í ígræðslu vegna versnandi skorpulifrar, einn vegna versnandi skorpulifrar ásamt endurteknum blæðingum úr bláæðagúlum í vélinda og sá þriðji vegna endurtekinnar gallvegastíflu og vaxandi gulu. Sá síðastnefndi þurfti ígræðslu í tvígang. Miðgildi tíma frá greiningu að aðgerð var 67 mánuðir.

Lifun og afleiðingar sjúkdóms

Á tímabilinu, frá 1. janúar 1992 til 31. desember 2016, hafa 7 sjúklingar verið greindir með krabbamein, fjórir með krabbamein í gallgöngum, einn í gallblöðru, einn með flöguþekjukrabbamein í húð og einn með B-eitilfrumukrabbamein tveimur árum áður en hann greindist með gallgangasjúkdóminn. Af þeim fjórum sjúklingum sem greindust með krabbamein í gallgöngum eru þrír látnir úr krabbameininu en einn talinn læknaður eftir aðgerð og lyfjameðferð í kjölfarið. Fimm sjúklingar (12%) dóu á tímabilinu um 51 mánuði (miðgildi) (spönn 41-125 mánuðir) frá greiningu. Allir 5 dóu úr afleiðingum sjúkdómsins. Dánarorsök þriggja sjúklinga (tveir karlar og ein kona) var gallgangakrabbamein 51 mánuðum (miðgildi) frá greiningu. Einn (karl) lést af völdum lungnabólgu í kjölfar lifrarbilunar 170 mánuðum frá greiningu og sá síðasti (kona) úr blæðingu frá bláæðagúl í vélinda 47 mánuðum frá greiningu. Með því að nýta tölur yfir meðalnýgengi gallgangameins samkvæmt Krabbameinsskrá Íslands gátum við reiknað áhættu okkar sjúklingahóps sem er 162 sinnum líklegri til að greinast með gallgangamein en almennt þýði á Íslandi.[13]

Umræður

Nýgengi

Nýgengi PSC á Íslandi (0,69/100.000) reynist lægra en í Svíþjóð (1,22/100.000) og Noregi (1,31/100.000).[10,11] Í þeim rannsóknum voru hins vegar einungis fullorðnir sjúklingar en okkar rannsókn náði til allra aldurhópa. Einungis tvær rannsóknir hafa einnig náð til barna með sjúkdóminn.[8,9] Nýgengi var talsvert lægri fyrir börn í okkar rannsókn samanborið við fullorðna, sem má einnig sjá í erlendum rannsóknum (0,24/100.000 hér og 0,23/100.000 erlendis).[8] Nýgengi fullorðinna (≥18 ára) á Íslandi var 0,85/100.000 sem er svipað nýgengi og í Bandaríkjunum, Bretlandi og Kanada (tafla I).[6-8] Okkar rannsókn var með aðeins lægri meðalaldur við greiningu (34 ára) en fyrri rannsóknir hafa sýnt aldur við greiningu vera um 39-55 ára.[6-10] Þegar einungis er tekið tillit til fullorðinna, í okkar rannsókn, hækkar meðalaldur og miðgildi aldurs einungis

upp í 35 ár. Hlutfall karlmanna er þó svipað (67%) samanborið við aðrar rannsóknir (48-71%).[6-10]

Bólgusjúkdómar í meltingarvegi

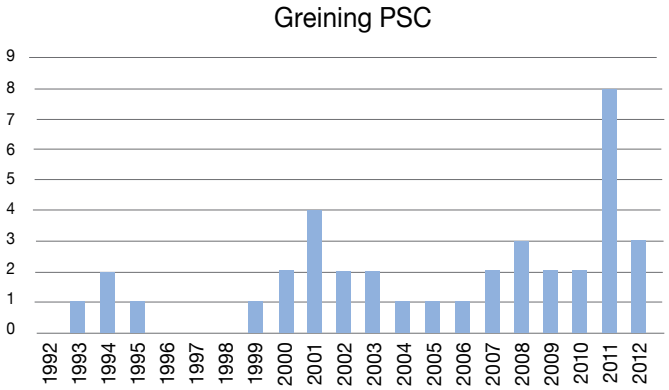
Niðurstöður fyrri rannsókna hafa sýnt að mikill meirihluti sjúklinga hefur sáraristilbólgu eða Crohns-sjúkdóm þegar þeir greinast.[6-10] Hátt hlutfall sjúklinga okkar var með bólgusjúkdóm í meltingarvegi og er það með því hæsta sem lýst hefur verið og þá sérstaklega varðandi sáraristilbólgu. Erfitt er að túlka hvers vegna, en hugsanlega endurspeglar það gott eftirlit með sjúklingum með sáraristilbólgu eða Crohns-sjúkdóm. Hjá þessum sjúklingahópi er reglulega fylgst með lifrarprófum bæði vegna lyfjameðferðar og vegna hættu á að þróa með sér PSC. Í okkar sjúklingahópi var það yfirleitt hækkun ALP í blóði sem vakti grun um sjúkdóminn og sjúklingur þá sendur í frekari rannsóknir. Áður en segulómun af gallvegum kom til var yfirleitt gert ERCP til greiningar, en nú á síðari árum byggir greiningin á MRCP og stundum á vefjasýnum úr lifur ef myndgreining nægir ekki.[14] Þannig geta sjúklingar greinst með smásæja bólgu (*small-duct* PSC) sem þarfnast lifrarsýnis til greiningar. Okkar niðurstöður leiddu í ljós að 10% sjúklinga voru með smásæja bólgu, sem er svipað og í öðrum rannsóknum.[15] Þær niðurstöður benda til að okkar sjúklingar hafi verið rannsakaðir ítarlega eða að minnsta kosti jafn vel og sjúklingar í öðrum vestrænum löndum. Hins vegar má einnig koma með þá kenningu að einstaklingar sem eru með PSC án bólgusjúkdóms í meltingarvegi séu vangreindir þar sem ekki er reglulega fylgst með lifrarprófum hjá þeim sjúklingahópi fyrir greiningu. Einnig er mögulegt að sá sjúklingahópur sé líklegri til að fá ranga greiningu, til dæmis PBC í stað PSC, þar sem tenging lækna milli PSC og bólgusjúkdóma í meltingarvegi er sterk.

Lyfjameðferð

Lyfjameðferð með UDCA var mikið rannsökuð sem meðferð til að bæta horfur sjúklinganna í lok síðustu aldar og fyrsta áratug þessarar og reyndist lækka lifrarpróf.[16] Stór rannsókn sýndi hins vegar fram á að PSC-sjúklingar á UDCA-meðferð í háum skömmtum hefðu verri horfur en þeir sem fengu lyfleysu og því hefur dregið mjög úr meðferð með þessu lyfi og henni verið hætt í flestum tilfellum.[17] Þessi breytta stefna í lyfjameðferð endurspeglast vel í okkar sjúklingahópi þar sem einungis 8 af þeim 19 sjúklingum sem fengu UDCA-meðferð voru ennþá á lyfinu árið 2010. Auk þess var einn þeirra með skörunarheilkenni og því einnig með PBC þar sem UDCA er kjörmeðferð.[18]

Krabbameinsáhætta

Aukin hætta á krabbameini, sérstaklega í gallvegum, er vel þekkt hjá PSC-sjúklingum. Helst er um að ræða gallgangakrabbamein en lifrarkrabbamein er einnig þekkt. Líkt og í okkar rannsókn hafa fyrri rannsóknir sýnt að þessir sjúklingar eru allt að 161-177 sinnum líklegri (162 sinnum líklegri í þessari rannsókn) en almennt þýði til að greinast með krabbamein í lifur og/eða gallgöngum.[3,19] Mikilvægt er því að skima reglulega fyrir krabbameini í þessum sjúklingum með árlegum myndrannsóknum.[20] Sjúklingar með



Mynd 1. *Fjöldi sjúklinga greindir á hverju ári 1992-2012.*

sáraristilbólgu eru með aukna áhættu á að fá ristilkrabbamein og eldri rannsóknir hafa sýnt fram á að greining PSC-sjúkdóms auki talsvert á þá áhættu.[3,21] Nýlegri rannsóknir hafa þó ekki allar náð að sýna fram á þessa auknu áhættu.[19] Við höfum ekki heldur náð að sýna fram á þessa auknu áhættu þar sem enginn af okkar sjúklingum var greindur með ristilkrabbamein. Þar sem við erum ekki með gögn úr ristilspeglunum sjúklinga er óvíst hversu margir sjúklingar hafa verið með ristilsepa sem hafa verið fjarlægðir og þar með komið í veg fyrir ristilkrabbamein síðar meir. Allt að 20% af PSC-sjúklingum erlendis sem þurfa lifrarígræðslu eru vegna krabbameins í lifur og/eða gallgöngum.[22] Í okkar rannsókn greindust 10% með krabbamein í gallgöngum (milli 5-20% í öðrum rannsóknum)[19,23,24] en enginn þeirra gekkst undir lifrarígræðslu.

Lifun og lifrarígræðsla

Lýðgrundaðar rannsóknir hafa sýnt fram á að um 12% PSC-sjúklinga þurfi lifrarígræðslu.[19] Einungis 7% af okkar sjúklingum fengu lifrarígræðslu á rannsóknartímabilinu en taka þarf tillit til þess að einn þeirra þurfti ígræðslu í tvígang. Einnig er tími frá greiningu að lifrarígræðslu lengri hér en erlendis (67 mánuður hjá okkur á móti 24 mánuðum erlendis).[19] Óvíst er hvers vegna færri fá lifrarígræðslu á Íslandi og tími að aðgerð er lengri en hugsanlega er aðgangur að lifrarígræðslu hér erfiðari (lifrarígræðslur eru ekki framkvæmdar á Íslandi). Ekki var sérstaklega skráð hversu margir sjúklingar höfðu fengið lifrarbilun og jafnað sig án lifrarígræðslu en enginn var með lifrarbilun í lok tímabilsins. Þegar lifun er skoðuð í erlendum rannsóknum eru niðurstöður okkar svipaðar. Sænsk lýðgrunduð rannsókn á PSC-sjúklingum sýndi fram á að 13% sjúklingar dóu 48 mánuðum frá greiningu (12% og 51 mánuður í okkar rannsókn).[19]

Styrkleikar og veikleikar

Helstu veikleikar þessarar rannsóknar eru að ekki er til sértækur ICD-kóði fyrir sjúkdóminn. Ekki er hægt að treysta á að sjúklingar sem greinast með PSC hafi fengið greininguna K83.0, „gallgangabólga“. Þetta eykur hættu á að missa af sjúklingum með greiningu sem getur haft talsverð áhrif á nýgengistölur fyrir svona lítið þýði. Til að vega á móti þessu var gerð ítarleg leit með fleiri en einni aðferð, sem verður að teljast styrkleiki fyrir þessa rannsókn.

Einnig geta sjúklingar hafa fengið greiningu utan Landspítala eða Sjúkrahússins á Akureyri. Þar sem við skoðuðum öll vefjasýni með greiningunni og öll ERCP og MRCP sem gerð voru innan tímabilsins, auk þess sem sjálfstætt starfandi sérfræðingar í meltingarfærasjúkdómum voru spurðir, er ólíklegt að við höfum misst af þeim sjúklingum. Þar sem þessi rannsókn var afturskyggn og fyrri hluti rannsóknartímabilisins er áður en rafræn skráning hófst, vantaði ýmis gögn. Fyrst og fremst skorti skráningu á einkennum við greiningu. Rannsóknarþýðið nær yfir alla Íslendinga og því er ekki mikil hætta á að sjúklingar „týnist" vegna brottflutnings eins og oft er raunin í erlendum faraldsfræðilegum rannsóknum sem eru gerðar í stærri löndum. Ákveðið óöryggi fylgir faraldsfræðilegum rannsóknum á sjaldgæfum sjúkdómum eins og PSC þar sem aukin greining á einu ári (eins og til dæmis árið 2011 samkvæmt mynd 1) getur haft stór áhrif á nýgengitölur. Aftur á móti nær rannsókn okkar yfir langt tímabil sem minnkar áhrif slíkra stórra breytinga.

Samantekt

Þetta er fyrsta faraldsfræðirannsóknin á PSC sem nær til heillar þjóðar samkvæmt okkar vitneskju. Nýgengi á Íslandi reyndist lægra en í nágrannalöndum okkar í Skandinavíu. Það er óljóst hvort það stafar af vangreiningu tilfella og/eða að sjúkdómurinn sé sjaldgæfari hér á landi. Hlutfall PSC-sjúklinga með bólgusjúkdóm í meltingarvegi er með því hæsta sem lýst hefur verið, og þá sérstaklega sáraristilbólgu.

Greinin barst til blaðsins 29. apríl 2019, samþykkt til birtingar 21. júlí 2019.

Heimildir

1. Björnsson E, Chapman RW. Sclerosing cholangitis. Curr Opin Gastroenterol 2003; 19: 270-5.
2. Chapman RW, Arborgh BA, Rhodes JM, Summerfield JA, Dick R, Scheuer PJ, et al. Primary sclerosing cholangitis: a review of its clinical features, cholangiography, and hepatic histology. Gut 1980; 21: 870-7.
3. Bergquist A, Ekbom A, Olsson R, Kornfeldt D, Loof L, Danielsson A, et al. Hepatic and extrahepatic malignancies in primary sclerosing cholangitis. J Hepatol 2002; 36: 321-7.
4. Hirschfield GM, Karlsen TH, Lindor KD, Adams DH. Primary sclerosing cholangitis. Lancet 2013; 382: 1587-99.
5. Molodecky NA, Kareemi H, Parab R, Barkema HW, Quan H, Myers RP, et al. Incidence of primary sclerosing cholangitis: a systematic review and meta-analysis. Hepatology 2011; 53: 1590-9.
6. Bambha K, Kim WR, Talwalkar J, Torgerson H, Benson JT, Therneau TM, et al. Incidence, clinical spectrum, and outcomes of primary sclerosing cholangitis in a United States community. Gastroenterol 2003; 125: 1364-9.
7. Kingham JG, Kochar N, Gravenor MB. Incidence, clinical patterns, and outcomes of primary sclerosing cholangitis in South Wales, United Kingdom. Gastroenterol 2004; 126: 1929-30.
8. Kaplan GG, Laupland KB, Butzner D, Urbanski SJ, Lee SS. The burden of large and small duct primary sclerosing cholangitis in adults and children: a population-based analysis. Am J Gastroenterol 2007; 102: 1042-9.
9. Card TR, Solaymani-Dodaran M, West J. Incidence and mortality of primary sclerosing cholangitis in the UK: a population-based cohort study. J Hepatol 2008; 48: 939-44.
10. Lindkvist B, Benito de Valle M, Gullberg B, Björnsson E. Incidence and prevalence of primary sclerosing cholangitis in a defined adult population in Sweden. Hepatology 2010; 52: 571-7.
11. Boberg KM, Aadland E, Jahnsen J, Raknerud N, Stiris M, Bell H. Incidence and prevalence of primary biliary cirrhosis, primary sclerosing cholangitis, and autoimmune hepatitis in a Norwegian population. Scand J Gastroenterol 1998; 33: 99-103.
12. Vefsíða Hagstofu Íslands, hagstofa.is - febrúar 2017.
13. Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands, krabbameinsskra.is - september 2018.
14. Schrumpf E, Boberg KM, Karlsen TH. Primary sclerosing cholangitis - the Norwegian experience. Scand J Gastroenterol 2015; 50: 781-96.
15. Björnsson E, Olsson R, Bergquist A, Lindgren S, Braden B, Chapman RW, et al. The natural history of small-duct primary sclerosing cholangitis. Gastroenterol 2008; 134: 975-80.
16. Lindor KD. Ursodiol for primary sclerosing cholangitis. Mayo Primary Sclerosing Cholangitis-Ursodeoxycholic Acid Study Group. N Engl J Med 1997; 336: 691-5.
17. Lindor KD, Kowdley KV, Luketic VA, Harrison ME, McCashland T, Befeler AS, et al. High-dose ursodeoxycholic acid for the treatment of primary sclerosing cholangitis. Hepatology 2009; 50: 808-14.
18. EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. J Hepatol 2017; 67: 145-72.
19. de Valle MB, Björnsson E, Lindkvist B. Mortality and cancer risk related to primary sclerosing cholangitis in a Swedish population-based cohort. Liver Int 2012; 32: 441-8.
20. EASL Clinical Practice Guidelines: management of cholestatic liver diseases. J Hepatol 2009; 51: 237-67.
21. Kornfeld D, Ekbom A, Ihre T. Is there an excess risk for colorectal cancer in patients with ulcerative colitis and concomitant primary sclerosing cholangitis? A population based study. Gut 1997; 41: 522-5.
22. Brandsaeter B, Isoniemi H, Broome U, Olausson M, Backman L, Hansen B, et al. Liver transplantation for primary sclerosing cholangitis; predictors and consequences of hepatobiliary malignancy. J Hepatol 2004; 40: 815-22.
23. Broome U, Olsson R, Loof L, Bodemar G, Hultcrantz R, Danielsson A, et al. Natural history and prognostic factors in 305 Swedish patients with primary sclerosing cholangitis. Gut 1996; 38: 610-5.
24. Rosen CB, Nagorney DM, Wiesner RH, Coffey RJ, Jr., LaRusso NF. Cholangiocarcinoma complicating primary sclerosing cholangitis. Ann Surg 1991; 213: 21-5.

ENGLISH SUMMARY

Primary sclerosing cholangitis in Iceland 1992-2012

Hafsteinn Óli Guðnason[1]
Jón Örvar Kristinsson[1]
Óttar Már Bergmann[1]
Sigurður Ólafsson[1]
Jón Gunnlaugur Jónasson[2,3]
Einar Stefán Björnsson[1]

Background: Primary sclerosing cholangitis (PSC) is a chronic cholestatic disease affecting the intra- and/or extrahepatic biliary tree with inflammation and progressive stricture formation that can lead to cirrhosis, end stage liver failure and liver transplantation. Known risk factors include inflammatory bowel diseases (IBD), mainly ulcerative colitis (UC). Highest reported incidence in an adult population is 1.2-1.3/100.000 in Norway and Sweden, where 60-76% have IBD. The aim of this study was to investigate epidemiology of PSC in Iceland in the years 1992 to 2012 and the patients outcomes.
Methods: A search for the diagnosis "cholangitis" (ICD-10, K83.0) was performed in the database for hospital records in Landspítali (The National University Hospital of Iceland, LSH) and Akureyri Hospital from 1992 to 2012. We also looked through all ERCP and MRCP imaging done in LSH in the same period along with a text search in both the hospital records and the pathology database for liver biopsies. Data on these patients was collected until the end of 2016.
Results: A total of 42 patient got the diagnosis PSC within the period. Median age at diagnosis was 34 years, 67% were male and 90% adults (≥18 years old). Mean incidence per year was 0.69/100.000. Overall 88% of patients had IBD, thereof 89% UC. Seven patients have been diagnosed with cancer, four with cancer in the bile ducts and one in the gallbladder. Within the study period a total of five patients died (12%), 51 months (median) from diagnosis and three from cholangiocarcinoma, 51 months (median) from diagnosis. Three patients (7%) underwent liver transplantation, one required a transplant two times.
Conclusions: The incidence of PSC in Iceland turned out to be lower than in our neighbouring countries in Scandinavia. It is unclear if this is due to underdiagnosis or, more likely, that PSC is simply more uncommon in Iceland. Overall 7% underwent liver transplantation and 12% died within the study period, main cause of mortality being cholangiocarcinoma.

[1]Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Landspítali University Hospital, Reykjavík, Iceland, [2]Department of Pathology, Landspítali University Hospital, Reykjavík, Iceland, [3]Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavík, Iceland.

Key words: *PSC, primary sclerosing cholangitis, epidemiology, incidence, sclerosing cholangitis.*

Correspondence: *Hafsteinn Óli Guðnason, haddiog@gmail.com*

VANDAÐIR
SKOÐUNAR- OG MEÐFERÐARBEKKIR

Fastus hefur til sölu mikið úrval af skoðunar- og meðferðarbekkjum og stólum. Hafðu samband í síma 580 3900 og pantaðu tíma hjá sölufólki okkar sem aðstoðar þig við að velja réttu lausnina fyrir þig.



Tvískiptur skoðunarbekkur með löngu höfðalagi.

Aukahlutir:

- Andlitsop í höfðalagi
- Hjól undir bekk
- Slá eða handstýring til hæðarstillingar
- Pappírsrúlluhaldari

Fáanlegur tvískiptur með stuttu höfðalagi og þrískiptur.

gymna



LEMI Dreamed

Meðferðarstóll/bekkur með rafknúinni stillingu á hæð, baki og sætishalla. Flatir armar og höfuðpúði. 180° snúningur. Áklæði saumlaust, auðvelt að þrífa, eldtefjandi efni.

Aukahlutir:

- Pappírsrúlluhaldari
- IV stöng
- Armstuðningar fyrir blóðtöku
- Fótleggjastuðningur fyrir gynskoðun
- Hlífðarplast á fótenda

Lemi



LEMI Gyno Plus kvenskoðunarbekkur

Kvenskoðunarbekkur með rafknúinni stillingu á hæð, baki og sætishalla. 180° snúningur. Pappírsrúlluhaldari, höfuðpúði, bakki fyrir úrgang. Fáanlegur með fótleggjastuðningi undir læri eða fótastuðningi.

Aukahlutir m.a:

- Hjól
- IV-stöng
- Framlenging undir fótleggi
- Statíf fyrir coloscope
- Hlífðarplast fyrir höfuðpúða

Lemi



Lemi skoðunarstóll/bekkur

Skoðunarstóll með rafknúinni eða gasknúinni hæðarstillingu. Val um rafknúna stillingu á baki, fótstuðningi og sætishalla. 360° snúningur á stól.

Aukahlutir m.a:

- Formaðar dýnur (sjá mynd)
- Flatir armar
- Mismunandi höfuðpúðar
- Pappírsrúlluhaldari
- IV-stöng
- Armstuðningur fyrir blóðtöku

Lemi





Melatonin Vitabalans 3 mg – 50 töflur
Melatonin Vitabalans 5 mg – 50 töflur

Melatonin Vitabalans inniheldur melatonin. **Ábendingar:** Skammtíma meðferð við flugþreytu hjá fullorðnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) á vef Lyfjastofnunar – www.serlyfjaskra.is.** Markaðsleyfishafi er Vitabalans Oy. Umboðsaðili er LYFIS ehf. Sími 534-3500, netfang: lyfis@lyfis.is. SmPC: janúar 2019.

Algengi svefntruflana hjá fólki með MS

Aðalbjörg Albertsdóttir[1] hjúkrunarfræðingur
Árún K. Sigurðardóttir[2,3] hjúkrunarfræðingur
Björg Þorleifsdóttir[4] lífeðlisfræðingur

[1]Taugasviði Reykjalundar, [2]heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri, [3]Sjúkrahúsinu á Akureyri, [4]Lífeðlisfræðistofnun læknadeildar Háskóla Íslands.

Rannsóknin var unnin við framhaldsnámsdeild heilbrigðisvísindasviðs Háskólans á Akureyri í samvinnu við MS-félagið.

Fyrirspurnum svarar Aðalbjörg Albertsdóttir, *adalbjorg.alberts@reykjalundur.is*

DOI: 10.17992/lbl.2019.09.246

ÁGRIP

INNGANGUR
Samkvæmt erlendum rannsóknum eru svefntruflanir hjá fólki með MS algengar, stórlega vangreindar og hafa áhrif á heilsu. Tilgangur rannsóknarinnar var að afla upplýsinga um algengi skertra svefngæða og helstu svefntruflana hjá MS-greindum á Íslandi.

AÐFERÐ
Lýsandi þversniðsrannsókn. Þýðið var MS-greindir á Íslandi og úrtakið MS-greindir sem voru á netpóstlista MS-félagsins og/eða höfðu aðgang að Facebook-síðu MS-félagsins. Rafrænn spurningalisti með fjórum matskvörðum og bakgrunnsbreytum, auk spurninga um greinda svefnsjúkdóma, var útbúinn og starfsfólk MS-félagsins sendi vefslóðina á úrtakið. Matskvarðar: Svefngæðakvarðinn (Pittsburgh-Sleep-Quality-Index; PSQI), Svefnleysiskvarðinn (Insomnia-Severity-Index; ISI), STOP-Bang-spurningalistinn og greiningarskilmerki fótaóeirðar. Með matskvörðum og stökum spurningum var skimað fyrir algengi skertra svefngæða og algengi 7 mismunandi þátta sem geta truflað svefn. Gögn voru greind með lýsandi og greinandi tölfræði og SPSS-útgáfa 25 var notuð við tölfræðiútreikninga.

NIÐURSTÖÐUR
Tæp 40% MS-greindra á Íslandi tóku þátt. Þátttakendur voru 234, meðalaldur var 47 ár (aldursbil 20-92 ára) og 77% voru konur. Algengi skertra svefngæða (>5 stig á PSQI) var 68%. Fjórir algengustu þættirnir sem trufluðu svefn voru: salernisferðir (39%), verkir (37%), einkenni svefnleysis (30%) og einkenni kæfisvefns (24%). Í ljós kom að 79% þátttakenda höfðu minnst eina svefntruflun og að meðaltali höfðu þátttakendur tæpar tvær svefntruflanir hver. Einkenni svefnleysis höfðu sterk tengsl við lítil svefngæði.

ÁLYKTANIR
Bregðast þarf við hárri tíðni skertra svefngæða og svefntruflana hjá MS-greindum. PSQI getur gagnast við mat á svefngæðum og gefið vísbendingar um hvað þarfnast nánari skoðunar. Til að auka svefngæði MS-greindra almennt ætti sérstaklega að horfa til greiningar og meðferðar á svefnleysi.

Inngangur

MS er sjálfsofnæmissjúkdómur sem veldur bólgum og skemmdum á taugaslíðri taugafrumna í miðtaugakerfinu. Afleiðingar skemmdanna eru mismunandi eftir því hvar í heila eða mænu þær eru, en þær valda oft einhverjum sjúkdómseinkennum. Fyrstu einkenni sjúkdómsins koma oftast fram fyrir þrítugt og MS er ein algengasta orsök líkamlegrar fötlunar hjá ungu fólki.[1]

Svefntruflanir eru töluvert algengari hjá fólki með MS en almennt gerist[2,3] og algengi einkenna sem trufla svefn hjá MS-greindum hefur mælst allt að 85%.[4] Í nýlegri kínverskri samanburðarrannsókn kom í ljós að svefngæði reyndust minni hjá fólki með MS en heilbrigðum og einkenni þeirra svefnsjúkdóma sem voru rannsakaðir (kæfisvefn, svefnleysi og fótaóeirð) reyndust vera um tvisvar til fjórum sinnum algengari hjá MS-greindum þátttakendum en hjá samanburðarhópnum.[3]

Ótalmargt getur truflað svefn, eins og utanaðkomandi hljóð, verkir eða svefnsjúkdómar eins og kæfisvefn. Algengustu svefntruflanirnar hjá fólki með MS virðast vera: svefnleysi, kæfisvefn, fótaóeirð, salernisferðir, verkir og krampar.[3-5] Það virðist þó vera nokkuð á reiki nákvæmlega hvaða svefntruflun er algengust. Í yfirlitsgrein frá 2013 reyndist svefnleysi vera algengasta svefntruflunin hjá MS-greindum, með yfir 40% algengi,[2] en niðurstöður tveggja nýlegra þversniðsrannsókna benda til þess að kæfisvefn sé algengastur.[3,5] Niðurstöður rannsókna benda til að svefntruflanir séu ekki einungis algengar, heldur einnig verulega vangreindar hjá fólki með MS.[4,5]

Samkvæmt rannsóknum getur skertur svefn skýrt um fjórðung af þreytu hjá MS-greindum,[6] en þreyta er eitt algengasta og mest hamlandi einkenni MS.[7,8,9] Auk þess eru vísbendingar um að skertur svefn tengist verkjum og þunglyndi hjá MS-greindum.[3,10] Í rannsókn Côté og félaga kom fram að markviss meðhöndlun svefntruflana hjá MS-greindum minnkaði þreytu umtalsvert auk þess sem svefngæði jukust.[10]

Svefnsjúkdómar eru yfir 70 talsins[11] og því óraunhæft að skima fyrir algengi allra svefntruflana (svefnsjúkdómar falla undir svefntruflanir) hjá hópi fólks með spurningalistum. Svefnsjúkdómar og aðrar svefntruflanir hafa hins vegar áhrif á svefngæði

sem er hægt að mæla með Svefngæðakvarðanum (Pittsburgh-Sleep-Quality-Index; PSQI.)[12,13]

Við heimildaleit fundust engar íslenskar rannsóknir um svefngæði eða svefntruflanir hjá fólki með MS. Markmið þessarar rannsóknar var að skima fyrir algengi skertra svefngæða og helstu svefntruflana hjá MS-greindum á Íslandi.

Rannsóknarspurningarnar voru tvær: Hvert er algengi skertra svefngæða hjá fólki með MS á Íslandi? Hversu algengt er að einn eða fleiri af eftirtöldum 7 þáttum trufli svefn hjá fólki með MS á Íslandi: einkenni svefnleysis, einkenni fótaóeirðar, einkenni kæfisvefns, salernisferðir, verkir, hiti, kuldi?

Efniviður og aðferð

Rannsóknin var lýsandi þversniðsrannsókn.

Þátttakendur

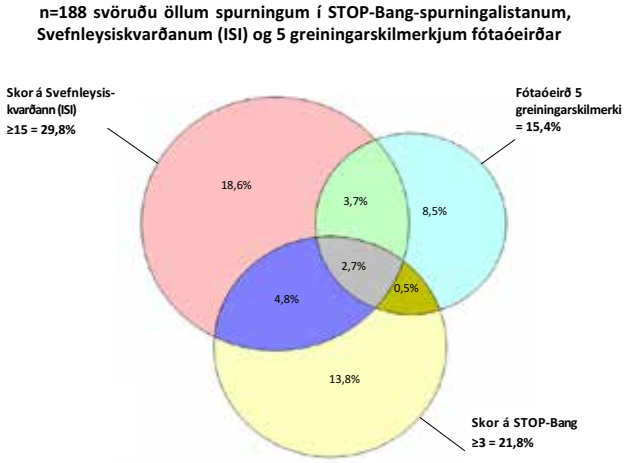
Samkvæmt faraldsfræðilegri rannsókn sem birtist 2018 er algengi MS á Íslandi 167,1 á hverja 100.000 íbúa.[14] Í lok þriðja ársfjórðungs 2018 var mannfjöldi á Íslandi 355.620 manns.[15] Út frá þessum upplýsingum má ætla að fjöldi MS-greindra í október 2018 (þýði rannsóknarinnar) hafi verið 594 einstaklingar. Úrtakið var fólk sem hafði MS-greiningu, var 18 ára og eldra, var á netpóstlista MS-félagsins og/eða hafði aðgang að Facebook-síðu MS-félagsins og/eða Facebook-hópum MS-greindra á Íslandi. Úrtak rannsóknarinnar var valið vegna hentugleika þar sem starfsfólk MS-félagsins tók að sér að nálgast þátttakendur og fólk alls staðar af landinu gat tekið þátt. Til að auka þátttöku var skrifuð kynningargrein um rannsóknina sem birtist í MS-blaðinu í september 2018.[16] Auk þess var vakin athygli á könnuninni með frétt á vefsíðu MS-félagsins.[17]

Matstæki

Svefngæðakvarðinn (PSQI): Kvarðinn mælir svefngæði á áreiðanlegan og staðlaðan hátt, kvarðinn er réttmætur og greinir á milli góðs og lélegs svefns.[12,13] Kvarðinn hefur náð mikilli útbreiðslu í rannsóknum á svefni.[13] Mældir eru 7 mismunandi þættir svefngæða með 19 spurningum. Heildarskor er á bilinu 0-21, hærra skor gefur til kynna verri svefn, heildarskor hærra en fimm (PSQI >5) er flokkað sem lélegur svefn[12] og heildarskor hærra en 10 (PSQI >10) er flokkað sem mjög lélegur svefn.[18] Við útreikninga á PSQI var farið að fordæmi Hinz og félaga og meðalskor 6 undirþátta svefngæða notað í stað 7 ef einungis vantaði svör við einum undirþætti PSQI.[18] Íslensk þýðing frá 2010 var notuð, innri áreiðanleiki PSQI í þeirri rannsókn var 0,82[19] en í þessari rannsókn var innri áreiðanleiki PSQI 0,80.

Auk þess að meta svefngæði eru stakar spurningar um svefntruflanir í PSQI.[12] Í 5. spurningu er spurt um einkenni sem trufla svefn eins og salernisferðir, verki, og að vera of heitt eða kalt.[12] Ef þátttakendur merktu við svefnvanda vegna þessara þátta þrisvar í viku eða oftar var það flokkað sem svefntruflun.

Svefnleysiskvarðinn (Insomnia Severity Index; ISI): Kvarðinn metur hvort svefnleysi sé til staðar og inniheldur 7 spurningar á fimm punkta Lickert-kvarða. Heildarskor getur verið á bilinu 0-28, skor ≥15 bendir til að svefnleysi sé til staðar. Kvarðinn er réttmætur og áreiðanlegur.[20,21] Innri áreiðanleiki Svefnleysiskvarðans í rannsókninni var 0,89.



Mynd 1. *Hlutföll og skörun svefntruflana vegna einkenna svefnleysis, fótaóeirðar og kæfisvefns. Samkvæmt svörum við spurningalistum höfðu 52,6% þátttakenda (n=188) auknar líkur á svefnsjúkdómunum: svefnleysi, kæfisvefni og/eða fótaóeirð. Hjá 2,7% þátttakenda voru auknar líkur á öllum þremur.*

STOP-Bang-spurningalistinn: Einungis er hægt að greina kæfisvefn með svefnrannsókn, en STOP-Bang-listinn hefur reynst skima vel fyrir auknum líkum á kæfisvefni.[22] Skor á STOP-Bang ≥3 (af 8 mögulegum) fangar miðlungs til alvarlegan kæfisvefn í 87-94% tilfella hjá mismunandi hópum fólks.[22] Listinn hefur verið notaður til að skima fyrir kæfisvefni hjá fólki með MS.[3,4,5] Höfundar greinarinnar fengu leyfi fyrir þýðingu og notkun STOP-Bang, listinn var þýddur, bakþýddur og forprófaður yfir á íslensku.

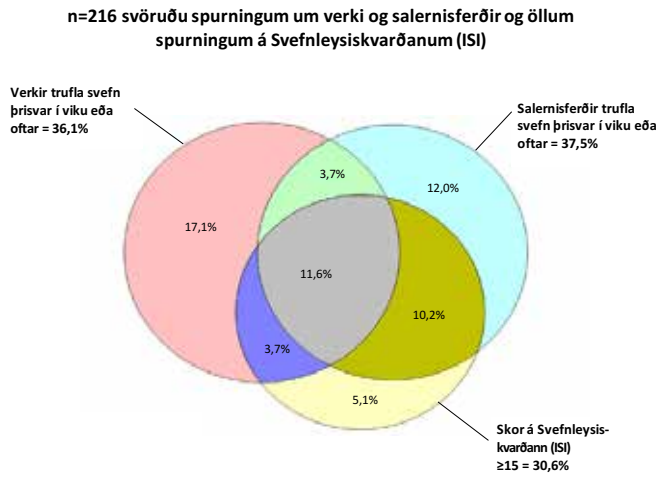
Greiningarskilmerki fótaóeirðar: Fótaóeirð var metin samkvæmt greiningarskilmerkjum International Restless Legs Syndrome Study Group.[23] Greiningarskilmerkin eru nú 5 (RLS5), en voru áður fjögur (RLS4). Fimmta greiningarskilmerkinu var bætt við til að koma í veg fyrir að fótaóeirð sé greind sem aðalorsök fótaóþæginda þegar vandinn er hugsanlega af öðrum orsökum eins og til dæmis vegna gigtar eða fótabjúgs.[23] Við alla útreikninga voru 5 greiningarskilmerki notuð til að koma í veg fyrir ofmat á fótaóeirð. Algengi fótaóeirðar samkvæmt fjórum greiningarskilmerkjum var þó einnig metið til að hægt væri að bera niðurstöður þessarar rannsóknar saman við fyrri rannsóknir.

Greindir svefnsjúkdómar: Spurt var hvort læknir hefði greint viðkomandi með einhverja af eftirtöldum svefnsjúkdómum: svefnleysi, fótaóeirð eða kæfisvefn.

Tafla I. *Svefnleysi, kæfisvefn og fótaóeirð. Algengi einkenna samkvæmt spurningalistum borið saman við algengi greiningar af lækni.*

Svefn-sjúkdómur	Algengi einkenna % (fjöldi/fjöldi svara) Mælitæki	Algengi % (fjöldi/fjöldi svara) Greining af lækni	p-gildi*
Svefnleysi	30,4 (68/224) ISI-kvarðinn	6,5 (15/231)	p<0,001
Kæfisvefn	23,9 (48/201) STOP-Bang	4,7 (11/232)	p<0,001
Fótaóeirð	21,1 (49/232) RLS4	9,5 (22/231)	p=0,003
Fótaóeirð	14,4 (32/222) RLS5	9,5 (22/231)	p=0,184

* kí-kvaðrat-próf.



Mynd 2. *Hlutföll og skörun svefntruflana vegna verkja, salernisferða og svefnleysis-einkenna. Samtals trufluðu þessir þættir svefn hjá 63,4% þátttakenda (n=216) og hjá 11,6% trufluðu allir þrír þættirnir svefn.*

Bakgrunnsspurningar: Spurt var um aldur, kyn, tímalengd frá sjúkdómsgreiningu (≤5 ár, eða >5 ár) og hvort viðkomandi hefði tekið steralyf undanfarnar fjórar vikur.

Framkvæmd, gagnasöfnun

Samið var við Rannsóknarstofnun Háskólans á Akureyri um að setja kvarðana upp í rafrænt form og útbúa vefslóð fyrir rannsóknina. Starfsfólk MS-félags Íslands beindi þeim sem vildu taka þátt og féllu að skilyrðum úrtaks á vefslóðina þar sem könnunin var staðsett. Fyrsta spurningin var hvort viðkomandi hefði verið greindur með MS af lækni, ef svarið við þeirri spurningu var nei var könnuninni þar með lokið. Næst var spurt hvort þátttakandi væri orðinn 18 ára, ef svarið við þeirri spurningu var nei var lokað fyrir frekari þátttöku. Þeir sem uppfylltu fyrrgreind skilyrði gátu haldið áfram að svara rannsóknarspurningum. Með spurningunum var einnig send kynning á rannsókninni þar sem hægt var að fá nánari upplýsingar um hana og koma ábendingum á framfæri. Könnunin var fyrst send út 29. október 2018, þann 9. nóvember var send vinsamleg ítrekun og 15. nóvember lauk könnuninni þegar vefslóð var lokað.

Greining gagna

Lýsandi og greinandi tölfræði var notuð til að greina gögnin með SPSS-forritinu, útgáfu 25. Munur á svefngæðum hópa var skoðaður með t-prófum. Eftirfarandi breytur voru skoðaðar: aldurshópar (≤50 og >50 ára), kyn (karl og kona), tímalengd frá sjúkdómsgreiningu (≤5 og >5 ár), líkamsþyngdarstuðull (≤35 og >35 kg/m^2), greindir með háþrýsting eða ekki, nota steralyf eða ekki og hvort viðkomandi hefði tekið inn svefnlyf eða ekki síðastliðinn mánuð. Þegar tengsl milli svefngæða og annarra þátta voru prófuð var gerð línuleg aðhvarfsgreining. Stuðst var við BioVenn-forritið við gerð hlutfallslegra Venn-mynda (*proportional Venn-diagrams*).[24] Marktektarmörk við alla útreikninga voru sett við p-gildi ≤0,05.

Vísindasiðanefnd gaf leyfi fyrir rannsóknina: VSN-18-120.

Tafla II. *Algengi svefntruflana vegna salernisferða, verkja, hita og kulda.*

Svefntruflun:	Algengi % (fjöldi/fjöldi svara)
Salernisferðir	38,6 (88/228)
Verkir	36,7 (83/226)
Hiti	19,9 (44/221)
Kuldi	18,2 (40/220)

Niðurstöður

Þátttakendur

Alls tóku 234 einstaklingar þátt í rannsókninni, eða 39,4% MS-greindra á Íslandi, að teknu tilliti til algengis sjúkdómsins og íbúafjölda.[14,15]

Meirihluti þátttakenda voru konur (77%) undir fimmtugu (meðalaldur 47±13 ár, aldursbil 20 til 92 ára), sem voru í ofþyngd en ekki með offitu (meðal líkamsþyngdarstuðull 27,7±6,8 kg/m^2) og flestir (72%) voru greindir með MS fyrir meira en 5 árum. Tæpur þriðjungur (29%) tók svefnlyf þrisvar í viku eða oftar, um fimmtungur var með of háan blóðþrýsting eða á meðferð við of háum blóðþrýstingi (22%) en fáir þátttakendur (4%) höfðu þurft að taka steralyf undanfarinn mánuð þegar könnunin fór fram.

Svefngæði

Gild svör við PSQI-kvarðanum fengust frá 213 þátttakendum, meðalskor var 7,79±4,08. Algengi skertra svefngæða, PSQI>5, reyndist vera 68%, þar af voru 31% með mjög skert svefngæði, eða PSQI>10.

Einkenni svefnleysis, kæfisvefns og fótaóeirðar

Í töflu I má sjá algengi einkenna ofangreindra svefnsjúkdóma borið saman við algengi greiningar af lækni. Miðað við algengi einkenna virðast svefnsjúkdómarnir kæfisvefn og svefnleysi vera verulega vangreindir en miðað við 5 greiningarskilmerki fótaóeirðar virðist vera samræmi milli algengis einkenna og greiningar af lækni. Af þeim 22 einstaklingum sem sögðust vera greindir með fótaóeirð af lækni uppfylltu einungis 6 öll 5 greiningarskilmerki fótaóeirðar og 7 uppfylltu fjögur greiningarskilmerki.

Á mynd 1 sést að 53% þátttakenda (n=188) höfðu einkenni eins eða fleiri af svefnsjúkdómunum svefnleysi, fótaóeirð (RLS5) og kæfisvefn. Þar af höfðu 41% einkenni eins af þessum svefnsjúkdómum, 9% höfðu einkenni tveggja og 3% höfðu einkenni allra þessara sjúkdóma.

Algengi svefntruflana vegna salernisferða, verkja, hita og kulda

Í töflu II má sjá að algengast var að verða fyrir svefntruflun vegna salernisferða (39%) og verkja (37%). Hlutfall þátttakenda (n=217) sem reyndist hafa eina eða fleiri af ofangreindum svefntruflunum var 65%. Þar af höfðu 31% eina af þessum svefntruflunum, 24%

höfðu tvær, 8% höfðu þrjár og fjórir einstaklingar eða 2% reyndust hafa allar fjórar.

Salernisferðir, verkir og einkenni svefnleysis trufluðu svefn oftast

Samtals trufluðu ofangreindir þættir svefn hjá 63,4% þátttakenda (n=216). Á mynd 2 sést að meirihluti þeirra sem höfðu einkenni svefnleysis glímdu auk þess við truflaðan svefn vegna verkja og/eða salernisferða.

Algengi einnar eða fleiri af sjö tilteknum svefntruflunum

Samtals svöruðu 180 þátttakendur öllum spurningum í tengslum við svefnleysi, kæfisvefn og fótaóeirð (RLS5) og jafnframt öllum spurningum um truflun á svefni vegna salernisferða, verkja, hita og kulda. Í ljós kom að 79% þeirra reyndust hafa minnst eina þessara svefntruflana en enginn reyndist hafa allar 7 svefntruflanirnar. Að meðaltali höfðu þátttakendur (n=180) tæpar tvær svefntruflanir hver, eða 1,82±1,49 svefntruflanir.

Svefngæði skoðuð með greinandi tölfræði

Ekki reyndist munur á svefngæðum karla og kvenna. Það reyndist ekki munur á svefngæðum eftir tímalengd frá sjúkdómsgreiningu og notkun steralyfja hafði ekki áhrif á svefngæði. Svefngæði voru minni hjá þeim sem voru 50 ára og yngri (t=2,126, p=0,035) miðað við þá sem voru eldri en 50 ára. Þeir sem voru með of háan blóðþrýsting eða á meðferð við of háum blóðþrýstingi voru með minni svefngæði heldur en þeir sem voru ekki með vanda tengdan blóðþrýstingi (t=2,619, p=0,011). Svefngæði voru minni hjá þeim sem höfðu líkamsþyngdarstuðul hærri en 35 kg/m^2 borið saman við þá sem höfðu hann lægri (t=3,211, p=0,002). Þeir sem tóku svefnlyf þrisvar í viku eða oftar höfðu mun verri svefngæði heldur en þeir sem ekki höfðu tekið svefnlyf síðastliðinn mánuð (t=7,351, p<0,0001) og þeir sem tóku svefnlyf þrisvar í viku eða oftar höfðu minnst svefngæði PSQI (=10,32).

Línuleg aðhvarfsgreining var notuð til að meta línuleg tengsl milli svefngæða (PSQI var háða breytan) og 7 óháðra breyta (kyn, aldur, stig á ISI-svefnleysiskvarða, fótaóeirð-RLS5, einkenni kæfisvefns samkvæmt STOP-Bang, salernisferðir og verkir). Svefngæðin höfðu marktæk tengsl við óháðu breyturnar, F=35,07 (p<0,0001), R^2=0,59. Þannig getur líkanið skýrt 59% í dreifingu breytunnar svefngæði, það sem hafði áhrif á minni svefngæði var fleiri stig á ISI-svefnleysiskvarða og verkir. Tengslin á milli ISI-svefnleysiskvarðans og svefngæða voru áberandi sterkust (tafla III).

Tafla III. *Línuleg aðhvarfsgreining, tengsl milli svefngæða (PSQI) og 7 óháðra breyta: aldurs, kyns, salernisferða, verkja, svefnleysiseinkenna, kæfisvefnseinkenna og einkenna fótaóeirðar.*

Módel	Óstöðluð hallatala	Staðal-villa	Stöðluð hallatala	t-gildi	p-gildi
Aldur	0,004	0,017	0,013	0,254	0,800
Kyn	0,583	0,554	0,058	1,052	0,294
Salernisferðir	-0,229	0,173	-0,072	-1,325	0,187
Verkir	0,661	0,186	0,213	3,553	<0,001
Svefnleysi, ISI	0,416	0,042	0,638	9,889	<0,001
Kæfisvefn, STOP-Bang	-0,329	0,549	-0,033	-0,599	0,550
Fótaóeirð, RLS5	0,251	0,197	0,073	1,273	0,205

F=35,07 (p<0,001), R2=0,59

Umræða

Lítil svefngæði (PSQI>5) voru algeng hjá þátttakendum (68%) og mikill meirihluti (79%) hafði einkenni einnar eða fleiri svefntruflana. Það var athyglisvert að þó að einkenni svefnleysis (30%), kæfisvefns (24%) og fótaóeirðar (14%) hafi verið algeng var algengara að salernisferðir (39%) eða verkir (37%) trufluðu svefn.

Samanburður á aldri og kyni þátttakenda (meðalaldur 47 ára og 77% konur) við faraldsfræðilega rannsókn á algengi MS á Íslandi (meðalaldur 47 ára og 73% konur)[14] bendir til þess að þátttakendur endurspegli þýðið og styrkir það rannsóknarniðurstöður. Það styrkir auk þess niðurstöðurnar að tæp 40% MS-greindra á Íslandi tóku þátt, ekki er vitað til þess að svo stórt hlutfall MS-greindra hafi áður tekið þátt í rannsókn á svefngæðum eða svefntruflunum. Þar sem aldur og kyn endurspegla þýðið, þátttaka var ásættanleg og fólk alls staðar af landinu gat tekið þátt má ætla að hægt sé að yfirfæra niðurstöður á þýðið.

Algengi skertra svefngæða hjá MS-greindum í rannsókninni reyndist vera mjög sambærilegt við algengi skertra svefngæða hjá MS-greindum í kínverskri rannsókn frá 2017 (65%).[3] Kæfisvefnseinkenni voru rúmum 10% sjaldgæfari í þessari rannsókn en einkenni svefnleysis voru hins vegar um 10% algengari hjá MS-greindum á Íslandi heldur en MS-greindum í kínversku rannsókninni (21%).[3]

Svefnsjúkdómar virðast vera verulega vangreindir hjá MS-greindum hér á landi (tafla I) líkt og kom fram í yfirgripsmikilli bandarískri rannsókn Brass og félaga.[5] Í þeirri rannsókn voru 38% þátttakenda með auknar líkur á kæfisvefni samkvæmt niðurstöðum STOP-Bang en einungis 4,3% voru með kæfisvefnsgreiningu.[5] Í þessari rannsókn voru 4,7% þátttakenda með greindan kæfisvefn en samkvæmt niðurstöðum STOP-Bang voru 24% með auknar líkur á kæfisvefni. Í báðum löndum er mikill munur á greiningu kæfisvefns af lækni og auknum líkum á kæfisvefni. Hvað veldur er óljóst, en samkvæmt svörum við STOP-Bang eru kæfisvefnseinkenni um 10-30% sjaldgæfari hjá MS-greindum á Íslandi, heldur en MS-greindum þátttakendum í rannsóknum frá Bandaríkjunum[4,5] og Kína.[3] Í þessari rannsókn voru kæfisvefnseinkenni fjórða algengasta svefntruflunin en ekki sú algengasta, eins og í rannsóknum Braley (56%)[4] Brass (38%)[5] og Ma (37%).[3]

Það er eftirtektarvert að algengi svefnleysiseinkenna í rannsókn Brass (32%) var mjög sambærilegt við algengi svefnleysiseinkenna í þessari rannsókn, en það var hins vegar algengara að svefnleysi væri greint (11%) í rannsókn Brass[5] en hér (7%). Greiningu á svefnleysi hjá MS-greindum á Íslandi virðist því vera ábótavant.

Miðað við fjögur greiningarskilmerki (RLS4) var fótaóeirð töluvert algengari í rannsókn Brass (37%)[5] en í þessari rannsókn. En algengi (RLS4) í þessari rannsókn var hins vegar mjög sambærilegt við algengi hjá MS-greindum í samanburðarrannsóknum (19-22%).[3,25]

Ekki eru vísbendingar um að algengi svefntruflana í rannsóknunum hafi verið ofmetið.[3,4,5] Við útreikninga á heildaralgengi svefntruflana voru til dæmis notuð 5 greiningarskilmerki fótaóeirðar. Það styrkir rannsóknina að stuðst var við fjögur gild matstæki sem hafa verið notuð til að skima fyrir svefnvanda hjá MS-greindum í erlendum rannsóknum.[3-5]

Það er hins vegar veikleiki að við mat á trufluðum svefni vegna verkja, salernisferða, hita og kulda var stuðst við stakar spurningar. Annar veikleiki rannsóknarinnar er að ekki var um klínískar greiningar að ræða heldur svör við spurningalistum (*self reported data*), það gildir bæði um sjálfa MS-greininguna og um allar niðurstöður rannsóknarinnar. Auk þess getur verið að þeir sem glíma við svefnvanda taki frekar þátt í rannsókn á svefni (*selection and non-response bias*) sem getur skekkt niðurstöður. Það er einnig vert að benda á að þetta var þversniðsrannsókn og því ekki hægt að ályktа um orsakatengsl.

Þegar munur á milli svefngæða hjá hópum var skoðaður kom í ljós að svefngæði voru minni hjá þeim sem voru of þungir og hjá þeim sem voru með hækkaðan blóðþrýsting. Það kom ekki á óvart þar sem hár líkamsþyngdarstuðull og hækkaður blóðþrýstingur tengist hvort tveggja kæfisvefni[26] sem getur skýrt minni svefngæði þessara hópa. Það kom hins vegar á óvart að yngri MS-greindir skyldu hafa minni svefngæði en þeir eldri, þar sem svefngæði minnka yfirleitt með aldrinum.[27] Þó að munur hafi greinst á svefngæðum eftir aldri, líkamsþyngdarstuðli og blóðþrýstingi var munurinn ekki mikill og því ástæða til að túlka þær niðurstöður með varúð. Sérstaklega þar sem ekki reyndust vera tengsl á milli aldurs eða kæfisvefns við svefngæði í línulegu aðhvarfsgreiningunni.

Það var athyglisvert að samkvæmt aðhvarfsgreiningunni höfðu verkir tengsl við svefngæði en ekki kæfisvefnseinkenni eða einkenni fótaóeirðar. Í framtíðarrannsóknum á svefni hjá MS-greindum (og jafnvel öðrum hópum) er mikilvægt að skoða ekki einungis hefðbundna svefnsjúkdóma eins og kæfisvefn og fótaóeirð, heldur einnig algengar svefntruflanir eins og verki og salernisferðir. Einnig var eftirtektarvert hversu mikill munur reyndist á svefngæðum þeirra sem tóku svefnlyf þrisvar í viku eða oftar miðað við þá sem ekki þurftu að nota svefnlyf. Ætla má að þeir sem nota svefnlyf glími við svefnleysi enda sýndi línuleg aðhvarfsgreining að einkenni svefnleysis höfðu áberandi sterkust tengsl við lítil svefngæði.

Í rannsókn Côté og félaga skilaði meðferð svefntruflana hjá MS-greindum minni þreytu og auknum svefngæðum.[10] Í þeirri rannsókn gagnaðist PSQI við mat á svefni og árangri meðferðar.[10] Almennt gilda sömu aðferðir við greiningu og meðferð svefntruflana hjá MS-greindum eins og öðrum.[2,9,10] Fyrir áhugasama er vísað í grein Braley og Boudreau frá 2016 varðandi sérstakar áherslur í meðferð svefntruflana hjá MS-greindum.[9] Mælt er með að vísa MS-greindum sem eru í aukinni hættu á kæfisvefni (STOP-Bang ≥3) í svefnmælingu til að fá áreiðanlega greiningu og viðeigandi meðferð.[9] Vegna sterkra tengsla svefnleysis við skert svefngæði í þessari rannsókn er bent á að meðferð við svefnleysi er hugræn atferlismeðferð-svefn (HAM-S) og/eða lyfjameðferð,[28] óháð öðrum einkennum (eins og verkjum eða þunglyndi) sem geta einnig þarfnast meðhöndlunar samhliða réttri meðferð við svefnleysi.[28]

Ályktanir

Bregðast þarf við hárri tíðni skertra svefngæða og svefntruflana hjá MS-greindum. PSQI getur gagnast við mat á svefngæðum auk þess að gefa vísbendingar um hvað þarfnast nánari skoðunar. Þegar meðferðaraðilar skoða bestu leiðirnar til að auka svefngæði MS-greindra almennt, ætti sérstaklega að horfa til greiningar og meðferðar á svefnleysi.

Þakkarorð

MS-greindum á Íslandi eru færðar kærar þakkir fyrir góða þátttöku, MS-félaginu er þakkað fyrir aðstoð við að nálgast þátttakendur og fyrir að taka þátt í kostnaði við könnunina. Sérstakar þakkir fær Bergþóra Bergsdóttir fræðslufulltrúi MS-félagsins fyrir frábæra samvinnu, yfirlestur og aðstoð á öllum stigum rannsóknarinnar.

Evu Halapi og Rúnari Birgissyni eru færðar þakkir fyrir tölfræðivinnu.

Heimildir

1. National Clinical Guideline Centre. Multilple Sclerosis. Management of Multiple Sclerosis in Primary and Secondary Care. NICE Clincal Guidelines. London 2014.
2. Lunde HMB, Bjorvatn B, Myhr K-, Bø L. Clinical assessment and management of sleep disorders in multiple sclerosis: a literature review. Acta Neurol Scand 2013; 127: 24-30.
3. Ma S, Rui X, Qi P, Liu G, Yang J. Sleep disorders in patients with multiple sclerosis in China. Sleep Breath 2017; 21: 149-54.
4. Braley TJ, Segal BM, Chervin RD. Obstructive sleep apnea and fatigue in patients with multiple sclerosis. J Clin Sleep Med 2014; 10: 155-62.
5. Brass SD, Li C, Auerbach S. The underdiagnosis of sleep disorders in patients with multiple sclerosis. J Clin Sleep Med 2014; 10: 1025-31.
6. Strober LB. Fatigue in multiple sclerosis: A look at the role of poor sleep. Front Neurol 2015; 6: 21.
7. Minden SL, Frankel D, Hadden L, Perloff J, Srinath KP, Hoaglin DC. The Sonya Slifka longitudinal multiple sclerosis study: methods and sample characteristics. Mult Scler 2006; 12: 24-38.
8. Fisk JD, Pontefract A, Ritvo PG, Archibald CJ, Murray TJ. The impact of fatigue on patients with multiple sclerosis. Can J Neurol Sci 1994; 21: 9-14.
9. Braley TJ, Boudreau EA. Sleep disorders in multiple sclerosis. Curr Neurol Neurosci Rep 2016; 16: 50.
10. Côté I, Trojan D, Kaminska M, Cardoso M, Benedetti A, Weiss D, et al. Impact of sleep disorder treatment on fatigue in multiple sclerosis. Mult Scler 2013; 19: 480-9.
11 Darien IL (ritsj). International classification of sleep disorders–third edition. American Academy of Sleep Medicine, USA 2014.
12. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989; 28: 193-213.
13. Mollayeva T, Thurairajah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro CM, Colantonio A. The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev 2016; 25: 52-73.
14. Elíasdóttir Ó, Kjartansson Ó, Olafsson E. Prevalence of multiple sclerosis in Iceland. Neuroepidemiology 2018; 51: 50-6.
15. hagstofa.is – hagstofa.is/utgafur/frettasafn/mannfjoldi/mannfjoldinn-a-3-arsfjordungi-2018/ - janúar 2019.
16. Albertsdóttir A, Sigurðardóttir AK, Þorleifsdottir B. Rannsókn á svefngæðum fólks með MS á Íslandi. MS-blaðið 2018; 35: 22-3. msfelag.is/static/files/Greinar/LyfogMedferdir/msbladid_201802_adalbjorgalberts_svefngaedi.pdf - janúar 2019.
17. msfelag.is - msfelag.is/is/felagid/frodleikur/frettir/konnun-a-svefngaedum-folks-med-ms-a-islandi – janúar 2019.
18. Hinz A, Glaesmer H, Brähler E, Löffler M, Engel C, Enzenbach C, et al. Sleep quality in the general population: psychometric properties of the Pittsburgh sleep quality index, derived from a German community sample of 9284 people. Sleep Med 2017; 30: 57-63.
19. Þórðardóttir EB. Long-term health consequences of avalanches in Iceland in 1995: A 16 year follow-up. Thesis for the degree of Philosophiae Doctor. University of Iceland, Reykjavík 2016. hdl.handle.net/1946/24937 – janúar 2019.
20. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med 2001; 2: 297-307.
21. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. Sleep 2011; 34: 601-8.
22. Nagappa M, Liao P, Wong J, Auckley D, Ramachandran SK, Memtsoudis S, et al. Validation of the STOP-Bang questionnaire as a screening tool for obstructive sleep apnea among different populations: a systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 2015; 10: e0143697.
23. irlssg.org/diagnostic-criteria – janúar 2019.
24. Hulsen T, Vlieg Jd, Alkema W. BioVenn – a web application for the comparison and visualization of biological lists using area-proportional Venn diagrams. BMC Genomics 2008; 9: 488.
25. Manconi M, Ferini-Strambi L, Filippi M, Bonanni E, Ludice A, Murri L, et al. Multicenter case-control study on restless legs syndrome in multiple sclerosis: The REMS Study. Sleep 2008; 31: 944-52.
26. Bauters F, Rietzschel ER, Hertegonne KBC, Chirinos JA. The link between obstructive sleep apnea and cardiovascular disease. Curr Atheroscler Rep 2016; 18: 1.
27. Walker M. Why We Sleep. Scribner, New York 2017.
28. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. CHEST 2014; 146: 1387-94.

Greinin barst til blaðsins 2. apríl 2019, samþykkt til birtingar 7. ágúst 2019.

ENGLISH SUMMARY

Prevalence of Poor Sleep Quality and Sleep Disturbances in Icelanders with Multiple Sclerosis

Aðalbjörg Albertsdóttir[1]

Árún K. Sigurðardóttir[2,3]

Björg Þorleifsdóttir[4]

Background: Sleep disturbances are common, underdiagnosed and have negative consequences for people with multiple sclerosis.

Objective: Gather information about the prevalence of poor sleep quality and sleep disturbances in Icelanders with multiple sclerosis.

Method: A cross-sectional self-report survey. Population: Icelanders with multiple sclerosis. Sample: People with multiple sclerosis, who were on the online mailing list or had access to Facebook groups of the Multiple-Sclerosis-Society in Iceland. An electronic link with background questions and 4 questionnaires was available to participants. Questionnaires: The Pittsburgh-Sleep-Quality-Index (PSQI), the Insomnia-Severity-Index, the STOP-Bang-questionnaire and 5 diagnostic criteria for restless legs syndrome. Questionnaires were used to screen for poor sleep quality, and 7 different factors that can cause disturbed sleep. Data was analyzed with SPSS version 25.

Results: Almost 40% of Icelanders with multiple sclerosis participated or 234 persons. Mean age was 47 years (range 20-92) and 77% were female. The prevalence of poor sleep quality (PSQI>5), was 68%. The factors that most often caused disturbed sleep were; bathroom breaks (39%), pain (37%), insomnia symptoms (30%) and sleep apnea symptoms (24%). Majority of participants or 79% had at least one sleep disturbance and on average they had close to two. Insomnia symptoms were strongly related to poor sleep quality.

Conclusion: High prevalence of poor sleep quality and sleep disturbances in people with multiple sclerosis needs to be addressed. PSQI can be used to screen for poor sleep quality and to assess whether further sleep evaluation is needed. Screening, diagnosis and treatment of insomnia should be implemented.

[1]Reykjalundur rehabilitation center, Mosfellsbaer, Iceland, [2]Department of Health Sciences, University of Akureyri, Akureyri, Iceland, [3]Akureyri Hospital, Akureyri, Iceland, [4]Department of Physiology, Faculty of Medicine, University of Iceland.

Key words: *Multiple sclerosis, sleep quality, sleep disturbances, obstructive sleep apnea, restless legs syndrome, insomnia.*

Correspondence: *Aðalbjörg Albertsdóttir, adalbjorg.alberts@reykjalundur.is*

Nárakviðslit – yfirlitsgrein

Marta Rós Berndsen[1] læknir
Tómas Guðbjartsson[2,3] læknir
Fritz H. Berndsen[4] læknir

[1]Sahlgrenska háskólasjúkrahúsið í Gautaborg, Svíþjóð, [2]skurðsviði Landspítala, [3]læknadeild Háskóla Íslands, [4]handlækningadeild Heilbrigðisstofnunar Vesturlands, Akranesi.

Fyrirspurnum svarar Marta Rós Berndsen, marta.berndsen@vgregion.se

DOI: 10.17992/lbl.2019.09.247

ÁGRIP

Nárakviðslit eru algengust kviðslita og eru 90% sjúklinganna karlmenn en þriðjungur karla greinist einhvern tíma á ævinni með slíkt kviðslit. Algengast er að kviðslit greinist hjá börnum og eftir miðjan aldur, oftast vegna fyrirferðar og verkja á nárasvæði en í einstaka tilfellum í kjölfar garnastíflu. Skurðaðgerð er eina læknandi meðferðin við nárakviðsliti og er hún ein algengasta aðgerð sem framkvæmd er. Aðgerðin er oftast gerð sem valaðgerð annaðhvort í staðdeyfingu, mænudeyfingu eða svæfingu. Þá er bakveggur nárans styrktur, oftast með neti, og er bæði hægt að gera aðgerðina opið að framanverðu eða að innanverðu með holsjáraðgerð. Helstu vandamál eftir aðgerð eru endurtekin kviðslit og langvarandi verkir en með notkun neta og betri aðgerðartækni hefur tíðni endurtekinna kviðslita lækkað umtalsvert. Í þessari yfirlitsgrein er fjallað um tíðni, orsakir og meðferð nárakviðslita með áherslu á nýjungar í skurðmeðferð.

Inngangur

Nárahaular (*groin hernia*) eru algengust kviðslita og valda útbungun á nárasvæði en geta auk þess valdið verkjum og jafnvel garnastíflu.[1,2] Aðgerðir á nárahaulum eru á meðal algengustu aðgerða í almennum skurðlækningum[3], en víða á Vesturlöndum eru framkvæmdar um 130-160 aðgerðir á 100.000 íbúa árlega.[4,5] Algengast er að aðgerð sé gerð vegna einkenna en einnig til að fyrirbyggja fylgikvilla, til dæmis garnastíflu. Þetta er örugg aðgerð en helstu vandamálin eru endurtekin kviðslit og langvinnir verkir.[8-12]

Þessi grein fjallar aðallega um greiningu og meðferð nárakviðslita, en einnig er fjallað um líffærafræði nárans, meingerð nárakviðslita og klíníska birtingamynd þeirra. Greinin byggir á nýjustu heimildum, þar á meðal nýlegum íslenskum rannsóknum.

Flokkun, faraldsfræði og líffærafræði

Kviðslit er útbungun á lífhimnu, lífhimnufitu eða kviðarholslíffæri í gegnum meðfædd eða áunnin göt á kviðveggnum. Algengustu kviðslitin eru nárahaular, naflakviðslit og kviðslit í öri. Nárahaular skiptast í tvennt; eiginleg nárakviðslit og læriskviðslit en þau síðarnefndu eru aðeins 4% nárahaula og hlutfallslega miklu algengari hjá konum.[3] Nárakviðslitum er síðan skipt í tvennt: miðlæg og hliðlæg kviðslit sem hafa mismunandi meingerð og líffærafræðilega afstöðu (sjá Box 2). Hjá körlum eru hliðlæg kviðslit tvisvar sinnum algengari en miðlæg (60% miðað við 30%),[1] en hjá konum er hlutfall hliðlægra kviðslita svipað og hjá körlum (60%), 15% eru miðlæg og 30% læriskviðslit.[13]

Talið er að í kringum þriðjungur karlmanna og 3-5% kvenna fái nárahaula einhvern tíma á ævinni.[4] 15-20% sjúklinga eru með kviðslit beggja vegna við greiningu.[14] Hliðlæg nárakviðslit eru algengust hjá börnum og körlum upp að þrítugu en eftir sextugt eru miðlæg kviðslit algengari.[15]

Box 1.

Skilgreiningar og nafngiftir

Í þessari grein er orðið nárahaull notað í fleirtölu yfir það sem á ensku nefnist *groin hernia* sem síðan er skipt í hin eiginlegu nárakviðslit (*inguinal hernia*) og læriskviðslit (*femoral hernia*). Ef annað er ekki tekið fram í textanum á nárakviðslit við hin eiginlegu nárakviðslit. Í töflu I er yfirlit yfir helstu nárahaula.

Meingerð og áhættuþættir

Þrátt fyrir að meingerð miðlægra og hliðlægra nárakviðslita sé ólík er orsökin í báðum tilvikum rakin til veikleika í bandvef kviðveggjarins, nánar tiltekið í byggingu kollagens.[17] Krufningarannsóknir á 8. áratugnum sýndu að þótt 20% karla séu með opinn slíðurklakk *(vaginal process)* fram á fullorðinsár greinist innan við helmingur þeirra með hliðlægt kviðslit síðar á ævinni.[15] Til þess að slíðurklakkurinn lokist á fyrstu æviárunum verða sléttar vöðvafrumur í honum að fá boð um frumudauða, en gerist það ekki, til dæmis vegna skorts á örvun frá sefkerfi (*parasympathetic*), getur hann haldist opinn áfram.[18] Einnig eru einstaklingar sem skortir hvata sem krosstengja kollagen og auka þannig styrk þess í aukinni hættu á að fá hliðlæg nárakviðslit.[15]

Við miðlæg nárakviðslit er meingerð rakin til truflunar á myndun kollagens. Kollagen I er sterkt og er að finna í sinum og sinafellum en kollagen III er hins vegar mun veikbyggðara. Hjá sjúklingum með nárakviðslit er hlutfall kollagens I og III í bandvef lágt og með hækkandi aldri eykst hlutfall kollagens III.[19] Reykingafólk er einnig í aukinni áhættu á að fá nárakviðslit en talið er að efni í reyknum veiki kollagen kviðveggjarins.[20] Auk þess verður niðurbrot kollagens hraðara vegna aukinnar virkni próteasa, ekki ósvipað og sést í lungnaþembu.[21]

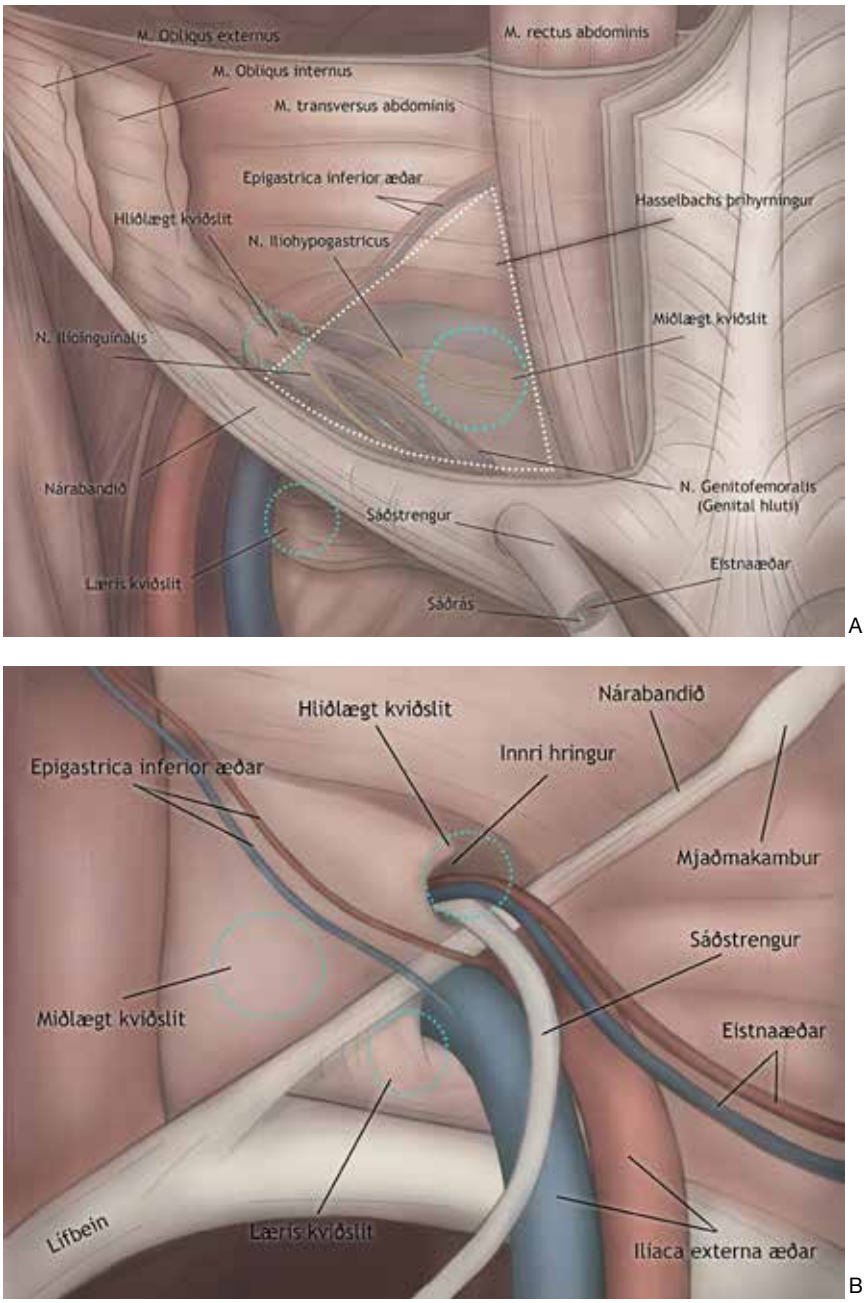
Tafla I. *Flokkun nárahaula.*

Miðlæg nárakviðslit	Útbungun á bandvefshimnu *transversalis* vöðvans fyrir innan Hasselbachs-þríhyrning, sem afmarkast af *rectus* vöðvanum miðlægt, neðri *epigastric* æðunum hliðlægt og nárabandinu að neðan.
Hliðlæg nárakviðslit	Myndast hliðlægt við neðri *epigastric* æðarnar og teygir sig út í gegnum innri hringinn sem hluti af sáðstrengnum og getur því náð alla leið út í pung.
Læriskviðslit	Myndast undir nárabandinu, oftast miðlægt við femoral bláæðina í lærisgangi (*femoral canal*).

Kviðslit eru mjög algeng hjá sjúklingum með ættgenga bandvefssjúkdóma eins og í heilkennum Marfans (allt að 32%) og Ehlers-Danlos (allt að 25%).[17] Nánustu ættingar sjúklinga sem greinst hafa með kviðslit eru einnig í aukinni áhættu á að fá kviðslit sem bendir til að erfðagalli sé að hluta til orsakavaldur. Nýleg rannsókn sýndi að stökkbreytingar í fjórum genum, sem hafa með kollagensamsetningu og -niðurbrot að gera, voru algengari í sýnum frá sjúklingum með nárakviðslit.[22] Loks er talið að aukið álag eins og hjá íþróttamönnum og þeim sem vinna erfiðisvinnu auki líkur á nárakviðsliti.[23]

Klínísk birtingarmynd

Fyrsta einkenni nárahauls er oftast verkjalaus fyrirferð á nárasvæði. Skyndilegur stingandi verkur á nárasvæðinu getur þó einnig komið fyrir og er þá oftast vegna líkamlegrar áreynslu eða rembings. Seyðingsverkur er þó algengari og leiðir oft niður í pung eða skapabarma. Oftast hverfur fyrirferðin þegar sjúklingurinn leggst á bakið þar sem innihaldið í haulnum rennur aftur inn í kviðarholið.[24] Þegar það gerist ekki er talað um innklemmdan nárahaul og er það sjaldnast brátt



Mynd 1. *Líffærafræði nárans sýnd að framanverðu eins og við opna aðgerð (A) og aftanverðu eins og við holsjáraðgerð (B). Hvíti þríhyrningurinn sýnir Hasselbachs-þríhyrning á meðan bláu hringirnir sýna hvar kviðslitin koma út í gegnum kviðvegginn. (Mynd: Fritz H. Berndsen IV.)*

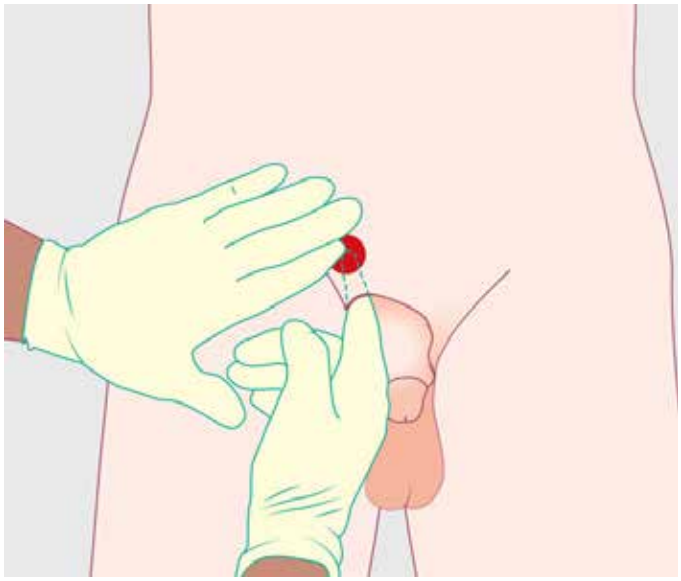
Box 2.

Líffærafræði nárans

Helstu kennileiti nárans eru sýnd á mynd 1. Á fósturskeiði myndast náragangurinn (*inguinal canal*) þegar sáðstrengurinn (*funicle*) gengur niður í pung og er hann um 4 cm að lengd.[1] Á leið sinni niður í pung dregur sáðstrengurinn með sér hulu af lífhimnu sem kallast slíðurklakkur (*vaginal process)* sem síðan lokast af í pungnum sem *vaginalis membrane*. Sáðstrengurinn inniheldur sáðrás (*vas deferens*) og eistnaæðar (*spermatic artery/vein*) og er hann umlukinn vöðvaþráðum (*cremaster muscle)* frá *obliquus internus* vöðvanum. Hjá konum liggur hringlaga sin (*round ligament)* í stað sáðstrengs í náraganginum. Náragangurinn afmarkast af innri hringnum (*deep inguinal ring*) sem er dýpst, efst og hliðlægt. Í lok gangsins myndast ytri hringurinn (*superficial inguinal ring*) ofan við lífbeinið þegar sinafell (*aponeurosis) external oblique* vöðvans klofnar í tvö blöð. Milli þeirra gengur sáðstrengurinn út úr náraganginum niður í pung.[16]

Framveggur náragangsins er myndaður úr sinafelli *external oblique* vöðvans. Nárabandið (*inguinal ligament*) er þykknun á neðri kanti sinafellsins en það liggur milli lífbeinsins miðlægt og mjaðmakambsins hliðlægt. Aftari veggur náragangsins er veikasti hluti nárans en hann er gerður úr þunnri bandvefshimnu *transversalis* vöðvans.

Þetta svæði kallast Hasselbachs þríhyrningur og afmarkast hliðlægt af neðri *epigastric* æðunum, miðlægt af sinafelli *rectus* vöðvans og að neðan af nárabandinu. Neðri *epigastric* slagæðin greinist út frá *external iliaca,* rétt ofan við nárabandið og liggur undir bandvefshimnu *transversalis* vöðvans miðlægt við innri hringinn.[1]



Mynd 2. *Við skoðun er farið með fingur upp í gegnum pung að ytri hringnum (rauði hringurinn). Því næst er sjúklingurinn látinn hósta, en við það ýtist fyrirferðin út og þrýstist á móti fingri þess sem skoðar. (Mynd birt með góðfúslegu leyfi höfunda.)*[59]

ástand en getur þó valdið garnastíflu. Þá eru einkennin hviðukenndir kviðverkir, þaninn kviður, ógleði, uppköst og hægðatregða. Hjá sjúklingum með læriskviðslit er garnastífla þó mun algengari og er fyrsta einkenni hjá þriðjungi sjúklinga.[25] Skerðist blóðflæði til garnar í innklemmdum nárahaul kallast það kreppuhaull (*strangulated hernia*), en þá er hætta á lífshættulegu drepi í görninni. Fyrst skerðist bláæða- og sogæðablóðflæði í görninni þar sem þrengir að henni við háls kviðslitsins svo bjúgmyndun verður í görninni. Við það eykst þrýstingurinn í görninni sem aftur veldur skerðingu á slagæðablóðflæði til líffærisins og hættu á drepi. Líkur á kreppuhaul eru taldar vera á bilinu 0,3-2,8% á ári fyrir nárakviðslit en er allt að 45% á ári fyrir læriskviðslit[2] og er dánarhlutfall sjúklinga með kreppuhaul allt að 30%.[26]

Greining og mismunagreiningar

Skoðun

Nákvæm sjúkrasaga og skoðun á sjúklingi með óljósan náraverk er mikilvæg til greiningar en fjölmargir sjúkdómar geta valdið fyrirferð eða verkjum á nárasvæði. Þó er mikilvægt að hafa í huga að kviðslit getur verið til staðar án þess að það skýri óþægindi sjúklings. Best er að skoða sjúklinginn fyrst standandi og er litið eftir fyrirferð á nárasvæðinu og staðsetning hennar metin út frá nárabandinu. Þrýst er varlega yfir ytri hring náragangsins og sjúklingurinn látinn hósta. Hjá körlum er farið með fingur upp í gegnum pung að ytri hringnum (mynd 2).[24] Jafnframt er þreifað eftir eymslum í eistum og fyrirferðum. Sjúklingurinn er síðan skoðaður liggjandi og athugað hvort hægt sé að ýta fyrirferðinni aftur inn í kviðarholið. Einnig er kviður þreifaður. Ef einkenni eru af óljósum toga er ítarleg skoðun stoðkerfis mikilvæg, meðal annars á vöðvum og sinum *rectus, iliopsoas, rectus femoris* og *adductor* vöðvum. Einnig eru mjaðmaliðir, mjóbak og mjaðmagrind skoðuð,[24] ekki síst hjá íþróttamönnum.

Myndgreining

Við óljósa verki á nárasvæði, er ómskoðun yfirleitt fyrsta rannsóknin sem gerð er og á það við hvort sem fyrirferð þreifast eða ekki. Ómskoðun krefst þjálfunar og er næmið á bilinu 29-86% og sértækni 90-96%.[27,28] Einnig má fá tölvusneiðmynd af nárasvæði og sjúklingar þá gjarnan látnir rembast þegar myndirnar eru teknar. Næmi tölvusneiðmynda til greiningar nárakviðslits er 77-80% og sértækni 25-65%.[29,30] Segulómun af nárasvæði er næmari en tölvusneiðmynd (91%) og getur einnig reynst vel til að greina bólgur í vöðva og sinafestum.[29,31]

Í völdum tilvikum er gerð kviðslitsmyndataka (*herniography*), en þá er vatnsleysanlegu skuggaefni sprautað inn fyrir lífhimnuna í kviðarholið, en utan garna. Við kviðslit sést skuggaefni renna út í kviðslitið á hefðbundinni röntgenmynd af kvið.[32] Þetta er bæði næm og sértæk rannsókn (91% og 83%) en þar sem gat getur komið á garnir er aðeins gripið til hennar þegar aðrar rannsóknir hafa verið reyndar.[30]

Tafla II. *Helstu mismunagreiningar nárahauls.*

Fyrirferð í nára	Fyrirferð í pung	Verkur án fyrirferðar
Góðkynja eitlastækkun	Vatnshaull	Sinabólga
Illkynja eitlastækkun	Æðahnútar	Slitgigt í mjöðm
Æðahnútar	Eistnabólga	Verkir frá baki
Æðagúll	Eistnalyppubólga	Blöðruhálskirtilsbólga
	Æxli í eista	Taugahvot

Mismunagreiningar

Mismunagreiningar eru sýndar í töflu II og má skipta þeim gróflega í þrennt: i) fyrirferð í nára, ii) fyrirferð í pung og iii) verk á nárasvæði án fyrirferðar.[24] Algengustu fyrirferðir í nára eru eitlastækkanir, æðahnútar á *great saphenous* bláæðinni, slagæðagúll og eitlakrabbamein.[23] Langalgengasta fyrirferð í pung er vatnshaull en aðrar vel þekktar orsakir eru æðahnútar á eistnabláæð, eistnabólga, eistnalyppubólga (*epididymitis*) og góðkynja eða illkynja æxli í eista.[33] Blöðruhálskirtilsbólga er algeng orsök verkja í nára hjá karlmönnum, en blöðrubólga og þvagrásarbólga geta valdið svipuðum einkennum. Endaþarmsskoðun er því mikilvæg hjá karlkyns sjúklingum til að útiloka blöðruhálskirtilsbólgu en hjá konum geta bólgur í eggjaleiðurum og framfall á legi valdið verkjum á nárasvæði.[24] Stoðkerfistengdir kvillar eru einnig algengar ástæður verkja án fyrirferðar hjá báðum kynjum, sérstaklega sinabólga í vöðvum grindarbotns og mjaðmasvæðis. Þetta á ekki síst við um sjúklinga sem stunda íþróttir og þá sérstaklega knattspyrnu og ísknattleik.[34]

Ábendingar fyrir skurðaðgerð

Skurðaðgerð er eina læknandi meðferðin við nárahaulum og er sjúklingum með einkenni þess næstum alltaf ráðlagt að fara í aðgerð.[35] Þetta á sérstaklega við um sjúklinga sem eru í hættu á að fá kreppuhaul, það er eldra fólk, konur og þá sem eru með læriskviðslit.[36] Hjá háöldruðum einstaklingum eða þeim sem ekki er treyst í aðgerð, er stundum gripið til haulbeltis sem er gjörð sem heldur kviðslitinu inni. Þetta þykir hins vegar ekki jafn góð meðferð og skurðaðgerð og fyrirbyggir síður kreppuhaul.[37]

Tafla III. *Kostir og gallar helstu aðgerða við nárahaulum.*

Aðgerð	Tegund viðgerðar	Styrking	Kostir	Gallar
Lichtenstein	Fremri viðgerð í gegnum náraskurð	Net sem þekur bakvegg nárans er saumað við nárabandið og nýr innri hringur er myndaður	Einföld og auðlærð. Lág tíðni endurtekinna kviðslita	Langvinnir verkir hjá 10-20% sjúklinga
Nyhus	Aftari viðgerð í gegnum skurð fyrir ofan nárabandið	Net lagt fyrir aftan bandvefshimnu *transversalis* Nýr innri hringur myndaður	Lág tíðni endurtekinna kviðslita. Komist er aftan að kviðslitinu án þess að nota holsjá	Krefst talsverðrar fláningar Tæknilega krefjandi
Shouldice	Fremri viðgerð í gegnum náraskurð	Ekki notast við net. Bandvefshimna *transversalis* opnuð og saumuð saman í 3-4 lögum	Enginn aðskotahlutur skilinn eftir. Lág tíðni endurtekinna kviðslita hjá reyndum skurðlæknum	Tæknilega erfið og tekur langan tíma að læra
TAPP (trans-abdominal preperitoneal)	Aftari viðgerð með holsjártækni	Lífhimnan er opnuð og netið er lagt fyrir framan lífhimnu, en fyrir aftan bandvefshimnu *transversalis*	Lág tíðni endurtekinna kviðslita og langvinnra verkja	Tekur langan tíma að læra aðgerðina Kviðarholslíffæri geta orðið fyrir áverka Krefst svæfingar
TEP (totally extraperitoneal)	Aftari viðgerð með holsjártækni án þess að farið sé í gegnum lífhimnu	Netið er lagt fyrir framan lífhimnu en fyrir aftan bandvefshimnu *transversalis*	Lág tíðni endurtekinna kviðslita og langvinnra verkja Lítil hætta á áverkum á kviðarholslíffæri	Tæknilega krefjandi aðgerð sem krefst svæfingar

Hjá ungum og hraustum karlmönnum með einkennalaus nárakviðslit hafa áhrif þess að bíða með aðgerð verið rannsökuð[38,39] og niðurstöðurnar sýna að árlega þurftu 20% þeirra sem fóru ekki í aðgerð að gangast undir aðgerð vegna einkenna[39] og eftir tæplega 8 ár höfðu 72% þeirra gengist undir aðgerð.

Sjúklingum með kreppuhaul eru yfirleitt gefin verkjastillandi og róandi lyf og síðan er reynt að ýta innihaldi haulsins aftur inn í kviðarholið. Gangi það, er oft beðið með skurðaðgerð til næsta dags en annars er gerð bráðaaðgerð. Ef einkenni garnastíflu hafa verið til staðar í lengri tíma er ekki talið ráðlagt að reyna að ýta haulnum aftur inn heldur taka sjúklinginn strax í aðgerð. Þar er metið hvort görnin sé með drepi og hvort þurfi að fjarlægja hluta hennar.[14]

Skurðmeðferð

Ítalski skurðlæknirinn, Eduardo Bassini (1844-1924), lýsti fyrstu aðgerðinni sem markaði upphaf nútíma nárakviðslitsaðgerða árið 1877.[40] Síðan þá hefur ýmsum aðgerðum verið lýst sem allar eiga það sameiginlegt að reynt er að styrkja bakvegg nárans með einhverjum hætti. Tegundir aðgerða á síðustu öld voru margar en vandamálið var há tíðni endurtekinna kviðslita í flestum rannsóknum eða frá 7 og upp í 27%.[35,41] Í byrjun 10. áratugarins urðu miklar breytingar á meðferð nárakviðslita á Vesturlöndum, ekki síst í Svíþjóð. Frá því að vera sú aðgerð sem ungir, óreyndir aðstoðarlæknar framkvæmdu nær eftirlitslaust, varð aðgerðin ein aðal kennsluaðgerð sérnámslækna þar sem farið var nákvæmlega í líffærafræði nárans og meinafræði kviðslita. Í upphafi þessa tímabils var Shouldice-aðgerðin höfuðaðgerð þessarar endurreisnar (sjá töflu III). Hluti þessara breytinga fólst í aukinni skráningu og gæðaeftirliti sem síðar varð Sænski nárakviðslitsgagnagrunnurinn (Svenska bråckregistret[5]). Nokkrum árum síðar var farið að nota nælonnet til að styrkja bakvegg nárans[42] og hafa rannsóknir sýnt að með því að nota net má lækka tíðni endurtekinna kviðslita um 50-75%.[42] Því eru í dag allt að 98% nárakviðslitsaðgerða á Vesturlöndum gerðar með neti.[5,43]

Tafla IV. *Helstu fylgikvillar nárakviðslitsaðgerða – tíðnitölur eru fengnar úr helstu rannsóknum[14,49-51]*

Fylgikvilli	Tíðni (%)
Skurðsýking	3-5
Bráð þvagtregða	1,5-3
Verkur í eista	1-2
Blæðing	0,1-1
Bráð eistnabólga	0,5

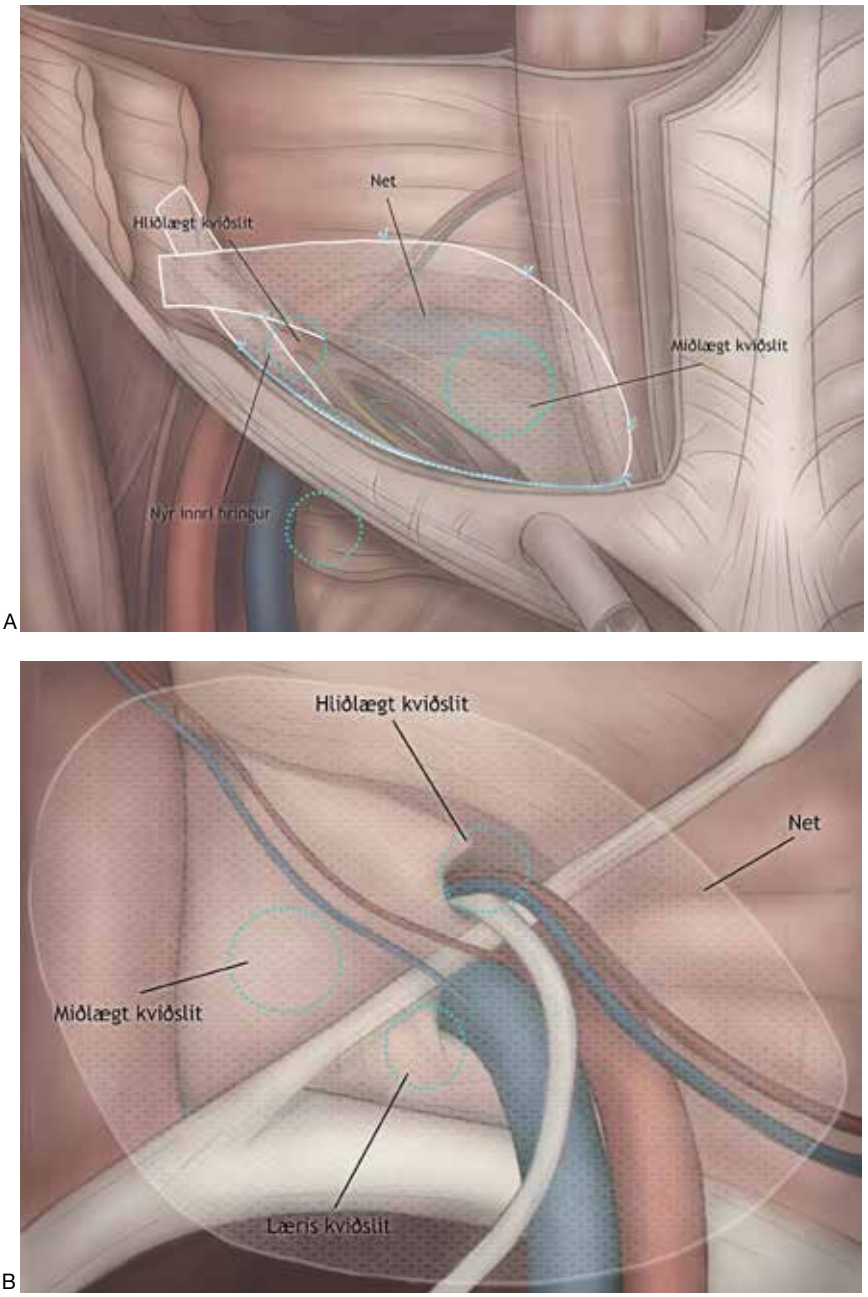
Aðgerðir með neti er bæði hægt að gera með opnum skurði eins og við Lichtenstein-aðgerð eða með holsjáraðgerð. Í nýjum evrópskum leiðbeiningum European Hernia Society er mælt með Lichtenstein-aðgerð eða holsjáraðgerð með neti öðru megin,[44] eftir því hvaða sérfræðikunnátta er til staðar. Mælt er með TEP umfram aðrar holsjáraðgerðir þar sem ekki er farið inn í kviðarhol en þar með minnka líkur á garnaskaða.

Við Lichtenstein-aðgerð er gerður láréttur náraskurður niður að sinafelli *external oblique* vöðvans (sjá mynd 3A) og það opnað í gegnum ytri hring náragangsins. Sekkurinn er fjarlægður og stórt nælonnet saumað við nárabandið með samfelldum saumi frá lífbeininu miðlægt í átt að mjaðmakambinum hliðlægt. Klauf er gerð í netið hliðlægt til að hleypa sáðstrengnum í gegn og nýr innri hringur þannig myndaður.[45]

TEP-aðgerð er lýst myndrænt á mynd 3B. Þar er holstingur settur fyrir neðan nafla og búið til rými með holsjánni milli bandvefshimnu vöðvans og lífhimnunnar. Sekkurinn er fríaður úr kviðslitinu og nælonneti komið fyrir milli lífhimnu og kviðveggjar og mikilvægt er að það þeki Hasselbachs-þríhyrninginn, innri hringinn og lærisganginn. Ekki er mælt með því að festa netið nema við stór kviðslit eða kviðslit beggja vegna.[46]

Í töflu III er yfirlit yfir helstu skurðaðgerðir sem beitt er við nárakviðsliti í dag og hverjir kostir þeirra og gallar eru.

Við endurtekið kviðslit er mælt með að nota aðra aðferð en við fyrstu aðgerðina, það er holsjáraðgerð ef fyrri aðgerð var gerð opin og öfugt. Fyrir sjúklinga með kviðslit beggja vegna er mælt með



Mynd 3. *(A) Mynd sem sýnir Lichtenstein-aðgerð. Nælonnet er lagt yfir bakvegg náragangsins til styrkingar og nýr innri hringur er myndaður. (B) Mynd sem sýnir TEP (totally extraperitoneal) aðgerð. Rými er myndað milli kviðveggjar og lífhimnu þar sem nælonnet er látið hylja öll þrjú svæðin þar sem kviðslit geta myndast. (Mynd: Fritz H. Berndsen IV.)*

holsjáraðgerð þar sem hægt er að lagfæra bæði kviðslitin í sömu aðgerð.[44]

Aðgerð við nárakviðsliti er langoftast valaðgerð, þar sem 30 daga dánartíðni er í kringum 0,3%.[5] Opnar netaðgerðir er hægt að framkvæma í staðdeyfingu, enda talið áhættuminna fyrir sjúklinginn,[14] en í Svíþjóð eru samt sem áður 80% þessara aðgerða gerðar í svæfingu.[5] Einnig má gera aðgerðirnar í mænudeyfingu með góðum árangri.[47]

Eftir aðgerðina er mælst til þess að sjúklingar forðist áreynslu og lyfti ekki þungu í tvær til þrjár vikur eftir aðgerð. Að öðru leyti er sjúklingum ráðlagt að gera það sem þeir treysta sér til[14] og er veikindaleyfi oftast ein til tvær vikur.[48]

Fylgikvillar

Helstu fylgikvillar og tíðni þeirra eru sýnd í töflu IV. Skurðsýkingar eru sjaldgæfar (3-5%) og ekki er lengur mælt með gjöf sýklalyfja í forvarnaskyni.[49] Sjúklingar með skurðsýkingu eru oft með óeðlilega mikla verki, hita, roða og þrota í kringum skurðsvæðið. Oft nægir að gefa sýklalyf til að uppræta sýkinguna en ef um dýpri sýkingu er að ræða getur þurft að opna skurðsárið og jafnvel skilja það eftir opið. Þetta á sérstaklega við þegar net sýkjast en þá getur þurft margra vikna meðferð með sýklalyfjum í æð en sjaldgæft er að fjarlægja þurfi netið.[50]

Bráð þvagtregða greinist hjá 1,5-3% sjúklinga eftir aðgerð, aðallega eldri karlmönnum með fyrri sögu um þvagfæravandamál.[51] Blæðing sem krefst enduraðgerðar er sjaldgæfur fylgikvilli (1-3%). Oftast stöðvast blæðingin af sjálfu sér en margúll í pung (*scrotal hematoma*) er þó ekki óalgengur fylgikvilli.[14] Áverki á sáðrás er sjaldgæfur en alvarlegur fylgikvilli líkt og blóðþurrð og drep í eista vegna áverka á slagæð eistans.[4]

Tafla V. *Endurtekin kviðslit eftir Lichtenstein- og TEP-viðgerð – samanburður helstu slembirannsókna.*

	TEP			Lichtenstein			
Rannsókn	Endur-koma	n	%	Endur-koma	n	%	p-gildi
Köcklinger og fél.[52]	64	6833	0,9	88	10,555	0,8	0,50
Eklund og fél.[53]	16	665	2,4	9	706	1,2	óm
Neumayer og fél.[51]	87	862	10,1	41	834	4,9	<0,05
Langeveld og fél.[58]	13	336	3,8	10	324	3,0	0,6

n: fjöldi aðgerða, óm: ómarktækur munur

Tafla VI. *Tíðni langvarandi verkja eftir TEP- og Lichtenstein-viðgerð – samanburður helstu slembirannsókna.*

	TEP			Lichtenstein			
Rannsókn	Verkir	n	%	Verkir	n	%	p-gildi
Köcklinger og fél. [52]	540	6,833	7,9	974	10,555	9,2	0,002
Eklund og fél.[54]	58	616	9,4	124	659	18,8	<0,001
Neumayer og fél.[51]	97	989	9,8	142	994	14,3	óm
Langeveld og fél.[58]	71	336	21,1	80	324	24,6	óm

n: fjöldi aðgerða, óm: ómarktækur munur

Langtíma árangur skurðaðgerða

Endurtekin kviðslit

Endurtekin kviðslit eru helsta vandamálið eftir nárakviðslitsaðgerð en með tilkomu netaðgerða hefur tíðni enduraðgerða lækkað úr 16,4% niður í 9%.[5,12,52] Árangur mismunandi netaðgerða er frekar áþekkur en fjöldi slembirannsókna hefur sýnt fram á svipaða tíðni endurtekinna kviðslita eftir Lichtenstein- og TEP-aðgerð (sjá töflu V), eða í kringum 1,2- 2,4%.[53]

Langvarandi verkir eftir aðgerð

Langvarandi verkir og óþægindi eftir aðgerð er algengt vandamál[8,51] og er algengara hjá ungum sjúklingum og sjúklingum sem eru með mikla verki á nárasvæði fyrir aðgerð.[8,51,54] Þessa sjúklinga þarf að skoða vel og oft er gerð ómun til að útiloka endurtekið kviðslit. Í töflu VI eru sýndar niðurstöður slembirannsókna á tíðni langvinna verkja eftir mismunandi nárakviðslitsaðgerðir. Í þeirri stærstu voru óþægindi til staðar hjá 18,8% sjúklinga 5 árum eftir Lichtenstein-aðgerð, borið saman við 9,4% sjúklinga eftir TEP-aðgerð ($p<0,001$).[54] Eftir enduraðgerðir er tíðni langvinnra verkja enn hærri.

Dofi á aðgerðarsvæði er vel þekktur eftir opnar aðgerðir en þarfnast yfirleitt ekki sérstakrar meðferðar. Langvarandi verkir eða brennandi tilfinning benda hins vegar til taugahvotar vegna áverka eða klemmu á taug. Stundum er hægt að nota deyfingu til að greina hvaða taug það er sem veldur óþægindum og er þá hægt að skera viðkomandi taug í sundur með aðgerð. Í einstaka tilvikum getur þurft að fjarlægja net ef um langvinna verki er að ræða.

Bæði í Danmörku og Svíþjóð eru stórir gagnagrunnar þar sem nær allar nárakviðslitsaðgerðir eru skráðar á landsvísu. Þannig er hægt að fylgja eftir árangri aðgerðanna og tryggja betur gæði meðferðarinnar.[5,43] Sambærilegir og enn stærri gagnagrunnar á meginlandi Evrópu eru Herniamed og European Registry of Abdominal Wall Hernias (EuraHS).[55,56] Hérlendis er ekki til miðlægur gagnagrunnur með nárakviðslitsaðgerðum og ekki hafa birst rannsóknir á árangri aðgerðanna á Landspítala eða á einkastofum. Á Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi hefur hins vegar verið starfræktur gagnagrunnur með öllum kviðslitsaðgerðum frá árinu 2004 og hafa niðurstöður úr 485 fyrstu nárakviðslitsaðgerðunum sýnt að árangur er vel sambærilegur við það sem best gerist erlendis.[57] Til þess að hægt sé að hefja skráningu á árangri nárakviðslitsaðgerða hérlendis með miðlægum gagnagrunni þarf þátttöku allra skurðlækna sem framkvæma slíkar aðgerðir. Einnig er mikilvægt að slíkur gagnagrunnur sé fjármagnaður af hinu opinbera þar sem utanumhald krefst mikillar vinnu.

Lokaorð

Nárakviðslit eru algeng vandamál og mikilvægt að rétt sé staðið að greiningu og meðferð. Flestum með einkennagefandi nárakviðslit ber að ráðleggja skurðaðgerð og þá sérstaklega konum með læriskviðslit og öldruðum þar sem þessir hópar eru í aukinni hættu á að fá alvarlega fylgikvilla eins og kreppuhaul og garnastíflu.

Greinin barst til blaðsins 2. apríl 2019, samþykkt til birtingar 13. ágúst 2019.

ENGLISH SUMMARY

Inguinal hernia - review

Marta Rós Berndsen[1]
Tómas Guðbjartsson[2,3]
Fritz H. Berndsen[4]

Inguinal hernia is the most frequently diagnosed hernia and during their lifetime one third of males are diagnosed with an inguinal hernia. The age distribution is bimodal with the highest incidence in childhood and after 50 years of age. Diagnosis is usually reached through clinical examination of a lump in the inguinal region although some patients can present with intestinal obstruction. Inguinal hernia repair is the only definitive treatment and is one of the most common surgical procedures performed. It is usually performed as an elective procedure in local, spinal or general anasthesia. The repair constitutes of reinforcing the posterior wall of the inguinal canal, often using a polypropylene mesh; either via an open anterior approach or posteriorly from within the abdomen with laparoscopy. The most common complications following a hernia repair are recurrent hernia and chronic discomfort but recurrence rates have improved with the use of mesh and laparoscopic techniques. This evidence based review describes the epidemiology and etiology of inguinal hernia together with the most common surgical procedures; focusing on recent innovations.

[1]*Department of Surgery, Sahlgrenska University Hospital, Gothenborg, Sweden,* [2]*Cardiothoracic Surgery, Landspítali University Hospital,* [3] *Faculty of Medicine, University of Iceland,* [4]*Department of Surgery, Health Care institution of West Iceland, Akranesi, Iceland.*

Key words: *inguinal hernia, chronic pain, recurrence, Lichtenstein, laparoscopy, review.*

Correspondence: *Marta Rós Berndsen, marta.berndsen@vgregion.se*

Heimildir

1. Bergman S, Feldman L. 28 Inguinal hernia repair. In: . ACS Surgery: Principles and Practice. BC Decker Inc 2009: 1–22.
2. Gallegos NC, Dawson J, Jarvis M, Hobsley M. Risk of strangulation in groin hernias.Br J Surg 1991; 78: 1171–3.
3. Rutkow IM. Demographic and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States in 2003. Surg Clin North Am 2003; 83: 1045-51, v–vi.
4. Primatesta P, Goldacre MJ. Inguinal hernia repair: incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. Int J Epidemiol 1996; 25: 835-9.
5. svensktbrackregister.se - september 2018.
6. McIntosh A, Hutchinson A, Roberts A, Withers H. Evidence-based management of groin hernia in primary care--a systematic review. Fam Pract 2000; 17: 442-7.
7. Burcharth J, Pedersen M, Bisgaard T, Pedersen C, Rosenberg J. Nationwide Prevalence of Groin Hernia Repair. P LoS One 2013; 8.
8. McCormack K, Scott NW, Go PM, Ross S, Grant AM. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. Cochr Datab Syst Rev 2003; CD001785.
9. Arvidsson D, Berndsen FH, Larsson LG, Leijonmarck C-E, Rimbäck G, Rudberg C, et al. Randomized clinical trial comparing 5-year recurrence rate after laparoscopic versus Shouldice repair of primary inguinal hernia. Br J Surg 2005; 92: 1085-91.
10. Bemdsen F, Sevonius D. Changing the path of inguinal hernia surgery decreased the recurrence rate ten-fold. Report from a county hospital. Eur J Surg 2002; 168: 592-6.
11. Danielsson P, Isacson S, Hansen MV. Randomised study of Lichtenstein compared with Shouldice inguinal hernia repair by surgeons in training. Eur J Surg 1999; 165: 49-53.
12. Burcharth J, Andresen K, Pommergaard H-C, Bisgaard T, Rosenberg J. Recurrence patterns of direct and indirect inguinal hernias in a nationwide population in Denmark. Surgery 2014; 155: 173-7.
13. Kark AE, Kurzer M. Groin hernias in women. Hernia 2008; 12: 267-70.
14. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia 2009; 13: 343-403.
15. Conner WT, Peacock EE Jr. Some studies on the etiology of inguinal hernia. Am J Surg 1973; 126: 732-5.
16. Flament J, Avisse C, Delattre J. Anatomy of the abdominal wall. In: . Abdominal wall hernias. Springer-Verlag, New York 2001: 39-63.
17. Harrison B, Sanniec K, Janis JE. Collagenopathies—Implications for Abdominal Wall Reconstruction: A Systematic Review. Plast Reconstr Surg Glob Open 2016; 4.
18. Tanyel FC, Ulusu NN, Tezcan EF, Büyükpamukçu N. Total calcium content of sacs associated with inguinal hernia, hydrocele or undescended testis reflects differences dictated by programmed cell death. Urol Int 2003; 70: 211-5.
19. Pans A, Pierard GE, Albert A, Desaive C. Adult groin hernias: new insight into their biomechanical characteristics. Eur J Clin Invest 1997; 27: 863-8.
20. Jorgensen LN, Kallehave F, Christensen E, Siana JE, Gottrup F. Less collagen production in smokers. Surgery 1998; 123: 450-5.
21. Witte MB, Thornton FJ, Kiyama T, Efron DT, Schulz GS, Moldawer LL, et al. Metalloproteinase inhibitors and wound healing: a novel enhancer of wound strength. Surgery 1998; 124: 464-0.
22. Jorgenson E, Makki N, Shen L, Chen DC, Tian C, Eckalbar WL, et al. A genome-wide association study identifies four novel susceptibility loci underlying inguinal hernia. Nat Commun 2015; 6.
23. Smedberg SG, Broome AE, Gullmo A, Roos H. Herniography in athletes with groin pain. Am J Surg 1985; 149: 378-82.
24. Smedberg S, Spangen L. Occult hernias in the male patient. In: . Abdominal wall hernias. Springer-Verlag, New York 2001; 116-21.
25. Dahlstrand U, Wollert S, Nordin P, Sandblom G, Gunnarsson U. Emergency femoral hernia repair: a study based on a national register. Ann Surg 2009; 249: 672-6.
26. Sosa J, Gardner B. Management of patients diagnosed as acute intestinal obstruction secondary to adhesions. Am Surg 1993; 59: 125-8.
27. Alam A, Nice C, Uberoi R. The accuracy of ultrasound in the diagnosis of clinically occult groin hernias in adults. Eur Radiol 2005; 15: 2457-61.
28. Bradley M, Morgan D, Pentlow B, Roe A. The groin hernia - an ultrasound diagnosis? Ann R Coll Surg Engl 2003; 85: 178-80.
29. Miller J, Cho J, Michael MJ, Saouaf R, Towfigh S. Role of imaging in the diagnosis of occult hernias. JAMA Surg 2014; 149: 1077-80.
30. Robinson A, Light D, Kasim A, Nice C. A systematic review and meta-analysis of the role of radiology in the diagnosis of occult inguinal hernia. Surg Endosc 2013; 27: 11-8.
31. Hamlin JA. Imaging Hernias of the Abdominal Wall. In: . Abdominal wall hernias. Springer-Verlag, New York 2001.
32. Gullmo A, Broomé A, Smedberg S. Herniography. Surg Clin North Am 1984; 64: 229-44.
33. O´Reilly P, Le J, Sinyavskaya A, Mandel ED. Evaluating scrotal masses. JAAPA 2016; 29: 26-32.
34. Santilli OL, Nardelli N, Santilli HA, Tripoloni DE. Sports hernias: experience in a sports medicine center. Hernia 2016; 20: 77-84.
35. Schumpelick V, Treutner KH, Arlt G. Inguinal hernia repair in adults. Lancet 1994; 344: 375-9.
36. van den Heuvel B, Dwars BJ, Klassen DR, Bonjer HJ. Is surgical repair of an asymptomatic groin hernia appropriate? A review. Hernia 2011; 15: 251-9.
37. Law NW, Trapnell JE. Does a truss benefit a patient with inguinal hernia? BMJ 1992; 304: 1092.
38. O'Dwyer PJ, Norrie J, Alani A, Walker A, Duffy F, Horgan P. Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia: a randomized clinical trial. Ann Surg 2006; 244: 167-73.
39. Fitzgibbons RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, Dunlop DD, Reda DJ, McCarthy M Jr, et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. JAMA 2006; 295: 285-92.
40. Bassini E. Sulla cura behandlung des leistenbruches. Arc Soc Ital Chir 1887; 379-85.
41. Berndsen FH, Sevonius D. [Too many cases of recurrences after inguinal hernia surgery. New surgical methods and better follow-up should remove the shortages]. Lakartidningen 1998; 95: 2589-92.
42. Grant AM. Open mesh versus non-mesh repair of groin hernia: meta-analysis of randomised trials based on individual patient data [corrected]. Hernia 2002; 6: 130-6.
43. herniedatabasen.dk/ - september 2018.
44. Miserez M, Peeters E, Aufenacker T, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia 2014; 18: 151-63.
45. Lichtenstein IL. Herniorrhaphy. A personal experience with 6,321 cases. Am J Surg 1987; 153: 553-9.
46. Bittner R, Montgomery MA, Arregui E, Bansal V, Bingener J, Bisgaard T, et al. Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society). Surg Endosc 2015; 29: 289-321.
47. Donmez T, Erdem VM, Sunamak O, Erdem DA, Avaroglu HI. Laparoscopic total extraperitoneal repair under spinal anesthesia versus general anesthesia: a randomized prospective study. Ther Clin Risk Manag 2016; 12: 1599-608.
48. Eklund A, Rudberg C, Smedberg S, Enander LK, Leijonmarck CE, Osterberg J, et al. Short-term results of a randomized clinical trial comparing Lichtenstein open repair with totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair. Br J Surg 2006; 93: 1060-8.
49. Sanchez-Manuel FJ, Lozano-García J, Seco-Gil JL. Antibiotic prophylaxis for hernia repair. Cochr Datab Syst Rev 2012; 2: CD003769.
50. Avtan L, Avci C, Bulut T, Fourtanier G. Mesh infections after laparoscopic inguinal hernia repair. Surg Laparosc Endosc 1997; 7: 192-5.
51. Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, Fitzgibbons R Jr, Dunlop D, Gibbs J, et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. N Engl J Med 2004; 350: 1819-27.
52. Köckerling F, Stechemesser B, Hukauf M, Kuthe A, Schug-Pass C. TEP versus Lichtenstein: Which technique is better for the repair of primary unilateral inguinal hernias in men? Surg Endosc 2016; 30: 3304-13.
53. Eklund AS, Montgomery AK, Rasmussen IC, Sandbue RP, Bergkvist LA, Rudberg CR. Low recurrence rate after laparoscopic (TEP) and open (Lichtenstein) inguinal hernia repair: a randomized, multicenter trial with 5-year follow-up. Ann Surg 2009; 249: 33-8.
54. Eklund A, Montgomery A, Bergkvist L, Rudberg C. Chronic pain 5 years after randomized comparison of laparoscopic and Lichtenstein inguinal hernia repair. Br J Surg 2010; 97: 600-8.
55. Welcome to the Herniamed Homepage! | www.herniamed.de. herniamed.de/?q=en - janúar 2017.
56. EuraHS - EUROPEAN REGISTRY OF ABDOMINAL WALL HERNIAS | HOME. eurahs.eu/HOME.php - janúar 2017.
57. Berndsen MR, Gudbjartsson T, Berndsen FH. Is a Technically Challenging Procedure More Likely to Fail? A Prospective Single-Center Study on the Short- and Long-Term Outcomes of Inguinal Hernia Repair. Surg Res Pract 2018; 2018: 7850671.
58. Langeveld HR, van't Riet M, Weidema WF, Stassen LPS, Steyerberg EW, Lange J, et al. Total extraperitoneal inguinal hernia repair compared with Lichtenstein (the LEVEL-Trial): a randomized controlled trial. Ann Surg 2010; 251: 819-24.
59. Dalenbäck J, Hjortborg M, Rimbäck G. [Inguinal hernia in adults]. Lakartidningen 2016; 113: 01.

Stéttlausir læknanemar



Sólveig Bjarnadóttir

Formaður Félags læknanema

stjorn@laeknanemar.is

Ritstjórn *Læknablaðsins* hefur boðið Félagi læknanema að skrifa fasta pistla í blaðið.

Á síðasta aðalfundi Félags læknanema 16. apríl var samþykkt ályktun varðandi aðild læknanema að Læknafélagi Íslands. Læknanemar hafa hingað til ekki verið meðlimir í LÍ en með ályktuninni vill stjórn Félags læknanema óska eftir því að læknanemar sem lokið hafa fjórða námsári við Háskóla Íslands geti sótt um aðild að félaginu.

Vegna ónógs fjölda kandídata og deildarlækna hafa læknanemar um árabil verið ráðnir í sumarafleysingastöður á Landspítala og öðrum heilbrigðisstofnunum. Það hefur tíðkast að laun fyrir þessi störf séu greidd sem ákveðið hlutfall af launum kandídata samkvæmt kjarasamningi LÍ. Þar sem læknanemar eru ekki aðilar að LÍ hafa þeir staðið utan stéttarfélags í ráðningarsamningi við Landspítala og fleiri stofnanir. Þannig eru læknanemar í raun samningslausir þegar kemur að kjaramálum og er það mjög óheppilegt.

Fordæmi eru fyrir því meðal annarra heilbrigðisstétta hérlendis að nemar geti fengið aðild að stéttarfélagi sinnar starfsgreinar. Mismunandi er hvernig þeirri aðild er háttað en almennt eiga nemar sem starfa í afleysingum í viðkomandi starfsgrein rétt á aðild. Hjúkrunarfræðinemar geta eftir fyrsta námsár fengið aukaaðild að Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga og nemar sem þiggja laun samkvæmt kjarasamningi félagsins hafa atkvæðisrétt um viðkomandi kjarasamning. Lyfjafræðinemar sem hafa tímabundið leyfi til að gegna störfum aðstoðarlyfjafræðings eftir fjórða námsár fá fulla aðild að Lyfjafræðingafélagi Íslands. Hjá Félagi lífeindafræðinga eiga lífeindafræðinemar sem eru ráðnir til tímabundinna rannsóknarstarfa eftir fyrsta námsár rétt á aukaaðild sem veitir full félagsleg réttindi að frátöldu kjörgengi. Þá eiga sjúkraþjálfunarnemar kost á aukaaðild að Félagi sjúkraþjálfara sem fagfélagi.

Sömuleiðis eru fordæmi fyrir aðild læknanema að læknafélögum á hinum Norðurlöndunum. Félag læknanema í Noregi er aðildarfélag að norska læknafélaginu og hafa læknanemar þar að mestu sömu réttindi og aðrir meðlimir. Nemarnir fá tímabundið lækningaleyfi og starfa samkvæmt kjarasamningi sem er gerður með aðkomu norska læknafélagsins. Í Finnlandi eru tvö félög lækna, fagfélag og stéttarfélag. Allir finnskir læknanemar eru meðlimir í fagfélaginu án þess að borga félagsgjöld en nemar sem hafa lokið fjórða námsári geta starfað sem félagar í stéttarfélaginu. Í Svíþjóð geta læknanemar sótt um aukaaðild að stéttarfélagi lækna og greiða þá hluta af félagsgjöldum. Nemarnir mega starfa eftir að hafa lokið 9 önnum í námi en ekki er samið sérstaklega um þeirra kjör. Í Danmörku eru læknanemar ekki hluti af danska læknafélaginu og félag læknanema þar í landi semur um laun fyrir danska læknanema.

Í ljósi þess hvernig aðild nema að fagfélögum er háttað í öðrum sambærilegum starfsgreinum og einnig hjá læknanemum á hinum Norðurlöndunum telur stjórn Félags læknanema eðlilegt að læknanemar eigi kost á aðild að Læknafélagi Íslands að loknu fjórða námsári. Stéttarfélagsmál læknanema hafa hingað til verið í lausu lofti og við álítum þetta mikilvægt skref til að koma þeim málum í fastar skorður. Þannig myndu læknanemar öðlast aðild að LÍ sem fagfélagi og jafnframt stéttarfélagi sem semur um kaup og kjör og tryggir lagaleg réttindi. Við teljum eðlilegt að um hlutaaðild væri að ræða þannig að læknanemar hefðu ekki kjörgengi á aðalfundi og ekki aðgang að orlofsjóði, fæðingar- eða útfararstyrk. Læknanemar myndu þá greiða félagsgjöld sem væru ákveðið hlutfall af gjöldum kandídata og tækju mið að því að læknanemar eru ekki í föstu starfi og hefðu fyrir vikið minni réttindi til styrkja innan félagsins. Hagsmunir læknanema eru mjög í takt við hagsmuni almennra lækna og við teljum því réttast að Félag almennra lækna yrði það aðildarfélag innan LÍ sem læknanemar yrðu hluti af.

Á aðalfundi LÍ 26.-27. september næstkomandi verður lögð fram lagabreytingartillaga þess efnis að læknanemar við Háskóla Íslands geti sótt um hlutaaðild að LÍ eftir fjórða námsár. Þetta er mikið hagsmunamál fyrir læknanema og löngu tímabært að við fylgjum fordæmum læknafélaga á Norðurlöndum og fagfélaga annarra heilbrigðisstétta hér á landi. Við vonumst því eftir góðum undirtektum og væntum stuðnings frá ykkur, framtíðarkollegum, við þessa tillögu.

Símenntun lækna er ævilöng skuldbinding

Framundan er aðalfundur Læknafélags Íslands. Viðfangsefni málþings fundarins mun að þessu sinni verða símenntun lækna. Auk þess koma til hefðbundinnar umfjöllunar á aðalfundinum ályktanir félagsmanna um heilbrigðismál, stöðu læknastéttarinnar og innra starf félagsins. Fundurinn er að þessu sinni haldinn í skugga lausra samninga nánast allra lækna landsins, hvort sem þeir starfa hjá opinberum stofnunum eða sjálfstætt og mun það án efa setja svip sinn á fundinn.

Gæði og þjónusta sem veitt er og hægt er að veita í heilbrigðiskerfinu byggist að miklum hluta á þekkingu og færni lækna sem þar starfa á hverjum tíma. Skiptir þá ekki máli hvort um er að ræða verkefni í heilsugæslu, við göngu- og dagdeildaþjónustu og hjá sjálfstætt starfandi sérgreinalæknum eða meðferð sem krefst innlagnar á sjúkrahús. Það er á ábyrgð heilbrigðisyfirvalda og stjórnenda heilbrigðisstofnana í umboði heilbrigðisráðherra að tryggja aðgengi að læknisþjónustunni og skilvirkni hennar með umgjörð og aðstöðu sem hæfir starfseminni. Skilgreining og innleiðing frekari gæðavísa en nú tíðkast og skráningu á frammistöðu kerfisins skiptir máli og þarf að efla. En lykilatriði er jafnframt og ekki síður að læknar verða að geta haldið við þekkingu sinni, fylgst með tækniframförum og tileinkað sér nýjungar jafnóðum. Það má halda því fram að gæði kerfisins byggist á stöðugri endurnýjun og viðhaldi þekkingar.

Víða erlendis eru fagfélög lækna og heilbrigðisyfirvöld farin að gera strangari kröfur um símenntun lækna og í sumum tilfellum er það orðið skilyrði fyrir viðhaldi á starfsréttindum, til dæmis í sérgreinum læknisfræðinnar. Þessi þróun sækir fram og mikilvægt að LÍ taki afstöðu í þessum málum og gangi fram fyrir skjöldu í skilgreiningu á þessu verkefni. Þetta verður umfjöllunarefni á málþingi aðalfundarins.

Í skoðanakönnun LÍ á síðasta ári kom fram að margir læknar (66%) hafa ekki tækifæri til til þess að sinna viðhaldsmenntun í vinnutíma og er það áhyggjuefni. Niðurstöðurnar sýndu að 20% lækna nýta námsleyfi sitt samkvæmt kjarasamningi að fullu og innan við helmingur gerir það að hluta. Aðeins 28% segjast geta náð 1-2 klukkustundum í viðhaldsmenntun á viku og aðeins 5% hafa lengri tíma aflögu. Tæplega 20% svöruðu að þeir ættu ekki rétt á greiddu námsleyfi. Mikilvægt er að hafa í huga að viðhaldsmenntun hefst um leið og embættisprófum er lokið og læknisstarfið hefst. Menntun læknis lýkur aldrei heldur er ævilöng skuldbinding um stöðuga starfsþjálfun og starfsþróun. Mikilvægt er að átta sig á hvers vegna svo lítill hundraðshluti lækna fullnýtir kjarasamningsbundin réttindi til viðhaldsmenntunar. Er það umgjörðin á vinnustaðnum, álag og mannekla sem er hindrandi, viðhorf yfirmanna eða hafa ákvæði um réttindin dregist aftur úr, til dæmis raunkostnaður sem fylgir því að sækja endurmenntunarnámskeið erlendis? Það er áhyggjuefni fyrir heilbrigðiskerfið og hlýtur að kalla á að þeir sem bera ábyrgð á gæðum þjónustunnar og móta heilbrigðisstefnuna skoði hvaða úrbóta er þörf til að tryggja að læknar ástundi og geti nýtt sér möguleika til viðhalds þekkingar og starfsþróunar.

LÍ setti á laggirnar vinnuhóp um starfsþróun og símenntun í febrúar síðastliðnum og er málþingið undirbúið í samstarfi við vinnuhópinn. Í hópnum sitja læknar úr stærstu sérgreinum lækna hérlendis. Finna má upplýsingar um hann á innri heimasíðu LÍ. Vinnuhópnum er ætlað að gera tillögur til stjórnar LÍ um hvernig bæta megi úr og efla símenntun lækna. Í áðurnefndri skoðanakönnun kom fram að fleiri en færri (68%) telja að LÍ eigi að setja lágmarksviðmið varðandi viðhaldsmenntun sérfræðilækna og halda eigi utan um skráninguna.

Í núverandi kjaraviðræðum er mikilvægt að halda þessum sjónarmiðum á lofti og leita leiða til að bæta aðgengi lækna að núverandi námsleyfisréttindum, til dæmis með endurskoðun á ferða- og námskeiðskostnaði. Huga þarf að innleiðingu á innbyggðu hvatakerfi tengdu starfsþróun í kjarasamningum. Jafnframt að taka innan félagsins og á vettvangi kjaraviðræðna til umræðu starfsþróunarákvæði og réttindi sem finna má í öðrum kjarasamningum hins opinbera, svo sem sérstakt tillegg launatengdra gjalda í fræðslusjóði félaganna og til starfsmenntaseturs sem í dæmi LÍ væri Fræðslustofnun. Fræðslustarfsemi LÍ og aðildarfélaga er töluverð. LÍ gefur út *Læknablaðið* og á vegum félagsins heldur Fræðslustofnun árlega Læknadaga. Á þessum grunni er mikilvægt að byggja og efla faghluta Læknafélagsins, en til þess þarf fjármagn. Meðal hlutverka Fræðslustofnunar í framtíðinni gæti verið að halda utan um skráningu símenntunar lækna og standa fyrir frekara fræðslustarfi á eigin vegum og í samstarfi við innlenda og erlenda aðila, til dæmis á sviðum sem félögin telja mikilvægt að efla með skipulagningu námskeiða, svo sem í stjórnunarþáttum, en einnig við sértækari fagleg markmið í samvinnu við aðildar- og sérgreinafélög lækna hér heima.



Reynir Arngrímsson
formaður Læknafélags Íslands
reynir@lis.is

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

Stjórn Læknafélags Íslands

Reynir Arngrímsson
formaður
Björn Gunnarsson
gjaldkeri

FAL
Guðrún Ása Björnsdóttir
Ýmir Óskarsson

FÍH
Salóme Ásta Arnardóttir
Jörundur Kristinsson
varaformaður

FSL
María I. Gunnbjörnsdóttir
Gunnar Mýrdal
ritari

LR
Þórarinn Guðnason
Guðmundur Örn Guðmundsson

Páll skerpir á skipuritinu fyrir breytt samfélag og nýjan spítala

Tími var kominn á breytt skipulag, segir Páll Matthíasson, forstjóri, sem ætlar að taka upp nýtt skipurit fyrir spítalann og bæta við stjórnendalögum. Markmiðið er að ná spítalanum upp úr sílóum fortíðarinnar inn á þá braut að fylgja sjúklingnum betur eftir á vegferð hans til betri heilsu.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Skipunartími 5 framkvæmdastjóra var á enda og aðrir fjórir fengu uppsagnarbréf. „Framkvæmdastjórar lækninga og hjúkrunar, fjármála og mannauðs verða hins vegar áfram. Þrjár nýjar stöður framkvæmdastjóra verða síðan í stað þeirra níu sem hættu, þannig að alls verða 7 í nýrri framkvæmdastjórn, auk mín," segir Páll Matthíasson forstjóri. „Þrjú klínísk svið verða til og undir hverju sviði fjórir til fimm kjarnar." En hverjir eiga séns á þessum þremur störfum?

„Skoðun mín hefur alltaf verið sú að þegar stöðurnar séu lausar sé hægt að sækja um þær. Umsóknir skila fólki viðtali og viðtalið starfi. Ég á því von á því að fólk með mikla reynslu úr stjórnun í heilbrigðisþjónustu hér innanhúss og vonandi fólk annars staðar frá sæki um. Þetta eru viðamiklar stöður sem krefjast mikillar reynslu og þekkingar úr íslensku heilbrigðiskerfi," segir Páll sem er nýfluttur með yfirstjórn spítalans að Skaftahlíð 24 frá Eiríksgötu 5 sem breytt verður í göngudeildarhús.

Engin einkaskrifstofa á nýjum stað

Fimmtíu fermetra skrifstofan varð eftir að Eiríksstöðum og hann skrifstofulaus í nýju vinnuumhverfinu og saknar þess ekki. „Ég var heilu og hálfu dagana utan skrifstofunnar," segir hann, sáttur við hreyfanleikann og skrifstofuleysið.

„Það er ekki góð nýting á almannafé að setja slíkan fermetrafjölda í skrifstofu sem stendur auð helminginn af tímanum eða meira. Nútímatækni gerir okkur kleift að vera miklu sveigjanlegri og fólk fær þá aðstöðu sem það þarf í þau verkefni sem það er að sinna hverju sinni, ekki ólíkt því sem gildir í klíníkinni. Þetta er verkefnamiðuð vinnuaðstaða."

Páll segir að nú hafi verið rétti tíminn til breytinga en fyrra skipurit hafi verið orðið 10 ára gamalt, sett í tíð Huldu Gunnlaugsdóttur forvera hans í starfi árið 2009.

„Þá voru hugmyndir um að hafa framkvæmdastjórnina mjög klíníska, hafa einn aðila með klínískan bakgrunn yfir hverju sviði, að sviðin væru í ákveðinni innbyrðis samkeppni um starfsfólk, árangur og annað slíkt. Skrifstofa var um hvert svið og framkvæmdastjóri," segir hann, og að margir þættir þessa skipurits hafi verið gagnlegir við hremmingarnar eftir bankahrunið og samdráttinn á heilbrigðiskerfinu um meira en 20% í kjölfarið. Nýja skipuritið henti hins vegar breyttu samfélagi.

Nýtt skipurit fyrir breytt samfélag

„Það er alveg ljóst að spítalinn hefur stækkað, verkefnin eru önnur og samfélagið annað," segir hann. „Ég vil fá skipulag sem endurspeglar þá þjónustu sem við erum að veita og hjálpar okkur í því verkefni að veita framúrskarandi þjónustu og skapa góðan vinnustað."

Páll segir spítalann nú í fyrri bylgju breytinga. „Ég geri ráð fyrir því að auglýsa nýjar stöður framkvæmdastjóra í lok vikunnar eða byrjun næstu," segir hann þar sem við sitjum í nýinnréttuðu og látlausu fundarherbergi á fjórðu hæð Skaftahlíðar mánudaginn 26. ágúst.

Breytingar með víðtæku samráði

„Við fáum betra skipurit með því að draga fleiri að borðinu," segir Páll Matthíasson, forstjóri Landspítala, sem hefur leitað víðtæks samráðs um breytt skipurit sem nú stefnir í. Breytingar án samráðs hefðu komið verr við fólk.

„Það er styrkur í að fá fleiri sjónarmið að. Ég hef setið á annað hundrað fundi með allt frá einum aðila upp í 200 manns. Frá hverjum einasta fundi hef ég komið með hugmynd sem hægt hefur verið að nýta áfram beint eða óbeint," segir Páll.

„Ég hef kynnt breytingarnar fyrir fjölmörgum innan spítalans, fyrir stjórnendum spítalans, fyrir læknaráði, hjúkrunarráði, ráðgjafanefnd Landspítala, landlækni og ráðherra og hef verið að taka allt saman og er í lokavinnu skipuritsins," segir hann.



Páll Matthíasson forstjóri Landspítala ætlar að endurnýja framkvæmdastjórn spítalans og skera niður í 7 úr 13. Hann er nýfluttur í nýtt skrifstofuhúsnæði þar sem hann sjálfur hefur enga skrifstofu heldur vinnur í verkefnamiðuðu vinnurými. Mynd/gag

„Seinni bylgja breytinga er skipulag sem á að fylgja nýju skipuriti. Þar er ætlunin að setja inn forstöðuaðila í kringum kjarna, sem langflestir eru klínískir. Það verkefni tekur veturinn."

Horfir til hugmynda McKinsey

Við gerð nýja skipuritsins horfir Páll meðal annars til McKinsey og vinnu þess árið 2013. Þetta alþjóðlega ráðgjafafyrirtæki hafi verið komið með tillögu að skipuriti sem hann hafi litið til þegar hann tók við sem forstjóri árið 2013.

„Þær snerust um að búa til þjónustulínur og fylgja ferli sjúklingsins í gegnum spítalann. Mjög róttækar breytingar voru lagðar til og mér var það alveg ljóst á þeim tímapunkti að þá þurfti spítalinn frekar súrefnisgrímu en fyrirmæli um annað langhlaup, maraþon, í skipulagi spítalans," segir hann, og að ráðist hafi verið í minni breytingar þar til betra færi gæfist.

Hann segir að helsti galli núverandi skipurits með árunum hafi verið að það endurspeglaði ekki þjónustu sjúklinga. Togstreita hafi getað myndast milli sviða á vissum stöðum þar sem sjúklingar færu oft á milli. Páll segir einnig mikinn styrk í flötu skipuriti. „En fyrr má nú rota en dauðrota," bætir hann við og ætlar að setja inn nýtt lag forstöðuaðila, þar sem þörf er á, um leið og hann fækkar framkvæmdastjórum.

„Við erum með 6000 manns í vinnu en í raun tvö stjórnunarlög, framlínustjórnendur, það er yfirlækna og deildarstjóra, og síðan framkvæmdastjóra og loks forstjóra. Samsvarandi skipurit hjá Reykjavíkurborg eru 7 til 9 lög," segir hann. „Flöt skipurit henta vel þekkingarvinnu en hins vegar verður spenna þegar stjórnunarspönnin verður of mikil."

Tekur á of flötu skipuriti

Páll bendir á að spítalinn sé með framlínustjórnendur sem þar sem mest sé séu með hátt í 200 undirmenn. „Núverandi framkvæmdastjórar eru síðan með allt að 50 undirmenn, yfirlækna og deildarstjóra. Því fylgir mikið álag. Ég vil bæta við og tel þörf á forstöðumönnum sem koma á milli framkvæmdastjóra og framlínustjórnenda," segir hann.

„Við erum að færa aukna ábyrgð á klíníska stjórnendur og hafa smærri framkvæmdastjórn í stefnumótum og heildarverkefnum spítalans í samvinnu við aðra þætti heilbrigðisþjónustunnar en ekki í stjórnun smáatriða frá degi til dags."

Páll segir að með breyttu fyrirkomulagi verði í auknum mæli raðað saman einingum sem eigi að vinna saman. „Það má segja að tilfinning um síló og að skipuritið hafi ekki alveg fallið að þörfum sjúklinga auk þess sem langt var liðið frá síðustu breytingum, hafi ráðið för." Þá sé nýi meðferðar- og rannsóknarkjarninn einn lykilþátta breytinganna.

„Hönnun byggingana tekur ekki mið af því hvernig við vinnum núna heldur lagðist fagfólk yfir hvernig best væri að vinna og hannaði í kringum þá sýn. Það gerir þá kröfu að við vinnum öðruvísi en við gerum í dag." Breytingarnar nú taki mið af því.

Páll segir að hann sjái fyrir sér verulegt hagræði þegar nýi spítalinn verði kominn í gagnið: „Já, annars vegar sér maður fyrir



sér í nýjum spítala að þá sameinum við bráðaþjónustu spítalans á Hringbraut. Þá keyrum við svo dæmi sé tekið ekki tvær vaktalínur stærstu sérgreina og tvær gjörgæslur," segir hann.

„Reiknað var út fyrir 6 árum að rekstrarhagræðingin sé rúmlega þrír milljarðar á ári." Þessi samlegð næst ekki strax, en viss samlegð næst strax, þótt það sjáist ekki á nýja skipuritinu. Það á að fækka sviðsskrifstofunum. „Nú erum við með 10 sviðsskrifstofur og ég vil sameina þær í tvær."

Sérsníða íslenska lausn

Páll segir að þótt að vissu leyti sé byggt á ráðleggingum McKinsey sé ekki stigið það róttæka skref sem Karólínska sjúkrahúsið í Stokkhólmi hafi stigið, og er nú að falla frá að hluta, að kortleggja helstu ferla sjúklinga og búa til einingar í kringum þá ferla.

„Vandinn er sá að við höfum ekki upplýsingar um ferla sjúklinga nema í nokkrum tilvikum og það er flókið að kortleggja þá svo vel sé." Auk þess sé veruleiki Landspítala annar en Karólínska sem sé tilvísunarspítali og í meira mæli sérhæft sjúkrahús.

„Landspítali er bæði almennt sjúkrahús fyrir höfuðborgarsvæðið og svo sérhæft sjúkrahús fyrir landið allt. Skipurit verður að endurspegla veruleikann og þetta þýðir að við þurfum að finna blandaða lausn." Dæmi um fókus á ferla sjúklinga sé til dæmis að finna í því að búa á til klasa eða kjarna í kringum tvo mjög mikilvæga sjúkdómaflokka, hjarta- og æðasjúkdóma annars vegar, krabbamein hins vegar.

„Það er spennandi að gera þetta á vissum sviðum, en við stígum varlega til jarðar og umbyltum ekki öllum spítalanum," segir hann.

Gerir eins vel og hann getur

Páll segir vert að forðast fullkomnunaráráttu þegar gerðar séu breytingar. „Við þurfum að hafa þá auðmýkt til að bera að segja: Við ætlum að gera eins vel og við getum og breyta. Það getur vel verið að í einhverjum atriðum þurfum við að stíga til baka og reyna aðra leið. Það er ekki hægt að sjá allt fyrir í flóknu kerfi en við þurfum að tryggja öryggi þjónustunnar og hefjast handa og vera með það viðhorf að breyta, og ef þarf að læra af reynslunni, bakka og bæta."

Hvernig snertir þetta einstaklingana sem sumir verða ekki lengur framkvæmdastjórar? „Auðvitað er það alltaf erfitt og allir stjórnendur sem við höfum haft er undantekningarlaust afar öflugt fólk, með víðtæka reynslu. Það er full þörf fyrir starfskrafta þeirra þótt einhverjir verði ekki með sama titil og áður. Ég vona að við missum ekki starfskrafta fólks," segir Páll. „Auðvitað var þetta erfitt skref en þjónusta við sjúklinga verður að ganga fyrir."

Sparast fé? „Til lengri tíma tel ég að við munum spara fé; að við drögum úr sóun og fáum skipulag sem passar betur við þá þjónustu sem við erum að veita. Líka til skamms tíma ef við fækkum stjórnendum. En í rauninni er þetta gert í skugga rekstrarvanda en ekki vegna hans. Þessar breytingar eru tímabærar," segir Páll.

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

Aldrei betra heilbrigðiskerfi

„Það er ekki tilviljun hvað við nýtum fé vel heldur er það vegna ofboðslegs dugnaðar og vinnuhörku heilbrigðisstarfsfólks okkar. Það er ekki sjálfgefið og ég tek hatt minn ofan fyrir starfsfólki spítalans sem gegnir frábæru starfi alla daga," segir forstjóri Landspítala Páll Matthíasson sem hyggst gera miklar breytingar á yfirstjórn spítalans.

„Við höfum verið á uppbyggingarleið síðustu 6 ár í íslensku heilbrigðiskerfi," segir hann. „Það er að verða búið að setja inn aftur það fjármagn sem sparað var í kjölfar hrunsins en verkefnum hefur á sama tíma fjölgað," segir hann. „Við erum að fá inn nýja tækni og meðferðir. Íslendingum hefur fjölgað heilmikið. Hér er allt fullt af ferðamönnum – sem betur fer," segir Páll. Bæði skorti hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða, sem geri spítalanum erfitt fyrir.

„Þó má ekki gleyma því að gefið hefur verið í frá árinu 2013 og við nýtum fé mun betur heldur en við gerðum fyrir tíu árum. Það fullyrði ég. Við erum betri spítali en við höfum nokkurn tímann verið. Það fullyrði ég líka. Við afköstum miklu meiru," segir Páll. Árið 2016 hafi verið kallað eftir úttekt á rekstrargrunni spítalans sem síðan hafi leitt til McKinsey-skýrslunnar.

„Þar kemur skýrt fram að kostnaður okkar er 52% af því sem er í Svíþjóð á sambærilegum sjúkrahúsum og læknarnir okkar eru að sjá 95% fleiri sjúklinga en sænskir læknar. Svipað má segja um hjúkrunarfræðinga og álag á þá," segir hann. „Ég er stoltur af starfsfólki spítalans og því þrekvirki sem það vinnur allar daga, oft við afar erfiðar aðstæður."

Stærstu lyfjarannsókn Íslandssögunnar hætt

„Vonbrigði," segir Jón Snædal, öldrunarlæknir á Landspítala, sem fór fyrir lyfjarannsókn á nýju Alzheimerslyfi Amgen og Novartis. Þróun á lyfinu hefur verið hætt en lyfjatilraunin var sú stærsta sem ráðist hefur verið í hér á landi. Vísindamenn bundu ekki aðeins miklar vonir við lyfið heldur ekki síst Alzheimerssjúklingar.



Jón Snædal öldrunarlæknir fór fyrir rannsókninni í samstarfi við Þjónustumiðstöð rannsóknaverkefna.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Hætt var við stærstu lyfjatilraunina sem ráðist hefur verið í hér á landi þar sem bakhjarlar þess töldu litlar líkur til þess að það kæmist á markað. Alls tóku 129 Íslendingar tilraunalyfið við Alzheimer, segir Jón Snædal, sem fór fyrir rannsókninni í samstarfi við Þjónustumiðstöð rannsóknaverkefna, og höfðu um 500 undirgengist undirbúningsrannsóknir samkvæmt fréttatilkynningu á vef Íslenskrar erfðagreiningar.

Jón segir að farið hafi verið af stað með rannsóknina til að fá svar við þeirri spurningu hvort hægt væri að koma í veg fyrir Alzheimer. „Rannsóknin er stöðvuð það snemma að hún svarar ekki þeirri spurningu," segir hann. „Þá sitjum við eftir með þá hugsun að þetta gæti verið leið sem er fær en ekki er búið að sanna það eða afsanna."

Hringt í Alzheimerssjúklinga

Viðbrögð Alzheimerssamtakanna eru þau sömu og Jóns. „Gífurleg vonbrigði því væntingarnar voru miklar," segir Vilborg Gunnarsdóttir, framkvæmdastjóri samtakanna. Undir það tekur stjórnarformaður þeirra, Árni Sverrisson. Vilborg segir að fólkið sem tók þátt í rannsókninni hafi fengið símtal um að hætta taka lyfið en að áfram verði fylst með líðan þeirra.

„Þátttakendurnir vita enn ekki hvort það tók lyfið eða lyfleysu," segir hún og tekur fram að þótt fólk finni fyrir vonbrigðum sé það ekki óánægt. „Því við vitum að aðeins hluti lyfja nær því takmarki að verða framleiddur." Spurningin um lyf við sjúkdómnum sé oft sú fyrsta sem þeir sem greinist með Alzheimer beri upp.

Árni segir að stigið sé skref afturábak nú með því að hætta rannsókninni. Hins vegar sé það svo að þrátt fyrir að hætt hafi verið á þessum tímapunkti séu vísbendingar um að þekkingin á sjúkdómnum hafi aukist, sem aftur sé skref fram á við. Alzheimerssjúklingar haldi því í vonina.

Átta störfuðu við rannsóknina

Átta manns hjá Þjónustumiðstöð rannsóknaverkefna störfuðu við verkefnið, tveir læknar, tveir sálfræðingar og fjórir hjúkrunarfræðingar.

Jón segir ástæðuna fyrir því að tilraunin var stöðvuð hafa verið að bakhjarlar töldu litlar líkur á að lyfið kæmist á markað. „Ástæðan er sú að fyrstu rannsóknir sýndu að þeir sem tóku það virtust muna verr en þeir sem fengu lyfleysu," segir Jón. Þetta hafi sést á minnisprófum sem lögð hafi verið fyrir hópinn. „Það var sláandi að þetta skyldi vera niðurstaðan."

Jón segir að tilraunalyfið hafi í grunninn virkað sem mörg önnur. „Þau hamla tilteknum próteinum og starfsemi þeirra. Hömlunin þótti fullmikil. Menn höfðu rætt og jafnvel undirbúið að lækka skammtinn svo hömlunin væri minni, því efnið sem var verið að stoppa hafði bæði góð og jákvæð áhrif en líka þau neikvæðu að leiða til útfellinga." Bakhjarlarnir hafi hins vegar ákveðið að hætta áður en til þess kom. Verkun lyfsins hafi verið dæmd ófullnægjandi.

„Svona rannsóknir eru algjörlega á forsvari þess sem býr til lyfið og ekki hægt að skipta um bakhjarla," segir Jón.

Fylgja þátttakendum eftir

Jón segir að símtölin til þátttakanda hafi verið erfið en þeir hafi þó tekið tíðindunum af yfirvegun. „Nú er þessu fólki fylgt eftir í allt að 9 mánuði til að sjá hvernig þeim farnast." Rannsóknarteymið sé enn í sambandi við Vísindasiðanefnd á meðan rannsókninni sé fylgt á endastöð. „Við þurfum að upplýsa fólk um breytingar, bæði munnlega og skriflega," segir hann og þakkar því samfylgdina. „Við erum afar þakklát öllum þátttakendunum og deilum vonbrigðum þeirra yfir niðurstöðunni."

Haft er eftir David Reese, yfirmanni rannsóknar og þróunar hjá Amgen, í fréttatilkynningu Íslenskrar erfðagreiningar, að niðurstaðan sé mikil vonbrigði fyrir vísindin og milljónir einstaklinga sem sjúkdómurinn hafi áhrif á. Hann trúi því að efnahvatinn sem lyfið átti að hemja sé mikilvægur í þessu flókna samspili sem leiði til sjúkdómsins.

Kári Stefánsson, forstjóri Íslenskrar erfðagreiningar, segir lyfið hemja efnahvatann eins og stefnt hafi verið að en það nægi ekki til að hægja á þróun sjúkdómsins auk þess sem því fylgi óæskilegar aukaverkanir. Íslensk erfðagreining sé reiðubúin að deila vísindaniðurstöðum sínum með þeim sem leiti orsaka sjúkdómsins.



Elín Edda og Þórdís hittust á Landspítalanum á góðum sumardegi og ræddu hlaupin með blaðamanni Læknablaðsins. Mynd/gag

Hlaupið kryddar lífið

Læknarnir Elín Edda Sigurðardóttir og Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir eru afrekshlauparar. Elín Edda er í fremstu röð Íslendinga í heilum og hálfum maraþonum og Þórdís Jóna er í landsliðinu í utanvegahlaupum og æfir nú fyrir 100 kílómetra hlaup sem fram fer á Ítalíu í október.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Það er ótrúlegur bónus að keppa fyrir Íslands hönd," segir Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir, landsliðsmaður í utanvegahlaupum og hjartalæknir. Þær Þórdís og Elín Edda Sigurðardóttir læknir í sérnámi í gjörgæslu- og svæfingalækningum, hafa skapað sér nafn í hlaupaheiminum. Elín Edda á næstbesta tíma sem íslensk kona hefur náð í bæði heilu og hálfu maraþoni en þeim síðari náði hún í frumraun sinni. Tími Elínar Eddu var sá besti sem náðst hefur í tvo áratugi en þjálfari hennar, Martha Ernstsdóttir, á þann besta.

Báðar sitja þær nú á ílangri skrifstofu Þórdísar Jónu á Landspítala við Hringbraut í læknasloppunum og klossunum. Elín Edda tók skutluna, rútuferðina á milli Hringbrautarspítala og Borgarspítala. „Það er svo gaman því félagsskapurinn er alltaf svo góður," segir hún þar sem við komum okkur fyrir og tengjum upptökutæki og tölvu, svo hægt sé að hlusta á viðtalið á vef *Læknablaðsins*. Við ætlum að ræða hlaupabakteríuna sem þær þó þvertaka fyrir að sé fíkn. Hlaupið einfaldlega haldi hausnum rétt skrúfuðum á í amstri dagsins og geri þær að betri læknum.

Ekki fíkn heldur stresslosun

„Ég myndi klárlega segja að það væri þörf," segir Þórdís en ekki fíkn, því væru hlaupin fíkn þyrfti sífellt að hlaupa lengri vegalendir og engin leið væri að stoppa. „Hlaupin þjóna þeim tilgangi að takast á við daglega lífið, ná þessari afslöppun sem maður þarf til að kúpla sig frá amstrinu," segir Þórdís sem lengst hefur hlaupið 88



Reykjavíkurmaraþon í ágúst 2017. Mynd Eva Björk Ægisdóttir.

Elín Edda með hlaðvarp um hlaupin

Elín Edda Sigurðardóttir læknir segir að hún hafi verið hátt í sex vikur að jafna sig fullkomlega eftir maraþonið sem hún hljóp í Hamborg í Þýskalandi í apríl. Hún hljóp á næst besta tímanum sem íslensk kona hefur náð 2:49,00 en Martha Ernstsdóttir, þjálfari hennar, hljóp á 2:35,15 í Berlín 20 árum fyrr.

„Ég stefni á maraþon aftur í október eða nóvember og er enn að leggja niður hvaða hlaup ég vel, skoða brautir og veðurfar," segir hún.

Elín og kærasti hennar Vilhjálmur Þór halda úti hlaðvarpinu Hlaupalíf sem finna má til að mynda á Spotify. „Við verjum svakalegum tíma af lífi okkar í hlaup. Við tölum um hlaup, lesum um hlaup. Þetta er lífsstíll okkar," segir Elín og hlær.

Langtímamarkmiðið hennar er að slá met þjálfara síns, Mörthu Ernstsdóttur. „Ég tel það raunsætt ef ég held áfram á þessari braut. Svo getur ýmislegt komið inn í myndina sem breytir þeirri sýn," segir Elín Edda af raunsæi.

kílómetra og stefnir á 100 kílómetra hlaup í október.

„Ég hljóp 88 kílómetrana á heimsmeistaramóti í utanvegahlaupum á Spáni fyrir um ári síðan," segir Þórdís og hlær. „Ég stefni á 100 kílómetra hlaup á Ítalíu í október með 6,2 kílómetra hækkun." Þórdís verður þar í 100 manna hlaupahópi FH sem hleypur mislangt, allt frá 17 kílómetrum.

Báðar eru þær Elín og Þórdís í krefjandi starfi eins og læknar þekkja. „Oft er mikill erill í vinnunni og maður að takast á við hluti sem geta snert mann mikið og haft áhrif á andlega líðan," segir Þórdís. „Þá er afar gott að nota hlaup til að kúpla sig frá því. Að því leyti verður maður háður því að hlaupa," segir hún en þótt hún æfi nú af kappi fyrir 100 kílómetrana segir hún átakalaust að leggja hreyfingu um tíma á hilluna.

Önnur keppir við tíma, hin urðina

„Það kom mér á óvart þegar ég eignaðist börnin mín hvað var auðvelt að fara frá

Þórdís í Mýrdals-hlaupinu í maí þar sem hún hljóp 23 kíló-metra á 2:35.25.



Þórdís ætlar að rjúfa 100 km hlaupamúrinn

Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir stefnir á lengsta hlaup sitt í október á Ítalíu. „Þessari hugsun um að það væri gaman að klára eitt 100 kílómetra hlaup skaut upp í kollinn á mér eftir að ég kláraði 88 kílómetrana á Spáni," segir hún, en um 100 hlauparar úr FH stefna á að hlaupa á Ítalíu í október, allt frá 17 kílómetrum.

„Ég fer hægt yfir en ekki á ógnarhraða Elínar Eddu," segir hún. „Þetta er brölt. Ég geng rösklega upp brekkurnar og hleyp þegar hægt er. Ég fer ekki vegalengdina í einum rykk en stoppa og næri mig og tek stöðuna," segir Þórdís.

„Ég var rúma 14 tíma með kílómetrana 88 og 5000 metra hækkun. Fyrsta markmiðið er alltaf að klára. Ég verð ánægð takist mér að klára undir 20 tímum en draumurinn er að klára undir 18 tímum."

því að æfa á hverjum degi í að gera ekki neitt, fatta þá að ég hafði ekki hreyft mig í viku. Ég leið ekki fyrir það, þannig að þetta er mismunandi eftir því hvað hentar á hverjum tíma. En þeir sem ekki stunda íþróttir af sama kappi og við líta á þetta sem fíkn," segir hún og brosir.

Elín Edda tekur undir og segir: „Fíknin hefur fengið slæmt orð á sig, ég myndi ekki vilja nota það orð um þennan góða hlut. En ég myndi segja að ég sækist í að ná púlsinum upp. Endorfín flæðir um mig þegar ég næ púlsinum upp og ég sækist eftir því, en ég gæti lifað án þess," segir hún.

Á meðan Elín Edda berst við klukkuna á jafnsléttu prílar Þórdís yfir grjót og greinar í lækjarfarvegi þar sem hlauparar halda í kaðla til að verjast falli. „Þetta er aldrei sama hlaupið. Ég hef hlaupið Laugaveginn fjórum sinnum og upplifunin er aldrei eins," segir hún. „Það er því erfitt að bera saman tíma milli ára. Aðstæðurnar eru svo ólíkar."

Ólíkur íþróttabakgrunnur

Íþróttabakgrunnur þeirra Þórdísar og Elínar Eddu er ólíkur. Þórdís var alltaf í frjálsum íþróttum, var í landsliðinu í hástökki og keppti með stúdínum í körfubolta. Elín er tiltölulega nýbúin að finna keppnisskapið sitt og uppgötvaði mátt hreyfingarinnar fyrst í háskóla.

„Ég skil ekki hvað ég var að gera í menntaskóla. Ég æfði ekkert og var í félagslífinu og að skemmta mér. Mér finnst ég hafa verið önnur persóna þegar ég horfi til þess tíma og vildi óska þess að ég hefði verið í íþróttum. Þær eiga svo vel við mig. Ég get þó ekki sagt að ég sjái eftir einhverju, ég er það sem ég er og er ánægð að hafa byrjað að hlaupa," segir hún. „Þannig kynntist ég kærastanum mínum og á þvílíkt tengslanet í hlaupunum. Það er svo gott fólk upp til hópa í hlaupum og þau breyttu lífi mínu."

Elín Edda hóf að skokka með læknisfræðinni fyrir um 8 árum. „Það var meira svona hugleiðslusport þá. Það fór svo mikil orka í að læra og sitja. Mér fannst því gott að fara út að hlaupa." Hún hafi ekki vitað hvað í sér bjó fyrr en hún „slysaðist" á æfingu hjá meistaraflokki ÍR í desember 2016.

„Þá fór ég að æfa eins og atvinnuhlaupari. Nú æfi ég svakalega mikið, hef náð að trappa mig upp á tveimur og hálfu ári. Þá hófst ferillinn."



Betri læknar vegna hlaupanna

En hjálpa hlaupin þeim að verða betri læknar? „Þetta hjálpar mér að tækla betur það sem kemur upp í vinnunni," segir Elín. „Hlaupin hjálpa mér líka í að vera betri manneskja, að mér líði betur og þannig verður maður betri læknir."

Þórdís tekur undir: „Við helgum okkur starfinu og það er gott. Maður gæti verið 100% í því allan sólarhringinn. En ef maður ætlar að fúnkera í því allan sólarhringinn verður maður a ð fá einhverskonar hlé eða hvíld frá því. Hreyfing eða íhugun eða eitthvað sem minnkar álagið gerir þig að betri lækni, þú verður í betra jafnvægi. Síðan má spyrja sig hvort maður megi vera að þessu? Það er á mörkunum," segir Þórdís og þær hlæja.

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER

APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS

Mikilvægt að læra af öðrum

Runólfur Pálsson hefur afhent eftirmanni sínum forsetatignina hjá Evrópusamtökum lyflækna. Nú taka við tvö ár í stjórn sem fyrrum forseti. Hann segir alþjóðasamstarf mikilvægt, er ánægður með að stunda vísindastarf á Íslandi og segir fjölbreytni í menntun íslenskra lækna kost. *Læknablaðið* settist niður með Runólfi og ræddi vísindi, verðlaun, menntun og tíma.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Komdu bara inn í kjallara spítalans Eiríksgötumegin, tekur svo beygju til hægri gengur inn allan ganginn að lyftunum tveimur, ferð upp á fjórðu hæð og finnur mig þar," segir Runólfur Pálsson, prófessor í lyflæknisfræði (nýrnasjúkdómafræði) og yfirlæknir á lyflækningasviði Landspítala, þegar við mælum okkur mót. Ranghalarnir virðast í fullkomnu samhengi við skrifstofuna, því hún líkist helst völundarhúsi byggðu úr skjölum og blöðum. Við vindum okkur í að ræða viðfangsefnið en fyrir stuttu afhenti Runólfur forsetakeflið fyrir Evrópusamtök lyflækna, sem nefnist á ensku European Federation of Internal Medicine, til eftirmanns síns, Nicola Montano frá Mílanó á Ítalíu.

„Það skiptir máli að fá utanaðkomandi sýn á heilbrigðiskerfið," segir hann spurður um mikilvægi svona samtaka og þátttöku í alþjóðastarfi. „Mikilvægast í svona samstarfi er að við lærum af hvert öðru. Heilt yfir fást læknar við sömu vandamálin, heilbrigðisþjónustan er keimlík en samt sem áður búa þjóðirnar við ákveðnar hefðir sem hafa áhrif á hvernig hlutirnir eru gerðir. Svo á liðnum árum hafa skapast mismunandi áskoranir í mismunandi löndum og aðrir geta lært af því." Menningin innan ólíkra heilbrigðisstofnana komi þó oft í veg fyrir það.

Fagnar fjölbreytninni

„Það er ekki óalgengt að fulltrúar þjóða kynni sér mikilvæg mál frá öðrum löndum, komi svo heim uppfullir af hugmyndum en þá dettur allt í dúnalogn og viðkvæðið verður: Við höfum alltaf gert þetta svona. Þetta er allt í lagi hjá okkur." Þegar grannt sé skoðað séu sömu vandamálin þó til staðar. „Oft er þetta einungis spurning um hvaða gleraugu er verið að nota."

Runólfur segir íslenskt heilbrigðiskerfi búa vel að mikilli fjölbreytni í menntun starfsfólks. Þótt við séum smáþjóð höfum við mikið til málanna að leggja. „Við komum víðar að úr námi. Ég sé fjölbreytnina glögglega á Íslandi miðað við önnur lönd í Evrópu, meðal annars á Norðurlöndunum, þar sem ákveðin einsleitni ríkir," segir hann.

„Allir læra á sömu háskólasjúkrahúsunum og það skapast ákveðnar hefðir. En á Íslandi læra læknarnir um allan heim. Þeir koma til baka með mismunandi viðhorf og hefðir. Það er mikill kostur sem við höfum ekki nýtt okkur sem skyldi," segir hann. „Ég hef oft heyrt erlenda kollega segja þegar ég segi frá námi mínu í Bandaríkjunum: Við þurfum að gera meira af því að senda okkar efnilegu einstaklinga annað."

Sex ár í evrópsku stjórninni

Runólfur hafði gegnt stöðu forseta í tvö ár. Við taka tvö ár í stjórn sem fráfarandi forseti, rétt eins og tvö ár fyrir embættið sjálft sem tilvonandi forseti.

„Þetta er gert til að tryggja samfellu í starfi og hámarka árangur með því að hafa þá við borðið sem gjörþekkja starfsemina og þekkja viðfangsefnið um gjörvalla Evrópu," segir hann, en hann gegndi formennsku í Félagi íslenskra lyflækna um 14 ára skeið. Á þeim tíma skráði félagið sig til leiks innan evrópsku samtakanna og smátt og smátt náði hann hæstu hæðum innan þeirra. Hann segir áhrif örra samfélagsbreytinga og lýðfræðilegra breytinga á starfsemi og menntun lyflækna meðal helstu viðfangsefna þeirra. Samhæfing framhaldsmenntunar í lyflækningum í Evrópu sé eitt af mikilvægustu verkefnunum.

„Með vaxandi fjölda aldraðra verður þörfin fyrir læknis- og heilbrigðisþjónustu allt öðruvísi en við gerðum okkur í hugarlund fyrir 20-30 árum," segir hann.

„Í rauninni þróaðist þjónustan lengi vel á grundvelli sérgreina innan læknisfræðinnar en á síðustu 10-20 árum hefur verið að koma betur og betur í ljós að það er ekki samræmi milli slíks fyrirkomulags og þarfa samfélagsins." Þarfir samfélagsins kalli á aukna þjónustu við aldraða með fjölþætt vandamál og færniskerðingu. „Við þurfum að finna leiðir til að sníða meðferð margvíslegra kvilla að þörfum hvers og eins einstaklings," segir hann.

„Við verðum að tryggja að læknar framtíðarinnar hljóti menntun og þjálfun sem gerir þeim kleift að takast á við æ flóknari og meira krefjandi verkefni."

Við Runólfur ræðum nútímalækningar. Hann nefnir hvernig læknar hafi reynt að stilla upp þjónustu ólíkra sérgreina og vonað að út úr því kæmi viðunandi árang-



Runólfur Pálsson prófessor á skrifstofu sinni á Landspítala. Mynd/gag

ur. Það hafi ekki alltaf tekist. Almennar lyflækningar fáist við þessar áskoranir og að stýra þjónustunni og sníða hana að þörfum sjúklinga en kostnaðaraukningin í heilbrigðiskerfinu sé áhyggjuefni.

„Annað viðfangsefni Evrópusamtaka lyflækna er hágæða þjónusta fyrir sem minnstan kostnað.Við höfum getu til að gera mjög mikið en þurfum að nýta úrræðin sem best fyrir fólk. Það er mikil hætta, eins og heilbrigðisþjónustan er uppbyggð, á að fólk fari út af örkinni og finni sér þjónustu. Svo þegar árangurinn er ekki fullnægjandi leitar það annað og ferlið byrjar að nýju með tilheyrandi kostnaði," segir Runólfur.

„Svo hafa mörg úrræði sem við höfum þróað í góðri trú, eins og rannsóknir og meðferðarúrræði, ekki reynst eins gild og í fyrstu var talið. Þá erum við að kasta fjármunum," leggur hann áherslu á. Orð hans styðja við umræðu um átak um snjallt val í heilbrigðiskerfinu. „Minna er meira er því ráðandi mantran í dag," segir hann. En glímt sé við hugarfarið.

„Við búum við ríka hefð í menntun, þjálfun og uppeldi heilbrigðisstétta. Þetta á ekki síst við lækna, þeir hafa með ákvörðunum sínum gríðarleg áhrif á hvernig fjármagn er nýtt í heilbrigðisþjónustu," segir hann. Erfitt sé að breyta vinnufyrirkomulaginu en nauðsyn eigi að síður.

Verðlaun í vísindum

Hallgrímskirkjuturninn blasir við út um gluggann á skrifstofu Runólfs. Sólargeislarnir teygja sig inn og lýsa upp allar bækurnar og skjölin sem hann hefur sankað að sér í bunkum í gegnum tíðina. Þetta eru örugglega merkileg plögg. Í það minnsta hafa niðurstöður hans í nýrnarannsóknum verið verðlaunaðar, nú síðast fékk hann 5 milljónir króna fyrir vísindastörf úr Verðlaunasjóði í læknisfræði og skyldum greinum sem afhent voru á ráðstefnunni Vísindum á vordögum.

„Ég hef verið hluti af sterkum hópi vísindamanna," segir Runólfur. „Vísindastarfið í dag byggist gríðarlega mikið á samvinnu og ég stofnaði til samstarfs við Ólaf Skúla Indriðason nýrnalækni og Viðar Eðvarðsson barnanýrnalækni og dósent fyrir meira en tveimur áratugum. Við höfum unnið saman að þessu starfi," segir hann. Allir hafi þeir verið í öðrum verkefnum líka. „En kjarninn er í þessu samstarfi." Þeir vinna í samstarfi við aðra hópa, bæði innanlands og utan, og náið með Íslenskri erfðagreiningu og Hjartavernd. Langvinnur nýrnasjúkdómur og nýrnasteinar hafa verið helstu viðfangsefnin með áherslu á faraldsfræði og erfðir. Meginmarkmiðið er að finna leiðir til að fyrirbyggja þessa sjúkdóma. En af hverju þessi viðfangsefni?

„Jú, af því að þetta eru svo algengir kvillar. Það er fjöldi einstakra nýrnasjúkdóma sem leiða til langvinns nýrnasjúkdóms," segir hann. „Þetta er mjög gefandi. Vísindastarf er afar mikilvægur þáttur innan háskólasjúkrahúss."

Tækifærin á Íslandi

Runólfur stundaði nám í Bandaríkjunum á árunum 1988-1996 og lærði fyrst almennar lyflækningar og síðan nýrnalækningar og sá strax mikilvægi móðurgreinarinnar í þjónustunni. Hann segir að það hafi verið freistandi að stunda vísindastarf þar ytra. Aðstaðan svo miklu betri og íburðarmeiri en hér heima, en hann hafi komið heim vegna annmarka á dvalarleyfi og aðeins ætlað sér að stoppa hér í tvö ár.

„Ég sá ekki fram á nein tækifæri hér heima og ætlaði aftur út, en mér snerist hugur á þessum tveimur árum.“ Með Ólafi og Viðari hafi hann séð möguleikana í gögnum Hjartaverndar og komu Kára Stefánssonar frá Boston með vísinn að Íslenskri erfðagreiningu.

„Ég sé alls ekki eftir því að hafa valið Ísland, segir Runólfur. „Hér eru afar góð skilyrði að mörgu leyti. Það er spennandi að fást við vísindastarf í læknisfræði á Íslandi. En það er margt hér sem vantar sem sterkar stofnanir erlendis hafa,“ segir hann og nefnir þá helst að hér skorti fjármuni, aðstöðu og starfsfólk sem helgi sig vinnu við vísindarannsóknir, ekki síst á sviði grunnvísinda.



„Það þýðir ekkert að hengja sig alltaf í erfiðleikana, þröskuldana og vandamálin og festast þar. Það leiðir á endanum til hnignunar,“ segir hann, og að aðbúnaðurinn sé ekki allt. Tími skipti öllu og að sumir læknar sem hann hafi fylgst með í Boston hafi haft lítinn tíma aflögu til vísindastarfa í daglegu starfi þrátt fyrir að þess væri krafist af þeim. „Aðalstarf þeirra í flestum tilvikum er að veita sjúklingum þjónustu. Það er því áskorun að skapa jafnvægi á milli þess og vísindastarfs,“ segir Runólfur.

Sinnir áhugamálum í starfi

En gefst þá tími hér til að sinna öðru en vísindastarfi, kennslu og lækningum? Runólfur segir að hann hafi mikinn áhuga á íþróttum og fylgist vel með bæði kappleikjum og hlaðvörpum um íþróttir. Það megi gera á skjánum samhliða vinnu við vísindastörf.

„Ég vinn við tölvu og get því fylgst vel með um leið,“ segir hann. „Ég vinn því mína vinnu og reyni að láta hlutina ganga á meðan. Þess utan stunda ég hlaup en hef blessunarlega látið golf eiga sig til þessa,“ segir hann og hlær. Forgangsröðun sé lykill að velgengni og Runólfur gefur ráð.

„Ég held að ef fólki finnst að það vanti tíma til að gera hluti ætti það að líta á tímann sem fór forgörðum,“ segir hann. „Ef ég horfi á sjálfan mig finnst mér ég oft hafa eytt tímanum í hluti sem þjóna engum tilgangi fyrir neinn. Það er alltaf tími aflögu,“ segir hann hvetjandi.

„Þegar horft er til baka og maður sér hverju hefur verið áorkað dagana á undan sést hvað hægt er að gera miklu meira en maður heldur. Maður þarf bara að halda sig að verki.“

Símenntun lækna komin á dagskrá

„Víðast um heim er gerð krafa um símenntun lækna.“ Þetta segir Runólfur Pálsson sem leiðir vinnuhóp um símenntun og starfsþróun fyrir Læknafélagið og heldur utan um málþing sem haldið verður á aðalfundi félagsins 26. - 27. september næstkomandi á Siglufirði.

„Við vitum að við höfum dregist aftur úr öðrum Evrópuþjóðum. Ég þekki það í gegnum starf mitt sem lyflæknir,“ segir Runólfur. Rædd verði næstu skref og velt upp hvaða leiðir séu færar til að efla símenntun og starfsþróun íslenskra lækna

„Það er kominn tími á að endurskoða stöðuna og skoða hvar við stöndum, hvert við viljum stefna og hvaða leiðir eru skynsamlegar í þeim efnum,“ segir hann.

„Við þurfum að hyggja að þessu. Það eru gerðar til okkar kröfur og fylgst með störfum okkar. Það er ekki langt að bíða þess að gerðar verða kröfur um símenntun af hálfu heilbrigðisyfirvalda. Það hefur verið þróunin í löndunum í kringum okkur.“

Runólfur segir meðal hugmynda að efla hlutverk fræðslustofnunar félagsins og að símenntun verði hluti af starfi hennar. „Fyrir um áratug var unnið að þessum málum undir stjórn Örnu Guðmundsdóttur og við erum að taka upp þráinn að nýju, enda löngu tímabært,“ segir hann.

Málþingið er opið læknum. Ekki þarf að skrá sig sérstaklega til leiks.



KYNNTU ÞÉR RÉTTINDI ÞÍN

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna

Fjölskyldu- og styrktarsjóður LÍ (FOSL) var stofnaður árið 2001. Upphaflegi tilgangur sjóðsins var að greiða fæðingarstyrki en í dag greiðir hann marga mikilvæga styrki m.a. vegna tekjumissis í tengslum við veikindi, útfararstyrki og fæðingarstyrki.

STYRKIR SJÓÐSINS ERU:

- FÆÐINGARSTYRKUR
- VEIKINDASTYRKUR
- ENDURHÆFINGARSTYRKUR
- GLASAFRJÓVGUNARSTYRKUR
- STYRKUR FYRIR HEYRNARTÆKI
- STYRKUR FYRIR SÁLFRÆÐIAÐSTOÐ
- ÚTFARARSTYRKUR
- EINGREIÐSLUSTYRKUR

Læknar sem starfa hjá hinu opinbera eiga rétt á styrk úr sjóðnum en þeir sem stunda sjálfstæðan rekstur verða að velja sjálfir að sækja um aðild að FOSL á vefsíðu Læknafélagsins.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

www.lis.is

Með toppeinkunn fyrir sérnám á Landspítala

„Af reynslu minni og störfum sem bráðalæknir erlendis tel ég bráðalækninganám á Landspítala fyllilega sambærilegt við það sem gerist í öðrum löndum," segir Hjalti Már Björnsson, kennslustjóri bráðalækninga á Landspítalanum, en Heilbrigðisráðuneytið hefur veitt leyfi til fulls sérnáms í bráðalækningum við spítalans. Meginþorri íslenskra lækna hefur hingað til stundað sérnám erlendis.

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Vel er hægt er að byggja upp meira sérnám en við höfum séð hér á landi og ég tel að við munum sjá meira af skipulögðu sérnámi í náinni framtíð," segir Hjalti Már Björnsson, kennslustjóri bráðalækninga á Landspítala.

Spítalinn hlaut í sumar viðurkenningu mats- og hæfisnefndar heilbrigðisráðuneytisins til að veita fullt sérnám í bráðalækningum. Kennt er í náinni samvinnu við Royal College of Emergency Medicine í Bretlandi og er námið byggt á námsskrá og ePortfolio þeirra. Reynir Tómas Geirsson leiddi nefnd um hæfnismatið.

„Við stóðumst fyllilega þær kröfur og fengum að mér skilst eina bestu útkomu á mati á sérnámskennslu lækna sem veitt hefur verið námsleið hér á Íslandi," segir Hjalti.

Þrettán í náminu

Um 20 starfa sem bráðalæknar hér á landi og stunda 13 sérnámið hér um þessar mundir. „Þrír eru á fyrsta ári, sex á leið á annað ár og fjórir á því þriðja," segir Hjalti. Með tímanum verði nægilega margir bráðalæknar á landinu en miðað sé við einn á hverja 10.000 íbúa. „Ísland er þó strjálbýlla en mörg önnur lönd og því þyrftu þeir að vera rétt fleiri hér á landi."

Hjalti nefnir marga kosti við að kenna sérfræðigreinina hér heima en hingað til hefur meginþorri lækna lært sérgrein sína utan landssteinanna. „Það er nýtt í íslensku heilbrigðiskerfi og læknasamfélaginu að læknar taki stóran hluta af sínu sérnámi á Íslandi," segir Hjalti og bendir á að mikil pressa hafi verið á íslenska lækna að fara utan og sækja nýja þekkingu. „En þetta hugarfar hefur verið að breytast," segir Hjalti og nefnir kostina og aðalástæður þess að hægt sé að bjóða sérnámið hér á landi:

„Í fyrsta lagi hefur með tilkomu netsins orðið auðveldara að sækja sér þekkingu. Hægt er að kynna sér bestu fyrirlestra í heimi í stofunni heima. Í öðru lagi flæða upplýsingar á milli landa og því auðveldara að taka upp erlent sérnám en verið hefur," segir hann og bætir við:

„Í þriðja lagi hefur fagleg þjálfun á læknum aukist, sérstaklega í okkar fagi, og því auðveldara að veita fulla kennslu. Í fjórða lagi er það þannig að til þess að starfa sem sérfræðilæknir í ákveðnu landi er mjög æskilegt að sérnámið hafi lagt áherslu á þau vandamál sem hafa verið í þínu nærsamfélagi," segir hann og bendir á að hann hafi lært í Bandaríkjunum þar sem mikil áhersla hafi verið lögð á meðhöndlun skotsára og sjúkdóma sem sjáist almennt ekki á Íslandi. „Það er því þjálfun sem gagnast mér lítið hér á landi." Hann nefnir fleiri kosti þess að bjóða sérnám hér á landi.

„Í fimmta lagi er líka kostur að hafa reynda sérnámslækna á spítalanum," segir hann og bendir á ákveðna vankanta á íslenska heilbrigðiskerfinu. „Það hefur verið byggt upp af reyndum sérfræðilæknum og kandídötum og þeim sem eru að byrja sérnám. Í kerfið hefur vantað sérnámslækna sem eru lengra komnir, sem bæði létta álagi af öðrum sérfræðilæknum og hægt er að treysta fyrir viðameiri verk-

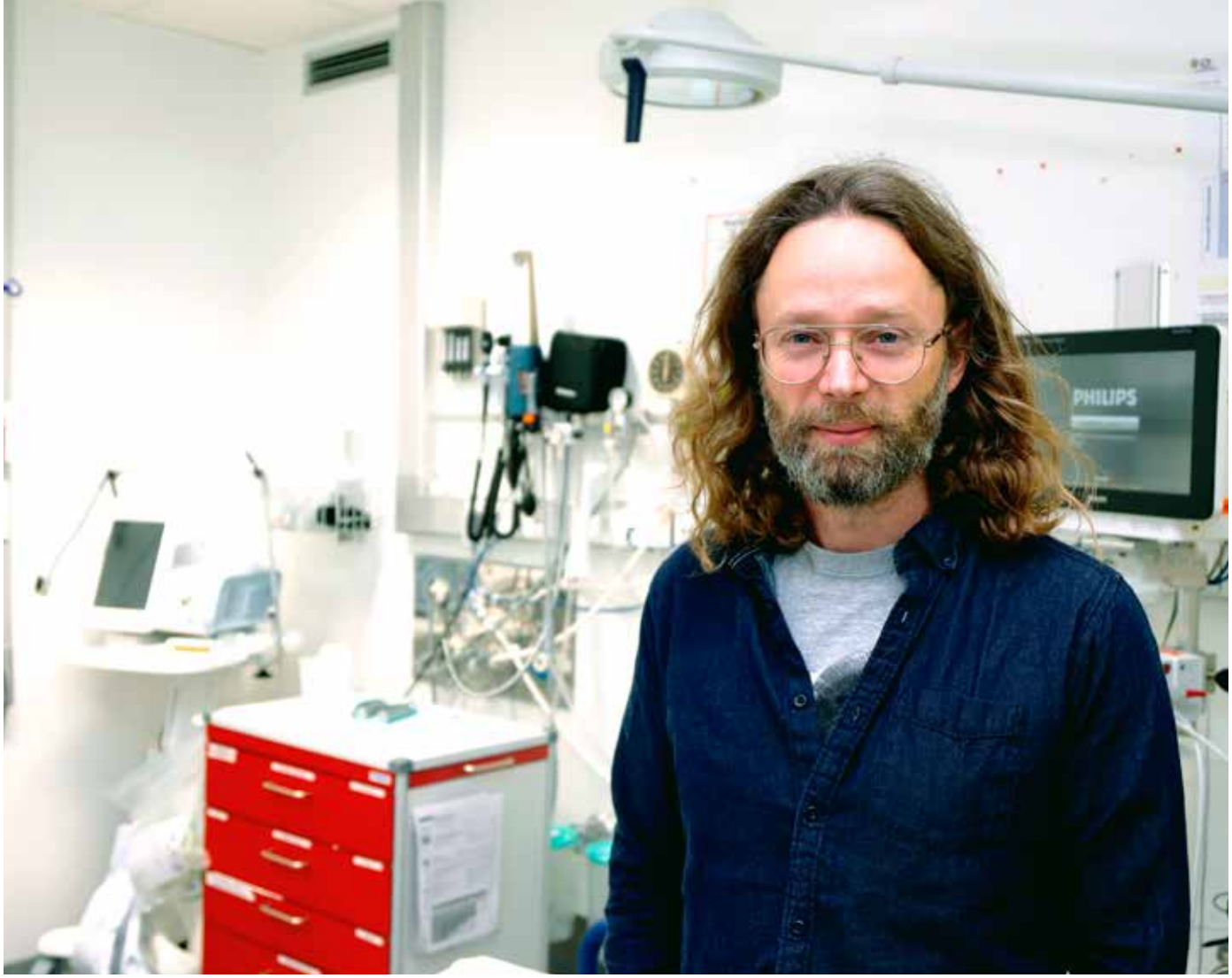
Gefandi álagsstarf að vera bráðalæknir

„Það er álagsstarf að vera bráðalæknir og fáir sem endast í 40 ár. Það er því algengt að þeir sem vinna við bráðalækningar fari yfir í stjórnunarstörf og rannsóknir og kennslu upp úr fimmtugu. Við þurfum því fleiri bráðalækna til að veita samfellda bráðaþjónustu um allt land, allan sólarhringinn," segir Hjalti Már Björnsson bráðalæknir.

Hann segir að þrátt fyrir álagið séu bráðalækningar skemmtilegasta sérfræðigreinin og gefandi vinna. „Það fylgir þessari sérgrein að vinna þétt með mörgum öðrum heilbrigðisstéttum. Reynslan í Bandaríkjunum er að þeir sem hafa farið í stjórnunarstörf þar hafa notið þess að vera með bakgrunn í bráðalækningum ólíkt þeim sem eru í mjög þröngum sérgreinum sem hafa ekki eins mikla snertifleti við heilbrigðiskerfið eins og bráðalækningar hafa," segir hann.

Spurður hvers vegna hann hafi valið bráðalækningar á sínum tíma segist hann hafi unnið í 9 ár ár hinum ýmsu deildum Landspítala áður en bráðalækningar urðu fyrir valinu.

„Ég komst að því að bráðalækningar og það sem fór fram á bráðamóttöku er alltaf það skemmtilegasta í ferlinu. Það er að taka á móti einstaklingum með bráð einkenni og vita ekki hvað er að og komast að því – eða í það minnsta komast af stað með að sjá hvað veldur einkennunum," segir Hjalti.



Hjalti Már Björnsson bráðalæknir er kennslustjóri nýsamþykkts sérnáms í bráðalækningum á Landspítala. Mynd/gag

efnum. Þessir læknar eru einnig virkir við að halda sérfræðilæknum á tánum með flóknum og erfiðum spurningum.“ Það sé krefjandi fyrir sérfræðilækna að vera með slíka sérnámslækna í handleiðslu.

Hann bendir í sjötta lagi á að hreyfanleiki sérfræðilækna hafi aukist í heiminum sem auðveldi sérnámið. Hingað til lands komi erlendir sérfræðingar til starfa sem hefur kennslugildi fyrir sérnámslækna á Landspítala.

„Auk þess munum við áfram gera kröfu um að sérnámslæknar á Íslandi taki minnst sex mánaða námstíma erlendis.“ Hann segir tækifærin mörg til þess. „Við gerum ráð fyrir að margir taki 1-2 ár af sérnámstíma sínum erlendis.“ Það nægi til að víkka sjóndeildarhringinn og koma fersk að verkum Landspítala.

kennd í samvinnu við svæfinga- og gjörgæsludeild og lyflækningadeild frá árinu 2017.

„Með þessu næst fram betri skilningur á störfum hinna stéttanna og samþætting í kennslunni.“ Nemendurnir geti að þeim loknum fengið þau metin erlendis. „Það verður örugglega þannig að einhverjir kjósa að taka allt námið erlendis.“

Hjalti segir námsframvinduna skráða. Fulltrúar frá Bretlandi tryggi gæðin. „Við höfum breytt öllum skilgreiningum þannig að ekki er hægt að flytjast á milli ára fyrr en kröfum hvers þeirra hefur verið svarað.“ Hann segir að rétt eins og í Bretlandi þurfi allir sérnámslæknar að innleiða breytingar á deildum sínum og fylgjast með mælingum um að þeir hafi bætt starfsemina.

eftir mælanlegri frammistöðu. Því eins og við vitum er íslenskt samfélag lítið og læknasamfélagið enn minna og því hætta á frændhygli, þannig að við leggjum mikla áherslu á fagleg vinnubrögð við ráðningar þannig að við fáum alltaf þann hæfasta til að sinna verkinu.“

Allir sérnámslæknar þurfi að standast þrjú skrifleg og eitt verklegt próf. „Þessi próf hafa verið gerð á vegum Bretanna, en við höldum þau hér á landi í samvinnu við Prófamiðstöð háskólans. Það er ánægjulegt að segja frá því að þrátt fyrir að fallið hafi verið hátt í 60% meðal þeirra sem þreyta fyrsta prófið í Bretlandi hafa allir sérnámslæknar á Íslandi í ár og í fyrra náð prófinu,“ segir hann. „Við höfum því fulla trú á því að þetta fólk nái í gegnum nálaraugað og ljúki námi í bráðalækningum.“

Kennt hér frá 2002

Bráðalækningar hafa verið kenndar við Landspítala samkvæmt námskrá allt frá árinu 2002. Námið hefur þróast og haustið 2016 hófst kennsla samkvæmt námskrá Royal College of Emergency Medicine. Hjalti segir fyrstu þrjú árin kjarnanám

Strangt inntökuferli

Hjalti segir ráðningarferlið í sérnámið strangt. „Umsækjendur koma í formleg viðtöl. Við förum yfir feril þeirra, leggjum fyrir þau klínísk tilfelli og förum yfir siðferðisleg vandamál í þriðju prófraun-inni. Umsækjendum er svo boðin staða

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

Athugasemd við grein Maríu Sigurðardóttur: Forhæfing, undirbúningur sjúklinga fyrir liðskiptaaðgerðir; *Læknablaðið* júlí 2019.

Forhæfing, gæði heibrigðisþjónustu og þjónusta við sjúklinga

Sólveig Magnúsdóttir
MD MBA

Samstarf Landspítala og heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu varðandi markvissan undirbúning sjúklinga fyrir liðskiptaaðgerðir, forhæfingu, er áhugavert og mikilvægt verkefni. Skilgreint markmið verkefnisins er að nýta biðtímann fyrir aðgerð til að bæta þjónustu við sjúklinga með tímabærri greiningu og meðhöndlun áhættuþátta og minnka þannig líkur á fylgikvillum eftir aðgerð. Vel heppnað verkefni ætti þannig að hafa bæði jákvæð áhrif á gæði og þjónustu við sjúklinga og einnig jákvæð áhrif á rekstur heilbrigðiskerfisins.[1]

Þeir heilsufarsþættir sem lögð er áhersla á eru blóðskortur, sykursýki, vannæring, offita, og reykingar.[2] Allt eru þetta mikilvægir þættir, en það kom á óvart að ekki er minnst á mikilvægi þess að skima fyrir kæfisvefni á forhæfingartímabilinu, jafnvel þótt tíðni kæfisvefns sé aukin í bæði sjúklingum með sykursýki og sjúklingum í yfirþyngd, en viðmiðunarhópurinn sem skilgreindur er í rannsóknarverkefninu er samsettur af einstaklingum í yfirþyngd (BMI>31).[3] Offita er vaxandi vandamál um allan heim og er sjúkdómur sem leiðir til margskonar heilsufarsvandamála, þar á meðal aukinnar áhættu á sykursýki, háþrýstingi, og hjarta- og æðasjúkdómum.[4-8] Tíðni kæfisvefns er aukinn samfara öllum þessum heilsufarsvandamálum[9-11] og dánartíðni í kjölfar liðskiptaaðgerða er mun hærri hjá þeim sjúklingum sem einnig hafa kæfisvefn þegar borið er saman við sjúklinga sem ekki hafa kæfisvefn.[12-14]

Kæfisvefn einkennist af endurteknum öndunartruflunum í svefni, oftast vegna þrengsla eða lokunar í efri hluta öndunarvegs, þrátt fyrir sífellt kröftugri innöndunartilraunir sjúklings með tímabundnum lækkunum á súrefni í blóði og truflunum á svefngæðum.[5-7] Tíðni kæfisvefns er há meðal almennings[13-15] og áætlað er að allt að 85% sjúklinga með kæfisvefn séu ógreindir.[16-18] Auk þess er hluti sjúkllinga sem hafa kæfisvefn misgreindur með annarskonar svefntruflun (*insomnia*) og fá því ekki viðeigandi meðferð.[19,20] Ómeðhöndlaður kæfisvefn hefur neikvæð áhrif á bæði lífsgæði og heilsufar sjúklings og því mikilvægt að greina sjúkdóminn og meðhöndla.[21]

Tíðni kæfisvefns í sjúklingum sem eru lagðir inn á spítala fyrir aðgerðir er hærri þegar borið er saman við tíðni sjúkdómsins hjá almenningi.[22] Engu að síður er algengt að bæði svæfingalæknar og skurðlæknar missi af ógreindum kæfisvefni hjá sjúklingum áður en að aðgerð kemur. Í rannsókn á 708 sjúklingum sem sendir voru í svefnrannsókn (*polysomnography*, PSG) fyrir aðgerð og voru 38% greind með meðal til alvarlegan kæfisvefn (kæfisvefnsstuðul ≥15). Svæfingarlæknum yfirsást þessi greining í 60% tilfella og skurðlæknum í 92% tilfella.[23]

Tíminn fyrst eftir aðgerð, þegar sefandi lyf og ópíóðar eru gjarnan eru notaðir sem meðferð við verkjum, er sérstaklega áhættusamur tími fyrir sjúklinga með ógreindan kæfisvefn þar sem lyfin geta slævt öndun og aukið líkur á að efri öndunarvegur falli saman. Nýlega birt rannsókn bendir á auknar líkur á slævingu öndunar við notkun ópíóða í sjúklingum með kæfisvefn og sýnir fram á samband á milli daglegs lyfjaskammts og dauða, eða nær dauða.[24] Fjöldi rannsókna bendir á hærri tíðni súrefnisskorts, öndunarbilunar og alvarlegra tilvika tengdum hjarta og æðakerfi í kjölfar skurðaðgerða, sem valda því að oftar þarf að flytja sjúklinga með ógreindan kæfisvefn á gjörgæslu eftir aðgerð en sjúklinga sem ekki hafa kæfisvefn.[25-37] Þessi aukna áhætta á fylgikvillum tengdum aðgerðum í sjúklingum með ógreindan kæfisvefni beina sjónum að mikilvægi þess að greining kæfisvefns sé hluti af forhæfingarferlinu ef markmiðið er að bæta þjónustu við sjúklinga, minnka áhættu á fylgikvillum og bæta árangur eftir liðskiptaaðgerðir.

Alþjóðlegar leiðbeiningar um undirbúning sjúklinga fyrir aðgerð, þar með talið leiðbeiningar fyrir heilsugæslu, leggja áherslu á mikilvægi þess að

skima fyrir kæfisvefni og benda á bæði árangursríkar og einfaldar aðferðir.[38-42] Sem fyrsta skref er mælt með STOP-Bang spurningalistanum sem er bæði ódýr og einföld lausn.[43-45] Auðvelt ætti að vera fyrir heilsugæsluna að bæta STOP-Bang spurningalistanum inn í forhæfingarferlið þar sem bæði er einfalt fyrir sjúklinginn að svara spurningunum og fyrir heilbrigðisstarfsfólk að túlka niðurstöðurnar. Þá sjúklinga sem hafa auknar líkur á kæfisvefni samkvæmt spurningalistanum (STOP-Bang ≥ 3) er mælt með að senda í frekari rannsókn með það að markmiði að staðfesta greiningu og hefja meðferð þegar við á.[46,47] Vert er að benda á að meðhöndlun á kæfisvefni í sjúklingum með sykursýki eða forstig sykursýki bætir blóðsykursstjórnun,[48-52] og hefur jákvæð áhrif á heilsufar sjúklings og fækkar endurinnlögnum.[53-57]

Samvinna heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu og Landspítala er mikilvægur áfangi í að bæta þjónustu við sjúklinga sem þurfa á liðskiptaaðgerð að halda. Innleiðing heilsugæslunnar á skimun fyrir kæfisvefni, greiningu og meðferð þegar við á, áður en að skurðaðgerð kemur, ætti að hafa jákvæð áhrif á heilsufar sjúklings og um leið bæta upplýsingaflæði til sjúkrahústeymisins sem þá hefur tækifæri til að gera viðeigandi ráðstafanir varðandi eftirlit með sjúklingum með kæfisvefn bæði fyrir og eftir aðgerð. Skimun og greining á kæfisvefni á forhæfingartímanum ætti að geta haft bæði mikilvæg og mælanleg áhrif á gæði þjónustu við sjúklinga með því að koma í veg fyrir fylgikvilla og fækka sjúklingum sem þurfa á endurinnlögn að halda og á sama tíma hafa jákvæð áhrif á rekstur heilbrigðiskerfisins.[58-61]

Sólveig Magnúsdóttir, Medical Director, MyCardio LLC, Denver, Colorado.

Skoðanir höfundar þessarar greinar eru hennar og þurfa ekki endilega að endurspegla skoðanir MyCardio LLC.

Heimildir

1. Matthiasson P. Forsjórapistill: Umbótastarf á spítalanum og skýrsla um liðskiptaðgerðir. landspitali.is/um-landspitala/fjolmidlatorg/frettir/stok-frett/2019/05/24/Forstjorapistill-Umbotastarf-a-spitalanum-og-skyrsla-um-lidskiptaadgerdir/ - júlí 2019.
2. Sigurðardóttir M. Forhæfing, undirbúningur sjúklinga fyrir liðskiptaaðgerðir. Læknablaðið 2019; 105: 317.
3. Sigurðardóttir M. Áhrif langtíma undirbúnings og uppvinnslu sjúklinga í bið eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm á aðgerðarferilinn og tíðni fylgikvilla – Samvinnuverkefni Landspítala og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins: Viðmiðunarhópur. Læknablaðið 2019, 105; fylgirit 101; E 18.
4. Global BMI Mortality Collaboration, Di Angelantonio E, Bhupatihiraju ShN, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. Lancet 2016; 388: 776-86.
5. Mansukhani MP, Kara T, Caples SM, Somers VK. Chemoreflexes, sleep apnea and sympathetic dysregulation. Curr Hyertens Rep 2014: 76.
6. Peppard PE, Young TE, Barnet JH, Palta M, Hagen EW, Hla KKM. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. Am J Epidemiol 2013; 177: 1006-14.
7. Khayat R, Pleister A. Consequences of Obstructive Sleep Apnea. Sleep Med Clin 2016; 11: 273-86.
8. Kendreska T, Mollayeva T, Gershorn AS, Leung RS, Hawker G, Tomlinson G. Untreated obstructive sleep apnea and the risk for serious long-term adverse outcomes: a systematic review. Sleep Med Rev 2014; 18: 49-59.
9. Kessler ER, Shah M, Grunschkus SK, et al. Cost and quality implications of opioid-based postsurgical pain control using administrative claims data from a large health system: opioid-related adverse events and their impact on clinical and economic outcomes. Pharmacotherapy 2013; 33: 383-91.
10. Kaw R, Chung F, Pasupuleti V, Mehata J, Gay PC, Hernandez AV. Meta-analysis of the association between obstructive sleep apnoea and postoperative outcome. Br J Anaesth 2012; 109: 897-906.

Heimildir 11-61 er að finna í netútgáfu greinarinnar.

Vegna bréfs Sólveigar Magnúsdóttur

María Sigurðardóttir
sérfræðingur í svæfinga- og gjörgæslulækningum Landspítala

Ég þakka bréf og áhuga Sólveigar Magnúsdóttur á forhæfingu sjúklinga fyrir liðskiptaaðgerðir. Í okkar fyrirkomulagi er lögð megináhersla á að bæta áhættuþætti sem gætu haft áhrif á tíðni alvarlegra fylgikvilla eins og liðsýkinga og sárasýkinga. Það útilokar ekki greiningu og meðferð annarra einkenna og sjúkdóma, meðal annars kæfisvefns, meðan á undirbúningstímanum stendur – heldur teljum að fyrirkomulagið hvetji beinlínis til þess með nýmyndun tengsla sjúklings við heilbrigðiskerfið.

Bréfið endurspeglar þá almennu vitundarvakningu sem hefur orðið á seinustu árum, að undirbúa skuli sjúklinga sem best tímanlega fyrir aðgerð og er gott innlegg í umræðuna um hvernig hagsmunum sjúklinga skuli best borgið.

FLOREALIS



Er erfitt að sofna?

Sefitude er viðurkennt jurtalyf sem bætir gæði svefns, styttir tímann sem það tekur að sofna og dregur úr vægum kvíða.
Fæst án lyfseðils og hentar frá 12 ára aldri.

Notkun við svefntruflunum: 1 tafla ½-1 klst fyrir svefn fyrir fullorðna og ungmenni eldri en 12 ára. Notkun við vægum kvíða: 1 tafla 1-3 sinnum á dag fyrir fullorðna og 1 tafla 1-2 á dag fyrir ungmenni 12-18 ára. Hver pakki inniheldur 60 töflur. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvægt atriði má nálgast í Sérlyfjaskrá, www.serlyfjaskra.is. ATC flokkur: N05CM09. Sefitude er ekki niðurgreitt af sjúkratryggingum. Allar nánari upplýsingar hjá markaðsleyfishafa Sefitude, Florealis ehf., á www.florealis.is eða í gegnum info@florealis.com

Fæst án lyfseðils í öllum apótekum **www.florealis.is**

BAYER

Xarelto® rivaroxaban

Xarelto 15 mg og 20 mg filmuhúðaðar töflur – Skyldutexti
▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skal Lyfjastofnun um **allar** aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. **Virkt efni:** Rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilaslag eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúplægum bláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Frábendingar:** •Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. •Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. •Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðingu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. •Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparinux), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynningarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. •Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur af flokki Child Pugh B og C. •Meðganga og brjóstagjöf. **Heimild:** Unnið í ágúst 2019 úr Samantekt á eiginleikum lyfs (júlí 2019). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst. Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. Markaðsleyfishafi:** Bayer AG. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Vinsamlegast hafið samband í síma 821 8046 ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum um lyfið. **Afgreiðslumáti og greiðsluþátttaka:** R, G. **Hámarkssmásöluverð þynnupakkninga (ágúst 2019):** 12.703 kr. (28 stk.), 19.256 kr. (42 stk. – 15 mg eingöngu), 39.091 kr. (98 stk.), 39.589 kr. (100 stk.).

BAY190801

AÐALFUNDUR LÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS
haldinn á Sigló hóteli, Siglufirði
26. og 27. september 2019

D A G S K R Á

Fimmtudagur 26. september

Kl. 14:00	1. Setning aðalfundar: Reynir Arngrímsson, formaður.
	Ávarp: Alma Möller, landlæknir.
	2. Skýrsla stjórnar. Umræður um skýrslu stjórnar.
	3. Ársreikningar, umræður og samþykkt.
	4. Kynning á lagabreytingum og ályktunartillögum.
Kl. 17:00	Skoðunarferð um Siglufjörð og heimsókn í fyrirtækið Genis.
Kl. 19:30	Sameiginlegt borðhald fundarmanna og gesta.

Föstudagur 27. september

Kl. 8:30	Morgunverðarfundur: Örn Ragnarsson og Valþór Stefánsson kynna HSN og segja frá áskorunum þar.
Kl. 9:00	**Málþing: Símenntun lækna.**
	Fundarstjóri: Guðrún Ása Björnsdóttir, formaður Félags almennra lækna
Kl. 9:00	Þróun símenntunar lækna á Vesturlöndum.
	Runólfur Pálsson, formaður vinnuhóps LÍ um starfsþróun og símenntun.
Kl. 9.30	Hlutverk LÍ. Reynir Arngrímsson, formaður LÍ.
Kl. 10:00	Evrópusamtök sérgreinafélaga og símenntun. Aðkoma sérgreinafélaga. Friðbjörn Sigurðsson, fulltrúi LÍ hjá UEMS
10:30	Kaffihlé
10:45	Pallborðsumræður með framsögumönnum, formönnum FÍH, FSL, LR og landlækni:
	Stefnumótun til framtíðar: Hver eru næstu skref?
Kl. 12:30	Hádegishlé
Kl. 13:00	5. Starfshópar starfa.
Kl. 14:30	6. Afgreiðsla lagabreytinga, ályktana og annarra mála.
Kl. 15:30	7. Kosningar og lúkning annarra dagskrárliða skv. lögum LÍ.
Kl. 16:00	Áætluð fundarlok.



Hluti afmælisgesta.

Öldungadeild Læknafélags Íslands 25 ára

Kristófer Þorleifsson
formaður Öldungadeildar LÍ



Reynir Tómas Geirsson prófessor emeritus.



Sigurður E. Þorvaldsson heiðursfélagi og eiginkona hans, Jóna Þorleifsdóttir, ásamt formanni.

Stofnfundur Öldungadeildar Læknafélags Íslands var haldinn 7. maí 1994. Haldin var 25 ára afmælishátíð í framhaldi af aðalfundi félagsins 3. maí síðastliðinn í Hvammi á Grand Hótel. Alls mættu 45 á hátíðina og snæddu saman gómsæta þriggja rétta máltíð.

Hátíðinni stjórnaði Kristófer Þorleifsson formaður Öldungadeildar LÍ.

Á hátíðinni var Sigurður Egill Þorvaldson gerður að heiðursfélaga, en hann var formaður félagsins frá 2009 til 2013. Formaður afhenti Sigurði heiðursskjal og eiginkonu hans Jónu Þorleifsdóttur blómvönd.

Undir borðum flutti Reynir Tómas Geirsson fyrrv. prófessor og forstöðulæknir á kvennadeild Landspítala erindi sem nefndist „Normannar og Engilsaxar. Um saumaða sögu". Í erindinu fjallaði Reynir um meginverk í miðaldasögu Evrópu, saumaðan 70 metra langan refil eða veggsaum sem gerður var í Englandi um 10-12 árum eftir innrás Normanna í England 1066. Refillinn er kenndur við borgina Bayeux í Normandí þar sem hann hefur verið geymdur nær óslitið í 950 ár. Eiginkona Reynis, Steinunn J. Sveinsdóttir (1945-2018) þýddi danska skáldsögu um tilurð refilsins og saumaskapinn, og Reynir hefur verið að vinna að útgáfu þýðingarinnar. Hann fjallaði um refilinn sjálfan, – mesta listaverk snemmmiðalda sem gert var af konum, um saumaskapinn og saumaaðferðina sem gleymdist eftir 13. öld nema á Íslandi, um sögu hans og hvernig refillinn varðveittist lítt skemmdur í nær 1000 ár. Hann rakti sögu þá sem refillinn lýsir, það er að segja herferð Normanna til Englands, tildrög hennar og aðstæður beggja megin Ermarsundsins, tilviljanir sem gerðu siglingu 100 lítilla skipa með hesta og hermenn mögulega, erfiða stöðu Engilsaxa, sem neyddust til að berjast fyrst við norskan her norðar í landinu og ganga svo hraðgöngu suður að Ermarsundi til að berjast við Normannana og bandamenn þeirra við Hestengi. Hann sýndi fjölda mynda, bæði af stærri og smærri atriðum í reflinum, – sögulegum, lýsandi og skondnum, myndir af reflinum sjálfum á safninu í Bayeux og af stöðum sem tengjast sögunni beint og óbeint. Í lokin var orrustunni við Hestengi lýst. Loks fjallaði Reynir um hvaða þýðingu innrás Normanna hafði fyrir samfélagsskipan á Bretlandi og framrás sögunnar, á Bretlandi, í Evrópu og hvernig hún gæti hafa tengst tilurð breska heimsveldisins.

Góður rómur var gerður að erindi Reynis og honum þakkað með heiðursskjali og bókagjöf sem formaður afhenti honum. Samkomunni lauk um kl. 23 og héldu þá gestir hver til síns heima glaðir og reifir.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

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

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

Umsjón síðu
Magnús Jóhannsson

REYKJALUNDUR
endurhæfing

Framkvæmdastjóri lækninga

Laus er til umsóknar staða framkvæmdastjóra lækninga á Reykjalundi endurhæfingarmiðstöð SÍBS. Um er að ræða 100% stöðu og möguleiki að viðkomandi sinni klínískri vinnu samhliða stjórnunarstörfum. Staðan veitist frá 1. nóvember 2019 eða eftir nánara samkomulagi.

Framkvæmdastjóri lækninga heyrir undir forstjóra og situr í framkvæmdastjórn. Hann ber faglega-, fjárhagslega- og starfsmannaábyrgð í samræmi við gildandi stjórnskipulag og ákvæði laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu.

Hæfniskröfur

- Íslenskt sérfræðileyfi í endurhæfingarlækningum og/eða reynsla á sviði endurhæfingarlækninga
- Þekking og reynsla af þverfaglegri teymisvinnu
- Leiðtogahæfileikar og stjórnunarreynsla
- Þekking og reynsla af mannauðsmálum
- Jákvætt viðmót og góð hæfni í mannlegum samskiptum
- Frumkvæði og metnaður í starfi

Umsókn skal fylgja staðfestar upplýsingar um nám, fyrri störf, vísindavinnu og reynslu af stjórnunarstörfum.

Umsóknarfrestur er til 15. september 2019.

FYRIRMYNDAR STOFNUN 2019

Allar umsóknir eru sendar til stöðunefndar lækna hjá Embætti landlæknis.

Umsókn skal skilað á sérstöku eyðublaði, sem aðgengilegt er á vef Landlæknis, til Birgis Gunnarssonar forstjóra *birgir@reykjalundur.is* eða Guðbjargar Gunnarsdóttur mannauðsstjóra *gudbjorg@reykjalundur.is* sem einnig veita nánari upplýsingar um starfið – sími: 585-2000

LIPRIR PENNAR

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



Þegar ég verð stór

Valgerður Þorsteinsdóttir
valgerdurth@gmail.com

Klukkan er tuttugu mínútur yfir sjö að staðartíma. Sól og tuttugu og ein gráða. Ég knúsa og kyssi tvær hágrátandi litlar hnátur og hraða mér á lestarstöðina. Mín bíður tólf klukkustunda næturvakt á bráðamóttökunni í Malmö.

Þegar ég kem á minn stað á bráðamóttökunni, „övervaket“, sem samanstendur af sex monitor plássum og þremur einangrunarrýmum, sé ég strax að daguinn hefur verið annasamur. Nóttin líður hratt og það er stöðugt flæði sjúklinga. Brjóstverkir, mæði, hjartsláttartruflanir, alvarlegar sýkingar, brottfallseinkenni og lyfjaeitranir eru algengustu komuástæður. Konsult frá svæfingu, hjarta, tauga og smit eru til taks auk reyndari kollega á bráðamóttökunni og bráðalyflækningadeildinni. Klukkan níu um morguninn hef ég klárað allar nótur og kominn tími til að fara heim að sofa.

Ég geng hægt út af spítalanum og tek eftir því hvað ég er svöng. Höfuðverkur, ógleði og þreyta. Hugsanirnar löngu orðnar móðukenndar og óskýrar. Ég ákveð að setjast á kaffihús og fá mér morgunmat. Stelpan sem afgreiðir mig er glaðleg, brosir og spjallar á meðan hún býr til kaffi með hjarta í mjólkinni. Ég sest niður og byrja að fara yfir í huganum allt sem ég gerði um nóttina. Fer yfir greiningu og meðferð í huganum. Fer að velta mér upp úr tilfelli um nóttina þar sem greiningin var óljós, byrja að efast um greininguna mína og verð að lokum viss um að ég hljóti að hafa gert stór mistök. Horfi á stelpuna sem er glöð og áhyggjulaus að afgreiða kaffi og velti fyrir mér hvort það ætti ekki vel við mig að vinna á kaffihúsi.

Helginni eyði ég að mestu úti á leikvelli og úti í garði í góðu veðri. Kúkableyjur, prakkarastrik, frekjuköst, þrif og eldamennska. Hugurinn hvarflar annað slagið til sjúklinganna sem ég hitti á næturvöktunum í vikunni og alltaf finn ég fyrir óþægilegri tilfinningu í maganum. Ég hitti nokkra kvenkyns kollega á laugardagskvöldi og yfir kokteilum ræðum við vinnuna, þrifafyrirtæki, mismunandi matkassa með kvöldmat sem er einfalt að laga, barnapíur og reynslu af au-pairum.

Á mánudagsmorgni byrja ég á nýrri deild. Í lok dagsins sest ég niður og fer yfir sjúkraskrár allra sjúklinganna sem ég hitti á næturvöktunum. Allt hefur gengið vel. Næstu þrjár vikurnar ber ég ábyrgð á sjö sjúklinga teymi á lungnadeildinni. Það er góður andi á deildinni og góður sérfræðingur. Í lok vikunnar hef ég náð góðum tengslum við sjúklinga og aðstandendur. Fundið tilganginn með starfinu aftur.

Ég var nítján ára þegar ég ákvað að verða læknir. Ég hafði ákveðna hugmynd um læknisstarfið. Rómantíska hugmynd um að hjálpa fólki en ekki raunsæja mynd af starfinu. Læknanámið og starfið hefur breytt mér sem persónu og haft margvísleg áhrif á mitt líf. Gefið mér margt en einnig á tímabilum verið mér erfitt og valdið miklu álagi, á stundum andlegu álagi og á stundum andlegum og líkamlegum einkennum vegna vinnuálags.

Nú nýlega birtust niðurstöður könnunar sem Félag ungra sænskra lækna stóð fyrir í sænska læknablaðinu. Þar kemur fram að næstum einn af hverjum þremur ungum læknum í Svíþjóð metur það nokkuð eða mjög trúlegt að innan fimm ára muni þeir skipta um starfsvettvang. Algengustu uppgefnu ástæður voru launakjör, vinnuumhverfi, mikið vinnuálag, mikil ábyrgð og litlir möguleikar á að hafa áhrif á vinnutíma og aðstæður í vinnunni.

Ég veit ekki til þess að svipuð könnun hafi verið framkvæmd á Íslandi. En það er ekki ólíklegt að hlutföllin séu svipuð, að um 1/3 ungra lækna eigi erfitt með að höndla ábyrgð og álag sem fylgir starfinu, þó að ég eigi erfitt með að trúa að svo stór hluti íslenskra kollega hafi hugsað sér að skipta um starfsvettvang.

Við eigum fjölmarga duglega, drífandi lækna sem eiga ekki í sömu erfiðleikum og ég, og kannski nokkrir aðrir, að efast um eigin getu og dómgreind, hafa áhyggjur þegar heim er komið og eiga í talsverðum erfiðleikum með að finna jafnvægi milli vinnu og einkalífs. Það er mín tilgáta að þeir sem sækjast eftir stöðu yfirlækna og aukinni ábyrgð tilheyri ekki þessum hópi sem finnst starf hins almenna læknis svo krefjandi. Einhverjir yfirlæknar eiga því erfitt með að sjá ástæður þess að starfsumhverfið þurfi að breytast, starfsumhverfi sem er sniðið að þeim sem eiga auðvelt með að höndla álag og ábyrgð. Við getum haldið áfram á sömu braut en þá tökum við þá áhættu að missa hluta vel menntaðra lækna í önnur störf og í sjúkraleyfi vegna álagstengdra sjúkdóma.

Ég hef brennandi löngun til að verða framúrskarandi góður læknir. Ég vona að við getum hjálpast að við að búa til gott starfsumhverfi svo að „aumingjar“ eins og ég geti átt möguleika á farsælum starfsferli innan heilbrigðiskerfisins á Íslandi.

BET_2019_0003_IS 08.2019

HVORA LEIÐINA VELUR ÞÚ TIL MEÐFERÐAR VIÐ OFVIRKRI ÞVAGBLÖÐRU?[1]



BETMIGA™ (mirabegron)
er eina lyfið til inntöku við ofvirkri þvagblöðru sem ekki er andmúskarínlyf[1,2]

Heimildir: 1. Wagg A, Nitti VW, Kelleher C. Oral pharmacotherapy for overactive bladder in older patients: mirabegron as a potential alternative to antimuscarinics. Curr Med Res Opin 2016:32(4):621-638 **2.** Samantekt á eiginleikum Betmiga 04.2019

BETMIGA™ 25 mg og 50 mg forðatöflur.
Heiti virkra efna: mirabegron. **Ábendingar:** Meðferð við einkennum, þ.e. bráðaþörf, aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðaþvagleka sem geta komið fyrir hjá fullorðnum sjúklingum með heilkenni ofvirkrar þvagblöðru. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu / virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Verulegur háþrýstingur sem ekki hefur náðst stjórn á og er skilgreindur sem slagbilsþrýstingur ≥ 180 mm Hg og/eða þanbilsþrýstingur ≥ 110 mm Hg. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Markaðsleyfishafi:** Astellas Pharma Europe B.V. Fyrir nánari upplýsingar um lyfið skal hafa samband við umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., sími: 535-7000. Texti SmPC var síðast samþykktur 04.2019.

astellas

Betmiga™
mirabegron

TRELEGY Ellipta er ætlað sem viðhaldsmeðferð hjá fullorðnum sjúklingum með miðlungsmikla til alvarlega langvinna lungnateppu (LLT), sem ekki fá nægilega meðferð með samsetningu af innöndunarstera og langverkandi β_2-örva.[1]

EINA* ÞRIGGJALYFJA MEÐFERÐIN VIÐ LLT MEÐ SKÖMMTUN EINU SINNI Á DAG.[1-3]

– í einu innöndunartæki*



*** Sambærileg öðrum þriggjalyfja meðferðum við LLT**



Samsett af ICS/LAMA/LABA (FF/UMEC/VI) með einni innöndun einu sinni á dag, með Ellipta-innöndunartækinu, sem er auðvelt í notkun.[1,4-6]

NÝTT

TRELEGY ELLIPTA
(flúticasónfúróat/umeclidinium/vílanteról)

LLT: langvinn lungnateppa; **FF**: flútíkasónfúróat; **ICS**: innöndunarsteri; **LABA**: langverkandi β_2-örvi; **LAMA**: langverkandi múskarínblokki; **UMEC**: umeclidinium; **VI**: vílanteról.

Heimildir

1. Samantekt á eiginleikum lyfs – Trelegy Ellipta, www.serlyfjaskra.is. **2**. Samantekt á eiginleikum lyfs – Incruse Ellipta, www.serlyfjaskra.is. **3**. Samantekt á eiginleikum lyfs – Relvar Ellipta, www.serlyfjaskra.is. **4**. Lipson DA *et al. Am J Respir Crit Care Med* 2017; 196:438 -446. **5**. Svedsater H *et al. BMC Pulm Med* 2013; 13:72 -86. **6**. van der Palen J *et al. NPJ Prim Care Respir Med* 2016; 26:16079.

Trelegy Ellipta 92 míkróg/55 míkróg/22 míkróg innöndunarduft, afmældir skammtar

Heiti virkra efna
Hver stök innöndun gefur skammt (skammt sem fer í gegnum munnstykkið) sem er 92 míkróg af flútíkasónfúróati, 65 míkróg af umeclidiniumbrómíði sem jafngildir 55 míkróg af umeclidinium og 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat). Þetta samsvarar afmældum skammti sem er 100 míkróg af flútíkasónfúróati, 74,2 míkróg af umeclidiniumbrómíði sem jafngildir 62,5 míkróg af umeclidinium og 25 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat).

Ábendingar
Trelegy Ellipta er ætlað sem viðhaldsmeðferð hjá fullorðnum sjúklingum með miðlungsmikla til alvarlega langvinna lungnateppu (LLT) sem fá ekki nægilega meðferð með samsetningu af innöndunarstera og langverkandi β_2-örva eða með samsetningu af langverkandi β_2-örva og langverkandi múskarínblokka (til að hafa áhrif á stjórn einkenna og til að koma í veg fyrir versnanir).

Frábendingar
Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna.

Markaðsleyfishafi
GlaxoSmithKline Trading Services Limited

Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

Vörumerki er í eigu eða með sérleyfi til handa GSK fyrirtækjasamsteypunnar.
© 2017 GlaxoSmithKline fyrirtækjasamsteypan.

TRELEGY Ellipta er þróað í samstarfi með INNOVIVA

IS/TLY/0007/17_2. september 2019