Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



Míturlokuviðgerðir – rannsókn

Verkjaheilkenni – yfirlit

Alþingiskosningar 2021:

Stjórnmálaflokkarnir svara

VIÐTÖL

Aðalbjörg Björgvinsdóttir

Guðrún Þuríður Höskuldsdóttir

Gunnar Guðmundsson

Elías S. Eyþórsson

LEIÐARAR

Steinunn Þórðardóttir

Guðmundur Björnsson

Salóme Arnardóttir

STRÍÐSÞREYTA

06/2021 107. árgangur: 269-320

Auglýsing



Aðalbjörg Björgvinsdóttir, formaður Félags íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna, segir það valda bæði vonbrigðum með yfirvöld og skapa vantraust á vinnubrögð þeirra að þau telji sig ekki þurfa að hlusta á félagið. Mynd/gag

Við verðum að stíga fram og segja frá

„Ég hefði að óreyndu ekki trúað að ekki væri á okkur hlustað. Ekki trúað að yfirvöld vildu ekki heyra um þá annmarka sem við teljum á því að greina leghálssýnin í Danmörku," segir Aðalbjörg Björgvinsdóttir, formaður Félags íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna, við *Læknablaðið*

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Við sendum ráðherra bréf í desember og aftur ásamt Félagi íslenskra rannsóknarlækna í janúar. Sendum opið bréf til hennar í lok mars. Við fáum engin viðbrögð frá henni," segir Aðalbjörg Björgvinsdóttir formaður þann 21. maí.

Félagið hafi einnig leitað til landlæknis og óskað eftir fundi og benti Alma D. Möller landlæknir þeim á í bréfi í janúar að embættið væri eftirlitsaðili og að fundur með landlækni væri því ekki nægilega skilvirkur. Hún myndi koma áhyggjum félagsins til verkefnahóps sem starfi á vegum heilbrigðisráðuneytis „og kanna hvort forsvarsmenn hans þiggi ykkar góða boð um aðstoð við að leysa þau vandamál sem þið sjáið."

Heilbrigðisráðuneytið bendir á að ráðherra hafi fundað í mars með Læknafélagi Íslands til þess að ræða málið. „[Þ]að var ákveðið í stað þess að funda með fagfélögum ýmissa sérgreina."

Aðalbjörg lýsir því að þar sem Félag íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna hafi árangurslaust reynt að ná fundi með heilbrigðisráðherra hafi það ekki séð annan kost en að tjá sig í fjölmiðlum til að benda á vandann við að senda leghálssýni til Danmerkur. „Þetta veldur vonbrigðum með yfirvöld og hefur skapað vantraust á vinnubrögðum þeirra."

Greint var frá því þann 10. maí að Haraldur Briem, fyrrum sóttvarnalæknir, hafi fallist á beiðni heilbrigðisráðherra um að vinna óháða skýrslu til Alþingis sem óskað var eftir í febrúar. Meðal þess sem Alþingismenn vilja vita er hvaða forsendur liggja að baki ákvörðuninni um að semja við erlenda rannsóknarstofu um að sinna greiningu á sýnum. Þeir spyrja meðal annars um aðgengi sérfræðinga að sýnunum, kostnað og áhrif breytinganna á öryggi skimunar.

Læknablaðið hefur fengið upplýsingar um verðið sem Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins greiðir danska Amager- og Hvidovre-sjúkrahúsinu. Sjá á fréttasíðu hér í blaðinu. Óskar Reykdalsson forstjóri greinir þar frá því að hann bíði ákvörðunar ráðherra um hvort greiningin verði færð á Landspítala. Greint var frá því 21. maí að það væri eindregin niðurstaða landlæknis að Landspítali geti vel sinnt svokölluðum HPV-veirugreiningum.

Aðalbjörg hefur áhyggjur af mistökum í ferlinu. Hún lýsir því hvernig kvensjúkdómalæknum er gert að flokka sýnin í 7 mismunandi plastpoka eftir því hvaða beiðni eigi að setja inn í danska kerfið á sameiningastöð krabbameinsskimana. „Og ef ég vil að eitthvað sérstakt sé gert, set ég miða í pokann," segir hún. Ferlið sé ennþá afar ófaglegt og ekki konum í hag.

„Við höfum engin tök á að fylgja sýnunum eftir. Ef vafamál koma upp getum við ekki haft samband við rannsóknarstofuna því við höfum ekki aðgang að númerinu sem rannsóknarstofan hefur fyrir sjúklinginn," segir Aðalbjörg og lýsir því hvernig unnið hafi verið markvisst í gegnum árin að því að fækka millilíðum og þannig möguleikum á mannlegum mistökum við greiningarferli á lífsýnum. Nýja fyrirkomulagið sé í öfuga átt.

„Við sjáum ekki strax allar afleiðingar af því hve hroðvirknislega var ráðist í breytingarnar," segir hún. „Og þetta er ekki ennþá tilbúið, ekki ennþá klárt," segir hún.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Berglind Jónsdóttir
Hulda María Einarsdóttir
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Magnús Haraldsson
Margrét Ólafía Tómasdóttir
Ólafur Árni Sveinsson
Theódór Skúli Sigurðsson

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingar
Sólveig Jóhannsdóttir
solveig@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
1900

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

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

LEIÐARAR



275

Guðmundur Björnsson

Þverfagleg verkja-meðferð á Landspítala gegnum árin

Þrátt fyrir eldmóð starfsmanna fékkst ekki hljómgrunnur fyrir því meðal stjórnenda að láta í té aðstöðu fyrir verkjateymið sem nauðsynleg var til þess að starfsemin dafnaði



277

Steinunn Þórðardóttir

Fagfólk til forystu

Mikilvægt er að horfa á kerfið í heild, innan og utan spítalans, og tryggja að sjúklingar fái rétta þjónustu á réttum tíma og á réttu þjónustustigi og að auðvelt sé að vísa sjúklingum rétta leið í kerfinu. Enginn er betur til þess fallinn að leiða þá vinnu en fagfólkið sjálft

FRÆÐIGREINAR

279

Árni Steinn Steinþórsson, Árni Johnsen, Martin Ingi Sigurðsson Sigurður Ragnarsson, Tómas Guðbjartsson

Langtímaárangur viðgerða vegna hrörnunartengds míturlokuleka á Íslandi

Míturlokuviðgerð er þriðja algengasta opna hjartaaðgerðin hérlendis á eftir kransæðahjáveitu og ósæðarlokuskiptum. Engu að síður eru þær aðeins 5% allra opinna hjartaaðgerða á Íslandi, sem er tæplega helmingi lægra hlutfall en í Svíþjóð (9%). Helsta ábending aðgerðarinnar er mikill eða meðal mikill míturlokuleki sem jafnan er skipt í hrörnunartengdan (*degenerative*) og starfrænan (*functional*) leka.

288

Kristján G. Guðmundsson

Fjölþætt svæðisbundið verkjaheilkenni – yfirlitsgrein

Sjúklingar lýsa mjög sárum verkjum; oft er notuð lýsingarorð eins og brennandi, skerandi og í pílum. Verkurinn er oftast í einum útlim, en getur verið í fleiri líkamshlutum, oftast sömu megin en það þarf þó ekki að vera. Samhliða verknum eru önnur líkamleg einkenni, eins og skert hreyfigeta, máttleysi, stirðleiki, skjálfti eða aukin vöðvaspenna. Þá verða einnig breytingar í húð, í upphafi bólga með roða og hita, sem síðar breytist á alllöngum tíma í fölva eða bláma og húðin verður köld viðkomu.

297

Haukur Kristjánsson, Jón Gunnlaugur Jónasson, Per Martin Silverborn, Sigríður Ólína Haraldsdóttir, Tómas Guðbjartsson

Fertug kona með hósta og brjóstverk – tilfelli mánaðarins

Hraust kona sem aldrei hafði reykt leitaði aftur og aftur til læknis vegna hósta, þyngslaverks fyrir brjósti og mæði. Lífsmörk voru eðlileg og skoðun ómarkverð, þar á meðal hjarta- og lungnahlustun.

Á FORSÍÐU

Hjarta – í míturlokuaðgerð á Landspítala

Hjarta er eitt mest brúkaða táknið af öllum á samskiptamiðlum þó ekki séu sjáanlegar beinar vísbendingar um mikla ást í heiminum. En það má þó alltaf ganga að henni vísri í skáldskap, - til dæmis hjá hinu áttræða nóbelskáldi Bob Dylan sem fæddist í borginni Dulúð við Lake Superior og í eftirfarandi ljóði er ástinni einna best pakkað saman á íslensku.



Mynd/Ragnar Th. Sigurðsson

Hjarta mitt

Ef hjarta mitt er valtast als hins valta
í völtum heim,
þá hlýt ég, ást mín, láta skeika að sköptu
við sköpum þeim,
og þó var, ást mín, síðan guðir geingu
um garða hér,
ei heitar unnað mjúkri mey á jörðu
af manni en þér.

En viljirðu, ást mín, hverfleik hjartans skilja:
að hált og valt
það er að elska, vona, treysta og vilja,
– þá veistu alt;
og svipulleikans tákn: mitt hálfa hjarta
– mitt heila líf –
mun aldrei verða vonsvik þín né glötun,
en vörn og hlíf.

Úr Fegurð himinsins, – síðasta hluta skáldsögunnar *Heimsljóss* eftir Halldór Laxness.
Tómas R. Einarsson samdi ljúfsáran bóleró við ljóðið.

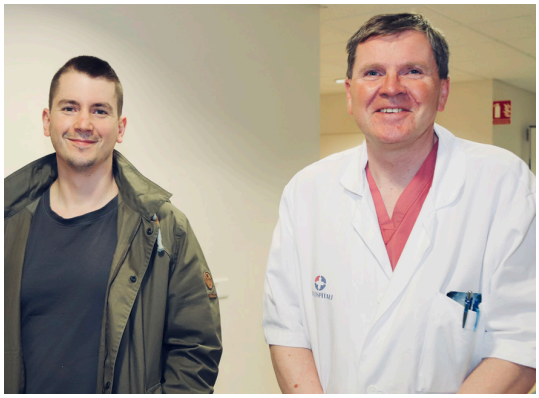
UMFJÖLLUN OG GREINAR

304
Vill sjá sama árangri náð með lyfjameðferð og skurðaðgerðum við offitu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



„Mér finnst erfið tilhugsun að við séum alltaf að meðhöndla sjúkdóma en vinnum ekki að því að fyrirbyggja þá," segir Guðrún Þuríður Höskuldsdóttir. Sérgreinin heilli enda framfarir miklar, sérstaklega litið til sykursýki 1; insúlínpumpum og blóðsykursmælum. Einnig í sykursýki 2. „Þar er lyfjaþróunin hröð." Hún nærist einnig á að fylgja sjúklingunum eftir og ná árangri með þeim. Gott sambandi við fólk skipti þar miklu



308
Vísindi eru okkar áhugamál

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Lyfjarannsóknir hafa horfið úr íslenskri vísindavinnu. Æ meira þrengir að læknum að stunda vísindi og umhverfið ólíkt því sem áður var, segir Gunnar Guðmundsson heiðursvísindamaður Landspítala 2021. Læknablaðið hitti Gunnar og Elías S. Eyþórsson, sem valinn var ungur vísindamaður Landspítala 2021, og ræddi sameiginlega áhugamálið: vísindi

311
Alþingiskosningar 2021

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Átta stjórnmálaflokkar svöruðu 9 spurningum Læknablaðsins um heilbrigðisþjónustuna vegna alþingiskosninganna 25. september næstkomandi. Svörin birtast í þremur tölublöðum, júní, júlí/ágúst og september



271
Við verðum að stíga fram og segja frá

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Rætt við Aðalbjörgu Björgvinsdóttur kvensjúkdómalækni

300
Fréttir

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



303
Stríðsþreyta

Salóme Arnardóttir

Meðferð við streitu og kulnun felur ekki bara í sér breytingu á ytra fyrirkomulagi heldur líka hugarfarsbreytingu

DAGUR Í LÍFI LÆKNIS Á SÓTTVARNASVIÐI



307

Guðrún Aspelund

09:30

Fæ mér kaffi, spjalla aðeins við vinnufélaga um helgina. Er heppin að vinna með kláru og skemmtilegu fólki

LIPUR PENNI



318
Aldur

Sigurður Guðmundsson

Hvert skeið hefur sín sérkenni, verkefni og vandamál, gleði- og tómstundir. Svo verður að koma í ljós hvernig himintunglin raða sér á festinguna um áttrætt

Auglýsing

Þverfagleg verkjameðferð á Landspítala gegnum árin



Guðmundur Björnsson

sérfræðingur í svæfinga- og gjörgæslulækningum með sérhæfingu í verkjalækningum á verkjamiðstöð Landspítala, Hringbraut og Holtasmára 1

gudmbjor@landspitali.is

Í blaði mánaðarins birtist grein um „fjölþætt svæðisbundið verkjaheilkenni“ eftir Kristján G. Guðmundsson lækni. Greinin tengist starfsemi á vegum Félags svæfinga- og gjörgæslulækna á Norðurlöndum, sem undirritaður hefur átt aðild að síðustu tvo áratugi. Félagið stendur meðal annars fyrir viðbótarmenntun í verkjafræðum (*advanced pain medicine*) fyrir sérfræðinga og er opin læknum í öðrum sérgreinum sem tengjast verkjum.

Heilkennið er dæmi um ástand sem á að meðhöndla á þverfaglegri verkjaklíník samkvæmt klínískum leiðbeiningum IASP.

Af því tilefni langar mig að rekja stuttlega sögu þverfaglegrar verkjameðferðar á Landspítala undanfarinn aldarfjórðung frá mínum sjónarhóli.

Á 10. áratugnum varð almenn vakning með auknum áhuga á verkjum og meðferð þeirra. Það leiddi til stofnunar Verkjafræðafélags Íslands sem eru þverfagleg samtök heilbrigðisstarfsfólks með áhuga á verkjum. Fyrsti vísir að þverfaglegri verkjameðferð á Landspítala, sem mér er kunnugt um, var samstarf læknanna Torfa Magnússonar og Ragnars Finnssonar í Fossvogi. Þeir hittu sjúklinga sameiginlega.

Um miðjan áratuginn hófst á Hringbraut samvinna þriggja lækna, þeirra Sigurðar Árnasonar, krabbameinslæknis, Halldórs Jónssonar, bæklunarlæknis, og undirritaðs ásamt Eiríki Líndal, sálfræðingi. Á reglulegum fundum var leitað lausna á fjölþættum vandamálum verkjasjúklinga.

Fleiri starfsstéttir bættust í hópinn, hjúkrunarfræðingar, lyfjafræðingur, sjúkraþjálfari, iðjuþjálfari, félagsráðgjafi, sem og fleiri læknar. Frumkvæðið var starfsfólksins. Var undantekning að tíma eða fjármunum væri sérstaklega veitt til þeirrar vinnu, en verkjateymi var staðreynd. Við höfðum í flimtingum, að tími okkar væri „stolinn“. Nær hefði verið að kalla hann gjöf starfsmanna til spítalans.

Þegar best lét, upp úr aldamótunum, störfuðu þverfagleg verkjateymi bæði á Hringbraut og í Fossvogi, sem stundum héldu sameiginlega fundi.

Samhliða urðu miklar framfarir á spítalanum í stillingu bráðaverkja í tengslum við skurðaðgerðir. Nefna má sídreypi í mænugöng og sjúklingastýrða verkjalyfjagjöf. Gísli Vigfússon leiddi þá vinnu.

Þó var einn galli á gjöf Njarðar. Ekki var til staðar neitt sem kallast gæti sérhæfð verkjamóttaka eða verkjamiðstöð. Þrátt fyrir eldmóð starfsmanna fékkst ekki hljómgrunnur fyrir því meðal stjórnenda að láta í té aðstöðu sem nauðsynleg var til þess að starfsemin dafnaði. Því fór svo að henni hnignaði og þessi góði hópur tvístraðist án þess að nýir kraftar fylltu skörðin. Að lokum hökti vélin á tveimur strokkum. Tveir starfsmenn, Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, hjúkrunarfræðingur, og undirritaður sinntu ráðgjafarbeiðnum, hvorugt í fullu starfi á þeim vettvangi. Á þeim tímapunkti, árið 2007, var verkjateymi Landspítalans formlega lagt niður.

Einsdæmi var á Norðurlöndum að helsta háskólasjúkrahús landsins hefði hvorki verkjateymi né verkjaklíník.

Verkjavandi sjúklinga hvarf vitanlega ekki við þetta, en beindist að miklu leyti í annan farveg.

Ég hélt áfram að sinna ráðgjafarbeiðnum vegna verkja frá deildum spítalans eftir því sem tími vannst til frá öðrum skyldum. Ákveðinn sjúklingahópur leitaði til mín persónulega.

Sex ár liðu, en fyrri hluta annars áratugarins jókst með nýju blóði aftur áhugi á að veita góða fjölþætta verkjameðferð á spítalanum. Þá reyndust viðhorf stjórnenda gagnvart mikilvægi þverfaglegrar verkjameðferðar jákvæðari en áður.

Undirbúningur að Verkjamiðstöð Landspítala hófst 2013. Hún tók til starfa 2014 með þátttöku þriggja svæfingalækna með þjálfun í sérhæfðum verkjalækningum og Sigríðar Zoëga, hjúrunarfræðings og sérfræðings í verkjum.

Þrátt fyrir eldmóð starfsmanna fékkst ekki hljómgrunnur fyrir því meðal stjórnenda að láta í té aðstöðu fyrir verkjateymið sem nauðsynleg var til þess að starfsemin dafnaði

Starfsemin átti loks ákveðinn samastað. Umfang hennar hefur aukist ár frá ári og starfsfólki fjölgað. Þverfaglegt verkjateymi tók jafnframt til starfa. Verkjamiðstöð sinnir nú einnig utanaðkomandi tilvísunum og biðlistar hafa lengst síðustu árin, einkum eftir ýmsum verkjastillandi inngripum sem krefjast gegnumlýsingar og skurðstofuaðstöðu. Skortur er á slíkri aðstöðu á Landspítala.

Árið 2019 kom Bjarni Valtýsson, svæfingalæknir, til liðs við verkjamiðstöð Landspítala og þá hófust einnig viðræður um formlegt samstarf spítalans og Corpus Medica með aðkomu Sjúkratrygginga Íslands. Þær báru ávöxt í byrjun þessa árs með aukinni aðstöðu verkjamiðstöðvar til móttöku sjúklinga og verkjastillandi inngripa í Holtasmára 1. Starfsemin á Hringbraut helst að mestu óbreytt.

Senn líður að starfslokum hjá mér en ég sé fyrir mér að Verkjamiðstöðin muni þróast áfram með nýjum starfskröftum og aukinni þekkingu. Þegar nýr meðferðarkjarni Landspítala verður tekinn í notkun tel ég að verkjamiðstöð verði mikilvægur hlekkur í starfseminni þar með aðstöðu á einum stað sem sjálfstæð eining.

Multidisciplinary Pain Treatment at Landspitali through the years

Guðmundur Björnsson
MD, specialist in anesthesia and intensive care with special training in advanced pain medicine.
Landspitali, The National University Hospital, Iceland

doi 10.17992/lbl.2021.06.637

Auglýsing

Fagfólk til forystu



Steinunn Þórðardóttir
sérfræðingur í lyf- og öldrunarlækningum, yfirlæknir heilabilunareiningar Landspítala, formaður Læknaráðs Landspítala
steintho@landspitali.is

Íslenskt samfélag býr svo vel að eiga heilbrigðisstarfsfólk í fremstu röð. Margt af því hefur dvalið langdvölum erlendis og hlotið menntun hjá virtustu háskólum og háskólasjúkrahúsum heims, aflað sér víðtækrar reynslu og þekkingar og stundað vísindastörf á heimsmælikvarða. Slíkur mannauður er ómetanlegur og hefur æ ofan í æ skipað íslenska heilbrigðiskerfinu í efstu sætin í alþjóðlegum samanburði. Í heimsfaraldri COVID-19 hafa stjórnendur heilbrigðiskerfisins borið gæfu til að treysta þessum mannauði til að leiða viðbragð okkar við faraldrinum, bæði á landsvísu og innan einstakra stofnana. Heilbrigðisstarfsfólki, sem vant er að vinna framlínustörf í beinum tengslum við sjúklinga, voru falin raunveruleg völd og heimild til að taka mikilvægar ákvarðanir með reynslu og menntun sína að leiðarljósi. Úr þessum jarðvegi spratt meðal annars COVID-19-göngudeildin, en starfið sem unnið er þar hefur hlotið einróma lof fyrir fagmennsku, skilvirkni, frábæra nálgun og stuðning við þá sjúklinga sem deildin sinnir. Á deildinni voru nýjar og snjallar tæknilausnir þróaðar á ógnarhraða og vísindastarf blómstraði.

Því miður er ljóst að þegar faraldrinum lýkur og rykið sest munu gömlu brotalamirnar í rekstri heilbrigðiskerfisins skjóta aftur upp kollinum. Sem lækni er mér hugleikin æ minni aðkoma lækna og fagfélaga þeirra að stjórnun og þeirri ákvarðanatöku sem sannanlega snýr að lækningum. Vissulega er boðað til samráðsfunda og vinnustofa með reglulegu millibili, en raunveruleg áhrif slíks samráðs á stefnumótun eru óljós, stundum engin, og eftirfylgd skortir.

Lækna- og Hjúkrunarráð Landspítala voru þurrkuð út úr lögum og aðkoma fagfólks spítalans að stefnumótun og ráðgjöf innan hans þannig torvelduð enn frekar. Brotthvarf Lækna- og Hjúkrunarráðs úr skipuriti spítalans leggur einnig stein í götu vísindastarfs innan veggja hans, sem alla jafna er talið svo nauðsynlegt. Frábær sjúkraskrárlausn, Heilsugátt, hönnuð af fagfólki í framlínunni af mikilli elju og litlum efnum, hefur ekki hlotið þann stuðning og brautargengi sem hún á svo sannarlega skilið.

Hlutverk Landspítala er illa skilgreint og of umfangsmikið, en það, auk víðtækra gloppa í kerfinu utan spítalans, birtist í útskriftarvanda, erfiðu starfsumhverfi, allt of hárri rúmanýtingu og glundroða á bráðamóttökunni. Fagfólk spítalans býr við þann veruleika að bera ábyrgð án raunverulegs valds, þar sem einstakir starfsmenn eiga á hættu að vera ákærðir fyrir mistök sem verða vegna fjárskorts, ómanneskjulegs vinnuálags og ófullnægjandi starfsumhverfis.

Dvínandi vægi vísindastarfs innan háskólasjúkrahússins með versnandi árangri í alþjóðlegum samanburði er einnig gríðarlegt áhyggjuefni.

Lykillinn að því að tryggja gæði og velsæld heilbrigðisþjónustunnar við landsmenn til framtíðar er að hlúa að mannauðnum sem þjónustuna veitir. Tryggja þarf aðkomu heilbrigðismenntaðs starfsfólks í framlínu að raunverulegri ákvarðanatöku, en hluti af því væri endurreisn Lækna- og Hjúkrunarráðs Landspítala innan ramma laganna þótt það væri einungis lítið skref í langri vegferð. Mikilvægt er að horfa á kerfið í heild, innan og utan spítalans, og tryggja að sjúklingar fái rétta þjónustu á réttum tíma og á réttu þjónustustigi og að auðvelt sé að vísa sjúklingum rétta leið í kerfinu. Enginn er betur til þess fallinn að leiða þá vinnu en fagfólkið sjálft.

Tryggja þarf vænlegt starfsumhverfi og góða öryggismenningu þar sem einstakir starfsmenn eru ekki kallaðir til ábyrgðar fyrir kerfislægar brotalamir. Forgangsraða þarf sameiginlegu sjúkraskrárkerfi á landsvísu sem samtengir alla þjónustuveitendur og er hannað af fagfólki, með þarfir fagfólks og öryggi sjúklinga að leiðarljósi.

Mikilvægt er að horfa á kerfið í heild, innan og utan spítalans, og tryggja að sjúklingar fái rétta þjónustu á réttum tíma og á réttu þjónustustigi og að auðvelt sé að vísa sjúklingum rétta leið í kerfinu. Enginn er betur til þess fallinn að leiða þá vinnu en fagfólkið sjálft

Að lokum þarf að tryggja veg og vanda vísindastarfs á eina háskólasjúkrahúsi landsins, en öflugt vísindastarf dregur sannanlega að sér hæft og metnaðarfullt starfsfólk og skilar meira fjármagni í ríkiskassann en það tekur. Bæta mætti umgjörð vísindastarfs umtalsvert með veglegum samkeppnissjóði helguðum heilbrigðisvísindum og mun hærri fjárframlögum til vísindastarfs innan Landspítala sem eyrnamerkt væri þeim verkefnum og ekki skert þegar harðnar í ári í daglegum rekstri. Tryggja þarf vísindafólki á spítalanum verndaðan tíma og nauðsynlega innviði því til stuðnings.

Ég skora á alþingi, heilbrigðisráðherra og stjórnendur í heilbrigðiskerfinu að stórauka samráð við fagfólk í framlínu og nýta menntun þeirra og reynslu í mun ríkari mæli en nú er gert. Ég skora á sömu aðila að styrkja verulega stoðir vísindastarfs á Landspítala, en í því býr fjöregg heilbrigðisþjónustunnar til framtíðar. Við erum öll tilbúin í samtalið.

Put health care professionals in the lead

Steinunn Þórðardóttir MD Consultant geriatrician, Department of Geriatric Medicine, Head of the Dementia Unit at Landspitali, The National University Hospital of Iceland

doi 10.17992/lbl.2021.06.638

Auglýsing

Langtímaárangur viðgerða vegna hrörnunartengds míturlokuleka á Íslandi

Árni Steinn Steinþórsson[1] læknanemi
Árni Johnsen[3] læknir
Martin Ingi Sigurðsson[1,2] læknir
Sigurður Ragnarsson[4] læknir
Tómas Guðbjartsson[1,3] læknir

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]svæfinga- og gjörgæsludeild, [3]hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala, [4]hjarta- og lungnaskurðdeild háskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð.

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

ÁGRIP

INNGANGUR

Hrörnunartengdur míturlokuleki er helsta ábendingin fyrir míturlokuviðgerð á Vesturlöndum. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna langtímalifun og fylgikvilla míturlokuviðgerða vegna hrörnunartengds leka á Íslandi.

EFNI OG AÐFERÐIR

Rannsóknin var afturskyggn og náði til 101 sjúklings (meðalaldur 57,7 ár, 80,2% karlar) sem gengust undir míturlokuviðgerð vegna hrörnunartengds leka á Landspítala 2004-2018. Skráðar voru ábendingar fyrir aðgerð, niðurstöður hjartaómunar fyrir aðgerð og aðgerðartengdir þættir. Snemmkomnir (<30 daga) og síðkomnir fylgikvillar voru skráðir og reiknuð 30 daga dánartíðni. Langtímalifun og MACCE (*major adverse cardiac and cerebrovascular event*) frí lifun var áætluð með aðferð Kaplan-Meier og borin saman við almennt þýði af sama kyni og aldri. Miðgildi eftirfylgdartíma var 83 mánuðir.

NIÐURSTÖÐUR

Að meðaltali voru gerðar 6,7 (bil 1-14) míturlokuviðgerðir árlega og fengu 99% sjúklinga gervihring. Brottnám á aftara blaði var framkvæmt í 82,2% tilfella og Gore-Tex® gervistög notuð hjá 64,4% sjúklinga. Alvarlegir fylgikvillar greindust hjá 28,7% sjúklinga, algengastir voru hjartadrep tengt aðgerð (11,9%) og enduraðgerð vegna blæðingar (8,9%). Þrjátíu daga dánarhlutfall var 2%, miðgildi dvalar á gjörgæslu einn dagur og heildarlegutími 8 dagar. Einn sjúklingur þurfti enduraðgerð síðar vegna endurtekins míturlokuleka. Fimm ára lifun eftir aðgerð var 93,5% (95%-ÖB: 88,6-98,7) og 10 ára lifun 85,3% (95%-ÖB: 76,6-94,9). Fimm ára MACCE-frí lifun var 91,1% (95%-ÖB: 85,3-97,2) og eftir 10 ár 81,0% (95%-ÖB: 71,6-91,6). Ekki reyndist marktækur munur á heildarlifun rannsóknarhópsins samanborið við samanburðarþýðið (p=0,135, log-rank próf).

ÁLYKTUN

Árangur míturlokuviðgerða vegna hrörnunartengds leka er sambærilegur við árangur á stærri hjartaskurðdeildum erlendis. Almennt farnast þessum sjúklingum ágætlega til lengri tíma þrátt fyrir að snemmkomnir fylgikvillar séu tíðir.

Inngangur

Míturlokuviðgerð er þriðja algengasta opna hjartaaðgerðin hérlendis á eftir kransæðahjáveitu og ósæðarlokuskiptum.[1] Engu að síður eru þær aðeins 5% allra opinna hjartaaðgerða á Íslandi,[1] sem er tæplega helmingi lægra hlutfall en í Svíþjóð (9%).[2] Helsta ábending aðgerðarinnar er mikill eða meðalmikill míturlokuleki sem jafnan er skipt í hrörnunartengdan (*degenerative*) og starfrænan (*functional*) leka.[3,4]

Hrörnunarbreytingar geta lagst á lokublöð, stög og hring míturlokunnar sem veldur framfalli á öðru eða báðum blöðum lokunnar með tilheyrandi míturlokuleka.[4-6] Barlow-sjúkdómur og trefjabandvefssjúkdómur (*fibroelastic deficiency*) eru algengustu hrörnunarsjúkdómar í míturlokunni. Barlow-sjúkdómur veldur þykknun á lokublöðum og lokustögum en við það breytist afstaða lokublaðanna og eru þessar breytingar oftast bundnar við míturlokuna.[4] Við trefjabandvefssjúkdóm eru lokublöð og stög hins vegar þunn og eftirgefanleg sem getur jafnvel valdið rofi á lokustögum.[5,7,8]

Starfrænn leki í míturloku er töluvert frábrugðinn leka vegna hrörnunar. Algengasta orsök hans er blóðþurrðarsjúkdómur í hjarta sem veldur skertum samdrætti í vöðvanum og truflar þar með starfsemi totuvöðva. Skert totuvöðvastarfsemi getur einnig sést við langvinnt gáttatif en auk þess getur stækkun á vinstri slegli, til dæmis vegna blóðþurrðar eða hjartavöðvakvilla (*cardiomyopathy*),

valdið stækkun á míturlokuopi, teygt á lokublöðum og lokustögum og þannig orsakað miðlægan leka í lokunni. Loks getur brátt hjartadrep valdið lífshættulegum míturlokuleka ef totuvöðvi rofnar.[3,4] Sjaldgæfari orsakir míturlokuleka eru hjartaþelsbólga (*endocarditis*), kölkun á míturlokuhring og gigtsótt (*rheumatic heart disease*)[4] en lekinn getur einnig tengst bandvefssjúkdómum eins og heilkenni Marfans eða Ehlers-Danlos.

Í eldri rannsókn á sjúklingum sem gengust undir míturlokuviðgerð á Landspítala 2001-2012 höfðu 56% sjúklinganna hrörnunartengdan leka og 44% starfrænan leka.[9] Sjúklingar í fyrrnefnda hópnum voru umtalsvert yngri og oftast með einangraðan lokuleka. Það skýrði bætta langtímalifun þeirra borið saman við sjúklinga með starfrænan leka og sem oftast höfðu blóðþurrð í hjarta.[9] Míturlokuviðgerðum vegna starfræns leka hefur fækkað erlendis því slík aðgerð samhliða kransæðahjáveituaðgerð virðist lítið bæta horfur miðað við hjáveituaðgerð eingöngu.[10]

Mælt er með því að sjúklingar með einkenni hjartabilunar sem rekja má til hrörnunartengds míturlokuleka gangist undir skurðaðgerð.[11] Sama á við um einkennalausa sjúklinga þar sem starfsemi vinstri slegils er skert (útfallsbrot ≤60% eða þvermál vinstri slegils í lok slagbils ≥45 mm).[11] Aðgerðin felst oftast í brottnámi á þeim hluta lokunnar sem framkallar lekann eða ísetningu polytetrafluoroethylene (Gore-Tex®) staga til að vinna á móti framfalli lokublaðanna. Til að styrkja lokuopið og auka líkur á að viðgerðin haldi til lengri tíma er saumaður hringur eða band úr gerviefni umhverfis lokuna.[12]

Á sérhæfðum sjúkrahúsum erlendis er unnt að gera við lokuleka tengdan hrörnun í yfir 85-90% tilfella.[12] Að öðrum kosti er skipt um lokuna, annaðhvort með lífrænni gerviloku eða ólífrænni úr hertu kolefni.[13] Árangur míturlokuviðgerða vegna hrörnunarleka er mjög góður og í erlendum rannsóknum lifa 98% sjúklinga aðgerðina af og rúmlega 80% eru á lífi 5 árum eftir aðgerð.[12,14] Auk þess er tíðni enduraðgerða mjög lág 5 árum eftir aðgerð, eða 4%.[8,15] Víða erlendis eru míturlokuviðgerðir gerðar í auknum mæli með speglunartækni (*endoscopic mitral valve repair*) eða með hjálp aðgerðarþjarka (*robotic mitral valve repair*) með sambærilegum árangri og eftir hefðbundna viðgerð.[16]

Í fyrrnefndri rannsókn á árangri míturlokuviðgerða var einblínt á snemmkomna fylgikvilla af öllum ábendingum fram til ársloka 2018.[9] Markmið þessarar rannsóknar var því að kanna langtímalifun og fylgikvilla míturlokuviðgerða vegna hrörnunartengds míturlokuleka á Íslandi.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og náði til 101 sjúklings sem gekkst undir míturlokuviðgerð vegna hrörnunartengds míturlokuleka á Landspítala frá 1. janúar 2004 til 31. desember 2018. Leitað var að sjúklingum í tveimur aðskildum skrám, annars vegar í aðgerðaskrá hjarta- og lungnaskurðdeildar Landspítala en einnig í sjúklingabókhaldi Landspítala þar sem leitað var að aðgerðanúmerum fyrir míturlokuviðgerðir (FKSA00, FKSA10, FKSA20, FKSA96, FKSB00, FKSB10, FKSB96, FKSC00, FKSC10, FKSC20, FKSC30, FKSC40, FKSC50, FKSC60, FKSC96, FKW96). Hvorki voru teknir með sjúklingar sem gengust undir enduraðgerð á míturloku, né heldur aðgerðir þar sem ljóst var frá upphafi að lokan væri ekki viðgerðarhæf og því ákveðið að gera beint lokuskipti. Í fjórum tilvikum var reynd viðgerð en aðgerðinni var breytt í lokuskipti og er sérstaklega gerð grein fyrir afdrifum þeirra í niðurstöðum.

Mælt er með því að sjúklingar með einkenni hjartabilunar sem rekja má til hrörnunartengds míturlokuleka gangist undir skurðaðgerð

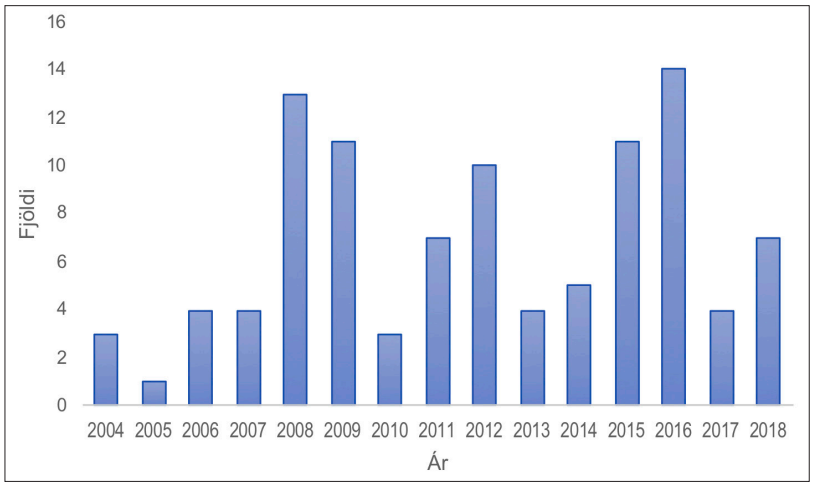
Klínískar upplýsingar fengust úr sjúkraskrám, aðgerðarlýsingum og svæfingarskýrslum. Í rafrænan gagnagrunn voru færðar yfir 150 breytur, meðal annars upplýsingar um aldur, kyn, hæð og þyngd ásamt líkamsþyngdarstuðli (*Body Mass Index*). Einnig var skráð hvort saga væri um kransæðasjúkdóm og helstu áhættuþætti kransæðasjúkdóms, langvinna lungnateppu, nýrnabilun, hjartsláttaróreglu, útæðasjúkdóm og heilablóðfall. Hjartaöng fyrir aðgerð var metin með CCS-flokkun (Canadian Cardiovascular Society) og NYHA-flokkun (New York Heart Association) fyrir einkenni hjartabilunar.[17,18]

Farið var nákvæmlega yfir niðurstöður hjartaómunar fyrir aðgerð, meðal annars stærð og þykkt vinstri slegils, stærð vinstri gáttar, útfallsbrot (*ejection fraction*) vinstri slegils, slagæðaþrýsting í lungnablóðrás og hvort leki eða þrengsli sáust í ósæðarloku. Einnig var skráð hvort rof sást á lokustögum og leki í míturlokunni metinn á skala frá einum (vægur leki) upp í þrjá (mikill leki) sem er viðurkenndur mælikvarði á míturlokuleka og víða notaður í sambærilegum rannsóknum erlendis.[19] EuroSCORE II[20] var reiknað út frá upplýsingum í sjúkraskrá þar sem einnig var farið yfir niðurstöður ómskoðana. Útfallsbrot vinstra slegils undir 60% var metið sem skert og meðallungnaháþrýstingur ≥31 mmHg metinn sem hækkaður og sem alvarlegur þegar hann mældist yfir 55 mmHg.[20] ASA-flokkun (American Association of Anesthesiology) sem metur áhættu við svæfingu fékkst úr svæfingarskýrslum.[21]

Skráð var hvort aðgerðirnar hefðu verið gerðar sem valaðgerðir, í flýtingu eða sem bráðaaðgerðir en einnig hvort önnur hjartaaðgerð hefði verið framkvæmd samtímis lokuviðgerðinni, til dæmis kransæðahjáveituaðgerð og/eða ósæðarlokuskipti. Einnig var aðgerðartími, vélartími (tími á hjarta og lungnavél) og tangartími skráður í mínútum, tegund og stærð gervihrings, hvort brottnám var gert á hluta lokublaðs, eða notast við gervistög úr GoreTex® eða Alfieri-saum.

Legutími var skráður í dögum, bæði á gjörgæslu og á legudeild. Þá var magn blæðingar fyrstu tvo sólarhringana eftir aðgerð skráð líkt og gildi kreatíníns í sermi og hjartavísanna CK-MB og TnT. Metið var hvort sjúklingar fengu bráðan nýrnaskaða (*acute kidney injury*) innan tveggja sólarhringa eftir aðgerð samkvæmt alþjóðlegum RIFLE-skilmerkjum.[22] Hjartadrep tengt aðgerð var skilgreint sem hækkun á hjartavísinum CK-MB yfir 70 µg/L eftir aðgerð en miðað var við hækkun yfir 100 µg/L hjá þeim sem samtímis gengust undir Maze-brennsluaðgerð vegna gáttatifs. Auk þess þurftu að vera til staðar nýjar breytingar á hjartalínuriti eins og óeðlilegar Q-bylgjur og/eða vinstra greinrof eða merki um nýlegt hjartadrep á hjartaómun eftir aðgerð.[23]

Snemmkomnir fylgikvillar voru skilgreindir sem fylgikvillar sem greindust allt að 30 dögum eftir aðgerð og þeir flokkaðir í alvarlega og minniháttar. Til alvarlegra fylgikvilla töldust enduraðgerð vegna blæðingar, hjartadrep sem tengdist aðgerð (*perioperative myocardial infarction*), hjartaþröng (*tamponade*), bráður nýrnaskaði og sýklasótt (*sepsis*). Heilablóðfall taldist einnig til alvarlegra fylgikvilla, sem og hjartabilun þar sem þörf var á ósæðar-



Mynd 1. *Fjöldi míturlokuviðgerða vegna hrörnunartengds leka á Landspítala 2004-2018.*

(*intraaortic balloon pump*, IABP) eða ECMO-dælu (*extracorporeal membrane oxygenation*) eftir aðgerðina. Loks var ísetning gangráðs eða bjargráðs vegna gátta-sleglarofs og hæga-hraðatakts (*sick sinus syndrome*) flokkuð sem alvarlegur fylgikvilli. Til minniháttar fylgikvilla töldust nýtilkomnar hjartsláttartruflanir (gáttatif/-flökt), hjartabilun (þörf á samdráttarhvetjandi lyfjum í meira en sólarhring eftir aðgerð) og yfirborðssýking í skurðsári, þvagfærasýking, lungnabólga og þörf fyrir aftöppun fleiðru- eða gollurshúsvökva. Loks var skráð dánartíðni í legu (*hospital mortality*) og innan 30 daga (*operative mortality*).

Upplýsingar um heildarlifun (*all cause mortality*) voru fengnar frá miðlægri dánarmeinaskrá Embættis landlæknis en eftirfylgdartími miðaðist við 31. desember 2019 og var meðaleftirfylgdartími 83 mánuðir (miðgildi 80 mánuðir, bil 0-191). Langtímafylgikvillar og endurinnlagnir sem tengdust hjarta- og æðakerfi voru skráð með leit í rafrænni sjúkraskrá. Til þeirra töldust kransæðastífla, kransæðavíkkun, heilablóðfall, endurtekin míturlokuviðgerð og dauði, sem áttu sér stað meira en 30 dögum eftir aðgerð. Þessar breytur voru teknar saman í einn sameiginlegan endapunkt sem kallast MACCE.

Tölfræðiúrvinnsla

Upplýsingar voru skráðar í Microsoft Excel, útgáfu 16.35. Lýsandi tölfræði var unnin í tölfræðiforritinu R, útgáfu 3.6.2 (R Foundation for Statistical Computing, 2016) með Rstudio, útgáfu 1.2.5033, fyrir Mac. Flokkabreytum er lýst með fjölda (%) og normaldreifðum talnabreytum með meðaltölum og staðalfráviki en gefin upp miðgildi og bil fyrir talnabreytur sem ekki töldust normaldreifðar við skoðun á QQ-mynd. Poisson-aðhvarfsgreining var notuð til að meta þróun á fjölda aðgerða á rannsóknartímabilinu og var leiðrétt fyrir mannfjölda samkvæmt upplýsingum frá Hagstofu.[24] Aðferð Kaplan-Meiers var notuð til að reikna bæði heildarlifun og MACCE-fría lifun. Lifun íslensks viðmiðunarhóps af sama kyni og aldri var metin með upplýsingum frá The Human Mortality Database.[25] Samanburður á lifunarkúrfum var gerð með log-rank prófi. Tölfræðileg marktækni miðaðist við p-gildi <0,05.

Tafla I. Sjúklingatengdir þættir. Gefinn er upp fjöldi (%) nema meðaltal með staðalfráviki fyrir aldur og miðgildi [lægsta gildi,hæsta gildi] fyrir EuroSCORE II.

	Heildarfjöldi (n=101)
Karlar	81 (80,2)
Aldur við lokuviðgerð	57,7 ± 13,5
Líkamsþyngdarstuðull ≥ 25 kg/m^2	57 (58,8)
Fyrri saga um:	
hjartaaðgerð	5 (5,0)
takttruflanir	28 (27,7)
heilablóðfall	5 (5,0)
kransæðasjúkdóm	19 (18,8)
langvinna lungnateppu	3 (3,0)
Áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma	
Saga um reykingar	44 (43,6)
Háþrýstingur	34 (33,7)
Blóðfituhækkun	29 (28,7)
Sykursýki	3 (3,0)
NYHA-flokkur	
III + IV	51 (50,5)
ASA-flokkur	
III + IV	84 (83,2)
EuroSCORE II	1,17 [0,5;12,79]

Áður en rannsóknin hófst lágu fyrir öll tilskilin leyfi frá Vísindasiðanefnd (VSN 10-009-V7), Persónuvernd og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala.

Niðurstöður

Á þeim 15 árum sem rannsóknin náði til var framkvæmd 101 míturlokuviðgerð vegna hrörnunartengds míturlokuleka á Landspítala. Að meðaltali voru þetta 6,7 aðgerðir á ári (mynd 1) eða allt frá einni aðgerð árið 2005 upp í 14 aðgerðir árið 2016. Þegar leiðrétt var fyrir mannfjölda á Íslandi varð ekki marktæk fjölgun aðgerða á rannsóknartímabilinu (p=0,07). Í fjórum tilfellum til viðbótar var lagt upp með viðgerð en breyta varð í míturlokuskipti af ástæðum sem iðulega voru tæknilegar. Viðgerðarhlutfallið var því 101/105 eða 96,2% (95% - ÖB: 92,5-99,8). Í töflu I er yfirlit yfir sjúklingatengda þætti. Meðalaldur sjúklinga var tæp 58 ár og var meirihlutinn karlar (80,2%). Þriðjungur sjúklinga var með sögu um takttruflanir (27,7%) og tæplega fimmtungur með undirliggjandi kransæðasjúkdóm (18,8%). Af áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma voru reykingar algengastar (43,6%) en þar á eftir komu háþrýstingur (33,7%) og hækkun á blóðfitum (28,7%). Fyrir aðgerð voru 90% sjúklinga komnir með einkenni hjartabilunar, þar af helmingur (50,5%) alvarlega hjartabilun (NYHA-flokkar III-

Tafla II. Helstu niðurstöður hjartaómskoðunar fyrir aðgerð. Gefin eru upp meðaltöl með staðalfráviki eða fjöldi (%).

	Heildarfjöldi (n=101)
Stærð hjartahólfa	
Þvermál vinstri slegils við lok hlébils (mm)	56 ± 9
Þvermál vinstri slegils við lok slagbils (mm)	39 ± 8
Þykkt vinstri slegils (mm)	11 ± 2
Þvermál vinstri gáttar (mm)	45 ± 7
Útstreymisbrot vinstri slegils	
≤30%	1 (1,0)
31-59%	29 (28,7)
≥60%	71 (70,3)
Lungnaháþrýstingur	
31-55 mmHg	23 (22,8)
>55 mmHg	8 (7,9)
Mikill míturlokuleki	77 (76,2)
Slitið lokustag	50 (49,5)
Ósæðarlokuleki	13 (12,9)
Ósæðarlokuþrengsli	2 (2,0)

Tafla III. Aðgerðartengdir þættir, legutími og blæðingar eftir aðgerð. Gefinn er upp fjöldi (%), meðaltal með staðalfráviki eða miðgildi [lægsta gildi, hæsta gildi].

	Heildarfjöldi (n=101)
Bráðaaðgerð	3 (3,0)
Önnur aðgerð samtímis	60 (59,4)
Kransæðahjáveituaðgerð	18 (17,8)
Ósæðarlokuskipti	5 (5,0)
Viðgerð á þríblöðkuloku	24 (23,8)
Maze-aðgerð	21 (20,8)
Önnur aðgerð	20 (19,8)
Aðgerðartími (mínútur)	239 [127,761] [a]
Tími á hjarta og lungnavél (mínútur)	139 [60,708] [b]
Tangartími (mínútur)	102 [49,398] [c]
Tími í öndunarvél (klukkustundir)	12 [0,216] [d]
Legutími	8 [0,34]
Gjörgæsla	1 [0,10]
Legudeild	7 [0,27]
Blæðing fyrsta sólarhring eftir aðgerð (mL)	530 [0,2300]
Gervihringur	100 (99,0)
Stærð (mm)	30 ± 2
Brottnám á hluta lokublaðs	83 (82,2)
Eingöngu fremra	1 (1,2)
Eingöngu aftara	80 (96,4)
Bæði fremra og aftara	2 (2,4)
Sjúkdómsmynd í fremra lokublaði	
Framfall	32 (31,7)
Þrengsli	1 (1,0)
Hvorki framfall né þrengsli	68 (67,3)
Sjúkdómsmynd í aftara lokublaði	
Framfall	88 (87,1)
Þrengsli	1 (1,0)
Hvorki framfall né þrengsli	12 (11,9)
GoreTex® gervistög	65 (64,4)
Alfieri-saumur	1 (1,0)

[a]Upplýsingar um aðgerðartíma vantaði hjá 9 sjúklingum, [b]vélartíma vantaði hjá þremur sjúklingum, [c]tangartíma hjá þremur sjúklingum, [d]tíma á öndunarvél hjá 13 sjúklingum og [e]blæðingu fyrsta sólarhringinn eftir aðgerð hjá 55 sjúklingum.

IV) en einnig voru 83,2% sjúklinga í ASA-flokki III eða IV. Miðgildi EuroSCORE II fyrir hópinn var 1,17 (bil 0,5-12,79).

Niðurstöður hjartaómunar fyrir aðgerð má sjá í töflu II. Þvermál vinstri slegils var að meðaltali 56 ± 9 mm í lok hlébils og 39 ± 8 mm í lok slagbils. Þvermál vinstri gáttar var að meðaltali 45 ± 7 mm og þykkt vinstri slegils 11 ± 2 mm. Tæplega þriðjungur sjúklinga (28,7%) var með skert útfallsbrot (<60%) og um þriðjungur (30,7%) með lungnaháþrýsting (>30 mmHg í slagbilsþrýstingi). Meirihluti sjúklinga var með mikinn míturlokuleka (76,2%) og helmingur hafði slitið lokustag (49,5%) á hjartaómun fyrir aðgerð.

Aðgerðartengdir þættir eru sýndir í töflu III. Miðgildi aðgerðartíma var 239 mínútur (bil 127-761) en þar af var vélartími 139 mínútur (bil 60-708) og tangartími 102 mínútur (bil 49-398).

Bæði vélar- (167 mínútur) og tangartími (118 mínútur) voru lengri ef sjúklingar gengust undir aðra hjartaaðgerð samhliða (p=0,02). Rúmlega helmingur sjúklinga (59,4%) gekkst undir aðra aðgerð samhliða míturlokuviðgerð en þar voru algengastar viðgerðir á þríblöðkuloku (23,8%), Maze-aðgerð (20,8%) og kransæðahjáveita (17,8%). Í aðgerðinni fengu allir sjúklingar nema einn gervihring og brottnám á hluta lokublaðs var framkvæmt hjá 82,2% sjúklinga, oftast á aftara lokublaði (96,4%). Í aðgerð reyndist framfall á aftara (87,1%) blaði mun algengara en á því fremra (31,7%) en 21,8% voru bæði með framfall á fremra og aftara blaði. Gore-Tex® gervistög voru sett hjá 64,4% sjúklinga, annaðhvort til að bæta slitin lokustög eða til að styðja við lokustög sem höfðu lengst eða voru að öðru leyti skemmd.

Miðgildi legutíma eftir aðgerð var 8 dagar (bil 0-34), þar af einn dagur á gjörgæslu (bil 0-10). Legutími var lengri hjá þeim sem gengust undir Maze-brennsluaðgerð samhliða míturlokuviðgerðinni (9,7 dagar) samanborið við þá sem fóru ekki í Maze (7,1 dagur) (p=0,02). Fyrstu 30 dagana eftir aðgerð greindust alvarlegir fylgikvillar hjá 29 sjúklingum (28,7%) og minniháttar fylgikvillar hjá 60 sjúklingum (59,4%) (tafla IV). Algengasti alvarlegi fylgikvillinn var hjartadrep sem tengdist aðgerð (11,9%) en næst á eftir komu enduraðgerðir vegna blæðingar (8,9%). Aðrir alvarlegir fylgikvillar voru sjaldgæfari en enginn sjúklingur fékk djúpa bringubeinssýkingu, bráðan lungnaskaða eða nýrnaskaða sem krafðist blóðskilunar. Algengustu minniháttar fylgikvillarnir voru nýtilkomið gáttatif/-flökt (43,8%) og væg hjartabilun (20,8%). Þá voru 11 sjúklingar sem þurftu aftöppun á annaðhvort fleiðruvökva (7,9%) eða gollurshúsvökva (3,0%). Tveir sjúklingar (2%) létust innan 30 daga frá aðgerð.

Í töflu IV má sjá síðkomna fylgikvilla (> 30 dögum eftir aðgerð). Tíu sjúklingar (9,9%) fengu meðal eða mikinn endurkominn míturlokuleka á eftirfylgdartímabilinu og svipaður fjöldi þurfti innlögn vegna langvinnrar hjartabilunar (10,9%). Fjórir sjúklingar fengu

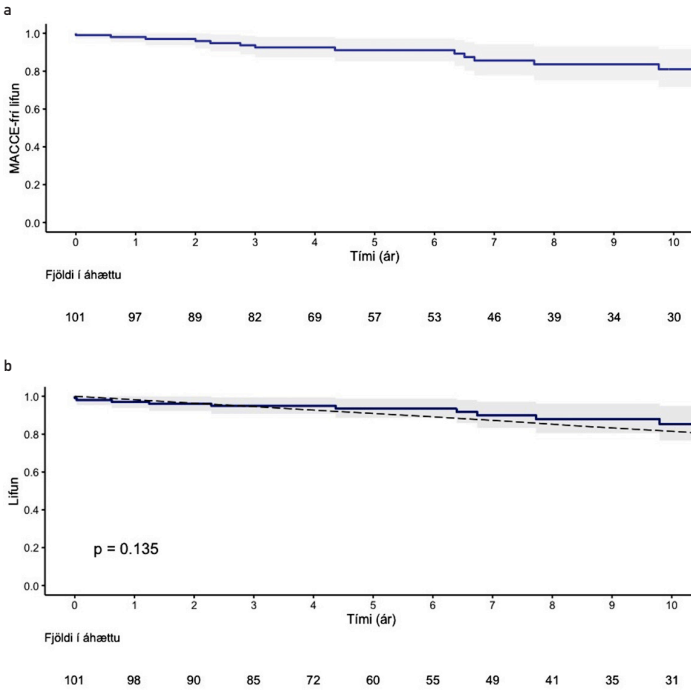
Tafla IV. Snemmkomnir og síðkomnir (>30 dögum eftir aðgerð) fylgikvillar. Sjúklingur getur haft fleiri en einn fylgikvilla. Fjöldi (%).

	Heildarfjöldi (n=101)
Alvarlegir snemmkomnir fylgikvillar	29 (28,7)
Hjartadrep tengt aðgerð	12 (11,9)[a]
Enduraðgerð vegna blæðingar	9 (8,9)
Enduraðgerð af öðrum ástæðum	1 (1,0)
Þörf á ósæðardælu	6 (5,9)
Ígræddur gangráður	4 (4,0)
Ígræddur bjargráður	2 (2,0)
Hjartaþröng	1 (1,0)
Bráður nýrnaskaði	3 (3,0)
Blóðsýking	1 (1,0)
Minniháttar snemmkomnir fylgikvillar	60 (59,4)
Fleiðruvökvi sem krafðist aftöppunar	8 (7,9)
Gollurshúsvökvi sem krafðist aftöppunar	3 (3,0)
Lungnabólga	3 (3,0)
Nýtilkomið gáttatif/-flökt	32 (43,8)[b]
Þvagfærasýking	3 (3,0)
Væg hjartabilun	21 (20,8)[c]
Yfirborðssýking í skurðsári	7 (6,9)
Síðkomnir fylgikvillar (>30 dögum eftir aðgerð)	
Endurkominn meðal eða mikill leki	10 (9,9)
Blóðsegi í vinstri gátt	2 (2,0)
Skammvinnt blóðþurrðarkast í heila (TIA)	1 (1,0)
Heilablóðfall	4 (4,0)
Lungnarek	3 (3,0)
Enduraðgerð á míturloku	1 (1,0)
Hjartaáfall	4 (4,0)
Langvinn hjartabilun	11 (10,9)
Dánarhlutfall innan 30 daga	2 (2,0)

[a]Hjartadrep tengt aðgerð var skilgreint sem hækkun á hjartavísinum CK-MB yfir 70 µg/L eftir aðgerð en miðað var við hækkun yfir 100 µg/L hjá þeim sem einnig gengust undir Maze-brennsluaðgerð vegna gáttatifs. Til viðbótar þurftu að vera til staðar nýjar breytingar á hjartalínuriti eins og óeðlilegar Q-bylgjur og/eða vinstra greinrof. Þar að auki var horft eftir merkjum um nýlegt hjartadrep á hjartaómun eftir aðgerð. [b]Tekur aðeins til þeirra 73 sjúklinga sem höfðu ekki þekkt gáttatif fyrir aðgerð. [c]Samdráttarhvetjandi lyf í >24 klukkustundir.

hjartaáfall og aðrir fjórir heilablóðfall sem síðkominn fylgikvilla. Einn sjúklingur gekkst undir enduraðgerð á míturloku á eftirfylgdartímabilinu vegna míturlokuþrengsla 11 árum eftir upphaflegu viðgerðina og tókst að víkka hana í þræðingu.

Einu ári eftir aðgerð mældist MACCE-frí lifun (mynd 2a) 98,0% (95% - ÖB: 95,3-100), 5 árum eftir aðgerð var hún 91,1% (95% - ÖB: 85,3-97,2) og eftir 10 ár 81,0% (95% - ÖB: 71,6-91,6). Tíu sjúklingar létust á eftirfylgdartímanum og var heildarlifun (mynd 2b) einu ári eftir aðgerð 97,0% (95% - ÖB: 93,8-100), 5 árum eftir aðgerð 93,5% (95% - ÖB: 88,6-98,7) og 85,3% eftir 10 ár (95% - ÖB: 76,6-94,9). Ekki reyndist marktækur munur á heildarlifun rannsóknarhópsins borið saman við almennt þýði af sama kyni og aldri (log-rank próf, p=0,135) (mynd 2a).



Mynd 2. *(a) MACCE-frí lifun eftir aðgerð. Heildarlifun (b) (Kaplan-Meier) sjúklinga eftir aðgerð (blá lína) borið saman við almennt þýði af sama kyni og aldri (brotalína). 95% vikmörk eru sýnd með gráum skugga.*

Allir sjúklingarnir fjórir þar sem reynd var viðgerð en henni breytt í opin míturlokuskipti lifðu fyrstu 30 dagana eftir aðgerð. Meðalaldur þeirra var 59 ár og var tangar- (148 mínútur) og vélartími (206 mínútur) þeirra lengri.

Umræða

Í þessari afturskyggnu rannsókn var lagt mat á árangur míturlokuviðgerða á Íslandi vegna hrörnunartengds leka með áherslu á langtímalifun og fylgikvilla. Samtals var gerð 101 míturlokuviðgerð á þeim 15 árum sem rannsóknin tók til og hélst tíðni aðgerða nokkuð stöðug. Jafnframt reyndist viðgerðarhlutfall mjög hátt, eða rúmlega 96%. Þrátt fyrir að fylgikvillar innan 30 daga hafi verið tíðir reyndust þeir oftast minniháttar og 98% sjúklinga lifðu fyrstu 30 dagana. Langtímalifun var sömuleiðis góð, eða 93,5% 5 árum eftir aðgerð, sem reyndist sambærileg lifun hjá almennu þýði af sama kyni og aldri.

Áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma voru til staðar hjá tæplega 80% sjúklinga en þar af voru reykingar (43%) og háþrýstingur (32%) algengastir. Líkt og fyrir flestar opnar hjartaaðgerðir hérlendis voru karlar í miklum meirihluta, eða 80% sjúklinga. Meðalaldur í rannsóknninni var hins vegar aðeins 58 ár sem er 5 árum lægri aldur en í flestum erlendum rannsóknum.[9,13,26,27] Þetta gæti verið vísbending um að hér mætti bjóða fleiri eldri sjúklingum upp á míturlokuviðgerð.

Þrír af hverjum fjórum sjúklingum (76,2%) höfðu mikinn míturlokuleka, sem er svipað hlutfall og í erlendum rannsóknum.[27] Sama á við um hlutfall sjúklinga með stækkaðan vinstri slegil og víkkaða vinstri gátt. Þriðjungur sjúklinga hafði skert útfallsbrot

(< 60%), sem var viðbúið enda eru skert útfallsbrot með stækkun á vinstri slegli og vinstri gátt helstu ábendingar fyrir míturlokuviðgerð.[26] Auk þess hafði fjórðungur sjúklinga sögu um gáttatif eða -flökt en erlendis er hlutfallið oftast á bilinu 25-28 %.[26] Þessir sjúklingar hafa oftast hærri tíðni fylgikvilla sem tengjast gáttatifinu og má rekja til stórrar vinstri gáttar vegna lekans.[28]

Flestir sjúklinganna höfðu mikil einkenni þegar kom að aðgerð. Þannig voru einkenni hjartabilunar komin fram í næstum 90% tilfella og rúmlega helmingur sjúklinga var í NYHA-flokki III-IV þar sem ábending fyrir aðgerð er óumdeild.[29] Hjá sjúklingum með einkennalausan eða einkennalítinn míturlokuleka eru hins vegar skiptar skoðanir um hvort aðgerð eigi við.[8] Sífellt fleiri rannsóknir virðast þó sýna ávinning af míturlokuviðgerð hjá þessum sjúklingum en um leið og einkenni hjartabilunar koma fram eykst tíðni fylgikvilla eftir aðgerð.[8]

Viðgerðarhlutfall reyndist 96,2% en í aðeins fjórum tilfellum var lagt upp með viðgerð en af ýmsum ástæðum reyndist ekki unnt að gera viðgerðina eða hún reyndist við vélindaómun í aðgerð ekki nægilega þétt þannig að breytt var yfir í míturlokuskipti. Þetta er mjög hátt viðgerðarhlutfall og á pari við stærstu og sérhæfðustu hjartaskurðdeildir erlendis þar sem hlutfallið er oftast í kringum 90% en sums staðar 95%.[8,30,31]

Lokuhring var komið fyrir hjá öllum sjúklingunum nema einum og brottnám á hluta lokublaðs gert hjá rúmlega 80% sjúklinga, nánast alltaf (98,8%) aftara lokublaði. Þetta er viðurkennd tækni við þessar aðgerðir í dag og mikilvægt því hjá þeim sjúklingum þar sem brottnám á hluta lokublaðs eða ísetningu gervihrings er sleppt, er aukin hætta á endurkomu míturlokuleka.[26] Önnur samhliða hjartaaðgerð var framkvæmd í tæplega 60% tilfella og voru viðgerðir á þríblöðkuloku (23,8%) og Maze-aðgerð (20,8%) algengastar. Þríblöðkulokuleki fyrir aðgerð tengist skemmri langtímalifun og virðist vera ávinningur af slíkri viðgerð samtímis míturlokuviðgerð.[32] Hjá sjúklingum með gáttatif er víða gerð Maze-brennsluaðgerð til að draga úr hættu á myndun blóðsega í hjartanu og bæta þannig langtímahorfur.[33] Hins vegar þurfa sjúklingar sem fara í Maze-brennsluaðgerð samhliða lokuviðgerð að jafnaði lengri gjörgæslulegu og heildarlegutími þeirra er lengri og sást það einnig í okkar rannsókn.[33] Hlutfall sjúklinga sem fóru í aðra aðgerð samtímis virðist hærra hér á landi samanborið við erlendar rannsóknir.[32] Skýrist það sennilega af því að erlendu rannsóknirnar ná oft til sjúklinga með míturlokuleka eingöngu, auk þess sem sumar þeirra ná ekki til sjúklinga sem gangast undir aðrar hjartaaðgerðir samhliða.

Tíðni alvarlegra fylgikvilla (28,7%) reyndist umtalsvert hærri en eftir kransæðahjáveituaðgerðir hér á landi (9%)[34] en lægri samanborið við ósæðarlokuskipti (33%).[35] Algengi flestra alvarlegra fylgikvilla er svipað í erlendum rannsóknum.[36] Þó getur verið erfitt að bera niðurstöður okkar saman við erlendar rannsóknir þar sem skilgreiningin á alvarlegum fylgikvillum getur verið breytileg milli rannsókna og á það til dæmis við um hjartadrep tengt aðgerð. Tíðni enduraðgerðar vegna blæðinga hefur farið lækkandi í samanburði við eldri íslenskar rannsóknir á míturlokuviðgerðum og míturlokuskiptum sem hefur lækkað heildartíðni alvarlegra fylgikvilla.[9,13] Einnig þurftu færri sjúklingar ósæðardælu (*intra aortic balloon pump*, IABP) vegna hjartabilunar eftir aðgerðina. Hlutfall þeirra sem fengu hjartadrep í tengslum við aðgerð (11,9%) var svipað og í fyrri rannsókn á míturlokuviðgerðum (13%). Ljóst er að í sumum tilvikum getur þurft að endurgera viðgerðina sem lengir tangartíma og eykur áhættu á hjartadrepi í aðgerð. Auk þess skiptir máli að í 60% tilfella gengust sjúklingar í okkar rannsókn undir aðra hjartaaðgerð samhliða. Tími á hjarta- og lungnavél, og sérstaklega tangartími, voru því lengri en það veldur hærri tíðni fylgikvilla og lengir gjörgæslu- og sjúkrahúsdvöl. Minniháttar fylgikvillar greindust hjá tæplega 60% sjúklinga, sem er svipað og í fyrri rannsókn hérlendis á míturlokuviðgerðum (63%).[9] Oftast er um væga hjartabilun eftir aðgerð að ræða en nýtilkomið gáttatif greindist hjá 43,8% sjúklinga og eru þá ekki taldir með þeir sem höfðu langvinnt gáttatif fyrir aðgerð (27,7% hópsins).

Hlutfall sjúklinga sem létust innan 30 daga eftir aðgerð (2%) er lægra en í fyrri rannsóknum á bæði míturlokuviðgerðum (6%) og míturlokuskiptum (9%) hér á landi,[9,13] en er í samræmi við fjölda erlendra rannsókna.[27] Hafa verður í huga að meðalaldur sjúklinga er innan við sextugt og miðgildi EuroSCORE II var 1,17 sem fellur vel saman við 2% 30-daga dánartíðni í rannsóknunni.[37]

Langtímalifun sjúklinga eftir aðgerð reyndist mjög góð en 5 ára lifun var 93,5% og 10 ára lifun 85,3% sem er í takt við erlendar rannsóknir.[27,38,39] MACCE-frí lifun var einnig mjög góð, eða 91,1% og 81,1% fyrir sömu tímabil, sem er mun hærra en sést hefur eftir kransæðahjáveituaðgerðir hér á landi (80,3% og 60,1%).[40] Þá var athyglisvert að lífslíkur sjúklinga voru sambærilegar almennu íslensku þýði af sama kyni og aldri en svipuðum niðurstöðum hefur verið lýst í erlendum rannsóknum.[41]

Einn sjúklingur þurfti enduraðgerð vegna endurtekins míturlokuleka á eftirfylgdartímabilinu (11 árum eftir aðgerð) en erlendis er tíðni enduraðgerða oft 5-10% innan 10 ára.[8] Í þessum samanburði verður að hafa í huga að eftirfylgdartími í rannsóknunni var aðeins tæplega 7 ár og tíðni enduraðgerða gæti því verið vanmetin. Engu að síður er ljóst að árangur á fyrstu árunum eftir aðgerð hérlendis er góður og sambærilegur við stærri og sérhæfðari sjúkrahús erlendis.[8]

Ótvíræður styrkleiki rannsóknarinnar er að hún nær til heillar þjóðar þar sem allar aðgerðirnar voru gerðar á sömu stofnun og af tiltölulega fáum skurðlæknum. Þá fengust upplýsingar um lifun allra sjúklinga úr miðlægri dánarmeinaskrá Embættis landlæknis. Einblínt var á hrörnunartengdan leka en ekki starfrænan, sem gerir þýðið einsleitara og auðveldar þar með samanburð við erlendar rannsóknir. Það er veikleiki að rannsóknin var afturskyggn og skráning klínískra upplýsinga ekki eins nákvæm fyrir vikið og í framskyggnri rannsókn. Þetta á við um einkenni og áhættuþætti en ekki síst fylgikvilla eftir aðgerðina. Þar sem oft vantaði upplýsingar úr eftirfylgdarómskoðunum er hugsanlegt að tíðni langtímafylgikvilla og endurtekins leka sé vanmetin. Þetta á þó ekki við um alvarlegan leka því sjúklingar sem leggjast inn vegna hjartabilunar eru lagðir inn á Landspítala sem gerir eftirlit með endurinnlögnum auðvelt. Þá veikir það rannsóknina að sjúklingaþýðið var frekar lítið og tölfræðilegur styrkur rannsóknarinnar því takmarkaður.

Flestir sjúklinganna höfðu mikil einkenni þegar kom að aðgerð. Þannig voru einkenni hjartabilunar komin fram í næstum 90% tilfella

Míturlokuviðgerðir vegna hrörnunart engds leka eru tiltölulega sjaldgæfar á Íslandi en í kringum 7 slíkar aðgerðir eru gerðar árlega á Landspítala samanborið við 100-150 kransæðahjáveituaðgerðir og hátt í 80

ósæðarlokuskipti.[1] Engu að síður er árangur þessara tæknilega flóknu aðgerða góður hér á landi, ekki síst þegar litið er á 30 daga dánarhlutfall, 5 ára lifun og MACCE-fría lifun. Einnig er jákvætt hversu hátt viðgerðarhlutfallið er og lág tíðni endurviðgerða, en lengri eftirfylgd þarf til þess að fullyrða um langtímaárangur.

Þakkir

Þakkir fá sérfræðingar á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala og á gjörgæsludeild og hjartadeild Landspítala. Rannsóknin var styrkt af Vísindasjóði Landspítala, Rannsóknarsjóði Háskóla Íslands og Minningarsjóði Helgu Jónsdóttur og Sigurliða Kristjánssonar.

Greinin barst til blaðsins 7. febrúar 2021,
samþykkt til birtingar 20. apríl 2021.

Heimildir

1. Arnórsson Þ, Torfason B, Ólafsson G, et al. Hjartaskurðlækningar á Íslandi í 20 ár. Ágrip erinda og veggspjalda á Vísindaþinginu. Læknablaðið 2007; 93: 320.
2. SWEDEHEART. Annual Report 2019: Jernberg T, Danderyd Hospital, Stockholm 2019. ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sh/arsrapporter-sh/1-swedeheart-annual-report-2019/viewdocument/2948 - apríl 2021.
3. Harb SC, Griffin BP. Mitral Valve Disease: a Comprehensive Review. Curr Cardiol Rep 2017; 19: 73.
4. Fishbein GA, Fishbein MC. Mitral Valve Pathology. Curr Cardiol Rep 2019; 21: 61.
5. Anyanwu AC, Adams DH. Etiologic classification of degenerative mitral valve disease: Barlow's disease and fibroelastic deficiency. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2007; 19: 90-6.
6. Gupta V, Barzilla JE, Mendez JS, et al. Abundance and location of proteoglycans and hyaluronan within normal and myxomatous mitral valves. Cardiovasc Pathol 2009; 18: 191-7.
7. Hjortnaes J, Keegan J, Bruneval P, et al. Comparative Histopathological Analysis of Mitral Valves in Barlow Disease and Fibroelastic Deficiency. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2016; 28: 757-67.
8. Coutinho GF, Antunes MJ. Mitral valve repair for degenerative mitral valve disease: surgical approach, patient selection and long-term outcomes. Heart 2017; 103: 1663-9.
9. Gudmundsdóttir JF, Ragnarsson S, Geirsson A, et al. Árangur míturlokuviðgerða á Íslandi 2001-2012. Læknablaðið 2014; 100: 579-84.
10. Michler RE, Smith PK, Parides MK, et al. Two-Year Outcomes of Surgical Treatment of Moderate Ischemic Mitral Regurgitation. N Engl J Med 2016; 374: 1932-41.
11. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J 2017; 38: 2739-91.
12. De Bonis M, Alfieri O, Dalrymple-Hay M, et al. Mitral Valve Repair in Degenerative Mitral Regurgitation: State of the Art. Prog Cardiovasc Dis 2017; 60: 386-93.
13. Ragnarsson S, Sigurðsson MI, Danielsen R, et al. Árangur míturlokuskipta á Íslandi. Læknablaðið 2012; 98: 203-9.
14. Kaneko T, Cohn LH. Mitral valve repair. Circ J 2014; 78: 560-6.
15. David TE, Armstrong S, McCrindle BW, et al. Late outcomes of mitral valve repair for mitral regurgitation due to degenerative disease. Circulation 2013; 127: 1485-92.
16. Cuartas MM, Davierwala PM. Minimally invasive mitral valve repair. Indian J Thorac Cardiovasc Surg 2020; 36 (Suppl 1): 44-52.
17. Guðbjartsson T, Andersen K, Danielsen R, et al. Yfirlitsgrein um kransæðasjúkdóm: Faraldsfræði, meingerð, einkenni og rannsóknir til greiningar. Læknablaðið 2014; 100: 667-676.
18. Campeau L. Letter: Grading of angina pectoris. Circulation 1976; 54: 522-3.
19. Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology, European Association for Cardio-Thoracic Surgery, Vahanian A, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). Eur Heart J 2012; 33: 2451-96.
20. EuroSCORE II 2020. euroscore.org/calc.html - apríl 2021.
21. Doyle DJ, Garmon EH. American Society of Anesthesiologists Classification (ASA Class). StatPearls. Flórída 2020.
22. Lopes JA, Jorge S. The RIFLE and AKIN classifications for acute kidney injury: a critical and comprehensive review. Clin Kidney J 2013; 6: 8-14.
23. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). J Am Coll Cardiol 2018; 72: 2231-64.
24. Hagstofa Íslands . Lykiltölur mannfjöldans 1703-2020. px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__mannfjoldi__1_yfirlit__Yfirlit_mannfjolda/MAN00000.px - apríl 2020.
25. The Human Mortality Database 2020. mortality.org/ - apríl 2020.
26. Suri RM, Clavel M-A, Schaff HV, et al. Effect of Recurrent Mitral Regurgitation Following Degenerative Mitral Valve Repair: Long-Term Analysis of Competing Outcomes. J Am Coll Cardiol 2016; 67: 488-98.
27. Sideris K, Boehm J, Voss B, et al. Functional and Degenerative Mitral Regurgitation: One Ring Fits All? Thorac Cardiovasc Surg 2019; 68: 470-7.
28. Poçi D. Mitral Regurgitation, Atrial Fibrillation, and Transcatheter Mitral Valve Repair. JACC Cardiovasc Interv 2019; 12: 579-81.
29. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Thorac Cardiovasc Surg 2014; 148: e1-e132.
30. Hamandi M, Ryan WH, Grayburn PA, et al. Misclassification of Mitral Valve Disease and Rate of Surgical Repair in The Society of Thoracic Surgeons Database. Ann Thorac Surg 2020; 110: 517-22.
31. Jimenez E, Wu D, Omer S, et al. Mitral Valve Repair Rate at a Veterans Affairs Hospital Utilizing a Multidisciplinary Heart Team. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2019; 31: 434-41.
32. David TE, David CM, Fan CS, et al. Tricuspid regurgitation is uncommon after mitral valve repair for degenerative diseases. J Thorac Cardiovasc Surg 2017; 154: 110-22.
33. Ad N, Holmes SD, Massimiano PS, et al. The effect of the Cox-maze procedure for atrial fibrillation concomitant to mitral and tricuspid valve surgery. J Thorac Cardiovasc Surg 2013; 146: 1426-34; discussion 34-5.
34. Oddsson SJ, Sigurjónsson H, Helgadottir S, et al. Tengsl offitu við árangur kransæðahjáveituaðgerða. Læknablaðið 2011; 97: 223-8.
35. Ingvarsdottir IL. Viktorsson SA, Hreinsson K, et al. Lokuskipti vegna ósæðarlokuþrengsla á Íslandi 2002-2006: Ábendingar og snemmkomnir fylgikvillar. Læknablaðið 2011; 97: 523-7.
36. Ram E, Schwammenthal E, Cohen H, et al. Outcomes of Degenerative Mitral Valve Repair Surgery for Anterior, Posterior, and Bileaflet Pathology. Ann Thorac Surg 2020; 110: 934-42.
37. Borde D, Gandhe U, Hargave N, et al. The application of European system for cardiac operative risk evaluation II (EuroSCORE II) and Society of Thoracic Surgeons (STS) risk-score for risk stratification in Indian patients undergoing cardiac surgery. Ann Card Anaesth 2013; 16: 163-6.
38. Gardner MA, Hossack KF, Smith IR. Long-Term Results Following Repair for Degenerative Mitral Regurgitation - Analysis of Factors Influencing Durability. Heart Lung Circ 2019; 28: 1852-65.
39. Costa F, Colatusso DFF, Martin G, et al. Long-Term Results of Mitral Valve Repair. Braz J Cardiovasc Surg 2018; 33: 23-31.
40. Johannesdottir H, Arnadottir LO, Adalsteinsson JA, et al. Favourable long-term outcome after coronary artery bypass grafting in a nationwide cohort. Scand Cardiovasc J 2017; 51: 327-33.
41. Watt TMF, Brescia AA, Murray SL, et al. Degenerative Mitral Valve Repair Restores Life Expectancy. Ann Thorac Surg 2020; 109: 794-801.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.06.639

Long term outcome of valve repair for degenerative mitral valve disease in Iceland

Árni Steinn Steinþórsson[1]
Árni Johnsen[3]
Martin Ingi Sigurðsson[1,2]
Sigurður Ragnarsson[4]
Tómas Guðbjartsson[1,3]

[1]Faculty of Medicine, University of Iceland, Departments of [3]Cardiothoracic Surgery and Anesthesia and [2]Intensive Care, [4]Department of Cardiothoracic Surgery, Skane University Hospital, Lund, Sweden.

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

Key words: *Mitral valve repair, mitral valve plasticity, degenerative mitral valve disease, outcome, complications, survival.*

OBJECTIVES: Degenerative mitral valve disease is the most common indication for mitral valve repair in the Western world. The aim of this study was to study the long term outcome of mitral valve repair for degenerative mitral valve regurgitation in Iceland.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective study of 101 consecutive mitral valve repair patients (average age 57.7 years, 80.2% male) operated in Iceland 2004-2018 for degenerative mitral valve regurgitation. Long term survival and MACCE (major adverse cardiac and cerebrovascular event) free survival was estimated using the Kaplan-Meier method and compared to age and gender matched reference population. Median follow-up time was 83 months.

RESULTS: On average there were 6,7 (range 1-14) mitral valve repairs performed annually with 99% of the patients receiving ring annuloplasty. A total of 82 (82,2%) underwent resection of the posterior leaflet and 64.4% recieved Gore-Tex®-chordae. Major early complications occured in 28.7% of cases, most commonly perioperative myocardial infarction (11.9%) and reoperation for bleeding (8.9%). Mortality within 30 days was 2%, the median duration of intensive care unit stay was one day and the median hospital length of stay was 8 days. One patient needed reoperation later for recurrent mitral regurgitation. Five and ten year MACCE-free survival was 91.1% (95%-CI: 85.3-97.2) and 81.0 (95%-CI: 71.6-91.6), respectively. Five year survival was 93.5% (95-CI: 88.6-98.7) and 10 year survival 85.3% (95%-CI: 76.6-94.9), which was not different from an age and gender matched reference population (p=0.135, log-rank test).

CONCLUSION: Outcomes of mitral valve repair due to degenerative mitral regurgitation is good in Iceland and results are comparable to larger institutions overseas. Long term prognosis is generally good although early postoperative complications often occur.

Auglýsing

Fjölþætt svæðisbundið verkjaheilkenni

Yfirlitsgrein

Kristján G. Guðmundsson læknir

Höfundur starfar á verkjasviði Reykjalundar, Mosfellsbæ

Fyrirspurnum svarar Kristján G. Guðmundsson, *kristjang@reykjalundur.is*

ÁGRIP

Verkjaheilkennið er oftast í útlim með miklum hamlandi verkjum og breyttri skynjun, oft með snertiviðkvæmni (*allodyniu*). Þroti er oft samfara, ásamt litabreytingum á húð, breyttri svitamyndun og skertri hreyfigetu. Einkennin eru raunar fjölþætt og mismunandi. Verkirnir eru oftast til komnir eftir áverka og eru langt umfram upphaflega áverkann. Sjúkdómurinn er fátíður, og taldist nýgengi hans vera um 5,5 á 100.000 íbúa í erlendri rannsókn. Nýgengi sjúkdómsins hér á landi í gagnagrunnum Embættis landlæknis reyndist vera 1,3 á hverja 100.000 íbúa á ári sem vekur grun um að sjúkdómurinn gæti verið vangreindur.

Orsök sjúkdómsins er óþekkt. Talið er að um sé að ræða bólgusvörun eftir áverka sem leiðir til sjálfsofnæmisviðbragða. Þá er einnig rætt um verkjanæmingu í taugakerfinu. Bæði er um að ræða breytingar í úttaugakerfi og í miðtaugakerfi, meðal annars með tilfærslu á virkni svæða í heilaberki sem hafa að gera með sársaukaviðbrögð. Við greiningu er stuðst við skilmerki alþjóðafélagsins um verkjarannsóknir.

Þverfagleg teymisvinna er talin vera markvissasta meðferðin þar sem unnið er eftir sálfélagslíkamlega módelinu. Einn þáttur í meðferð langt gengins sjúkdóms er speglameðferð. Lyfjameðferð sjúkdómsins er svipuð og við taugaverkjum. Vegna bólguviðbragða er hægt að nota bólgueyðandi lyf eða stera. Einnig er ábending á bisfosfonöt, einkum ef um beinþynningu er að ræða. NMDA-antagonistar eins og ketamín hafa einnig verið notaðir. Þá hefur raförvun bakhorns mænu með rafstreng virst gera gagn. Oftast gengur sjúkdómurinn yfir á nokkrum misserum, en í hluta tilfella er hann þrálátur og hamlandi, jafnvel árum og áratugum saman.

Aðferðir

Gerð var leit á PubMed og Google Scholar leitarvélunum. Notuð voru leitarorðin *Complex regional pain syndrome* og í undirflokkum svo sem *epidemiology, pathophysiology, prognosis, treatment*. Áhersla var lögð á greinar sem birst hafa eftir 2010, en í vissum tilvikum leiddi leitin í ljós mikilvægar eldri heimildir. Aðeins voru lesnar greinar úr ritrýndum tímaritum og þær valdar út frá mikilvægi og þýðingu fyrir ritun þessarar yfirlitsgreinar. Alls fengust 2275 heimildir í fyrstu leit. Af þeim fjölda heimilda voru um 600 ágrip lesin. Á grunni þeirra voru 190 greinar lesnar og síðan var efni úr 73 greinum notað í þessa grein. Efni yfirlitsgreinarinnar hefur verið kynnt hjá Verkjafræðifélaginu, á fræðslufundi endurhæfingarlækna og á formlegu kennslunámskeiði hjá norrænu svæfingarlæknafélögunum um verki.

Inngangur

Ofannefnt verkjaheilkenni (*Complex regional pain syndrome*, CRPS) hefur ekki heiti á íslensku, en mætti kalla fjölþætt svæðisbundið verkjaheilkenni. Þetta er sjúkdómsástand sem er illa skilgreint, óljóst og hefur gengið undir ýmsum nöfnum alþjóðlega. Þar má nefna *causalgia, sympathetic reflex dystrophy, algoneurodystrophy*, og *Sudeck's atropy*. Á enskri tungu eru yfir 80 orð yfir heilkennið.[1] Sjúkdómnum var fyrst lýst af Bandaríkjamanninum Silas Weir Mitchell, árið 1864 (mynd 1). Silas Weir var læknir í bandaríska borgarastríðinu og sinnti hermönnum sem höfðu orðið fyrir skotsárum. Hann nefndi ástandið brunaverki (*burning pain*), en heilkennið fékk um svipað leyti heitið *causalgia*, en *kausos* þýðir hiti

Tafla I. Klínísk greiningarviðmið Alþjóðaverkjafræðifélagsins, (IASP) fyrir fjölþætt svæðisbundið verkjaheilkenni, (CRPS).[35]

Viðvarandi verkur sem er meiri en saga um áverka gefur tilefni til.
Til staðar þarf að vera eitt einkenni í frásögn sjúklings í þremur af fjórum skilgreindum einkennaflokkum.
1. Breytt skynjun, með ofur snertiviðkvæmni. (*allodynia, hyperesthesia*)
2. Mismunur á hitaupplifun milli hliða og/eða breytingar á húðlit. (*vasomotor*)
3. Saga um bólgu eða þrota, og að svitna mikið eða lítið á svæðinu. (*sudomotor, edema*)
4. Saga um skerta hreyfiferla, með máttminnkun, skjálfta, og aukinni stífni vöðva. (*tremor, dystonia*)
Ofannefndum þáttum í sögu þurfa að fylgja að minnsta kosti tvö greinandi teikn sem finnast við skoðun læknis. Þrjú greinandi teikn ef um vísindarannsókn er að ræða.
1. Skynjun sem yfirviðkvæmni við létta snertingu eða léttan þrýsting. Metið með léttri snertingu með til dæmis pensli, eða léttum þrýstingi með hvössum pinna, verkur við dýpri þrýsting, eða verkir við hreyfingu. (*allodynia, hyperalgesia*)
2. Mismunandi hiti eða húðlitur milli hliða. (*vasomotor*)
3. Glögg merki um húðbjúg eða aukinn svita eða svitamismun.
4. Breytingar á hreyfigetu og vöðvaspennu eða afli í vöðvum. (*tremor, dystonia*) Glöggar breytingar á hárvexti, til dæmis með auknu eða minnkuðu hárafari í húð á svæðinu eða breyting á nöglum, svo sem þykknun. (*trophic changes*)
Það er engin önnur greining sem skýrir betur þau einkenni sem til staðar eru.
Greinandi teikn telja eingöngu ef þau eru til staðar við skoðun þegar greining er sett.



Mynd 1. *Silas Weir Mitchell (1829-1914).*

á grísku og *algia* (gríska: *ἄλγος álgos*) er verkur á sama tungumáli.[2,3] Um aldamótin 1900 lýsti þýski læknirinn Paul Sudeck heilkenni með beingisnun (*atrophy*) sem ber hans nafn, *Sudeck's atrophy,* eða Sudecks-heilkenni. Hann taldi sjúkdóminn vera vegna bólgusvörunar.[4] Árið 1916 lýsti franski skurðlæknirinn René Leriche aðgerð á semjustofni (*truncus sympathicus*) sem hefði afgerandi áhrif til bata á heilkenninu.[5]

Heitið *complex regional pain syndrome* var skilgreint á þingi alþjóðaverkjafræðafélagsins (International Association for the Study of Pain, IASP) í Orlando, Flórída, árið 1993.[6] Það var endurskilgreint 2003 í Búdapest og sú skilgreining tekin upp af IASP. Þarna þurfa að koma saman einkenni sem sjúklingur lýsir (*subjective symptoms*) og raunteikn (*objective signs*) sem sjást við skoðun læknis. Verkirnir eru aðeins einn þáttur af skilgreiningunni. Um viðvarandi verk þarf að vera að ræða sem er verri en áverkasaga gefur til kynna. Jafnframt sé ekki önnur sjúkdómsgreining sem skýri verkina betur. Sjúkdómurinn er skilgreindur í tvo flokka; CRPS 1 og CRPS 2, þar sem þekktur áverki á útlimataug er til staðar í seinni flokknum en ekki í CRPS 1 (tafla I).[7]

Einkenni

Sjúklingar lýsa mjög sárum verkjum, oft er notuð lýsingarorð eins og brennandi, skerandi og í pílum. Verkurinn er oftast í einum útlim, en getur verið í fleiri líkamshlutum, oftast sömu megin en það þarf þó ekki að vera. Samhliða verknum eru önnur líkamleg einkenni, eins og skert hreyfigeta, máttleysi, stirðleiki, skjálfti eða aukin vöðvaspenna. Þá verða einnig breytingar í húð, í upphafi bólga með roða og hita, sem síðar breytist á alllöngum tíma í fölva eða bláma og húðin verður köld viðkomu. Þá verða breytingar á svitamyndun á svæðinu, minnkuð í byrjun en síðar verulega aukin. Með tímanum breytist oft hárafar, stundum með auknum en oftar með minnkandi hárvexti. Einnig er lýst aflögun á nöglum með þykknun.

Samfara þessum einkennum er oft til staðar bjúgur (*edema*) á svæðinu sem verkirnir eru á (mynd 2). Verkirnir koma dæmigert frá fleiri en einum húðgeira (*dermatome*), nánast alltaf af stærra svæði en upprunalegi áverkinn varð á. Verkurinn er miklu verri en við má búast miðað við upphaflega áverkann. Samfara hinum svæsnu verkjum er ofurviðkvæmni í húðinni. Þannig veldur létt



Mynd 2. *Einkenni CRPS, takið eftir roðanum á vinstra fæti og þrotanum. Birt með leyfi.*[48]

snerting af bómull eða pensli skerandi sársauka, oft á afmörkuðum bletti með skörpum mörkum. Léttur þrýstingur á húð veldur miklum sársauka. Einnig er verulega aukin viðkvæmni fyrir hitabreytingum, svo sem af kulda eða hita. Hreyfingar, eins og að rétta eða beygja um liði, verða mjög sárar.

Einn hluti heilkennisins er gaumstol (*neglect*), þar sem líkamsskynjun sjúklings breytist. Þá er hinn sjúki útlimur ekki notaður og fer í óvirka stöðu. Handleggur fellur til dæmis að bolnum í fötlunarstellingu með beygju (*flexio*) um olnboga og úlnlið. Þessu fylgir veruleg skerðing á færni.[8,9]

Faraldsfræði

Skilgreiningar á sjúkdómnum hafa verið á reiki í gegnum tíðina, og þess utan er heilkennið fágætt, þannig að tölur um nýgengi, algengi og tengda þætti eru á reiki. Í rannsókn úr Olmsted-sýslu í Minnesota í Bandaríkjunum, frá árinu 2002, var nýgengið 5,5 á hverja 100.000 íbúa. Í sömu rannsókn var algengið 20,6 á hverja 100.000 íbúa. Konur fá frekar einkenni en karlar, í hlutfallinu 2:1.[10] Í hollenskri faraldsfræðirannsókn, sem var unnin úr sjúkraskrám í heilsugæslu, var nýgengið hærra, eða 26,2 á hverja 100.000 íbúa.[11] Við samantekt talna úr gagnagrunnum Embættis landlæknis hér á landi var nýgengi um 1,3 á hverja 100.000 íbúa á 10 ára tímabili (tafla II). Heilkennið er tengt slysum, aðgerðum, þröngu gifsi og brotum í gegnum liði, til dæmis á fjarenda sveifarbeins (*radius*).[11] Við aðgerðir á lófakreppusjúkdómi (*Dupuytren's disease*) fengu 4,1% sjúklinga einkenni CRPS, en allt að 10,4% sjúklinga ef samtímis var gerð aðgerð á úlnliðsgangnaliðbandi (*carpal tunnel*).[12] Í samantekt um 400 sjúklinga sem þurftu að gangast undir ökklaaðgerð fengu 4,4% heilkennið.[13] Þá eru tölfræðilegar tengingar við HLA-kerfið, svæði HLA B62 og HLA DQ8.[14] Þeir sem hafa fjölskyldusögu um sjúkdóminn eru einnig líklegri til að fá hann, en þetta hefur þó ekki verið skoðað nánar með sameindafræðalegum rannsóknum.[15]

Tafla II. Nýgengi CRPS á Íslandi, tölur úr gagnagrunnum Embættis landlæknis á árunum 2009 til 2018.

Nýgengi er um 1,3 á 100.000 íbúa á ári.

	Verkjataugakyrkingur* (ICD M 89.0)	Brunakennd** (ICD G 56,4)	Samtals
Karlar	14	2	16
Konur	17	10	27
	31	12	43

*Algoneurodystrophy, Shoulderhand syndrome, Sudeck's atrophy, Sympathetic reflex dystrophy
**Causalgia

Það hefur lengi verið talið að þunglyndi og áföll tengdust sjúkdómnum. Tilurð sjúkdómsins virðist tengd persónuleikagerð þannig að einstaklingar með kvíðaröskun voru líklegri til að fá einkennin.[16]

Orsakir

Orsök sjúkdómsins er ekki þekkt, en allmargar kenningar hafa verð lagðar fram um tilurð hans. Talað hefur verið um bólgusvörun eftir áverka, hugsanlega sem sjálfsofnæmi gegn taugavef. Þá er einnig rætt um verkjanæmingu *(pain sensitization*) í taugakerfinu, og er þar átt við breytingar í taugakerfi þar sem verkir skynjast á breyttan hátt. Klassísk skýring er að breytingar í ósjálfráða taugakerfinu séu orsök heilkennisins, enda er deyfing eða aðgerð á semjustofni (*truncus sympathicus*) talin hafa áhrif á framvindu sjúkdómsins.[5]

Bólgusvörun er ljóslega til staðar í upphafi með einkennum eins og roða, hita, bólgu og skertri hreyfigetu. Þetta var kenning þýska læknisins Paul Sudecks, sem hann rökstuddi með því að sýna fram á beingisnun á röntgenmyndum.[4] Sýnt hefur verið fram á breytingu á fjölmörgum bólguþáttum í tengslum við sjúkdóminn. Í blóði sjúklinga er hækkun á hvítfrumuboði (*interleukin)* IL-8 og viðtækjum fyrir æxlisdrepsþáttum (*tumor necrosis factor receptors)* I (sTNF-RI) og II (sTNF-RII). Í vökva frá blöðrum af húðsvæði með sjúkdóminn mælist hækkun á hvítfrumuboða (*interleukin*) IL-6. Þá hefur einnig mælst aukning á mörgum bólguþáttum í heila- og mænuvökva.[17,18] Á seinni árum hafa ónæmisfræðilegir þættir verið rannsakaðir. Talið er líklegt að um sjálfsofnæmissjúkdóm sé að ræða.[19] Þannig hefur mælst hækkun mótefna sem bindast útlimataugum. Þau mótefni tengjast sýkingum, svo sem af Parvo-veiru og Campylobacter-sýkingu.[20] Sjálfsofnæmiskenningin er studd af dýrarannsóknum. Þegar mótefni (*immunoglobulins*) frá CRPS-sjúklingum voru gefin músum, áður en skurðaðgerð var gerð

á þeim, fengu þær oft einkenni sem minna á CRPS í mönnum. Mýs í samanburðarhópnum sem fengu mótefni frá frískum einstaklingum fengu ekki þessi einkenni.[21] Sambærilegar niðurstöður fengust í nýlegri rannsókn þar sem sermi frá sjúklingum með CRPS var gefið músum sem fóru í aðgerð. Þar var staðfest aukning í taugaboðum í útlimataugum frá A- og C-sársaukanemum (*nocioceptors*). Höfundar draga þá ályktun að sjálfsofnæmismótefni viðhaldi sársauka með örvun á sársaukanema.[22] Einnig hefur mælst aukning á undirflokkum einkjörnungshvítra blóðkorna (*monocytes*), flokkum CD 14 og CD 16, í blóði hjá fólki með einkenni sjúkdómsins.[23] Þá er sýnt fram á að í sermi frá sjúklingum með heilkennið eru mótefni sem bindast við viðtaka (*α-1a adrenoceptors*) í vöðvafrumum frá hjartavöðva úr tilraunadýrum.[24] Einnig er sýnt fram á að hægt er að draga úr einkennum sjúkdómsins með blóðvökvatöku (*plasmapheresis*).[25] Það styður þessa kenningu að ef sjúklingum með CRPS til margra ára er gefið IgG í æð dregur það marktækt úr einkennum sjúkdómsins.[26]

Verkjanæmingin, sem margir telja vera helstu skýringuna á einkennum sjúkdómsins, getur annaðhvort verið miðlæg, ef hún er talin vera í mænu eða heila, eða útlæg ef næmingin er í útlimataugum.

Kenningin um útlæga verkjanæmingu er studd rannsóknum sem sýna fram á fækkun á taugafrumum í útlimataugum í hinum sjúka útlim. Þegar útlimataugar frá þeim útlim sem er með CRPS-einkenni voru bornar saman við taugar frá frískum útlim, reyndust taugatengingar við svitakirtla og hársekki vera óeðlilegar.[27] Einnig er þriðjungs fækkun á smáum skyntaugaþráðum frá húðsýnum af þeim líkamshluta sem er með einkenni, en þessar taugar miðla sársaukaboðum til miðtaugakerfisins og taugaboðum til ósjálfráða taugakerfisins. Jafnframt er aukning á verkjaboðum í taugum á svæðinu.[28]

Miðlæg verkjanæming er hugtak sem er notað til þess að lýsa breytingum sem eiga sér stað í miðtaugakerfinu við langvarandi verki. Það er ekki fyllilega ljóst hvað gerist, en hömlun á mænutaugum breytist með aukinni leiðni taugaboða til miðheila. Einnig verða breytingar á svæðum tilfinninga í möndlung, (*amygdala*), í beltisgára (*cingulategyrus*) og í ennisblaði heilabarkar (*prefrontal cortex*). Samfara þessu verður aukin virkni glutamat (NMDA) viðtaka, sem aftur veldur því að aðlægar sársaukafrumur senda taugaboð um sársauka vegna léttrar eða nánast engrar snertingar. Þessar breytingar geta að einhverju leyti skýrt árangur lyfjameðferðar með ketamíni.[29,30]

Sýnt hefur verið fram á breytingar á heilaberki með myndgreiningum. Það er rýrnun og tilfærsla á svæðum sem eru virk við verkjaskynjun.[31] Þannig mælast breytingar á heilaberki í virkum fasa sjúkdómsins, með tilfærslu skynsvæða upp á tæpan sentímetra. Þá hefur verið sýnt fram á að breytingin gangi til baka eftir árangursríka meðferð.[32]

Lengi var talið að ósjálfráða taugakerfið hefði afgerandi þýðingu fyrir meingerð sjúkdómsins.[5] Þessi afstaða var studd af áhrifum aðgerða og deyfinga á semjustofni (*truncus sympathicus*). Einnig hefur komið fram í rannsóknum að ef nóradrenalíni er sprautað í útlim með CRPS, verða verkjaeinkenni verri. Það sama á við þegar sjúkt svæði er útsett fyrir kulda. Þá er þekkt að við andlegt álag versna einkenni.[33] Þó ber að taka fram að í Cochrane-samantekt frá 2016 komu fram efasemdir um gagnsemi semjustofnsdeyfinga sem meðferð gegn CRPS.[34]

Greining og klínískar rannsóknir

Ekki eru til sértækar rannsóknir eða blóðprufur fyrir sjúkdóminn. Bólguþættir eins og hvítblóðkorn, sökk og CRP eru yfirleitt ekki hækkaðir. Gigtarþættir eru neikvæðir.[35]

Myndgreiningar sýna lítið í byrjun en ef teknar eru myndir yfir lengra tímabil má sjá að sjúklingar fá svæðisbundna beingisnun. Einnig sést aukin virkni í þriggja fasa beinaskanni, bæði í fyrsta fasa, þar sem dreifing upptöku kemur fram, og síðar sést hvernig aukning verður nærri liðum í þriðja fasa. Myndrannsóknir eru taldar vera með mikið næmi en þær eru ekki sértækar. Oft getur verið nauðsynlegt að framkvæma segulómun til að útiloka aðra sjúkdóma, svo sem æxlisvöxt eða sýkingar. Beinþéttnimæling gæti gagnast, ekki síst til að fylgja eftir meðferð beinþynningar.[36] Taugaleiðnipróf eru yfirleitt neikvæð, en gætu verið nauðsynleg til að skerpa greininguna milli afbrigða eitt og tvö af CRPS.[37] Mögulegt er að gera nákvæmar mælingar á hitastigi á húð á verkjasvæðinu með yfirborðshitamælingu og bera hitann saman við gagnstæða hlið.[38]

Greining sjúkdómsins styðst við klínísk viðmið. Það þarf þrjú huglæg einkenni af fjórum flokkum sem sjúklingur upplifir (*subjective symptoms*) og að lágmarki tvö rauneinkenni (*objective signs*) sem koma fram við læknisskoðun til að staðfesta greininguna (tafla I). Oft uppfylla einstaklingar ekki öll skilyrði heilkennisins. Í frásögn sjúklings geta komið fram dæmigerð huglæg einkenni, jafnvel þótt raungerð einkenni séu ekki öll til staðar. Verður samt að telja að um CRPS sé að ræða og meðhöndla samkvæmt því.[39]

Sjúkdómsgangur

Samkvæmt þeim rannsóknum sem liggja fyrir virðist sjúkdómurinn oft ganga yfir á nokkrum misserunum.[2,10] Það er þó vel þekkt að sjúkdómurinn verður oft langvarandi, með slæmum horfum. Verkir versna enn frekar og fara í 8-9 á sjónrænum verkjaskala (VAS, *Visual Analog Scale*), þar sem 10 eru óbærilegir verkir. Í bandarískri rannsókn frá árinu 2009 kom fram að allt að 92% þátttakenda taldi að sjúkdómurinn hefði dreift sér enn frekar og 35% töldu að hann hefði dreift sér um allan líkamann. Í um 11% tilfella var verkurinn staðbundinn og dreifðist til hinnar hliðarinnar eins og speglun, en stundum frá einum útlim til annars á sama líkamshelmingi. Verkirnir versnuðu með tímanum, sem og önnur einkenni, svo sem litabreytingar á húð og svitamyndun. Þegar sjúklingarnir voru spurðir hversu mikið gagn var að meðferðinni, sem var á sérhæfðri verkjagöngudeild þar sem öll meðferð var eins og best var á kosið, töldu þeir að gagnsemi meðferðar væri 33%. Til að flækja myndina enn frekar, er stór hluti þeirra sem eru að takast á við CRPS einnig með erfið almenn einkenni eins og svefnerfiðleika, þreytu, höfuðverki, minnisskerðingu og einbeitingarskort. Verkjaheilkenninu fylgir einnig þunglyndi og kvíði. Þá var 81% sjúklinga óvinnufær.[40]

Til er eldri flokkun á CRPS, og er þar rætt um þrjú stig: Í upphafi er bráðastig, einnig kallað heitt ástand, sem er með verki, bólgu og ofurnæmi (*allodyniu*). Þá tæki við langvarandi stig eða kalt ástand, sem var talið byrja 3-6 mánuðum eftir byrjun einkenna, með verri verkjum sem hafa áhrif á hreyfigetu og einkennum frá húð og nöglum. Seinasta stigið, langvarandi rýrnunarástand (*chronic,*



Mynd 3. *Speglameðferð við CRPS. Veika höndin höfð í skugga en hin heila er spegluð sem auðveldar þjálfun, dregur úr verkjum og eykur hreyfigetu. Birt með leyfi.*[48]

atropic stage) er með minnkandi verki og skynbreytingar, en með vaxandi hreyfiskerðingu. Þessi lýsing á klínískri þróun sjúkdómsins hefur þó verið dregin í efa í nýlegum rannsóknum.[41]

Mismunagreiningar

Mismunagreiningar eru fjölmargar og má þar nefna afleiðingar áverka, aðgerða og þröngra umbúða á útlimi, svo sem gifsmeðferða. Hafa ber í huga beinbrot, til dæmis álagsbrot (*stress fractures*). Stundum getur verið erfitt að greina milli taugaverkja og CRPS. Það á einnig við um afleiðingar heilaáfalla. Sama gildir um æðasjúkdóma eins og blóðtappa, bæði í bláæðum og slagæðum. Einnig er rétt að hafa Raynauds-heilkenni í huga. Ellegar sýkingar eða meinvörp. Starfrænir þættir geta verið hluti af einkenna myndinni.

Skilyrði fyrir greininguna er að það liggi ekki fyrir önnur sjúkdómsgreining sem skýrir einkennin betur en CRPS-skilgreiningin.[42]

Meðferð

Viðmið í grunnmeðferð

Það er klínísk reynsla að bólgueyðandi lyf (NSAID) geti dregið úr einkennum snemma í sjúkdómnum og oft er látið reyna á þá nálgun í upphafi. Þá er ábending fyrir steraméðferð við svæsnum einkennum í byrjun. Mælt hefur verið með Prednisólón, 10 mg þrisvar á dag, í tvær til 12 vikur.[43,44] Gabapentín ætti að vera hægt að setja inn snemma, en fyrir liggur tvíblind rannsókn á gagnsemi þess.[43] Skammtastærðir af Gabapentíni sem eru notaðar eru allt að 600 mg þrisvar á dag. Ekki liggja fyrir rannsóknir á meðferð með Pregabalíni við CRPS, en þar sem Gabapentín og Pregabalín eru keimlík lyf má fastlega búast við virkni Pregabalíns sé svipuð. Önnur flogaveikilyf kæmu einnig til greina sem annarrar línu lyfjameðferð, eins og Carbamazepín eða Fenantóín.[43]

Mannsheilinn er með sterka verkjahamlandi braut með monoaminerg taugamót (*synapsa*), sem nær frá miðheila niður eftir mænu.[45] Lyf eins og eldri þunglyndislyf af þríhringjagerð, svo sem Amitryptilín, Imipramín og fleiri lyf, hamla fortaugamóta (*presynaptic*) endurupptöku noradrenalíns og hafa samkvæmt rannsóknum áhrif á taugaverki. Talið er að nýrri þunglyndislyf af svokölluðum SNRI-flokki, eins og Duloxetín og Venlafaxín, virki á sambærilegan hátt. Tvíblindar rannsóknir liggja ekki fyrir um nein þessara lyfja í meðferð við CRPS, en gengið er út frá því að þau hafi sömu virkni í þessum sjúkdómi eins og í taugaverkjum almennt.[46]

Frá því sjúkdómnum var lýst hafa ópíóíðar verið reyndir. Mitchell, sem lýsti sjúkdómnum upphaflega, notaði Morphia-salt og taldi það vera ómetanlega hjálp.[2] Með aukinni þekkingu á takmörkum ópíóíða, einkum þolmyndun og verkjanæmingu, hefur ábending fyrir þessum lyfjaflokk þrengst. Til er tvíblind rannsókn um notkun ópíóíða við sjúkdómnum og reyndist lyfið gagnslaust.[43,47]

Aðkoma meðferðarteymis við erfiðari afbrigði sjúkdóms

Grundvallaratriði í meðferð CRPS er að nýta verkjateymi sem vinnur þverfræðilega og samanstendur af læknum, sjúkraþjálfurum, sálfræðingum, iðjuþjálfum, hjúkrunarfræðingum og öðrum

heilbrigðisstéttum eftir þörfum. Í verkjateymum er unnið eftir lífsálfélagsfræðilega módelinu. Þar er jöfnum höndum unnið með líkamlega, tilfinningalega og félagslega þætti sjúkdómsins.

Eitt það mikilvægasta er fræðsla fyrir sjúklinginn og aðstandendur um orsakir verkjanna, hvaða meðferð er raunhæf og hverjar horfur eru.

Sjúkraþjálfun skiptir miklu máli í endurhæfingu sjúklinga með CRPS. Markmiðið er að endurheimta hreyfigetu og almenna færni. Nálgunin í upphafi er með öðrum áherslum en eftir beinbrot eða aðra áverka. Það þarf að fara hægt af stað með þjálfun, taka mið af stöðu einkenna og hugsanlega byrja þjálfun á heilbrigðum útlim. Þannig er mælt er með jafnlengdarsamdráttar (*isometric*) álagi í byrjun. Lögð er áhersla á burð eða tog á útliminn og að nota útliminn með lágmarks hreyfingu um liðamót til að byrja með, en síðar tekur við stigvaxandi álag og styrking hreyfiferla.[6,48] Um leið og það er mögulegt er hafin almenn þrek- og úthaldsþjálfun.[49]

Iðjuþjálfun er mikilvægur hluti meðferðar, með áherslum á endurheimt athafnagetu. Sársaukinn sem fylgir heilkenninu er oft það mikill að fólk hlífir viðkomandi útlim.

Mikilvægt er samt að hefja þjálfun þrátt fyrir sársauka, oft með æfingum sem eru endurteknar, gjarnan oft á dag. Vegna snertiviðkvæmninnar er beitt aðlögunarmeðferð (*desensitization*). Í byrjun beinist meðhöndlun að heilbrigðum útlim og húð, aðlægt hinu sjúka svæði og síðar er húð á hinu viðkvæma svæði örvuð. Þarna er æfð snerting á mjúku, grófu og hörðu yfirborði, sem og örvun með kulda og hita.[48]

Oft þarf að hvetja fólk til að nota viðkomandi útlim. Ef einkennin eru einkum í ganglim gæti þurft gönguþjálfun og aðlögun með sérsniðnum skóm.

Stundum er þörf á að draga úr bjúg á útlim, sem er gert með þrýstingsmeðferð og haldið við með teygjusokkum eða teygjuumbúðum. Þá þarf að huga að endurheimt starfsgetu og aðkomu að vinnumarkaði. Sjúklingar eru hvattir til að sinna áhugamálum sem fyrr.[48]

Hluti vanda verkjasjúklinga með CRPS er breytt líkamsskynjun eða gaumstol. Þannig skynjar fólk ekki hina veiku hlið á sama hátt og þá frísku. Í þessu ástandi er talið að breytingar hafi orðið í miðtaugakerfi, á svæðum sem hafa að gera með sársaukaskynjun og hreyfingar viðkomandi útlims.[32]

Þegar kemur að meðferð við gaumstoli er ein nálgun að fá sjúklinginn til að hugsa sér að hann sé að nota viðkomandi útlim. Hann horfir til dæmis á röð mynda af handarhreyfingu á sama útlim og er með heilkennið, og hugsar sér að hann noti höndina eins og myndirnar sýna. Síðar er farið að hreyfa hendina á sama hátt. Þannig virðast opnast á ný brautir hreyfinga og sjónrænnar skynjunar í heilaberki, sem er ein af forsendum bata í langt gengnu verkjaheilkenni.[32,48,50,51]

Þá er möguleiki að nota svokallaða speglameðferð, en þar er veiki útlimurinn falinn á bak við spegil og horft er á heilbrigða útliminn hreyfa sig í speglinum. Sjúklingurinn horfir á spegilmyndina og hugsar sér að hann sé að hreyfa veika útliminn eins og þann heilbrigða. Síðar er sjúklingur látinn hreyfa veika útliminn samtímis hinum fríska. Meðferðin dregur úr verkjum með því að auka hreyfigetu og þá minnkar snertiviðkvæmni og bjúgur (mynd 3).[8,51,52]

Tilfinningalegur vandi er oft til staðar hjá verkjasjúklingum. Á stundum var vandinn til staðar áður en verkirnir komu til. En verkir valda einnig tilfinningalegum viðbrögðum, svo sem depurð og kvíða. Verkir eru raunar oft það óþægilegir að stutt verður í hamfarahyggju og mikinn ótta. Aðkoma sálfræðinga skiptir miklu máli fyrir meðferð sjúklinga með CRPS. Meðferðin byggir á gagnreyndum aðferðum sálfræðinnar, svo sem hugrænni atferlismeðferð við þunglyndi og kvíða.[53] Margir verkjasjúklingar eru einnig að takast á við áfallastreitu sem þarf að meðhöndla.[54] Læknir verkjateymis metur hvort þessir sjúkdómar eru af þeim þunga að hefja beri lyfjameðferð, til dæmis með þunglyndislyfjum. Svefnvandi er einnig algengur hjá verkjasjúklingum og það er mikilvægt fyrir framhaldið að meðhöndla hann markvisst, til dæmis með lyfjum eins og þríhringja þunglyndislyfjum.

Þá er beitt hugrænni atferlismeðferð (HAM) við verkjum sem er gagnreynd. Gengið er út frá að slík nálgun nýtist einnig CRPS-sjúklingum.[55] Í seinni tíð hefur þróast svokölluð Acceptance and Commitment Therapy, eða ACT-meðferð, þar sem fólk lærir að gangast við verkjunum og sínum tilfinningum að vissu marki.[56]

Þá er mælt með að fólk reyni að greiða úr samskiptavanda ef hann er hamlandi, til dæmis innan fjölskyldu. Ofannefndar ráðleggingar eru notaðar við verkjaendurhæfingu, en tvíblindar rannsóknir á meðferðinni og nálguninni við CRPS liggja ekki fyrir.[57] Rannsóknir hafa verið gerðar á lífrænni endurgjöf (*biofeedback*), oft með viðunandi árangri.[58]

Sérhæfð meðferð á verkjagöngudeild

Erfiðustu tilfelli staðbundins verkjaheilkennis eru oft meðhöndluð í sérhæfðum verkjateymum, sem hafa myndast við stærri sjúkrahús, í tengslum við svæfingarlækna og samstarfsfólk þeirra. Þar er beitt sérhæfðum meðferðarúrræðum. Ein slík leið er að gefa lyf í mænuvökva (*intrathecalt*) með þar til gerðum dælubúnaði; oft er hér um að ræða Baklofen, einkum ef mikil síspenna (*spasticity*) eða stífleiki (*dystonia*) er til staðar í útlim. Þessu hefur eingöngu verið lýst sem einstaka sjúkratilfelli eða örfáum tilfellum, en þessi aðferð hefur verið notuð hérlendis með nokkrum árangri. Innanbasts (*intrathecal*) lyfjameðferð með öðrum lyfjum, svo sem Clónidín, Marcaín, Morfín eða Metýlprednisólón, hefur einnig verið lýst.[59]

Talið er að í heilkenninu sé miðlæg verkjanæming tengd breytingu á virkni svokallaðs NMDA-viðtaka. Þannig er mögulegt að meðhöndla CRPS með svæfingalyfinu ketamíni í æð. Í tvíblindri rannsókn dró það úr einkennum á tölfræðilega marktækan hátt. Aukaverkanir voru ásættanlegar.[60] Hér á landi er ketamíngjöf tengd við gjöf á Lidocaín í æð á sama tíma.

Deyfingar á semjustofni (*truncus sympathicus* eða *ganglion stellatum)* hefur löngum verið grundvallarmeðferð við CRPS, en í rannsóknum seinni tíma er sú meðferð ekki talin vera að skila þeim árangri sem stefnt var að.[34] Endurteknar rannsóknir hafa sýnt að raförvun bakhorna mænu (*dorsal column stimulation*) er að gagnast.[61] Þetta er gert með rafvirkum streng sem er lagður að aftara mænuhorni í mænugöngum. Mænuhornið er síðar örvað með rafstraumi. Búnaðurinn sem er notaður er ekki ósvipaður hjartagangráði, stýrihylki með rafhlöðu er sett undir húð með streng í mænugöng. Meðferðin dregur úr verkjum og eykur lífsgæði.[61]

Sú staða getur komið upp að gera þurfi aðgerð á útlim sem er

þegar með CRPS. Talið er að verulegar líkur séu á að einkenni sjúkdómsins versni. Mælt er með að ekki sé gerð aðgerð á útlim sem hefur verið með CRPS í að minnsta kosti eitt ár eftir að einkenni hverfa, nema brýn nauðsyn sé á aðgerð. Þá vakna stundum spurningar um það hvort ástæða sé til að fjarlægja útlim sem er með heilkennið. Ólíklegt er talið að slíkt inngrip hjálpi. Verkir halda oft áfram þrátt fyrir aðgerðina eða færa sig á annan stað í líkamanum. Notkun á gervilimum verður næstum útilokuð og flestir fá svokallaða draugaverki.[62,63]

Önnur meðferðarúrræði

Afar mikil hugmyndaauðgi hefur verið í meðferðum við heilkenninu.

Nálastungur hafa verið reyndar en í rannsókn með nálastungum, að vísu með fáum þátttakendum, var enginn munur milli þeirra sem fengu nálar og hinna sem voru meðhöndlaðir með sýndarmeðferð. Þetta bendir til þess að nálastungumeðferð sé gagnslaus við þessu heilkenni.[64]

Fyrir utan taugaverkjalyf og bólgueyðandi lyf (NSAID) hafa fjölmörg önnur lyf verið reynd, með mismiklum árangri.

Mögulegt er að reyna meðferð með bisfosfónötum, til dæmis Alendronati, sem hefur sýnt sig að draga úr verkjum og auka hreyfigetu, einkum ef um beingisnun er að ræða.[65] Lyfið Capsaicín, (Qutenza®) í kremformi er talið gagnast sem staðbundin meðferð.[66]

Reynd hefur verið meðferð með sperðilbakteríueitri (botulinumtoxini), C-vítamíni í stórum skömmtum sem fyrirbyggjandi meðferð eftir beinbrot eða aðgerðir, meðferð með Alzheimerlyfinu memantín sem og krabbameinslyfinu Lenalidomide. Þá má nefna hjartalyfið Isosorbide Dinitrat, magnesíum-sölt, og Calcitonín hormón. Þá hefur lyfið Tadalafil (Cialis®), verið reynt. Útlimadeyfingar hafa verið reyndar sem og hlutabrennsla á semjustofni. Einnig hefur verið reynd meðferð með jafnstraumsgjöf á heila. Þá hefur verið reynd súrefnismeðferð í háþrýstingsklefum, svo fátt eitt sé nefnt. Athyglisverð er meðferð með lifandi býflugum sem eru látnar stinga hinn veika útlim fjölmörgum stungum. Einnig eru nefndar til sögunnar nálastungur með eitri úr býflugnastungum.[67,68,69,70]

Horfur

Í faraldsfræðilegum rannsóknum eru horfur í framskyggnum rannsóknum ekki svo afleitar, verkir, þroti, stirðleiki og húðbreytingar gengu til baka hjá stórum hluta sjúklinga.[71-73] Þessar niðurstöður eru studdar af faraldsfræðirannsókn með þverskurðarsniði.[10] Í afturskyggnum rannsóknum af sérhæfðum göngudeildum verkjasjúklinga eru horfur aðrar; þar eru um 10% sjúklinga enn með hamlandi einkenni árum eða áratugum síðar.[71,11]

Lokaorð

Nýgengi sjúkdómsins á Íslandi í gagnagrunnum Embættis landlæknis er lágt, sem gæti bent til þess að sjúkdómurinn sé verulega vangreindur hér á landi. Mikilvægt er að hafa þessa greiningu í huga þegar verkir eru mun sárari en áverkasaga gefur til kynna, samfara bólgu, hreyfiskerðingu og ofurnæmi í húð. Meingerð sjúkdómsins er ekki þekkt, og meðferðin ekki sértæk. Því er um afar fjölbreytilega meðferðarmöguleika að ræða, suma gagnreynda með allgóðum rannsóknum, en oft er meðferðin byggð á hefðum læknisfræðinnar og miðuð við meðferð verkjasjúklinga almennt sem og sjúklinga með taugaverki. Þar sem sjúkdómurinn er fátíður er oft ekki um stórt þýði að ræða í þeim rannsóknum sem eru þó til grundvallar.

Þakkir

Höfundur þakkar eftirtöldum aðilum yfirlestur og ómetanlegar ábendingar: Jóni Gunnari Þorsteinssyni, sjúkraþjálfara, og Rúnari Helga Andrasyni, sálfræðingi, og læknunum Magnúsi Ólasyni, Guðmundi Björnssyni, Páli Ingvarssyni og Þorbirni Jónssyni. Þá þakkar höfundur Bergdísi Björk Sigurjónsdóttir hjá Embætti landlæknis lipurð við að nálgast gögn í heilbrigðisgagnagrunnum embættisins. Hávari Sigurjónssyni, blaðamanni, er þökkuð aðstoð við handrit.

Greinin barst til blaðsins 27. janúar 2021,
samþykkt til birtingar 29. apríl 2021.

Heimildir

1. Todorova J, Dantchev N, Petrova G. Complex Regional Pain Syndrome. Acceptance and the Alternative Denominations in the Medical Literature. Med Princ Pract 2013; 22: 295-300.
2. Mitchell SW, Morehouse GR, Keen WW. Gunshot wounds and other injuries of nerves. 1864. Clin Orthop Relat Res 2007; 458: 35-9.
3. Borchers AT, Gershwin ME. Complex regional pain syndrome: a comprehensive and critical review. Autoimmun Rev 2014; 13: 242-65.
4. Sudeck P. Ueber die akute (trophoneurotische) Knochenatrophie nach Entzündungen und Traumen der Extremitäten1. DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift 1902; 28: 336-8.
5. Leriche R. De la causalgie en visage comme une nevrite du sympathique et son traitement par la denuation et l'excision des plexus nerveux periarteriels. Presse Med 1916; 24: 178-80.
6. Stanton-Hicks M. Complex regional pain syndrome. Anesthesiol Clin North Am 2003; 21: 733-44.
7. Harden RN, Bruehl S, Perez RS, et.al. Validation of proposed diagnostic criteria (the "Budapest Criteria") for Complex Regional Pain Syndrome. Pain 2010; 150: 268-74.
8. de Boer RD, Marinus J, van Hilten JJ, et al. Distribution of signs and symptoms of complex regional pain syndrome type I in patients meeting the diagnostic criteria of the International Association for the Study of Pain. Eur J Pain 2011; 15: 830.
9. Villa MG, Rittig-Rasmussen B, Mikkelsen LMS, et al. Complex regional pain syndrome. Man Ther 2016; 26: 223-30.
10. Sandroni P, Benrud-Larson LM, McClelland RL, et al. Complex regional pain syndrome type I: incidence and prevalence in Olmsted county, a population-based study. Pain 2003; 103: 199-207.
11. de Mos M, de Bruijn AG, Huygen FJ, et al. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. Pain 2007; 129: 12-20.
12. Buller M, Schulz S, Kasdan M, et al. The Incidence of Complex Regional Pain Syndrome in Simultaneous Surgical Treatment of Carpal Tunnel Syndrome and Dupuytren Contracture. Hand (NY) 2018; 13: 391-4.
13. Rewhorn MJ, Leung AH, Gillespie A, et al. Incidence of complex regional pain syndrome after foot and ankle surgery. J Foot Ankle Surg 2014; 53: 256-8.
14. de Rooij AM, FlorenciaGosso M, HaasnootGW, et al. HLA-B62 and HLA-DQ8 are associated with Complex Regional Pain Syndrome with fixed dystonia. Pain 2009; 145: 82-5.
15. de Rooij AM, de Mos M, Sturkenboom MC, et al. Familial occurrence of complex regional pain syndrome. Eur J Pain 2009; 13: 171-7.
16. Dilek B, Yemez B, KizilR, et al. Anxious personality is a riskfactor for developing complex regional pain syndrome type I. Rheumatol Int 2012; 32: 915-20.
17. Parkitny L, McAuley JH, DiPietro F, et al. Inflammation in complex regional pain syndrome: a systematic review and meta-analysis. Neurology 2013; 80: 106-17.
18. Bharwani KD, Dik WA, Dirckx M, et al. Highlighting the Role of Biomarkers of Inflammation in the Diagnosis and Management of ComplexRegional Pain Syndrome. Mol Diagn Ther 2019; 23: 615-26.
19. Kohr D, Tschernatsch M, SchmitzK, et al. Autoantibodies in complex regional pain syndrome bind to a differentiation-dependent neuronal surface autoantigen. Pain 2009; 143: 246-51.
20. Blaes F, Tschernatsch M, BraeuME,e t al. Autoimmunity in complex regional pain syndrome. Ann N Y Acad Sci 2007; 1107: 168-73.
21. Tékus V, Hajna Z, Borbély É, et al. A CRPS-IgG-transfer-trauma model reproducing inflammatory and positive sensory signs associated with complex regional pain syndrome. Pain 2014; 155: 299-308.
22. Cuhadar U, Gentry C, VastaniN, et al. Autoantibodies produce pain in complex regional pain syndrome by sensitizing nociceptors. Pain 2019; 160: 2855-65.
23. Ritz BW, Alexander GM, Nogusa S, et al. Elevated blood levels of inflammatory monocytes (CD14+ CD16+) in patients with complexregionalpainsyndrome. Clin Exp Immunol 2011; 164: 108-17.
24. Dubuis E, Thompson V, Leite MI, et al. Longstanding complex regional pain syndrome is associated with activating autoantibodies against alpha-1a adrenoceptors. Pain 2014; 155: 2408-17.
25. Aradillas E, Schwartzman RJ, Grothusen JR, et al. Plasma Exchange Therapy in Patients with Complex Regional Pain Syndrome. Pain Physician 2015; 18: 383-94.
26. Goebel A, Baranowski A, Maurer K, et al. Intravenous immunoglobulin treatment of the complex regional pain syndrome: a randomized trial. Ann Intern Med 2010; 152: 152-8.
27. Albrecht PJ, Hines S, Eisenberg E, et al. Pathologic alterations of cutaneous innervation and vasculature in affected limbs from patients with complex regional pain syndrome. Pain 2006; 120: 244-66.
28. Oaklander AL, Rissmiller JG, Gelman LB, et al. Evidence of focal smallfiber axonal degeneration in complex regional pain syndrome-I (reflex sympathetic dystrophy). Pain 2006; 120: 235-43.
29. Marinus J, Moseley GL, Birklein F, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. Lancet Neurol 2011; 10: 637-48.
30. Schwartzman RJ, Alexander GM, Grothusen JR, et al. Outpatient intravenous ketamine for the treatment of complex regional pain syndrome: a double-blind placebo controlled study. Pain 2009; 147: 107-15.
31. Geha PY, Baliki MN, Harden RN, et al. The brain in chronic CRPS pain: abnormal gray-white matter interactions in emotional and autonomic regions. Neuron 2008; 60: 570-81.
32. Maihöfner C, Handwerker HO, Neundörfer B, et al. Cortical reorganization during recovery from complex regional pain syndrome. Neurology 2004; 63: 693-701.
33. Torebjörk E, Wahren L, Wallin G, et al. Noradrenaline-evoked pain in neuralgia. Pain 1995; 63: 11-20.
34. O'Connell NE, Wand BM, Gibson W, et al. Local anaesthetic sympathetic blockade for complex regional pain syndrome. Cochrane Datab Syst Rev 2016; 7: CD004598.
35. Birklein F, Schlereth T. Complex regional pain syndrome—significant progress in understanding. Pain2015; 156: S94-S103.
36. Shim H, Rose J, Halle S, et al. Complex regional pain syndrome: a narrative review for the practicing clinician. B J Anaest 2019; 123: e424-e433.
37. Peltz E, Seifert F, Maihöfner C, et al. Diagnostic guidelines for complex regional pain syndrome. Handchir Mikrochir Plast Chir 2012; 44: 135-41.
38. Niehof SP, Huygen FJ, van der Weerd RW, et al. Thermography imaging during static and controlled thermoregulation in complex regional pain syndrome type 1: diagnostic value and involvement of the central sympathetic system. Biomed Eng Online 2006; 5: 30
39. Harden RN, Bruehl S, Stanton-Hicks M, et al. Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome. Pain Med 2007; 8: 326-31.
40. Schwartzman RJ, Erwin KL, Alexander GM. The natural history of complex regional pain syndrome. Clin J Pain 2009; 25: 273-80.
41. Bruehl S. An update on the pathophysiology of complex regional pain syndrome. Anesthesiology 2010; 113: 713-25.
42. Borchers AT, Gershwin ME. The clinical relevance of complex regional pain syndrome type I: The Emperor's New Clothes. Autoimmun Rev 2017; 16: 22-33.
43. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, et al. Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. Pain Med 2013; 14: 180-229.
44. Christensen K, Jensen EM, Noer I. The reflex dystrophy syndrome response to treatment with systemic corticosteroids. Acta Chir Scand 1982; 148: 653-5.
45. Bannister K. Descending pain modulation: influence and impact. Curr Opin Physiol 2019; 11: 62-6.
46. Raskin J, Pritchett YL, Wang F, et al. A double-blind, randomized multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the management of diabetic peripheral neuropathic pain. Pain Med 2005; 6: 346-56.
47. Harke H, Gretenkort P, Ladleif HU, et al. The response of neuropathic pain and pain in complex regional pain syndrome I to carbamazepine and sustained-release morphine in patients pretreated with spinal cord stimulation: a double-blinded randomized study. Anesth Analg 2001; 92: 488-95.
48. Galve Villa M, Rittig-Rasmussen B, Moeller Schear Mikkelsen L, et al. Complex regional pain syndrome. Man Ther 2016; 26: 223-30.
49. Cossins L, Okell RW, Cameron H, et al. Treatment of complex regional pain syndrome in adults: a systematic review of randomized controlled trials published from June 2000 to February 2012. Eur J Pain 2013; 17: 158-73.
50. Rome L. The place of occupational therapy in rehabilitation strategies of complex regional pain syndrome: Comparative study of 60 cases. Hand Surg Rehabil 2016; 35: 355-62.
51. Lagueux E, Charest J, Lefrançois-Caron E, et al. Modified graded motor imagery for complex regional pain syndrome type 1 of the upper extremity in the acute phase: a patient series. Int J Rehabil Res 2012; 35: 138-45.
52. Cacchio A, De Blasis E, Necozione S, et al. Mirror therapy for chronic complex regional pain syndrome type 1 and stroke. N Engl J Med 2009; 361: 634-6.
53. Bruehl S, Chung OY. Psychological and behavioral aspects of complex regional pain syndrome management. Clin J Pain 2006; 22: 430-7.
54. Speck V, Schlereth T, Birklein F, et al. Increased prevalence of posttraumatic stress disorder in CRPS. Eur J Pain 2017; 21: 466-73.
55. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain 1999; 80: 1-13.
56. Cho S, McCracken LM, Heiby EM, et al. Pain acceptance-based coping in complex regional pain syndrome Type I: daily relations with pain intensity, activity, and mood. J Behav Med 2013; 36: 531-8.
57. Hann KE, McCracken LM. A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and CommitmentTherapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. J Context Behav Sci 2014; 3: 217-27.
58. Jensen MP, Grierson C, Tracy-Smith V, et al. Neurofeedback treatment for pain associated with complex regional pain syndrome type I. J Neurother 2007; 11: 45-53.
59. Bahl A, Tripathi C, McMullan J, et al. Novel use of intrathecal baclofen drug delivery system for periodic focal dystonia in a teenager. Neuromodulation 2013; 16: 273-5.
60. Sigtermans S MJ, van Hilten JJ, Bauer MC, et al. Ketamine produces effective and long-term pain relief in patients with Complex Regional Pain SyndromeType 1. Pain 2009; 145: 304-11.

Heimildir 61-73 eru birtar á heimasíðu blaðsins

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.06.640

Complex regional pain syndrome, CRPS

Kristján G. Guðmundsson

Reykjalundur, Rehabilitation center, Mosfellsbæ, Iceland.

Correspondence: Kristján G. Guðmundsson, *kristjang@reykjalundur.is*

Key words: *CRPS, incidence, review.*

Complex regional pain syndrome, CRPS, occurs with severe disabling pain, usually in the leg or hand, coupled with changes in pain perception, hyperesthesia and allodynia. There is as well, edema, changes in the color of the skin, trophic changes, and dystonia. The pain syndrome is often triggered by minor trauma. The pain perception is severe and out of context with the initial trauma.

The syndrome is rare, occurring in a population-based study in the United States, with an incidence of only 5.5 per hundred thousand people per year. The incidence in Iceland, from the National Register of Diseases from the Directorate of Health, was 1.3 per annum, per hundred thousand people.

The exact etiology of the disease is unknown. It is presumed that inflammation is the cause, often resulting from an autoimmune reaction. The term pain sensitization is also used to describe the pain mechanism, both in peripheral nerves and in the central nervous system. There are changes and displacement of the area of the neocortex that is coupled with pain perception. The criteria of the International Association for the Study of Pain (IASP) were the basis for the diagnosis.

Interdisciplinary team management according to the biopsychosocial model is thought to be the preferred treatment approach. The members of the team are occupational therapists, physiotherapists, social workers, psychologists, nurses, and medical doctors, augmented by other disciplines as needed. One treatment option is mirror therapy, where the diseased extremity is held behind a mirror during the training and the patient observes movements of the healthy extremity. Initially treatment is aimed at treating the inflammation, often with NSAID drugs, or with steroids. Medical treatments are the same as apply for the treatment of neural pain, with drugs such as Gabapentin, or anti depressive agents as duloxetine or imipramine. There is an indication to use bisphosphonates such as alendronate, especially if there is osteoporosis.

It is assumed that the function of the NMDA receptor has changed in the central nervous system and treatment with intravenous ketamine, is an option. Spinal cord stimulation of the dorsal horns of the spine has been effective as well.

In majority of cases the syndrome resolves in the first two years, but for the rest the prognosis is dire, symptoms getting worse and persisting for years and even decades.

Fertug kona með hósta og brjóstverk

• Tilfelli mánaðarins •

Haukur Kristjánsson[1]
Jón Gunnlaugur Jónasson[2,3]
Per Martin Silverborn[4]
Sigríður Ólína Haraldsdóttir[5]
Tómas Guðbjartsson[3,6]

Allir höfundarnir eru læknar

[1]Landspítali, [2]meinafræðideild Landspítala, [3]læknadeild Háskóla Íslands, [4]hjarta- og lungnaskurðdeild Sahlgrenska háskólasjúkrahússins, Gautaborg, Svíþjóð, [5]lungnadeild Landspítala, [6]hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala.

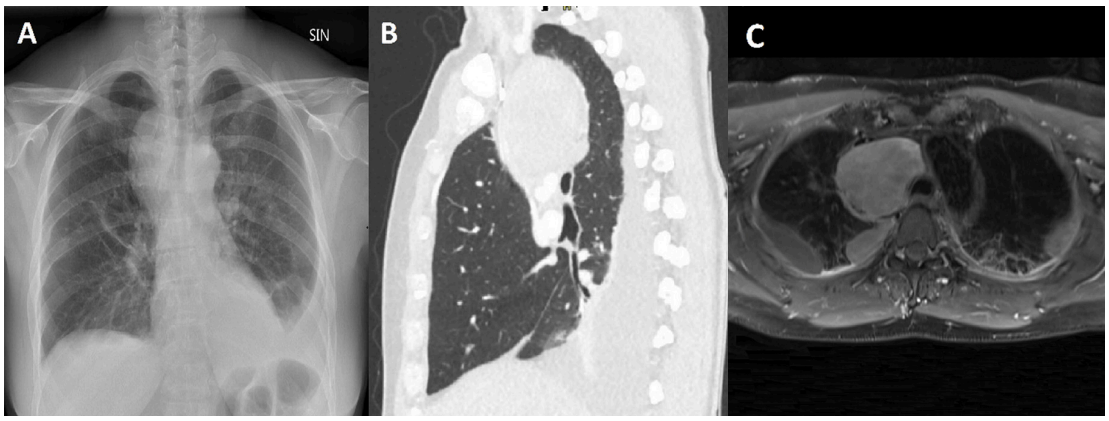
Fyrirspurnum svarar Haukur Kristjánsson, *haukurk@landspitali.is*

Höfundar fengu samþykki sjúklingsins fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

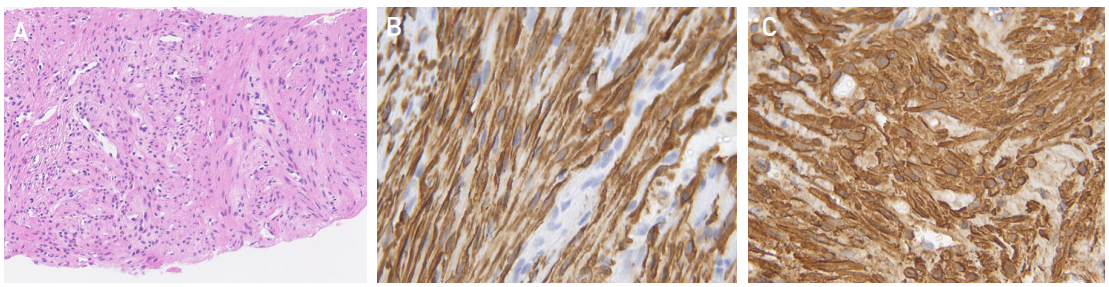
Tilfellið

Hraust kona sem aldrei hafði reykt leitaði endurtekið til læknis á þriggja mánaða tímabili vegna þurrs hósta, þyngslaverks fyrir brjósti og vægrar mæði. Lífsmörk voru eðlileg og skoðun ómarkverð, þar á meðal hjarta- og lungnahlustun. Hjartalínurit og tróponín T var eðlilegt en væg hækkun var á hvítum blóðkornum og C-reactive protein (CRP) sem mældist 67 mg/L. Á röntgenmynd af lungum sást þétting hægra megin í miðmæti (mynd 1A). Tölvusneiðmynd (mynd 1B) og segulómskoðun (mynd 1C) sýndu að um fyrirferð var að ræða. Miðmætisspeglun gaf ekki greiningu og því var gerð ástunga á fyrirferðina í gegnum brjósthol með aðstoð tölvusneiðmynda og eru vefjalitanir sýndar á mynd 2.

- Hver er greiningin?
- Hverjar eru helstu mismunagreiningar og hvaða meðferð er réttast að beita?



Mynd 1. *A) Röntgenmynd af lungum. B) Tölvusneiðmynd af brjóstholi, langsnið. C) Segulómskoðun af brjóstholi, þversnið.*



Mynd 2. *A) Hematoxylin og eosin-litun á vefjasýni úr miðmæti. B) Sérlitun fyrir desmín. C) Sérlitun fyrir smooth muscle actin (SMA).*

Svar við tilfelli mánaðarins

Sléttvöðvafrumuæxli í miðmæti (*mediastinal leiomyoma*)

Hér reyndist vera um að ræða 8 x 4,5 cm sléttvöðvafrumuæxli í miðmæti (mynd 3). Vel afmarkað æxlið á tölvusneiðmynd og segulómun bendir til góðkynja meins. Greiningin fæst á vefjasýninu sem sýnir einsleitar spólufrumur (mynd 2A). Auk þess staðfesti sérlitun fyrir próteinunum desmíni og sléttvöðva-actíni (SMA) að þetta voru sléttvöðvafrumur (mynd 2B og 2C). Bæði próteinin eru sértæk fyrir vöðvafrumum og SMA fyrir sléttvöðvafrumum.[1,2] Hvorki sáust kjarnadeilingar né drep eins og í illkynja æxlum og mæling á Ki-67 (frumufjölgunarstuðull) reyndist undir 1% sem bendir sterklega til góðkynja meins.

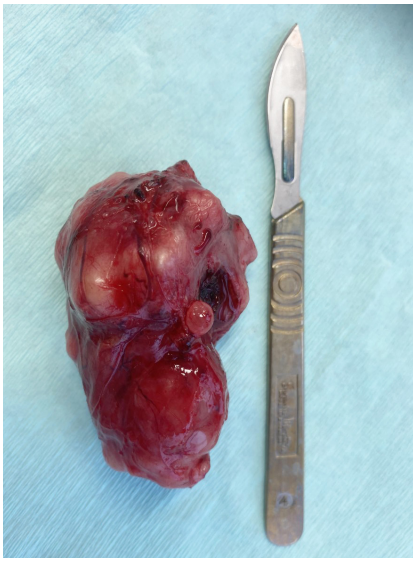
Sléttvöðvafrumuæxli eru algeng fyrirferð, ekki síst í legi.[3] Þau geta einnig greinst í öðrum líffærum þar sem eru sléttvöðvafrumur, til að mynda í vélinda þar sem þau eru algengasta góðkynja æxlið.[4] Í miðmæti eru frumkomin sléttvöðvafrumuæxli afar sjaldgæf og hefur aðeins 12 slíkum tilfellum verið lýst áður í enskum vísindaritum.[5,6] Talið er að þessi miðmætisæxli séu upprunnin frá stóru holæðunum eða vélinda, en í þessu tilfelli var ekki ljóst hvaðan æxlið var upprunnið þar sem hvorki sáust á myndrannsóknum né í aðgerð tengsl við önnur líffæri.

Helstu mismunagreiningar sléttvöðvafrumuæxlis í miðmæti eru æxli af öðrum vefjafræðilegum uppruna. Miðmætið hýsir líffæri úr öllum þremur kímlögunum og koma því margir vefjaflokkar til greina. Algengi þeirra er breytilegt milli rannsókna og er háð aldri við greiningu,[7] en æxli með upptök í taugavef (*neurogenic*) og hóstarkirtli (*thymoma*) eru algengust.[8] Dæmi um aðrar góðkynja fyrirferðir eru ósæðargúlar, fyrirferð í skjaldkirtli og berkjublöðrur (*bronchogenic cyst*). Dæmi um illkynja mein í miðmæti eru eitilfrumukrabbamein, meinvörp og vélindakrabbamein.

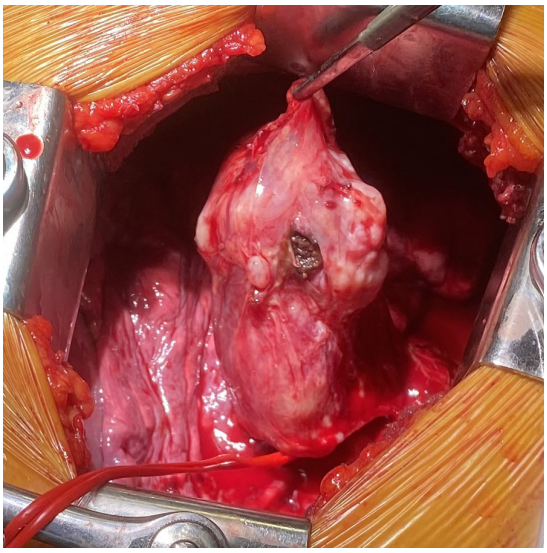
Góðkynja fyrirferð í miðmæti er í fyrstu yfirleitt án einkenna og greinist fyrir tilviljun við myndrannsóknir af brjóstholi sem gerðar eru vegna óskyldra sjúkdóma. Í þessu tilfelli var æxlið orðið það stórt að það þrýsti á hægri meginberkju og olli hósta og þyngslaverk. Kyngingarörðugleikar voru hins vegar ekki til staðar en hefði æxlið stækkað enn frekar hefði mátt reikna með slíkum einkennum. Góðkynja fyrirferð í miðmæti er yfirleitt fjarlægð með skurðaðgerð, bæði vegna einkenna og til staðfestingar á greiningu. Aðgerðin í þessu tilfelli var gerð með brjóstholssjá (*video assisted thoracoscopic surgery*, VATS) og æxlið fjarlægt úr miðmætinu í gegnum þrjá litla skurði (mynd 4). Aðgerðin gekk vel og útskrifaðist sjúklingurinn heim við góða líðan fjórum dögum síðar. Mynd 5 sýnir röntgenmynd af lungum við eftirlit viku eftir útskrift. Þar má sjá að fyrirferðin er ekki lengur til staðar.

Þar sem æxlið var fjarlægt í heild sinni ætti sjúklingurinn að vera læknaður og ekki þörf á langtíma eftirliti. Hins vegar þykir rétt í ljósi stærðar æxlis, hve sjaldgæft það er og því lítil reynsla komin varðandi eftirlit, að þessu sé fylgt eftir af lungnalæknum.

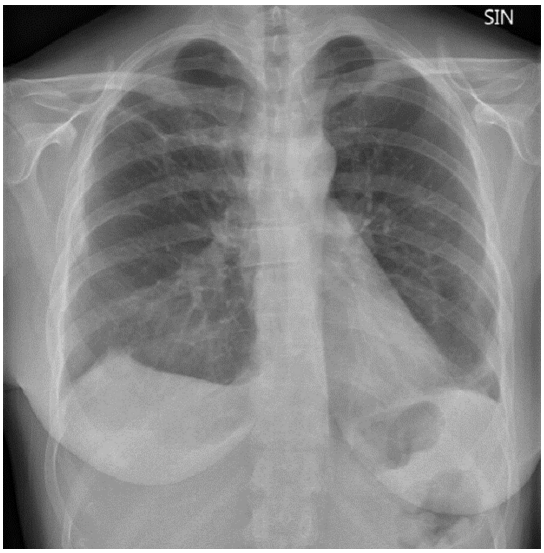
Greinin barst til blaðsins 28. apríl 2021,
samþykkt til birtingar 7. maí 2021.



Mynd 3. *Æxlið eftir brottnám.*



Mynd 4. *Æxlið fjarlægt úr miðmæti. Ljósmynd/Landspítali.*



Mynd 5. *Röntgenmynd af lungum viku eftir aðgerð.*

Heimildir

1. Paulin D, Li Z. Desmin: a major intermediate filament protein essential for the structural integrity and function of muscle. Exp Cell Res 2004; 301: 1-7.
2. Skalli O, Ropraz P, Trzeciak A, et al. A monoclonal antibody against α-Smooth Muscle Actin: A new probe for smooth muscle differentiation. J Cell Biol 1986; 103: 2787-96.
3. Sparic R, Mirkovic L, Malvasi A, et al. Epidemiology of Uterine Myomas: A Review. Int J Fertil Steril 2016; 9: 424-35.
4. Inderhees S, Tank J, Stein HJ, et al. Leiomyoma of the esophagus: A further indication for robotic surgery? Chirurg 2019; 90: 125-30.
5. Ouadnouni Y, Achir A, Bekarsabein S, et al. Primary mediastinal leiomyoma: a case report. Cases J 2009; 2: 8555.
6. Li C, Lin F, Pu Q, et al. Primary mediastinal leiomyoma: a rare case report and literature review. J Thorac Dis 2018; 10: E116-E119.
7. Liu T, Al-Kzayer LFY, Xie X, et al. Mediastinal lesions across the age spectrum: a clinicopathological comparison between pediatric and adult patients. Oncotarget 2017; 8: 59845-53.
8. Juanpere S, Cañete N, Ortuño P, et al. A diagnostic approach to the mediastinal masses. Insights Imaging 2013; 4: 29-52.

Forty year old female with cough and chest pain

Haukur Kristjánsson[1]
Jón Gunnlaugur Jónasson[2,3]
Per Martin Silverborn[4]
Sigríður Ólína Haraldsdóttir[5]
Tómas Guðbjartsson[3,6]

[1]Landspitali University Hospital, Reykjavík, Iceland, [2]Department of Pathology, [3]Faculty of Medicine, University of Iceland, [4]Department of Cardiothoracic Surgery, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden, [5]Department of Pulmonology, [6]Cardiothoracic Surgery, Landspitali University Hospital, Reykjavík, Iceland.

Correspondence: Haukur Kristjánsson, *haukurk@landspitali.is*

Key words: *Leiomyoma, Mediastinum, VATS, Desmin, SMA, Cough.*

doi 10.17992/lbl.2021.06.641

Öryggi | Samvinna | Framsýni
SAk SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI AKUREYRI HOSPITAL

Sérfræðingur í geðlækningum við Sjúkrahúsið á Akureyri

Laus er til umsóknar 100% staða sérfræðings í geðlækningum. Staðan er laus nú þegar eða eftir samkomulagi.

Starfið felur í sér þjónustu við sjúklinga á legudeild geðdeildar sjúkrahússins, göngudeild og bráðamóttöku, ennfremur samvinnu við aðrar deildir sjúkrahússins og stofnanir á Norður- og Austurlandi.

Starfinu fylgir vaktskylda, þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta, þjálfun aðstoðar- og deildarlækna auk tækifæra til rannsóknarvinnu.

Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í geðlækningum.

Umsóknarfrestur er til og með 30. júní 2021

Allar nánari upplýsingar á vef www.sak.is/atvinna

Öryggi | Samvinna | Framsýni
SAk SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI AKUREYRI HOSPITAL

Sérfræðingur í barnalækningum við Sjúkrahúsið á Akureyri

Laus er til umsóknar staða sérfræðings í barnalækningum. Starfshlutfall og upphaf starfs er samkomulagsatriði en æskilegt er að viðkomandi geti hafið störf sem fyrst.

Deildin sinnir öllum almennum lyflækningum barna og léttari vandamálum nýbura.

Starfið felur í sér þjónustu við sjúklinga á barnadeild, göngudeild, bráðamóttöku og fæðingadeild. Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í barnalækningum. Við leitum að barnalækni með víðtæka reynslu í almennum barnalækningum og grunnþekkingu í nýburalækningum.

Umsóknarfrestur er til og með 30. júní 2021

Allar nánari upplýsingar á vef www.sak.is/atvinna

Höfuðborgin heldur fast í læknana

Samanburður launa lækna eftir dreifbýli og þéttbýli er dreifbýlinu ekki hagstæður, segja forstjórar heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni sem þurfa nú að meta þörf á mönnun samkvæmt nýrri reglugerð heilbrigðisráðuneytisins

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Jón Helgi Björnsson, forstjóri HSN.

„Það horfir ekkert sérstaklega vel í dreifbýlinu. Kannski er það eitthvað í samfélagsmyndinni. Fólk vill ekki þessa vaktabindingu og það vill búa á stærri stöðum. Samanburður launa dreifbýlis og þéttbýlis er ekki hagstæður fyrir landsbyggðina," segir Jón Helgi Björnsson, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Norðurlands. 15% stöðugilda lækna séu leystar í verktöku.

Læknablaðið heyrði í forstjórum sjúkrastofnana um landið og spurði um mönnun. Samhljómur var í svörum þeirra. Hvatinn til að starfa úti á landi væri ekki mikill.



Gylfi Ólafsson, forstjóri HVEST.

Gylfi Ólafsson, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Vestfjarða, segir nýja reglugerð heilbrigðisráðuneytisins kveða á um að stofnanir heilbrigðisumdæma geri árlega starfsáætlun, áætlun um mönnun og mönnunarþörf sem tekur mið af þarfagreiningu. Nú sé unnið að þessu formlega í fyrsta sinn.

Kostnaðarsamt að jafna tækifærin

„Eftir því sem launin hækka í Reykjavík þurfum við að greiða læknum meira til að koma hingað. Ekki endilega til að yfirborga heldur til að jafna," segir Gylfi. „Góðir tekjumöguleikar eru í Reykjavík fyrir lækna. Það er kostnaðarsamt að ná kjörum hjá okkur upp í hliðstæð laun. Nefna má að ferðadagar, sem eru kannski hálfir dagar hér og þar, geta verið afar kostnaðarsamir því fórnarkostnaður lækna er svo hár," bendir hann á.

Stofnaður hafi verið vinnuhópur til að skoða með hvaða hætti megi bæta kjörin á landsbyggðinni, eins og samið var um við gerð kjarasamningsins. Hann hafi þegar hafið störf.

„Hópurinn á að skila tillögum að úrbótum þann 1. okt 2021 og jákvætt að læknar sjálfir hafi aðkomu að málinu með þessum hætti. Ég er vongóður um að þetta gangi vel upp. Þá hefur María Heimisdóttir, forstjóri Sjúkratrygginga, sagt að við endurskoðun á samningi við sérgreinalækna verði ákvæði um þjónustu við landsbyggðina. Það er ekki búið að formgera það en við erum vongóð um að það verði hagfellt fyrir alla," segir Gylfi og leggur áherslu á að mikilvægt sé að landsbyggðin reiði sig ekki einvörðungu á héraðsvitund sérgreinalæknanna sjálfra, heldur verði hvatinn innbyggður í kerfið.

Róðurinn þyngist á landsbyggðinni

„Þetta er gömul saga og ný og stafar af ýmsum ástæðum," segir Gylfi. „Eftir því sem tækni og þekkingu fleygir fram verða læknarnir sérhæfðari og þurfa því stærra upptökusvæði til að þeir geti sinnt sérgrein sinni. Þeim fækkar til að mynda sem titla sig almenna skurðlækna," bendir hann á. Því þyngist róðurinn enn á landsbyggðinni þegar kalla eigi lækna til starfa og afleysinga.

Díana Óskarsdóttir, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Suðurlands, segir læknaskort vandamál og fólk sé því dekstrað með samningum til að koma út á land.



Díana Óskarsdóttir, forstjóri HSU.

„Við erum þokkalega vel mönnuð eins og er. Við höfum þó áhyggjur því við erum með lækna sem komnir eru á aldur og vitum ekki hvað tekur við þegar þeir hætta. Við höfum verið heppin því ungir

Greiða Hvidovre 147 danskar krónur fyrir greiningu leghálssýna

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins greiðir 145 danskar krónur fyrir greiningu á hverju leghálssýni til dönsku meinafræðideildarinnar og 2 danskar krónur aukalega fyrir geymslu í lífsýnabanka. Hvert þeirra kostar því rúmar 2987 íslenskar krónur hjá Amager og Hvidovre sjúkrahúsinu, miðað við miðgengi Seðlabankans 17. maí.

Samkvæmt frétt RUV 15. apríl segir heilbrigðisráðuneytið að Landspítali hafi metið kostnaðinn 3656 kr. á sýni en 9587 kr. á sýni þegar veirugreining leiddi eitthvað athugavert í ljós, ólíkt því danska.

Óskar Reykdalsson, forstjóri Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, segir það nú í höndum ráðuneytisins að ákveða hvort staðið verði við danska samninginn eða samið við Landspítala. „Við erum til í báða." Hann segir þjónustuna örugga í höndum dönsku meinafræðideildarinnar. „En hún gengur hægar en við hefðum viljað sjá. Við erum því að setja mikinn kraft í að laga það sem þarf svo að við náum þeirri stöðu sem við teljum ákjósanlegasta."

Í samningnum við Hvidovre er búist við að sýnin verði um 20-25.000 ári. Má því ætla að upphæðin verði á bilinu rúmar 179 milljónir íslenskra króna til 224 milljónir á samningstímanum sem nær til ársloka 2023.

Heilsugæslan gaf verðið upp eftir að *Læknablaðið* kærði ákvörðun um að leyna því til Kærunefndar um upplýsingamál. Heilsugæslan féllst í kjölfarið á rök *Læknablaðsins* um að upplýsingarnar varði almannahagsmuni.

Samningurinn var undirritaður 18. febrúar 2021 en Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins tók við þjónustunni af Leitarstöð Krabbameinsfélagsins um áramót.

læknar sækjast í að koma til okkar.“ Vaktir á bráðamóttökunni kalli þó á frítöku sem komi niður á heilsugæslunni.

„Íbúum fjölgar gríðarlega á Selfossi. Margt ungt barnafólk flytur hingað og fólk sem hætt er að vinna. Þetta er hópurinn sem sækir í heilsugæsluþjónustu og því mikilvægt að hún sé góð.“

Þau fari þó vongóð inn í framtíðina. Bráðamóttakan hafi vaxið með 15.000 heimsóknum árlega fyrir COVID-19 og ungir læknar sjái tækifæri á Selfossi. „Síðan erum við með dreifðar byggðir; Vík, Klaustur og Höfn. Á Höfn eru tvö stöðugildi og er annað þeirra mannað með verktöku. Það er ekki endilega gott því þá er ekki samfella í þjónustunni,“ segir hún. Einnig sé staðan þung í Eyjum.

Nýta fjarheilbrigðisþjónustu

„En við nýtum fjarheilbrigðisþjónustuna. Við erum að ráða til okkar lækna sem eru tilbúnir að fara á stöðvarnar og fylgja eftir með fjarheilbrigðisþjónustu. Svona hugsum við til framtíðar,“ segir Díana.

„Við viljum byggja upp forvarnarstarfið og nýta þverfaglega þekkingu en það er enginn hvati til að fara út á land. Tækifærin eru í Reykjavík. Í Noregi er alltaf verið að finna lausnir. Þar fær heilbrigðisstarfsfólk skattaafslátt. Spurning hvort hægt væri að setja upp hvetjandi kerfi fyrir fólk að fara út á land,“ segir hún.



Óskar Reykdalsson biður ákvörðunar úr heilbrigðisráðuneytinu um hvar eigi að greina leghálssýni sem tekin eru hér á landi. Mynd/gag

Samkvæmt Ríkiskaupum er heilbrigðisþjónusta útboðsskyld þótt viðmiðunarfjárhæðir séu talsvert hærri en vegna annarrar þjónustu. Hún sé 97.770.000 krónur. Óskar segir að samið hafi verið í samráði við Sjúkratryggingar Íslands og metið að útboð væri óþarft í þessu tilviki.



Frá afhendingu viðurkenningarinnar. Í öftustu röð eru Ingi Pétursson og Daníel Pálsson, fyrir framan þá eru Hjördís Ásta Guðmundsdóttir og Sólveig Bjarnadóttir, og fremstu menn eru Teitur Ari Theodórsson og Martin Ingi Sigurðsson. Mynd / Jökull Sigurðarsson

Berglind, Engilbert og Martin Ingi fá viðurkenningu læknanema

Martin Ingi Sigurðsson, prófessor í svæfinga- og gjörgæslulækningum, hlaut kennsluverðlaun Félags læknanema fyrir skólaárið 2020-2021. Heiðursverðlaun hlaut Engilbert Sigurðsson, forseti læknadeildar og prófessor í geðlækningum, og Berglind Bergmann, sérnámslæknir í lyflækningum, hlaut deildarlæknaverðlaun. Verðlaunin voru afhent 21. apríl.

Martin Ingi fékk þau fyrir framúrskarandi metnað og jákvæðni við kennslu læknanema. „Þegar ég tók við starfi prófessors í svæfinga- og gjörgæslulækningum 2019 stefndi ég að þessum verðlaunum innan 10 ára, svo þetta er framar mínum björtustu vonum,“ segir Martin Ingi við *Læknablaðið*: „Verðlaunin hvetja mig og okkur til dáða að halda áfram og reyna að gera námsdvöl læknanema enn betri.“

Deildarlæknaverðlaun hlaut Berglind Bergmann sérnámslæknir í lyflækningum, fyrir einstaka kennslugleði og hlýhug í garð læknanema. „Manni hlýnar alveg ótrúlega um hjartaræturnar að fá svona fína viðurkenningu frá þeim en mér finnst fátt skemmtilegra en að kenna áhugasömum læknanema. Þessi viðurkenning er mér sérstaklega þýðingarmikil og ég er virkilega þakklát,“ segir Berglind.

Engilbert hlaut heiðursverðlaunin fyrir einstaka hjálpsemi og velvild í garð læknanema. „Mér þykir sérstaklega vænt um þau verðlaun sem Félag læknanema hefur veitt mér, kennsluverðlaunin 2002 og heiðursverðlaun félagsins í ár. Nánasta samstarfsfólk í læknadeild og á Landspítala á þó þessi heiðursverðlaun ekki síður en ég,“ segir hann við *Læknablaðið*.

Árlega veitir Félag læknanema viðurkenningar til þeirra sem hafa staðið sig sérstaklega vel við kennslu, leiðsögn og móttöku læknanema.

Auglýsing

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



Salóme Arnardóttir
Formaður Félags íslenskra heimilislækna
salome@hglagmuli.is

Stríðsþreyta

Við erum í stríði er orðfæri sem hefur verið notað mikið á því rúma ári sem liðið er síðan ósýnilegur óvinur kvaddi dyra. Stríði fylgir stríðsþreyta. Í bók sinni *Undir fána lýðveldisins* segir Hallgrímur Hallgrímsson frá því þegar hann fór árið 1938 af hugsjónaástæðum til að berjast fyrir lýðræði og jafnrétti í borgarastríðinu á Spáni. Þar lýsir hann því hvernig stríðsþreyta, og það sem hann kallar demóralísering, gat farið með hermenn lýðveldissinna, stríðsþreyta sem versnaði mikið þegar ákvarðanir úr efstu lögum valdastigans í Evrópu takmörkuðu möguleika lýðveldishersins:

„Þeir sem utan við standa gera sér tæplega í hugarlund hvað stríðsþreyta er. Það er ekki venjulegur lúi vegna of mikillar vöðvaáreynslu eða ellihrörnunar. Hún er annað og verra. Stríðsþreytan er „andlegs“ eðlis. Hún er ástand þess sem orðinn er óstyrkur, önuglyndur, kvíðinn og vondapur sökum þess að allt taugakerfi hans er komið í megnasta ólag af völdum langdvalar á vígstöðvum. Enginn sem þar dvelur lengi kemur jafngóður heim aftur, þó að viðnámsþrótturinn sé að sjálfsögðu misjafn.“

Kulnun

Nútímahugtakið er sennilega kulnun eða útbruni. Þótt aðstæður nú séu aðrar en þá er lýsandi orðalagið: „óstyrkur, önuglyndur, kvíðinn og vondapur“ sláandi líkt. Nú ætla ég ekki að leggja að jöfnu læknisstarfið og stöðuga lífshættu stríðshrjáðra, en sumt getur vakið mann til umhugsunar. Það hefur áhrif á vinnugleði, atorku og þreytustig þegar við búum við sífelldan skort á fjárframlögum til heilbrigðiskerfisins.

Þegar ég vann fyrst á sjúkrahúsi var verið að spara fyrir Albert sem þá var fjármálaráðherra, orðavalið hefur breyst en niðurskurðarstefnan er sú sama. Starfsfólk upplifir að á þeirra starfsævi sé aldrei samræmi milli réttinda og þarfa sjúkra og fjárframlaga. Aldrei má láta sig dreyma um að fjárframlög komi nálægt því sem það kostar að reka „bestu fáanlegu heilbrigðisþjónustu“ í hvívetna. Hvort sem maður er á launaskrá og getur beint gremju sinni að yfirmanni eða stofnun sinni, eða „sjálfstætt starfandi“ og með framlög frá almannatryggingum, þá er þreytan sú sama, vonleysið og mögulega uppgjöfin söm.

Læknir sem ekki getur treyst því að geta veitt þá þjónustu sem honum ber samkvæmt sinni samvisku og bestu vitund fyllist stríðsþreytu.

Fjárveitingavaldið

Við vitum öll að „nægt“ fé er ekki raunhæf ósk í veruleika sem einkennist af hratt vaxandi þekkingu og tækni, ört vaxandi kröfum um þjónustu og eftirlit. Ef læknisfræðin ein fengi að ráða færu útgjöld til heilbrigðismála langt fram úr almennri skynsemi. Við getum aftur á móti farið fram á að þeir samningar og rammar sem stofnanir fjárveitingavaldsins setja, séu gerðir og endurskoðaðir með bestu vitund og þekkingu, sem er sama krafa til faglegra vinnubragða og við gerum til okkar sjálfra. Við getum krafist þess að starfsaðstæður og skipulag vinnu okkar styðji við það sem við vitum að er besta möguleg þjónusta. Og við getum notað skynsemi okkar til að bruðla ekki með rannsóknir og meðferðir.

Samstaða

Meðferð við streitu og kulnun felur ekki bara í sér breytingu á ytra fyrirkomulagi heldur líka hugarfarsbreytingu. Læknar vita manna best hversu mikilvægt er að líta í eigin barm og endurskoða afstöðu sína til þess að koma í veg fyrir að starfið yfirtaki lífið. Við skiljum hvaða áhrif álag lífsins hefur á alla heilsu og vitum hvað faglegur kærleikur til sjúklinga, samstarfsfólks og sjálfs sín er afgerandi.

Þegar stríðsþreytan og demóralíseringin helltist yfir herdeild Hallgríms á Spáni varð að hafa hraðar hendur og endurvekja samstöðuna með því að rifja upp hugsjónina sem þessir ungu menn komu með til Spánar og voru tilbúnir að deyja fyrir. Við verðum líka að vara okkur á því að missa ekki samstöðuna, muna að fjárveitingar til heilbrigðismála snerta okkur öll. Við læknar höfum öll sömu grunnmenntun og erum angar af sama meiði merkustu uppgötvana, ekki aðeins af vísindalegum heldur ekki síður af samfélagslegum toga. Það sem skilgreinir okkur sem manneskjur eru ekki stríðstól, örvaroddar eða tinnuhnífar, heldur hvort og hvernig hlúð er að særðum og sjúkum.

Reynir Arngrímsson formaður LÍ

FAL	FSL
Berglind Bergmann	María I. Gunnbjörnsdóttir
Indriði Einar Reynisson	Guðrún Dóra Bjarnadóttir
FÍH	**LR**
Salóme Ásta Arnardóttir	Þórarinn Guðnason
Jörundur Kristinsson	Alma Gunnarsdóttir

Vill sjá sama árangri náð með lyfjameðferð og skurðaðgerðum við offitu

Skurðaðgerðir gegn offitu minnka líkur þeirra sem eru með sykursýki 2 á hjartabilun og gáttatifi og fólk deyr síður. Þetta er meðal niðurstaðna rannsókna Guðrúnar Þuríðar Höskuldsdóttur, sérfræðilæknis á offitu- og sykursýkismiðstöð Sahlgrenska. Hún segir mikilvægt að auka árangur lyfjameðferða við offitu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

40% minni líkur voru á innlögn á sjúkrahús vegna gáttatifs og yfir 70% minni vegna hjartabilunar í hópi þeirra sem höfðu farið í skurðaðgerð vegna offitu, og höfðu ekki þekkta hjartabilun eða gáttatif fyrir, en meðal þeirra sem ekki höfðu farið í skurðaðgerð. Þetta er meðal niðurstaðna í doktorsritgerð Guðrúnar Þuríðar Höskuldsdóttur sem hún ver við Gautaborgarháskóla þann 16. júní.

„Þessar innlagnir voru þá túlkaðar sem nýgreind hjartabilun eða gáttaflökt á þessu 9 ára tímabili sem einstaklingunum var fylgt eftir," segir hún. Mun lægri dánartíðni hafi verið hjá þeim sem hafi haft þekkta hjartabilun fyrir aðgerð miðað við þá sem höfðu ekki farið í aðgerð. Guðrún ræddi við *Læknablaðið* fyrir vörnina í gegnum fjarfundarbúnað.

„Þessi hópur einstaklinga með þekkta hjartabilun var þó aðeins lítið úrtak úr heildarhópnum þar sem almennt er ekki mælt með offituaðgerðum á þeim sem þannig standa. Því þarf að rannsaka þetta frekar," segir hún.

Fimm vísindagreinar liggja að baki doktorsvörninni sem miðaði að því að skoða bæði skurðaðgerðir og lyfjameðferðir við offitu.

Síðustu handtökin fyrir vörnina

Guðrún er ekki aðeins að ljúka doktorsnámi sínu um þessar mundir. Hún heldur einnig utan um verknám læknanema í lyflæknisfræðikúrsinum við háskólann í Gautaborg. 60% starfs hennar felst í umsjón verknámsins og 40% ver hún á Offitu- og sykursýkismóttökunni á sjúkrahúsinu.

„Hér er enginn íslenskur læknanemi í grunnnámi en margir læknar í sérnámi. Það er svo gott sem Íslendingur í hverri undirgrein á lyflækningasviðinu," segir hún. „Við getum alltaf hringt í hvert annað. Sambandið er gott."

Óskar Ragnarsson, prófessor og innkirtlalæknir, og Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri *Læknablaðsins*, aðstoðuðu Guðrúnu við að fá sérnámsstöðu ytra á sínum tíma. „Og nú stýrir Óskar doktorsvörninni og er ábyrgur fyrir athöfninni. Það er mjög notaleg tilhugsun," segir hún.

Skoðar sykursýki 1 og 2

Guðrún segir að rannsóknarhópur hennar hafi meðal annars skoðað áhrif magahjáveituaðgerða á einstaklinga með týpu 1 sykursýki. „Það hefur ekki verið skoðað að ráði áður þar sem meðferðin við offitu einstaklinga með sykursýki 1 er mjög flókin," segir hún.

„Við sjáum að aðgerðir hafa mjög góð áhrif þegar kemur að hjarta- og æðasjúkdómum, sérstaklega heilablóðföllum og hjartabilun. Áhrifin virðast sambærileg á þennan hóp og þann sem er með sykursýki 2." Hætta sé þó á að einstaklingar með sykursýki 1 þrói með sér alvarlega aukaverkun, blóðsýringu; ketoacidosis.

„Ef magn insúlíns í kerfinu er ekki rétt byrjar það að brjóta niður fitu og mynda sýrð efni í blóðinu, sem er lífshættulegt," segir Guðrún. Því þurfi að íhuga stöðuna vel og hafa sykursýkisteymi með í ráðum til að koma í veg fyrir það.

Hún segir einnig aukna hættu á ofneyslu áfengis og fíkniefna eftir skurðaðgerðir. Fólk finni meiri áhrif en áður. Þá virðist hætta á geðrænum fylgikvillum einnig aukast.

„Andleg áhrif eftir offituaðgerð eru ekki alltaf til hins betra heldur getur vanlíðan aukist mikið," segir Guðrún. „En við sáum ekki tölfræðilegan mun þegar kom að geðheilsu og sjálfsvígstilraunum

í þessum hópi. En það er þekkt sem alvarlegur fylgikvilli af offituaðgerðum.“

Lyfjameðferðir mikilvægar

Guðrún segir það alltaf þurfa að vera val hvers og eins að fara í aðgerð eða ekki. Ljóst sé að árangur lyfjameðferðar og aðgerða hafi verið ólíkur. Langflestir þeirra 1000 sem fóru í magahjáveitu- eða magaermisaðgerð og þau fylgdu í tvö ár hafi lést um 50% af þyngd umfram líkamsþyngdarstuðulinn (BMI-gildin) eða komist undir BMI 30.

„En meðalþyngdartapið var 9% hjá þeim sem voru í lyfjameðferðarhópnum,“ segir hún, og að hún vilji breyta því og sjá betri árangur lyfjameðferða. Margt þurfi að skoða. Eftirlit með lyfjameðferðunum sé ófullnægjand og lyfin ekki niðurgreidd svo fólk haldi lyfjameðferðina ekki út. „Ég get nánast talið á fingrum annarrar handar þá sem enn voru á lyfjum að tveimur árum liðnum,“ segir hún.

„Þá höfðu einstaklingarnir farið í gegnum 12 mánaða ferlið hjá okkur og þurftu eftir það að treysta á sjálfa sig til að halda þyngdinni niðri. Við treystum á að heilsugæslurnar fylgi fólki eftir en þær hafa ekki bolmagn til þess.“ Þó talað sé um í klínískum leiðbeiningum að eftirlit sé mikilvægt til að viðhalda árangrinum. „En við getum ekki sinnt því. Það er vandamál.“

Hún bendir á að fólk sem taki lyfin berjist, ólíkt þeim sem fari í skurðaðgerð, við að líkami þeirra kalli aftur á að safna upp orkunni sem hann átti. „Þegar fólk léttist mikið eykur líkaminn framleiðslu á hormónum sem auka áhugann á mat.“ Fólk verði ekki satt. Hungurtilfinningin magnist upp þegar matur sé aftur kynntur til leiks eftir allt að þriggja mánaða duftmeðferð og mikilvægt að taka lyf til að minnka hungrið og vinna á móti þessum hormónaáhrifum sem verði ekki við skurðaðgerðir.

„En vandinn við lyfjameðferðina er að hún er dýr og aðeins niðurgreidd fyrir þá sem hafa þróað með sér sykursýki 2.“ Lyfin þurfi svo jafnvel að nota til frambúðar en sjaldnast fái einstaklingarnir þau til lengri tíma. Eftirleikurinn sé þeim því erfiður.

Hún segir að þrátt fyrir þennan mismunandi árangur sé mikilvægt að bjóða fleiri kosti en skurðaðgerðir, því þótt þær séu árangursríkar séu þær ekki hættulausar og henti ekki öllum. Fólk verði að hafa val og því sé ánægjulegt að sjá þróunina. Ný lyf hafi verið þróuð sem gætu komið á markað fljótlega.

„Með þeim getum við betur boðið upp á eins árangursríka meðferð og fæst með skurðaðgerðum,“ segir hún. Nú í framhaldinu hafi hún mestan áhuga á að gera meðferðarformin utan skurðaðgerðanna betri. „Þannig að þau valdi langvarandi þyngdartapi.“

Hún leggur áherslu á að þau á offitumóttökunni sjái ekki mun á aukaverkunum eða fylgikvillum eftir skurðaðgerðirnar eða meðferðina.

„Við teljum að það sé meðal annars vegna þess að allir einstaklingar sem fá tilvísun til okkar fá fræðslu um báða meðferðarmöguleika. Beiðnir þeirra sem óska eftir skurðmeðferð fara svo fyrir fund þar sem lyflæknir og skurðlæknir skoða hverja beiðni fyrir sig og leggja mat á það hvort skurðmeðferð sé heppilegur kostur.“



Guðrún Þuríður Höskuldsdóttir er ekki aðeins að ljúka doktorsnámi sínu um þessar mundir. Hún heldur einnig utan um verknám læknanema í lyflæknisfræðikúrsinum við háskólann í Gautaborg. Mynd/aðsend

„Mér finnst erfið tilhugsun að við séum alltaf að meðhöndla sjúkdóma en vinnum ekki að því að fyrirbyggja þá.“



Guðrún tók myndina af kirsuberjatrénu sem er nú í fullum skrúða fyrir utan sjúkrahúsið í Gautaborg.

Skipti um sérgrein

Guðrún ætlaði að verða lyf- og bráðalæknir en fékk klíníska leiðbeinanda á offitu- og sykursýkismóttökunni eftir að hún hóf sérnámið í Svíþjóð.

„Ég skipti því um sérgrein með tveggja daga fyrirvara þegar ég frétti af lausri stöðu hjá þeim. Hélt áfram í lyflækningum en með offitu- og sykursýki sem undirsérgrein," segir hún. Hún hafi áhuga á forvörnum.

„Mér finnst erfið tilhugsun að við séum alltaf að meðhöndla sjúkdóma en vinnum ekki að því að fyrirbyggja þá." Sérgreinin heilli enda framfarir miklar, sérstaklega þegar litið er til sykursýki 1; í insúlínpumpum og blóðsykursmælum. Einnig í sykursýki 2. „Þar er lyfjaþróunin hröð." Hún nærist einnig á að fylgja sjúklingunum eftir og ná árangri með þeim. Gott samband við fólk skipti þar miklu.

„Langflestir þeirra sem njóta þjónustu offitumóttökunnar hafa mætt miklum fordómum í heilbrigðiskerfinu. Viðmótið hefur verið leiðinlegt og leitt að heyra það. Fólk hefur nefnt að því finnist því í fyrsta sinn vera mætt af virðingu á offitumóttökunni," segir hún.

„Það er dásamlegt að útskrifa einstaklinga með breytta og bætta líðan." Geta sýnt fólki breytingar á blóðþrýstingi, blóðfitu og -sykri. Þá sé jafnvel búið að draga úr annarri lyfjanotkun. „Margir hugsa um offitumeðferðir útfrá útliti. Margir einblína á að vera í eðlilegri þyngd en í rauninni er allt þyngdartap af hinu góða," segir hún.

„Útskýra þarf mikilvægi þess að setja sér markmið sem hægt er að ná. Annars er svo auðvelt að gefast upp. Þyngdartap upp á 5-10% hefur heilmikið að segja."

Nærri áratug í Svíþjóð

Guðrún flutti til Svíþjóðar 2012, lauk sérfræðinámi í lyflækningum 2017 og hóf sama ár störf á offitumóttökunni á Sahlgrenska. Á heimleið?

„Við Íslendingar erum þjóðrækin. Okkur langar heim. Ég á fjölskyldu heima og hef ekki farið heim í tvö ár og langar mikið að koma heim en það er gott að búa í Svíþjóð með börn."

Guðrún og maður hennar, Einar Haukur Óskarsson, eiga tvær dætur, 6 og 11 ára. „Þær líta á sig sem Íslendinga sem eru tímabundið í Svíþjóð og það þótt sú yngri hafi fæðst hér ytra."

Guðrún er úr Mosfellsbænum en varði bernskusumrunum í Mývatnssveit. Pabbi hennar er prófessor í málvísindum við HÍ og mamma talmeinafræðingur. „Þau kenndu bæði við háskólann og smituðu mig af kennsluáhuga," svarar hún spurð um hvort hún hafi fetað í spor foreldranna.

En mun doktorsgráðan breyta lífinu? „Maðurinn minn svarar því neitandi," segir hún og hlær. „Hann segir að ég muni finna mér nýtt viðfangsefni. En ég hugsa að ég haldi áfram með rannsóknir í vélanámi (*machine learning*) og gervigreind og skoði betur hópinn sem fór í lyfjameðferðina. Skoði betur hvað skiptir máli svo lyfjameðferðir beri góðan árangur. Það er næst á dagskrá."

Sjúkratryggingar Íslands

Yfirlæknir

Sjúkratryggingar Íslands óska eftir að ráða yfirlækni í 100% starf á Réttindasviði stofnunarinnar. Um er að ræða fjölbreytt og krefjandi stjórnunarstarf.

Helstu verkefni yfirlæknis:

- **Stjórnun læknadeildar SÍ**
- **Læknisfræðileg ráðgjöf vegna verkefna Sjúkratrygginga Íslands s.s. vegna mats á gæðum þjónustu, forgangsröðun og fleira**
- **Ráðgjöf varðandi gagnreynda læknisfræði**
- **Samskipti við lækna og sjúkrahús, innanlands og utan, vegna læknismeðferðar erlendis**
- **Aðkoma að ákvörðunum varðandi sjúklingatryggingu og slysatryggingar (bótaskylda og mat á miska).**

Hæfniskröfur:

- **Sérfræðiviðurkenning í læknisfræði**
- **Starfsreynsla sem sérfræðingur æskileg**
- **Þekking og reynsla á sviði gagnreyndrar læknisfræði æskileg (s.s. gerð klínískra leiðbeininga)**
- **Reynsla af matsstörfum æskileg**
- **Nákvæmni í starfi, vönduð og skipuleg vinnubrögð**
- **Frumkvæði, áhugi og metnaður í starfi og hæfni til að starfa sjálfstætt sem og í hópi**
- **Jákvætt viðmót og samskiptahæfileikar**

Umsóknarfrestur er til og með 10.06.2021

Laun eru samkvæmt kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands.

Umsækjendur eru beðnir um að sækja um störfin á heimasíðu Sjúkratrygginga: www.sjukra.is/starf. Umsóknum þarf að fylgja ítarleg starfsferilsskrá ásamt kynningarbréfi. Öllum umsóknum verður svarað þegar niðurstaða um ráðningu liggur fyrir. Bæði karlar og konur eru hvött til þess að sækja um starfið. Umsókn gildir í 6 mánuði frá lokum umsóknarfrests.

Nánari upplýsingar um starfið veitir María Heimisdóttir, forstjóri Sjúkratrygginga Íslands í síma 515 0000.

Upplýsingar um stofnunina má finna á heimasíðu hennar www.sjukra.is

Guðrún Aspelund

Dagur í lífi yfirlæknis á sóttvarnasviði hjá Embætti landlæknis



6:10 Mánudagur. Vekjaraklukkan stillt á 6:30 en ég vakna áður. Dríf mig á fætur, er ekkert fyrir að liggja upp í. Út að hlaupa með Gunnari. 5 km henta vel fyrir vinnu, vesturbær – miðbær. Fallegt bjart veður en kalt.

7:00 Komin heim upp úr 7. Blómvendir frá mæðradeginum lífga upp á íbúðina. Bæti á kattamatinn, tek úr uppþvottavélinni og útbý nesti. Þarf ekki nesti fyrir dæturnar í dag því starfsdagur er í skólum. Gunnar vinnur heima og sér um hádegismat. Fer í sturtu og geri mig tilbúna.

8:00 Fundur stýrihóps á Teams (sóttvarnalæknir, landlæknir, Landspítali, almannavarnir og stjórnsýsla), ég hlusta til að vita hvað er á döfinni. Farið yfir stöðuna, smitin fyrir norðan um helgina, bólusetningar og landamærin. Byrja fundinn heima í símanum og held áfram á hjólinu á leið í Katrínartún. 10 mín í vinnuna með rafmagni – frábær ferðamáti.

8:30 Fæ mér kaffi, spjalla aðeins við vinnufélaga um helgina. Er heppin að vinna með kláru og skemmtilegu fólki. Svara nokkrum tölvupóstum, byrja á því sem er ósvarað frá föstudegi.

9:00 Fundur á Teams með miðstöð rafrænna heilbrigðislausna ásamt heilbrigðis- og forsætisráðuneyti um „grænt“ rafrænt samevrópskt COVID-19-vottorð. Spennandi að Ísland gæti orðið eitt fyrstu landanna til að taka þetta upp.

9:30 Höldum þrjú aðeins áfram til fara stuttlega yfir breytt ferli á landamærum á Seyðisfirði með tilliti til sumaráætlunar Norrænu en fyrirkomulag er í vinnslu með aðilum fyrir austan.

9:40 Fer yfir nokkur mál með sóttvarnalækni, meðal annars erindi utanríkisráðuneytis varðandi sóttvarnir á ráðherrafundi Norðurskautsráðs (Artic Council), verklag með landalistann vegna sóttvarnahúss og umsóknir um undanþágur frá dvöl þar.

10:00 Teams-fundur með forsætisráðuneyti, Rauða krossinum, almannavörnum, landamæralögreglu um sóttvarnahús og skyldu að dvelja þar fyrir farþega frá hááhættulöndum. Tengist aðgerðum á landamærum svo ýmislegt ber á góma.

11:00 Tek stöðuna heima, tala við stelpurnar. Hádegismatur inni á skrifstofu. Kíki á fréttir í leiðinni.

Nokkrir samstarfsmenn kíkja við með spurningar og vangaveltur yfir daginn. Mikilvæg samskipti utan skipulagðra funda sem auk félagslegs þáttar ein aðalástæða fyrir að gott er að mæta á skrifstofuna þó fjarvinna henti á milli. Mál varða smitrakningu, sóttvarnahús, netspjallið og nýja Rakningarappið.

Aðstoða við að uppfæra leiðbeiningar á vef fyrir nýjar samkomutakmarkanir sem tóku gildi í dag. Breytingar ekki miklar í hvert sinn núorðið, svo frekar smurt.

Held áfram að svara tölvupóstum og afgreiða erindi.

14:30 Fundur á Teams að beiðni bandarískra sendiráðsins með sóttvarnalækni og aðstoðarmanni landlæknis varðandi fyrirspurnir Delta og United Airlines um vottorð og sýnatökur á landamærum. Útskýrum okkar reglur og svörum spurningum.

15:10 Stekk sein inn á Teams-fund með samhæfingateymi vegna skimunar á landamærum. Stærri hópur undir forystu forsætisráðuneytis. Sýnatökur og skipulag í Keflavík, greiningargeta rannsóknarstofu og hvað er framundan í sumar rætt.

15:50 Hjóla heim í snatri til að skutla yngri dóttur í fimleika. Bara 5 mínútna akstur út á Nes svo hún er ekki sein.

16:30 Kveiki aðeins á tölvunni aftur og klára verkefni fyrir morgundaginn, fæ mér svo að borða því ég verð í Myndlistaskólanum í kvöld.

17:45 Mæti í Teikningu I. Síðasti tíminn á þessu misseri. Held áfram með ávaxtauppstillingu, mæli út og skyggi vínber, perur, epli, blómavasa. Að teikna snýst mikið um að horfa og taka eftir svo ég gleymi öðru í bili.

21:00 Kem heim, fæ mér kamillute, nokkrar súkkulaðirúsínur, slaka á í sófanum. Við hjónin prófum að horfa á mexíkóskan (spánskan?) spennuþátt en þátturinn frekar slappur. Hætti að horfa þegar eldri dóttir biður mig að lesa yfir íslenskuverkefni. Leiðbeini með málfar og stafsetningu.

21:50 Les áður en ég fer að sofa eins og venjulega. Nauðsynlegt til að hreinsa hugann, finnst mér. Loksins að lesa *Um tímann og vatnið* eftir Andra Snæ Magnason sem ég fékk í jólagjöf 2019. Vel skrifuð og áhugaverð.

Vísindi eru okkar áhugamál

Lyfjarannsóknir hafa horfið úr íslenskri vísindavinnu. Æ meira þrengir að læknum að stunda vísindi og umhverfið ólíkt því sem áður var. Þetta segir Gunnar Guðmundsson heiðursvísindamaður Landspítala 2021. *Læknablaðið* hitti þá Gunnar og Elías S. Eyþórsson, sem valinn var ungur vísindamaður Landspítala 2021, og ræddi sameiginlega áhugamálið: vísindi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Takk, takk fyrir það," segja þeir Elías S. Eyþórsson og Gunnar Guðmundsson sem voru nú á vordögum valdir vísindamenn Landspítala 2021. Gunnar heiðursvísindamaður fyrir framúrskarandi framlag til vísinda á ferlinum og Elías ungur vísindamaður Landspítala 2021 fyrir athyglisverðan og góðan árangur á sviði vísindarannsókna.

Gunnar er sérfræðingur í lungnalækningum við lyflækninga- og endurhæfingarþjónustu Landspítala. Elías hefur nú að loknum þremur árum í sérnámi í lyflækningum svissað yfir í gjörgæslu- og svæfingalækningar. „Þetta er allt í vinnslu," segir Elías. „Ég er enn að velja á milli þessara tveggja framtíða."

Við hittumst á góðum stað í turninum á Landspítala í Fossvogi. Þeir eru afslappaðir í vorsólinni á föstudegi. Svo mjög að Elías mætir í stuttbuxum – og úlpu. Gunnar á vaktinni og því í sloppnum. Blaðamaður þyngir andrúmsloftið fljótt og ræðir orð Páls Matthíassonar, forstjóra spítalans, í vikulegum pistli hans frá apríllokum þar sem hann viðrar „áhyggjur af vísindastarfi í lífvísindum á Íslandi almennt og á Landspítala sérstaklega." Hann sagði þar eðlilegt að verja 3% af rekstrarfé til vísinda en ekki væri hægt að skera niður þjónustu við sjúklinga til að mæta því.

Vinnuálagið aukist mjög

„Það er alveg rétt að á þessu 21 ári sem ég hef verið hér á Landspítala hefur allt vinnuálag orðið miklu, miklu meira," segir Gunnar. „Það hefur gefist lítill tími til að setjast niður og vinna að öðru en að hlaupa í kringum sjúklinga. Þeir sem stunda vísindi eru þeir sem ráða vinnutímanum sínum að einhverju leyti sjálfir. Það er erfitt að láta vísindin koma heim og saman við venjulegt starf," segir Gunnar og bendir á fleiri breytingar.

„Lyfjarannsóknir hafa horfið úr íslenskum vísindum. Það gerðist fyrir um 10 árum. Þá leituðu erlend lyfjafyrirtæki mjög til Íslands því hér týndist fólk aldrei, boðleiðir stuttar og vönduð vinnubrögð. Klínískir læknar komu þar að og unnu með sjúklingum en annað var unnið af lyfjafyrirtækjunum," segir Gunnar. „Ég sakna þessa mjög. Þetta var gott fyrir alla og mjög góður skóli."

Hann bendir á að vísindin þurfi nú að vera áhugamál vilji klínískir læknar stunda þau. „Ég hef því aldrei komið á golfvöll nema á skíðum til að stytta mér leið og ég hef ekki hug á að fara í golf á næstunni."

En á vísindastarfið að taka golfiðkunina af læknum? „Þannig er það ekki erlendis. Þar er reiknað með að læknar stundi vísindi. Ofmannað er á háskólasjúkrahúsum til að heilbrigðisstarfsfólk geti stundað vísindi. Þar er hægt að kaupa sér frí frá vinnu með því að fá stóra styrki til vísindastarfa. Þeir borga þá launin," segir hann og bendir á að þeir sem hafi verið heiðursvísindamenn hjá Landspítala séu undantekningarlítið yfirlæknar.

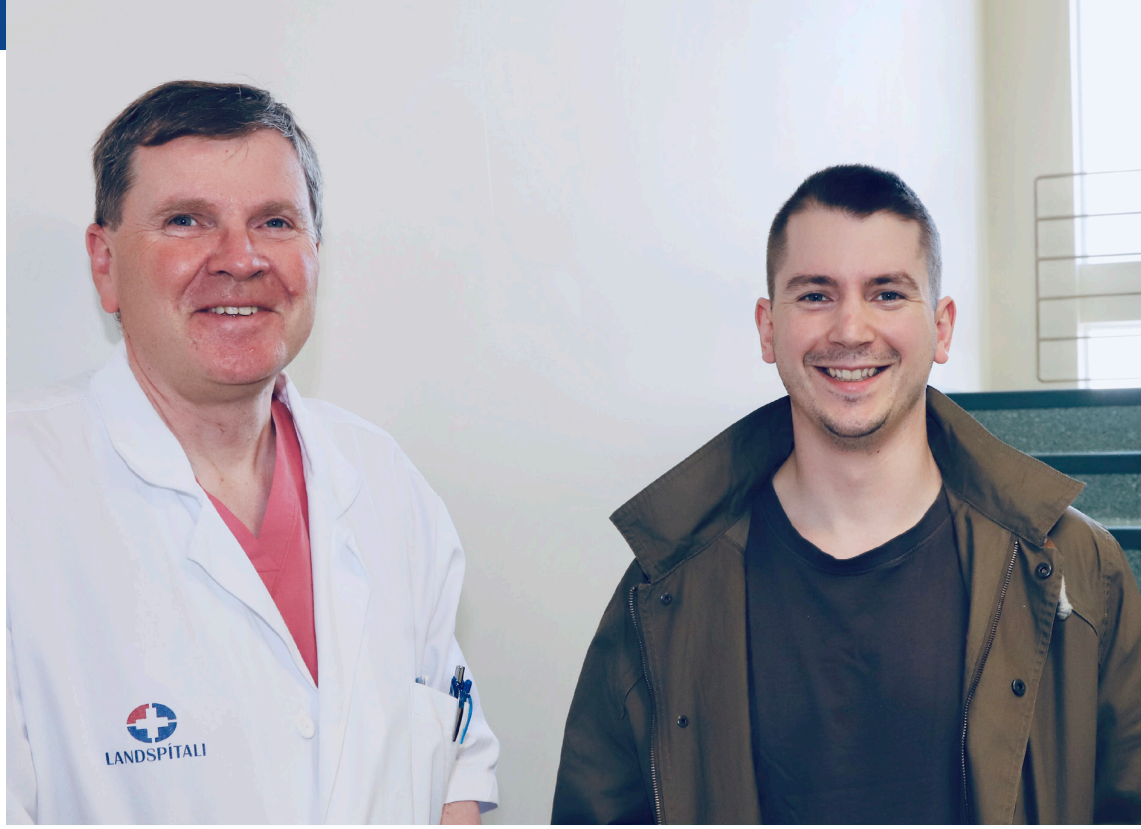
„Þeir geta ráðið sínum tíma sjálfir og eru ekki fastir í vinnuskyldu sem þeir verða að uppfylla." Vísindin þarfnist skipulagningar. Eitthvað þurfi að sitja á hakanum. Fjölskyldan? „Nei það myndi ég ekki segja," svarar hann af öryggi.

Fjórar vikur nægja ekki

En eru vísindin aðlaðandi miðað við þessar breytingar sem orðið hafa? „Sko," svarar Elías sem vart þekkir annað en þessa nýju tíma sem Gunnar lýsir. „Þótt sérnámið í lyflækningum sé mjög gott að því leytinu til að þar eru fjórar til sex vikur innbyggðar til vísindarannsókna, þá er það kannski minna en þarf til þess að stunda vísindi sem leggja þarf tíma og metnað í. Vísindastarf tekur lengri tíma en fjórar vikur."

Elías segir að hann ímyndi sér að allsstaðar þurfi læknar hins vegar að hafa metnað til að gefa hluta frítíma síns í vísindi. „Þau eru ekki eins og önnur störf þar sem maður stimplar sig inn og út. Eðli þeirra er ekki þannig." Álagið af þeim komi í holskeflum.

„En fyrir mína parta get ég tekið undir með Gunnari að þetta er að mörgu leyti áhugamál mitt. Ég myndi ekki segja að það skarist við fjölskyldutímann minn, heldur er þetta það sem ég geri og hef gaman af. Ég er heldur ekki í golfi," segir hann og hlær en bætir svo við með alvarlegri tóni: „Ég á bágt með að sjá að framförum í læknavísindum verði eingöngu náð af áhuga manna í frítíma." Elías bendir á að vísindum fylgi mikill



Gunnar Guðmundsson og Elías S. Eyþórsson eru útvaldir vísindamenn Landspítala 2021. Þeir ræddu vísindin og framtíðina við Læknablaðið. Mynd/gag

rekstur. Þau kalli á starfsfólk, styrki, kostnað. Fáar rannsóknir séu stórar í dag.

„Það hafa ekki sést margar slembirannsóknir, inngripsrannsóknir, hér á Íslandi að mér vitandi, önnur en hin stóra og flotta Blóðskimun til bjargar."

Mikilvægt að taka þátt

Gunnar segir að hægt sé að stunda vísindi á margan hátt. „Ef ritaskráin mín er skoðuð hef ég náð mestum árangri með því að vinna með vísindahópum. Ég er ekki alltaf sá sem dregur vagninn heldur er hluti keðju í stórum rannsóknarhópum. Þar er hver hlekkur mikilvægur og ég hef verið einn af þeim."

Hann hafi ekki sóst eftir stórum styrkjum í gegnum tíðina því hann þurfi að ráða yfir miklum tíma fyrir slíkt, sem hann ekki hafi. „Ég hef litið á mig sem klínískan lækni og vísindamann. Mikil umræða hefur farið fram bæði hér og erlendis um að það sé orðið æ erfiðara að vera í þeirri stöðu, því klínikin krefst orðið meiri tíma. Það er því meira um að fólk sé eingöngu í rannsóknum og sinni lítið sjúklingum," lýsir hann.

„Með þessari þróun vita læknar síður hvaða spurningar eru mest spennandi," segir hann. Mikilvægt sé því að glata ekki vísindunum úr klínikinni. Hann bendir á að víða erlendis séu læknar 20% með sjúklingum en 80% við rannsóknir.

„Hérna er þetta oft öfugt eða jafnvel enn lægra hlutfall sem fer í rannsóknir. En það getur verið allt í lagi ef maður er í samstarfi eins og ég, þar sem maður er einn hlekkur í stórri keðju."

En mun Elías halda í vísindin í starfi sínu? „Já, ég held það. Ég tel að hér séu mikil tækifæri. Hér á Landspítala höfum við heila deild sem hefur hannað mjög öflugt rafrænt kerfi sem er töluvert gott út af nálægð forritara og starfsfólksins," segir hann og vísar til heilbrigðis- og upplýsingatæknisvið Landspítala og hvernig nálægðin og afraksturinn hafi verið nýttur við uppsetningu COVID-göngudeildar.

„Ég sé fyrir mér þann möguleika að hægt sé að byggja inn í sjúkrarskrárkerfið tól sem auðvelda vísindamönnum að gera slembiraðaðar inngripsrannsóknir, sem eru að mörgu leyti ákveðinn gullstandard í læknavísindum," segir hann. „Það væri spennandi að taka þátt í að byggja það upp á næstu 10 árum. Þar finnst mér framtíðin vera," segir hann.

Ávinningur af samvinnu

En hverju er svo heiðursvísindamaðurinn stoltastur af? „Þetta hefur allt verið jafn skemmtilegt. Maður hefur kynnst mörgu góðu fólki," segir hann.

„Öll þessi samvinna og að hafa verið heppinn og unnið með virtum vísindahópum." Svo mjög hefur hann gaman af ráðstefnum að hann hefur skipulegt eina með Gísla Jenkins, hálfíslenskum lungnalækni í Bretlandi. Eftir að hafa verið tvífrestað hillir undir að hún verði haustið 2022. „Þá hittast 300 manns sem hafa áhuga á lungnatrefjun og fara yfir hana."

Vísindi Elíasar leita einnig til Bretlandseyja en grein sem hann leiddi, byggð á gögnum COVID-deildarinnar, birtist í *British Medical Journal*. „Við gátum gert þetta því við erum hér í einstakri stöðu að vera með hönnun sjúkraskrárkerfisins innan veggja spítalans. Boðleiðir eru því stuttar," segir hann.

„Þetta opnaði augun fyrir því að fjármagnið sem fæst til vísindanna getur einnig nýst til þess að byggja upp innviði og leysa verkferla innan spítalans til að svara rannsóknarspurningum og gagnast þjónustunni og þekkingunni."

Gunnar er af miklum læknaættum. Faðir hans, Guðmundur Björnsson var fyrsti prófessor í augnsjúkdómafræði við Háskóla Íslands. Bróðir hans Björn er heimilislæknir. Elías er ekki af miklum læknaættum en þó skyldur Jóni Eyjólfi Jónssonar öldrunarlæknis. Hann líti á frænda sinn sem fyrirmynd þótt hann hafi ekki valið að verða læknir vegna hans.

„Ég hef oft hugsað að ég ætti að skálda upp góða sögu um af hverju ég kaus að fara í læknisfræði. Það einfaldlega gerðist," segir hann um leið og hurðin á leynistaðnum í turninum á Landspítala í Fossvogi opnast. Gunnar er kallaður til verka á vaktinni. Elías lítur á símann sinn sem víbrar. Verkefnin þar á bæ eru einnig aðkallandi. „Nei, nú bíða börnin ekki lengur á leikskólanum. Ég verð að sækja þau."

VSCAN AIR
NÝTT ÓMTÆKI FRÁ GE

Vscan Air er lítið, þráðlaust ómskoðunartæki sem tengist farsíma/spjaldtölvum. Einfalt í notkun og hentar breiðum hópi notenda.





GE Healthcare

- Tveir ómhausar, Curved 2-5 MHz og Linear 3-12 MHZ (sitthvor endinn)
- Rafhlaða endist í allt að 50 mín í skönnun
- Þráðlaust hleðslutæki
- Afburðar myndgæði
- Auðvelt í notkun - tengist við app í síma/spjaldtölvu
- Harðgert og vatnshelt
- Þriggja ára ábyrgð
- Frábært verð!

Upplýsingar veita:
Stefán Skúlason,
stefan@fastus.is
og Guðmundur Hreiðarsson,
gudmundur@healthco.is

ALÞINGISKOSNINGAR 2021

Átta stjórnmálaflokkar svöruðu 9 spurningum Læknablaðsins sem snúa að stefnumarkandi ákvörðunum í heilbrigðisþjónustunni. Svörin verða birt í tölublöðunum fram að Alþingiskosningum 25. september næstkomandi. Svör við þremur spurningum eru í þessu tölublaði

1 Meginþorri flokkanna telur þurfa meira fé til heilbrigðismála

Samfylkingin telur að verja eigi að minnsta kosti 11% af vergri landsframleiðslu til heilbrigðisþjónustunnar hér á landi. Píratar vilja að það verði að jafnaði 11% og Flokkur fólksins að það verði ekki minna en þessi 11%. Vinstri græn segja hins vegar að eðlilegt væri að miða við meðaltalseyðslu Norðurlandanna.

Hvorki Viðreisn né Framsókn telja rétt að miða útgjöld til heilbrigðismála við verga landsframleiðslu heldur þurfi að horfa á þjónustuþörfina. Viðreisn vill meira fé í málaflokkinn en Sjálfstæðisflokkurinn fullyrðir að þegar útgjöldin séu leiðrétt með tilliti til aldurssamsetningar landsmanna, sjáist að Ísland verji ekki lægra, heldur talsvert hærra, hlutfalli til heilbrigðismála en hin Norðurlöndin að Noregi undanskildum. Miðflokkurinn telur að horfa þurfi á þörfina.

2 Enginn flokkanna leggst gegn sjálfstæðum rekstri sérgreinalækna

Miðflokkurinn telur að starfsemi sérgreinalækna sé ein af grunnstoðum heilbrigðiskerfisins. Sjálfstæðisflokkurinn segir mikilvægt að þeim gefist færi á að stunda sjálfstæða starfsemi og verða frumkvöðlar en séu ekki dæmdir til þess að vinna eingöngu innan ríkisrekstrarformsins.

Enginn flokkanna leggst gegn samningum við sérfræðilækna. Píratar stefna að samningum við alla sérgreinalækna. Samfylkingin segir að koma verði til samstarf við sérgreinalækna til að tryggja góða heilbrigðisþjónustu. Flokkur fólksins telur að mikilvægt sé að nýta þá sérþekkingu sem íslenskir sérgreinalæknar búa yfir en um leið gera þær kröfur að sérgreinalæknar starfi ekki samhliða fyrir hið opinbera.

Framsókn segir að sú þjónusta sem nauðsynlegt sé að kaupa og veita sé í fullu samræmi við áætlanir stjórnvalda. Vinstri græn tala á svipuðum nótum og segja mikilvægt að við samningsgerð sé tryggður jafn aðgangur allra að þjónustu.

3 Stjórnmálaflokkarnir samstiga í sóttvörnum

Vinstri græn munu að sjálfsögðu halda áfram á sömu braut í sóttvörnum, segir í svari stjórnmálaflokksins við spurningu *Læknablaðsins* um sóttvarnarstefnu flokkanna eftir Alþingiskosningarnar í september. Píratar segja einnig að engar breytingar myndu verða ef þeir væru við stjórnvölinn. En Flokkur fólksins vill meira samráð við löggjafann.

Ljóst er að flokkarnir eru samstiga. Þeir vilja fylgja ráðum fagfólks en Alþingi beri þó ábyrgð á reglum og framkvæmd. Viðreisn segir þetta samspil hafa reynst vel til þessa í baráttunni við COVID-19. Sjálfstæðisflokkurinn segir mikilvægt að ekki sé gengið lengra í að setja daglegu lífi fólks skorður en brýna nauðsyn ber til.

Samfylkingin segir að aðkoma Alþingis ætti þó að vera meiri þegar kemur að meiriháttar hömlum á daglegu lífi almennings. Framsóknarflokkurinn bendir á að tryggja verði eins vel og unnt er heilsu fólks ásamt samspili milli heilsu og efnahags þjóðarinnar. Miðflokkurinn segir mikilvægt að skoða vel alla kosti þegar kemur að öflun bóluefna og hafa þar samskipti við sem flestar þjóðir.

Þau leiða flokkana í kosningum 2021



Flokkur Fólksins
Inga Sæland formaður

Framsókn

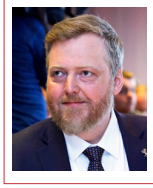
Sigurður Ingi Jóhannsson formaður



Logi Einarsson formaður

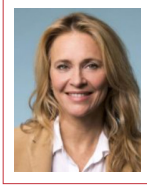


Bjarni Benediktsson formaður

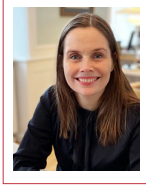


MIÐFLOKKURINN
Sigmundur Davíð Gunnlaugsson formaður

Halldóra Mogensen þingflokksformaður

VIÐREISN
Þorgerður Katrín Gunnarsdóttir formaður



VINSTRI GRÆN
Katrín Jakobsdóttir formaður

1. SPURNING

Á Íslandi er varið lægra hlutfalli þjóðartekna til heilbrigðismála en á Norðurlöndunum. Heildarhlutfallið var 8,8% af vergri landsframleiðslu árið 2019 samkvæmt OECD. Tæplega 90.000 manns voru á undirskriftalista Kára Stefánssonar 2016 og hvöttu til þess að ríkið setti 11% af vergri landsframleiðslu í heilbrigðismál. Við hvaða hlutfall telur framboð þitt rétt að miða?

Flokkur Fólksins

Lágmark að verja 11% til heilbrigðismála

Flokkur fólksins telur að útgjöld til heilbrigðismála þurfi að auka verulega. Við viljum tryggja að heilbrigðiskerfið sé fjármagnað að fullu svo koma megi í veg fyrir langa biðlista eftir nauðsynlegum aðgerðum og meðferðum. Eins þarf að tryggja betur fjármögnun hjúkrunarheimila og fjölga hjúkrunar- og dvalarrýmum. Þá þarf að stórefla úrræði fyrir fólk með langvarandi sjúkdóma og aldraða, sem veita fólki möguleika á því að dvelja heima eins lengi og kostur er. Að verja 11% af VLF til heilbrigðismála er lágmarkskrafa af okkar hálfu.

Framsókn

Fjárframlög þurfi að miða við þjónustuþörf

Framsóknarflokkurinn vill að innlend heilbrigðisþjónusta verði áfram í fremstu röð. Útgjöld til heilbrigðismála nema ríflega fjórðungi útgjalda ríkisins. Gæta verður þess að þeir fjármunir sem veittir eru í heilbrigðiskerfið fari á rétta staði út frá íbúaþróun, aldurssamsetningu íbúa, samgöngum og fjarlægðum. Í þingsályktunartillögu sem allur þingflokkur Framsóknarflokksins lagði fram vorið 2017 var komið inn á mikilvægi þessara þátta. Sú þingsályktunartillaga var samþykkt með yfirgnæfandi hluta atkvæða á Alþingi sama vor. Heilbrigðisáætlun fram til ársins 2030 er m.a. byggð á þeirri tillögu. Fjárframlög til heilbrigðismála þurfa frekar að haldast í hendur við þjónustuþörf heldur en hlutfall þjóðartekna.

MIÐFLOKKURINN

Vill öfgalausa nálgun óháð rekstrarformi

Miðflokkurinn styður skynsamar lausnir í heilbrigðismálum og til að unnt sé að fjármagna það eins og við viljum er mikilvægt að auka landsframleiðslu og þá um leið framlög til heilbrigðismála. Íslenskt heilbrigðiskerfi er að mörgu leyti gott og árangur þess góður í alþjóðlegum samanburði. Það hefur á að skipa vel menntuðu og hæfu starfsfólki en ýmislegt mætti þó betur fara. Aðgengi landsmanna að þjónustu er á sumum sviðum misjafnt eftir búsetu, biðlistar eftir tilteknum aðgerðum eru of langir og þörfum fólks fyrir samfellda þjónustu er ekki mætt sem skyldi. Síðast en ekki síst hefur skort skýra stefnu varðandi uppbyggingu íslenska heilbrigðiskerfisins. Skort hefur stefnumarkandi ákvarðanir og forgangsröðun hefur ekki verið skýr í átökum þeirra sem vilja ýmist auka eða draga úr einkarekstri heilbrigðisþjónustunnar. Miðflokkurinn vill öfgalausa nálgun sem fyrst og fremst snýst um að sinna þörfum þeirra sem þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda, óháð rekstrarfyrirkomulagi.

11% að jafnaði gæti verið viðmiðið

Píratar vilja fjárfesta í heilsu þjóðarinnar. Það er ekki aðeins gáfuleg fjárfesting, því heilbrigð þjóð getur gefið af sér, heldur er það grundvallarhlutverk hins opinbera að hlúa að velferð landsmanna. Að miða útgjöld til heilbrigðismála eingöngu við verga landsframleiðslu getur hins vegar fljótlega leitt velferðarþjóðfélag í ógöngur. Verg landsframleiðsla dróst t.d. saman á síðasta ári og samkvæmt því hefðu framlög til heilbrigðismála átt að minnka samhliða, einmitt þegar þörfin var mest á að gefa vel í. Þetta er því ekki fullkominn mælikvarði, en þó ágætis leiðarljós. 11% af vergri landsframleiðslu að meðaltali yfir einhver ár gæti þannig verið skref í átt að því heilbrigðiskerfi sem meirihluti landsmanna kallar eftir. Að því sögðu er ljóst að núverandi fjárframlög eru allt of lág, eins og niðurskurðarkrafan til Landspítalans ber með sér. Heilbrigðisþjónusta á að vera í hæsta gæðaflokki, heilsa þjóðarinnar á að vera í hæsta gæðaflokki og það er hvorki ókeypis né gert með hangandi hendi.

Telur að verja eigi að minnsta kosti 11%

Samfylkingin telur að forgangsröðun hjá ríkisstjórnum undanfarinna ára hafi komið harkalega niður á fjármögnun heilbrigðiskerfisins. Í stað uppbyggingar heilbrigðiskerfisins þegar hagur þjóðarbús vænkaðist í kjölfar efnahagshruns hefur innviðaskuldin haldið áfram að hlaðast upp í heilbrigðiskerfinu. Samfylkingin telur almenning á Íslandi eiga skilið jafnt aðgengi að fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem völ er á, óháð efnahag og búsetu, og við eigum ríkan mannauð í starfsfólki heilbrigðiskerfisins, en heilbrigðisstarfsfólki þarf að fjölga, sér í lagi hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum. Það er til mikils að vinna að skýra verkaskiptingu og bæta skipulag í heilbrigðiskerfinu svo tryggja megi hagkvæmustu ráðstöfun fjármuna hverju sinni. En það er bara önnur hliðin á vanda heilbrigðiskerfisins. Hin hliðin er sú að heilbrigðisþjónusta á Íslandi hefur árum saman verið undirfjármögnuð og undirmönnuð og þannig ekki getað uppfyllt væntingar og þarfir almennings.

Samfylkingin telur nauðsynlegt að miða framlag til heilbrigðisþjónustu við það sem þekkist í nágrannaríkjum okkar þannig að a.m.k. 11% af vergri landsframleiðslu fari til heilbrigðisþjónustu í stað rúmlega 8%. Þessi vanfjármögnun kerfisins, sem blasir við, leiðir til meiri kostnaðar á öðrum sviðum samfélagsins og verri og ótryggari þjónustu. Með því að fjármagna heilbrigðiskerfið með fullnægjandi hætti spörum við talsverða fjármuni annars staðar í kerfinu.

VIÐREISN

Framlagið miðist við vandaða greiningu á þörf

Viðreisn telur ekki rétta nálgun að miða útgjöld til heilbrigðismála við verga landsframleiðslu. Á Íslandi er sveiflukennt hagkerfi, sem treystir á fáa stóra útflutningsatvinnuvegi. Á árinu 2020 féll vísitala landsframleiðslu til dæmis um tæp 8 stig á sama tíma og auka þurfti verulega framlag til heilbrigðismála. Viðreisn telur að verja þurfi meira fé til heilbrigðismála en vill að framlagið miðist við vandaða greiningu á þörf hverju sinni. Slík nálgun er að mati okkar betur til þess fallin að mæta bæði þeim áskorunum sem við stöndum frammi fyrir núna og áskorunum framtíðarinnar.

Verg landsframleiðsla varasamur mælikvarði

Alþjóðlegur samanburður verður að fara fram á réttum forsendum. Hér á landi eru íbúar 65 ára og eldri hlutfallslega færri en í samanburðarríkjum og þjóðin ung, þó hún eldist hratt.

Þegar útgjöldin eru leiðrétt m.t.t. aldurssamsetningar sést að Ísland ver ekki lægra, heldur talsvert hærra, hlutfalli til heilbrigðismála en hin Norðurlöndin að Noregi undanskildum. Þó það sé um margt jákvætt að eiga næsthæsta hlutfallið á Norðurlöndum þá eru útgjöld ein og sér ekki eini mælikvarðinn.

Hlutfall getur t.a.m. verið varasamur mælikvarði til skemmri tíma, enda lækka útgjöld sem hlutfall af VLF gjarnan á tímum hagvaxtar en geta aukist á krepputímum. Í miklum hagvexti geta útgjöld til heilbrigðismála því vaxið þó að hlutfallið af VLF lækki ef vöxtur landsframleiðslu er hraðari en vöxtur útgjalda.

Mestu skiptir að einblína á gæði og árangur af þjónustunni. Hvernig hægt er að hámarka virði hverrar krónu sem lögð er inn í kerfið með hagsmuni notenda efst í huga, frekar en að einblína á hlutfall eyðslu.

	Heilbrigðisútgjöld hins opinbera % af VLF (2019) (án fjárfestinga), %	*Heilbrigðiskostnaður leiðréttur m.t.t. aldurssamsetningar, %*
Noregur	9,0	9,3
Ísland	7,3	9,1
Svíþjóð	9,3	8,3
Danmörk	8,4	7,7
Finnland	7,0	5,8

Tölurnar eru á ábyrgð Sjálfstæðisflokksins

VINSTRI GRÆN

Hlutfallið miðist við Norðurlöndin

Á þessu kjörtímabili hefur hlutfall heilbrigðisútgjalda af vergri landsframleiðslu þokast í rétta átt. Í fjárlögum yfirstandandi árs er hlutfallið %9,2 af VLF en meðaltal Norðurlandanna væri eðlilegt hlutfall. Það er mikilvægt að halda áfram að bæta í, og jafnframt að tryggja að greiðsluþátttaka almennings í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu haldi áfram að lækka og nái einnig sömu stöðu og annars staðar á Norðurlöndunum. Hvað það síðarnefnda varðar hefur þegar náðst verulegur árangur á kjörtímabilinu. Árið 2018 nam hlutdeild íbúa Norðurlandaþjóðanna í heilbrigðiskostnaði %15,2 að meðaltali, sem eru nýjustu tölur sem til eru yfir Norðurlandameðaltalið. Greiðsluhlutfall íslenskra heimila af heilbrigðisútgjöldum hefur lækkað úr %18,3 árið 2013 niður í %15,6 árið 2019. Á kjörtímabilinu hefur 700 milljónum nú þegar verið varið í lækkun greiðsluþátttöku sjúklinga auk 800 milljóna á þessu ári. Samkvæmt fjármálaáætlun ríkisstjórnarinnar fyrir árin 2026-2022 má ætla að hlutfallið verði komið niður í %14-13 um árið 2025.

2. SPURNING

Stoðir opinbera heilbrigðiskerfisins eru þrjár: spítalar, heilsugæslan og stofur sérgreinalækna. Ríkið ver innan við 5% útgjalda til heilbrigðismála til þeirra síðastnefndu. Hver er afstaða framboðs ykkar til stofureksturs sérgreinalækna? Er að ykkar mati æskilegt að samningur sé í gildi við sérgreinalækna?

Flokkur Fólksins

Mikilvægt að nýta sérþekkingu sérgreinalækna

Flokkur fólksins telur að mikilvægt sé að nýta þá sérþekkingu sem íslenskir sérgreinalæknar búa yfir. Það er fásinna að senda fólk í aðgerðir erlendis í stað þess að leyfa því að fara í sömu aðgerð niðri í bæ. Hins vegar þarf að gæta þess að hagsmunaárekstrar séu ekki til staðar. Vegna þess vill Flokkur fólksins að ríkið gangi frá samningum við sérgreinalækna en geri þær kröfur að sérgreinalæknar starfi ekki samhliða fyrir hið opinbera. Þá vill Flokkur fólksins leggja áherslu á að kostnaðargreina þá þjónustu sem sérgreinalæknar veita og auka eftirlit með útseldri þjónustu.

MIÐFLOKKURINN

Skilgreina þarf hvaða þjónustu sérgreinalæknar veita

Miðflokkurinn telur að starfsemi sérgreinalækna sé ein af grunnstoðum heilbrigðiskerfisins. Mikilvægt er að ná sátt um hvernig þessari þjónustu verður háttað. Skilgreina þarf hvaða þjónustu sérgreinalæknar veita og hvaða þjónustu eigi eingöngu að veita á fyrsta stigi heilbrigðisþjónustunnar. Skilgreina þarf hvaða þjónusta sérgreinalækna skuli veita inni á háskólasjúkrahúsi. Skipuleggja þarf sérfræðiþjónustu hvers heilbrigðisumdæmis út frá þörfum íbúanna. Í því sambandi þarf að skilgreina hvaða þjónustu sérgreinalækna er enn hægt að veita á þeim sjúkrahúsum sem í dag eiga í vök að verjast vegna erfiðleika við að manna stöður sérgreinalækna og annars heilbrigðisstarfsfólks. Ein leið til að tryggja aðgengi landsbyggðarinnar að sérfræðiþjónustu er að hlutverk spítala landsins verði skilgreint þannig að þeim beri að sjá heilbrigðisstofnunum landsins fyrir þjónustu sérgreinalækna og vinna gegn biðlistamenningu sem því miður er vaxandi í þjóðfélaginu.

Framsókn

Meta þarf þjónustuþörf og bjóða um land allt

Mikilvægt er að skilgreina hvaða þjónustu ríkið ætlar sér að kaupa af sérgreinalæknum og hvaða þjónustu skuli veita inni á háskólasjúkrahúsi. Þá er mikilvægt að samningar við sérgreinalækna tryggi að þeir veiti þjónustu um land allt, án þess að heilbrigðisstofnanir landshlutanna beri aukakostnað af því. Skilgreina þarf þörfina með tilliti til eftirspurnar. Framsóknarflokkurinn telur afar mikilvægt að ávallt liggi fyrir samningar við sérgreinalækna. Þá er mikilvægt að nýta þekkingu og færni til hins ýtrasta með sem lægstum tilkostnaði og að sú þjónusta sem nauðsynlegt er að kaupa og veita sé í fullu samræmi við áætlanir stjórnvalda. Alþingi hefur samþykkt Heilbrigðisstefnu fram til ársins 2030, þar er komið inn á mikilvægi þess að rétt þjónusta sé veitt á réttum stað. Meginmarkmið Heilbrigðisstefnunnar er að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem tök eru á að veita á hverjum tíma til að vernda andlega, líkamlega og félagslega heilsu fólks.

Stefna að samningum við alla sérgreinalækna

Píratar stefna að því að heilbrigðisþjónusta verði gjaldfrjáls fyrir almenning. Aðgengi að sérgreinalæknum er þar ekki undanskilið. Því er ljóst að Píratar stefna að samningum við alla sérgreinalækna. Hlutfallsleg skipting milli heilsugæslu, sjúkrahúsa og sérgreinalækna ræðst af þörf almennings fyrir þjónustuna, ekki af Excel-skjölum heilbrigðisráðuneytisins. Píratar eru ekki á þeirri skoðun að allt heilbrigðisstarfsfólk verði að vera opinberir starfsmenn.

Samstarf við sérgreinalækna tryggi góða þjónustu

Samfylkingin vill að hér á landi sé rekið stöndugt og gjaldfrjálst opinbert heilbrigðiskerfi sem tryggir jafnari aðgang allra að nauðsynlegri og góðri heilbrigðisþjónustu. Spítalar og heilsugæsla munu ekki sinna öllum þeim verkefnum sem inna þarf af hendi í þágu heilbrigðis þjóðar og því verður einnig að koma til samstarf við sérgreinalækna til að tryggja góða heilbrigðisþjónustu, auk þess sem eingöngu þeir og aðrir sjálfstæðir rekstraraðilar sinna ákveðnum þáttum heilbrigðisþjónustu. Stjórnvöld þurfa að axla ábyrgð á almannahagsmunum með því að vera upplýstur og gagnrýninn kaupandi þjónustunnar. Því vill Samfylkingin tryggja virkt gæðaeftirlit, hvort tveggja með einkarekinni sem og opinberri heilbrigðisþjónustu og því þarf að efla eftirlitshlutverk Embættis landlæknis til muna. Sjúkratryggingar Íslands verða að auki að sinna því lögbundna hlutverki sínu að kostnaðargreina þau verk sem keypt eru enda leiðir vanfjármögnun eingöngu til þess að þjónustuveitendur verða að minnka gæði þjónustu sem veitt er. Það þarf að tryggja jafnt aðgengi landsmanna að sérhæfðri þjónustu með samningum við heilbrigðisstofnanir í öllum landshlutum, bæði með stað- og fjarlækningum.

VIÐREISN

Sjálfstætt starfandi fagfólk mikilvægur hluti af kerfinu

Sjálfstætt starfandi fagaðilar eru mikilvægur hluti af opinbera heilbrigðiskerfinu. Viðreisn vill nýta krafta þeirra til að styðja við ríkisrekna hluta opinbera kerfisins. Þannig getum við veitt fjölbreytta notendamiðaða þjónustu og unnið með markvissum hætti á þeim margþætta biðlistavanda sem hrjáir íslenskt heilbrigðiskerfi. Markmiðið verður að vera að nýta þá fjármuni sem í boði eru á sem hagkvæmastan máta til að tryggja gæðaþjónustu og almennt og jafnt aðgengi að þjónustunni. Þess vegna styður Viðreisn að samningar séu í gildi við sérgreinalækna.

Viðreisn leggur einnig áherslu á að aðgengi almennings að þjónustu sjálfstæðra sálfræðinga verði aukið. Þess vegna lagði Viðreisn til, og fékk samþykkt, að Sjúkratryggingar taki til nauðsynlegrar sálfræðimeðferðar og annarrar gagnreyndrar samtalsmeðferðar heilbrigðisstarfsmanna. Sú heimild hefur ekki verið nýtt eða fjármögnuð af núverandi ríkisstjórn.

Sérfræðilæknum gefist færi á sjálfstæði

Þjónusta sjálfstætt starfandi sérgreinalækna byggist á gömlum grunni, allt frá upphafsárum síðustu aldar. Mikilvægt er að sérgreinalæknar sem sækja langt og kostnaðarsamt nám erlendis sjái ástæðu til að snúa aftur heim að námi loknu, þannig að nauðsynleg þekking og þjónusta verði áfram til staðar hér á landi. Í því skyni er mikilvægt að þeim gefist færi á að stunda sjálfstæða starfsemi og verða frumkvöðlar, en séu ekki dæmdir til þess að vinna eingöngu innan ríkisrekstrarformsins

Sjálfstæðisflokkurinn telur mjög mikilvægt að samningar náist við sérgreinalækna. Það er ekki síst ein af forsendum þess að allir geti sótt niðurgreidda þjónustu óháð rekstrarformi og að hér verði ekki til það sem kalla má tvöfalt heilbrigðiskerfi.

VINSTRI GRÆN

Gildandi samningar um magn, tegund og gæði

Mikilvægt er að í gildi séu samningar um heilbrigðisþjónustu við allar heilbrigðisstéttir sem falla undir greiðsluþátttökukerfi ríkisins, þ.m.t. sérfræðilækna. Í slíkum samningum þarf að kveða á um magn, tegund og gæði þjónustunnar, í takti við þarfir sjúkratryggðra. Einnig er mikilvægt að við samningsgerð sé tryggður jafn aðgangur allra að þjónustu, óháð félagslegri stöðu og búsetu eða öðrum þáttum, og að rétt þjónusta sé veitt á réttum stað í heilbrigðiskerfinu.

3. SPURNING

Viðbrögð íslenskra stjórnvalda í COVID-19 hafa verið leidd af fagfólki í heilbrigðismálum. Ekki er fyrirsjáanlegt að farsóttin hverfi úr alþjóðasamfélaginu í bráð. Telur flokkur þinn rétt að sóttvarnalæknir leiði næstu aðgerðir eða á að breyta áherslunum? Hvert á hlutverk löggjafarvaldsins að vera?

Flokkur Fólksins

Fagfólkið veiti ráð og framkvæmdavaldið beri ábyrgð

Við teljum rétt að við reiðum okkur á ráð fagfólks, þar með talið sóttvarnalæknis, þegar kemur að aðgerðum gegn COVID-19. Ákvarðanataka og ábyrgð hlýtur þó ávallt að hvíla á framkvæmdavaldinu, það er ríkisstjórn og ráðherrum hennar. Við myndum vilja sjá meira samráð við löggjafann, það er Alþingi, en verið hefur í þessum efnum. Hlutverk löggjafans er að koma með tillögur og veita stjórnvöldum aðhald, m.a. með umræðum. Við teljum að öll umræða um þessi mál sé af hinu góða. Baráttan gegn COVID-19 er samfélagslegt verkefni. Flokkur fólksins hefur frá upphafi stutt strangar aðgerðir í þeirri vinnu svo halda mætti smiti innanlands í algeru lágmarki og helst útrýma því.

MIÐFLOKKURINN

Fylgja leiðsögn sérfræðinga og lögum

Stjórnvöld hafa eftirlátið sérfræðingum að stýra sóttvörnum, sem hefur gefið góða raun og er ástæða til að fylgja áfram þeirri stefnu að fylgja leiðsögn þeirra sem hafa náð árangri á sviði sóttvarna hér á Íslandi. Heimildir sóttvarnalæknis eru ríkulegar og því mikilvægt að ávallt sé stuðst við lög og Alþingi haft með í ráðum þegar verið er að leggja álögur og einangrun á borgara landsins. Þá er mikilvægt að skoða vel alla kosti þegar kemur að öflun bóluefna sem krefst yfirsýnar og skilnings í alþjóðlegum viðskiptum. Þar er nauðsynlegt að hafa samskipti við sem flestar þjóðir til að tryggja að hagsmunir Íslendinga séu alltaf í heiðri hafðir.

Framsókn

Meta aðgerðir, fara að lögum og tryggja efnahag

Hlutverk löggjafans er að meta þær aðgerðir sem sóttvarnalæknir leggur til og meta hvaða áhrif þær hafa. Tryggja verður eins vel og unnt er heilsu fólks ásamt samspili milli heilsu og efnahags þjóðarinnar. Hlutverk löggjafans er einnig að bregðast við tillögum sóttvarnalæknis ef breyta þarf reglugerðum, lögum eða öðru slíku svo aðgerðir hans nái fram að ganga og standist lög.

Engar breytingar á núverandi stefnu

Íslendingar hafa verið þeirrar gæfu aðnjótandi að aðgerðum gegn COVID-19 hefur verið stýrt af sérfræðingum í sóttvörnum. Landlæknir og sóttvarnalæknir hafa staðið sig gríðarlega vel í baráttunni við útbreiðslu COVID-19. Engar breytingar myndu verða þar á ef Píratar væru við stjórnvölinn. Þess ber þó að geta að sóttvarnalæknir er hvorki sérfræðingur í lögfræði, mannréttindum né lagasetningu. Þar tekur löggjafinn og framkvæmdavaldið við taumunum. Það er þeirra hlutverk að tryggja að framkvæmdin á tillögum sóttvarnalæknis sé í samræmi við alþjóðasamninga, gangi ekki lengra en þörf krefur til að ná markmiðinu og standist lög og stjórnarskrá. Píratar hafa tekið það hlutverk alvarlega og lagt áherslu á að sóttvarnir standist rýni dómstóla, þannig vöruðu Píratar réttilega við því að upprunaleg útfærsla sóttkvíarhótelanna væri ólögleg. Aðhald flokksins hefur þannig lotið að lögmæti og ferli lagasetningar, frekar en að réttmæti þeirra tillagna sem sóttvarnalæknir setur fram.

Fylgja áfram tilmælum og auka aðkomu Alþingis

Samfylkingin hefur verið fylgjandi því að ráðum fagaðila sé fylgt þegar kemur að sóttvörnum og telur því rétt að fylgja áfram tilmælum sóttvarnalæknis, enda hefur það gefist vel þegar slíkt hefur verið gert. Aðkoma Alþingis ætti þó að vera meiri þegar kemur að meiriháttar hömlum á daglegu lífi almennings, rétt eins og þekkist víða í ríkjum heims. Fyrirkomulagið ætti því að vera á þann hátt að sóttvarnalæknir skili af sér tillögum líkt og verið hefur og heilbrigðisráðherra leggi til reglugerð en þegar um verulega íþyngjandi aðgerðir er að ræða, líkt og lokun starfsemi, ferða- og athafnafrelsi, verði ráðherra að leggja fram þingmál til staðfestingar á ákvörðun sinni innan viku frá gildistöku reglugerðar. Slíkt fyrirkomulag eykur öryggi almennings. Þá þarf á öllum tímum faraldurs að tryggja að full lagaheimild sé fyrir þeim aðgerðum sem gripið er til svo stjórnvöld séu ekki gerð afturreka með mikilvægar ráðstafanir líkt og var raunin með skyldudvöl í sóttvarnarhúsi í vor.

Ekki sé gengið lengra í að setja daglegu lífi skorður

Vel hefur gengið að kljást við heimsfaraldurinn hér á landi undanfarna mánuði, á sama tíma og lífskjör Íslendinga og grunnstoðir samfélagsins eru varðar. Stjórnvöld hafa notið dýrmætrar ráðgjafar sóttvarnalæknis og annarra fagaðila þegar kemur að ákvörðunum í sóttvarnamálum.

Með auknum bólusetningum snúast næstu skref um að hverfa loks aftur til eðlilegs lífs. Mikilvægt er að ekki sé gengið lengra í að setja daglegu lífi fólks skorður en brýna nauðsyn ber til. Slíkar skorður með lögum eða reglugerðum verða svo eðli málsins samkvæmt ekki settar af öðrum en lýðræðislega kjörnum fulltrúum.

Hins vegar er að sjálfsögðu gott og mikilvægt að stjórnvöld njóti áfram ráðgjafar sóttvarnalæknis og annarra fagaðila eins og þörf er á við töku ákvarðana á þessu sviði.

VIÐREISN

Fylgja ráðum sérfræðinga og veita þeim aðhald

Þrátt fyrir góðan árangur við að kveða niður kórónuveirufaraldurinn hér á landi þá fjölgar alvarlegum tilvikum og dauðsföllum í heiminum enn hratt. Viðreisn hefur alltaf lagt áherslu á að fylgja ráðum sérfræðinga. Í því felst að sóttvarnalæknir mun áfram gegna mikilvægu hlutverki við að móta vörn þjóðarinnar gegn veirunni. Framkvæmdavaldið á að fylgja ráðleggingum sóttvarnalæknis en hlutverk löggjafarvaldsins er að veita framkvæmdavaldinu aðhald í þeirri vegferð. Þetta samspil hefur reynst okkur vel til þessa í baráttunni við COVID-19.

VINSTRI GRÆN

Byggja á vísindum og halda áfram á sömu braut

Forystufólk Vinstri grænna hefur lagt ríka áherslu á að byggja allar ákvarðanir sínar í faraldrinum á vísindum og þekkingu og mun að sjálfsögðu halda áfram á sömu braut. Markmið stjórnvalda hafa verið skýr, að vernda líf og heilsu landsmanna ásamt því að lágmarka samfélagslegan og efnahagslegan skaða faraldursins. Löggjafarvaldið hefur tryggt nauðsynleg úrræði í löggjöf til að unnt sé að ná þessum markmiðum, sem og fjármagn til að fylgja eftir þeim aðgerðum sem þarf á hverjum tíma.

Það hefur reynst okkur vel að fara að ráðleggingum fagfólks í heilbrigðismálum í baráttunni gegn heimsfaraldri kórónuveirunnar. Samstarf heilbrigðisyfirvalda, framkvæmdavalds og löggjafarvalds skiptir miklu máli en ekki síður að almenningur sé vel upplýstur um ákvarðanir og áherslur varðandi sóttvarnir.



Hjónin Sigurður Guðmundsson og Sigríður Snæbjörnsdóttir stödd í ævintýri á gönguför í Rangala í Lónafirði í Jökulfjörðum. Myndina tók Halldóra Blair.

Aldur

Sigurður Guðmundsson

lyflæknir og fyrrum landlæknir

siggudm@landspitali.is

Mér hefur stundum fundist að lífið í einhverri mynd byrji með hverjum áratug sem maður lifir og hrærist, einu sinni byrjaði það um fertugt, svo um fimmtugt, þar næst um sextugt, og nú loks um sjötugt. Hvert skeið hefur sín sérkenni, verkefni og vandamál, gleði- og tómstundir. Svo verður að koma í ljós hvernig himintunglin raða sér á festinguna um áttrætt.

Misjafnt er hvernig fólk lítur á eigin aldur. Konan þjóðþekkta, Ásdís Rán, sagði einhvern tíma að hún „hræddist ekki að eldast og yrði aldrei útrunnin vara“. Kannski er þetta raunsætt í tilviki Ásdísar Ránar en ekki víst að svo sé um alla farið. Hólmgöngu-Bersi leit öðruvísi á sitt hlutskipti á efri árum. Hann átti að gæta drengsins Halldórs. Sá féll úr vöggunni og gat sig ekki hrært. Þá kvað Bersi bestu öldrunarvísu sem kveðin hefur verið:

Liggjum báðir
í lamasessi
Halldór og ek,
höfum engi þrek.
Veldur elli mér
en æska þér.
Þess batnar þér
en þeygi mér.

Tvennt sækir svolítið á hugann, annars vegar lögfest starfslok um sjötugt og svo hitt hvað bíður þegar við erum komin í spor Hólmgöngu-Bersa og höfum engi þrek.

Fólk um sjötugt hefur margt heilmikið starfsþrek, kann ýmislegt fyrir sér auk allrar reynslunnar. Kannski eru menn ekki jafn snarir í snúningum í lækningunum og áður, og færni til ákveðinna verka minni en áður, en samt er með ólíkindum hvað reynslan hefur oft bjargað manni úr snúnum kringumstæðum (*been there, done that*). Samfélag sem ekki nýtir þetta kastar verðmætum á glæ. Hins vegar er skiljanleg afstaða þeirra sem finnst komið nóg um sjötugt og jafnvel fyrr og vilja gera eitthvað allt annað. Okkur hinum yljar í sálinni að halda áfram að bauka eitthvað, starfslokin séu ekki hrap, heldur lending.

Ég get ekki kvartað, var gefinn kostur á hlutastarfi áfram við Landspítala, en það breytir samt ekki viðhorfi mínu til lagaklásúlunnar sem kveður á um starfslok við 70 ára aldur. Það hefur verið ómetanlegt að starfa áfram, fátt eins hvetjandi fyrir sál og sinni að vinna með ungum kollegum. Líka er heillandi að hafa nú tíma til að gera allt hitt sem sumt hefur setið á hakanum, með fjölskyldu og vinum, með sjálfum sér og jafnvel stundum að gera einfaldlega ekki neitt.

Öll verðum við samt að þekkja okkar vitjunartíma, og gæta þess að verða ekki fyrir og öllum til ama og leiðinda, „ætlar kallandskotinn aldrei að koma sér í burtu“? Að því mun koma.

Hólmgöngu-Bersi fór aldrei á hjúkrunarheimili enda ekki með samþykkt færni- og heilsumat. Nú er öldin önnur og hugtakið velferðarþjóðfélag var fundið upp. Ekki veit ég hve margir dálkmetrar hafa verið skrifaðir um umönnun aldraðra sem engi þrek hafa á liðnum áratugum, en samt sitjum við ætíð í svipuðu fari, engu skiptir hverjir fara með völdin, allir stjórnmálaflokkar eru á sömu bókina lærðir.

Þjóðarskömm er að sumir aldraðir þurfi að dvelja síðasta skeið ævinnar á bráðadeildum sem einna helst má stundum líkja við Leifsstöð á annatíma fyrir COVID-19. Þær kringumstæður eru einfaldlega ekki sæmandi. Þetta er kynslóðin sem lagði grunninn að þeirri velsæld sem við nú búum við. Hún á annað skilið en þetta.

Ítrekað hefur áratugum saman verið rætt um ýmsar leiðir til að létta Bersum nútímans síðustu sporin, fjölbreytta og aukna meðferð í heimahúsi, þar á meðal sjúkrahúsþjónustu (*hospital-at-home*), efld úrræði til endurhæfingar, líknardeild fyrir aldrað fólk, öldrunargeðdeild, og svo má lengi telja. Ekki skortir hugmyndir og ábendingar frá okkar færasta fagfólki, en eins og Einar Ben benti á „vilji er allt sem þarf“. Nú er tækifærið fyrir íslenskt samfélag að bretta upp ermar, eða svo aftur sé vitnað til Íslandsljóðs Einars: „Upp með plóginn. Hér er þúfa í vegi.“

Auglýsing

Auglýsing