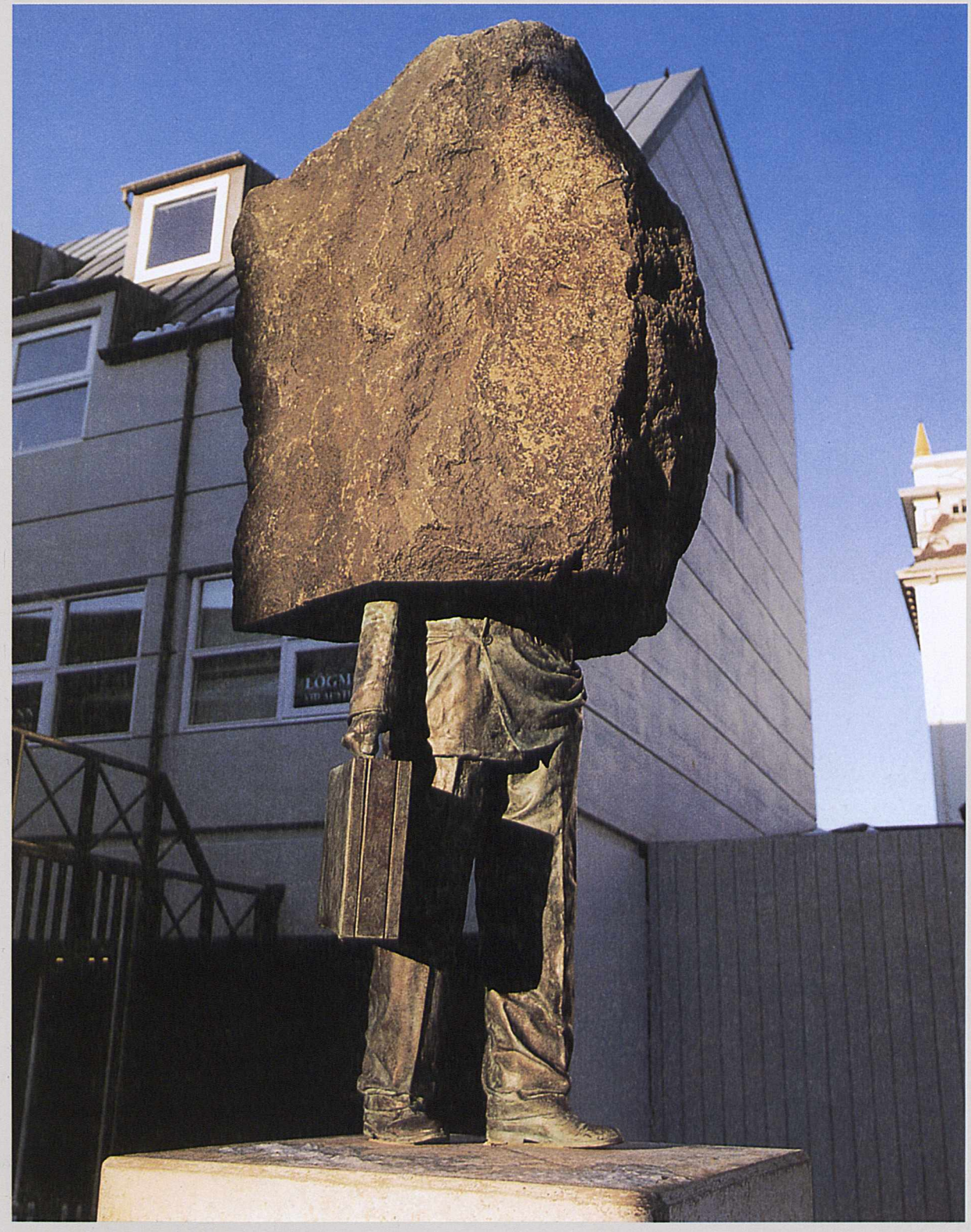
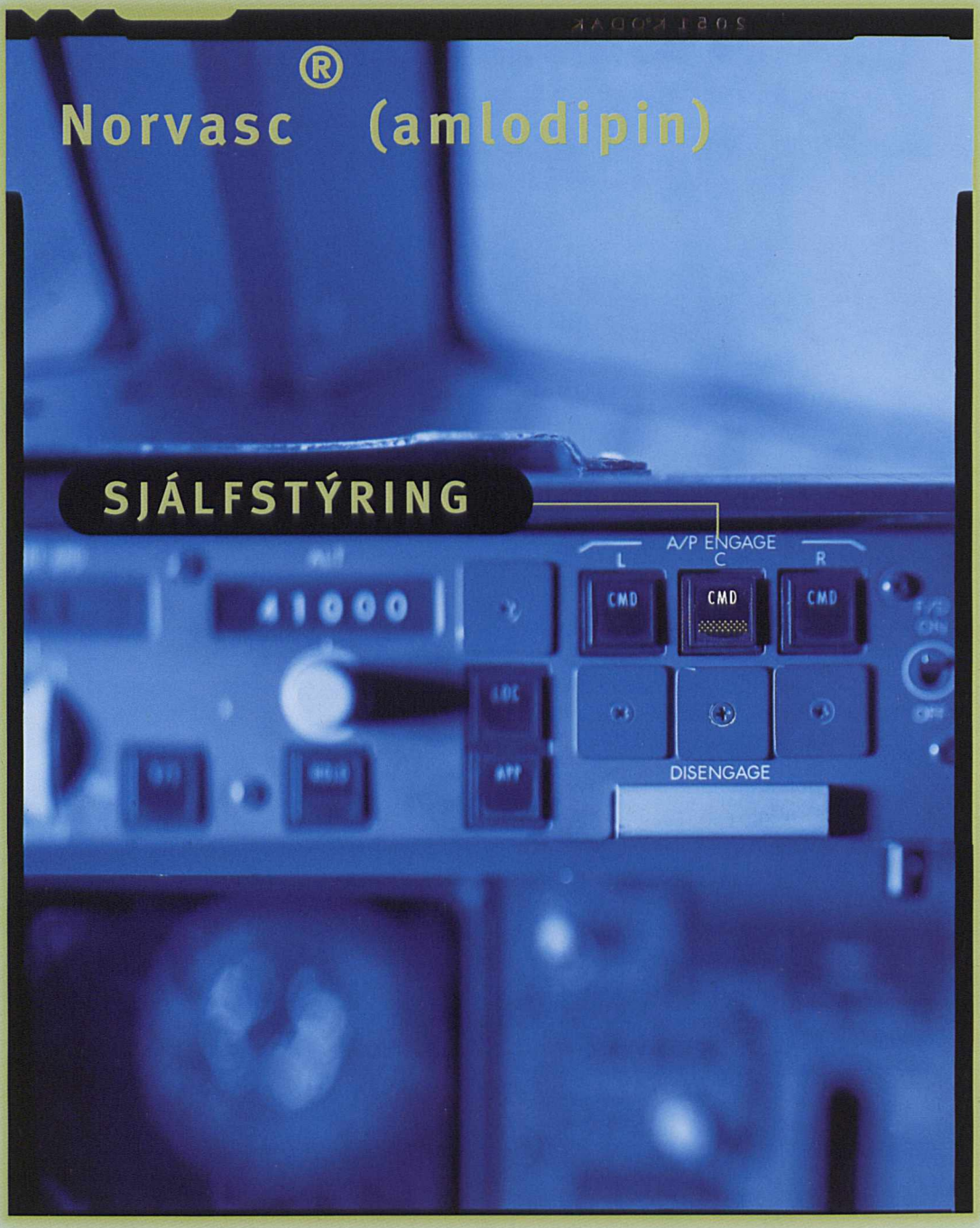
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



5/2000



Með Norvasc® verður meðhöndlun háþrýstings einföld, örugg og árangursrík:

- Engar frábendingar*
- Engar þekktar milliverkanir
- Aukaverkanir eru mildar og yfirstíganlegar
- Ein tafla á dag
- Ábendingar: Háþrýstingur og brjóstverkur
- Hjartabilun er ekki frábending[1]

Tlv.1 PRAISE Effect of Amlodipine on Morbidity and Mortality in Severe Chronic Heart Failure. M Packer et al N Eng J Med; 335: 1107-1114, 1996
***Ofnæmi fyrir lyfinu og skyldum lyfjum, meðganga brjóstagjöf.**

Ábendingar: Háþrýstingur, hjartaöng. Eiginleikar: Norvasc® er kalsíumblokkari, af flokki dihýdrópýridina, með löngum helmingunartíma. Lækkar blóðþrýsting, vegna beinna slakandi áhrifa á slétta vöðva í æðum. Frábendingar: Ofnæmi fyrir lyfinu og skyldum lyfjum. Meðganga og brjóstagjöf. Aukaverkanir: Ökklabjúgur, höfuðverkur, svimi, roði og hiti í andliti, þróttleysi. Milliverkanir: Ekki þekktar. Skammtastærðir: Upphafsskammtur er 5 mg einu sinni á dag. Ef viðunandi árangur næst ekki eftir 2-4 vikur má auka skammtinn í 10 mg á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum. Pakkningar og verð (1. mars 1999): Töflur 5 mg: 30 stk. (þynnupakkað) -2.929 kr., töflur 5 mg: 100 stk. (þynnupakkað) -7.426 kr., töflur 10 mg: 30 stk. (þynnupakkað) -4.186 kr., töflur 10 mg: 100 stk. (þynnupakkað) -11.713 kr. Texti sérlyfjaskrár 1998. Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðist samkvæmt greiðslufyrirkomulagi B í lyfjaverðskrá. Samningur Pfizer við lyfsala í landinu gerir þeim kleift að veita afslátt af Norvasc®. Þetta þýðir að Norvasc® fæst nú á viðmiðunarverði.



Umboðs- og dreifingaraðili:
Pharmaco hf. Hörgatúni 2, 210 Garðabæ,
sími 535 7000 fax 565 9292.

Pfizer

FRÆÐIGREINAR

331 **Ritstjórnargreinar:**
Krabbameinsrannsóknir á Íslandi og klínísk erfðamengisfræði
Reynir Arngrímsson

333 **Hversu hættulegar eru óbeinar reykingar?**
Vilhjálmur Rafnsson

337 **Greiningar og meðferðarúrræði 102 barna og unglinga sem komu til barna- og unglingageðdeildar Landspítalans vegna ofvirknieinkenna frá 1. júní 1998 til 31. maí 1999**

Gísli Baldursson, Páll Magnússon, Ólafur Ó. Guðmundsson

Höfundar gera grein fyrir þeim aðferðum sem beitt er við greiningu á ofvirkni og til hvaða meðferðar er gripið. Höfundar fjalla um hvernig lyfjameðferð er háttað hjá börnunum og benda á mismunandi afstöðu til lyfjanotkunar bæði milli lækna og milli landa. Til dæmis virðast evrópskir læknar aðhyllast atferlismeðferð fremur en lyfjameðferð, ólíkt því sem gerist í Bandaríkjunum. Íslenskir læknar virðast standa nær bandarísku aðferðinni, samkvæmt niðurstöðum þessarar könnunar.

342 **Fræðigreinar íslenskra lækna í erlendum tímaritum**

344 **Mat á þunglyndi aldraðra. Þunglyndismat fyrir aldraða – íslensk gerð Geriatric Depression Scale (GDS)**

Margrét Valdimarsdóttir, Jón Eyjólfur Jónsson, Sif Einarsdóttir, Kristinn Tómasson

Þunglyndi er algengt vandamál meðal aldraðra. Höfundar benda á að erfitt reynist oft að greina þunglyndi og þá ekki síst meðal hinna öldruðu. Koma þar til ýmsar félagslegar aðstæður og oft á tíðum mikil notkun geðdeyfðarlyfja. Þess vegna er afar mikilvægt að hafa áreiðanlegan mælikvarða sem unnt er að nota við mat á þunglyndi. Spurningalistinn sem hér lagður til grundvallar er hannaður með aldraða sérstaklega í huga og hefur verið í notkun hátt í 20 ár.

350 **Ágrip erinda og veggspjalda frá ráðstefnu á vegum Samtaka um krabbameinsrannsóknir á Íslandi, haldin á læknadögum 21. og 22. janúar 2000**

Leiðrétting

Ágrip á skurðlæknaþingi

Í síðasta tölublaði Læknablaðsins birtust ágrip erinda sem flutt voru á ársþingi Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands, en það var haldið dagana 6. og 7. apríl. Afar meinleg villa slæddist inn í eitt ágripanna sem merkt var E 12: **Aðgerðir á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 1990-1999 vegna offitu.** Höfundar: **Gunnar Pétursson**, Eiríkur Orri Guðmundsson, Jóhannes M. Gunnarsson, Tryggvi B. Stefánsson. Sjá Læknablaðið 2000; 86: 272.

Í niðurstöðukafla stendur: **Niðurstöður:** Allir sjúklingarnir eru á lífi. Einn sjúklingurinn fékk djúpa sýkingu eftir aðgerð. Tuttugu og fimm sjúklingar hafa látist.

Réttur texti er: **Niðurstöður:** Allir sjúklingarnir eru á lífi. Einn sjúklingurinn fékk djúpa sýkingu eftir aðgerð. Tuttugu og fimm sjúklingar **hafa lést** (leturbreyting blaðsins).

Læknablaðið biður höfunda og lesendur velvirðingar á þessum leiðu mistökum.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

5. tbl. 86. árg. Maí 2000

Aðsetur:
Hlíðasmári 8, 200 Kópavogi

Útgefandi:
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Símar:
Læknafélög: 564 4100
Læknablaðið: 564 4104
Bréfsími (fax): 564 4106

Læknablaðið á netinu:
http://www.icemed.is/laeknabladid

Ritstjórn:
Emil Sigurðsson
Hannes Petersen
Karl Andersen
Reynir Arngrímsson
Vilhjálmur Rafnsson ábm.
Netfang: journal@icemed.is

Ritstjórnarfulltrúi:
Birna Þórðardóttir
Netfang: birna@icemed.is
(Macintosh)

Auglýsingastjóri og ritari:
Ragnheiður K. Thorarensen
Netfang: ragnh@icemed.is
(PC)

Blaðamaður, umbrot:
Þröstur Haraldsson
Netfang: throstur@icemed.is
(Macintosh)

Upplag: 1.500

Áskrift: 6.840,- m.vsk.
Lausasala: 684,- m.vsk.

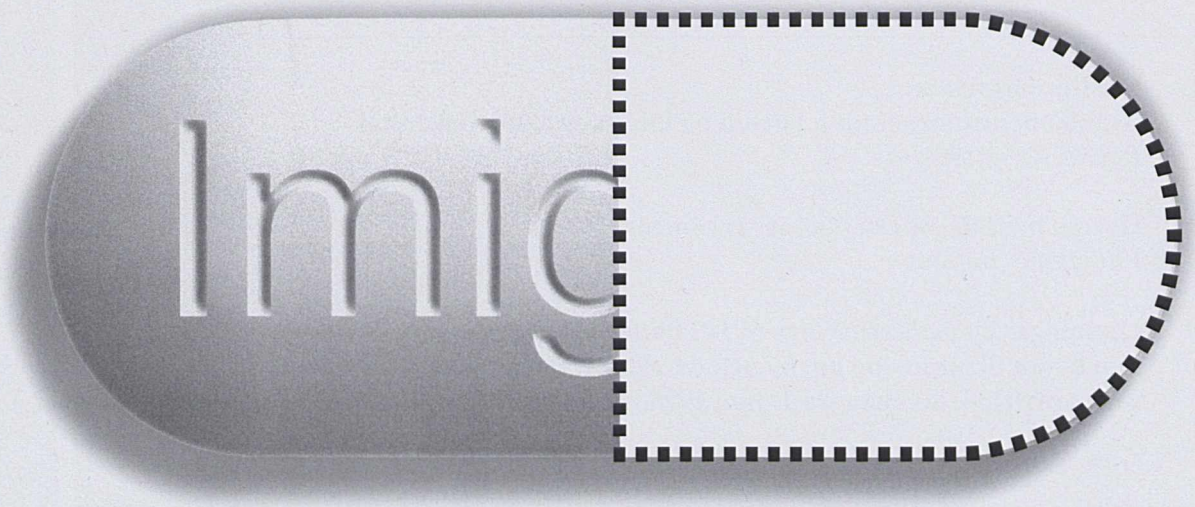
© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild án leyfis.

Prentun og bókband:
Prentsmiðjan Grafík hf.,
Smiðjuvegi 3, 200 Kópavogi

Pökkun:
Plastpökkun, Skemmuvegi 8,
200 Kópavogi.

ISSN: 0023-7213

Umræðuhluti
Skilafrestur er 20. undanfarandi mánaðar, nema annað sé tekið fram.



ÞAÐ HÁLFA ER NÓG

Upphafsskammtur mígrenilyfsins Imigran er nú 50 mg í stað 100 mg. Helmingi minni skammtur er jafn áhrifaríkur og getur haft minni aukaverkanir í för með sér.[1)] Sparnaður sjúklinga og þjóðfélagsins í heild er ótvíræður.

Frá því Imigran kom á markað hefur það gjörbreytt lífi fjölmargra mígrenisjúklinga. Nú getur þú lækkað lyfjakostnað þessa fólks og gefið fleiri mígrenisjúklingum kost á betra lífi með Imigran.

IMIGRAN
Þegar til kastanna kemur

GlaxoWellcome
Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930

Imigran (Glaxo, 900125) STUNGULYF sc; N 02 C X 04 RE **1 ml inniheldur**: Sumatriptanum INN, súkkínat, 16,8 mg, samsvarandi Sumatriptanum INN 12 mg, Natrii chloridum 7 mg, Aqua ad iniectabilia ad 1 ml. TÖFLUR; N 02 C X 04 RE **Hver tafla inniheldur:** Sumatriptanum INN, súkkínat, samsvarandi Sumatriptanum INN 50 mg eða 100 mg. **Eiginleikar:** Súmatriptan virkjar sérhæft serótónínviðtaka af undirflokki 5-HT1D í heilaæðum. Lyfið veldur þannig samdrætti í heilaæðum, einkum greinum a. carotis. Víkkun þessara æða er talin orsök verkjanna við mígreni. Verkun lyfsins hefst 10-15 mínútum eftir gjöf undir húð og um 30 mínútum eftir inntöku. Aðgengi eftir gjöf undir húð er nánast 100%, en að meðaltali 14% eftir inntöku. Blóðþéttni nær hámarki innan 25 mín. eftir gjöf undir húð, en oftast innan 45 mín. eftir inntöku. Dreifingarrúmmál er 2,7 l/kg. Binding við plasmaprótein er 20-30%. Lyfið umbrotnar að miklu leyti (80%) í óvirk umbrotsefni í lifur og skilst út í nýrum. **Ábendingar:** Erfið mígreniköst, þar sem ekki hefur náðst viðunandi árangur með öðrum lyfjum. Cluster (Hortons) höfuðverkur. Lyfið á einungis að nota, þegar greiningin mígreni eða Cluster-höfuðverkur er vel staðfest. **Frábendingar:** Kransæðasjúkdómur, alvarlegur háþrýstingur, blóðrásartruflanir í útlimum, nýrnabilun, lifrarbilun. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Ekki má nota samtímis lyf, sem innihalda ergótamín. Imigran má ekki gefa fyrr en 24 klst. eftir gjöf ergótamíns og ergótamín má ekki gefa fyrr en 6 klst. eftir gjöf Imigran. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað hvort lyfið geti skaðað fóstur en dýratilraunir benda ekki til þess. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í móðurmjólk. **Aukaverkanir:** Allt að 50% sjúklinganna fá einhverjar aukaverkanir. Ýmis þessara óþæginda hverfa eftir 30-60 mín. og gætu sum þeirra verið hluti af mígrenikastinu. Algengar (>1%): Óþægindi á stungustað. Þreyta, sljóleiki. Tímabundin blóðþrýstingshækkun og húðroði. Ógleði og uppköst. Máttleysi og spenna í vöðvum. Náladofi og hitatilfinning. Svimi. Þrýstingstilfinning með mismunandi staðsetningu, oftast fyrir brjósti. Sjaldgæfar (0,1% - 1%): Hækkun lifrarenzýma í blóði. **Milliverkanir:** Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda ergótamín. Engar sérstakar milliverkanir hafa fundist við própranólól, díhýdróergótamín, pízótífen eða alkóhól.
Varúð: Vara ber sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja samtímis notkun lyfsins. Við notkun lyfsins geta komið fram tímabundin einkenni eins og brjóstverkur og þrýstingstilfinning, sem getur orðið töluverð og getur leitt upp í háls. Þó þessi einkenni líkist hjartaöng, heyrir til undantekninga að þau séu af völdum samdráttar í kransæðum. Herpingur í kransæðum getur leitt til hjartsláttartruflanna, blóðþurrðar og hjartavöðvadreps. Sjúklinga, sem verða fyrir slæmum eða langvarandi einkennum, sem líkjast hjartaöng, ber að rannsaka með tilliti til blóðþurrðar. **Athugið:** Stungulyfið má ekki gefa í æð vegna herpings í kransæðum og mikillar blóðþrýstingshækkunar, sem getur átt sér stað. Vegna takmarkaðrar klíniskrar neyslu er ekki mælt með notkun lyfsins handa sjúklingum eldri en 65 ára. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið á að gefa við fyrstu merki um mígrenikast en getur verkað vel þó það sé gefið síðar. Imigran er ekki ætlað til varnandi meðferðar. Töflur: Venjulegur upphafsskammtur er ein 50 mg tafla.Sumir sjúklingar geta þó þurft 100 mg. Ef einkennin eru viðvarandi eða koma fram á nýjan leik má gefa fleiri skammta þó ekki meira en 300 mg á sólarhring. Töflurnar á að gleypa heilar með vatni. *Stungulyf:* Venjulegur upphafsskammtur er 6 mg (ein sprauta) undir húð. Ef ekki fæst fullnægjandi árangur má gefa aðra sprautu (6 mg) innan 24 klst., en minnst ein klst. verður að líða á milli lyfjagjafa. Takmörkuð reynsla er af gjöf fleiri en fjögurra skammta (24 mg) á mánuði. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Pakkningar og verð:** Stungulyf: einnota dæla 0,5 ml (= 6 mg virkt efni) x 2; - 7.695 kr.; einnota dæla 0,5 mg (= 6 mg virkt efni) x 2 + lyfjapenni (Glaxopen) - 7.695 kr. Töflur 50 mg: 12 stk. (þynnupakkað) - 10.977 kr. Töflur 100 mg: 6 stk. (þynnupakkað) - 9.327kr. Skráning lyfsins í formi stungulyfs er bundin því skilyrði, að notkunarleiðbeiningar á íslenzku um meðfylgjandi lyfjapenna (Glaxopen) fylgi hverri pakkningu þess. Skráning lyfsins er bundin því skilyrði að ávísanir takmarkist við mest eina pakkningastærð hvors lyfjaforms. Sérlyfjaskrá 1997.

1) Pfaffenrath V. Veggspjald; 2nd. Congress of EFNS; Róm; 30. okt. - 2. nóv.; 1996

GOTT FÓLK McCANN-ERICKSON · SÍA

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

362 **Af sjónarhóli stjórnar: Brýnt að læknar fylgist með sameiningarferli sjúkrahúsanna**
Jón Snædal

363 **Veiklað „Infirmarium“**
Reynir Tómas Geirsson

364 **Norrænir læknanemar funda í Reykjavík**
Þröstur Haraldsson

365 **Frumvarp um lífsýnasöfn endurflutt**
Þröstur Haraldsson

368 **Lífsýna-, persónuverndar- og gagnagrunnslög**
Pétur Hauksson

370 **Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð: Atvinnuleg endurhæfing**
Hjördís Jónsdóttir

371 **Þjónustusamningur TR við endurhæfingarteymi**
Gunnar Kr. Guðmundsson

Klínískar leiðbeiningar hjá landlækni

373 **Biðlistar í febrúar árið 2000**
Úr fréttatilkynningu frá landlæknisembættinu

376 **Læknafélagið þyrfti að eiga frumkvæði að öryggisneti fyrir lækna í vanda**
Rætt við Svein Rúnar Hauksson
Þröstur Haraldsson

378 **Noregur vinsælastur**

Staða læknisins hefur breyst

379 **Umferðarslys eru stórt heilbrigðisvandamál**
Rætt við yfirlæknana Brynjólf Mogensen og Stefán Yngvason um aukið álag á heilbrigðiskerfið vegna fjölgunar umferðarslysa
Þröstur Haraldsson

382 **Formannaráðstefna LÍ**

383 **Hlutverk landlæknisembættisins**
Árni Björnsson

384 **Orlofsnefnd læknafélaganna festir kaup á nýju húsi**

385 **Broshornið: Sögur af læknastofunni**
Bjarni Jónasson

386 **Íðorðasafn lækna 122: Ascending**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

387 **Gömul læknisráð: Pissirýjur og barnamold**
Hallgerður Gísladóttir

390 **Lyfjamál 85**
Frá Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu og landlækni

391 **Ráðstefnur og fundir**

392 **Styrkir**

392 **Lausar stöður**

396 **Okkar á milli**

398 **Minnisblaðið**

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Magnús Tómasson

Ljósmynd: Kristján Pétur Guðnason

Magnús Tómasson (f. 1943) er þekktastur fyrir höggmyndir sínar í ýmiss konar efni. Margir muna eftir risastórri flugu gerðri úr trefjaplasti og stáli sem Magnús setti upp á Skólavörðuholti í tengslum við Listahátíð 1970. Um svipað leyti fór hann að búa til það sem hann kallaði sýniljóð, en það voru samsetningar á ýmiss konar hlutum sem hann festi í kassa undir gler. Samsetningarnar voru ljóðrænar og gengu út frá sterku þema og í raun má segja að sýniljóðin hafi verið eins konar þrívíð málverk. Seinna fór Magnús að vinna í stein, gjarnan stóra hnullunga sem hann hjó ekki til heldur græddi á viðbætur, eins og í verkinu Fljúgandi steinn frá árinu 1985 þar sem fínlegir bronsvængir hafa verið festir á basaltbjarg. Þetta samspil steina og málma hefur síðan verið algengt þema í verkum Magnúsar og er kunnuglegasta dæmið án efa Þotuhreiðrið sem stendur við Leifsstöð.

Það hefur sjaldan verið mikið um beina þjóðfélagsádeilu í verkum Magnúsar þótt skoðanir hans leyni sér oft ekki. Frekar beitir hann fyrir sig gríni eða háði enda er húmorinn eitt helsta einkenni verka hans. Verkið **Minnismerki óþekkta embættismannsins** er eitt skýrasta dæmið um það hvernig stráksleg kímni Magnúsar getur orðið að alvarlegri og beittri gagnrýni. Verkið stendur við göngustíg milli Lækjargötu og Pósthússtrætis í miðbæ Reykjavíkur „háborg stjórnsýslu og viðskipta í landinu“ og sýnir hinn dæmigerða skrifstofumann í jakkafötum og með skjalatöskuna í hendinni. Allt er með felldu þar til komið er upp undir axlir. Þá má sjá að höfuð mannsins er steypt innan í stóran ferkantaðan kubb. Hann sér ekkert og allt hugsanarými hans er bundið í ferninga. Útfærslan er einföld en fínleg og að verkinu geta allir brosað en finna þó fyrir broddinum.

Jón Proppé



Flixonase -nú er rétti tíminn

Fluticasone propionate 50µg/sk



Flixonase er áhrifaríkt og hraðvirkt nefúðasteralyf gegn ofnæmisbólgum í nefi. Flixonase er eina nefúðasteralyfið fyrir börn allt niður í 4 ára aldur og getur því átt sinn þátt í því að gera sumarið ánægjulegra og eftirminnilegra fyrir okkur öll.

Flixonase – líklega mest rannsakaða lyf sögunnar gegn bólgum í nefi [1].

GlaxoWellcome

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930
www.glaxowellcome.is

Flixonase, Glaxo Wellcome
NEFÚÐALYF; RE 1g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 0,5mg, Benzalkonii chloridum 0,2mg, Phenethanolum 2,5mg, hjálparefni og Aqua purificata q.s. ad1g. Hver úðaskammtur inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 50 míkróg. **Eiginleikar:** Lyfið er vatnslausn af flútíkasóni til staðbundinnar meðferðar á ofnæmisbólgum í nefslímhúð. Lyfið er barksteri með kröftuga bólgueyðandi verkun en hefur litlar almennar aukaverkanir, þar sem lyfið umbrotnar hratt í lifur í óvirkt umbrotsefni. Staðbundinn verkunartími er allt að 24 klst. **Ábendingar:** Til meðferðar á og til að fyrirbyggja ofnæmisbólgur í nefslímhúð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varúð:** Ekki er mælt með notkun lyfsins á meðgöngutíma. **Aukaverkanir:** þurrkur og erting í nefi og hálsi. Óþægilegt bragð og lykt. Blóðnasir hafa komið fyrir. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** 2 úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Í stöku tilvikum þarf að gefa lyfið tvisvar sinnum á dag. **Skammtastærðir handa börnum:** *Börn ára og eldri:* Sömu skammtar og handa fullorðnum, sbr. hér að framan. *Börn 4-11 ára:* Ein úðun í hvora nös einu sinni á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 4 ára. **Pakkningar og verð:** 16 ml (120 úðaskammtar) Verð: 2888 krónur. 13. 03. 00
Hverri pakkningu lyfsins skal fylgja leiðarvísir á íslenzku með leiðbeiningum um notkun þess.

Heimildir:
1. Risk-Benefit Assessment of Fluticasone Propionate in the Treatment of Asthma and Allergic Rhinitis. Stroms WW. Journal of Asthma 1998;35(4);313-336.

Krabbameinsrannsóknir á Íslandi og klínísk erfðamengisfræði



Reynir Arngrímsson

Í ÞESSU HEFTI LÆKNABLAÐSINS birtast ágrip rannsókna sem kynnt voru á ráðstefnu Samtaka um krabbameinsrannsóknir á Íslandi, sem haldin var á læknadögum 21. og 22. janúar síðastliðinn. Það er gleðiefni að sjá hversu víðtækar krabbameinsrannsóknir á Íslandi eru og á hve sterkum grunni þær standa. Þegar litið er yfir farinn veg og til framlags Íslendinga í grunnrannsóknum á sviði líf- og læknisfræði á undförnum tveimur áratugum kemur fljótt í ljós að rannsóknir á krabbameini hafa staðið framarlega. Ráðstefnan í janúar síðastliðnum bar þess vott að mikill metnaður er ríkjandi varðandi krabbameinsrannsóknir og fleiri eru farnir að hasla sér völl á þessum vettvangi en áður var.

Rannsóknir á sameindalíffræði krabbameins hefur rutt brautina fyrir rannsóknir á öðrum sjúkdómum. Nýverið hefur verið að þróast nýtt svið, klínísk erfðamengisfræði (clinical genomics), sem svo er gjarnan nefnt manna á meðal í vísindaheiminum og læknisfræði. Hugtak þetta er enn illa skilgreint en gott dæmi um slíkar rannsóknir eða nýtingu erfðamengisrannsókna í læknisfræði birtist nýlega í vikuritinu *Nature* (1). Þar er greint frá athyglisverðum rannsóknum á tjáningu gena í eitilfrumuæxlum (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) og hvernig ný nálgun og flokkun sjúkdómsins, sem sýnt var fram á með því að nota örsýnaraðir við tjáningarathuganir, gat skýrt mismunandi svörun sjúklinga við meðferð og lifun. En eitilfrumusjúkdómurinn DLBCL er algengasti undirflokkur non-Hodgkins eitilfrumuæxla en svarar misvel meðferð. Um 40% sjúklinga svara vel en hjá hinum hópnum er dánartíðni há og lifun mun skemmri.

Með því að útbúa örsmáar raðir af genabútum eða genahlutum, svokallaðar örraðir (microarrays) frá nokkur þúsund genum, er mögulegt að skoða hvort einhver þessara gena eru yfirtjáð eða illa tjáð í viðkomandi vef. Í þessu tilfelli eitilvef. Þetta er gert með því að sprauta þúsundum genabúta á glerplötu og blanda saman erfðaefni frá æxli og heilbrigðum viðmiðunarvef og kanna hvort ákveðin gen eða genaafurðir, svo sem RNA finnst í auknum eða minnkuðum mæli í æxlisvefnum samanborið við þann heilbrigða.

Best er að lýsa þessum örsýnaröðum með samlíkingu við lítið skákborð, 1 cm^2 að flatarmáli. Í stað 64 reita skákborðsins eru þúsund örsmáir reitir sem innihalda DNA búta frá þekktum genum eða óþekktum erfðaefnisbútum. Hægt er að nota slíkar örraðir til að skoða hvort mismunandi tjáning er á genum í tveimur mismunandi vefjategundum, til dæmis sjúkum og heilbrigðum. Þegar gen er virkt í vef eða frumu býr það til afurðir (RNA) sem hægt er að lita með flúrljómandi litum. Til dæmis má nota rauðan lit á genaafurðir frá frumutegund A og grænan lit á frumutegund B. Þessar genaafurðir geta við réttar aðstæður bundist við samsvarandi eða móðurgenabúta sem komið er fyrir á glerplötunni, það er örröðunum. Með því að baða örraðirnar í blöndu af rauðum og grænum genaafurðum bindast afurðirnar við samsvarandi gen á örröðunum. Síðan ræður hlutfall grænu og rauðu afurðanna í blöndunni hvaða litur sést á örröðinni þegar kemur að úrlestri og túlkun niðurstaðna. Ef meira er af genaafurðinni eða ef hún finnst eingöngu í annarri frumutegundinni en ekki í hinni, verður annar liturinn yfirgnæfandi í blöndunni og þar af leiðandi á örsýnaplötunni. Ef hlutfallið er nokkuð jafnt í báðum frumutegundum er liturinn hlutlaus eða blár. Þannig má meta hvort ákveðin gen eru tjáð í frumum sem verið er að rannsaka og hvort tjáning þeirra er óeðlileg eða hvort slökkt hefur verið á mikilvægum genum. Slíkar upplýsingar geta gefið vísbendingu um þau efnaskiptaferli sem farið hafa úrskeiðis hjá sjúkri frumu og auðveldað

Höfundur er sérfræðingur í læknisfræðilegri erfðafræði.

Framhald á bls. 334

Frágangur fræðilegra greina

Höfundar sendi tvær gerðir handrita til ritstjórnar Læknablaðsins, Hlíðasmára 8, 200 Kópavogi. Annað án nafna höfunda, stofnana og án þakka sé um þær að ræða. Greininni fylgi yfirlýsing þess efnis að allir höfundar séu lokaformi greinar samþykkir og þeir afsali sér birtingarrétti til blaðsins.

Handriti skal skilað með tvöföldu línubili á A-4 blöðum. Hver hluti skal byrja á nýrri blaðsíðu í eftirtalinni röð:

- Titilsíða, höfundar, stofnanir, lykilorð
- Ágrip og heiti greinar á ensku
- Ágrip á íslensku
- Meginmál
- Þakkir
- Heimildir

Töflur og myndir skulu vera á ensku eða íslensku, að vali höfunda.

Tölvuunnar myndir og gröf komi á disklingi ásamt útprenti. Tölvugögn (data) að baki gröfum fylgi með.

Sérstaklega þarf að semja um birtingu **litmynda**.

Eftir lokafrágang berist allar greinar á tölvutæku formi með útprenti. Taka skal fram vinnsluumhverfi.

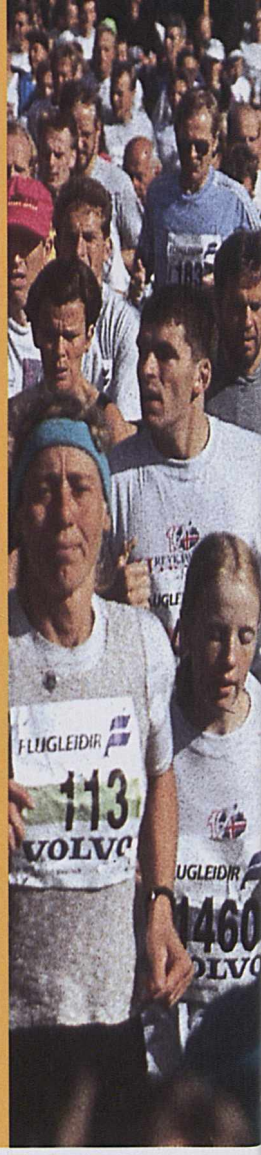
Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: http://www.icemed.is/laeknabladid

Umræðuhluti

Skilafrestur efnis í umræðuhluta er 20. hvers mánaðar nema annað sé tekið fram.



Sigurvegarar hversdagsins



Reykjavíkurmaraþon 1997

FONTEX®
FLUOXETIN

Yfir 30 milljónir manna um heim allan hafa treyst á Fontex gegn þunglyndi. Góður vitnisburður lækna er ekki tilviljun. Þeir vita að forysta okkar á markaðnum er verðskulduð.

Ábendingar: Þunglyndi, ICD 10: Til meðferðar á vægum - erfiðum geðdeyfðarköstum, með eða án kvíða. Lotugræðgi. Áhrif af meðferð við lotugræðgi í meira en 8-12 vikur er óviss. Þráhyggjusýki. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fyrir fullorðna: Við þunglyndi, með eða án kvíða: 20 mg einu sinni á dag. Við lotugræðgi: 60 mg á dag. Við þráhyggjusýki: 20 mg á dag, ef ekki næst viðunandi árangur, má auka skammtinn eftir 3-4 vikur. Allar ábendingar: Skammta má hækka eða lækka. Skammtar yfir 80 mg/dag hafa ekki verið rannsakaðir. Aldraðir: Rannsóknir benda ekki til þess að nauðsyn sé á skammtabreytingum hjá öldruðum. Fyrir börn: Upplýsingar um reynslu og áhrif skortir. Flúoxetín má taka án tillits til máltíða. Ekki er nauðsynlegt að minnka skammta smám saman þegar meðferð er hætt, þar sem flúoxetín og virka umbrotsefnið norflúoxetín hafa langan helmingunartíma. Við alvarlega skerta lifrarstarfsemi og/eða ef lyfið er gefið samtímis öðrum lyfjum: Til greina kemur að gefa þessum sjúklingum lægri eða færri skammta. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir flúoxetíni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. Sérstakrar varúðar ber að gæta við flogaveiki, alvarlega nýrnabilun, lifrarsjúkdóma, nýlegt hjartadrep og hjá öldruðum. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Forðast skal samtímis meðferð með MAO-hemli, vegna hættu á serótóninheilkenni. Ef sjúklingur hefur áður verið í meðferð með óafturkræfum MAO-hemli þurfa a.m.k. 2 vikur að líða, áður en meðferð með flúoxetíni hefst. Flytja má sjúklinga, sem eru í meðferð með afturkræfum MAO-hemlum með stuttan helmingunartíma (t.d. móklóbemíði) yfir á flúoxetín eftir einn sólarhring. Hins vegar þurfa um 5 vikur að líða, áður en sjúklingar, sem eru í meðferð með flúoxetíni, eru settir á MAO-hemil. Við meðferð á þunglyndistímabilum sjúklinga með geðklofa geta geðveikieinkenni versnað. Hjá sjúklingum með manio depressive sjúkdóm, getur sjúkdómurinn sveiflast yfir í maníu. Gæta ber varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Útbrot, bráðaofnæmi og stigvaxandi bráðaofnæmi, stundum alvarlegu, með einkennum í húð, nýrum, lifur eða lungum hefur verði lýst hjá sjúklingum sem fengu flúoxetín. Hætta skal meðferð ef fram koma útbrot eða önnur ofnæmisviðbrögð sem ekki eiga sér aðra orsök. Eins og með önnur þunglyndislyf, er mælt með því að flúoxetín sé notað með varúð ef sjúklingur hefur sögu um krampa. Lýst hefur verið tilfellum um lækkun natríums. Í flestum tilfellum hefur verið um að ræða aldraða sjúklinga, sem fengu jafnframt meðferð með þvagræsilyfjum, eða með vökvatap af öðrum orsökum. Blóðsykurslækkun hefur komið fram hjá sykursjúkum í flúoxetín meðferð, en blóðsykurshækkun eftir að meðferð er hætt. Meðferð með flúoxetíni getur leitt til tannskemmda vegna munnþurrks. **Milliverkanir:** Gæta skal varúðar þegar lyf sem umbrotin eru með cýtókróm P450IID6 og hafa tiltölulega þröngan lækningalegan stuðul eru notuð samtímis flúoxetíni, eða ef flúoxetín hefur verið notað á síðustu 5 vikum. Plasmaþéttni fenýtóíns, halóperidóls, karbamazepíns, klózapíns, díazepams, alprazólams, litíums, imipramíns og desipramíns getur breyst, og í einstaka tilfellum geta klínísk eitrunareinkenni komið fram. Samtímis notkun flúoxetíns og litíums getur orsakað skjálfta og skort á samhæfingu (serótóninheilkenni). Einkennin hverfa þegar meðferð er hætt. Gæta skal varúðar við skömmtun þessara lyfja og fylgjast með klínísku ástandi. Flúoxetín er mikið próteinbundið og því getur samtímis notkun lyfja sem eru mikið próteinbundin, haft áhrif á blóðþéttni þeirra beggja. Við samtímis notkun flúoxetíns og warfaríns hefur í einstaka tilfellum komið fram breyting í segavarnandi áhrifum. Fylgjast skal með sjúklingum í warfarín meðferð í upphafi eða við lok flúoxetín meðferðar. Samtímis notkun flúoxetíns og raflostsmeðferðar (ECT) hefur í einstaka tilfellum lengt krampakóst. Ef gefa á lyf sem hafa milliverkanir við flúoxetín eða virka umbrotsefnið norflúoxetín eftir að meðferð lýkur, er mikilvægt að hafa í huga langan helmingunartíma þeirra. Nauðsynlegt getur verið að breyta skömmtum sykursýkilyfja, ef sjúklingur er samtímis í meðferð með insúlíni og/eða sykursýkilyfjum til inntöku. Ekki ætti að nota tryptófan með lyfinu. **Aukaverkanir:** Eftirfarandi aukaverkanir tengjast verkunarhætti sérhæfðra serótónínupptökuhemla (SSRI): Almennar: Ósjálfráð einkenni þ.m.t. munnþurrkur, aukin svitamyndun, æðavíkkun og kuldahrollur. Ofnæmiseinkenni (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Serótóníneilkenni, sem lýsir sér með breytingum á geði og vöðvavirkni ásamt truflunum á starfsemi ósjálfráða taugakerfisins. Ljósnæmi. Meltingarfæri: Niðurgangur, ógleði, uppköst, meltingartruflanir, kyngingartregða, bragðskynstruflanir og mjög sjaldan lifrarbólga. Innkirtlar: Ónóg seytun ADH. Blóðrás og sogæðakerfi: Bjúgur (ecchymosis). Miðtaugakerfi: Óeðlilegar hreyfingar/sjálfti. Lystarleysi. Kvíði og skyld einkenni. Svimi. Þreyta. Erfiðleikar við einbeitingu og hugsanatruflanir. Mania. Svefntruflanir. Öndunarfæri: Geispar. Húð: Hárlos. Skynfæri: Sjóntruflanir. Þvag- og kynfæri: Þvagteppa. Langvinn stinning. Truflanir á kynlífi, þ.m.t. minnkuð kynhvöt, seinkað eða ekkert sáðlát, ná ekki fullnægingu og getuleysi. Einkenni eins og svimi, náladofi, höfuðverkur, kvíði og ógleði hafa komið fram þegar meðferð með geðdeyfðarlyfjum er hætt. Hættan á þessum einkennum er minni hjá flúoxetíni en öðrum geðdeyfðarlyfjum þar sem bæði flúoxetín og virka umbrotsefnið hafa tiltölulega langan helmingunartíma. **Pakkningar og verð 1. febrúar 2000:** Hylki 20 mg: 100 stk. — 11.899 kr. Lausnartöflur til inntöku 20 mg: 30 stk. — 5.309 kr.; 100 stk. — 14.847 kr. Mixtúra 4 mg/ml: 70 ml — 3.954 kr. **Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti. Lyfið er lyfseðilsskylt og greiðslufyrirkomulag er B. Markaðsleyfishafi er Eli Lilly Danmark A/S.**

Lilly
A. Karlsson hf. • Brautarholt 28 • 105 Reykjavík
Sími 5 600 900 • Fax 5 600 901 • www.lilly.com

200001 / XYZETA / SIA

Hversu hættulegar eru óbeinar reykingar?

Vilhjálmur Rafnsson

UMRÆÐUR UM HEILSUFARSHÆTTUR af völdum óbeinna reykinga eða með öðrum orðum vegna umhverfismengunar tóbaksreyks halda áfram. Í nýbirtum leiðara í *Lancet* er hvatt til þess að Alþjóðlega krabbameinsrannsóknarstofnunin (International Agency for Research on Cancer, IARC) láti taka saman yfirlit og meti krabbameinshættur af umhverfismengun tóbaksreyks (1). Ekki koma fram efasemdir í leiðaranum um að umhverfismengun tóbaksreyks sé hættuleg heilsu manna. Í sama tölublaði Lancets skýra andstæðingar tóbaksreykinga frá því hvernig tóbaksiðnaðurinn gerði átak, og sparaði hvergi til, í því augnarmiði að gera ályktanir í rannsóknarskýrslu IARC um hættur óbeinna reykinga ótrúverðugar (2). Fjölþjóðleg rannsókn sem IARC skipulagði og birt var fyrir tveimur árum sýndi að makar reykingamanna voru í meiri hættu að fá lungnakrabbamein heldur en þeir sem áttu reyklausan maka og lungnakrabbameinshættan var líka aukin meðal þeirra sem urðu fyrir tóbaksreyk á vinnustað (3). Þessi evrópska rannsókn var hins vegar of fámenn til að geta sýnt fram á tölfræðilega marktækan mun en niðurstöðurnar komu engu að síður heim við það sem áður hefur birst um hættur vegna umhverfismengunar af völdum tóbaksreyks. Andstæðingar tóbaksreykinga halda því fram að vísindamenn og stjórnvöld verði að gera sér grein fyrir að við lifum í heimi, sem er undir sterkum áhrifum tóbaksiðnaðarins. Tóbaksiðnaðurinn beitir sér af afli til að trufla það að teknar séu rökréttar ákvarðanir í forvarnarmálum (2). Menn eru hvattir til að kynna sér nánar skrifin í Lancet.

En af hverju skyldi umræðan verða svona heit þegar fjallað er um heilsufarshættur af völdum tóbaksmengunar í umhverfinu? Neikvæð heilsufarsáhrif vegna tóbaksmengunar í umhverfinu eru talin staðreynd í kennslubókum í heilbrigðisfræði. Sumar þeirra voru gefnar út sama árið og umrædd rannsókn IARC birtist (4). Niðurstöðurnar úr rannsókn IARC þurftu ekki að koma til, til þess að sannfæra menn um að óbeinar reykingar leiddu til lungakrabbameins. Sjúkdómar sem stafa af óbeinum reykingum eru margskonar. Hér má telja öndunarfærasjúkdóma barna, einkum smábarna. Átt er við alvarlega sjúkdóma svo sem lungnakvef og lungnabólgu ásamt miðeyrabólgu, ertingu í efri hluta öndunarfæra auk þess sem tóbakreykur vekur astmaköst og leiðir til nýrra astmatilfella hjá börnum. Margar rannsóknir hafa fundið samband milli tóbaksmengunar í umhverfinu og skyndidauða ungbarna (sudden infant death syndrome). Heilbrigðisyfirvöld í Kaliforníu telja þetta samband orsakasamband. Í Bandaríkjunum hafa alríkisstofnanir ályktað um tengsl óbeinna reykinga og heilsufars. Þær telja að stóran hluti af dauðsföllum vegna lungnakrabbameins meðal þeirra, sem ekki reykja, megi rekja til tóbaksreyksmengunar sem menn hafi orðið fyrir gegn vilja sínum. Það sama á við um hjarta- og æðasjúkdóma. Andstæða bandarískra heilbrigðisyfirvalda gegn reykingum og hömlur við reykmengun í Bandaríkjunum hafa verið á undan viðbrögðum Evrópumanna á þessum vettvangi, sem ef til vill skýrir harkaleg viðbrögð tóbaksiðnaðarins gegn umræddri rannsókn IARC.

Sú þekkingu sem til er í dag staðfestir að óbeinar reykingar eru heilsuspillandi. Þrátt fyrir þetta hafa annað slagið komið fram fullyrðingar um hið gagnstæða. Þannig er umræðunni haldið áfram og virðist ekki sjá fyrir endann á deilunni. Það er talin snilld í þrætubókarlistinni að afvegaleiða umræðuna þannig að ekki sé lengur deilt um grundvallaratriðin heldur tínd til alls kyns aukaatriði til að drepa málinu á dreif. Erum við ekki einmitt að sjá dæmi um þetta?

Þekking okkar á skaðsemi reykinga byggir á faraldsfræðilegum rannsóknum sem nú eru komnar til ára sinna. Þær gengu til dæmis út á að bera afdrif reykingamanna saman við afdrif þeirra sem ekki reyktu (5,6). Dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma og vegna lungnakrabbameins var miklu hærri meðal reykingamannanna. Í þessum rannsóknum var ekki tekið tillit til þess að meðal þeirra sem ekki reyktu voru einhverjir sem urðu fyrir mengun vegna tóbaksreyks frá öðrum, sem minnkar muninn þegar reykingamenn eru bornir saman við hina. Tóbaksreykingar eru því í raun hættulegri heilsunni en þessar gömlu rannsóknir gátu sýnt fram á vegna þess að ekki var tekið tillit til áhrifa óbeinna reykinga. Skaðvænleg áhrif óbeinna reykinga voru ekki þekkt á þeim tíma. Getur verið að tóbaksiðnaðurinn sé að reyna að leiða athygli okkar frá þessum óþægilegu staðreyndum með háværri og ósanngjarnri gagnrýni á rannsóknir á óbeinum reykingum?

Höfundur er prófessor í heilbrigðisfræði við Háskóla Íslands.

Heimildir

1. Anonymous. Resisting smoke and spin [editorial]. Lancet 2000; 355: 1197-8.
2. Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. Lancet 2000; 355: 1253-9.

3. Bofetta P, Agudo A, Ahrens W, Benhamou E, Benhamou S, Darby SC, et al. Multicenter case-control study on exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe. J Natl Cancer Inst 1998; 90: 1440-50.
4. Fielding JE, Husten CG, Eriksen MP. Tobacco: Health effects and control. In: Wallace RB, ed. Public Health and Preventive Medicine. Stamford, Connecticut : Appleton and Lange; 1998.
5. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years' observation on male British doctors. BMJ 1976; 2 :1525-36.
6. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking 40 years' observation on male British doctors. BMJ 1994; 309: 901-22.

Krabbameinsrannsóknir á Íslandi og klínísk erfðamengisfræði

Framhald af bls. 331.

skilning á meingerð og meinferli sjúkdómsins.

Með þessum rannsóknaraðferðum er hægt að flokka sjúkdóma á nýjan hátt og búast má við að í framtíðinni muni slíkar aðferðir, sem skima fyrir arfbreytileika í mörg þúsund genum samstundis hafa áhrif á val meðferðar. Þannig má fá betri yfirsýn yfir hvers vegna sjúklingar svara ekki hefðbundinni meðferð og hvers vegna dánartíðni getur verið mismunandi. Þannig opnast nýir möguleikar á að skilja grundvallarbreytingar sem leiða til sjúkdómsástands, sem aftur leiðir til þróunar meðferðarúrræða sem byggður er á slíkri þekkingu. Fastlega má búast við að í framtíðinni muni meðferð sjúklings taka mið af erfðfræðilegum breytingum sem skilgreina áður óþekkta undirflokka sjúkdóma eins og ofangreint dæmi sýnir. Vonandi bera íslenskir vísindamenn á krabbameinssviði gæfu til að leggja sitt af mörkum í þessum efnum með skynsamlegri samvinnu og samnýtingu rannsóknartækifæra.

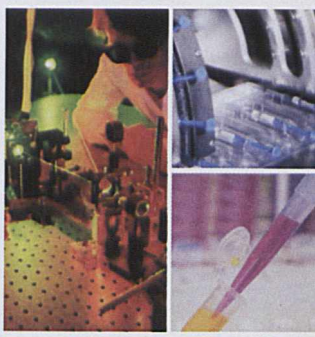
Heimild

1. Alizadeh AA, Eisen MB, Davis RE, Ma C, Lossos IS, Rosenwald A, et al. Distinct types of diffuse large B-cell lymphoma identified by gene expression profiling. Nature 2000; 403, 503-11.

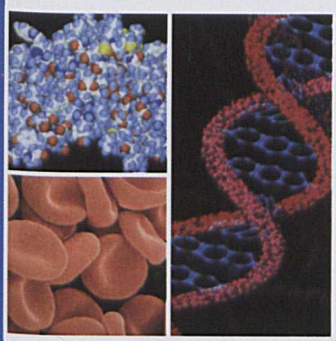
Aventis

AVENTIS ER EITT AF ALLRA STÆRSTU LYFJAFYRIRTÆKJUM HEIMS

Nafnið Aventis kallar fram hugmyndir um nýjungar, þróun, vísindi og stöðugar framfarir. Aventis er auðvelt í framburði hvar sem er í heiminum.



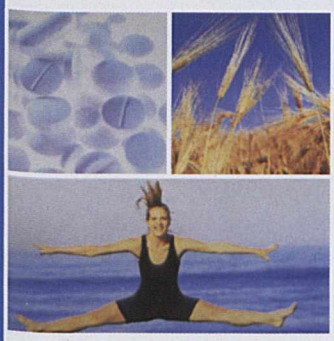
Fyrsta táknið stendur fyrir nákvæmni og vísar til tækni og ögunar vísindanna. Ljósblái liturinn táknar sérstöðu og nýsköpun.



Miðjutáknið, röð depla á hreyfingu, táknar byggingu sameinda og lyf. Blái liturinn táknar styrk og stöðugleika.



Þriðja táknið - pensilstroka - táknar sköpunargleði mannsins sem er uppspretta vísindanna. Lífræn lögun þess minnir á vöxt og viðhald. Græni liturinn gefur til kynna þann þrótt sem uppgötvanir hafa í för með sér.



Hringurinn sameinar og fullkomnar merkið. Saman mynda táknin heild sem stendur fyrir samtvinnun lífs og vísinda.

Aventis var stofnað í desember 1999 með sameiningu fyrirtækjanna **Hoechst Marion Roussel og Rhône-Poulenc Rorer.**

Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco hf.
Hörgatúni 2 • 210 Garðabæ • Sími 535 7000 • Fax 565 6485

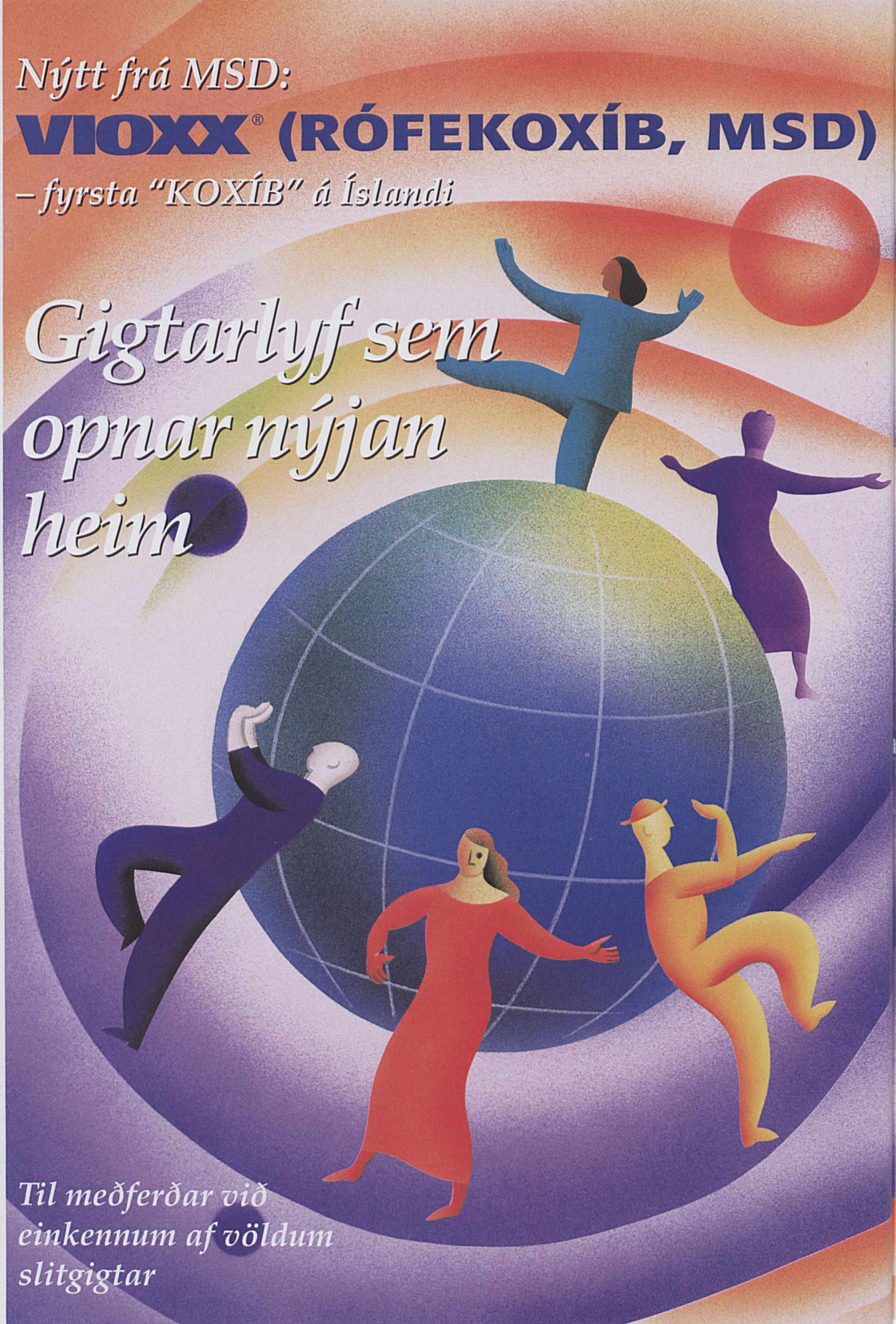
VIOXX
MSD 990068 TÖFLUR M O1 A H
Virkt efni: Rófekoxíb 12,5 mg eða 25 mg.
Ábendingar: Meðferð við einkennum af völdum slitgigtar. **Skammtar:** Ráðlagður upphafsskammtur er 12,5 mg til inntöku einu sinni á dag. Hjá sumum sjúklingum næst aukinn árangur með því að gefa 25 mg einu sinni á dag. Hámarksskammtur á dag er 25 mg. *Aldraðir:* Gæta skal varúðar þegar dagskammturinn er aukinn úr 12,5 mg í 25 mg hjá öldruðum. *Skert nýrnastarfsemi:* Skammta þarf ekki að aðlaga hjá sjúklingum með kreatínín klerans 30-80 ml/mín. *Skert lifrarstarfsemi:* Sjúklingum með væga skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 5-6) skal ekki gefa meira en minnsta ráðlagðan skammt, 12,5 mg einu sinni á dag. *Notkun hjá börnum:* Vioxx er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Rófekoxíb er ekki ætlað: Sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Sjúklingum með virkan sársjúkdóm í meltingarvegi eða blæðingu í meltingarvegi. Sjúklingum með væga eða verulega skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi (7).Sjúklingum með áætlaðan kreatínín klerans <30 ml/mín. Sjúklingum sem hafa haft einkenni astma, bólgu í nefslímhúð, sepa í nefslímhúð, ofsabjúg eða ofsakláða eftir inntöku acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja. Til notkunar á síðasta þriðjungi meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur. Sjúklingum með bólgusjúkdóm í þörmun. Sjúklingum með langt gengna hjartabilun.
Varnaðarorð og varúðarreglur: Rófecoxíb getur dregið úr myndun prostaglandína og þar sem prostaglandín í nýrum getur gegnt mikilvægu hlutverki í að viðhalda blóðflæði um nýru (þegar það er af einhverjum ástæðum minnkað) og því getur rófecoxíb minnkað blóðflæði um nýru og þannig valdið skerðingu á nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með minnkað blóðflæði um nýru (svo sem sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi, hjartabilun eða skorpulifur). Hafa skal almennt eftirlit og eftirlit með nýrnastarfsemi slíkra sjúklinga. Gæta skal varúðar þegar meðferð er hafin hjá sjúklingum með verulegan vökvaskort og ráðlegt er að bæta vökvaskortinn upp áður en rófekoxíbmeðferð er hafin. Vökvasöfnun og bjúgur hafa átt sér stað hjá sjúklingum á rófekoxíb meðferð og því skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem hafa fengið hjartabilun, truflanir á starfsemi vinstri slegils eða háan blóðþrýsting og einnig hjá sjúklingum sem hafa bjúg fyrir, af einhverjum öðrum orsökum. Í klínískum rannsóknum fengu sumir slitgigtarsjúklinganna sem voru á rófekoxíbi meðferð rof, sár eða blæðingar í meltingarveg. Sjúklingar sem áður höfðu fengið rof, sár eða blæðingar og sjúklingar sem voru eldri en 65 ára virtust vera í meiri hættu á að fá fyrrnefndar aukaverkanir. Þegar skammturinn fer yfir 25 mg á dag, eykst hættan á einkennum frá meltingarvegi, sem og hættan á bjúgi og háum blóðþrýstingi. Hækkanir á ALAT og/eða ASAT hafa verið skráðar hjá u.þ.b. 1% sjúklinga í klínískum rannsóknum á rófekoxíbi. Rófekoxíb getur dulið hækkaðan líkamshita. Notkun rófekoxíbs er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar. Magn laktósu í hverri töflu er líklega ekki nægilegt til þess að framkalla einkenni laktósuóþols.
Milliverkanir: *Eftirlit skal hafa þegar eftirtalin lyf eru gefin samhliða rofecoxíb: Warfarin, ACE hemlar, metótrexat, teófyllín, amitryptilín, tacrín, zileúton, lyf sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4, cýklósporíns og takrólímus* Forðast skal samhliða gjöf stærri skammta af acetýlsalicýlsýru (stærri en 81 mg) eða bólgueyðandi verkjalyfja. Engar upplýsingar fyrir hendi um mögulegar milliverkanir milli rófekoxíbs og litíum, betablokka eða þvagræsilyfja en önnur bólgueyðandi verkjalyf geta haft milliverkanir við þessi lyf. *Íhuga að gefa 25 mg skammt af rófekoxíbi þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir innleiðarar umbrots í lifur (svo sem rifamcín).* **Meðganga og brjóstagjöf:** Rófekoxíb á ekki að nota á síðasta þriðjungi meðgöngu (frábending). Ekki skal nota lyfið á fyrstu tveimur þriðjungum meðgöngu nema væntanlegt gagn af meðferðinni réttlæti mögulega áhættu fyrir fóstrið. Konur sem eru á rófekoxíb meðferð ættu ekki að hafa börn á brjósti. **Aukaverkanir:** Eftirfarandi lyfjatengdar aukaverkanir voru skráðar, af hærri tíðni en þegar um lyfleysu var að ræða, í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum sem fengu 12,5 mg eða 25 mg af rófekoxíbi í allt að sex mánuði. **Algengar (>1 %):** Bjúgur,vökvasöfnun, kviðverkir, svimi, hár blóðþrýstingur, brjóstsviði, óþægindi í efri hluta kviðar, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir, höfuðverkur, kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkur, hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur, eyrnasuð, þyngdaraukning, sinadráttur, svefnleysi, svefnhöfgi, svimi, geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa, andþyngsli, útbrot, atópískt eksem. Að auki hafa væg ofnæmisviðbrögð verið skráð í sjaldgæfum tilvikum í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir voru svipaðar hjá sjúklingum sem fengu rófekoxíb í eitt ár eða lengur. **Breytingar á niðurstöðum blóð- og þvagrannsókna. Algengar (>1 %):** Hækkun á ALAT, lækkun á hematókrít, hækkun á ASAT. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Hækkun á þvagefni, lækkun á hemóglóbíni, hækkun á kreatíníni, Hækkun á alkalískum fosfatasa, prótein í þvagi, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við rófekoxíb: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefs nýrnabólga nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome) og nýrnabilun; eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun og lifrarbólga; eiturverkanir á meltingarfæri, þ.á m. rof, sár og blæðingar; eiturverkanir vegna of mikils blóðrúmmáls, þ.á m. hjartabilun og bilun í vinstri slegli; aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð. Eins og á við um bólgueyðandi verkjalyf geta alvarlegri ofnæmisviðbrögð átt sér stað þ.á m. bráðaofnæmi án þess að viðkomandi hafi áður fengið rófekoxíb. **Pakkningar, verð (febrúar, 2000):** Töflur 12,5 mg:14 stk 2770 kr. 28 stk. 4933 kr. 98 stk. 14644 kr. Töflur 25 mg: 14 stk. 2770 kr. 28 stk. 4933 kr. 98 stk. 14644 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** E **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Nýtt frá MSD:

VIOXX® (RÓFEKOXÍB, MSD)

– fyrsta "KOXÍB" á Íslandi

Gigtarlyf sem opnar nýjan heim



Til meðferðar við einkennum af völdum slitgigtar

MERCK SHARP & DOHME

NÝTT **EIN Á DAG**

VIOXX®

(rófekoxíb, MSD)

FARMASÍA ehf.

Sértækt - Áhrifaríkt - Einfalt

Greiningar og meðferðarúrræði 102 barna og unglinga sem komu til barna- og unglingageðdeildar Landspítalans vegna ofvirknieinkenna frá 1. júní 1998 til 31. maí 1999

Gísli Baldursson,

Páll Magnússon,

Ólafur Ó. Guðmundsson

Ágrip

Tilgangur: Greining og meðferð við ofvirkniröskun hefur aukist mjög á undanförnum árum. Lítið er vitað um meðferðarhefðir hér á landi. Rannsóknin lýsir lyfja- og sálfélagslegri meðferð hjá hópi barna sem vísað var til ofvirknimóttöku við göngudeild barna- og unglingageðdeildar Landspítalans (BUGL). Jafnframt voru greiningar og fylgiraskanir skoðaðar.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin er afturskyggn og tekur til 102 barna og unglinga á aldrinum 3-15 ára sem komu til athugunar vegna ofvirkni eða gruns um ofvirkni á göngudeild BUGL á tímabilinu 1. júní 1998 til 31. maí 1999. Greiningarviðtal við foreldra var byggt á ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision) greiningarskilmerkjum, stuðst var við staðlaða hegðunarmatskvarða sem útfylltir voru af foreldrum og kennurum, vitsmunaþroski barnsins var metinn og læknisskoðun gerð með tilliti til líkamlegs og andlegs ástands.

Niðurstöður: Alls greindust 72 börn með ofvirkniröskun. Algengasta fylgiröskunin var mótþróaþrjóskuröskun bæði í þeim hópi barna sem greindist með ofvirkniröskun og þeim sem fengu aðra fyrstu greiningu. Hjá umtalsverðum hluta hópsins greindust einnig tilfinningaraskanir. Algengast var að lyfjameðferð væri hafin milli fjögurra og átta ára aldurs. Amitriptýlín og metýlfenýdat voru oftast valin sem fyrsta meðferð en önnur lyf voru mun sjaldnar notuð og hjá 35% barnanna hafði lyfjameðferð ekki verið reynd. Við komu voru 56 börn á lyfjameðferð og 11 þeirra fengu fleiri en eitt lyf. Algengasta sálfélagslega meðferðarúrræðið var að bjóða foreldrum upp á sérstök ráðgjafarviðtöl. Næst algengast var meðferðartilboð um þjálfunarnámskeið og fræðslunámskeið.

Frá göngudeild barna- og unglingageðdeildar Landspítalans. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Gísli Baldursson, göngudeild barna-og unglingageðdeildar Landspítalans, Dalbraut 12, 105 Reykjavík. Sími: 560 2500, netfang: gislib@rsp.is

Lykilorð: *ofvirkniröskun, fylgiraskanir, lyfjameðhöndlun.*

ENGLISH SUMMARY

Baldursson G, Magnússon P, Guðmundsson ÓG

Medication use and treatment characteristics of children referred to the outpatient ADHD-clinic at the Department of Child and Adolescent Psychiatry, the National University Hospital

Læknablaðið 2000; 86: 337-42

Objective: The diagnosis and treatment of hyperkinetic disorder has increased considerably in recent years. Despite a growing interest in the use of psychotropics to treat hyperkinetic disorder, knowledge about medication patterns in Iceland is limited. The aim of the study was to gather information about clinical characteristics and treatment practice in children referred for hyperactive behaviour to the outpatient childpsychiatric service at the National University Hospital, Iceland.

Material and methods: Data was accumulated by retrospectively looking at the records of 102 children of both sexes between 3 and 15 years of age, referred to the ADHD outpatient clinic during the period June 1, 1998 - May 31, 1999. A semi-structured diagnostic parent interview was used to assess childhood psychiatric disorders according to ICD-10. The ADHD Rating Scale- IV, the Home Situations Questionnaire and the Child Behavior Checklist were completed by the parents. Teachers filled out the ADHD Rating Scale and the Teacher Report Form as well as a form evaluating the child's academic progress. To assess intellectual functioning, WISC-III or WPPSI-R were administered. Medical evaluation was performed and drug treatment recorded.

Results: Seventy-two children fulfilled ICD-10 diagnostic criteria of hyperkinetic disorder. High rates of other behavioural disorders, especially oppositional defiant disorder and a significant frequency of emotional disorders were recorded. Nearly two-thirds of the children had been started on medication prior to referral, most often amytryptiline and methylphenidate. Eleven children received combined pharmacotherapy but 35% had not received any drug treatment. Psychopharmacotherapy for most of the children was started between the age of four and eight years. Behaviour management counselling and parent training was recommended in most cases.

Conclusions: Thirty children did not meet full hyperkinetic disorder diagnostic criteria, but these children may nonetheless have manifested high levels of symptoms. Most of the children were started on tricyclic antidepressants rather than stimulants which is unusual compared with international research and practice. The reason is unclear but may reflect the high rate of comorbidity but also doctors' preferences.

Keywords: *hyperkinetic disorder, psychotropic drugs, therapeutic use, Iceland.*

Correspondence: Gísli Baldursson. E-mail:gislib@rsp.is

Ályktanir: Umtalsverður hluti þeirra barna sem vísað var til göngudeildar BUGL vegna gruns um ofvirkni uppfyllti ekki greiningarskilmerki um ofvirkniröskun. Notkun þríhringlaga þunglyndislyfja í byrjun meðferðar virðist ennfremur mun algengari en víðast hvar erlendis. Ástæðan er óljós en kann að vera há tíðni fylgiraskana eða einstaklingsbundið val þeirra lækna sem í hlut eiga.

Inngangur

Ofvirkniröskun er heilkenni einkenna á sviði hreyfiofvirkni, hvatvísi og athyglisbrests með algengi milli 1% og 2% hjá börnum á skólaaldri (1), þegar miðað er við greiningarskilmerki ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision). Röskunin er mun algengari hjá drengjum en stúlkum (2,3). Geðrænar fylgiraskanir eru mjög algengar meðal barna með ofvirkni. Í veigamikilli faraldsfræðilegri rannsókn frá Ontario í Kanada voru 44% með eina geðræna fylgiröskun, 32% tvær og 11% þrjár (3).

Erlendar rannsóknir, meðal annars í Bandaríkjunum, hafa sýnt að á síðustu árum hefur geðlyfjum verið ávísað í vaxandi mæli fyrir börn og unglinga (4). Notkun metýlfenýdat (Rítalín®) meira en tvöfaldaðist á tímabilinu 1990 til 1995 í Bandaríkjunum og árið 1995 voru 2,8% barna á aldrinum 5-18 ára á lyfinu þar í landi (5). Sama þróun hefur líklega einnig átt sér stað á Íslandi en nákvæmar upplýsingar liggja ekki fyrir.

Ástæður þessa eru margar en ein eflaust sú að fjöldi greindra ofvirknitilfella hefur aukist. Þrátt fyrir aukningu í notkun þessara lyfja liggur fyrir að mörg þeirra eru ekki vel rannsökuð hjá börnum og unglingum og í Bandaríkjunum er talið að um það bil 80% notkunar sé án skráðra ábendinga (6). Enn skortir langsniðsrannsóknir til að sýna fram á meðferðarárangur til lengri tíma (7). Þó sýndi nýleg rannsókn Gillbergs og félaga sem fylgdu hópi barna eftir í yfir eitt ár betri árangur metýlfenýdats en lyfleysu (8). Ennfremur benda niðurstöður nýrrar umfangsmikillar langsniðsrannsóknar frá Norður-Ameríku til yfirburða lyfjameðferðar í samanburði við aðra meðferð þegar árangur var metinn á 14 mánaða meðferðartímabili (9).

Erlendis eru örvandi lyf mest notaði lyfjaflokkurinn í meðferð við ofvirkni (10,11). Metýlfenýdat er langalgengast þessara lyfja (12). Lyfjaframleiðandinn ráðleggur ekki notkun metýlfenýdats fyrir sex ára aldur. Hér á landi og víðast annars staðar er hins vegar byrjað að gefa lyfið mun fyrr enda hafa rannsóknir sýnt fram á árangur hjá mun yngri börnum (13). Lyfjameðferð kemur því til álita í þessum aldurshópi en greining hjá yngri börnum er þó oft erfiðari (7). Önnur lyf eru einnig mikið notuð í meðferð við ofvirkni, einkum þríhringlaga þunglyndislyf hér á landi, þó sú ábending sé ekki skráð.

Hvað varðar sálfélagslega (psychosocial) meðferð við ofvirkni byggja aðferðir atferlismótunar á mestum rannsóknum á meðferðarárangri (14,15). Annars vegar eru haldin svokölluð þjálfunarnámskeið fyrir foreldra (parent training) þar sem foreldrum er kennt að beita viðeigandi uppeldisaðferðum (16) en jafnframt fá þeir ráðgjafarviðtöl. Kennarar þurfa á sama hátt að fá ráðgjöf og kennslu um atferlismótunaraðferðir (15).

Tilgangur rannsóknarinnar var að athuga með hvaða hætti lyfjameðferð við ofvirkni væri háttað á Íslandi í dag. Einnig voru skoðaðir þættir eins og fylgiraskanir, hvaðan börnum væri vísað til ofvirknimóttöku barna- og unglingageðdeildar Landspítalans (BUGL) og hvaða önnur meðferð væri stunduð samhliða lyfjameðferð.

Efniviður og aðferðir

Hópur: Rannsóknin var afturskyggn og tók til 102 barna og unglinga á aldrinum 3-15 ára sem komu til athugunar vegna ofvirkni eða gruns um ofvirkni á göngudeild BUGL á tímabilinu 1. júní 1998 til 31. maí 1999. Meðalaldur barnanna var 8,1 ár. Í hópnum voru 26 stúlkur og 76 drengir og kynjahlutfall því 1:2,9. Sjúkraskýrslur þessara barna voru skoðaðar og rannsóknarupplýsingar skráðar.

Greining: Greining á ofvirkniröskun (ICD-10, F90.0) í ofvirkniteymi BUGL byggðist á eftirfarandi aðferðum:

1. Tekið var greiningarviðtal við foreldra þar sem ítarlega var farið yfir ofvirknieinkenni barnsins, en jafnframt yfir skilmerki helstu annarra raskana á hegðunar- og tilfinningasviði sem máli skipta vegna mismunagreiningar og greiningar á fylgiröskunum. Viðtalið var upphaflega byggt á greiningarskilmerkjum DSM-IV (17) og þróað af Barkley og félögum við University of Massachusetts Medical Center (18). Af hálfu ofvirkniteymis voru gerðar á viðtalinu breytingar sniðnar að ICD-10 greiningarkerfinu (19). Í greiningunni var einnig stuðst við eftirtalda staðlaða hegðunarmatskvarða sem útfylltir eru af foreldrum og kennurum barnsins. Ofvirknikvarðinn (20,21) var útfylltur af foreldrum og kennara. Spurningalisti um atferli barna og unglinga (22) var einnig útfylltur af foreldrum og kennara. Foreldrar fylltu ennfremur út kvarðann Hegðun á heimili (23) og fengið var námsmat frá kennara.
2. Vitsmunaþroski var metinn með greindarprófunum WISC-III eða WPPSI-R ef slíkt mat lá ekki þegar fyrir.
3. Gerð var almenn læknis- og geðskoðun.

Niðurstöður

Alls greindust 72 börn með ofvirkniröskun. Tafla I sýnir niðurstöðu sjúkdómsgreiningar. Fylgiraskanir voru einnig skoðaðar (tafla II). Algengast var að til-

Table I. *Diagnoses according to ICD-10 in 102 children referred to an outpatient ADHD clinic at the Department of Child and Adolescent Psychiatry, the National University Hospital.*

Diagnoses	N	(%)
Hyperkinetic disorder	72	(70.5)
Oppositional defiant disorder	63	(61.7)
Conduct disorder	13	(12.7)
Anxiety disorders	17	(16.6)
Major depressive disorder	9	(8.8)
Dysthymia	13	(12.7)
Tourette disorder	4	(3.9)
Others	5	(4.9)

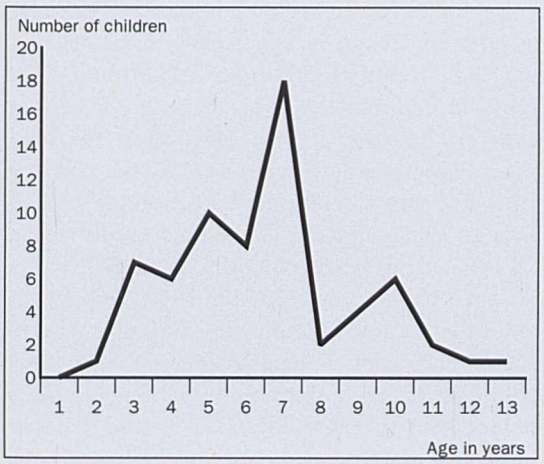


Fig. 1. *Age at beginning of psychopharmacotherapy in 102 children referred to the outpatient ADHD clinic, Department of Child and Adolescent Psychiatry, the National University Hospital.*

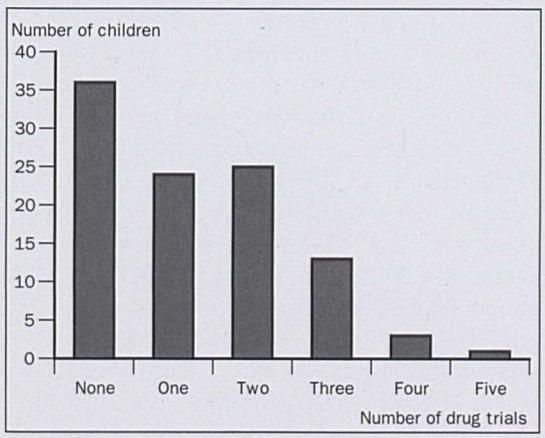


Fig. 3. *Recommendation for 102 children seen at the outpatient ADHD clinic, Department of Child and Adolescent Psychiatry, the National University Hospital.*

Table II. *Comorbity in children with and without hyperkinetic disorder according to ICD-10 referred to an outpatient ADHD clinic at the Department of Child and Adolescent Psychiatry, the National University Hospital.*

	Children with hyperkinetic disorder N=72	(%)	Children without hyperkinetic disorder N=30	(%)
Oppositional defiant disorder	31	(43)	14	(45)
Conduct disorder	8	(11)	1	(2)
Anxiety disorders	9	(12)	5	(18)
Dysthymia	8	(11)	3	(11)
Major depressive disorder	2	(3)	4	(13)
Tourette disorder	4	(6)	0	(0)
Asperger syndrome	0	(0)	1	(2)
None	17	(17)	3	(9)

Table III. *Choice of psychopharmacotherapy during first treatment in 102 children referred to an outpatient ADHD clinic according to the diagnosis of hyperkinetic disorder.*

	Children with hyperkinetic disorder		Children without hyperkinetic disorder	
Drug type	N	(%)	N	(%)
Amitryptiline	21	(30)	7	(22)
Methylphenidate	16	(23)	6	(19)
Clomipramine	4	(6)	0	(0)
SSRI´S	3	(4)	0	(0)
Moclobamide	3	(4)	0	(0)
Risperidonum	2	(3)	4	(12)
Clonidine	1	(1)	0	(0)
Others	2	(3)	1	(3)
None	18	(26)	18	(56)

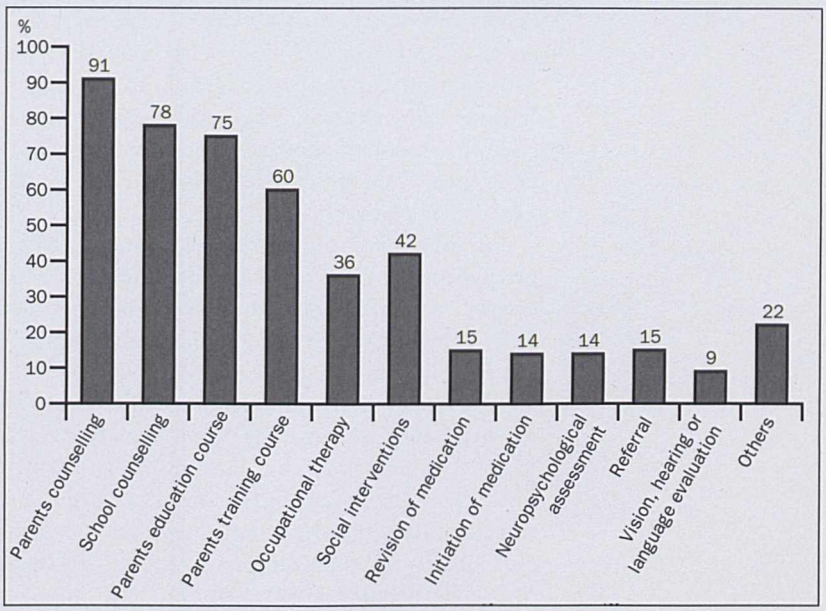


Fig. 2. *Number of drug treatments prior to referral in 102 children referred to the outpatient ADHD clinic, Department of Child and Adolescent Psychiatry, the National University Hospital.*

vísanir kæmu frá barnalæknum, einkum sérfræðingum í þroskaröskunum (54%). Næst algengast var að tilvísun kæmi frá sálfræðingum (23%), barnageðlæknum (13%) en í 8% tilfella komu tilvísanir frá heimilislæknum. Algengast var að lyfjameðferð væri hafin milli fjögurra og átta ára aldurs en mynd 1 sýnir aldursdreifinguna. Amitriptýlín og metýlfenýdat voru oftast valin sem fyrsta meðferð en önnur lyf voru mun sjaldnar notuð og hjá 35% barnanna hafði lyfjameðferð ekki verið reynd (tafla III). Við komu voru 56 börn á lyfjameðferð og 11 þeirra fengu fleiri en eina tegund lyfja. Mynd 2 sýnir hversu mörg lyf höfðu verið reynd áður en börnin komu til BUGL. Algengasta meðferðarúrræðið var að foreldrum væri boðið upp á ráðgjafarviðtöl. Næstalgengast var að mælt væri með skólafundi þar sem kynntar voru greiningarniðurstöður og síðan að mælt væri með fræðslunámskeiði sem haldið var á vegum fræðsluþjónustunnar Eirðar og Foreldrasamtaka misþroska barna. Fjórða algengasta úrræðið var þjálfunarnámskeið fyrir foreldra ofvirkra barna (mynd 3).

Umræða

Um er að ræða afturskyggna, lýsandi rannsókn á hópi barna sem kom á einu ári til athugunar hjá ofvirkniteymi göngudeildar BUGL, en stórum hópi þeirra barna sem greinast með ofvirkniröskun er vísað þangað til frekari meðhöndlunar vegna lítils framboðs á þessari þjónustu í heilsugæslunni og á öðrum þjónustustigum. Athyglisvert er að flestum börnunum var vísað af barnalæknum sem jafnframt hófu lyfjameðferð hjá mörgum barnanna. Í nýlegri rannsókn Jensens og félaga þar sem geðlyfjaávísanir á börn í Bandaríkjunum voru skoðaðar kom í ljós að barnageðlæknar ávísuðu oftast en síðan komu heimilislæknar og barnalæknar (24). Hlutur heimilislækna virtist hins vegar áberandi lítill í meðferð ofvirkniröskunar hér á landi. Fáir barnageðlæknar hafa hins vegar verið starfandi utan Landspítalans sem getur skýrt fáar tilvísanir frá þeim.

Viðhorf til lyfjanotkunar við ofvirkniröskun eru mismunandi meðal lækna og milli landa. Læknar í Evrópu mæla yfirleitt með atferlismeðferð sem fyrstu meðferð og ávísa lyfjum aðeins í alvarlegustu tilvikum (25). Í Bandaríkjunum er hins vegar fyrir hendi margra áratuga reynsla af notkun örvandi lyfja og lyfjameðferð oftar ráðlögð sem fyrsta meðferð samhliða atferlismótun (1). Samkvæmt okkar rannsókn virtist meðferðarnálgun íslenskra lækna vera líkari þeirri bandarísku en evrópsku en tæplega 2/3 barnanna höfðu fengið lyfjameðferð við komu. Mikilvægt er því að hafa í huga að rannsóknin skoðar meðferðarvenjur nokkur ár aftur í tímann og þarf ekki að endurspegla nákvæmlega það sem gerist í dag.

Í rannsókninni var amitriptýlín algengasta byrjunarlyfið sem ávísað var hér á landi fyrir börn með ofvirkniröskun. Þetta er athyglisvert í ljósi þess að hátt á annað hundrað tvíblindar samanburðarrannsóknir sýna góðan árangur örvandi lyfja (70-90%) á einkenni ofvirkniröskunar en þau eru víðast hvar annars staðar algengust sem fyrsta lyf (5,26). Í nýlegri rannsókn Zarin og félaga í Baltimore, þar sem lyfjagjöf 166 ofvirkra barna var rannsökuð, var metýlfenýdat langmest notað eða í 51% tilfella. Klónidín var næst algengast (20%) en þríhringlaga þunglyndislyf voru einungis notuð í 10% tilvika (27). Þríhringlaga þunglyndislyf eru sá lyfjaflokkur sem næst mest er rannsakaður við ofvirkni en vegna aukaverkana eru þau víðast hvar ekki ráðlögð í byrjun meðferðar (28). Hins vegar er algengt að þríhringlaga þunglyndislyf séu ráðlögð sem annað lyf í meðferð við ofvirkniröskun (26). Minnkandi virkni með tímanum er einnig mun stærra vandamál þessara lyfja en örvandi lyfjanna (28). Margar ástæður geta verið fyrir algengi þríhringlaga lyfjanna sem fyrsta lyfi í rannsóknarhópnum. Um fjórðungur ofvirku barnanna og 42% barnanna sem ekki greindust með ofvirkniröskun voru með kvíða og lyndisraskanir. Þegar áberandi tilfinningavandamál eða kippir eru til staðar er notkun metýlfenýdats umdeild (29) en þríhringlaga þunglyndislyf geta þá verið betri valkostur. Ofvirk börn eiga ennfremur oft erfitt með að sofna (30) og kann amitriptýlín, sem yfirleitt er gefið að kveldi, að auðvelda það. Þessi atriði skýra þó vart þennan mun því að algengi fylgiraskana hér er sambærilegt við aðrar rannsóknir (3) og ekki liggur fyrir að íslensk, ofvirk börn eigi erfiðara með að sofna. Nýleg rannsókn á íslenskum, ofvirkum börnum benti raunar til að þau sofnuðu fyrr en heilbrigð börn (31). Hins vegar getur mun lengri verkunartími þríhringlaga lyfjanna verið kostur. Ekki verður heldur framhjá því horft að mun einfaldara er að ávísa lyfjum sem ekki eru eftirritunarskyld og krefjast því ekki mánaðarlegra endurnýjana. Loks kunna neikvæð viðhorf sumra foreldra gagnvart notkun örvandi lyfja að valda einhverju um ávísanavenjur lækna, sérstaklega ótti þessara foreldra um að lyfin kunni að auka líkur á vímuefnafíkn. Þrátt fyrir að ofvirkniröskun auki líkur á vímuefnafíkn hafa rannsóknir ekki bent til tengsla við notkun örvandi lyfja (32). Klónidín virtist ekki mikið notað hér á landi miðað við rannsókn okkar og mun sjaldnar en fram kom í rannsókn Zarins og félaga (27). Virkni lyfsins er þekkt í meðferð við ofvirkniröskun þó það sé minna rannsakað en örvandi og þríhringlaga lyf (33,34). Lítil notkun lyfsins kann að skýrast af minna afgerandi verkun en örvandi og þríhringlaga þunglyndislyfja (26). Einnig eru aukaverkanir meira áberandi (35). Klónidín er einungis skráð í einum styrkleika í töfluformi hér á landi.

Hátt algengi fylgiraskana í þessari rannsókn var í samræmi við sambærilegar rannsóknir (36). Hegðunarraskanir voru mest áberandi en erlendar rannsóknir hafa sýnt 54-67% algengi þeirra hjá ofvirkum börnum. Niðurstaða þessara sömu rannsókna voru að 20-56% barna og 44-50% unglinga greindust með alvarlega hegðunarröskun (conduct disorder) (37-39). Niðurstöður okkar voru í samræmi hvað varðar algengi vægari hegðunarröskunar eða mótstöðuþrjóskuröskunar (oppositional defiant disorder). Hins vegar var alvarleg hegðunarröskun sjaldgæfari. Skýringin á þessu kann að vera ólíkar þjóðfélagsaðstæður, skólakerfi og fleira. Önnur hugsanleg skýring var tiltölulega lágur meðalaldur hópsins (8,1 ár), en rannsóknir benda til að meðalbyrjunaraldur einkenna hegðunarröskunar sé um níu ára aldur (40). Þá getur tiltölulega hátt hlutfall stúlkna í hópnum miðað við klíníska hópa í erlendum rannsóknum haft áhrif, þar sem hegðunarröskun er mun algengari meðal drengja. Algengi tilfinningaraskana var einnig nokkuð lægra en samkvæmt erlendum rannsóknum (41,42). Þess ber hins vegar að geta

að stór hluti barnanna var á lyfjameðferð við komu sem kann að skýra mismuninn að hluta.

Námserfiðleikar komu fram hjá stórum hluta barnanna. Sértæk greining með tilliti til ICD-10 greiningarkerfisins var þó ekki gerð. Í rannsókn okkar fengu 20% barnanna fleiri en eitt lyf samtímis. Ekki er óalgengt að gefa þurfi fleiri en eitt lyf samtímis í meðferð við ofvirkni en það getur skýrst af háu hlutfalli fylgiraskana. Í fyrrnefndri rannsókn Zarin og félaga fengu 49% barnanna fleiri en eitt lyf samtímis (27).

Tæplega 30% barnanna, sem vísað var til móttökunnar, greindust ekki með ofvirkniröskun. Hegðunar- og tilfinningaraskanir voru algengustu greiningarnar í þessum hópi auk þess sem 9% fengu enga greiningu. Athyglisvert er að skoða lyfjaval hjá þessum hópi sem ekki greindist með ofvirkniröskun sem virðist að flestu leyti sambærilegt ofvirka hópnum. Líklegasta ástæðan er að þessi börn hafi umtalsverð ofvirknieinkenni, enda þótt þau uppfylli ekki að fullu greiningarskilmerki. Rannsóknir hafa sýnt að lyfjagjöf getur einnig gagnast þessum hópi barna (43). Þess ber að geta að ofvirkniröskun eða hyperkinetic disorder í ICD-10 greiningarkerfinu (44) er mun afmarkaðri greining en athyglibrestur með ofvirkni (ADHD) samkvæmt bandarískra greiningarkerfinu DSM-IV (17). Athyglibrestur og hreyfiofvirkni verða bæði að vera til staðar í ofvirkniröskun en í athyglibresti með ofvirkni (ADHD) eru auk þess undirflokkar hvors um sig. Þetta leiðir til minna algengis ofvirkniröskunar samanborið við athyglibrest með ofvirkni (ADHD). Hluti þess hóps sem ekki greindist með ofvirkniröskun er því líklegur til að greinast með athyglibrest eða ofvirkni samkvæmt DSM-IV.

Í rannsóknarhópnum var lyfjameðferð hafin allt frá fjögurra ára aldri. Fyrir þann aldur hafa rannsóknir á gjöf örvandi lyfja bent til minni virkni ásamt auknu næmi fyrir aukaverkunum (45). Í tvíblindri rannsókn Musten og félaga þar sem börn milli fjögurra og sex ára fengu metýlfenýdat eða lyfleysu voru áhrif lyfjagjafar ótvíræð en aukaverkanir áberandi, sérstaklega í stærri skömmtum (46). Í rannsóknarhópnum var algengast að lyfjameðferð hæfist við átta ára aldur.

Af yfirliti yfir ráðlögð meðferðarúrræði má ráða að í öllum tilvikum þar sem barn fær greiningu er ráðlögð einhvers konar sálfélagsleg íhlutun. Þetta er í samræmi við ráðlögð vinnubrögð bandarísku barnageðlæknasamtakanna (14).

Niðurstöður rannsóknar okkar eru ýmsum annmörkum háðar, sérstaklega þar sem um afturskyggna rannsókn er að ræða. Ekki er því víst að þessi hópur endurspegli fullkomlega þá þróun sem er að gerast á Íslandi varðandi lyfjaávísanir til barna með ofvirkniröskun. Ennfremur er hér um að ræða afmarkaðan hóp barna sem vísað er til ofvirknigreiningar á BUGL. Næstu skref eru að kanna algengi ofvirkniröskunar hjá vissum aldurshópum og fylgja þeim hópi eftir og hafa þannig betri möguleika á að athuga gildi meðferðar við íslenskar aðstæður. Það er hins vegar ljóst út frá rannsóknum á algengi ofvirknieinkenna sem þegar liggja fyrir (21) að nauðsynlegt er að efla þekkingu á ofvirkni og fylgiröskunum sem og að efla úrræði heilbrigðisþjónustunnar.

Heimildir

1. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJ, Jensen PS, Cantwell DP. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. Lancet 1998; 351: 429-33.
2. Barkley RA. Primary symtoms, diagnostic criteria, prevalence and gender differences. In: Barkley RA, ed. Attention Deficit/ Hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. Second edition. New York: Guilford; 1998: 56-96.
3. Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Ontario child health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. J Child Psychol Psychiatry 1989; 30: 219-30.
4. Bird HR, Gould MS, Staghezza BM. Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 361-8.
5. Safer DJ, Zito JM, Fine EM. Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. Pediatrics 1996; 98: 1084-8.
6. American Academy of Pediatric Committee on Drugs. Unapproved uses of approved drugs: the physican, the package insert, and the Food and Drug Adminisration: subject review. Pediatrics 1996; 98: 143-5.
7. Overmeyer S, Taylor E, Blanz B, Schmidt MH. Psychosocial adversities underestimated in hyperkinetic children. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40: 259-63.
8. Gillberg C, Melander H, von Knorring AL, Janols LO, Thernlund G, Hagglof B, et al. Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 857-64.
9. The MTA cooperative group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal treatment study of children with adhd. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1097-9.
10. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a lifespan perspective. J Clin Psychiatry 1998; 59/Suppl. 7: 4-16.
11. Findling RL, Dogin JW. Psychopharmacology of adhd: children and adolescents. J Clin Psychiatry 1998; 59/Suppl. 7: 42-9.
12. Sunohara GA, Malone MA, Rovet J, Humphries T, Roberts W, Taylor MJ. Effect of methylphenidate on attention in children with attention deficit hyperactivity disorder (adhd): Erp evidence. Neuropsychopharmacology 1999; 21: 218-28.
13. Buitelaar JK, Van der Gaag RJ, Swaab-Barneveld H, Kuiper M. Prediction of clinical response to methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 1025-32.
14. Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. American academy of child and adolescent psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 85S-121S.
15. Pelham Jr WE, Wheeler T, Chronis A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. J Clin Child Psychol 1998; 27: 190-205.
16. Anastopoulos AD, Shelton TL, DuPaul GJ, Guevremont DC. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. J Abnorm Child Psychol 1993; 21: 581-96.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
18. Barkley, RA. Defiant children. A clinician's manual for assessment and parent training. New York: Guilford Press; 1997.
19. World Health Organization. The International Classification of Disease, 10th revision. Geneva: WHO; 1994.
20. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopolous AD, Reid R. ADHD Rating Scale-IV. Checklists, norms and clinical interpretation. New York: Guilford Press; 1998.
21. Magnússon P, Smári J, Þrándardóttir H. Attention-Deficit/

hyperactivity Symtoms in Iclandic Schoolchildren: Assessment with the Attention Deficit/Hyperactivity Rating Scale-IV. Scand J Psychol 1999; 40: 301-6.
22. Achenbach T. Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, & TRF Profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
23. Barkley RA, Edelbrock C. Assessing situational variation in children´s problem behaviours: The Home and School Situations Questionnaires. In: Prinz RJ, ed. Advances in Behavioural Assessment of Children and Families. Greenwich, CT: JAI Press Inc.; 1987: 157-67.
24. Jensen PS, Bhatara VS, Vitiello B, Hoagwood K, Feil M, Burke LB. Psychoactive medication prescribing practices for U.S. children: gaps between research and clinical practice. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 557-65.
25. Sergeant JA, Steinhausen H-C. European perspective on hyperkinetic disorder. Eur Child Adolesc Psychiatry 1992; 1: 34-41.
26. Cyr M, Brown CS. Current drug therapy recommendations for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. Drugs 1998; 56: 215-23.
27. Zarin DA, Suarez AP, Pincus HA, Kupersanin E, Zito JM. Clinical and treatment characteristics of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in psychiatric practice. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37: 1262-70.
28. Geller B, Reising D, Leonard HL, Riddle MA, Walsh BT. Critical review of tricyclic antidepressant use in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 513-6.
29. Lowe TL, Cohen DJ, Detlor J, Kremenitzer MW, Shaywitz BA. Stimulant medications precipitate tourette's syndrome. JAMA 1982; 247: 1729-31.
30. Barkley RA. The use of psychopharmacology to study reciprocal influences in parent-child interaction. J Abnorm Child Psychol 1981; 9: 303-10.
31. Þorleifsdóttir B, Benediktsdóttir B, Helgason H, Tryggvadóttir H. Sleep patterns, behavioural symptoms and attention deficits in a group of Icelandic children with ADHD: preliminary findings [abstract]. 5th Nordic symposium on ADHD/DAMP. Reykjavík Iceland, October 8-9, 1999.
32. Greenhill LL, Halperin JM, Abikoff H. Stimulant medications. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 503-12.
33. Hunt RD, Minderaa RB, Cohen DJ. Clonidine benefits children with attention deficit disorder and hyperactivity: report of a double-blind placebo-crossover therapeutic trial. J Am Acad Child Psychiatry 1985; 24: 617-29.
34. Steingard R, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Gonzalez A. Comparison of clonidine response in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbiditic disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 350-3.
35. Connor DF, Fletcher KE, Swanson JM. A meta-analysis of clonidine for symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 1551-9.
36. Biederman J, Munir K, Knee D, Habelow W, Armentano M, Autor S, et al. A family study of patients with attention deficit disorder and normal controls. J Psychiatr Res 1986; 20: 263-74.
37. Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. J Consult Clin Psychol 1990; 58: 775-89.
38. Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1204-10.
39. Biederman J, Faraone SV, Lapey K. Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder: child and adolescent psychiatry clinics in North-America: attention deficit disorder. In: Weiss G, ed. Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder: child and adolescent psychiatry clinics in North-America: Attention deficit disorder. Philadelphia: W.B. Saunder; 1992: 335-60.
40. Loeber R, Green SM, Lahey BB, Christ MAG, Frick PJ. Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviors. J Child Fam Stud 1992; 1: 21-41.
41. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. Am J Psychiatry 1991; 148: 564-77.
42. Biederman J, Munir K, Knee D. Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: a controlled family study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987; 26: 724-7.
43. Jensen PS, Kettle L, Roper MT, Sloan MT, Dulcan MK, Hoven C, et al. Are stimulants overprescribed? Treatment of adhd in four U.S. communities. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 797-804.
44. World Health Organization. The International Classification of Diseases, 10th revision. Geneva: WHO; 1992.
45. Jensen PS. Ethical and pragmatic issues in the use of psychotropic agents in young children. Can J Psychiatry 1998; 43: 585-8.
46. Musten LM, Firestone P, Pisterman S, Bennett S, Mercer J. Effects of methylphenidate on preschool children with adhd: cognitive and behavioral functions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1407-15.

Fræðigreinar íslenskra lækna í erlendum tímaritum

Getið er fræðigreina. Sendið heiti greinar, nöfn höfunda og birtingarstað til Læknablaðsins. Miðað er við greinar sem birst hafa á yfirstandandi og síðasta ári. Til glöggvunar verður íslenskra höfunda getið með fornafni þótt þess sé ekki getið við birtingu.

• **Helgi Birgisson, Guðmundur Vikar Einarsson, Margrét Steinarsdóttir, Jón Gunnlaugur Jónasson.** *Metanephric Adenoma.* Scand J Urol Nephrol 1999; 33: 340-4.

• **Ólafur Ólafsson.** *P. A. Schleisner: A Pioneer in Epidemiology.* J Clin Epidemiol 1999; 52: 905-7.

StilNoct® er notað alls staðar – líka á jörðinni[1]



StilNoct® (zolpidem)

Sofið rótt – vaknið endurnærð[2]

Svefnlyfið sem binst sérhæft við omega-1 viðtakann í heilanum – ekkert aukabragð [3]

12. apríl 2000

Thorarensen Lyf – JBB – Skýjum ofar

Stilnoct Töflur; N 05 CF 02 R, 0. Hver tafla inniheldur: Zolpidemum INN 10 mg. **Eiginleikar:** Zolpidem er svefnlyf af imídazópýrímídínflokki, sem er efnafræðilega óskylt benzódíazepínum, en binst sömu viðtækjum. Það flýtir fyrir svefni og lengir hann. Hefur ekki áhrif á REM-svefn í lágum skömmtum. Frásogast fljótt frá meltingarvegi. Hámarksþéttni í blóði næst að meðaltali eftir rúmlega 2 klst. Vegna umbrots í lifur er aðgengi um 70%. Helmingunartími í blóði er 2-3 klst. Verkun kemur fram eftir 15-20 mín. og varir í 6-7 klst. Lyfið er umbrotið í lifur í óvirk umbrotsefni, sem útskiljast með þvagi. **Ábendingar:** Tímabundið svefnleysi. **Frábendingar:** Lungnabilun. Lyfið skal ekki tekið hafi áfengis verið neytt. Vöðvaslensfár. Kæfisvefn. **Varúð:** Gæta skal varúðar við gjöf lyfsins hjá sjúklingum með verulega lifrar- eða nýrnabilun. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað um fósturskemmandi áhrif, en reynsla af notkun lyfsins hjá barnshafandi konum er mjög takmörkuð. Lyfið finnst í brjóstamjólk og því ekki hægt að útiloka lyfjaáhrif hjá barninu. Lyfið á því ekki að gefa konum með börn á brjósti. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): Miðtaugakerfisvimi. Höfuðverkur. Rugl. Minnistruflanir. Meltingarfæri: Ógleði, uppköst. Aukaverkanir eru háðar skammtastærð. Þol fyrir lyfinu og ávanahætta virðist lítil, en hafa ber í huga hætta á slíku og ekki er mælt með langtímanotkun lyfsins. **Milliverkanir:** Lyfið eykur áhrif áfengis, ofnæmislyfja, svefnlyfja og annarra róandi lyfja. **Athugið:** Varúðar skal gæta við stjórnun vélknúinna ökutækja, ef lyfið er notað. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Ávallt ber að nota lægsta skammt, sem komist verður af með. Yngri en 65 ára: 10 mg fyrir svefn. Ef sá skammtur reynist ófullnægjandi, má hækka hann í 15-20 mg. Eldri en 65 ára: Byrjunarskammtur er 5 mg, sem má auka í 10 mg, ef þörf krefur. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Pakkningar og hámarksverð 1. apríl 2000:** 20 stk.(þynnupakkað) – 890 kr.; 100 stk.(þynnupakkað, sjúkrahússpakkning) – 2610 kr. **Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli eru 40 stk. af 10 mg töflum. Umboðsaðili á Íslandi:** Thorarensen Lyf, Vatnagarðar 18, 104 Reykjavík. Sími: 530-7100.

Heimildir: 1) Stephen A. Nasbitt., Acting Chief, News & Branch of the National Aeronautics and Space Administration (NASA), Lyndon B. Johnson Space Center, Houston-Texas 1998. 2) Scharf MB et al., J. Clin. Psychiatry, 1994; 55: 192-199. 3) Rosenberg J. Overgaard H. et Unden M. Månedskr. Prakt. Læger, Sept. 1994, 1123-1130.

sanofi~synthelabo

THORARENSEN LYF

Mat á þunglyndi aldraðra

Þunglyndismat fyrir aldraða – íslensk gerð Geriatric Depression Scale (GDS)

Margrét Valdimarsdóttir[1]

Jón Eyjólfur Jónsson[1]

Sif Einarsdóttir[2]

Kristinn Tómasson[3]

Ágrip

Markmið: Tilgangur rannsóknarinnar var að þýða og staðfæra Geriatric Depression Scale (GDS) spurningalistann, en hann gefur vísbendingu um þunglyndi aldraðra og er mikið notaður erlendis bæði við lækningar og rannsóknir. Listinn samanstendur af 30 spurningum og er þægilegur í notkun, þar sem sjúklingurinn krossar við já eða nei eftir því sem við á. Stytt útgáfa GDS byggist á 15 af spurningum löngu útgáfunnar.

Efniviður og aðferðir: GDS var þýddur yfir á íslensku og aftur yfir á ensku. Einstaklingar fæddir 1933 eða fyrr voru valdir til þátttöku í rannsókninni. Sjúklingar með heilabilun voru útilokaðir með MMSE (Mini Mental State Examination) prófi. Að lokum var 71 einstaklingur á aldrinum 65-87 ára metinn með tilliti til þunglyndis, annars vegar með stöðluðu geðgreiningarviðtali (CIDI-a, Composite International Diagnostic Interview; 1993) þar sem stuðst var við greiningu á þunglyndi samkvæmt alþjóðlegri tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála, 10. endurskoðuðu útgáfu, ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision), og DSM III (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3. útgáfa) og hins vegar með GDS spurningalistanum.

Niðurstöður: Niðurstöður sem fengnar voru með GDS spurningalistanum voru sambærilegar við niðurstöður úr viðtali. Viðmiðunargildi 13/14 var valið samkvæmt hagstæðustu gildum á næmi (0,77), sértæki (0,95), jákvæðu forspárgildi (0,77) og kappa (0,72). Í rannsókninni greindust 13 einstkalingar með meðalalvarlegt og alvarlegt þunglyndi, en enginn með vægt þunglyndi.

Ályktun: Íslensk útgáfa GDS er áreiðanleg aðferð til að leita að þunglyndi hjá öldruðum.

Frá [1]öldrunarmatsdeild Landspítalans, [2]Kennaraháskóla Íslands, [3]Vinnueftirliti ríkisins. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Jón Eyjólfur Jónsson öldrunarmatsdeild Landspítala Hringbraut. Netfang: jonejon@rsp.is

Lykilorð: *þunglyndi, aldraðir, spurningalisti, réttmæti.*

ENGLISH SUMMARY

Valdimarsdóttir M, Jónsson JE, Einarsdóttir S, Tómasson K

Validation of an Icelandic version of the Geriatric Depression Scale (GDS)

Læknablaðið 2000; 86: 344-8

Objective: The GDS is a widely used tool world wide, both in clinical practice and in research of the elderly. The objective was to translate and validate the Geriatric Depression Scale (GDS) in Iceland. The short version of the GDS was also studied.

Material and methods: GDS was translated from English to Icelandic and backtranslated. Individuals, both hospitalised and healthy, born 1933 or before were included in the study. Those who had MMSE (Mini Mental State Examination) score under 23 were excluded. Seventy-one individuals were examined for depression both with a structured interview, Composite International Diagnostic Interview; 1993 (CIDI-a) and with the GDS.

Results: The GDS results were comparable to the results from the interview. The cutoff score for depression was chosen 13/14 according to the most favorable values of sensitivity (0.77), specificity (0.95), positive predictive value (0.77) and kappa (0.72). One cutoff was chosen because in our study there were persons with moderate or severe depression but no one with mild depression was detected. Our cutoff score for depression was identical with the cutoff score in the original american GDS version, but the original american version included a cutoff for mild depression also.

Conclusions: The Icelandic GDS is a reliable method to screen for depression among the elderly. We conclude that GDS is an useful tool in unravelling depressive illness amongst the elderly although not diagnostic per se.

Key words: *depression, geriatric, rating scale.*

Correspondance: Jón Eyjólfur Jónsson. E-mail: jonejon@rsp.is

Inngangur

Þunglyndi meðal aldraðra er algengt vandamál. Um það bil 33% kvenna og 18% karla geta búist við að fá þunglyndi einhvern tímann á lífsleiðinni (1), en um 8% aldraðra eru taldir vera þunglyndir á hverjum tíma (2). Sennilega er tíðnin mun hærri í raun (3) og hafa tölur allt að 15% verið nefndar (4) . Þunglyndi getur verið erfitt í greiningu, ekki síst meðal aldraðra. Ástæðan er meðal annars einangrun þess aldraða í þjóðfélaginu auk þekkingarleysis bæði þeirra og aðstandenda, sem telja vonleysi einstaklingsins eðlilegan hluta ellinnar og leita því ekki hjálpar. Mikilvægt er að hafa áreiðanlegt og hagkvæmt mælitæki, sem einnig er þægilegt í notkun, til að skima fyrir og meta þunglyndi hjá þessum aldurshópi. Þetta er sérlega mikilvægt í ljósi þess að meðal þeirra sem eru 65 ára og eldri er notkun geðdeyfðarlyfja mikil, en á árinu 1998 var hún 120 staðlaðir dagskammtar (SDS) á hverja þúsund íbúa 65 ára og eldri, en til samanburðar var notkunin 16,5 SDS hjá aldurshópnum 15-24 ára (5). Geriatric Depression Scale (GDS) er spurn-

ingalisti sem mikið er notaður erlendis til skimunar og mats á þunglyndi aldraðra. Tilgangur þessarar rannsóknar er að staðfæra GDS spurningalistann með því að þýða hann úr ensku og kanna notagildi hans hér á landi. Því var athugað hvort samræmi væri milli þeirrar þunglyndisgreiningar sem fæst með stöðluðu geðgreiningarviðtali (CIDI-a, Composite International Diagnostic Interview; 1993) og niðurstöðu GDS spurningalistans.

GDS spurningalistinn var hannaður 1982-1983 með aldraða sérstaklega í huga (6). Mælikvarðinn var hannaður þannig að hann væri þægilegur í notkun og hentugur til skimunar og mats á þunglyndi. Kvarðinn hefur einnig verið notaður til að fylgja eftir árangri meðferðar (7). Einungis tekur stutta stund að leggja GDS fyrir. Hann samanstendur af 30 krossaspurningum, sem hægt er að leggja fyrir skriflega (mynd 1). Spurningarnar voru valdar úr alls 100 spurningum um þunglyndi og þunglyndiseinkenni, þannig að sem best fylgni við þunglyndi fengist. Ekki er hægt að nota mælikvarðann til greiningar einan og sér, en hann gefur vísbendingu um hvort þunglyndi sé fyrir hendi og einnig hversu alvarlegt það er. Kvarðinn er sérstakur að því leyti að ekki er spurt um líkamleg einkenni þunglyndis, en aldraðir hafa gjarnan aðra sjúkdóma sem valda verkjum, röskun á svefnmynstri, minnkaðri matarlyst auk fleiri líkamlegra einkenna sem notuð eru við greiningu á þunglyndi. Þessi einkenni nýtast því ekki eins vel hjá þessum aldurshópi við greiningu þunglyndis. Stytt form spurningalistans var þróað árið 1986 og samanstendur af 15 spurningum úr GDS (8).

GDS hefur náð mikilli útbreiðslu og verið þýddur á fjölda tungumála, meðal annars dönsku, sænsku, þýsku, spönsku, ítölsku, hindu, japönsku, kínversku, hebresku og portúgölsku. Hann er mikið notaður víða um heim í faraldsfræðilegum rannsóknum á eldra fólki og hefur óstaðfærð útgáfa hans verið notuð hér á landi við skoðun aldraðra hjá Hjartavernd. Rannsóknir hafa bent til þess að GDS sé ekki eins áreiðanlegur ef um elliglöp er að ræða (9,10), en þeir einstaklingar eiga oft í erfiðleikum með að muna atburði síðustu viku eins og ætlast er til þegar GDS er lagður fyrir. Staðfærð útgáfa spurningalistans á íslensku mun geta nýst í framtíðinni við komandi rannsóknir á öldruðum á Íslandi, en ekkert mælitæki á þunglyndi aldraðra hefur enn unnið sér sess við rannsóknir á Íslandi.

Með tilkomu íslenskrar útgáfu GDS opnast ný leið til at meta árangur þunglyndismeðferðar aldraðra. Þannig mætti til dæmis leggja kvarðann fyrir við greiningu og aftur 6-12 vikum seinna til mats á hvort meðferð skuli haldið áfram eða henni breytt. Mælikvarðinn gefur hugmynd um hvort þunglyndið hefur staðið í stað, versnað eða rénað. Með staðfæringu GDS myndast því tækifæri til þess að meta árangur meðferðar á þunglyndi aldraðra af meiri nákvæmni en áður. Með þessum hætti gæti spurningalistinn gefið vísbendingar um gagnsemi þunglyndismeðferðar, en mikilvægt er að fylgja öldruðum á þunglyndismeðferð eftir eins og öðrum þunglyndum einstaklingum.

Merktu við það svar sem á best við um líðan þína síðustu vikuna.

1. Ertu yfirleitt sátt/ur við lífið og tilveruna?	❑já	❑nei
2. Stundarðu áhugamál þín minna en þú ert vön/vanur?	❑já	❑nei
3. Finnst þér tilveran tómleg?	❑já	❑nei
4. Leiðist þér oft?	❑já	❑nei
5. Er bjart framundan?	❑já	❑nei
6. Sækja á þig óþægilegar hugsanir sem þú losnar ekki við?	❑já	❑nei
7. Ertu yfirleitt í góðu skapi?	❑já	❑nei
8. Óttastu að eitthvað slæmt muni henda þig?	❑já	❑nei
9. Ertu yfirleitt ánægð/ánægður?	❑já	❑nei
10. Finnst þér þú oft vera hjálparvana?	❑já	❑nei
11. Ertu oft eirðarlaus og óþolinmóð/ur?	❑já	❑nei
12. Viltu heldur vera heima en fara og fást við eitthvað nýtt?	❑já	❑nei
13. Hefurðu oft áhyggjur af framtíðinni?	❑já	❑nei
14. Finnst þér minni þitt verra en minni flestra jafnaldra þinna?	❑já	❑nei
15. Nýturðu lífsins þessa dagana?	❑já	❑nei
16. Ertu oft niðurdregin/n eða döpur/dapur?	❑já	❑nei
17. Finnst þér þú vera einskis nýt/ur þessa dagana?	❑já	❑nei
18. Hefurðu áhyggjur af því sem liðið er?	❑já	❑nei
19. Finnst þér tilveran spennandi?	❑já	❑nei
20. Er erfitt að byrja á nýjum verkefnum?	❑já	❑nei
21. Finnst þér þú vera full/ur orku?	❑já	❑nei
22. Finnst þér aðstæður þínar vera vonlausar?	❑já	❑nei
23. Finnst þér flestir hafa það betra en þú?	❑já	❑nei
24. Leyfirðu smámunum oft að koma þér úr jafnvægi?	❑já	❑nei
25. Ertu oft gráti nær?	❑já	❑nei
26. Áttu erfitt með að einbeita þér?	❑já	❑nei
27. Ertu oftast í góðu skapi þegar þú ferð á fætur á morgnana?	❑já	❑nei
28. Forðastu að fara út á meðal fólks?	❑já	❑nei
29. Áttu auðvelt með að taka ákvarðanir?	❑já	❑nei
30. Hugsarðu eins skýrt og áður?	❑já	❑nei

Stutta útgáfa GDS spurningalistans samanstendur af eftirfarandi spurningum: 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 21, 22 og 23.

Mynd 1. *Geriatric Depression Scale (GDS) á íslensku.*

Efniviður og aðferðir

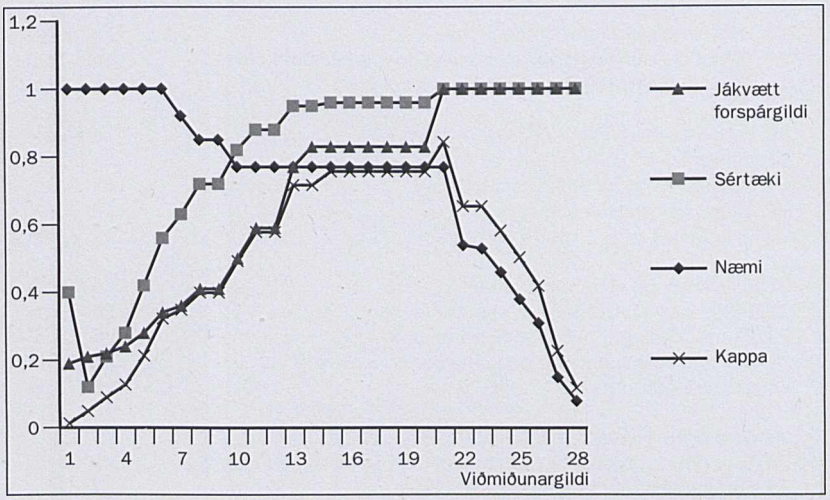
Fyrir liggur leyfi höfundar (Yesavage) til þýðingar GDS spurningalistans úr upprunalegu ensku útgáfunni á íslensku. Tvær eldri þýðingar voru til hliðsjónar, önnur gerð af Jóni Eyjólfi Jónssyni öldrunarlækni og hin af Birni Einarssyni öldrunarlækni. Nýja þýðingin (mynd 1) var þýdd aftur yfir á ensku og sú þýðing borin saman við upprunalegu ensku útgáfuna. Merking spurninganna í endurþýdda listanum reyndist sambærileg merkingu spurninga í upprunalegu bandarísku útgáfunni og voru engar breytingar gerðar á þýðingunni.

Einstaklingar fæddir 1933 eða fyrr voru valdir til þátttöku í rannsóknina. Við val aldraðra til þátttöku var haft í huga breitt notkunarsvið GDS. Sjúklingum á legudeildum öldrunarlækningadeilda, öldruðum sjúklingum með þunglyndisgreiningu sem voru inni á geðdeild og öldruðum úti í þjóðfélaginu var boðið að taka þátt í rannsókninni. Fjöldi þátttakenda var 71 en

Tafla I. *Yfirlit yfir þátttakendur.*

	Fjöldi	Aldur ± SD	Konur %	MMSE meðaltal	Fjöldi þunglyndra
Sjúklingar á öldrunardeild	5	77,8 ± 5,5	60	26	0
Ferlisjúklingar á öldrunardeild	18	78,5 ± 6,6	78	26	3
Sjúklingar á geðdeild	8	74,5 ± 4,9	63	25	8
Aldraðir úti í þjóðfélaginu	39	73,1 ± 4,6	56	28	2
Alls	**70**	**75,0 ± 5,7**	**60**	**27**	**13**

SD = staðalfrávik; MMSE = Mini Mental State Examination

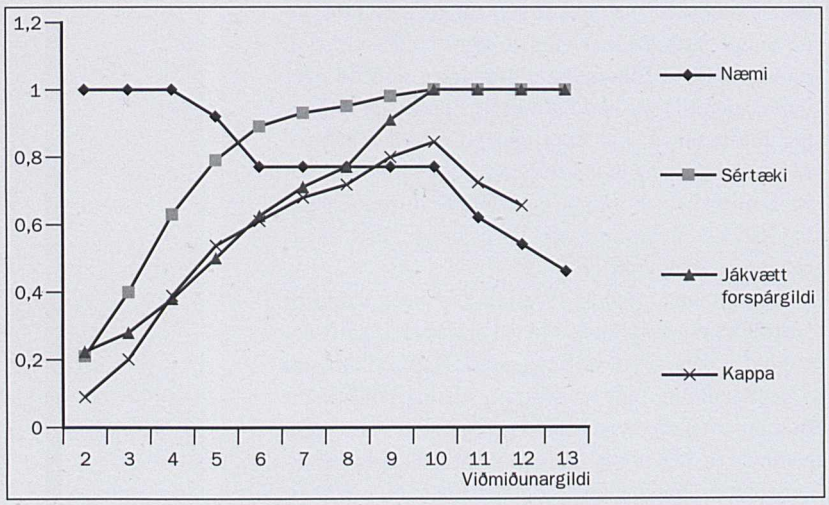


Mynd 2. *Grunnur að vali viðmiðunargildis fyrir þunglyndi.*

niðurstöður eins þátttakanda voru ekki hafðar með í útreikningum, vegna þess að hann hafði sleppt að svara fimm af 30 spurningum á listanum. Í heild slepptu 14 einstaklingar að svara alls 23 spurningum. Svör þeirra sem slepptu úr þremur spurningum eða færri voru með í útreikningum og var þá sett inn meðaltal svara við viðkomandi spurningu. Hærra hlutfall þunglyndra sleppti spurningum (31%) en þeirra sem ekki voru þunglyndir (14%). Engri einni spurningu var sleppt framar annarri. Varðandi samsetningu úrtaks vísast í töflu I.

Mynd 3. *Grunnur að vali viðmiðunargildis fyrir þunglyndi (stutta útgáfa GDS).*

Við staðfærsluna var einstaklingurinn beðinn að



krossa við viðeigandi svör á GDS spurningablaðinu. Á blaðinu er einstaklingurinn beðinn að fylla út miðað við líðan sína síðustu vikuna. Viðtal var tekið sama dag og spurningalistanum var svarað. Í viðtalinu var spyrjanda (MV) ókunnugt um niðurstöðu úr spurningalistanum. Ef einstaklingurinn gat ekki svarað GDS listanum vegna sjón- eða hreyfiskerðingar var annar aðili fenginn til aðstoðar og las hann þá spurningarnar fyrir viðkomandi og merkti við. Í þremur tilvika var GDS spurningalistinn lagður fyrir eftir viðtalið af MV.

Í um það bil klukkustundarlöngu viðtali var beðið um upplýsingar varðandi ýmis almenn atriði svo sem aldur, fyrri störf og fjölskyldustærð. MMSE (Mini Mental State Examination) próf var lagt fyrir í byrjun viðtals, en einstaklingar sem fengu innan við 23/30 á MMSE voru ekki taldir hæfir í rannsóknina. Markgildið 23 á MMSE var valið samkvæmt rannsókn sem gerð var 1986 (11) sem sýndi að viðmiðunargildið 24 (12) ætti ekki við á íslenskri þýðingu MMSE heldur 23 hjá öldruðum (13). Við rannsóknina var notaður þunglyndishluti CIDI-a geðgreiningarviðtals sem gefur greiningu samkvæmt ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision), og DSM III (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3. útgáfa). Um er að ræða beinar spurningar sem lagðar eru fyrir af spyrli. Um 30 mínútur tekur að leggja þann hluta fyrir. Öll viðtölin voru tekin af einum greinarhöfunda (MV), sem lagði auk þess klínískt mat á þunglyndi einstaklinganna. Fullt samræmi var á milli CIDI-a greininga og klínísks mats. Hluti sjúklinganna var á geðdeild og voru sérfræðigreiningar til staðar þar. Hjá einum sjúklingi var einungis stuðst við greiningu sérfræðings á geðdeild, auk klínísks mats í viðtali, en ekki gert CIDI-a, því einstaklingurinn treysti sér ekki í langt viðtal.

Fengið voru tilskilin leyfi hjá siðanefnd Landspítalans, siðanefnd Sjúkrahúss Reykjavíkur og tölvunefnd.

Við staðtölulega úrvinnslu gagna var gerð atriðagreining, þar sem reiknaður var Cronbachs alfa stuðull og fylgnistuðlar (item total statistic). Við útreikninga á viðmiðunargildi (cutoff) til að greina á milli þunglyndra og ekki þunglyndra var fyrir hvert gildi reiknað kappa, næmi, sértæki og jákvætt forspárgildi. Það viðmiðunargildi sem gaf bestu niðurstöðurnar á þessum breytum var valið sem viðmiðunargildi fyrir þunglyndi.

Niðurstöður

Niðurstaða úr viðtali og spurningalista gáfu sambærilegar niðurstöður með tilliti til þunglyndis (mynd 2). Viðmiðunargildi til mats á því hvenær þunglyndi sé til staðar var valið 13/14 vegna hagstæðra gilda á næmi, sértæki, jákvæðu forspárgildi og kappa. Fyrir stutta form GDS fékkst einnig gott samræmi við niðurstöður úr viðtali (mynd 3) og er gildi á sömu breytum fyrir

stutta listann svipað þegar viðmiðunargildi er valið 7/8. Þannig eru báðir listarnir sambærilegir varðandi næmi og sértæki. Crohnbachs alfa stuðull, sem mælir áreiðanleika innra samræmis listans, var 0,92 sem er svipað og í bandarísku útgáfunni þar sem Crohnbachs alfa var 0,94. Til að kanna hvort atriðin væru líkleg til að mæla það sama var fylgni hvers atriðis við heildareinkunn spurningalistans reiknuð (item total statistic). Meðaltalsfylgnin var 0,53 sem er aðeins hærra en í upphaflegu rannsókninni þar sem meðaltalsfylgni var 0,36. Þunglyndir voru 13, þar af greindust sjö með meðalalvarlegt þunglyndi og sex með alvarlegt þunglyndi.

Umræða

Tilgangur rannsóknarinnar var að þýða, staðfæra og gera réttmætisathugun á langa og stutta formi GDS spurningalistans. Niðurstöður okkar sýna að báðar útgáfur listans eru áreiðanlegur og gildur mælikvarði á þunglyndi aldraðra Íslendinga. Í okkar útgáfu er viðmiðunargildið 13/14, þannig benda 14 eða fleiri þunglyndisleg svör á spurningalistanum til þess að þunglyndi sé til staðar. Til samanburðar voru í upprunalegu bandarísku útgáfunni tvö viðmiðunargildi, 10/11 og 13/14 og töldust þeir sem fengu 11-13 vera með væg þunglyndiseinkenni, en þeir sem fengu meira en 14 töldust vera með þunglyndi (3). Í okkar rannsókn greinast einstaklingarnir annars vegar með meðalalvarlegt eða alvarlegt þunglyndi og hins vegar án þunglyndis, en engir þátttakenda greinast með vægt þunglyndi. Möguleg skýring á þessu er sú að stór hluti aldraðra sem ekki fengu þunglyndisgreiningu voru á þunglyndislyfjameðferð, eða alls 13 einstaklingar. Þessir einstaklingar hefðu ef til vill mælst með þunglyndi hefðu þeir ekki verið á lyfjum og hefði þá fengist meiri breidd í niðurstöðunum.

Hér var valið að leggja spurningalistann fyrir aldraða á stofnunum og aldraða sem búa úti í þjóðfélaginu. Mikilvægt er að hafa í huga að hér er verið að bera saman tvær greiningaraðferðir, það er hæfni aðferðanna til að finna þunglyndi hjá einum og sama einstaklingi. Því er ekki aðalatriði hvort úrtakið sé að öllu leyti dæmigert fyrir aldraða á Íslandi, heldur hvernig aðferðunum tekst að meta einstaklinginn. Í upphaflegu bandarísku rannsókninni voru neðri aldursmörk 55 ár, en á Íslandi fellur sá aldur ekki undir hugtakið „aldraðir“. Við völdum að miða við 65 ár frekar en 55 eða 67 ár því þótt ellilífeyrir sé veittur frá 67 ára aldri á Íslandi er sú tala pólitískt ákvörðuð og getur verið breytingum háð. Í rannsókninni var elsti þátttakandinn 87 ára. Hér er ekki er verið að sannprófa nýjan spurningalista heldur að staðfæra lista sem hefur þegar verið mikið rannsakaður. Þar sem niðurstöður okkar eru sambærilegar við niðurstöður erlendra rannsókna teljum við að staðfærsla með 70 manns gefi raunhæfa mynd af spurningalistanum hérlendis.

Stutti listinn er þægilegri í notkun vegna minna umfangs og bendir rannsóknin til að hann sé jafn áreiðanlegur og sá langi. Hins vegar er ekki hægt að mæla með notkun styttri útgáfunnar út frá niðurstöðum þessarar rannsóknar því langa útgáfan var lögð fyrir og því ekki hægt að útiloka að þátttkendur hefðu svarað öðruvísi ef þeir hefðu einungis haft þær 15 spurningar sem stutta útgáfan samanstendur af. Hafa verður í huga að spurningalistinn gefur ekki endanlega greiningu heldur vísbendingu um það hvort þunglyndi sé til staðar. Bandaríska útgáfa GDS spurningalistans hefur verið notuð til að fylgja eftir þunglyndismeðferð (5) og mætti einnig nota íslensku útgáfuna í sama tilgangi, en sem fyrr segir hefur vantað hentugt tæki hjá þessum aldurshópi til að meta hvort þunglyndismeðferð sé að bera árangur.

Í ljósi þess að þunglyndislyf eru mikið notuð hérlendis, mælum við með því að þeir sem veita öldruðum þunglyndismeðferð noti GDS spurningalistann til að fylgja meðferðinni eftir. Rétt er að mæla með frekari athugun á stuttu útgáfu GDS til að kanna hvort hún sé sambærileg löngu útgáfunni. Einnig væri rétt að framkvæma íslenska rannsókn þar sem spurningalistinn væri notaður til að fylgja eftir þunglyndismeðferð.

Þakkir

Starfsfólki Landakotsspítala, Landspítalans og Skógarbæjar er þökkuð veitt aðstoð við framkvæmd rannsóknarinnar. Birni Einarssyni öldrunarlækni eru færðar sérstakar þakkir fyrir veitta aðstoð við þýðingu. Neil McMahon M.A. er þökkuð endurþýðing á íslenskri þýðingu GDS yfir á ensku og Eiríki Líndal sálfræðingi er þökkuð aðstoð við CIDI-a tölvuforrit. Vísindasjóði Landspítalans er þakkaður fjárhagslegur stuðningur. Þeim eldri borgurum sem tóku þátt í rannsókninni er þakkað sérstaklega.

Heimildir

1. Helgason T. The epidemiology of depressions. Nord Psykiatr Tidsskr 1990; 44: 3-12.
2. Magnuson H. Mental health of octogenarians in Iceland. An epidemiological study. Acta Psychiatr Scand 1989; Suppl. 349: 1-112.
3. Hughes D, Morris D, McGuire A. The cost of depression in the elderly. Effects of drug Therapy. Drugs Aging 1997; 10: 59-68.
4. Katona CLE. Depression in old age. New York: Wiley Liss; 1994: 16-41.
5. Helgason T, Magnússon E, Ólafsdóttir H, Sigurjónsson JS, Thorlacius S, Sigfússon E. Notkun geðdeyfðarlyfja og þunglyndisraskanir. Læknablaðið 1999; 85/Fylgirit 38: 17-9.
6. Yesavage J, Brink TL, Rose TL, Owen L, Huang V, Huang V, et al. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. J Psychiatr Res 1983; 17: 37-49.
7. Rosen J, Rogers JC, Marin RS, Mulshant BH, Shahar A, Reynolds CF 3rd. Control-relevant intervention in the treatment of minor and major depression in a long-term care facility. Am J of Geriatr Psychiatry 1997; 5: 247-57.
8. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS) Recent Evidence and Development of a Shorter Version. Clin Gerontol 1986; 5: 165-72.
9. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. Int Psychogeriatr 1996; 8: 103-12.
10. McGivney SA, Mulvihill M, Taylor B. Validating the GDS de-

pression screen in the nursing home. J Am Ger Soc 1994; 42: 490-3.
11. Tómasson K. Athugun á glöpum hjá öldruðum og áfengissjúklingum með auðveldu stöðluðu prófi borin saman við mat starfsfólks. Læknablaðið 1986; 72: 246-59.
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.
13. Snædal JG, Guðmundsson G, Jónsson JE. Faraldsfræðileg rannsókn á vitrænni getu aldraðra á tveimur aðskildum svæðum á Íslandi. Læknablaðið 1997; 83: 646-53.

ZOMIG® Zeneca
Töflur: N 02 CC 03.
Hver tafla inniheldur: Zolmitriptanum INN 2,5 mg eða 5 mg.
Eiginleikar: Zolmitriptan er sérhæft örvandi efni fyrir 5-HT1D viðtaka í æðum. Áhrif fást innan 1 klst. frá lyfjagjöf og endurspeglast í linun á höfuðverk og öðrum mígrenieinkennum eins og ógleði, ljósfælni og hljóðfælni. Zolmitriptan frásogast hratt og vel (a.m.k. 64%) eftir inntöku og hefur matur ekki áhrif á frásog.
Ábendingar: Bráð meðferð á mígreni með eða án fyrirboða (auru).
Frábendingar: Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Háþrýstingur og vægur ómeðhöndlaður háþrýstingur. Kransæðastífla. Blóðþurrðar hjartasjúkdómar eða einkenni um slíkt. Kransæðaherpingur (Prinzmetals angina). Útlægir æðakrampasjúkdómar. Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda ergotamín eða afleiður þess, súmatriptan, naratriptan eða aðra 5-HT1D viðtaka örva. Sjúkdómar sem tengjast blóðæðum eða blóðnæringu heila eða saga um skammvinna heilablóðþurrð (TIA). Kreatínín klerans < 15 ml/mín.
Varúð: Lyfið á einungis að nota þegar greining á mígreni hefur verið staðfest og aðrir hugsanlegir alvarlegir taugasjúkdómar útilokaðir. Zomig á ekki að nota við helftarlömunar-, heilastofns- eða sjónlömunarmígreni. Lyfið skal ekki gefa sjúklingum með Wolff-Parkinson-White heilkenni eða hjartsláttartruflanir sem orsakast af annars konar aukaleiðslubrautum í hjarta.
Meðganga: Lyfið skal eingöngu nota á meðgöngu ef kostir þess réttlæta hugsanlega áhættu af notkun þess fyrir fóstrið. Dýratilraunir benda ekki til að lyfið valdi vansköpun.
Brjóstagjöf: Ekki er vitað um útskilnað lyfsins í móðurmjólk, og skal því gæta varúðar þegar lyfið er gefið konum með börn á brjósti. Til að draga úr áhrifum á barnið skal forðast að gefa barni brjóst innan 24 klst. eftir inntöku á Zomig.
Aukaverkanir: Aukaverkanir eru venjulega vægar, tímabundnar, ekki alvarlegar og hætta sjálfkrafa án sérstakrar meðferðar.
Algengar (>1%): *Almennar:* Þróttleysi, þyngslatilfinning í útlimum. Herpingstilfinning í hálsi, koki, útlimum og brjósti. *Miðtaugakerfi:* Sundl, svefnhöfgi, hitatilfinning, truflun á húðskyni. *Meltingarfæri:* Ógleði, munnþurrkur. *Stoðkerfi:* Vöðvaslappleiki, vöðvaþrautir. **Sjaldgæfar (<1%):** *Almennar:* Þyngslatilfinning í brjósti og hálsi. Þrýstingstilfinning í koki, kjálka, hálsi og brjósti. *Hjarta- og æðakerfi:* Hraðtaktur, hjartsláttarónot, væg blóðþrýstingshækkun. Sum einkennin geta verið hluti af mígrenikastinu.
Milliverkanir: Ekki skal taka Zomig innan 24 klst. frá því að lyf sem inniheldur ergotamín er tekið vegna aukinnar hættu á herpingi í kransæðum. Einnig skal ekki taka lyf sem inniheldur ergotamín innan 6 klst. frá því að Zomig er tekið. Sjúklingar sem taka móklóbemíð sem er sérhæfður mónóamínoxídasa-A hemill, skulu ekki taka meira en 5 mg af Zomig á sólarhring. Ef móklóbemíð er tekið í hærri skömmtum en 150 mg tvisvar á dag, skal ekki gefa þessi tvö lyf samtímis. Samtímis meðhöndlun með címetidíni tvöfaldar helmingunartíma Zomig og því skal hámarksdagskammtur Zomig ekki vera meiri en 5 mg.
Skammtastærðir handa fullorðnum: Ráðlagður dagsskammtur er 2,5 mg. Lyfið skal taka við fyrstu einkenni mígrenihöfuðverkjar, en getur verkað þótt það sé tekið síðar. Ef ekki fæst fullnægjandi árangur eða einkenni koma aftur innan 24 klst. má taka annan skammt, en þó ekki innan 2 klst. frá upphafsskammti. Ef upphafsskammtur hefur engin áhrif á mígrenikastið er ólíklegt að annar skammtur hafi áhrif á sama kast. Endurtekin köst má meðhöndla með 5 mg skömmtum hafi 2,5 mg ekki gefið fullnægjandi árangur. Heildardagsskammtur skal ekki vera meiri en 10 mg og lyfið skal ekki tekið oftar en tvisvar á sólarhring. *Aldraðir (yfir 65 ára):* Ekki hafa verið færðar sönnur á öryggi og verkun Zomig hjá öldruðum og því er ekki mælt með notkun þess. *Sjúklingar með vanstarfsemi lifrar:* Mælt er með að sjúklingar með alvarlega vanstarfsemi taki ekki meira en 5 mg af Zomig á sólarhring.
Skammtastærðir handa börnum og unglingum: Ekki hafa verið færðar sönnur á öryggi og verkun Zomig hjá börnum og unglingum, og því ekki mælt með notkun þess.
Pakkningar og verð (Apríl 2000):
Töflur 2,5 mg (þynnupakkað): 3 stk. 2.849,-; 6 stk. 5.061,-; 18 stk. 12.770,-.
Töflur 5,0 mg (þynnupakkað): 6 stk. 5.544,-; 18 stk. 14.425,-.
Greiðslufyrirkomulag: E nema 18 stk.: 0
Afgreiðslutilhögun: Lyfseðilsskylt lyf.

Sjá ítarlegri upplýsingar um lyfið í Sérlyfjaskrá.

Umboð á Íslandi:
Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.
Upplýsingar veitir AstraZeneca, sími: 535-7151, fax: 565-7366.



Skerðir mígreni lífsgæði 27.521 manns hér á landi?*

„Hvimleiður förunautur"

EFLIR / HNOTSKÓGUR

„Sennilega er enginn hópur fólks jafn misskilinn, ranglega sjúkdómsgreindur og vanmeðhöndlaður eins og þeir sem þjást af mígreni." **Mígreni herjar gjarnan á þá sem eru á besta aldri og virkir í atvinnulífinu. Óbeinn kostnaður samfélagsins vegna sjúkdómsins er því mun meiri en beinn kostnaður.

Zomig® hefur best aðgengi allra lyfja í triptan-lyfjaflokknum og er því gefið í lægri skömmtum. Lyfið er í töfluformi, 2,5 mg og 5 mg. Ábendingar: Bráð meðferð á mígreni, með eða án fyrirboða (aura). *(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)*





AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Heimild byggð á Info från Läkemedelsverket 3:99 og upplýsingum Hagstofu Íslands um fjölda Íslendinga 1. des. sl. **Dr. Seymour Diamond, Newsweek 11. jan. 1999.

Ágrip erinda og veggspjalda

Frá ráðstefnu á vegum Samtaka um krabbameinsrannsóknir á Íslandi, haldin á læknadögum 21. og 22. janúar 2000

ERINDI

E 01 Sómatískar erfðaefnisbreytingar í ættlægum og sporadískum brjóstaæxlum

Sigurður Ingvarsson, Bjarnveig Ingibjörg Sigbjörnsdóttir, Bjarni Agnar Agnarsson, Rósa Björk Barkardóttir, Valgarður Egilsson

Frá Rannsóknastofu HÍ í meinafræði

Við höfum sýnt fram á að ákveðnar litningabreytingar í brjóstaæxlum einstaklinga með kímlínubreytingar í BRCA1 eða BRCA2 genum eru mun tíðari en í sporadískum brjóstaæxlum. Brca1 og Brca2 prótín taka þátt í viðgerðarferli á tvíþátta DNA skemmdum og skýrir þetta uppsöfnun litningabreytinga ef um stökkbreytingar er að ræða í prótínunum. Einnig kemur fram munur á litningabreytingum í æxlum einstaklinga með BRCA1 eða BRCA2 kímlínubreytingar. Efniviðurinn, rannsakaður með 111 microsatellite erfðamörkum dreifðum um erfðamengið, var 49 brjóstaæxli frá einstaklingum með BRCA2 999del5 kímlínubreytingu í samanburði við 152 sporadísk brjóstaæxli. Sérstök áhersla var lögð á litningasvæði 3p, 6q og 8p. Í öllum tilfellum greindust tíðari úrfellingar í BRCA2 999del5 æxlum í samanburði við sporadísk æxli, eða 66%/29% á 3p, 75%/37% á 6q og 78%/50% á 8p. Mynstur breytinga á litningunum var frábrugðið í BRCA2 999del5 æxlum og sporadískum æxlum, það er almennt náðu breytingarnar til stærri svæða á litningunum í BRCA2 999del5 æxlum. Úrfellingar á litningasvæðum 3p, 6q og 8p greindust oft í sömu æxlum, ásamt öðrum einkennandi úrfellingum, og almennt hafa þessi æxli óstöðugt erfðamengi, bæði æxli frá BRCA2 999del5 einstaklingum og sporadísk æxli. Lifun sjúklinga með úrfellingar á 3p, 6q eða 8p var styttri en sjúklinga án úrfellinganna. Með fjölbreytugreiningu var í öllum tilfellum sýnt fram á óháða áhættuþætti; RR=3,6 fyrir 3p; 2,0 fyrir 6q og 1,9 fyrir 8p. Við ályktum að litningasvæði 3p, 6q og 8p beri æxlisbæligen og að skert starfsemi þeirra hafi áhrif á æxlisvöxt í brjóstum, einkum í einstaklingum sem bera BRCA2 999del5 kímlínubreytinguna.

E 02 Skimun fyrir BRCA1 og BRCA2 kímlínubreytingum í dönskum brjóstakrabbameinssjúklingum

Jón Þór Bergþórsson[1,2], Winther K[1], Fenger K[1], Niebuhr A[1], Klausen S[3], Borg A[4], Nielsen KW[1], Harboe TL[1], Rósa Björk Barkardóttir[2], Ejlertsen B[5], Niebuhr E[1]

Frá [1]Dpt. Medical Genetics, Institute for Medical Biochemistry & Genetics, Copenhagen University, Denmark, [2]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði, [3]Dpt. of Anatomy & Pathology, Herlev Hospital, Denmark, [4]Dpt. of Oncology, University Hospital of Lund, Sweden, [5]Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG), Denmark

Arfgengt brjóstakrabbamein hefur aðallega verið tengt tveimur genum, BRCA1 og BRCA2, og er talið að kímlínubreytingar í þessum genum skýri um 3-10% af öllum brjóstakrabbameinstilfellum sem greinast á Vesturlöndum. Í þessari rannsókn var erfðaefni úr 119 dönskum konum sem greindar voru ungar (<45 ára) með illkynja brjóstakrabbamein skimað fyrir stökkbreytingum í BRCA1 og BRCA2. Allir sjúklingarnir höfðu greinst með fleiri en eitt frumæxli sem auk lágs greiningaraldurs er einkenni ættlægs brjóstakrabbameins. Tilgangur rannsóknarinnar var að meta tíðni og breidd (spectrum) stökkbreytinga í þessum sérvalda efniviði og kanna tengsl þeirra við meingerð og fjölskyldusögu um krabbamein. Fjörutíu og níu mismunandi basabreytingar fundust og af þeim voru 19 líklegar til að vera sjúkdómsvaldandi. Í sjúklingahópnum voru 24 arfberar slíkra breytinga (20%). Þrettán voru með stökkbreytingu í BRCA1 (11%) og 11 með BRCA2 stökkbreytingu (9%). Lítill munur virtist vera á tíðni breytinga í hópi sjúklinga með krabbamein í báðum brjóstum (bilateral) og hins vegar konum með fleiri en eitt frumæxli í sama brjósti (multicentric). Brjósta- og eggjastokkakrabbamein í fyrsta stigs ættingjum reyndist áberandi bundið við arfbera. Tvær stökkbreytingar fundust í fleiri en einum sjúklingi og voru þær báðar í BRCA1 geninu. Önnur þessara breytinga (del2954C) hefur einnig fundist í hárri tíðni í Svíþjóð en hin (C1697R) er bundin dönskum fjölskyldum. Í framhaldinu er fyrirhugað að skima fyrir breytingunum sem fundust í þessari rannsókn í stærri hópi ungra brjóstakrabbameinssjúklinga (n=1400) til þess að fá betra mat á tíðni og athuga samband mismunandi stökkbreytinga við meingerðar- og meðferðarþætti í Danmörku.

E 03 Genetic defects in lobular breast cancer

Chen Huiping, JR Sigurgeirsdóttir, Jón Gunnlaugur Jónasson, Bjarni Agnar Agnarsson, Bjarnveig Ingibjörg Sigbjörnsdóttir, Jónína Þ. Jóhannsdóttir, Valgarður Egilsson, Sigurður Ingvarsson

Frá Rannsóknastofu HÍ í meinafræði

We have studied a set of 40 human lobular breast cancers for loss of heterozygosity (LOH) at various chromosome locations and for mutations in the coding region plus flanking intron sequences of the E-cadherin gene. We have also investigated 55 lobular breast tumours for deletions at the FHIT gene and for the level of Fhit expression by immunohistochemical detection. We found a high frequency of LOH (100%) at 16q21-22.1. A significantly higher level of LOH was detected in ductal breast tumours at chromosome arms 1p, 3p, 9p, 11q, 13q and 18q compared to lobular breast tumours. Furthermore, we found a significant association between LOH at 16q containing E-cadherin locus and lobular histological type. Six different somatic mutations were detected in the E-cadherin gene, of which three were insertion, two deletions and one splice site mutation. Mutations were found in combination with LOH of wild type E-cadherin locus and loss or reduced E-cadherin expression detected by immunohistochemistry. Deletions within the FHIT gene have been found in 16% of lobular breast tumours.

Fungoral®

ketókónazól

Áhrifaríkt lyf við flösu, flösueksemi og litbrigðamyglu!



Mild ilmefnalaus sápa á húð og hár

Fungoral Janssen-Cilag
SÁPA; D 01 A C 08 **UE**

1 ml inniheldur: Ketoconazolum INN 20 mg, Natrii laurylaethersulfas, Dinatrii monolaurylaethersulfosuccinas, Kókoshnetufitusýrudíetanólamín, Laurdimonoium hýdrólýserað dýracollagen, Macrogolum 120 metýlglúkósudíóleat, Imidurea, Acidum hydrochloricum, Natrii hydroxium, Natrii chloridum, litarefni, Aqua purificata ad 1 ml.

Eiginleikar: Sveppalyf af ímídazól-flokki. Er virkt gegn flestum candida stofnum auk ýmissa annarra sveppa-tegunda, þar með talið húðsveppa eins og Tricophyton, Epidermophyton, Microsporum og pityriasis versicolor. Áhrif á flösuexem eru talin stafa af áhrifum á pityrosporum ovale við staðbundna meðferð. Lyfið frásogast ekki, jafnvel eftir langtímanotkun ketókónazóls.

Ábendingar: Sýkingar í húð þar sem gersveppurinn pityrosporum ovale er til staðar, eins og litbrigðamygla (pityriasis versicolor), flasa með bólgu í hársverði (seborrhoeic dermatitis) og almenn flasa.

Frábendingar: Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins.

Varúð: Forðist að sápan berist í augu. Ef það gerist á að skola augun vandlega með vatni.

Aukaverkanir:

Algengar (>1%): *Húð:* Staðbundin erting. Þurr stökk hár. Lítils háttar hárlos.

Sjaldgæfar (<0,1%): *Húð:* Upplitun hárs. Snertiofnæmi.

Einstaka sinnum hefur verið greint frá upplitun á hári, aðallega gráu, lituðu og permanent hári.

Ofskömmtun:

Sápa: Ef sápan er tekin inn fyrir slysni skal veita stuðningsmeðferð. Til að forðast að sápan berist í lungu (aspiration) skal hvorki framkalla uppsölu né gera magaskolun.

Notkun (bæði hjá fullorðnum og börnum):

Sápa: Þvoið hárið með sápunni og látið hana liggja á í 3-5 mín. áður en skolað er.

Litbrigðamygla (Tinea veriscolor): Sápan notist daglega í mest 5 daga.

Flasa með bólgu í hársverði og almenn flasa: Sápan notist tvisvar sinnum í viku í 2-4 vikur og síðan eftir þörfum. Til þess að koma í veg fyrir að einkenni versni aftur eftir langtíma meðferð með útvortis sterum er mælt með því að vægur steri sé notaður að morgni og Fungoral sápa að kvöldi og draga síðan úr sterameðferðinni smám saman á 2-3 vikum.

Pakkningar og verð 1. apríl 2000:
Sápa 20 mg/g: 60 ml kr. 1.260; 120 ml kr. 2.361.

Heimilt er að selja takmarkað magn lyfsins í formi sápu í lausasölu, ef hlítt er gildandi fyrirmælum þar að lútandi, sbr. ákvæði í viðauka 4 við reglugerð nr. 421/1988 um gerð lyfseðla og ávísun lyfja, afgreiðslu þeirra og merkingu.

60 ml fást án lyfseðils í apótekum

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

JANSSEN-CILAG

Þarft þú skjóta og öfluga verkun gegn frjóofnæmi?

Livostin®

(levókabastín)

Augndropar og nefúði

Staðbundin meðferð við ofnæmisbólgum í nefi og augum.

Fæst nú án lyfseðils

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

JANSSEN-CILAG

Livostin (Janssen-Cilag,) ; NEFÚÐALYF (50 míkróg/skammt) ; R 01 A C 02 AUGNDROPAR (0.5 mg7ml) ; S 01 G X 02 U E

Eiginleikar: Levókabastín er histamínblokkari (H1-blokkari) með sérhæfa, kröftuga og langa verkun. Verkun lyfsins byrjar innan 15 mínútna og stendur í margar klukkustundir.

Ábendingar: Ofnæmisbólgur í nefi og augum.

Frábendingar: Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins.

Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið veldur fósturskemmdum í dýratilraunum og ætti því ekki að nota á meðgöngutíma. Lyfið skilst út í móðurmjólk, en áhrif á barnið eru ólíkleg við venjulega skömmtun.

Aukaverkanir: Tímabundin erting í nefi strax eftir gjöf lyfsins er algeng (um 5% sjúklinga). Tímabundin erting í augum, strax eftir gjöf lyfsins er algeng (um 16% sjúklinga). Þreyta kemur fyrir. Ofnæmi hefur í einstaka tilvikum komið fram.

Milliverkanir: Engar þekktar.

Varúð: Varúðar skal gæta hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Lyfið (nefúði) getur, hjá vissum sjúklingum skert viðbragðsflýti og þar með hæfileikann að stjórna vélum og ökutækjum.

Skammtastærðir handa fullorðnum: Nefúði: Venjulegir skammtar eru 2 úðaskammtar í hvora nös tvisvar á dag. Hver úðaskammtur inniheldur nálægt 50 míkróg af levókabastíni. Halda má meðferð áfram eins lengi og þörf krefur. Sjúklingurinn á að snýta sér vel áður en lyfinu er úðað, með höfuð í uppréttri stöðu, og anda skal inn gegnum nefið á meðan. Augndropar: Venjulegir skammtar eru 1 dropi í hvort auga tvisvar á dag. Náist ekki tilætlaður árangur má auka skammta í 1 dropa í hvort auga fjórum sinnum á dag. Hver dropi inniheldur u.þ.b. 15 míkróg af levókabastíni.

Skammtastærðir handa börnum: Venjulegir skammtar handa börnum eru þeir sömu og handa fullorðnum.

Pakkningar og verð 1.4.2000: 150 skammta nefúðastaukur (15 ml) - 2.126 kr; (15 mlx2) - 3.218 kr, augndropar (4 ml) - 1.499 kr.

A significant association was found between LOH at the FHIT gene and ductal histological type compared to lobular breast tumors. To determine whether the genomic alteration of the FHIT gene leads to Fhit inactivation we have assessed the level of Fhit expression and detected that 28% of lobular tumours showed negative or reduced Fhit expression. A significant association was found between LOH at the FHIT gene and reduced Fhit expression. We conclude that LOH at 16q is the most frequent chromosome alteration; E-cadherin is a typical tumour suppressor gene in lobular breast cancer and genetic alterations within FHIT gene leading to loss of Fhit proteins may play an important role in carcinogenesis of a significant number of sporadic lobular breast cancers.

E 04 **Líffræðileg svipgerð æxla og horfur í brjóstakrabbameini**

Helga M. Ögmundsdóttir, Kristján Skúli Ásgeirsson, Þórarinn Guðjónsson, Ingibjörg Guðmundsdóttir

Frá rannsóknastofu í sameinda- og frumulíffræði, Krabbameinsfélagi Íslands

Lifun brjóstakrabbameinssjúklinga á Íslandi er góð, fimm árum eftir greiningu eru 79% sjúklinga á lífi og 10 árum eftir greiningu 63%. Eigi að síður hefur sjúkdómurinn mjög hraðan gang í litlum hluta sjúklinganna og hjá öðrum tekur sjúkdómurinn sig upp aftur mörgum árum eftir greiningu. Geta brjóstakrabbameinsæxli þannig legið í dvala lengur en flest önnur krabbamein. Ýmis skilmerki hafa verið notuð til að meta vaxtarhraða, þroskastig og dreifingarhæfni æxlanna svo sem æxlisstærð, tilvist eitlameinvarpa, hvort æxlið hefur viðtaka fyrir östrógeni og prógesteróni, hlutfall frumna í S-fasa frumuhrings. Æxli sem ofurtjá vaxtarþáttaviðtakann ErbB (HER2) eða bera stökkbreytingu í æxlisbæligeninu p53 hafa hraðan sjúkdómsgang. Hér verður sagt frá þremur aðskildum rannsóknum á líffræðilegri svipgerð brjóstakrabbameinsæxla og tengslum við skammtíma- og langtímahorfur. Í fyrstu rannsókninni (108 sjúklingar greindir 1990-1994), var sýnt fram á að algjört tap á tjáningu samloðunarprótínsins E-cadherin tengdist því að sjúkdómurinn tók sig fljótlega upp aftur hjá eitlaneikvæðum sjúklingum. Munurinn var orðinn greinilegur eftir 20 mánuði (hlutfallsleg áhætta: 5,03). Önnur rannsóknin tók til 48 sjúklinga (greindir 1993 og 1994) og var mæld virkni mettallopróteasa (MMP2) hindra þeirra (TIMP). Æxli sem sýndu MMP virkni og þó sérlega þau sem skorti TIMP virkni reyndust frekar taka sig upp aftur á næstu tveimur til þremur árum eftir greiningu (60% miðað 15% með virk TIMP). Í þriðju rannsókninni var könnuð tjáning á vefjaflokkasameindum í 187 brjóstakrabbameinsæxlum frá árunum 1981-1984. Hér skáru sig úr, meðal þeirra eitlaneikvæðu, sjúklingar með æxli sem sýndu blendna tjáningu af vefjaflokkasameindum. Þeir höfðu marktækt lakari sjúkdómsfría lifun en hinir (hlutfallsleg áhætta 3,42), en þessi munur varð ekki mjög greinilegur fyrr en fimm árum eftir greiningu. Slík æxli eru ósýnileg bæði fyrir T-eitilfrumum og NK-drápsfrumum. Af þessum rannsóknum má draga þá ályktun að breytingar sem hjálpa æxlisfrumunum að losna úr tengslum við nágrannafrumur (tap á E-cadherini) og leiða til aukins niðurbrots á millifrumuefni (lítil TIMP virkni) stuðli að því að æxlið byrji að vaxa ífarandi og mjög virkar æxlisfrumur láti snemma á sér kræla aftur eftir brottnám frumæxlis. Breytingar sem fela æxlisfrumurnar fyrir ónæmiskerfinu leyfa aftur á móti æxlisfrumunum að liggja í friði á mörg ár þar til einhverjar frekari breytingar leiða til þess að þær fara að skipta sér hraðar.

E 05 **Sértæk áhrif brjóstagjafar og barneigna á brjóstakrabbameinsáhættu hjá ungum konum**

Laufey Tryggvadóttir[1], Hrafn Tulinius[1], Trausti Sigurvinsson[1], Jórunn E. Eyfjörð[2]

Frá [1]krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands, [2]rannsóknastofu í sameinda- og frumulíffræði, Krabbameinsfélagi Íslands

Nýlegar rannsóknir benda til þess að samband fæðingarsögulegra áhættuþátta og brjóstakrabbameins sé breytilegt eftir því á hvaða aldri konan greinist með sjúkdóminn. Þetta á meðal annars við um aldur við fæðingu fyrsta barns, barnafjölda og brjóstagjöf. Rannsóknir á sértækum áhrifum áhættuþátta meðal ungra kvenna eru mikilvægar fyrir konur sem eru í aukinni áhættu á að greinast ungar með brjóstakrabbamein, svo sem arfbera BRCA stökkbreytinga. Við athuguðum áhrif barneigna og brjóstagjafar hjá konum sem höfðu svarað heilsusöguspurningum í leitarstöð Krabbameinsfélags Íslands. Úr hópi 80.000 kvenna höfðu 1120 greinst með brjóstakrabbamein á aldrinum 26 til 90 ára, eftir að hafa svarað spurningunum. Fyrir hvert tilfelli voru valin 10 viðmið, pöruð á fæðingarár og ár svars í leitarstöðinni. Í útreikningum var leiðrétt fyrir áhrifum annarra áhættuþátta. Barnsfæðingar voru ekki verndandi hjá konum sem greindust undir fertugu og ef fyrsta barn fæddist eftir 29 ára aldur var hlutfallsleg áhætta í þeim hópi 7,06 (95% öryggisbil: 2,16 til 23,02) miðað við barnlausar konur. Þessarar áhættuaukningar varð ekki vart hjá konum sem greindust 40 ára og eldri. Áhætta lækkaði með aukinni tímalengd brjóstagjafar. Þau áhrif voru sterkust hjá konum sem greindust yngri en 40 ára (hlutfallsleg áhætta var 0,73 (95% öryggisbil: 0,56 til til 0,95). Einnig komu fram verndandi áhrif á öllum aldri af því að hafa einvern tímann haft barn á brjósti, óháð tímalengd. Niðurstöðurnar benda til þess að áhrif barneigna séu önnur hjá konum sem greinast undir fertugu en þeim sem greinast eldri. Þær benda einnig til verndandi áhrifa brjóstagjafar og að tengsl við tímalengd brjóstagjafar séu sterkust hjá konum sem greinast yngri en 40 ára.

E 06 **Hepatocellular carcinoma á Íslandi 1984-1998**

Brynja Ragnarsdóttir[1], Sigurður Ólafsson[2], Jón Gunnlaugur Jónasson[3]

Frá [1]læknadeild HÍ, [2]Sjúkrahúsi Reykjavíkur, [3]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði

Inngangur: Hepatocellular carcinoma (HCC) er eitt algengasta krabbameinið í heiminum. Nýgengi HCC er mjög mismunandi og skýrist það fyrst og fremst af mismunandi tíðni aðaláhættuþátta þess sem eru lifrarbólga B og C, skorpulifur og aflatoxín B_1. Í Norður-Evrópu þar sem nýgengið er lágt (um 5/100.000) hafa um 70% sjúklinga skorpulifur. Aðalmarkmið rannsóknarinnar var að athuga nýgengi hepatocellular carcinoma á Íslandi og skoða áhættuþætti.
Efniviður og aðferðir: Leitað var í tölvuskrám Rannsóknastofu HÍ í meinafræði, meinafræðideild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri og krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands að öllum þeim sem greindust með illkynja æxli upprunnin í lifur á tímabilinu 1984-1998. Þeir sem greindust með HCC voru með í rannsókninni. Ef vafi lék á greiningunni voru vefjasýnin yfirfarin. Upplýsingar voru unnar úr vefjagreiningarsvörum, krufningarskýrslum og sjúkraskrám sjúkrahúsa.

Niðurstöður: Alls greindist 71 einstaklingur með hepatocellular carcinoma á tímabilinu, 51 karl (71,8%) og 20 konur (28,2%). Meðalaldur karla við greiningu var 69,3 ár (18-95) og meðalaldur kvenna 72,9 ár (52-89). Nýgengi á tímabilinu var 1,83/100.000 (0,84-3,34), nýgengi karla var 2,61 en nýgengi kvenna 1,04 (karlar:konur 2,5). Í 54 tilvikum töldust fullnægjandi upplýsingar vera fyrir hendi til að meta ástand lifrar utan æxlis. Í 27 tilvikum (50%) var um lifrarsjúkdóm að ræða, þar af voru 23 (42,6%) með skorpulifur. Algengustu orsakir skorpulifrar hjá þessum sjúklingum voru áfengismisnotkun (30,4%) og hemochromatosis (26,1%).
Ályktanir: 1) Nýgengi hepatocellular carcinoma er lægra á Íslandi en í flestum nágrannalöndum. 2) Skorpulifur er mun sjaldgæfari meðal íslenskra sjúklinga með HCC. 3) Áfengismisnotkun og hemochromatosis eru algengustu orsakir skorpulifrar hjá þessum sjúklingum.

E 07 Lymphomas of the Gastrointestinal Tract Diagnosed in Iceland 1983-1998

Torfi Höskuldsson[1,2], Jón Gunnlaugur Jónasson[2], Bjarni A. Agnarsson[2]

Frá [1]læknadeild HÍ, [2]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði

Primary lymphomas of the intestinal tract are relatively rare malignancies, but a number of studies indicate an increasing incidence of these tumors. One form of gastrointestinal lymphoma is the extranodal marginal zone B-cell lymphoma also known as MALToma (Mucosal Associated Lymphoid Tissue lymphoma) which is most often found in the stomach. Until the late eighties these tumors were usually diagnosed as inflammatory lesions or so-called pseudolymphoma. Recently however, much has been learned about MALTomas, including the possible causal role of *Helicobacter pylori*. The goal of this study is to analyze the incidence, location, and histopathological classification of gastrointestinal lymphomas in Iceland. The time period of this study is from 1983 to 1998. The names of all patients with primary lymphomas in the gastrointestinal tract between 1983 and 1998 were obtained from the Department of Pathology at the University of Iceland. Additional patients were found in the Icelandic Cancer Registry. The cases were grouped according to the recent REAL classification of lymphoma. The total number of patients diagnosed with gastrointestinal lymphoma in the 16 year study period were 53 (35 males and 18 females). Age at diagnosis ranged from 3 to 90, the mean being 54.8. From 1983 to 1990 there were 15 cases, whereas from 1991 to 1998 there were 38 of which the majority (23) were MALTomas. The three most common lymphomas were MALToma (23), diffuse large B-cell lymphoma (16), and Burkitt´s lymphoma (6). Eleven of the MALTomas were associated with *Helicobacter pylori*. Most of the lymphomas were located in the stomach (39) while the rest was in the small intestine (14). The incidence for males during the study period was 1.70 per 100,000 and for females 0.88 per 100,000. The incidence from 1983 to 1990 for both sexes was 0.76 per 100,000 and increased to 1.78 per 100,000 from 1991 to 1998 which is statistically significant.

Our study indicates a higher incidence of GI lymphoma in Iceland as compared to other similar population-based studies.

E 08 Comparison of a rare cervical carcinoma and two cutaneous tumors

Birgir Andri Briem[1,2,3], Christopher P. Crum[2,3]

Frá [1]læknadeild HÍ, [2]Divison of Women´s and Perinatal Pathology, Brigham and Women´s Hospital, Boston MA, [3]Pathology Services, Inc, Cambridge, MA

Introduction: Adenoid basal carcinoma (ABC) of the uterine cervix is a rare subset of tumors found to have an extremely benign prognosis compared to other invasive cervical neoplasias. The purpose of this study was to try to shed some light on this uniqueness by examining the cellular phenotype, proliferative index and HPV presence in these tumors. For comparison we analysed two types of cutaneous tumors with similar morphology, adenoid basal cell carcinoma (ABCC) and basaloid squamous cell carcinoma (BSCC). Material and methods: Five cases of ABC from the files of Brigham and Women´s Hospital, 20 cases of ABCC and 16 cases of BSCC from Pathology Services Inc. were chosen and the tissue samples stained using immunohistochemical markers p63 (for basal/stem cell phenotype) and Ki-67 (for proliferation). These cases were also submitted to HPV nucleic acid detection using the polymerase chain reaction tecnique (PCR) and restriction fragment length analysis. Furthermore, hemotoxyllin and eosin stained slides were examined for the overall morphology.
Results: The ABCs were characterised by cervical intraepithelial neoplasia (CIN), type II-III, of the overlying mucosa with numerous nests invading the cervical stroma. As the nests got deeper into the stroma they appeared to become more benign-looking (less cellular pleiomorphism) and developed glandular differentiation. The p63 was positive for all ABC tumors with almost all of the tumor cells staining but focally loosing their stain in areas of glandular differentiation (maturation). Ki-67 staining was prominent in the superficial nests but gradually diminished and disappered in the deeper nests. Four out of five cases were HPV 16 positive. The ABCCs and BSCCs showed intense staining with p63 and variable Ki-67 staining with BSCCs being more heavily stained. All cases were HPV negative.
Discussion: All tumors stained intensely with p63 which implies an immature basal/stem cell phenotype. However the loss of p63 staining in areas of glandular differentiation and the gradual diminution of the Ki-67 stain deep in the stroma separates the ABCs from the cutaneous tumors. The ABCs seem to be characterised by a progressive selection for a cell population with low malignant potential (low proliferative index) and capacity to undergo maturation (glandular differentiation) which likely explane its excellent prognosis. ABCs are associated with HPV 16 infection as previously described. Factors which influence the development of this tumor remain to be elucidated.

E 09 Ávaxtaflugugenið Kek1 skráir fyrir himnuprótíni sem er neikvæður stjórnandi EGF-viðtaka boðleiðarinnar

Laufey Þóra Ámundadóttir[1,3], Margrét Andrésdóttir[3], Christian Ghiglione[1], Philip Leder[1], Norbert Perrimon[1], Kermit Carraway IIIrd[2]

Frá [1]Dpt. of Genetics, Howard Hughes Medical Institute, Harvard Medical School, Division of Signal Transduction, [2]Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA 02215, [3]Íslenskri erfðagreiningu/DeCODE Genetics

Kek1 genið var einangrað í Drosophila Melanogaster við leit af genaafurðum sem eru tjáð á ákveðnum stigum í fósturþroskun



Hún veit hvað hún vill.

Hún vill losna við blæðingar.
Hún vill losna við hita- og svitakóf. Hún vill vörn fyrir lífstíð.

Veldu Activelle.
Nýr skammtur, nýtt líf, nýtt val.

Activelle®

1 mg 17ß-estradiol +
0,5 mg norethisterone acetate

NÝ KYNSLÓÐ AF BLÆÐINGALAUSRI HORMÓNAMEÐFERÐ

Activelle® (Novo Nordisk). Töflur G 03 F A 01. Hver tafla inniheldur: Estradiolum 1 mg og Norethisteronum acetat 0,5 mg. **Ábendingar:** Óþægindi vegna ónógrar östrógenmyndunar þegar liðið er meira en ár frá tíðahvörfum. Til varnar beinþynningu hjá konum eftir tíðahvörf. Reynsla af meðferð kvenna sem eru eldri en 65 ára er takmörkuð. **Skammtar:** Ein tafla daglega án þess að hlé sé gert á töflutökunni. Töflurnar á helst að taka á sama tíma á hverjum degi. Nauðsynlegt getur reynst að breyta yfir í lyfjablöndu sem inniheldur hærri skammta, ef ekki hefur dregið úr óþægindum svo viðunandi sé eftir þriggja mánaða meðferð. Hjá konum eftir tíðahvörf, sem hafa ekki notað hormónauppbót eftir tíðahvörf, eða eru að skipta yfir úr annarri samfelldri notkun á hormónauppbót eftir tíðahvörf, má hefja meðferð hvenær sem er. Ef konur skipta yfir af meðferð með kaflaskiptri (sekvential) hormónagjöf á að hefja meðferðina strax eftir að blæðingum lýkur. **Frábendingar:** Þungun eða grunur þar um. Brjóstagjöf. Brjóstakrabbamein grunur þar um svo og fyrri saga um brjóstakrabbamein. Östrógenháð æxli eða grunur þar um. Blæðingar frá fæðingarvegi af óþekktum orsökum. Virkt segarek eða segarek sem nýlega er yfirstaðið. Bráður eða langvinnur lifrarsjúkdómur eða lifrarsjúkdómur, þegar próf á lifrarstarfsemi sýna að starfsemi er óeðlileg. Þekkt ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefni lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Áður en meðferð með hormónauppbót hefst eða er hafin á ný, skal lagt mat á heilsufarssögu viðkomandi og fjölskyldusaga könnuð. Almenn heilsufars-rannsókn skal gerð auk kvenskoðunar með tilliti til frábendinga. Fylgja ber eftir konum sem taka hormónalyf vegna tíðahvarfa eins oft og læknir telur nauðsynlegt. Leggja skal mat á kosti/galla meðferðarinnar á meðferðartímabilinu. Fylgjast skal með konum ef eftirfarandi vandamál eru fyrir hendi: Fyrri östrógenháð æxli. Bandvefsæxli í legi, legslímuvilla, ofvöxtur legslímu. Belgmeinssjúkdómur í brjóstum. Fyrri segarekssjúkdómar eða áhættuþættir slíkra sjúkdóma eru til staðar. Of hár blóðþrýstingur. Sykursýki ásamt æðasjúkdómum. Lifrarsjúkdómar. Gallsteinar. Snigilgluggahersli. Mígreni eða (svæsinn) höfuðverkur. Östógen geta valdið vökvasöfnun og skal fylgst náið með hjarta- eða nýrnabiluðum sjúklingum. Fylgjast skal náið með sjúklingum með nýrnasjúkdóm á lokastigi, þar sem búast má við hækkun á blóðgildum virku efna lyfsins. Versni astmi, flogaveiki eða sykursýki skal endurmeta hormónameðferð. Faraldsfræðilegar rannsóknir benda til þess að notkun hormónameðferðar sé tengd meiri hættu á að blóðsegar myndist t.d. í djúpum bláæðum eða í lungum. Almennt viðurkenndir áhættuþættir á myndun sega í bláæðum, eru bæði persónu- og fjölskyldutengdir, alvarleg offita (líkamsþyngdarstuðull >30 kg/m2) og rauðir úlfar. Ítarlegt mat skal leggja á áhættuþætti hjá konum sem hafa þá, með tilliti til kosta og galla við notkun hormóna til uppbótarmeðferðar. Hætta á blóðtappamyndun eykst hins vegar við langvarandi hreyfingarleysi, alvarleg slys eða skurðaðgerðir. Viðhafa skal ítarlegar, fyrirbyggjandi varúðarreglur til að koma í veg fyrir blóðtappamyndun líkt og gert er við alla aðra sjúklinga fyrir skurðaðgerðir. Ef líkur eru á langvarandi hreyfingarleysi eftir skurðaðgerð, sem ákveðin hefur verið, einkum á kviðarholi eða beinaaðgerðir á fótum, skal íhuga að hætta hormónameðferð um tíma 4-6 vikum fyrir aðgerð ef hægt er. Myndist blóðtappi eftir að meðferð er hafin skal hætta að nota lyfið. Notkun hormónauppbótar lengur en um 5 ára skeið hefur verið tengd aukinni hættu á brjóstakrabbameini. Áhættan eykst í samræmi við lengd meðferðarinnar en það dregur úr henni eftir að meðferð er hætt þar til hún verður aftur, að 5 árum liðnum, jöfn meðaltalsáhættu á að fá brjóstakrabbamein. Raunveruleg áhættuaukning er lítil. Fylgjast skal með konum á hormónalyfjameðferð og röntgenmynd af brjóstum tekin þegar það á við. Ástand brjósta skal kannað með stuttu millibili hjá konum sem vitað er að hafa áður fengið hnúta eða bandvefssjúkdóma í brjóst eða ef brjóstakrabbamein er þekkt í fjölskyldum þeirra. Skýrt hefur verið frá aukinni hættu á gallsteinum, sem krefst skurðaðgerðar, hjá konum eftir tíðahvörf sem eru á östrógenmeðferð. Einnig hefur verið skýrt frá aukinni hættu á rauðum úlfum í tengslum við hormónameðferð. Milliblæðingar og blettablæðingar verða oft á fyrstu mánuðum meðferðarinnar. Verði þetta óásættanlegt á að hætta Activelle meðferðinni. Verði blæðingar eftir tíðateppu eða ef blæðingar halda áfram eftir að meðferð er hætt á að rannsaka orsakir þessa. Nauðsynlegt getur verið að taka vefsýni úr legslímhúð. **Milliverkanir:** Lyf sem örva lifrarenzým, t.d. barbituröt, fenýtóín, rífampicín og karbamazepín, geta aukið umbrot virku innihaldsefnanna í Activelle. Lyf sem hamla lifrarenzým, t.d., ketókónazól, geta aukið blóðgildi virku innihaldsefnanna í Activelle. Matur dregur úr frásogi noretísteróns og lækkar hámarksþéttni þess, en magn þess sem frásogast minnkar hins vegar ekki. Þetta hefur enga klínískа þýðingu. **Meðganga og brjóstagjöf:** Hvorki skal nota Activelle á meðgöngutíma né við brjóstagjöf. **Aukaverkanir:** Stöku sinnum koma fram eymsli í brjóstum, einkum á fyrstu mánuðum meðferðarinnar. Aðrar aukaverkanir sem stöku sinnum koma fram eru: höfuðverkur, svimi, blæðingar frá fæðingarvegi, kviðverkir, ógleði, uppþemba, óþægindi frá galli, gallsteinar, brjóstastækkun, stækkun á sléttvöðvahnútum í legi, húðútbrot og kláði, þyngdaraukning, þyngdartap, breytingar á kynhvöt, sinadráttur svefntruflanir, depurð, hártap og hæring, blóðþrýstingshækkun, segarek í bláæðum og bjúgur. Texti styttur, frekari upplýsingar, sjá texta í sérlyfjaskrá. **Pakkningar og verð í mars 2000:** 3 x 28 töflur (í dagatalsskífu) kr. 3626. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilskylt. **Greiðslufyrirkomulag:** E. **Umboðs- og dreifingaraðili:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

Novo Nordisk

flugunnar. Yfirtjáning á Kek1 í bananaflugunni hindrar virkni epidermal growth factor viðtakans (EGFR eða DER) í mörgum líffærum en hefur engin áhrif á aðra himnubundna viðtaka. Prótínafurð Kek1 gensins er himnubundin og er tjáning þess aukin þegar EGF viðtakinn er örvaður. Því virkar Kek1 prótínið sem neikvæður regulator á EGFR boðleiðina. Við höfum sýnt að Kek1 binst EGF viðtakanum og skyldum viðtökum, ErbB2, ErbB3 og ErbB4 í músa og mannafrumum. Þessi tenging virðist vera á milli utanfrumuhluta Kek1 prótínsins og EGF viðtakans. Við höfum einnig sýnt að Kek1 hindrar fosfórun á EGF viðtakanum þegar EGF er gefið og örvun á boðleiðum sem EGF viðtakinn stjórnar. Kek1 getur einnig hindrað vöxt brjóstakrabbameinsfrumulína bæði í frumurækt og í nöktum (ónæmisbældum) músum. Við höfum gert Yeast-two-hybrid screen með Kek1 til að leita að prótínum sem bindast innanfrumuhluta prótínsins til að athuga hlutverk þess prótínhneppis. Fyrstu niðurstöður benda til þess að Kek1 bindist ser/thr fosfatasa, kínasa og guanine nucleotide exchange factor. Niðurstöður okkar benda til þess að Kek1 prótínið hindri sérhæft EGF viðtakann og skyld prótín og geti því hugsanlega verið æxlisbæligen. Einnig væri hugsanlegt að nota Kek1 við erfðalækningu eða nýta þá þekkingu sem prótínið veitir til að búa til lyf sem hindra vöxt og framgang krabbameina.

E 10 Áhrif erfðaefnisóstöðugleika á æxlisvöxt. Stökkbreytingar í genum sem innihalda stuttar endurteknar raðir í æxlisgerðum tengdum HNPCC

Jónína Þ. Jóhannsdóttir[1], Jón G. Jónasson[1], Jón Þ. Bergþórsson[1], Laufey Þ. Ámundadóttir[2], Jónas Magnússon[3], Valgarður Eglisson[1], Sigurður Ingvarsson[1]

Frá [1]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði, [2]Íslenskri erfðagreiningu, [3]handlækningadeild Landspítalans

Gallar í genum DNA mispörunarviðgerða hafa fundist í hluta ristilkrabbameinsæxla sem einkennast af miklum erfðaefnisóstöðugleika og MSI svipgerð. Við höfum rannsakað MSI í nokkrum æxlisgerðum sem einkenna HNPCC ættir (ristil-, endaþarms-, legslímhúðar-, maga- og eggjastokkaæxli). Til þess að meta áhrif MSI á æxlisþróun höfum við skoðað stökkbreytingar í genum sem innihalda stuttar endurteknar raðir og rannsóknir hafa bent til að séu viðkvæmar í frumum með galla í mispörunarviðgerðum. Rannsakaðar voru endurteknar raðir í sjö genum; hMSH3, hMSH6, BAX, IGFIIR, TGFbIIR, E2F4 og BRCA2. Þessi gen eru öll mikilvæg í frumstarfsemi svo sem í vaxtarstjórn, stýrðum frumudauða, viðgerðarferlum og stjórn frumuhrings. Ef stökkbreytt geta þau valdið æxlisvexti. MSI-H svipgerð var algengust í ristilæxlum. Stökkbreytingar fundust nær eingöngu í æxlum með MSI-H svipgerð eða í 89% MSI-H tilfella á móti 1,4% MSI-L/MSS æxla. Niðurstöður þessara rannsókna benda því til þess að erfðaefnisbreytingar séu aðrar í æxlum með MSI-H svipgerð miðað við MSI-L/MSS æxli. Flest æxlin höfðu fleiri en eitt gen stökkbreytt og lengstu raðirnar virtust viðkvæmari fyrir stökkbreytingum. A10 röð í TGFbIIR geninu var oftast stökkbreytt en það er mikilvægt æxlisbæligen sem eykur vaxtarmöguleika frumu ef stökkbreytt. Uppsöfnun stökkbreytinga var eins milli æxlisgerða nema að stökkbreytingar í TGFbIIR virðast ekki vera eins mikilvægar fyrir æxlismyndun í legslímhúð eins og í ristli og maga. Það fundust bæði innsetningar og úrfellingar og einnig voru merki um að sums staðar væri ekki til staðar neitt eðlilegt gen vegna stökkbreytinga á báðum litningum eða vegna stökkbreytinga og úrfellinga á hinum litningnum (double hit).

E 11 Eg2 prótínið úr froskum veldur krabbameinsvexti

Þorkell Andrésson[1,2], Ingibjörg Guðmundsdóttir[1], Laufey Þ. Ámundadóttir[1,2], Kári Stefánsson[1], Joan V. Ruderman[2]

Frá [1]Íslenskri erfðagreiningu/DeCODE Genetics, [2]Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Eg2 er serín/threonín kínasi úr froskum sem tilheyrir flokki prótína sem taka þátt í stjórnun á aðskilnaði litninga og umfrymisskiptingu. Að auki höfum við sýnt fram á að Eg2 kínasinn tekur þátt í því boðleiðakerfi froskaeggfrumunnar sem notað er til að koma frumunni aftur inn í frumuhringinn eftir G2/M stöðvun. Þessar tilraunir sýndu einnig að yfirtjáning á Eg2 veldur því að þær fara hraðar í gegnum frumuhring sem bendir til þess að kínasinn hafi vaxtarhvetjandi eiginleika.

Til að athuga hvort Eg2 hafi þessa sömu eiginleika í líkamsfrumum (somatic cells), þá voru útbúnar NIH3T3 frumulínur sem yfirtjá bæði eðlilegt Eg2 prótín og stökkbreytt prótín sem hefur ekki kínasavirkni. Þegar vöxtur þeirra var athugaður í linagar og nöktum músum kemur í ljós að aðeins eðlilega genið veldur vexti í linagarnum og myndar krabbamein í músum. Með því að nota sértæka hindra á mismunandi boðleiðir höfum við komist að því að PI3 kínasi og Src kínasi eru mikilvægir fyrir krabbameinsvöxt af völdum Eg2. Til að leita að genum sem bindast Eg2 og gætu því verið hluti af því boðleiðakerfi sem Eg2 notar við krabbameinsmyndun höfum við framkvæmt „yeast-two-hybrid" leit. Við höfum fundið nokkur mjög áhugaverð prótín og þar á meðal kínasa, en vitað er að virkni Eg2 er stjórnað með phosphoyleringu.

Þessar niðurstöður eru sérstaklega áhugaverðar í ljósi þess að Aurora2 sem er líklega manna homológ Eg2 er yfirtjáður í nokkrum gerðum krabbameina svo sem brjóstakrabbameini og ristilkrabbameini.

E 12 P53 stökkbreytingar og P53 prótín tjáning í sjúkri og eðlilegri munnslímhúð

Helga M. Ögmundsdóttir[1], Hólmfríður Hilmarsdóttir[1], Álfheiður Ástvaldsdóttir[2], Jóhann Heiðar Jóhannsson[3], Peter Holbrook[2]

Frá [1]rannsóknastofu í sameinda- og frumulíffræði, Krabbameinsfélagi Íslands, [2]tannlæknadeild HÍ, [3]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði

Ýmsir sjúkdómar í munnslímhúð, þar á meðal flöguþekjuþykknun (hyperkeratosis) og húðsjúkdómurinn lichen planus (flatskæningur), hafa verið taldir hugsanlegir undanfarar illkynja æxlisvaxtar. Stökkbreytingar í æxlisbæligeninu p53 eru einhverjar algengustu genabreytingar sem finnast í illkynja æxlum. Prótínafurð stökkbreytts p53 endist lengur í frumunni en eðlilegt p53 prótín og því hefur sterk kjarnalitun með einstofna mótefni gegn p53 prótíni verið notuð sem mælikvarði á stökkbreytingu. Aukin tjáning á eðlilegu p53 sést í kjölfar genaskemmandi áreitis. Í þessari rannsókn var könnuð tjáning á p53 prótíni með DO-7 einstofna mótefni í 164 sýnum úr munnslímhúð. Af 55 sýnum úr krabbameini höfðu 54% sterka og meðalsterka litun, af 47 sýnum úr flöguþekjuþykknun var hlutfallið 13% en 34% í 50 sýnum úr lichen planus. Í 12 sýnum úr eðlilegri slímhúð var hvergi sterk/meðalsterk litun en þau sýndu öll dreifða kjarnalitun í grunnlagi. Í lichen planus var p53 litunin einnig bundin við grunnlag, en í sýnum úr flöguþekjuþykknun var litun-

in dreifðari upp í efri lög. Litun á p53 prótíni sagði ekki fyrir um illkynja umbreytingu né heldur um lífshorfur sjúklinga með flöguþekjukrabbamein. Stökkbreytingagreining var gerð á örsýnum þar sem teknar voru annað hvort illkynja frumur eða, ef um lichen planus eða flöguþekjuþykknun var að ræða, svæði með sterka p53 tjáningu. Vegna smæðar sýnanna er greiningin ekki alltaf afgerandi, en af 54 krabbameinssýnum reyndust 11 örugglega og þrjú í viðbót líklega stökkbreytt (20-26%), 16 þessara sjúklinga höfðu látist og var hlutfall stökkbreyttra sýna frá þeim heldur hærra (25-44%). Af 18 sýnum úr flöguþekjuþykknun var hlutfallið 17-27% og úr 27 sýnum af lichen planus var hlutfallið 30-44%. Ekkert samband reyndist vera milli p53 prótínlitunar og stökkbreytingar. Þrennt er athyglisvert við þessar niðurstöður: há tíðni p53 prótíntjáningar og p53 stökkbreytinga í munnslímhúð án illkynja breytinga og skortur á sambandi milli stökkbreytinga og prótíntjáningar. Þetta tengist sennilega miklu áreiti á þessu svæði líkamans en segir líklega ekki fyrir um illkynja breytingu.

VEGGSPJÖLD

V 01 **Leit að erfðaþáttum sem hafa áhrif til krabbameinsmyndunar í blöðruhálskirtli**

Jón Þór Bergþórsson[1], Guðrún Jóhannesdóttir[1], Aðalgeir Arason[1], Bjarni A. Agnarsson[1], Kristrún R. Benediktsdóttir[1], Joan Bailey-Wilson[2], Jeff Smith[2], Elizabeth Gillanders[2], Agnes Beffou-Bonnie[2], I. Amundsen[2], Jeff Trent[2], Rósa Björk Barkardóttir[1]

Frá [1]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði, [2]erfðafræðistofnun Heilbrigðisstofnunar Bandaríkjanna (NHGRI, NIH)

Faraldsfræðilegar rannsóknir benda til að í 5-10% tilfella sé krabbamein í blöðruhálskirtli tilkomið öðru fremur vegna áhrifa erfðaþátta. Niðurstöður skimunar á erfðamengi norður-amerískra, sænskra og franskra fjölskyldna með hækkaða tíðni sjúkdómsins gefur vísbendingar um að áhrifaþætti sé meðal annars að finna á litningasvæðum 1q24-q25, 1q44.2-q43 og Xq27-q28. Einnig er hækkuð tíðni krabbameins í blöðruhálskirtli hjá einstaka brjóstakrabbameinsfjölskyldum sem bera kímlínubreytingu í brjóstakrabbameinsgeninu BRCA2 sem er staðsett á litningi 13q12-q13. Við höfum kannað tengsl milli erfðabreytileika á þessum fjórum litningasvæðum og blöðruhálskirtilskrabbameins í 114 íslenskum fjölskyldum með hækkaða tíðni meinsins. Niðurstöður rannsókna okkar benda til að í meirihluta íslenskra fjölskyldna sé skýringarinnar á hækkaðri tíðni sjúkdómsins að leita á öðrum litningasvæðum en þessum fjórum.

V 02 **Samskipti BRCA2 við önnur prótín**

Hilmar Viðarsson, Evgenia Mikaelsdóttir, Jórunn Eyfjörð, Helga Ögmundsdóttir, Þórunn Rafnar, Sigríður Valgeirsdóttir

Frá rannsóknastofu í sameinda- og frumulíffræði, Krabbameinsfélagi Íslands

Hlutverk BRCA2 prótínsins er ekki að fullu þekkt. Prótínið er óvenju stórt; um það bil 400 kDa og staðsett í kjarna. Sýnt hefur verið fram á að BRCA2 myndar flóka með RAD51 sem er mikilvægur þátttakandi í endurröðun og viðgerð á tvíþátta DNA brotum. Litningabrenglanir einkenna brjóstakrabbameinsfrumur úr BRCA999del5 arfberum sem bendir til hlutverks BRCA2 við DNA viðgerð. Margt bendir þó til þess að BRCA2 afurðin geti haft mun víðtækari hlutverk í frumunni svo sem við stjórn á umritun þar sem N-endi BRCA2 prótínsins tengist umritunarhjálparþættinum P/CAF sem hefur histón acetýltransferasavirkni og táknröð númer 3 á amínóenda BRCA2 prótínsins hefur greinst með umritunarvirkni. Auk þess virðast vera samskipti milli BRCA2 og eftirlitsstöðva frumunnar (cell cycle check-points) þar sem óvirkjun eftirlitsstöðva (til dæmis p53 og/eða Bub1) ásamt BRCA2 skorti gæti átt hlut í brjóstakrabbameinsmyndun í mönnum. Þekking á hlutverki BRCA2 og samstarfsprótína þess er því mikilvæg til skilnings á myndun og eðli brjóstakrabbameins.

Unnið er að rannsóknum á starfsemi BRCA2 prótíns í frumum. cDNA fyrir BRCA2 í tjáningarvektor er ferjað inn í frumulínur og könnuð hugsanleg flókamyndun milli BRCA2 og annarra kjarnaprótína. Einnig er kannað hugsanlegt hlutverk BRCA2 við stjórn á umritun.

V 03 **GST fjölbreytni í sýnum frá brjóstakrabbameinssjúklingum**

Katrín Guðmundsdóttir, Jórunn E. Eyfjörð

Frá rannsóknastofu í sameinda- og frumulíffræði, Krabbameinsfélagi Íslands

Glutathione-S-transferasar (GST) hvata tengingu glutathiones við hvarfgjarnar sameindir og vernda þannig frumur líkamans gegn skaðlegum áhrifum ýmissa efna, sem annars gætu valdið stökkbreytingum í erfðaefninu. Þekktir eru fjórir hópar GST ísoensíma í mönnum, α (GSTA), μ (GSTM), π (GSTP) og θ (GSTT). Þekktar eru úrfellingar á GSTM1 og GSTT1 genunum og A-G fjölbreytni í GSTP1 geninu, sem leiðir til amínósýruskipta í ensíminu í bindiseti hvarfefnis. Áhættan tengd þessum fjölbreytileika er lítil, en hins vegar er útbreiðsla þeirra mikil og hefur því áhrif á marga einstaklinga. Markmið þessarar rannsóknar er að kanna hvort ofangreind arfgerð GSTM1, GSTT1 og GSTP1 fylgi brjóstakrabbameini og hvort hún hafi áhrif á sýnd BRCA2 stökkbreytinga. Einnig hvort tengsl séu á milli fjölbreytni í GST genunum og stökkbreytingartíðni í p53 geni. Fjölbreytnin var skoðuð með PCR, rafdrætti og skerðibútagreiningu. Enginn marktækur munur hefur komið í ljós á milli þeirra 258 viðmiðunarsýna og 450 sýna úr brjóstakrabbameinssjúklingum sem skoðuð hafa verið. Báðir þessir hópar munu verða stækkaðir til að auka styrk rannsóknarinnar. GSTT1 núll arfgerðin fannst marktækt oftar í p53 stökkbreyttum æxlum en í æxlum með eðlilegt p53 og sama er að segja um samsettu arfgerðina GSTT1 núll og GSTP1 AG/GG.

V 04 **Global rannsókn á tjáningu gena sem eru örvuð af EGF í brjóstakrabbameinslínunni MCF-7 með Affymetrix chip tækni**

Robert Skraban, Albert Smith, Frosti Jónsson, Ómar Gústafsson, Jeff Gulcher, Kári Stefánsson, Laufey Þóra Ámundadóttir

Frá Íslenskri erfðagreiningu/deCODE Genetics

Genechip kísilflögur (arrays) geta gefið heildarmynd af ástandi frumna með því að fylgjast með tjáningu þúsunda gena samtímis. „HuGeneFL Array" inniheldur þreifara sem spanna um 7000 þekkt gen af fullri lengd frá UniGene, GenBank, and TIGR gagnabönkunum. Á hverri kísilflögu eru 16-20 pör af sértækum aðliggjandi 25 basa löngum þreifurum sem samsvara hverju geni. Þessir þreifarar eru annað hvort með fullkomna samsvörun, eða með eins basa fráviki í stöðu 13. Þessi tækni er talin verða ómetanleg við

Seretide Diskus

Flixotide og Serevent í einu innöndunartæki.

Leiðir að einföldun astmameðferðar

Astmasjúklingur þar sem ekki næst að halda niðri einkennum með innöndunarstera og stuttverkandi β_2- agónista.	**Seretide Diskus**
Flixotide flutikason Diskus (t.d. 250 mg). Serevent salmeterol Diskus (t.d. 50 mg).	**Seretide Diskus (t.d. 50/250)**[2,]
Pulmicort budesonide Turbuhaler. Serevent salmeterol Diskus.	**Seretide Diskus**
Pulmicort budesonide Turbuhaler. Oxis formoterol Turbuhaler.	**Seretide Diskus**
Flixotide flutikason Diskus (t.d. 250 mg). Oxis formoterol Turbuhaler.	**Seretide Diskus**

Seretide Diskus fæst í þremur styrkleikum.

Seretide Diskus 50/100 (salmeterol 50 mg + flutikason 100 mg).
Seretide Diskus 50/250 (salmeterol 50 mg + flutikason 250 mg).
Seretide Diskus 50/500 (salmeterol 50 mg + flutikason 500 mg).

Seretide Diskus
Glaxo Wellcome, R 03 AK 06 R,B
Innúðaduft (duft í afmældum skömmtum til innúðunar með Diskus-tæki). Hver afmældur skammtur inniheldur: Salmeterolum INN, xínafóat 72,5 míkróg samsvarandi Salmeterolum INN 50 míkróg og Fluticasonum INN, própíónat 100 míkróg, 250 míkróg eða 500 míkróg. **Ábendingar:** Seretide er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, þ.m.t. astma hjá börnum og fullorðnum, þar sem samsett meðferð (berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við s.s.: Hjá sjúklingum sem svara viðhaldsmeðferð með langvirkandi berkjuvíkkandi lyfjum og barksterum til innöndunar. Hjá sjúklingum sem hafa einkenni þrátt fyrir að nota barkstera til innöndunar. Hjá sjúklingum á berkjuvíkkandi meðferð, sem þurfa barkstera til innöndunar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar um munn. Benda þarf sjúklingum á að nota lyfið reglulega til að ná hámarks árangri, jafnvel þótt einkenni séu ekki til staðar. Sjúklingar ættu að koma reglulega í læknisskoðun svo að hægt sé að fylgjast með því að þeir noti réttan styrkleika. Finna þarf lægsta skammt sem nær að halda einkennum niðri. Sjúklingar ættu að fá þann styrkleika sem inniheldur viðeigandi skammt af flútíkasónpróþíónati m.t.t. sjúkdómsástands. *Ráðlagðir skammtar fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára:* Einn skammtur (50 míkróg+100 míkróg, 50 míkróg+250 míkróg eða 50 míkróg+500 míkróg) tvisvar á dag. *Sérstakir sjúklingahópar:* Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. *Skammtastærðir handa börnum 4 ára og eldri:* Einn skammtur (50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat) tvisvar á dag. Ekki eru til upplýsingar um notkun lyfsins hjá börnum yngri en 4 ára. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi gegn einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð á teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Lyfið er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum einkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávallt að hafa við höndina. Aukin notkun stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfja við astmaeinkennum gefur til kynna versnandi astma. Skyndileg og hröð versnun sjúkdómsástands getur verið lífshættuleg og sjúklingurinn ætti að vera undir eftirliti læknis. Íhuga ætti að auka skammtinn af barksterum. Í þeim tilfellum sem lyfið veitir ekki viðunandi meðferð við breytanlegri teppu í öndunarvegi ættu sjúklingar að leita læknis. Viðbótarskammtur af barkstera kæmi til greina og sýklalyfjagjöf ef sýking er til staðar. Meðferð á ekki að stöðva skyndilega. Gæta ber varúðar við notkun hjá sjúklingum með lungnaberkla eins og við notkun allra annarra lyfja sem innihalda barkstera. Aðgát skal höfð við notkun lyfsins hjá sjúklingum með ofstarfsemi skjaldkirtils. Gæta ber varúðar þegar sjúklingar eru settir á innúðaduftsmeðferð, sérstaklega ef grunur er á að starfsemi nýrnahettna sé skert eftir fyrri sterameðferð um munn. *Flútíkasónpróþíónat og nýrnahettustarfsemin:* Einhver lækkun á kortisólgildum í plasma getur sést hjá einstaka fullorðnum sjúklingum á háum skömmtum af flútíkasónpróþíónati til innöndunar (t.d. > 1 mg/dag). Hinsvegar helst nýrnahettu- starfsemin venjulega innan eðlilegra marka við flútíkasónpróþíónatmeðferð til innöndunar. Aukaverkana vegna bælingar á nýrnahettustarfsemi hefur ekki orðið vart í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum sem fengið hafa viðhaldsskammta af flútíkasónpróþíónati. Sérstaklega má nefna að vaxtartruflun yngri sjúklinga er ólíkleg. Kosturinn við meðferð með flútíkasónpróþíónati til innöndunar er að hún ætti að draga úr þörfinni á sterum til inntöku, en bæling getur orðið á nýrnahettustarfsemi í nokkurn tíma hjá sjúklingum sem færðir eru af sterum ti

...einfalt, áhrifaríkt og öruggt



GlaxoWellcome

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930
www.glaxowellcome.is

inntöku. Einnig hjá sjúklingum sem fengið hafa háa skammta af barksterum sem neyðarmeðferð. Hafa verður í huga þennan möguleika á síðbúinni bælingu á nýrnahettustarfsemi í neyðartilfellum og við vissar aðstæður sem líklegar eru til að valda streitu og ihuga ber viðeigandi barksterameðferð. Þörf getur verið á sérfræðiáliti á umfangi nýrnahetturýrnunar áður en gripið er til viðeigandi ráðstafanna. **Milliverkanir:** Jafnvel þótt lítið finnist af lyfinu í blóði er ekki hægt að útiloka milliverkanir við önnur efni sem bindast CYP 3A4. Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka hjá sjúklingum með teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, nema að þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun lyfja hjá þunguðum konum og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur hagur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónpróþíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Akstur:** Lyfjafræðilegir eiginleikar beggja virku efnanna benda ekki til neinna áhrifa, en ekki verið gerðar neinar rannsóknir á áhrifum lyfsins á hæfileika manna til að stjórna bifreiðum eða vélknúnum tækjum. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur salmeteról og flútíkasónpróþíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkjur. *Stoðkerfi:* Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., bjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kalíumskortur í blóði. *Stoðkerfi: Liðverkjir, vöðvaþrautir. Flútíkasónpróþíónat:* Algengar(>1%): *Almennar:* Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi. **Sjaldgæfar(<0,1%):** *Húð:* Ofnæmisviðbrögðum í húð. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi. Hægt er að minnka líkurnar á hæsi og sveppasýkingum með því að skola munninn með vatni eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð samtímis notkun innöndunarlyfsins. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvænt berkjusamdráttur átt sér stað með skyndilega auknu surgi eftir innöndun lyfsins. Þetta þarf að meðhöndla strax með skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfi til innöndunar. Hætta verður notkun strax, ástand sjúklings skal metið og hefja aðra meðferð, ef þörf krefur. **Geymsluþol:** 18 mánuðir. **Geymsluskilyrði:** Geymist ekki við hærri hita en 30°C. Geymist á þurrum stað. **Ákvæði um meðferð/meðhöndlun lyfsins:** Úr Diskus-tækinu fæst duft til innöndunar í lungu. Tækið er opnað og hlaðið með þar til gerðri sveif. Munnstykkið er síðan sett í munninn og það umlukið með vörunum. Þá er hægt að anda skammtinum að sér og tækinu síðan lokað. Skammtateljari segir til um hve margir skammtar eru eftir ónotaðir. Nánari leiðbeiningar eru að finna í fylgiseðli með lyfinu. **Pakkningar og verð:** Diskus - tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 500 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3Seretide 50/100: 6.008 krónurSeretide 50/250: 7.532 krónur Seretide 50/500: 10.045 krónur. 14.04.00

rannsóknir á þroskunarferli frumna, frumusérhæfingu og svörun frumna við vaxtarþáttum, hormónum og lyfjum. Einnig má nota þessa tækni til að skoða framleiðslu genaafurða í æxlisvef eða öðrum sjúkdómsvef til að fá nákvæmt „fingrafar" einstakra æxla og bera þær niðurstöður saman við svörun lyfjagjafar og annarrar meðferðar. Við höfum notað Affymetrix HuGeneFL Array chip til að rannsaka áhrif vaxtaþáttarins „Epidermal Growth Factor" (EGF) á tjáningu um 7000 gena í brjóstakrabbameinsfrumulínunni MCF-7. Frumur voru sveltar í fjórar klukkustundir og síðan örvaðar með EGF (20ng/ml) í annars vegar eina og hins vegar fjórar klukkustundir til að rannsaka genatjáningu hópa gena og styrkleika tjáningar á mismunandi tímapunktum.

V 05 **Leit að prótínum sem bindast Kek1 með Yeast-two-hybrid aðferð**

Robert Skraban, Þorkell Andrésson, Kári Stefánsson, Laufey Ámundadóttir

Frá Íslenskri erfðagreiningu/deCODE Genetics

Kek1 prótínið úr bananaflugunni hindrar epidermal growth factor viðtakann (EGFR) í frumum ávaxtaflugunnar og höfum við sýnt fram á að það binst viðtakanum og skyldum prótínum. Utanfrumuhluti Kek1 virðist miðla tengslum við EGF viðtakann. Þar sem Kek1 hefur stóran innanfrumuhluta höfðum við áhuga á að leita að prótínum sem þessi hluti tengist til að kanna hvaða hlutverki hann hafi að gegna í stjórn á frumuvexti. Yeast-two-hybrid aðferðafræði (Y-2-H) hefur verið notuð víða til að leita að prótínum sem bindast ákveðnum prótínum (protein-protein interaction). Við höfum notað innanfrumuhluta Kek1 (Kek1-IF) sem beitu (bait) til að fiska út klóna sem tengjast prótíninu úr cDNA genasafni frá HeLa frumulínu. Klónar sem gáfu jákvætt svar voru síðan raðgreindir og leitað að samsvarandi röðum í gagnabönkum. Áhugaverðir klónar sem binda Kek1-IF skrá fyrir G-nucleotide binding prótíni, phosphoglycerate kínasa, phosphatasa og óþekktu prótíni sem meðal annars hefur phospholípasa hneppi. Þessir klónar voru valdir til áframhaldandi vinnu, bæði til að staðfesta bindingu og til að rannsaka hlutverk þeirra við stjórn á frumuvexti og krabbameinsmyndun.

V 06 **Leit að prótínum sem bindast afurð æxlisbæligensins FHIT með Yeast-two-hybrid aðferð**

Elín Guðmannsdóttir[1], Sigurður Ingvarsson[2], Þorkell Andrésson[1], Kári Stefánsson[1], Laufey Þóra Ámundadóttir[1]

Frá [1]Íslenskri erfðagreiningu/deCODE Genetics, [2]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði

FHIT prótínið (Fragile Histidine Triad) er talið vera æxlisbæligen sem hindrar vöxt og framvindu krabbameina. Endurraðanir og úrfellingar í FHIT geninu gera það að verkum að prótínafurðin er ekki framleidd eða að lesrammi prótínsins fer úr skorðum. Talið er að FHIT prótínið sé dinucleoside 5´,5´-P1,P3- triphosphate hydrolasi. Breytingar í þessu geni hafa fundist í brjóstakrabbameinsæxlum, lungnakrabbameinsæxlum ásamt fleiri æxlisgerðum. Einnig hefur nýlega verið sýnt fram á að FHIT prótínið hafi með stjórn á frumuhring og frumudauða (apoptosis) að gera. Vitað er að FHIT sameindir geta tengst og myndað tvennd en einungis er þekkt eitt prótín, tubulin, sem tengist FHIT. Þar sem prótín vinna yfirleitt ekki sjálfstætt í frumum og þurfa á boðum að halda frá öðrum prótínum er líklegt að hægt verði að finna fleiri prótín sem tengjast FHIT. Yeast-two-hybrid aðferðafræði (Y-2-H) hefur verið notuð víða til að leita að prótínum sem bindast ákveðnum prótínum (protein-protein interaction). Við höfum notað PCR til að magna upp FHIT cDNA úr genasafni og klóna það yfir í genaferju til að gera Y-2-H tilraun. FHIT var notað sem beita (bait) í Y-2-H og fiskaðir út klónar sem gáfu jákvætt svar. Þeir klónar voru síðan raðgreindir og leitað í gagnabönkum að samsvarandi röðum. Lýst verður aðferðafræði og þeim klónum sem tengjast FHIT.

V 07 **Tengsl áhættuþátta við stökkbreytingar í p53 geni í brjóstakrabbameinsæxlum**

Hólmfríður Hilmarsdóttir[1], Sigfríður Guðlaugsdóttir[1], Laufey Tryggvadóttir[2], Guðríður Ólafsdóttir[2], Jón Gunnlaugur Jónasson[3], Helga M. Ögmundsdóttir[1], Jórunn E. Eyfjörð[1]

Frá [1]rannsóknastofu í sameinda- og frumulíffræði, [2]krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands, [3]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði

Afurð æxlisbæligensins p53 gegnir mikilvægu hlutverki í eðlilegum frumum. Stökkbreytingar í p53 geninu í æxlisfrumum hafa verið tengdar við illvígari æxlisgerð, óstöðugleika í erfðaefninu og verri horfur sjúklinga. Í þessari rannsókn er leitað að stökkbreytingum í p53 geninu í brjóstakrabbameinsæxlum og könnuð tengsl við ýmsa þekkta og grunaða áhættuþætti. Þetta er viðmiðarannsókn sem nær til 1242 brjóstakarabbameinssjúklinga og 2425 einstaklinga úr viðmiðahópi, sem valdir eru úr hópi 80.000 kvenna sem komu í leitarstöð Krabbameinsfélagsins árin 1964-1995. Eftirfarandi áhættuþættir eru skoðaðir: fæðinga- og hormónatengdir þættir, geislun, reykingar, líkamsástand og hreyfing. Gerð er p53 stökkbreytingagreining á táknröðum 5-8 með CDGE-aðferð. Þau æxlissýni sem sýna breytingu með CDGE-aðferð eru raðgreind til að ákvarða hver stökkbreytingin er. Búið er að gera p53 stökkbreytingagreiningu á 786 sýnum og hafa fundist 127 stökkbreytingar (16,2%). Tenging við upplýsingar um áhættuþætti verður gerð þegar stökkbreytingagreiningu lýkur.

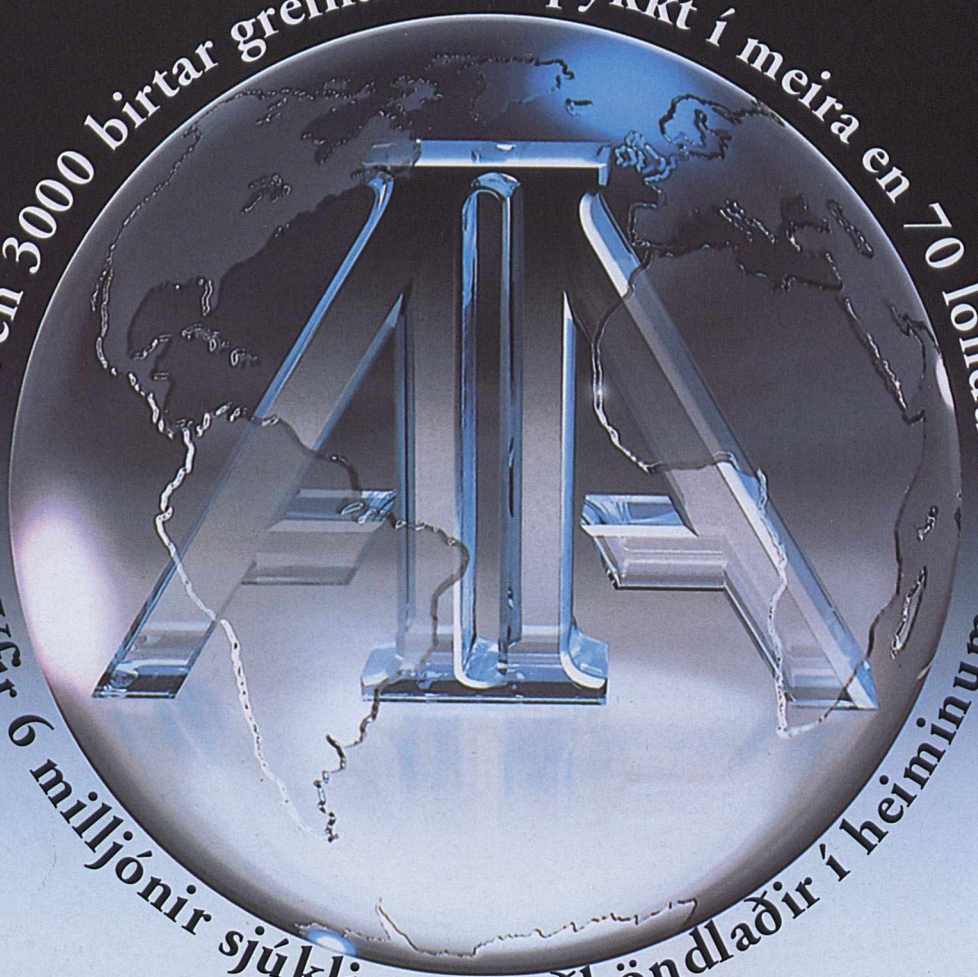
V 08 **Flúorljómun litninga í krabbameinsrannsóknum**

Sigríður Klara Böðvarsdóttir[1], Margrét Steinarsdóttir[2], Kesara Anamathawat-Jónsson[3], Jórunn E. Eyfjörð[1]

Frá [1]rannsóknastofu í sameinda- og frumulíffræði, Krabbameinsfélagi Íslands, [2]litningarannsóknadeild HÍ í meinafræði Landspítalanum, [3]Líffræðistofnun Háskóla Íslands

Mikill óstöðugleiki litninga er meðal helstu einkenna krabbameinsfrumna. Aðferðir sem byggja á flúrljómun litninga, eða litningasvæða, eru eitt öflugasta tækið til að meta og rannsaka þennan óstöðugleika og öðlast þannig skilning á umfangi hans og hvað veldur honum. Erfitt er að einangra litninga úr krabbameinsfrumum og eru því aðferðir eins og „comparative genomic hybridization" (CGH) mikið notaðar til að meta hvaða litningasvæði eru mögnuð eða töpuð, með næmni upp á 1-3 Mb. Út frá CGH niðurstöðum er hægt að kanna frekar fjöldabreytingar í interfasa kjörnum með þráðhaftsþreifurum eða þreifurum sem ná yfir ákveðin genasvæði á litningum (svo sem YAC, BAC og cosmíð), með næmni upp á 100 kb-1 Mb. Til að meta stærð úrfellinga ákveðinna genasvæða með cosmíð þreifurum er mögulegt að fá næmni niður fyrir 50 kb með fiber-FISH aðferð. Ef næst að einangra metafasa litninga úr krabbameinsfrumum með flóknar litningabreytingar er notuð litningamálun á óstöðuga litninga til að meta yfirfærslur á milli litninga. Aðferðir sem byggjast á aðgreiningu allra litninganna

Fyrstur í nýjum flokki



Sértæk verkun - þolist mjög vel

COZAAR®
LOSARTAN, MSD

Nýr styrkleiki
12,5 mg

FARMASÍA ehf.

COZAAR
MSD, 930306; 970239 Töflur; C 09 AC 01
VIRKT INNIHALDSEFNI: Losartanum kalíumsalt INN, 12,5 mg eða 50 mg.
Ábendingar: Háþrýstingur og hjartabilun. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum. **Meðganga og brjóstagjöf:** COZAAR á ekki að nota á meðgöngu og konur með barn á brjósti eigi ekki að nota COZAAR. **Varúð:** Ofnæmi. Ofnæmisbjúgur. Lágþrýstingur og elektrólýta/vökva ójafnvægi. Hjá sjúklingum með vökvaskort geta einkenni um lágþrýsting komið fyrir. Þennan vökvaskort á að leiðrétta fyrir gjöf COZAAR eða nota lægri upphafsskammt af COZAAR. Skert lifrarstarfsemi. Íhuga ætti lægri upphafsskammt fyrir sjúklinga með sögu um skerta lifrarstarfsemi. Skert nýrnastarfsemi. Breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, hafa verið skráðar hjá næmum einstaklingum; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka ef meðferð er hætt. Aukning á úrea og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með þrengsli í annarri eða báðum nýrnaslagæðum hafa verið skráð hjá COZAAR; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. *Sjúklingar með hjartabilun* Hvorki gjöf COZAAR í staðinn fyrir ACE hemil né notkun COZAAR með ACE hemlum hefur verið rannsökuð nægilega hjá sjúklingum með hjartabilun. **Aukaverkanir:** ***Algengar (>1%):*** Svimi, lágþrýstingur. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Stöðubundinn lágþrýstingur. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Ofnæmi: Ofnæmisbjúgur sem felst í bjúg á barkakýli og raddfærum og veldur andnauð og/eða bjúg í andliti, vörum, koki og/eða tungu. Sumir þessarra sjúklinga hafa áður fengið ofnæmisbjúg með öðrum lyfjum þ.m.t. ACE hemlum. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, lifrarbólga, truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Húð:* Ofsakláði, kláði. *Stoðkerfi:* Vöðvaverkir. *Taugakerfi:* Mígreni. *Breytingar á blóðgildum:* Hækkað kalíum í blóði, væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir, sem gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Háþrýstingur. Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Hámarks blóðþrýstingslækkandi áhrif lífsins nást 3-6 vikum eftir að meðferð er hafin. Auka má skammtinn í 100 mg einu sinni á dag. Nota skal 25 mg upphafsskammt einu sinni á dag handa sjúklingum sem misst hafa mikinn vökva og þeim sem hafa eða hafa haft skerta lifrarstarfsemi. Ekki er þörf á að breyta upphafsskammti aldraðra sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun. COZAAR má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum. Hjartabilun: Upphafsskammturinn af COZAAR hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Auka má skammtinn á viku fresti um 12,5 mg daglega (þ.e. í skammtana 25 mg daglega eða 50 mg daglega), í venjulegan viðhaldsskammt, 50 mg einu sinni á dag. Tekið skal tillit til hvernig sjúklingur þolir þetta. **Skammtastærðir handa börnum:** COZAAR er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð(desember, 1999), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: 12,5 mg:** 28 stk Verð: 2235 kr. **50 mg:** 28 stk. Verð: 3385 kr. 98 stk. Verð: 9843 kr. **Upphafspakkning: 12,5+50 mg:** 35 stk: Verð: 3385 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** B. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

ZOCOR
MSD, 890108; 890109; 940275; 970435
Töflur; C 10 AA 01
Virkt innihaldsefni: Simvastatinum INN 10mg, 20mg, 40mg eða 80 mg.
Ábendingar: Óhófleg blóðfituhækkun, þar á meðal fyrsta stigs kólerstólhækkun, arfhrein ættbundin kólesterólhækkun, og blönduð blóðfituhækkun þegar sérstakt fitusnautt mataræði hefur ekki borið tilætlaðan árangur. Meðferð á sjúklingum með kransæðasjúkdóma til til að auka lífslíkur og minnka hættu á hjartaáfalli, heilablóðfalli og skamvinnri blóðþurrð í heila. Þá má minnka þörf á hjáveituaðgerðum og kransæðavíkkun og hægja á framvindu á æðakölkun í kransæðum, þar á meðal draga úr myndun nýrra vefjaskemmda og nýrra stiflna..Meðferð á sjúklingum með arfhreina ættbundna kólesterólhækkun, sem viðbót við aðra meðferð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Virkur lifrarsjúkdómur eða stöðugt hækkaðir transamínasar í blóði af óþekktri orsök. Samhliða gjöf mibefradils (afskráð lyf) sem er kalsíumblokkari úr tetralólflokki. **Meðganga og brjóstagjöf.** Meðganga og brjóstagjöf: ZOCOR má ekki nota á meðgöngu og kona með barn á brjósti má heldur ekki nota ZOCOR.**Varúð:** Vöðvaáhrif: ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasa hemlar geta stundum valdið vöðvakvilla, sem lýsir sér sem vöðvaverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatínkínasa (> 10 x eðlileg efri mörk). Rákvöðvasundrun, með eða án bráðrar nýrnabilunar, sem kemur eftir vöðvarauðamigu, hefur sjaldan sést. Vöðvakvilli sem orsakast af milliverkunum lyfja: Tíðni og alvarleiki vöðvakvilla aukast með samhliða gjöf HMG-CoA redúktasa hemla og lyfja, sem geta valdið vöðvakvilla, þegar þau eru gefin ein sér, eins og gemfíbrózíl og önnur fíbröt og blóðfitulækkandi skammtar ((1g/dag) af níkótínsýru. Að auki virðist hættan á vöðvakvilla aukast með háum gildum á HMG-CoA redúktasahemlavirkni í plasma. ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasahemlar eru umbrotnir af cýtókróm P450 ísóformi 3A4. Hjá sjúklingum, sem taka cýklóspórín, fíbröt eða níkótínsýru samhliða, ætti ZOCOR skammturinn venjulega ekki að fara yfir 10 mg, þar sem hættan á vöðvakvilla eykst verulega við hærri skammta. Frábending er fyrir notkun mibefradils og ZOCORs. Varast ætti samhliða notkun með öðrum lyfjum t.d. cýklóspóríni; ítrakónazóli, ketakónazóli og öðrum azól sveppalyfjum; makrólíð-sýklalyfjunum erýtrómýcíni og klaritrómýcíni og þunglyndislyfinu nefazódón sem í lækningaskömmtum hafa hamlandi áhrif á cytokróm P450 3A4, nema því aðeins að kostir samhliða meðferðar vegi meira en aukin áhætta. Áhrif á lifrarstarfsemi: Mælt er með því, að prófanir á lifrarstarfsemi séu gerðar hjá öllum sjúklingum, áður en meðferð hefst og síðan með reglulegu millibili fyrsta ár meðferðarinnar eða þar til einu ári eftir síðustu skammtahækkun. Hjá sjúklingum sem fá 80 mg skammt ætti auk þess að athuga lifrarstarfsemi eftir 3 mánuði. Sérstaka athygli skal veita sjúklingum, sem fá hækkaða þéttni transamínasa í sermi og ætti að endurtaka mælingarnar fljótt og síðan framkvæma þær oftar. Ef transamínasaþéttnin virðist stöðugt hækka og sérstaklega ef hún hækkar í þrisvar sinnum eðlileg efri mörk og er þrálát, ætti að hætta lyfjameðferð. Hjá sjúklingum sem neyta verulegs magns af áfengi og/eða hafa einhvern tíma fengið lifrarsjúkdóm, ætti að nota lyfið með varúð. Virkir lifrarsjúkdómar eða óskýrðir hækkaðir transamínasar eru frábendingar fyrir notkun simvastatíns. **Aukaverkanir:** ZOCOR þolist almennt vel. Aukaverkanir hafa aðallega verið vægar og skammvinnar. Minna en 2% sjúklinga hafa hætt í klínískum viðmiðunarrannsóknum vegna aukaverkana, sem rekja má til ZOCORs. ***Algengar (>1%):*** Kviðverkir, hægðatregða og uppþemba. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** þróttleysi og höfuðverkur og vöðvakvilli. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Ógleði, niðurgangur, húðútbrot, meltingartruflanir, kláði, hárlos, svimi, vöðvakrampar, vöðvabólga, brisbólga, breytt húðskyn, útlægur taugakvilli, uppköst og blóðskortur. Rákvöðvasundrun og lifrarbólga/gula komu sjaldan fyrir. Ofnæmisheilkenni hafa sjaldan sést og hafa einhver eftirfarandi einkenna komið fyrir: Ofsabjúgur, einkenni lík rauðum úlfum, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíklafjöld, hækkað sökk, liðbólga, liðverkur, ofsakláði, ljósnæmi, hiti, kinnroði, andnauð og lympa. **Milliverkanir:** Gæta skal varúðar við samhliða notkun ZOCORs og lyfja sem marktækt hindra cytokróm P450 3A4 (svo sem cíklóspórins, mibefradils, azól-sveppalyfjanna ítrakónazóls og ketókónazóls, makrólíðsýklalyfjanna erýtrómýcíns og klaritrómýcíns og þunglyndislyfsins nefazódóns) eða fíbrata eða níacíns. ZOCOR eykur áhrif kúmarín-segavarnarlyfja og því ætti próthrombintíminn að vera ákvarðaður áður en ZOCOR meðferð er hafin og nógu oft í upphafi meðferðar til að tryggja að engin marktæk breyting á próthrombintíma komi fyrir. Ef ZOCOR skammti er breytt eða meðferð hætt, ætti að endurtaka sömu mælingar. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sjúklingurinn á að neyta kólesteróllækkandi fæðis, áður en ZOCOR er gefið og á að halda því áfram meðan á ZOCOR meðferð stendur. Blóðfituhækkun: Upphafsskammturinn er venjulega 10 mg á dag, gefinn í einu lagi að kvöldi. Við vægri til miðlungsalvarlegri kólesterólhækkun getur upphafsskammturinn verið 5 mg á dag . Auka má skammtinn með minnst 4 vikna millibili, að hámarki upp í 80 mg skammt, sem gefinn er í einu lagi að kvöldi. Lækka skal skammtinn af ZOCOR, ef blóðþéttni LDL-kólesteróls fer undir 1,94 mmól/l (75 mg/dl) eða blóðþéttni heildarkólesteróls fer undir 3,6 mmól/l (140 mg/dl). Arfhrein ættbundin kólesterólhækkun: 40 mg/dag að kvöldi eða 80 mg/dag í þremur aðskildum skömmtum, 20 mg, 20 mg og 40 mg að kvöldi. ZOCOR ætti að nota sem viðbót við aðra blóðfitulækkandi meðferð (LDL plasmapheresis) eða ef slík meðferð er ekki tiltæk. Kransæðasjúkdómur: 20 mg upphafsskammtur á dag í einu lagi að kvöldi. Breytingar á skömmtum ætti að framkvæma ef þörf krefur. Samhliða lyfjagjöf: ZOCOR er árangursrikt eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem fá cíklóspórín, fíbröt eða níkótínsýru ásamt ZOCOR, er hámarksskammturinn 10 mg/dag. Skömmtun við nýrnabilun: Ekki ætti að vera þörf fyrir skammtabreytingar við miðlungsalvarlega nýrnabilun. Hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun, er hámarks skammtur 10 mg/dag. **Skammtastærðir handa börnum:** ZOCOR er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð (desember, 1999), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Töflur 10mg:** 28 stk. Verð: 3547 kr 98 stk. Verð: 6180 kr. **Töflur 20mg:** 28 stk. Verð: 5408 kr 98 stk. Verð: 16198 kr **Töflur 40mg:** 28 stk. Verð: 6180 kr. 98 stk. Verð: 19164 kr **Töflur 80 mg:** 28 stk. Verð: 7886 kr 98 stk. Verð: 24635 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0 **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Tilvitnanir:

1. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 344(8934): 1383-1389, 1994.
2. Pedersen TR et al: Safety and tolerability of cholesterol lowering with simvastatin over 5 years in The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Arch Intern. Med. 156: 2085-2092, 1996.

* Skráð vörumerki hjá Merck & Co., INC, Whitehouse Station, N.j., USA

ZOCOR®* (SIMVASTATIN, MSD)

Öll statín lækka kólesterólið

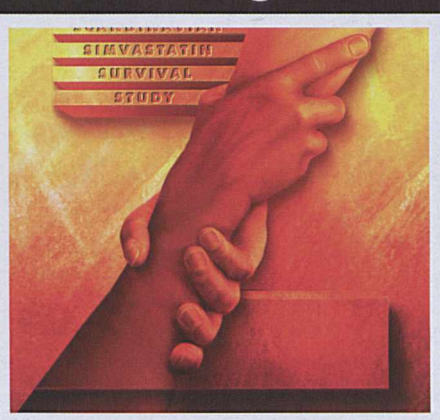
En takmarkið er að auka lífslíkur

EVIDENSBASERET ZOCOR® MEDICIN

Nýr styrkleiki 80 mg.

ZOCOR®* 20-40 mg

Auknar lífslíkur og langtímaöryggi [1,2]



Heimburger MedCom 0998

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

með litningamálun (multicolor FISH) eru mjög fýsilegar fyrir greiningar á flóknum litningabreytingum í krabbameinsfrumum.

V 09 Meinvörp í lifur, könnun á staðsetningu frumæxlis

Anna Margrét Halldórsdóttir[1], Bjarni A. Agnarsson[1], Kristín Bjarnadóttir[2], Hrafn Tulinius[2], Jón Gunnlaugur Jónasson[1]

Frá [1]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði, [2]Krabbameinsfélagi Íslands

Inngangur: Til Rannsóknastofu HÍ í meinafræði berst árlega nokkuð af sýnum frá meinvörpum í lifur, þar sem óskað er aðstoðar meinafræðinga við að finna hugsanlegan upprunastað æxlis. Í þessari rannsókn eru teknar saman upplýsingar um staðsetningu frumæxlis og vefjagerð fyrir lifrarmeinvörp af óþekktum uppruna yfir 10 ára tímabil.
Efniviður og aðferðir: Leitað var í skrám Rannsóknastofunnar að öllum skráðum nálarsýnum frá meinvörpum í lifur frá árunum 1987-1996. Útilokuð voru þau tilfelli þar sem fram kom að frumæxlið væri þekkt eða vísbending um upprunastað lá fyrir. Könnuð var niðurstaða vefjagreiningar í gögnum Rannsóknastofunnar. Farið var í skrár Krabbameinsfélags Íslands og leitað að upplýsingum um endanlega vefjagreiningu og staðsetningu frumæxlis.
Niðurstöður: Alls fundust 176 nálarsýni frá lifrarmeinvörpum árin 1987-1996. Undanskilin frá þessari rannsókn voru 92 tilfelli þar sem frumæxli var þekkt eða sterkur grunur til staðar. Af þeim 84 sem þá voru eftir, gaf skrá Krabbameinsfélagsins upplýsingar um upprunastað í 55 tilvikum. Algengustu upprunastaðir meinvarpanna voru þrír; bris (15), lunga (13) og ristill/rectum (12). Sjaldgæfari voru gallblaðra (fimm), magi (þrír), smáþarmar (tveir) og brjóst (tveir). Tvisvar reyndist vera um frumæxli í lifur að ræða, en ekki meinvarp. Helstu vefjagerðir þessara 55 æxla voru eftirfarandi: 31 kirtlakrabbamein (adenocarcinoma), sjö smáfrumukrabbamein, fimm carcinoid æxli, fjögur carcinoma NOS og þrjú flöguþekjukrabbamein.
Ályktanir: Í 2/3 tilfella kom upprunastaður að lokum í ljós fyrir lifrarmeinvörp af óþekktum uppruna. Algengustu staðirnir voru bris, lungu og ristill. Kirtlakrabbamein var vefjagreiningin í rúmum helmingi tilfella.

V 10 Tjáning BRCA2 999del5 genaafurðarinnar

Evgenía K. Mikaelsdóttir, Hrafnhildur Óttarsdóttir, Helga M. Ögmundsdóttir, Jórunn E. Eyfjörð, Sigríður Valgeirsdóttir, Þórunn Rafnar

Frá Krabbameinsfélagi Íslands

Hér á landi hefur fundist ein kímlínubreyting í BRCA2 æxlisbæligeni sem tengist ættlægri áhættu á brjóstakrabbameini (BRCA2 999del5). Starfsemi BRCA2 af villigerð hefur verið könnuð tölulvert undanfarin ár en lítið er vitað um tjáningu og starfræn áhrif BRCA2 999del5. Tilgangur þessarar rannsóknar er að athuga hvort þessi stökkbreytta afurð er tjáð yfirhöfuð í einstaklingum arfblendnum um BRCA2 999del5. Í þessu skyni voru ræktaðar bandvefsfrumur úr arfberum, RNA einangrað úr ræktunum, öfugumritað í cDNA og tjáningin könnuð með PCR mögnun þar sem notaðir voru PCR vísar sértækir fyrir BRCA2 999del5 auk PCR vísa fyrir villigerðar BRCA2 (viðmið). BRCA2 999del5 mRNA var tjáð í arfblendnum bandvefsfrumum þó í minna mæli en BRCA2 af villigerð sem gæti bent til þess að stökkbreytta mRNAið sé óstöðugra en villigerðin. Við höfum kannað ýmis mótefni bæði gegn N- og C-enda BRCA2 prótínafurðanna og munum næst athuga hvort tjáning prótínanna breytist eftir ástandi frumnanna.

V 11 Hvað hindrar konur í að mæta í brjóstamyndatöku?

Guðrún Árnadóttir[1], Friðrik H. Jónsson[1], Valgerður Sigurðardóttir[2], Dana Bovbjerg[3], Heiðdís B. Valdimarsdóttir[3]

Frá [1]félagsvísindadeild HÍ, [2]líknardeild Ríkisspítalanna, [3]Mount Sinai School of Medicine, New York

Tilgangur: Brjóstakrabbamein, ásamt lungnakrabbameini, er langalgengasta dánarorsök íslenskra kvenna á miðjum aldri. Þrátt fyrir alþjóðlegan árangur reglubundinnar brjóstamyndatöku við að finna brjóstakrabbamein á for- eða byrjunarstigi, þegar mestar líkur eru á lækningu, mæta íslenskar konur ekki nægilega vel í myndatöku. Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvaða þættir hvetja eða letja konur til að mæta í brjóstamyndatöku.
Efniviður og aðferðir: Konur á Stór-Reykjavíkursvæðinu, 40-69 ára, sem ekki höfðu greinst með brjóstakrabbamein, voru valdar af handahófi (n=1000) og þeim sendur spurningalisti í pósti. Þátttakendur (n=615) fengu spurningalista um lýðfræðilegar breytur, þekkingu á brjóstamyndatöku, mögulega hvetjandi þætti (til dæmis hvatningu frá lækni) og hindranir (til dæmis ótta við geislun) sem tengdust mætingu, ásamt aðlögunarstigum að mætingu í brjóstamyndatöku (foríhugun, íhugun, framkvæmd, viðhald).
Niðurstöður: Konur sem ekki ætluðu að mæta í brjóstamyndatöku og þær sem mætt höfðu óreglulega en ætluðu að mæta voru hræddari við geislun og sársauka frá myndatökuvél og voru óánægðari með þjónustu leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins. Konur sem höfðu fengið hvatningu frá einkalækni og vitneskju um æskilega mætingartíðni voru líklegri til að mæta í brjóstamyndatöku.
Ályktanir: Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að læknar gegni mikilvægu hlutverki í að hvetja konur til að mæta í brjóstamyndatöku. Með því að upplýsa konur um gildi myndatökunnar og að ræða við þær um áhyggjur þeirra af geislun og sársauka geta þeir líklega aukið þátttöku. Þá virðist þjónusta á leitarstöð einnig hafa áhrif á það hvort konur halda áfram að mæta í myndatöku.

V 12 Viðhorf íslenskra kvenna til erfðaprófa á brjóstakrabbameini

Guðrún Árnadóttir[1], Valgerður Sigurðardóttir[2], Friðrik H. Jónsson[1], Heiðdís B. Valdimarsdóttir[3]

Frá [1]félagsvísindadeild HÍ, [2]líknardeild Ríkisspítalanna, 3Mount Sinai School of Medicine, New York

Tilgangur: Með nýlegri einangrun BRCA1 og BRCA2 gena er hægt að prófa arfbera í fjölskyldum með brjósta- eða eggjastokkakrabbamein. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna áhuga íslenskra kvenna á erfðaprófi á brjóstakrabbameini og hvaða þættir tengjast þeim áhuga.
Efniviður og aðferðir: Konur á Stór-Reykjavíkursvæðinu, 40-69 ára, sem ekki höfðu greinst með brjóstakrabbamein (n=1000) voru valdar af handahófi og þeim sendur spurningalisti í pósti. Þátttakendur (n=534 konur, þar af 197 sem áttu einn eða fleiri ættingja í fyrsta ættlið sem fengið höfðu brjóstakrabbamein) fengu spurningalista um lýðfræðilegar breytur, áhuga á að mæta í erfðapróf, mat á líkum á að vera með brjóstakrabbameinsgen, mögulega hvetjandi þætti (til dæmis léttir að vita vissu sína) og hindranir (til dæmis áhyggjur af persónuvernd), ótta við brjóstakrabbamein

(mælt sem ágengar hugsanir á undirþætti kvarðans Impact of Event Scale) og fjölskyldusögu um brjóstakrabbamein.

Niðurstöður: Tæplega 75% kvenna í úrtakinu vildu örugglega eða líklega fara í erfðapróf á brjóstakrabbameini. Ekki reyndist vera tölfræðilega marktækur munur á áhuga kvenna með ættarsögu um brjóstakrabbamein í fyrsta ættlið og annarra kvenna. Konur með ættarsögu í fyrsta ættlið töldu frekar en aðrar konur að þær væru með brjóstakrabbameinsgen. Áhugi á að mæta í erfðapróf var meiri hjá yngri konum, konum sem töldu að þær væru með brjóstakrabbameinsgen og hjá þeim sem óttuðust brjóstakrabbamein. Helstu kostir erfðaprófa að mati viðmælenda voru að þau gæfu vísbendingu um hvort fara ætti oftar í brjóstamyndatöku, hvort krabbameinsgen væru til staðar og hvort börn þátttakenda væru í aukinni áhættu. Helstu ókostir við að fara í erfðapróf var ótti við að greinast með krabbameinsgen og áhyggjur af persónuvernd.

Ályktanir: Niðurstöður sýna að íslenskar konur ofmeta líkur á að þær séu með brjóstakrabbameinsgen og það vefst fyrir þeim hverjum erfðapróf eru ætluð. Hvatinn að áhuga á að mæta í erfðapróf virðist fremur byggja á sálrænum þáttum (eins og ótta við brjóstakrabbamein) en þekkingu. Af þessu er ljóst að upplýsa þarf íslenskar konur betur um erfðapróf en nú er gert. Þá er einnig mikilvægt að aðstoða konur við að takast á við þann ótta sem fylgir því að greinast með stökkbreytt gen og að vinna áfram að því að dulkóðun gagna tryggi sem best persónuvernd.

Höfundaskrá

A. Borg ..... E 02
A. Niebuhr ..... E 02
Aðalgeir Arason ..... V 01
Agnes Beffou-Bonnie ..... V 01
Albert Smith ..... V 04
Anna Margrét Halldórsdóttir ... V 09
Álfheiður Ástvaldsdóttir ..... E 12

B. Ejlertsen ..... E 02
Birgir Andri Briem ..... E 08
Bjarni Agnar Agnarsson E 01, E 03, E 07, V 01, V 09
Bjarnveig Ingibjörg Sigbjörnsdóttir ..... E 01, E 03
Brynja Ragnarsdóttir ..... E 06

Chen Huiping ..... E 03
Christian Ghiglione ..... E 09
Christopher P. Crum ..... E 08

Dana Bovbjerg ..... V 11

E. Niebuhr ..... E 02
Elizabeth Gillanders ..... V 01
Elín Guðmannsdóttir ..... V 06
Evgenia K. Mikaelsdóttir ... V 02, V 10

Friðrik H. Jónsson ..... V 11, V 12
Frosti Jónsson ..... V 04

Guðríður Ólafsdóttir ..... V 07
Guðrún Árnadóttir ..... V 11, V 12
Guðrún Jóhannesdóttir ..... V 01

Heiðdís B. Valdimarsdóttir .. V 11, V 12
Helga M. Ögmundsdóttir E 04, E 12, V 02, V 07, V 10
Hilmar Viðarsson ..... V 02
Hólmfríður Hilmarsdóttir ... E 12, V 07
Hrafn Tulinius ..... E 05, V 09
Hrafnhildur Óttarsdóttir ..... V 10

I. Amundsen ..... V 01
Ingibjörg Guðmundsdóttir .. E 04, E 11

J.R. Sigurgeirsdóttir ..... E 03
Jeff Gulcher ..... V 04
Jeff Smith ..... V 01
Jeff Trent ..... V 01
Joan Bailey-Wilson ..... V 01
Joan V. Ruderman ..... E 11
Jóhann Heiðar Jóhannsson ..... E 12
Jón Þór Bergþórsson ... E 02, E 10, V 01
Jón Gunnlaugur Jónasson ... E 03, E 06, E 07, E 10, V 07, V 09
Jónas Magnússon ..... E 10
Jónína Þ. Jóhannsdóttir ..... E 03, E 10
Jórunn E. Eyfjörð .... E 05, V 02, V 03, V 07, V 08, V 10

K. Fenger ..... E 02
K. Winther ..... E 02
K.W. Nielsen ..... E 02
Katrín Guðmundsdóttir ..... V 03
Kári Stefánsson .. E 11, V 04, V 05, V 06
Kermit Carraway IIIrd ..... E 09
Kesara Anamathawat-Jónsson .. V 08
Kristín Bjarnadóttir ..... V 09
Kristján Skúli Ásgeirsson ..... E 04
Kristrún R. Benediktsdóttir .... V 01

Laufey Þóra Ámundadóttir .. E 09, E 10, E 11, V 04, V 05, V 06
Laufey Tryggvadóttir ..... E 05, V 07

Margrét Andrésdóttir ..... E 09
Margrét Steinarsdóttir ..... V 08

Norbert Perrimon ..... E 09

Ómar Gústafsson ..... V 04

Peter Holbrook ..... E 12
Philip Leder ..... E 09
Robert Skraban ..... V 04, V 05
Rósa Björk Barkardóttir E 01, E 02, V 01

S. Klausen ..... E 02
Sigfríður Guðlaugsdóttir ..... V 07
Sigríður Klara Böðvarsdóttir .... V 08
Sigríður Valgeirsdóttir ..... V 02, V 10
Sigurður Ingvarsson E 01, E 03, E 10, V 06
Sigurður Ólafsson ..... E 06

T.L. Harboe ..... E 02
Torfi Höskuldsson ..... E 07
Trausti Sigurvinsson ..... E 05

Valgarður Egilsson ..... E 01, E 03, E 10
Valgerður Sigurðardóttir .... V 11, V 12

Þorkell Andrésson .....E 11, V 05, V 06
Þórarinn Guðjónsson ..... E 04
Þórunn Rafnar ..... V 02, V 10

Aventis

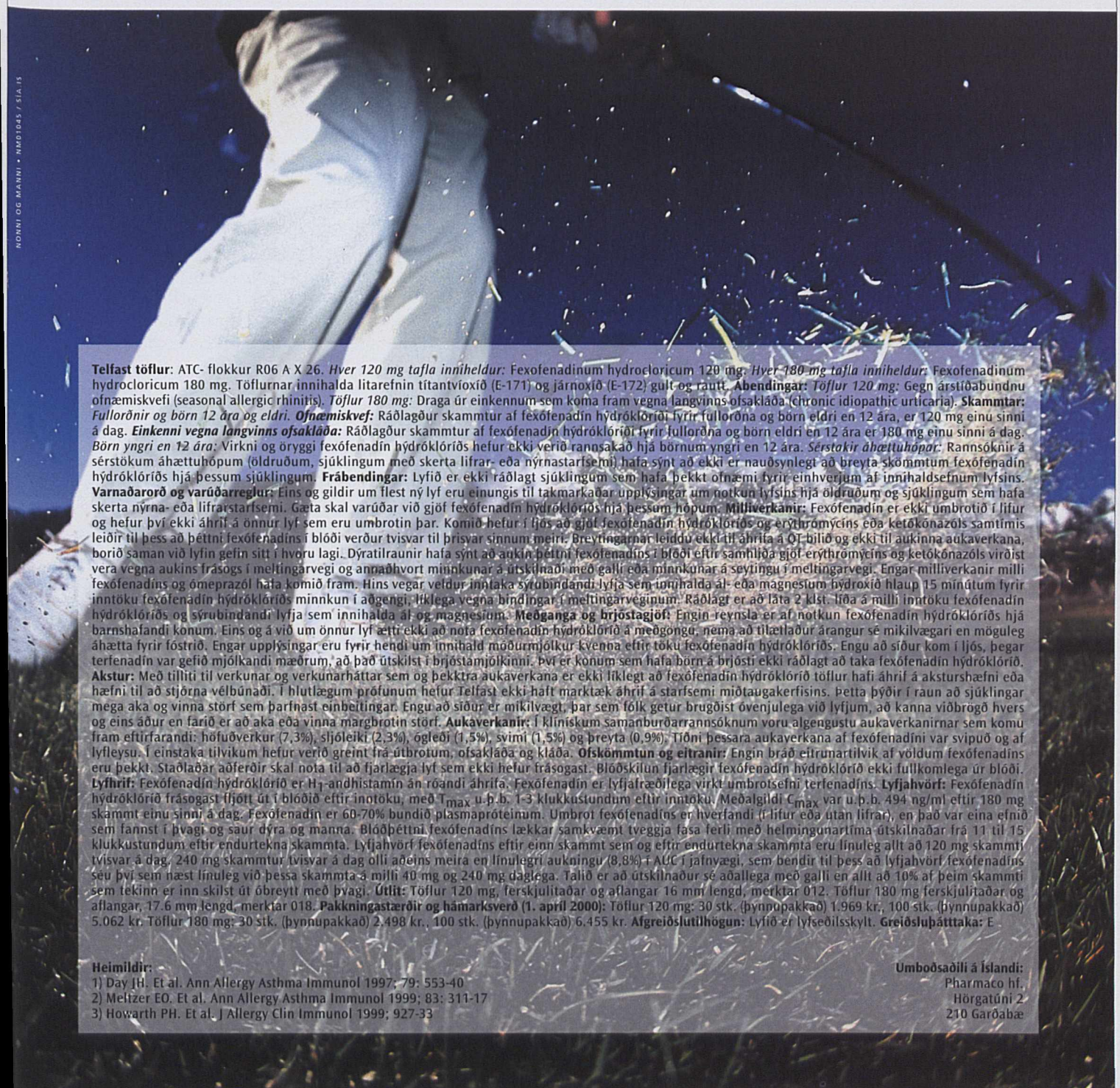
áhrifaríkt[1]

andhistamín

aukin lífsgæði[2]

ekki slævandi áhrif[3]

Telfast®
fexofenadin



Telfast töflur: ATC- flokkur R06 A X 26. *Hver 120 mg tafla inniheldur:* Fexofenadinum hydrocloricum 120 mg. *Hver 180 mg tafla inniheldur:* Fexofenadinum hydrocloricum 180 mg. Töflurnar innihalda litarefnin títantvíoxíð (E-171) og járnoxíð (E-172) gult og rautt. **Ábendingar:** *Töflur 120 mg:* Gegn árstíðabundnu ofnæmiskvefi (seasonal allergic rhinitis). *Töflur 180 mg:* Draga úr einkennum sem koma fram vegna langvinns ofsakláða (chronic idiopathic urticaria). **Skammtar:** *Fullorðnir og börn 12 ára og eldri.* ***Ofnæmiskvef:*** Ráðlagður skammtur af fexófenadín hýdróklóríði fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára er 120 mg einu sinni á dag. ***Einkenni vegna langvinns ofsakláða:*** Ráðlagður skammtur af fexófenadín hýdróklóríði fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára er 180 mg einu sinni á dag. *Börn yngri en 12 ára:* Virkni og öryggi fexófenadín hýdróklóríðs hefur ekki verið rannsakað hjá börnum yngri en 12 ára. *Sérstakir áhættuhópar:* Rannsóknir á sérstökum áhættuhópum (öldruðum, sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi) hafa sýnt að ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum fexófenadín hýdróklóríðs hjá þessum sjúklingum. **Frábendingar:** Lyfið er ekki ráðlagt sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Eins og gildir um flest ný lyf eru einungis til takmarkaðar upplýsingar um notkun lyfsins hjá öldruðum og sjúklingum sem hafa skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar við gjöf fexófenadín hýdróklóríðs hjá þessum hópum. **Milliverkanir:** Fexófenadín er ekki umbrotið í lifur og hefur því ekki áhrif á önnur lyf sem eru umbrotin þar. Komið hefur í ljós að gjöf fexófenadín hýdróklóríðs og erýtrómýcíns eða ketókónazóls samtímis leiðir til þess að þéttni fexófenadíns í blóði verður tvisvar til þrisvar sinnum meiri. Breytingarnar leiddu ekki til áhrifa á QT-bilið og ekki til aukinna aukaverkana, borið saman við lyfin gefin sitt í hvoru lagi. Dýratilraunir hafa sýnt að aukin þéttni fexófenadíns í blóði eftir samhliða gjöf erýthrómýcíns og ketókónazóls virðist vera vegna aukins frásogs í meltingarvegi og annaðhvort minnkunar á útskilnaði með galli eða minnkunar á seytingu í meltingarvegi. Engar milliverkanir milli fexófenadíns og ómeprazól hafa komið fram. Hins vegar veldur inntaka sýrubindandi lyfja sem innihalda ál- eða magnesíum hýdroxíð hlaup 15 mínútum fyrir inntöku fexófenadín hýdróklóríðs minnkun í aðgengi, líklega vegna bindingar í meltingarveginum. Ráðlagt er að láta 2 klst. líða á milli inntöku fexófenadín hýdróklóríðs og sýrubindandi lyfja sem innihalda ál og magnesíum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin reynsla er af notkun fexófenadín hýdróklóríðs hjá barnshafandi konum. Eins og á við um önnur lyf ætti ekki að nota fexófenadín hýdróklóríð á meðgöngu, nema að tilætlaður árangur sé mikilvægari en möguleg áhætta fyrir fóstrið. Engar upplýsingar eru fyrir hendi um innihald móðurmjólkur kvenna eftir töku fexófenadín hýdróklóríðs. Engu að síður kom í ljós, þegar terfenadín var gefið mjólkandi mæðrum, að það útskilst í brjóstamjólkinni. Því er konum sem hafa börn á brjósti ekki ráðlagt að taka fexófenadín hýdróklóríð. **Akstur:** Með tilliti til verkunar og verkunarháttar sem og þekktra aukaverkana er ekki líklegt að fexófenadín hýdróklóríð töflur hafi áhrif á aksturshæfni eða hæfni til að stjórna vélbúnaði. Í hlutlægum prófunum hefur Telfast ekki haft marktæk áhrif á starfsemi miðtaugakerfisins. Þetta þýðir í raun að sjúklingar mega aka og vinna störf sem þarfnast einbeitingar. Engu að síður er mikilvægt, þar sem fólk getur brugðist óvenjulega við lyfjum, að kanna viðbrögð hvers og eins áður en farið er að aka eða vinna margbrotin störf. **Aukaverkanir:** Í klínískum samanburðarrannsóknum voru algengustu aukaverkanirnar sem komu fram eftirfarandi: höfuðverkur (7,3%), sljóleiki (2,3%), ógleði (1,5%), svimi (1,5%) og þreyta (0,9%). Tíðni þessara aukaverkana af fexófenadíni var svipuð og af lyfleysu. Í einstaka tilvikum hefur verið greint frá útbrotum, ofsakláða og kláða. **Ofskömmtun og eitranir:** Engin bráð eitrunartilvik af völdum fexófenadíns eru þekkt. Staðlaðar aðferðir skal nota til að fjarlægja lyf sem ekki hefur frásogast. Blóðskilun fjarlægir fexófenadín hýdróklóríð ekki fullkomlega úr blóði. **Lyfhrif:** Fexófenadín hýdróklóríð er H_1-andhistamín án róandi áhrifa. Fexófenadín er lyfjafræðilega virkt umbrotsefni terfenadíns. **Lyfjahvörf:** Fexófenadín hýdróklóríð frásogast fljótt út í blóðið eftir inntöku, með T_{max} u.þ.b. 1-3 klukkustundum eftir inntöku. Meðalgildi C_{max} var u.þ.b. 494 ng/ml eftir 180 mg skammt einu sinni á dag. Fexófenadín er 60-70% bundið plasmapróteinum. Umbrot fexófenadíns er hverfandi (í lifur eða utan lifrar), en það var eina efnið sem fannst í þvagi og saur dýra og manna. Blóðþéttni fexófenadíns lækkar samkvæmt tveggja fasa ferli með helmingunartíma útskilnaðar frá 11 til 15 klukkustundum eftir endurtekna skammta. Lyfjahvörf fexófenadíns eftir einn skammt sem og eftir endurtekna skammta eru línuleg allt að 120 mg skammti tvisvar á dag. 240 mg skammtur tvisvar á dag olli aðeins meira en línulegri aukningu (8,8%) í AUC í jafnvægi, sem bendir til þess að lyfjahvörf fexófenadíns séu því sem næst línuleg við þessa skammta á milli 40 mg og 240 mg daglega. Talið er að útskilnaður sé aðallega með galli en allt að 10% af þeim skammti sem tekinn er inn skilst út óbreytt með þvagi. **Útlit:** Töflur 120 mg, ferskjulitaðar og aflangar 16 mm lengd, merktar 012. Töflur 180 mg ferskjulitaðar og aflangar, 17.6 mm lengd, merktar 018. **Pakkningastærðir og hámarksverð (1. apríl 2000):** Töflur 120 mg: 30 stk. (þynnupakkað) 1.969 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 5.062 kr. Töflur 180 mg: 30 stk. (þynnupakkað) 2.498 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 6.455 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** E

Heimildir:
1) Day JH. Et al. Ann Allergy Asthma Immunol 1997; 79: 553-60
2) Meltzer EO. Et al. Ann Allergy Asthma Immunol 1999; 83: 311-17
3) Howarth PH. Et al. J Allergy Clin Immunol 1999; 927-33

Umboðsaðili á Íslandi:
Pharmaco hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabæ

Brýnt að læknar fylgist með sameiningarferli sjúkrahúsanna



Jón Snædal

Í MARSHEFTI LÆKNABLAÐSINS á þessu ári birtist sameiginleg yfirlýsing stjórna LÍ og LR um sameiningu stóru sjúkrahúsanna í Reykjavík. Það telst til tíðinda að stjórnir þessara félaga sendi frá sér sameiginlegar yfirlýsingar en einnig hefur hún kallað fram viðbrögð samstarfsfólks okkar og borið hefur við að yfirlýsingin hafi verið rangtúlkuð. Það er því rétt að staldra við og skoða nánar hvað hér er á ferðinni.

Þeir sem fylgst hafa með umræðunni meðal lækna um sameiningarmál vita að meðal þeirra hafa verið deildar meiningar um það hvort sameina beri sjúkrahúsin eða auka frekar samvinnu þeirra til að nýta sem best þá sérhæfingu sem sífellt er í þróun. Það væri því sérkennilegt ef stjórnir félaganna tækju afdráttarlaust afstöðu með öðrum hópnum. Ummæli heilbrigðismálaráðherra á síðasta aðalfundi LÍ ásamt þeirri umræðu sem verið hefur meðal lækna leiddi til þessarar yfirlýsingar. Á fundinum varpaði ráðherra fram þeirri hugmynd að í framtíðinni ætti að byggja eitt hátæknisjúkrahús sem rúmi starfsemi sjúkrahúsanna í Reykjavík og á aðalfundinum urðu síðar miklar umræður um ályktun um þessi mál, en henni var vísað til stjórnar til frekari vinnslu. Yfirlýsingin er svo afrakstur þeirrar umræðu sem fram hefur farið í vetur.

Kjarninn í yfirlýsingu læknafélaganna er að bygging nýs sjúkrahúss sé forsenda þess að sjúkrahúsin verði sameinuð. Stjórnirnar hafa þannig ekki stutt þá sameiningu sem nú er í gangi í þessari yfirlýsingu, enda deildar meiningar innan þeirra. Það sem hins vegar skiptir máli í þessu sambandi eru þær forsendur sem gefnar eru í yfirlýsingunni og varnaðarorð. Svo vitnað sé til hennar er rétt að benda á eftirfarandi staðhæfingar: „Allar ákvarðanir um aukna samvinnu og/eða sameiningu deilda verði teknar í fullu samráði og í sátt við starfsfólk." „Sérstakar ráðstafanir verði viðhafðar til að fyrirbyggja faglega einokun og stöðnun." Og: „Flytja þarf verkefni frá sjúkrahúsum til læknastöðva og heilsugæslustöðva ...."

Svo sem alþjóð veit hafa sjúkrahúsin nú verið sameinuð án þess að nokkur ákvörðun hafi verið tekin um nýja byggingu og ekki séð að slíkt sé í deiglunni. Það er einnig álitamál hversu vel hefur verið fylgt anda þeirrar yfirlýsingar sem hér er gerð að umtalsefni. Það er því afar brýnt að læknar fylgist grannt með því sameiningarferli sem hafið er og þótt menn hafi mismunandi skoðanir á því hvað rétt sé að gera í þessum efnum hljóta allir læknar að vera sammála um ofnagreind atriði.

Eitt atriðið í yfirlýsingunni hefur kallað á hörð viðbrögð hjúkrunarfræðinga en það er fjórði liðurinn: „Afnema þarf með lagabreytingu tvískiptingu faglegrar stjórnunar á milli lækninga og hjúkrunar og árétta forræði lækna á faglegri yfirstjórn deilda." Erindi hefur borist til stjórnar LÍ vegna þessa og ljóst að um þetta atriði verður rætt nánar þótt það hafi verið afstaða stjórnar LÍ að blanda þessu ekki of mikið saman við umræðu um sameiningu sjúkrahúsanna. Ástæðan er einfaldlega sú að þetta mál snertir miklu fleiri vinnustaði þar sem læknar og hjúkrunarfræðingar vinna og þetta lagaákvæði gildir. Þó eru nokkur atriði ljós sem eðlilegt er að komi til skoðunar í þeirri umfjöllun sem framundan er. Tvöföld fagleg stjórnun á heilbrigðisstofnunum er ekki mjög útbreidd meðal annarra þjóða og því ekkert „náttúrulögmál". Það er ennfremur staðreynd að áhrif hjúkrunarfræðinga hafa aukist verulega frá því þetta ákvæði kom inn í lögin, að mestu á kostnað lækna. Þetta kemur meðal annars fram í því að á stórum vinnustöðum eins og á sjúkrahúsunum eru margir hjúkrunarfræðingar starfandi eingöngu við stjórnun, en nánast allir læknar í stjórnunarstöðum sinna einnig klínískri vinnu. Að endingu má einnig benda á að það heyrir til undantekninga í stórum fyrirtækjum, bæði innan hins opinbera og í einkarekstri, að um slíka tvískiptingu sé að ræða. Þar með er ekki sagt að þetta fyrirkomulag sé slæmt, en ekkert er athugavert við að nú sé staldrað við og skoðað hvernig það stjórnunarfyrirkomulag sem var sett í lög fyrir nærfellt aldarfjórðungi hafi reynst.

Höfundur er sérfræðingur í öldrunarlækningum og varaformaður Læknafélags Íslands.

Veiklað „Infirmarium“



Reynir Tómas Geirsson

Sennilega fer best á því að aldrei verði með fullu ljóst hver stakk upp á að nota einhvers konar latínu í merki hins nýja háskólasjúkrahúss. Það má hins vegar koma fram að háskólahlutinn, það er að segja læknadeild Háskóla Íslands með öllum námsbrautum sínum, var ekki spurð álits. Árið 1997 var skipt yfir í nýja alþjóðaskráningu sjúkdóma, ICD-10, þar sem annað hvort er notað landsmálið, íslenska á Íslandi, eða alþjóðalæknisfræðimálið, enska. Latína er ekki lengur alþjóðalæknisfræðimál enda er latínukunnátta flestra stúdenta úr menntaskóla nú næsta lítil og villur í notkun latínu, þegar menn reyna það, eru tíðar. Því skýtur það skökku við að setja *Infirmarium academicum* inn í nafngift spítalans. Á ensku er spítalinn látinn heita *University Hospital* og ef eitthvað erlent átti að standa nálægt merkinu, hefðu það átt að vera ensku orðin. Merkið er einnig ágætt eitt og sér án nokkurra sérstakra stafa ofan við það.

Spítalar urðu ekki til fyrr en á alllangt var liðið á miðaldir og tengdust háskólum sem kennslustofnanir á 19. öld. Aðeins tiltölulega fáir spítalar í hinum eldri borgum Stóra-Bretlands (en ekki höfuðborginni, Lundúnum) bera heitið *Infirmary*. Þá er oftar en ekki um að ræða spítala sem stofnaðir voru um eða fyrir miðja 19. öldina, yfirleitt til að aðstoða þá sem minna máttu sín í þjóðfélaginu. Öll nýrri sjúkrahús í Bretlandi, hvað þá í öðrum Evrópulöndum eða vestanhafs, heita einfaldlega *hospital*. Að kalla hið nýja háskólasjúkrahús *Infirmarium* er því mjög gamaldags og ekki í takt við það sem nú er gert annars staðar. Það verður ekki betra við að hnýta við það *academicum*. Aðeins eitt sjúkrahús veit ég um á Norðurlöndum sem kennt er við akademíu. Það er í Uppsölum og kallast á sænsku *Akademiska sjukhuset* og *Academic Hospital* á ensku. Þar, í hinum elsta háskólabæ á Norðurlöndum, er hefð fyrir því að kenna ýmislegt fleira í bæjarlífinu við akademíuna.

Í minni latnesku orðabók (Cassel's New Latin Dictionary, 1964), er enska orðið *hospital* þýtt með *valetudinarium*, það er að segja staður þar sem mönnum batnar. Orðið *infirmatio* er til í orðabókinni og þýðir *a weakening, a refuting, invalidating*. *Infirmitas* er einnig til og þýðir *weakness, feebleness, mental weakness, instability, fickleness*. Sögnin *infirmo* þýðir *to weaken*, og sá sem er *infirmus*, sem einnig er til í kvenkyni og hvorugkyni, er *weak, feeble, timorous*. *Infirmarium* er ekki nefnt þar sem orð. Í latneskri orðabók Kristins Ármannssonar segir að sjúkrahús megi einnig þýða með orðinu *nosocomium*. Cassel segir að *university* skuli þýða með *academia* og það sé síðlatneska, en *Universitas* er einnig fullgilt eins og allir vita (Universitas Islandiae).

Ég hef að auki leitað í svotil öllum latneskum orðabókum Háskólabókasafns, enskum, norrænum, frönskum og þýskum. Í öllum orðabókum um klassíska latínu, þar með talið Oxford Latin Dictionary frá 1968, Forcellinis Totis Latinitatis Lexicon frá 1865 (sex bindi), Thesaurus Linguae Latinae frá 1943 og jafnvel í bók með það ágæta heiti Latin for the Illiterate frá 1996, finnst þetta orð ekki. Í J.F. Niermeyers Mediae Latinitatis Lexicon frá 1976 finnst orðið *infirmaria* (kvenkynsorð) í merkingunni munkaspítali (monastic infirmary) í texta frá 1130 og orðið *infirmitorium* frá um 1170, bæði komin úr frönskum krónikum (infirmerie d´un monastére). Þá finnst í því stóra sjö binda riti Glossarium Mediae et Infimce Latinitatis eftir D.P. Carpenter (París, 1844) orðið *infirmatorium* frá 1219 og *infirmatoria* frá 1345 og *infirmerium* er einnig nefnt í merkingunni klaustur. Loks í Revised Medieval Latin Wordlist frá 1965 er getið um hið nýja latneska heiti háskólasjúkrahússins í Reykjavík, *infirmarium*, og vitnað í rit frá 12. öld og frá um 1400. Þar er infirmitorium jafngilt. Svo virðist sem nýja íslensk-latneska orðið *infirmarium* frá árinu 2000, samhljóða tiltölulega sjaldséðri orðmynd frá miðöldum, geti verið búið til upp úr hinu enska *infirmary*, sem aftur er komið á miðöldum úr frönsku (infirmerie). Með svipuðum hætti er librarium skylt library. Í Oxford English Dictionary, 2nd Ed., 1989 (20 bindi), er þessi uppruni enska orðsins áréttaður og orðið sagt eiga upprunalega við „the sick-quarters in a religious establishment, for the treatment of sick and wounded“ en hafi á 18. öld verið „the common name for a public (provincial) hospital“.

Ef nota ætti eignarfallsmyndina af orðinu háskóli (*academia*) með infirmaríinu, sýnist mér ennfremur

Höfundur er prófessor við Kvennadeild Landspítala – háskólasjúkrahúss við Hringbraut, 101 Reykjavík.

rétt að skrifa *academiae*, sem væri þá bein þýðing á eignarfalli orðsins háskóli, eins og í „háskólasjúkrahús“. Auðvitað mætti líka tala um *valetudinarium academiae* eða *nosocomium academiae*, en ef menn vilja endilega nota infirmarium, er rétt að segja *infirmarium academiae*. Ef nota ætti „academicum“, yrði íslenska þýðingin á því orði væntanlega háskólalegur og ekki er talað um háskólalega sjúkrahúsið á íslensku. Latínukennari sem ég hafði samband við taldi að infirmarium academicum gæti svo sem gengið málfræðilega (samanber civis academicus = háskólaborgari), en að öll orðmyndin infirmarium academicum væri „vesaldarleg“ (sbr. infirmus) og skorti reisn. Er ekki besta og beinskeyttasta þýðingin á Infirmarium academicum „Háskólahælið“?

Á öllum þessum vandræðagangi er aðeins til ein góð og skjótvirk lausn: Taka burt orðin *Infirmarium academicum* sem allra fyrst úr merki spítalans (lógóinu) og annars staðar þar sem þau kunna að hafa verið sett og gleyma þeim! Sjúkrahúsið á að heita *Landspítali – háskólasjúkrahús* og á ensku er heitið *Landspítali – University Hospital*. Annað ekki. Það hlýtur að vera krafa læknastéttarinnar og háskólamanna innan spítalans að nafngiftarmálum aðalsjúkrahúss landsmanna sé háttað eins og gert er annars staðar í heiminum.

Norrænir læknanemar funda í Reykjavík

Stjórnunarfræðsla, rannsóknir og reglur um lífsiðfræði voru helstu dagskrárefni fundarins

Íslenskir læknanemar taka þátt í alþjóðasamstarfi og um síðustu mánaðamót héldu þeir ársfund alþjóðanefnda norrænu læknanemasamtakanna hér í Reykjavík. Fundinn sóttu 57 gestir og 20 íslenskir læknanemar og fjölluðu í þrjá daga um stjórnunarmál, læknisfræðilegar rannsóknir og lífsiðfræði svo fátt eitt sé nefnt af því sem bar á góma á fundinum.

Brynja Ragnarsdóttir gegndi formennsku í FINO – en svo er nafn norrænu alþjóðanefndanna skammstafað – starfsárið 1999-2000. Hún sagði í samtali við Læknablaðið að alþjóðanefndir læknanema störfuðu á öllum Norðurlöndum og skipaði hver læknaskóli sína nefnd. Í hinum löndunum eru á bilinu 50-200 manns í þessum nefndum en skiljanlega öllu færri hér á landi.

Starfi nefndanna er skipt í vinnuhópa sem fjalla um ýmsa málaflokka. Hér á landi fjalla vinnuhópar um stúdenta- og rannsóknaskipti og um forvarnastarf gegn kynsjúkdómum, alnæmi og ótímabærum þungunum. Í öðrum löndum er einnig fjallað um menntun lækna á Norðurlöndum, lýðheilsu og málefni flóttamanna svo dæmi séu nefnd.

Það er eitt af markmiðum alþjóðasamtaka læknanema að efla stjórnunarþekkingu læknanema og að þessu sinni var aðalefni fundarins stjórnunarnámskeið. Þar var fjallað um það sem á ensku er nefnt „personal management“ og felst eiginlega í því að skipuleggja eigið líf og starf. Auk þess fengu þátttakendur innsýn í fjáröflun og fundarstjórn.

Á morgni sunnudagsins 2. apríl hlýddu fundarmenn svo á fyrirlestra um þemað læknisfræðilegar rannsóknir og lífsiðfræði. Fyrirlesarar voru Kári Stefánsson sem sagði frá gagnagrunninum og Örn Bjarnason sem fjallaði um reglur um rafrænar heilbrigðisupplýsingar.

Heiðursgestur fundarins var Jóhann Ágúst Sigurðsson forseti læknadeildar Háskóla Íslands. Fundinn sóttu einnig tveir stjórnarmenn úr alþjóðasamtökum læknanema og gestur frá Eistlandi en fyrirhugað er að útvíkka norræna samstarfið og veita læknanemum úr Eystrasaltslöndunum aðild að því.

Brynja lét vel af fundinum og sagði hann hafa gengið afskaplega vel. Hún sagði að íslenskir læknanemar gætu sótt mikinn drifkraft og nýtt sér reynslu Norðurlandaþjóðanna af alþjóðastarfi. Það væri líka tilgangur þessa samstarfs að styrkja samheldni norrænna læknanema og gera þá að sterkari heild á fundum alþjóðasamtakanna.

–ÞH



Norrænir læknanemar búa sig undir að hlýða á erindi þeirra Kára Stefánssonar og Arnar Bjarnasonar sem eru fremst til hægri á myndinni.

Frumvarp um lífsýnasöfn endurflutt

HEILBRIGÐISMÁLARÁÐHERRA LAGÐI NÚ Í APRÍL fram nýtt frumvarp til laga um lífsýnasöfn. Frumvarp um sama efni var lagt fyrir Alþingi árið 1998 en hlaut ekki afgreiðslu. Það frumvarp var byggt á drögum sem unnin voru á vegum siðaráðs landlæknis á árunum 1996-1997 en annar vinnuhópur var skipaður til að fullvinna frumvarpið.

Í 1. grein frumvarpsins segir svo: „Markmiðið með lögum þessum er að heimila söfnun, vörslu, meðferð og nýtingu lífsýna úr mönnum með þeim hætti að persónuvernd sé trygg, gætt sé hagsmuna lífsýnisgjafa og nýting lífsýnanna þjóni vísindalegum og læknisfræðilegum tilgangi og stuðli að almannaheill." Í 2. grein segir meðal annars að lögin taki til „söfnunar lífsýna, vörslu, meðferðar, nýtingar og vistunar þeirra í lífsýnasöfnum. Lögin taka ekki til tímabundinnar vörslu lífsýna sem safnað er vegna þjónusturannsókna, meðferðar, eða afmarkaðra vísindarannsókna, enda sé slíkum sýnum eytt þegar þjónustu, meðferð eða rannsókn lýkur."

Breytingar í 11 liðum

Í skýringum með frumvarpinu segir að starfsmenn Heilbrigðisráðuneytisins hafi farið yfir frumvarpið frá 1998 „með tilliti til þeirra umsagna sem bárust þegar frumvarpið var til meðferðar í þinginu". Síðan eru talin upp 11 atriði sem breyttust við þessa yfirferð:

1. Tímabundin varsla er skilgreind sem varsla í fimm ár.
2. Skilgreining á lífsýnum er takmörkuð við lífrænt efni sem veitt getur líffræðilegar upplýsingar um lífsýnisgjafa.
3. Tekið er fram að leyfishafi geti verið einstaklingur eða stofnun.
4. Kröfur til ábyrgðarmanns lífsýnasafns eru auknar og er miðað við að hann hafi stundað sjálfstæð rannsóknar- og þróunarstörf innan heilbrigðisþjónustunnar.
5. Sett eru ákvæði um rétt til að draga til baka samþykki þegar lífsýni er gefið til vörslu í lífsýnasafni og um eyðingu lífsýnis.
6. Sett eru ákvæði um rétt til að draga til baka ætlað samþykki fyrir vistun lífsýnis í lífsýnasafni til notkunar í vísindarannsóknum.
7. Ráðherra setji ákvæði í reglugerð um í hvaða tilgangi nota megi lífsýni.
8. Heimilað er að taka gjald fyrir lífsýni, eða aðgang að lífsýni, sem nemur kostnaði við öflun, vörslu og aðgang að sýnunum, en gjaldtaka umfram það bönnuð.
9. Bannað er að flytja lífsýnasafn eða hluta þess úr landi nema að fengnu samþykki vísindasiðanefndar og tölvunefndar.
10. Fellt er brott ákvæði um aðlögunartíma lífsýnasafna að ákvæðum laganna.
11. Sett er bráðabirgðaákvæði þess efnis að heimilt sé að vista lífsýni sem aflað var fyrir gildistöku laganna í lífsýnasafni, nema lífsýnisgjafi lýsi sig mótfallinn. Þá er tekið fram að gengið skuli út frá ætluðu samþykki sé lífsýnisgjafi látinn.

Ætlað samþykki

Í umræðum sem orðið hafa um frumvarpið hafa menn einna helst staðnæmst við ákvæði sem heimila vistun lífsýna í söfnum í krafti ætlaðs samþykkis. Hafa sumir gengið svo langt að segja að þetta hugtak standist ekki. En í 3. grein frumvarpsins er að finna svofellda skilgreiningu á hugtakinu:

„...*Ætlað samþykki:* Samþykki sem felst í því að lífsýnisgjafi hefur ekki lýst sig mótfallinn því að lífsýni sem tekið er úr honum við þjónusturannsókn verði varðveitt til frambúðar í lífsýnasafni til notkunar skv. 9. gr., enda hafi skriflegar upplýsingar um að slíkt kynni að verða gert verið aðgengilegar."

Í 9. greininni sem þarna er vitnað til er kveðið á um aðgang að lífsýnasafni og notkun lífsýna. Þar segir í 3. málsgrein: „Safnstjórn getur, að fengnu samþykki tölvunefndar og vísindasiðanefndar, heimilað notkun lífsýna í öðrum tilgangi en ætlað var þegar þau voru tekin, enda mæli brýnir hagsmunir með því og ávinningurinn vegi þyngra en hugsanlegt óhagræði fyrir lífsýnisgjafann eða aðra aðila."

Þeir sem vilja kynna sér frumvarpið nánar geta nálgast það á heimasíðu Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins (*http://www.stjr.is/htr*) eða Alþingis (*http://www.althingi.is*) en frumvarpið hefur fengið þingskjalsnúmerið 835.

–ÞH



Samvirkni

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 309-00

Hlutverk AstraZeneca er að stuðla að bættri heilsu og líðan landsmanna og auka þannig lífsgæði í samfélaginu. Til að þetta ætlunarverk gangi eftir þurfa margir að koma að málum. Árangurinn fer eftir samstarfi heildarinnar.

AstraZeneca starfar náið með íslenskum heilbrigðisstéttum. Þær hafa reynst dugandi samherjar sem í krafti kunnáttu sinnar mynda víðtæka þjónustukeðju í landinu. Líkt og keðjan verður aldrei sterkari en einstakir hlekkir hennar, stendur heilbrigðisþjónusta á Íslandi með þeim sem að málum koma. Reynslan sýnir að þessi keðja er sterk. Með samruna Astra og Zeneca á síðasta ári, varð til eitt af öflugustu lyfjafyrirtækjum heims, AstraZeneca. Styrkur sameiningarinnar er táknrænt



fólginn í framtaki einstaklingsins. Hann birtist ekki síst í því að sýn okkar verður víðari og gleggri ef við njótum sjónarmiða og þekkingar fleiri. Við erum frumkvöðlar að framþróun og mikilvægustu samlegðaráhrifin koma fram í auknum krafti okkar til rannsóknar- og þróunarstarfs.

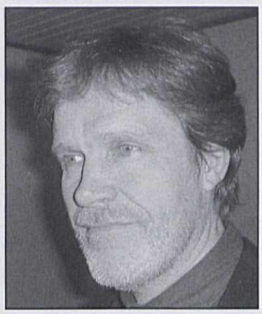
Árangursríkt vísindasamstarf AstraZeneca við íslenskar heilbrigðisstéttir hefur vakið athygli að undanförnu. Ljóst er að þessi þátttaka Íslendinga í fjölþjóðlegum rannsóknum skilar íslensku samfélagi ávinningi í formi fjármagns, atvinnu, þekkingar og ekki síst betri heilsu og betra lífi í framtíðinni.

AstraZeneca

annt um líf og líðan

Umboðsaðili: Pharmaco hf. • Hörgatúni 2, 210 Garðabæ • Sími 535 7000 • Fax 565 6485 • Fax pantanamóttöku 565 5628 • pharmaco@pharmaco.is • www.pharmaco.is

Lífsýna-, persónuverndar- og gagnagrunnslög



Pétur Hauksson

FYRIR ALÞINGI LIGGUR NÚ FRUMVARP dómsmálaráðherra til laga um persónuvernd og frumvarp heilbrigðisráðherra um lífsýnasöfn. Einnig er frumvarp um breytingu á lögum um réttindi sjúklinga til umræðu nú, lagt fram af Þuríði Backman og Ögmundi Jónassyni. Samkvæmt síðastnefnda frumvarpinu skal tilgreint sérstaklega í lögunum hverjir skuli tilnefna nefndarmenn í vísindasiðanefnd. Nú er það einungis reglugerðarákvæði, sem ráðherra getur breytt að vild. Það sannaðist í fyrra þegar nefndin var sett af í heilu lagi með reglugerðarbreytingu í kjölfar þess að lögfræðingur Íslenskrar erfðagreiningar krafðist þess að einum nefndarmanni yrði vikið úr nefndinni, en þá hafði nefndin unnið að því að útbúa reglur um upplýst samþykki. Nú er nefndin tilnefnd af ráðherrum nema einn nefndarmanna sem er tilnefndur af landlækni. Fyrirkomulagið sem lagt er til í frumvarpinu myndi auka sjálfstæði vísindasiðanefndar og traust manna á vísindum í landinu.

Mikilvægt er fyrir lækna að skoða grannt hvaða áhrif stjórnarfrumvörpin kunna að hafa á íslenska læknisfræði og vísindi. Líta þarf á frumvörpin í heild og ef einhver hefur gleymt gagnagrunnslögunum eða fær grænar bólur þegar þau eru nefnd, er ástæða til að herða sig því þessir lagabálkar munu í sameiningu ráða miklu fyrir lækna og sjúklinga í framtíðinni.

Persónuverndarfrumvarp

Persónuverndarfrumvarpið kemur í stað tölvulaganna svonefndu og ný stofnun, Persónuvernd, kemur í stað tölvunefndar ef frumvarpið nær fram að ganga. Frumvarpið kemur til vegna tilskipunar Evrópusambandsins um persónuvernd frá 1995. Sú tilskipun átti að taka gildi á efnahagssvæðinu að þremur árum liðnum, en hér á landi hefur gildistökunni verið frestað. Síðast tilkynnti ríkisstjórnin fyrir síðustu jól að hún treysti sér ekki til að aðlaga íslenska löggjöf að tilskipuninni fyrir frest sem þá var að renna út. Síðasti frestur rennur svo út á miðju þessu ári og má búast við að persónuverndarfrumvarpið verði afgreitt á Alþingi fyrir þann tíma. Frumvarpið er ítarlegt, 46 greinar, og með því fylgir 40 blaðsíðna greinargerð.

Mörg atriði í frumvarpinu snerta lækna og vísindarannsóknir, til dæmis 9. grein sem fjallar um vinnslu viðkvæmra persónuupplýsinga. Ýmislegt athyglisvert kemur fram þegar frumvarpið og tilskipunin eru bornar saman.

Tilskipunin bannar vinnslu ákveðinna viðkvæmra persónuupplýsinga, en veitir síðan vissar undanþágur frá banninu. Í frumvarpinu er hins vegar ekki kveðið á um slíkt bann, heldur er vinnsla heimiluð, undir vissum skilyrðum. Þannig er aðferðarfræðin gjörólík. Almennt lögfest bann við vinnslu persónuupplýsinga veitir betri vernd en heimildarákvæði.

Í 9. grein frumvarpsins er ennfremur heimiluð vinnsla viðkvæmra persónuupplýsinga ef „sérstök heimild standi til vinnslunnar samkvæmt öðrum lögum". Þetta er víðtæk heimild. Hún kemur í veg fyrir ósamræmi milli frumvarpsins og til dæmis gagnagrunnslaganna eða lífsýnafrumvarpsins, sem bæði heimila vinnslu viðkvæmra upplýsinga án samþykkis sjúklings. Þarna er gefið færi á mun víðtækari undanþágum en gert er ráð fyrir í tilskipuninni.

Tilskipunin heimilar að löggjafi í aðildarríki veiti undanþágu frá banninu með sérlögum til vinnslu ákveðinna upplýsinga. Miklu máli skiptir að í tilskipun Evrópusambandsins er sérstaklega tekið fram að til grundvallar slíkri löggjöf þurfi að vera töluverðir almannahagsmunir. Þannig þyrfti að sýna fram á að lagaheimild fyrir vinnslu viðkvæmra upplýsinga hefði í för með sér bættan hag almennings og væntanlega að þeir hagsmunir vegi þyngra en hugsanleg áhætta af vinnslunni. Slíkt mat fór ekki fram vegna gagnagrunnslaganna, enda hefði tilskipun Evrópusambandsins ekki heimilað þau lög að mínu mati, af þessum ástæðum og fleirum. Persónuvernd er að þessu leyti betri í öðrum Evrópulöndum en hjá okkur.

Dæmi um vinnslu persónuupplýsinga án samþykkis eða vitneskju sjúklings sem heimiluð yrði með frumvarpinu er þegar ódulkóðaðar upplýsingar í sjúkraskrám eru undirbúnar til flutnings í gagnagrunn á heilbrigðissviði. Upplýsingar verða fluttar til dulkóðunarstofu, einnig um þá sem hafa sagt sig úr grunninum. Í greinargerð með frumvarpinu er þessu tilviki lýst og segir að þótt þar sé um persónugreinalegar upplýsingar að ræða, banni frumvarpið ekki vinnslu þeirra því vinnslan er heimiluð í sérstökum lögum, gagnagrunnslögunum. Ákvæði persónuverndarfrumvarps gildi ekki hvað þetta varðar. Þannig eru þessi verndarlög takmörkuð, það þarf ekki annað en að setja ný sérlög til að veita undanþágu frá grundvallarsiðareglum.

Ég tel frumvarpið ekki veita nægilega persónuvernd til að vernda okkur gegn gagnagrunni og ákvörðunum yfirvalda um ætlað samþykki okkar,

Höfundur er geðlæknir á Reykjalundi og formaður Mannverndar.

til dæmis til þátttöku í lífsýnasafni. Það þjónar því takmörkuðum tilgangi og nær ekki markmiðum persónuverndartilskipunar Evrópusambandsins um verndun grundvallarréttinda og frelsis einstaklinga við vinnslu persónuupplýsinga. Tilskipunin sjálf veitir betri vernd en íslenska frumvarpið, og persónuvernd okkar verður því lakari en annarra Evrópubúa.

Lífsýnafrumvarp

Lífsýnafrumvarpið ber að sama brunni, ætlað samþykki er meginreglan þar, að minnsta kosti hvað varðar þjónusturannsóknir. Þannig verður hægt að byggja upp mikil lífsýnasöfn og nota þau í rannsóknir, án heimildar „sýnisgjafa", það er sjúklinga. Sjúklingar geta ekki látið eyða lífsýnum sem safnað hefur verið við þjónusturannsóknir. Nota má þessi sýni í rannsóknir, enda mæli „brýnir hagsmunir" með því, og „ávinningurinn" vegi þyngra en „hugsanlegt óhagræði" fyrir lífsýnisgjafann eða aðra aðila. Athyglisvert er að óhagræðið er hugsanlegt en ekki ávinningurinn.

Óljóst er hvaða hagsmunir eru í húfi (hluthafa?) og hver skuli meta þá. Einnig er óljóst hvers vegna fjallað er um óhagræði í stað áhættu. Eðlilegra hefði verið að óháð siðanefnd meti hvort um lágmarksáhættu sé að ræða af rannsókninni, eða meiri áhættu, og það ráði hvort leitað verði eftir samþykki lífsýnisgjafa.

Hér er verið að festa í lög óeðlilega reglu um ætlað samþykki, sem er skerðing á almennum réttindum einstaklinga. Þetta minnir á skerðingu lífeyrisbóta vegna tekna maka, sem tíðkaðist áður, án þess að lagaheimild lægi fyrir, en var svo lögfest nýlega.

Hingað til hefur það verið grundvallarregla að þátttakandi í rannsókn þurfi að vera upplýstur um rannsóknina og áhættur sem hún felur í sér og að hann geti að ósekju hætt þátttöku hvenær sem er. Samþykki er ekki skjal heldur ferill, sem byggir á þrenningunni: upplýsingar, skilningur og sjálfsákvörðunarréttur, eins og lýst var í Belmont skýrslunni (1). Undanþágur hafa verið heimilaðar í sérstökum tilvikum, en nú virðast þessar undanþágur frá reglunni um upplýst samþykki orðnar að meginreglu, sem verður lögbundin, þannig að upplýst samþykki verður undantekningin.

Læknir ábyrgur?

Nokkur önnur atyglisverð atriði eru í frumvörpunum og verður drepið á þau helstu. Í lífsýnafrumvarpinu er til dæmis ekki gerð krafa um að ábyrgðarmaður lífsýnasafns sé læknir. Í frumvarpinu er einnig kveðið á um að lögum um réttindi sjúklinga verði breytt með svohljóðandi málsgrein: „Um lífsýni sem varðveitt eru í lífsýnasöfnum og aðgang að þeim gilda ákvæði laga um lífsýnasöfn." Lög um réttindi sjúklinga eru með öðrum orðum felld úr gildi hvað þetta snertir.

Skilgreining persónuverndarfrumvarpsins á viðkvæmum upplýsingum er takmörkuð, til dæmis er ekki gert ráð fyrir að fjármál og félagslegar aðstæður teljist til viðkvæmra persónuupplýsinga.

Persónuverndarfrumvarpið tekur ekki afdráttarlaust á þeirri spurningu hvort sjúklingur geti látið eyða sjúkraskrá eða hluta úr henni, eða fengið sjúkraskrá sína afhenta þannig að hún verði ekki geymd áfram þar sem hún varð til. Samkvæmt 25. gr. getur hinn skráði látið eyða röngum upplýsingum, nema ef slík eyðing er óheimil samkvæmt öðrum lögum. Í 26. gr. segir að eyða skuli upplýsingum þótt þær séu ekki rangar, ef „ekki er lengur málefnaleg ástæða til að varðveita" þær, og að hinn skráði geti krafist að þeim verði eytt „ef slíkt telst réttlætanlegt út frá heildstæðu hagsmunamati" og er þar meðal annars vísað til „almannahagsmuna". Þetta orðalag er ekki afdráttarlaust og mætti túlka á ýmsa vegu. Margir telja upplýsingar í sjúkraskrám vera eign sjúklings (2) og er talið að það hafi verið meining löggjafans þegar ákvæðum um eign lækna og sjúkrahúsa á sjúkraskrám voru afnumin við setningu laga um réttindi sjúklinga árið 1997. Jafnframt gildir þessi eignarréttur um lífsýni (3).

Útflutningsvara?

Frjálst flæði persónuupplýsinga milli aðildarríkja er annað tveggja meginmarkmiða tilskipunar Evrópusambandsins um persónuvernd sem nefnd er í upphafi þessarar greinar, og er getið um það í 1. grein hennar. Þar segir að aðildarríki megi ekki setja hömlur á frjálst flæði persónuupplýsinga milli aðildarríkja. Í 29. grein persónuverndarfrumvarpsins segir: „Heimill er flutningur persónuupplýsinga til annars ríkis ef lög þess veita persónuupplýsingum fullnægjandi vernd."

Hitt meginmarkmið tilskipunarinnar er verndun grundvallarréttinda og frelsis einstaklinga, sérstaklega hvað varðar verndun friðhelgi við vinnslu persónuupplýsinga.

Ég hvet lækna til að mynda sér skoðun á álitamálum í frumvörpunum því þau munu hafa áhrif á störf þeirra í framtíðinni og á hag sjúklinga þeirra.

Heimildir

1. Kefalides PT. Research on Humans Faces Scrutiny; New Policies Adopted. Annals of Internal Medicine, 21 March 2000. http://www.acponline.org/journals/annals/21mar00/kefalides.htm
2. Comments of the American Civil Liberties Uninon on the proposed Rule of the U.S. Department of Health and Human Services regarding Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information: http://www.aclu.org/congress/l021700a.html
3. Andrews L, Nelkin D. Whose body is it anyway? Disputes over body tissue in a biotechnological age. Lancet 1998; 351: 53-7.

Vefslóðir um frumvörpin:

Lífsýnafrumvarpið:
http://www.althingi.is/altext/125/s/0835.html
Umræða á Alþingi um lífsýnafrumvarpið:
http://www.althingi.is/dba-bin/ferill.pl?ltg=125&mnr=534
Persónuverndarfrumvarpið:
http://www.althingi.is/altext/125/s/0399.html
Umræða á Alþingi um persónuverndarfrumvarpið:
http://www.althingi.is/dba-bin/ferill.pl?ltg=125&mnr=280
Frumvarp um breytingu á lögum um réttindi sjúklinga:
http://www.althingi.is/altext/125/s/0009.html
Umræða á Alþingi um vísindasiðanefnd:
http://www.althingi.is/dba-bin/ferill.pl?ltg=125&mnr=9

Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð

Atvinnuleg endurhæfing

Hjördís Jónsdóttir

Inngangur

Starfsemi vinnuheimilisins að Reykjalundi hófst árið 1945. Margir berklasjúklingar stigu hér sín fyrstu skref út í atvinnulífið eftir margra ára dvöl á berklahælum. Fyrstu 15 árin dvöldu á Reykjalundi eingöngu berklasjúklingar. Um 1960 var ekki lengur þörf á endurhæfingu fyrir þennan sjúklingahóp í sama mæli og áður. Reykjalundur breyttist í alhliða endurhæfingarstofnun.

Atvinnuleg endurhæfing

Á þessum árunum voru verkefnin mörg sem taka þurfti á. Með tímanum varð atvinnuleg endurhæfing sífellt minni þáttur í starfseminni. Þörfin fyrir slíka endurhæfingu hvarf þó ekki en í dag eru það aðrir sjúklingahópar en berklasjúklingar sem þurfa á atvinnulegri endurhæfingu að halda. Fjöldi ungra öryrkja í landinu er meiri hér en á hinum Norðurlöndunum. Samkvæmt úttekt Tryggingastofnunar ríkisins eru 4,2% þjóðarinnar á aldrinum 16-66 ára metnir til meira en 75% örorku. Algengustu fyrstu sjúkdómsgreiningar eru stoðkerfisvandamál og geðræn vandamál. Með góðri endurhæfingu og stuðningi gæti hluti þessa hóps orðið vinnufær. Rannsóknir hafa sýnt fram á mikilvægi þess að grípa snemma til viðeigandi ráðstafana til að koma í veg fyrir ótímabæra örorku.

Nýlega voru sett lög um breytingar á lögum um almannatryggingar. Þessi lög gera Tryggingastofnun ríkisins kleift að gera þjónustusamninga við viðeigandi stofnanir um sértæk endurhæfingarúrræði áður en til örorkumats kemur. Í byrjun árs 2000 var undirritaður þjónustusamningur milli Tryggingastofnunar og Reykjalundar. Í samningnum er kveðið á um að á Reykjalundi séu á hverjum tíma sex einstaklingar sem vísað er til meðferðar beint af læknum Tryggingastofnunar. Þessi þjónustusamningur við Tryggingastofnun er fyrsta skref Reykjalundar í þá átt að efla að nýju vægi atvinnulegrar endurhæfingar í starfsemi stofnunarinnar. Svið atvinnulegrar endurhæfingar hefur verið sett á laggirnar og ráðinn hefur verið yfirlæknir þess. Lögð verður áhersla á að greina hæfni og styrkleika hvers skjólstæðings og að greina þær aðstæður sem hann býr við atvinnulega séð. Skjólstæðingurinn verður virkur í markmiðssetningunni sem miðast við langanir hans og getu. Bæði er um að ræða einstaklingsbundna meðferð og hópmeðferð. Megináherslan í endurhæfingunni verður á vinnueflingu. Vinnuþol verður aukið með fræðslu og æfingum svo og vinnuprófun við ýmis verk innan staðar og utan. Lögð verður áhersla á vinnuaðlögun þar sem gerð verður athugun á hvort hægt sé að breyta vinnuumhverfi, vinnutíma og/eða vinnuferli. Skjólstæðingar fá aðstoð við að skoða vinnumarkaðinn með tilliti til þarfa hvers og eins og hjálp við atvinnuumsóknir. Lögð verður áhersla á þætti eins og bætta líkamsvitund, réttar vinnustellingar svo og styrktar- og úthaldsþjálfun. Einstaklingurinn fær tilsögn í slökun og streitustjórnun.

Framtíðarhlutverk Reykjalundar

Skipulag endurhæfingarstarfsemi á Íslandi hefur verið í deiglunni hjá heilbrigðisyfirvöldum síðustu misserin. Mikil umræða hefur einnig átt sér stað hjá fagfólki sem vinnur við endurhæfingu. Í apríl 1999 birtu endurhæfingarlæknar tillögur sínar um stefnumörkun í endurhæfingu á Íslandi og þverfaglegur vinnuhópur fagfólks í endurhæfingu birti niðurstöður vinnu sinnar um stefnumótun í endurhæfingu í desember 1999. Mikil samstaða er hjá fagfólki í endurhæfingu um stefnumótunina og eru niðurstöður þessara tveggja vinnuhópa samstíga.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið stefnir að gerð þjónustusamnings við öll sjúkrahús í landinu. Samningaviðræður eru hafnar milli Reykjalundar og ráðuneytisins um gerð slíks samnings. Samningurinn þarf að gera stjórnendum Reykjalundar kleift að hrinda í framkvæmd nauðsynlegum skipulagsbreytingum, sem ekki er hægt koma við í dag, vegna þess greiðslufyrirkomulags sem stofnunin býr við. Koma þarf á fót göngudeild, dagdeildum og fimm daga deildum og efla faglega þjónustu. Á þverfaglegri göngudeild færi fram eftirfylgd og stuðningsmeðferð. Slík þjónusta ætti að leiða til betri meðferðarheldni og fækka endurinnlögnum á sjúkrahús. Forskoðanir færu þar einnig fram. Með þeim er betur hægt að meta þörf fyrir endurhæfingu og leggja upp markvissa endurhæfingaráætlun. Góð meðferðaráætlun leiðir til styttri heildarlegutíma og betri nýtingar á legurýmum.

Heimasíða

Þann fyrsta mars var opnuð heimasíða Reykjalundar (reykjalundur.is). Þar er meðal annars hægt að nálgast upplýsingar um hina fjölbreyttu starfsemi stofnunarinnar auk þess sem þar er hægt að nálgast nýtt beiðnaform fyrir innlögn. Þar eru einnig tenglar inn á skýrslu endurhæfingarlækna og skýrslu þverfaglegs vinnuhóps.

Heimildir

1. SÍBS bókin. Reykjavík: Samband íslenskra berkla- og brjóstholssjúklinga; 1988.
2. Tillögur Félags íslenskra endurhæfingarlækna um stefnumörkun í endurhæfingu; apríl 1999.
3. Skýrsla þverfaglegs vinnuhóps um stefnumörkun í endurhæfingu; desember 1999.
4. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S. Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. Læknablaðið 1998; 84: 629-35.
5. Ýmsar skriflegar og munnlegar upplýsingar um starfsemi Reykjalundar frá fagfólki staðarins.
6. Individen i centrum? En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinrigtade rehabiliteringen. Utredningen om den arbetslivsinrigtade rehabiliteringen. Stockholm: Regeringskansliet; 1999: S:08.

Höfundur er lækningaforstjóri á Reykjalundi.

Þjónustusamningur TR við endurhæfingarteymi

Gunnar Kr. Guðmundsson

MEÐ SÍFELLT AUKNUM FJÖLDA ÖRORKUÞEGA er ljóst að sporna verður við þeirri þróun. Það er að einungis þeir, sem nauðsynlega þurfa á örorku að halda, fari á örorku og að áður en einstaklingur fari á örorku þá hafi hann fengið sanngjarna meðhöndlun og allar þær leiðir sem stuðlað gætu að aukinni vinnufærni hafi verið reyndar. Nokkuð tilviljanakennt hefur verið hvað hefur verið í boði fyrir hvern og einn einstakling og oft ekki markvisst tekið á málum. Það er ljóst að mikilvægt er að koma sem fyrst inn í myndina, helst innan fárra mánaða frá því einstaklingur dettur út af vinnumarkaði.

Með þetta í huga hefur Tryggingastofnun ríkisins gert þjónustusamning við endurhæfingarteymi, sem undirritaður stýrir en auk endurhæfingarlæknis eru í teyminu félagsráðgjafi, sálfræðingur og sjúkraþjálfari. Einnig er fyrirhugað að setja á stofn teymi á Akureyri, sem í eru auk undirritaðs, iðjuþjálfi, félagsráðgjafi og sjúkraþjálfari, einnig verður mögulegt að kalla aðra til ef við á. Hlutverk þessara teyma er að kortleggja þá færniskerðingu sem til staðar er og þær endurhæfingarleiðir sem reyndar hafa verið, meta endurhæfingarmöguleika viðkomandi einstaklings og koma með tillögur. Þessi teymi verða aldrei meðferðaraðili eða dómari á þá meðferð sem átt hefur sér stað. Markmiðið er að vera til aðstoðar við endurhæfinguna, setja markmið og hjálpa til við val á þeim meðferðarleiðum sem til greina koma.

Þar sem þetta er enn á tilraunastigi er mikilvægt að læknar segi sitt álit á því hvernig teymið getur sem best hjálpað til við endurhæfinguna. Markmiðið er sameiginlegt, að koma einstaklingum sem fyrst til vinnu á nýjan leik.

Til þess að þessi teymi hafi yfir einhverjum úrræðum að ráða, þá hefur TR gert þjónustusamninga við Reykjalund varðandi atvinnulega endurhæfingu, einnig við Hringsjá, starfsþjálfun fatlaðra, varðandi kennslu og ráðgjöf og svæðisskrifstofu fatlaðra varðandi atvinnu með liðveislu. Þar sem vitað er að mest gagn er af inngripi sem fyrst í ferlinu, það er innan nokkurra mánuða, þá er oft of seint að grípa inn þegar sótt er um örorku. Mikilvægt er því að heimilislæknar eða aðrir þeir læknar, sem verða varir við að það stefni í óefni, hafi samband við tryggingayfirlækni og komi þessu ferli sem fyrst af stað.

Höfundur er endurhæfingarlæknir.

Klínískar leiðbeiningar hjá landlækni

SAMKVÆMT LÖGUM um heilbrigðisþjónustu og lögum um réttindi sjúklinga hefur landlæknir verulegu hlutverki að gegna viðvíkjandi leiðbeiningum og eftirliti á sviði heilbrigðismála. Þessu hlutverki gegnir embættið með ýmsum hætti, svo sem söfnun tölfræðilegra gagna, samanburði við nágrannalönd og eftirliti með daglegum störfum heilbrigðisstétta.

Liður í þessu starfi er útgáfa klínískra leiðbeininga og nú er að færast töluvert líf í það starf. Sigurður Helgason læknir hefur verið ráðinn til að stjórna verkinu og hefur hann virkjað fjölda lækna til þátttöku í gerð klínískra leiðbeininga.

Þetta starf er skammt á veg komið en Læknablaðið mun fylgjast með því og greina frá hvernig það gengur þegar tímabært þykir. En þeim sem vilja fylgjast með starfinu er bent á að snúa sér til landlæknisembættisins. Það má gera með því að fara inn á heimasíðu embættisins en slóðin þangað er:

http://www.landlaeknir.is

Einnig er hægt að senda tölvupóst á netfangið *postur@landlaeknir.is*



Ræktar þú garðinn þinn?

Sameinaðu kosti Heimilislínu og Heimilisbanka

Með því að nýta sér þjónustu Heimilislínu og Heimilisbankans á Netinu, má ná fram hagstæðari vaxtakjörum og umtalsverðum sparnaði í þjónustugjöldum – og það kostar ekkert að gerast áskrifandi.
Þar með tryggir þú þér hærri innlánsvexti, lægri útlánsvexti, sparar kostnað af færslum, millifærslum og reikningsyfirlitum, auk þess að spara tíma.

Betri kjör í Heimilislínunni

- Hærri innlánsvextir á Gullreikningi (5,85% 01.04.2000)
- Allt að 500 þúsund kr. yfirdráttarheimild
- Lægri vextir á yfirdráttarláni – aðeins greitt fyrir nýtta heimild
- Frítt stofngjald og ókeypis árgjald fyrsta árið af VISA farkorti
- Allt að 500 þúsund kr. skuldabréfalán án ábyrgðarmanna
- Greiðsluþjónusta með útgjaldadreifingu
- Ókeypis Heimilisbanki á Netinu og netáskrift á **binet.is**
- Sérstakur vaxtaauki (allt að 150.000 kr.) tengdur reglubundnum sparnaði (14 vaxtaaukar dregnir út árlega)
- Við inngöngu, fjármálabókin „Fjármál heimilisins", vandaður penni eða grillsvunta.



Heimilisbankinn á Netinu

Heimilisbanki Búnaðarbankans er gríðarlega öflugur netbanki með fjölmarga notkunarmöguleika og hann er alltaf opinn. Í Heimilisbankanum eru engin gjöld af færslum eða millifærslum og þú sparar kostnað við reikningsyfirlit.

netgreiðslur – einfalt og öruggt

Með Netgreiðslum er hægt að staðgreiða vöru og þjónustu sem keypt er á Netinu.

netgíró – rafrænir reikningar

HEIMILISBANKINN

Með Netgírói er hægt að fá upplýsingar af gíró- og greiðsluseðlum beint í Heimilisbankann – og greiða þá á einfaldan og öruggan hátt.

REYKJAVÍK
Búnaðarbankinn er banki menningarborgarinnar árið 2000

HEIMILISLÍNAN

BÚNAÐARBANKINN
Traustur banki
www.bi.is

Biðlistar í febrúar árið 2000

Úr fréttatilkynningu frá landlæknisembættinu

Skráning og vinnulag vegna biðlista

Í janúar var í annað sinn kallað eftir biðlistum samkvæmt lágmarksskráningu vistunarupplýsinga. Segja má að staða biðlista eins og hún birtist hér endurspegli stöðuna í janúar og fram í febrúar þar sem upplýsingar voru nokkuð lengi að berast til landlæknisembættisins. Það á þó ekki að hafa teljandi áhrif á stöðuna eins og hún birtist hér. Margar þeirra deilda sem skila inn tölum um biðlista hafa verið að byrja að skrá í Sögukerfið. Það eitt að verið er að skipta milli skráningakerfa getur haft áhrif á biðlista. Þegar flytja þarf hverja færslu handvirkt yfir í nýtt kerfi hefur það kallað á endurskoðun á biðlistum, oft er farið í endurskoðun í kjölfarið og getur þá fækkað í sumum tilfellum á biðlistanum. Stundum bætast hins vegar við nýjar upplýsingar, til dæmis þegar læknar hafa sjálfir haldið utanum sinn biðlista eða þegar ekki hefur verið einn biðlisti á deild heldur margir.

Miklar breytingar eru framundan vegna sameiningar Landspítala og Sjúkrahúss Reykjavíkur. Vegna þessa er rétt að taka fram að einstakar deildir hafa ekki sameinast að undantalinni æðaskurðdeild. Því er gerð grein fyrir hverri deild sérstaklega á hvorum stað og þær kallaðar sínum gömlu nöfnum. Breytingar á þessu munu koma fram í biðlistum þegar næsta könnun verður gerð í maí.

Í meðfylgjandi töflu er nákvæm grein gerð fyrir þeim breytingum sem orðið hafa.

Stuttir biðlistar

Eðlislægur munur er á stuttum og löngum biðlistum. Oft er deilt um hvort listi yfir 5-30 sjúklinga sé í raun biðlisti þar sem hann lúti ekki sömu lögmálum og listi yfir 700 sjúklinga. Stuttir biðlistar séu í raun áætlanalisti og í besta falli óskalisti sjúklinga. Þar ráði sjúklingar hvenær meðferð muni fara fram en ekki forgangsröðun deildarinnar. Þá er samkomulag sjúklings og læknis um ákveðna dagsetningu þar sem meira tillit er tekið til óska sjúklings en aðstæðna deildarinnar. Í þeim tilfellum er biðtími ekki eins mikilvægur til þess að skoða röðun eða þjónustu við sjúklinga þar sem sjúklingur ræður miklu um sinn biðtíma. Slíkir listar geta verið gerðir marga mánuði fram í tímann, jafnvel upp undir hálft ár. Sú stefna hefur verið tekin hjá embættinu að kalla eftir upplýsingum um alla sem er bíða, hvort sem þeir velja sjálfir að bíða eða ekki. Ástæður þessa eru meðal annars þær að vegna þess að áherslur í skráningu hafa ekki verið með þeim hætti að hægt sé að greina þá frá sem óska sjálfir eftir aðgerð á ákveðnum degi og hverjir ekki, þeir geta bæði verið á stuttum og löngum biðlistum.

Almennar skurðdeildir

Heildarbiðlisti á almennum skurðdeildum er nokkuð svipaður nú og síðastliðið haust, fer úr 922 í 930. Við síðustu innköllun á biðlistum var breyting á biðlista Sjúkrahúss Reykjavíkur og kom fram fækkun á deildinni. Hún var ekki skýrð sérstaklega þá en skal úr því bætt hér. Ástæða þessarar fækkunar var sú að einn sérfræðingur flutti sig frá deildinni yfir á Landspítalann og flutti með sér þá sjúklinga sem voru á biðlistum frá honum.

Á Landspítalanum er skráður langur meðalbiðtími eða um 79 vikur. Skýringuna er aðallega að finna í biðlista hjá einum sérhæfðum sérfræðingi í vélindaómsjáraðgerðum. Þessi biðlisti er frá 1994-1997 og telur 94 sjúklinga sem hafa beðið að meðaltali í 162 vikur. Þessa dagana er verið að uppfæra biðlista deildarinnar og hafa samband við alla þá sem eru á honum. Eftir öðrum aðgerðum bíða hins vegar 320 sjúklingar sem hafa beðið að meðaltali í 54,6 vikur, þar á meðal eru sjúklingar sem einnig eru á biðlista eftir vélindaómsjáraðgerðum. Nú stendur yfir könnun meðal þeirra sem hafa beðið lengst eftir vélindaómsjáraðgerð um líðan þeirra meðan beðið er eftir aðgerð og eftir að aðgerð er lokið.

Augndeildir

Heildarbiðlisti eftir augnaðgerðum breytist lítillega og hefur heldur aukist. Þegar litið er lengra aftur eða til ársins 1997 er aukningin þó mun meiri.

Barnadeildir

Á Barnaspítala Hringsins bíða nokkuð færri börn nú eftir aðgerð en síðasta haust og munar þar mestu um fækkun á biðlista barnaskurðlækna og hjartalækna.

Barna- og unglingageðdeild

Nokkuð færri börn bíða eftir meðferð á deildinni en fyrr í vetur. Biðlisti inn á deildina hefur ekki verið svo stuttur síðan árið 1996. Þess ber þó að geta að innri biðlisti á deildinni er nokkur eða 19 börn. Þetta er eru börn sem hafa fengið greiningu en bíða eftir frekari þjónustu deildarinnar. Embættið hefur ekki sambærilegar upplýsingar til viðmiðunar milli ára.

Bæklunardeildir

Heildarbiðlisti eftir bæklunaraðgerðum hefur stöð-

Tafla I. *Biðlistar á árabilinu 1996-2000.*

Deildir	1996	1997	1998	Okt. 1999	Meðal-biðtími vikur	Feb. 2000	Meðal-biðtími vikur
Almennar skurðdeildir							
FSA				90	39,7	56	18,2
Heilbr. Neskaupstað				47	17	51	23,3
Heilbr. Sauðárkróki				10	12,9	14	13,5
Heilbr. Selfossi				60	18,5	90	5,6
Heilbr. Suðurnesja				36	5,9	72	2,8
Landspítalinn	150	286	274	410	e.v.	414	79
Sjúkrahús Reykjavíkur		300		123	26,2	120	76,8
Sjúkrahús Akraness		30		78	e.v.	81	e.v.
St. Jósefsspítali Hfj.		28		68	24,5	32	6
Alls	**150**	**644**		**922**		**930**	
Augndeildir							
FSA				30	22,5	20	22,4
Landspítalinn		280		362	15,8	397	19,6
Alls		**280**		**392**		**417**	
Barnadeild FSA				55	17,4	55	
Barnaspítali Hringsins							
Almennur biðlisti				36		34	
Augnlæknar				12		14	
Barnaskurðlæknar				169		155	
Hjartalæknar				12		8	
Lýtalæknar				25		18	
Tannlæknar				0		2	
Alls				**254**		**231**	
BUGL							
Án tilvísunar				10	16,5	13	e.v.
Ofvirknigreining				56	18,8	15	e.v.
Skimunarviðtöl/könnunarviðtöl				24	6,7	34	e.v.
Alls	**60**	**73**		**90**	**15,3**	**62**	
Bæklunardeildir							
FSA	112	98	63	101	31,5	76	18,5
Heilbr. Suðurnesja			25	11	5,9	18	2,4
Landspítalinn	360	354	290	213	22	252	36
Sjúkrahús Reykjavíkur	830	680	688	517	63,9	406	60,3
Sjúkrahús Akraness		86	28	185	29,9	150	37,3
St. Jósefsspítali Hfj.	65	240		142	77	75	13
Alls	**1367**	**1458**	**1094**	**1169**		**977**	
Endurhæfing							
FSA		175	41	72	43,8	45	31,9
Landspítalinn		21		ekki lengur til staðar			
St. Franciskusspítalinn				51	9	51	46
Reykjalundur		645	641	656	27	596	28,6
Sjúkrahús Reykjavíkur		2		17	10	16	15
Alls		**843**	**682**	**796**		**708**	
Geðdeildir							
Landspítalinn		Upplýsingar liggja ekki fyrir				66	e.v.
Tæknifrjóvgunardeild		345	346	335	e.v.	335	
Háls-, nef- og eyrnadeildir							
FSA		82	92	125	15,5	95	16,2
Heilbr. Sauðárkróki						10	19
Heilbr. Selfossi				38	34	28	7
Heilbr. Suðurnesja			102	80	9,2	105	2,1
Sjúkrahús Reykjavíkur	976	1000		422	33,6	464	37
Sjúkrahús Akraness		36	71	76	38	101	36
St. Jósefsspítali Hfj.	236	80		115	49	104	18
Alls	**1212**	**1198**		**856**		**907**	

Deildir	1996	1997	1998	Okt. 1999	Meðal-biðtími vikur	Feb. 2000	Meðal-biðtími vikur
Hjartadeildir							
Lsp. hjarta- og lungnask.	29	51	47	38	10	51	9,7
Lsp. hjartadeild	158	165	180	214	18,6	252	16,8
Sjúkrahús Reykjavíkur	28	69		40	e.v.	40	
Alls	**215**	**296**		**292**		**343**	
Kvensjúkdómadeildir							
FSA – sólarhringssjúkl.				41	13,9	29	10,6
FSA – ferlisjúklingar				38	12,4	43	10,9
Heilbr. Sauðárkróki				4	2,9	5	11,8
Heilbr. Selfossi				30	28	32	4,6
Heilbr. Suðurnesja				30	5,1	53	3,1
Landspítalinn		335		120	15	326*	18
Sjúkrahús Akraness		32		45	17,6	54	20,4
St. Jósefsspítali Hfj.		134		74	32,7	113	18
Alls		**501**		**382**		**655**	
Líknardeild Landspítalans				4	1,8	2	1
Lyflækningadeildir							
FSA				23	7,3	0	
Sjúkrahús Akraness				8	12	0	
Heilbr. Neskaupstað				33	26,3	13	11,1
Alls				**64**		**13**	
Lýtalækningar							
Landspítalinn		363	372	256	178,9	336	155
St. Jósefsspítali		92		166	56,7	165	30
Alls		**455**		**422**		**501**	
Þvagfæraskurðdeildir							
Sjúkrahús Akraness						26	e.v.
Landspítalinn	300	150	172	114	99	130	87,7
Sjúkrahús Reykjavíkur		25	52	67	21	47	26,2
Alls		**296**	**224**	**181**		**203**	
Vífilstaðaspítali							
Svefnrannsóknir				446	56	429	58
Lungnadeild						8	e.v.
Alls				**446**		**437**	
Taugalækningadeild							
Sjúkrahús Reykjavíkur		42		17	7,2	13	11,5
Æðaskurðdeildir							
Landspítalinn	299	299	43	89	140	92	141,4
Sjúkrahús Reykjavíkur					Ný deild	42	40,5
Alls						**134**	
Öldrunarlækningar							
FSA		22		7	16,6	30	17,6
Landspítalinn				20	e.v.	22	2,9
Sjúkrahús Reykjavíkur		122			e.v.		
Bráðadeild SHR				16	3,5	17	4
Sjö daga deild				17	e.v.	17	16
Fimm daga deild				20	11	30	7,8
Heilabilunardeild				9	6	7	6,2
Skammtímavistun				21	e.v.	21	X
Dagspítali				13	5	32	7
Alls		**134**		**123**		**176**	
Þjónustuhúsnæði, hjúkrunarrými eða annað				99	e.v.	64	
Alls á biðlistum	**3603**	**6864**		**6988**		**7229**	

*Upplýsingar um 5 dagadeild bætast nú við; e.v.: Ekki vitað.

ugt verið að minnka frá árinu 1998 og er mesta breytingin á Sjúkrahúsi Reykjavíkur.

Á biðlista Sjúkrahúss Reykjavíkur biðu 12 eftir axlaraðgerð. Á biðlista eftir liðskiptiaðgerð voru alls 173, þeir skiptast þannig: 93 eftir liðskiptiaðgerð í hné, 72 eftir liðskiptiaðgerð í mjöðm, fjórir eftir liðskiptiaðgerð í olnboga og fjórir eftir liðskiptiaðgerð í öxl. Eftir handarskurðaðgerð biðu 10, tveir eftir hryggspengingu, 24 eftir aðgerð á krossböndum og 31 vegna hné osteótómíu. Þá biðu 10

Gott veit á glatt hjarta



Sivacor
(simvastatín)

Omega Farma, 980507 R

Hver tafla inniheldur: Simvastatinum INN 10 mg, 20 mg eða 40 mg:

Ábendingar: Óhófleg blóðfituhækkun þegar sérstakt mataræði hefur ekki borið tilætlaðan árangur. Þetta á við hækkað kólesteról af óþekktri orsök og blandaða blóðfituhækkun. Meðferð á sjúklingum sem fengið hafa kransæðastíflu og sjúklingum með hjartaöng til að auka lífslíkur, minnka hættu á kransæðastíflu og minnka þörf á hjáveituaðgerðum og kransæðavíkkun. **Skammtar:** Skammtastærðir handa fullorðnum: Sjúklingi skal ráðlagt kólesteróllækkandi fæði, áður en simvastatín er gefið og halda því áfram meðan á lyfjameðferðinni stendur. Við væga kólesterólhækkun er byrjunarskammtur 5 mg, en venjulegur upphafsskammtur er 10 mg og má vera 20 mg í fyrirbyggjandi meðferð hjá kransæðasjúklingum. Lyfið er gefið í einu lagi að kvöldi. Auka má skammtinn með minnst 4 vikna millibili að hámarki 40 mg daglega. Hámarksskammtur er 10 mg ef ónæmisbælandi lyf eru gefin samtímis. Sami hámarksskammtur á við hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun (kreatínín klerans minna en 30 ml/mín), nema með mikilli varúð. Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Virkur lifrarsjúkdómur eða stöðugt hækkuð lifrarensím í blóði af óþekktri orsök. Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Mælt er með því, að prófanir á lifrarstarfsemi verði framkvæmdar hjá öllum sjúklingum, áður en meðferð hefst og tvívegis eftir það á hálfs árs fresti eftir síðustu skammtabreytingu. Oftar þarf að fylgjast með sjúklingum sem fá hækkaða þéttni transamínasa í sermi. Ef þær verða þrálátar eða hækka þrefalt, ætti að hætta lyfjameðferð. Sjúklingar, sem neyta áfengis í óhófi eða hafa fengið lifrarsjúkdóm, eiga að nota lyfið með varúð. **Vöðvaáhrif:** Í örfáum tilvikum hefur meðferð með HMG-CoA redúktasahemlum tengst vöðvakvillum (<0,1%). Einkenni þessa eru vöðvaverkir, eymsli og slappleiki, þá skal meðferð hætt og einnig ef CK-gildi hækka tífalt. Meðferð skal stöðva alveg eða hætta í bili hjá sjúklingum í bráðaástandi, sem gæti leitt til vöðvakvilla eða til nýrnabilunar vegna rákvöðvalýsu. **Milliverkanir:** Blóðþéttni warfaríns og annarra kúmarínafleiða getur hækkað ef þau eru tekin samtímis simvastatíni. Hætta á vöðvakvilla eykst með samhliða notkun HMG-CoA redúktasahemla og fíbrata, níkótínsýru og ónæmisbælandi lyfja þ.m.t. cíklósporíns og ítrakónazóls, því ber að fylgjast með kvörtunum um vöðvaverki og kanna CK-gildi í sermi. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið ætti ekki að gefa konum á barnaeignaaldri nema notuð sé örugg getnaðarvörn. Þar sem ekki er vitað hvort simvastatín eða umbrotsefni þess skiljast út með brjóstamjólk skulu konur með barn á brjósti ekki nota lyfið. **Akstur:** Á ekki við. **Aukaverkanir:** Algengar(>1%): Kviðverkir, hægðatregða, vindverkir, uppþemba, ógleði. Sjaldgæfar (0,1-1,0%): Slen, svefnleysi, höfuðverkur, meltingaróþægindi, lystarleysi, niðurgangur, útbrot. Mjög sjaldgæfar (<0,1): Vöðvakvilli, hækkun kreatíníns í sermi. Kláði, hárlos, svimi, brisbólga, skyntruflanir, útlægur taugakvilli, uppköst og blóðleysi. Rákvöðvalýsa, lifrarbólga, ofsabjúgur, helluroðalík einkenni, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfiklafjöld, hækkað sökk, liðbólgur, ofsakláði, ljósnæmi, sótthiti, kinnroði, andnauð og lympa. **Lyfhrif:** Simvastatín er kólesteról lækkandi lyf. Eftir inntöku umbrotnar simvastatín í beta-hýdroxýsýruform, sem keppir við 3-hýdroxý-3-methyl-glutaryl-CoA (HMG-CoA) redúktasa. Það er ensím, sem ákvarðar hraða kólesterólmyndunar. Simvastatín lækkar blóðþéttni heildarkólesteróls, LDL-kólesteróls og VLDL-kólesteróls og þríglýseríða, en hækkar blóðþéttni HDL-kólesteróls. Ekki er talið að meðferð með simvastatíni hafi í för með sér uppsöfnun af sterólum. **Lyfjahvörf:** Simvastatín hefur hærri þéttni í lifur þar sem það umbrotnar og skilst síðan út í galli. 95% af lyfinu frásogast, próteinbinding er einnig 95% og hámarksblóðþéttni næst 1-2 klst. eftir inntöku. U.þ.b. 60% skiljast út í galli, en13% í þvagi.

Útlit: Töflur 10 mg: Ferskjulitar, kúptar, (6 mm).
Töflur 20 mg: Ferskjulitar, kúptar, (8 mm).
Töflur 40 mg: Ferskjulitar, kúptar, (10 mm).

Pakkningar og verð:

Sivacor 10 mg, 28 stk.: kr 3.268
Sivacor 10 mg, 98 stk.: kr 9.699

Þegar lífið er dans á rósum



Paroxat
(paroxetín)

Omega Farma, 980547
TÖFLUR; N 06 A B 05 R B
Hver tafla inniheldur: Paroxetinum INN, hýdróklóríð, hemíhýdrat, samsvarandi Paroxetinum INN 10 mg, 20 mg eða 30 mg.

Ábendingar: Geðdeyfð, áráttu-þráhyggjusýki. Ofsahræðsla, með eða án víðáttufælni **Skammtar og lyfjagjöf:** Gefa á lyfið einu sinni á dag, að morgni og það má taka inn með eða án fæðu. Töfluna skal gleypa fremur en tyggja. **Aðlögun skammta:** Samkvæmt gildum lyfjahvarfa nær þéttni paroxetíns í plasma jafnvægi á 7-14 dögum. Skömmtum skal því breyta um 10 mg í einu, á 1-2 vikna fresti, eða samkvæmt klínísku mati læknis. **Viðhaldsskammtur:** Við langtímameðferð, hver sem ábendingin er, skal nota minnsta virkan skammt. **Meðferð hætt:** Þegar meðferð er hætt fá sumir sjúklingar líkamleg einkenni. Þó að ekki sé vitað hvort það að draga smám saman úr skammtinum dragi úr eða komi í veg fyrir þessi einkenni skal samt íhuga það þegar hætta skal meðferð (sjá aukaverkanir eftir að meðferð er hætt). **Skammtar handa fullorðnum:** Geðdeyfð: Byrjunarkammtur skal vera 20 mg á dag. Fyrir flesta sjúklinga eru 20 mg á dag hæfilegur viðhaldsskammtur. Það getur tekið þrjár til fjórar vikur að ná fullri verkun lyfsins. Hjá þeim sjúklingum sem ekki svara 20 mg daglegum skammti á fullnægjandi hátt, skal íhuga að auka skammtinn smám saman upp í 40 mg á dag. Ráðlagður hámarks-skammtur er 50 mg á dag. **Áráttu-þráhyggjusýki:** Byrjunarskammtur skal vera 20 mg á dag. Ráðlagður skammtur við meðferð á áráttu-þráhyggjusýki er 40 mg á dag. Hjá þeim sjúklingum sem ekki svara 40 mg daglegum skammti á fullnægjandi hátt, skal íhuga að auka skammtinn smám saman upp í hámarksskammt 60 mg á dag. Ráðlagður hámarksskammtur er 60 mg á dag. **Ofsahræðsla:** Byrjunarskammtur við meðferð á ofsahræðslu skal vera 10 mg á dag. Ráðlagður skammtur við meðferð á ofsahræðslu er 40 mg á dag. Hjá þeim sjúklingum sem ekki svara 40 mg daglegum skammti á fullnægjandi hátt, skal íhuga að auka skammtinn smám saman. Ráðlagður hámarksskammtur er 60 mg á dag. **Tilteknir sjúklingahópar allar ábendingar:** Aldraðir: Íhuga skal minni upphafsskammt fyrir aldraða og veiklaða sjúklinga. Síðan má auka skammtinn ef þörf er talin á, í allt að 40 mg á dag. Skert starfsemi nýrna og/eða lifrar: Nota skal lyfið með varúð hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi eða skerta lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með klínískt marktækaskerðingu á starfsemi nýrna eða lifrar skal nota minnstu lækningalegu skammta. Hámarksskammtur er 40 mg á dag. Börn: Notkun er ekki ráðlögð hjá einstaklingum yngri en 18 ára þar sem ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun lyfsins hjá þessum aldurshópi. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir paroxetíni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Paroxetín á ekki að geta sjúklingum samtímis MAO-hemlum og ekki fyrr en 2 vikum eftir að gjöf MAO-hemla hefur verið hætt. Eins og við á um önnur geðdeyfðarlyf skal gæta varúðar við notkun paroxetíns hjá sjúklingum, sem þjást af oflæti. Sjálfmorðshætta er mikil þegar um bunglyndi er að ræða, og getur hún haldist þótt batamerki sjáist. Því þarf að fylgjast vel með sjúklingum í byrjun meðferðar. Við meðferð á bunglyndistímabilum sjúklinga með geðklofa geta geðveikieinkenni versnað. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki (mania depressive sjúkdóm), getur sjúkdómurinn sveiflast yfir í oflætisástand (maníu). Gæta skal almennrar varúðar við meðhöndlun bunglyndis hjá sjúklingum með hjartasjúkdóma. Nota skal paroxetín með varúð hjá sjúklingum með flogaveiki.Við alvarlega skerta lifrar- og/eða nýrnastarfsemi skal nota lægstu skammta sem mælt er með. Lýst hefur verið tilfellum um lækkun natríums. Í flestum tilfellum hefur verið um að ræða aldraða sjúklinga, sem tengu jafnframt meðferð með þvagræsilyfjum, eða með vökvatap af öðrum orsökum. Mælt er með því að dregið sé úr notkun smám saman þegar hætta á notkun lyfsins. Eins og aðrir sérhæfir serótóníninviðtaka- hemlar (SSRI) veldur paroxetín einstaka sinnum útvíkkun sjáaldra, og skal því nota það með varúð hjá sjúklingum með þrönghornsgláku. Einungs takmörkuð klínísk reynsla er af samtímis meðferð með paroxetíni og raflosti. **Milliverkanir:** Milliverkun á lyfjahvörfum paroxetíns og warfaríns er hugsanlega fyrir hendi. Því skal gæta ítrustu varúðar við notkun paroxetíns hjá sjúklingum sem eru í meðferð með blóðþynningarlyfjum. Vegna hamlandi áhrifa paroxetíns á cýtókróm P450 kerfið í lifrinni (P450 II D6) getur það hægt á umbroti lyfja, sem umbrotna fyrir tilstilli þessa enzýms, t.d. sumra þrihringlaga geðdeyfðarlyfja (imipramíns, desípramíns, amitriptýlíns, nortriptýlíns), sterkra geðlyfja af flokki fenótíazína (t.d. pertenazíns og tíórídazíns) auk lyfja við hjartsláttartruflunum í flokki 1C (t.d. flekaíníðs og própafenóns). Milliverkanir á lyfjahvörfum með þrihringlaga geðdeyfðarlyfjum hafa sést við notkun allra sérhæfðra serótóníninviðtaka-hemla og skal því gæta varúðar við gjöf paroxetíns með þessum lyfjum. Áhrif af samtímis notkun paroxetíns og sterkra geðlyfja og lyfja við hjartsláttartruflunum hafa ekki verið rannsökuð, og skal því einnig gæta varúðar við notkun þessara lyfja samtímis. Í rannsókn á milliverkunum in-vivo þar sem getin voru samtímis (við stöðuga þéttni) paroxetín og terfenadín (enzýmhvarfetni fyrir cýtókróm CYP3A4) komu engin áhrif af paroxetíni fram á lyfjahvörf terfenadíns. Ekki er talið að samtímis notkun paroxetíns og annarra efna, sem eru enzýmhvarfetni fyrir CYP3A4, hafi neina hættu í för með sér. Í rannsókn á flogaveiktsjúklingum sem voru meðhöndlaðir (langtímameðferð) með karbamazepíni, fenýtóíni eða natríumvalpróati hafði paroxetín (allt að 30 mg á dag) engin áhrif á lyfjahvörf eða lyfhrif þessara briggja flogaveikilyfja. Blóðþéttni og binding við plasmaprótein allra þessara briggja flogaveikilyfja voru óbreytt og samtímis gjöf paroxetíns þoldist vel og án þess að sjúklingar fengju flogaköst. Í rannsókn á heilbrigðum sjálfboðaliðum, sem var gefið bæði paroxetín og fenýtóín, sást lægri þéttni paroxetíns og fleiri óæskilegar verkanir. Ekki er nauðsynlegt að breyta upphafsskömmtum þegar þessi lyf eru gefin samtímis; skömmtum skal breyta með hliðsjón af klínískum áhrifum. Samtímis notkun címetidíns og paroxetíns getur aukið aðgengi paroxetíns. Samtímis notkun prócýklidíns og paroxetíns getur aukið blóðþéttni prócýklidíns; einnig getur paroxetín haft áhrif á verkun annarra andkólín- virkra lyfja. Eins og við á um aðra sérhæfða serótóníninviðtaka-hemla getur samtímis notkun paroxetíns og serótónvirkra efna (t.d. MAO-hemla, L-tryptófans) leitt til 5HT tengdra verkana. Einkennin geta verið óróleiki, rugl, svitasteypur, ofskynjanir, ofviðbragð (hyperreflexia), rykkjakrampar í vöðvum (myoclonus), kuldahrollur, hraðtaktur og skjálfti. Áhætta við notkun paroxetíns með öðrum efnum sem verka á miðtaugakerfið hefur ekki verið metin kerfisbundið. Ber því að gæta varúðar af nauðsynlega þarf að gefa þessi lyf samtímis. Gæta skal varúðar við samtímis notkun paroxetíns og litíums, alkóhóls og MAO-hemla. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla er af notkun lyfsins á meðgöngu og lyfið skilst út í brjóstamjólk og á því ekki að nota það. **Akstur:** Engin áhrif. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): **Meltingarfæri:** Ógleði, niðurgangur, munnþurrkur, minnkuð matarlyst, meltingartruflanir, hægðatregða, uppköst, truflanir á bragðskyni, vindgangur. **Ondunarfæri:** Geispar. **Miðtaugakerfi:** Svefnhöfgi, svefnleysi, þróttleysi, seinkun á sáðláti og minnkuð kynhvöt hjá körlum, skjálfti, svimi, æsingur, vöðvatitringur, taugaveiklun. **Þvag- og kynfæri:** Þvaglátatruflanir. **Augu:** Þokusýn. **Húð:** Aukin svitamyndun. Sjaldgæfar (<1%): **Almennar:** Bjúgur (á útlimum og í andliti), þorsti. **Miðtaugakerfi:** Vægt oflæti/oflæti, tilfinningasveiflur, minnkuð kynhvöt hjá konum. **Blóðrás:** Æðavíkkun. **Meltingarkerfi:** Tannagnístur, kyngingarörðugleikar **Húð:** Útbrot, kláði. **Augu:** Ljósopsstærðir (mydriasis). **Eyru:** Suð fyrir eyrum. **Stoðkerfi:** Vöðvaslappleiki. **Hjarta- og æðakerfi:** Gúlsnaráslátttur (sinus trachycardia). Mjög sjaldgæfart<0,1%) **Almennar:** Illkynja setunarheilkenni (neuroleptic malign syndrome). Blóð: Óeðlilegar blæðingar (aðallega blóðhlaup í húð (ecchymosis) og purpuri) hafa einstaka sinnum verið skráðar, blóðflagnafæð. **Miðtaugakerfi:** Rugl, krampar. **Innkirtlar:** Einkenni lík ofmyndun prólaktíns, mjólkurflæði. **Húð:** Ljósnæmi. **Lifur:** Tímabundin hækkun á lifrarenzýmum. **Taugakerfi:** Extrapýramídal einkenni. **Augu:** Bráð gláka. Tímabundið óf lágt gildi natríums í blóði (gæti verið í tengslum við óeðlilega seytrun ADH), einkum hjá eldri sjúklingum. Tímabundin hækkun eða lækkun á blóðþrýstingi hefur verið skráð við paroxetínmeðferð, oftast hjá sjúklingum sem eru fyrir með of háan blóðþrýsting eða kvíða. Alvarleg áhrif á lifur koma stöku sinnum fyrir og skal þá meðferð hætt. Sé sjúklingur tekinn snöggilega af meðferð geta komið fram aukaverkanir eins og svimi, geðsveiflur, svefntruflanir, kvíði, æsingur, ógleði og svitakóst. Fái sjúklingur krampa skal strax hætta meðferð. **Ofskömmtun:** Einkenni ofskömmtunar eru m.a. ógleði, uppköst, skjálfti, útvíkkun sjáaldurs, munnþurrkur og bráðlyndi. Hvorki hefur verið skýrt frá meðvitundarleysi né krömpum vegna ofskömmtunar af paroxetíni einu sér. Meðferð skal fylgja almennum reglum um meðferð ofskömmtunar. Skýrt hefur verið frá töku allt að 2000 mg af paroxetíni (einu sér og í blöndum með öðrum efnum). Skýrt hefur verið frá einkennum eins og slævingu, svima, svitasteypum, roða í andliti og ógleði. Sjúklingar jafna sig að öllu jöfnu án fylgikvilla. Örsjaldan hafa dauðsföll verið skráð og nær alltaf hafði paroxetín verið tekið ásamt öðrum lyfjum. **Lyfhrif:** Paroxetín er öflugur og sértækur serótónín (5-hydroxý-tryptamín, 5-HT) endurupptökuhemill. Þessi verkun lyfsins á taugafrumur í heila er talin vera undirstaða verkunar þess á geðdeyfð sem og á áráttu-þráhyggjusýki og ofsahræðslu. Paroxetín er fenýlpíperidín afleiða sem er efnafræðilega óskyld þrihringlaga og fjórhringlaga geðdeyfðarlyfjum. Í rannsóknum á bindingu við viðtaka, hafði paroxetín ekki marktæka sækni í adrenvirka ((1, (2, þ), dópamínvirka, serótónínvirka (5HT1, 5HT2) eða histamínvirka viðtaka í heilahimnum úr rottum. Væg sækni í ácetýlkólín muskarínviðtaka kom fram. Helstu umbrotsefni paroxetíns eru í eðli sínu óvirk sem 5-HT endurupptökuhemlar. **Lyfjahvörf:** Frásogast að fullu frá meltingarvegi óháð því hvort fæðu er neytt samtímis. Umbrotnar töluvert við fyrstu umferð um lifur. Hámarksþéttni í blóði næst eftir um 6 klst. Við endurtekna inntöku næst stöðug þéttni innan 1-2 vikna. Dreifingarrúmmál er um 10 l/kg. Próteinbinding er um 95%. Umbrotnar í óvirk umbrotsefni, sem skiljast út með þvagi og hægðum. Ekki hefur með vissu verið sýnt fram á samband milli blóðþéttni og klínískrar verkunar lyfsins. Helmingunartími í plasma er um 24 klst. **Blöndun:** Á ekki við. **Geymsluþol:** 2 ár. **Geymsluskilyrði:** Stofuhiti.

Pakkningar og verð:

Töflur 20 mg: 20 stk. (plastglas); 60 stk. (plastglas); 100 stk. (plastglas).
Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.

Paroxat 20 mg, 20 stk.:	kr	3.516
Paroxat 20 mg, 60 stk.:	kr	9.143
Paroxat 20 mg,100 stk.:	kr	14.169

GRAFÍSKA SMIÐJAN 2000

eftir liðspeglunum og 139 flokkuðust undir aðrar aðgerðir. Á biðlistanum voru sex börn.

Biðlisti bæklunardeildar FSA var yfirfarinn um áramót og því er gert ráð fyrir að biðlistinn sé nú nokkuð réttur.

Endurhæfing

Færri bíða eftir endurhæfingu nú en síðasta haust. Á FSA hefur biðlistinn styst verulega og biðtíminn að sama skapi styst um 12 vikur frá síðustu könnun. Nokkuð mikil fækkun er á á biðlista Reykjalundar og samkvæmt gögnum embættisins hefur hann ekki verið styttri síðustu fimm árin.

Geðdeildir

Nú eru í fyrsta sinn birtur biðlisti frá geðdeild Landspítalans og verður framhald þar á. Þessi biðlisti er heildarbiðlisti og nær yfir vistun á nokkrum undirdeildum og dvalarstöðum sem geðdeild Landspítalans hefur yfir að ráða.

Tæknifrjóvgunardeild

Biðlisti tæknifrjóvgunardeildar er 335 pör. Gera má ráð fyrir að meðferð heppnist hjá þriðjungi þeirra og þannig líklegt að um 2/3 af þessum hópi fari aftur á biðlista á árinu. Auk þess eru framkvæmdar um 250 tæknisæðingar á ári. Meðferðafjöldi er um 350-400 glasafrjóvganir á ári. Biðlistinn er um það bil eitt ár.

Háls-, nef- og eyrnadeildir

Heildarbiðlisti á háls- nef- og eyrnadeildum hefur lengst. Þegar litið er til einstakra deilda kemur þó í ljós að fækkun er á FSA.

Hjartadeildir

Biðlisti eftir hjartaþræðingu hefur stöðugt lengst frá árinu 1996. Frá síðustu athugun á biðlistum, í október á síðasta ári, hefur nokkuð fjölgað á biðlistanum eða um 37 sjúklinga. Hér getur verið um árstímabundna sveiflu að ræða þar sem biðlistinn nær hámarki á þessum tíma árs en er oftast í lágmarki á haustin. Fjöldi hjartaþræðinga á Landspítalanum hefur verið svipaður frá árinu 1997. Árið 1997 voru framkvæmdar 984 en árið 1999 voru þær 941.

Biðlisti á hjarta- og lungnaskurðdeild lengist einnig, en biðtími er svipaður og síðasta haust eða um 10 vikur.

Kvensjúkdómadeildir

Rétt er að gera fyrirvara á heildartölu biðlistans, þar sem um auknar upplýsingar er að ræða, fimm daga deild Landspítalans bætist við. Sé litið á aðrar deilir er almenn fjölgun á biðlistum með undantekningu á FSA þar sem lítilsháttar fækkun er á biðlistanum og munar þar helst um fækkun á biðlista eftir sólarhringsplássi, úr 71 í 29 sjúklinga.

Lyflækningadeildir

Aðeins bárust upplýsingar frá lyflækningasviði á Heilbrigðisstofnun Neskaupstaðar. Varast ber að leggja mat á stöðu mála út frá því.

Lýtalækningar

Biðlisti eftir lýtaaðgerðum hefur lengst nokkuð bæði á Landspítalanum og á St. Jósefsspítala.

Þvagfæraskurðlækningar

Á heildarbiðlista eru fleiri nú en fyrr í vetur. Mestu munar um að nú er biðlisti á Sjúkrahúsi Akraness sem ekki hefur verið áður.

Vífilsstaðaspítali

Lítillega hefur fækkað á biðlista eftir svefnrannsóknum en biðtími eftir næturmælingu er þó enn þá tæp tvö ár, nema sjúklingur sé í forgangshópi. Í útskýringum frá deildinni kemur fram að forgangur á biðlista deildarinnar byggi að öðru jöfnu á því að grunur leiki á að öndunartruflanir valdi röskun á annarri líkamsstarfsemi, svo sem hjartabilun. Einnig eru þeir í forgangi sem hafa atvinnu af akstri bifreiða og eru haldnir dægursyfju.

Æðaskurðdeildir

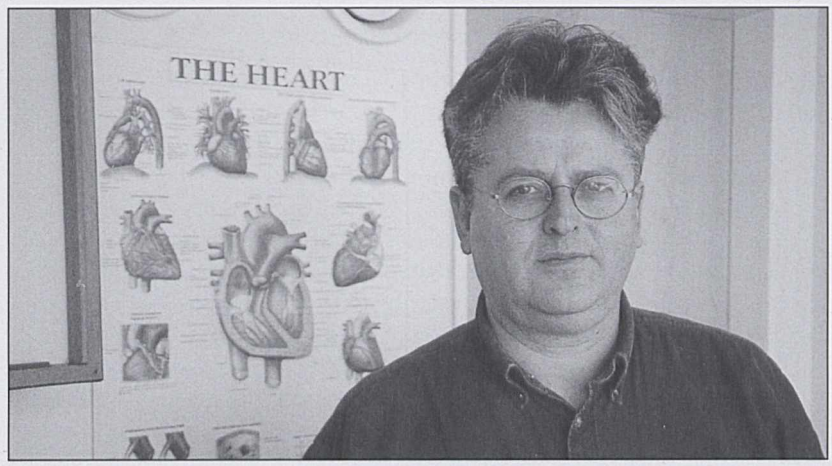
Hér kemur fram biðlisti tveggja æðaskurðdeilda, á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og Landspítala. Um er að ræða nýja deild á SHR en eins og komið hefur fram hafa þessar deildir verið sameinaðar í eina deild.

Öldrunarlækningar

Heildarbiðlisti er nú nokkuð lengri en áður. Sé litið til einstakra deilda má sjá að biðlisti er að myndast á FSA þar sem áður biðu sjö en nú 30. Svipað ástand er á Landspítalanum og verið hefur, en biðlisti á Sjúkrahúsi Reykjavíkur hefur lengst. Aukningin er eftir plássi á fimm dagadeild og dagspítala.

Læknafélagið þyrfti að eiga frumkvæði að öryggisneti fyrir lækna í vanda

Rætt við **Svein Rúnar Hauksson** heimilislækni um skort á úrræðum og ráðgjöf fyrir lækna sem eiga í áfengis- eða vímuefnavanda



Sveinn Rúnar Hauksson heimilislæknir á stofu sinni í Domus Medica.

RÉTT EINS OG AÐRIR DAUÐLEGIR MENN geta læknar lent í því að missa tökin á áfengis- eða vímuefnaneyslu sinni. Oft getur reynst erfitt fyrir þá að leita sér aðstoðar við að ná tökum á fíkninni því þótt ýmis úrræði séu til staðar er eðli þessa sjúkdóms það að viðkomandi afneitar honum og telur þar af leiðandi litla þörf á því að leita sér hjálpar. Stundum gengur þetta svo langt að allt umhverfi viðkomandi er farið að líða fyrir neyslu hans en enginn tekur af skarið.

Í læknablöðum í Danmörku og Svíþjóð var sagt frá því nú í marsmánuði að samtök lækna hafa í báðum þessum löndum sett á laggirnar það sem nefnt er á skandinavísku „kollegial netværk". Tilgangurinn er að veita læknum sem lenda í einhvers konar persónulegum vanda – ekki eingöngu vegna ofneyslu – ráðgjöf og stuðning. En hvernig er þessu háttað hér á landi? Er til eitthvert öryggisnet eða viðvörunarkerfi sem fer í gang ef læknir missir tökin á neyslunni?

Sveinn Rúnar Hauksson heimilislæknir hefur fylgst grannt með meðferðarmálum undanfarin ár. Hann var á sínum tíma yfirlæknir á meðferðarstöðinni Von í Reykjavík, sem tók á móti sjúklingum frá hinum Norðurlöndunum. Sveinn skipulagði alþjóðlega ráðstefnu um fíknsjúkdóma, Euro CAD/96 og hefur einnig fjallað um uppbyggingu og árangur áfengismeðferðar hér á landi á ráðstefnum víða um heim. Læknablaðið tók hann tali og spurði fyrst hvert læknir sem er að missa tökin á neyslu sinni getur leitað.

Stöndum framarlega í meðferð

„Það hefur ekki verið í mörg hús að venda fyrir lækna sérstaklega. Þó hefur verið starfandi nefnd á vegum Læknafélagsins um skamma hríð sem ætlað er að veita læknum ráð ef þeir lenda í vanda. Þetta hefur verið hálfgerð leyninefnd og ég vissi ekki af henni fyrr en nú á dögunum. Í þessari nefnd eru þrír ágætir kollegar, Halldóra Ólafsdóttir, Sverrir Bergmann og Gestur Þorgeirsson, sem þekkja vel til ýmissa vandamála lækna, félagslegra og annarra.

Þessi nefnd hefur tvíþætt hlutverk, annars vegar að veita læknum ráð og hins vegar að taka við ábendingum um aðsteðjandi vanda og jafnvel að grípa inn í ef í óefni stefnir með því að tala við viðkomandi lækni, bjóða upp á samtöl og ráðgjöf um meðferð.

Að öðru leyti stöndum við mjög vel að vígi hér á landi því úrræðin eru fyrir hendi og við erum að mörgu leyti miklu betur á vegi stödd heldur en flest önnur lönd. Það er hvergi eins greiður aðgangur að áfengis- og vímuefnameðferð og hér á landi og það gildir einnig fyrir lækna. Enda hafa mjög margir notfært sér það. Meðferðin beinir fólki út í sjálfshjálparhópa og þess má geta að hvergi eru AA-samtökin eins öflug og hér á landi. Hér er ein AA-deild fyrir hverja 1.000 íbúa. Úrræðin eru því fyrir hendi."

Skortir raunverulegan stuðning

– Er ekki erfiðara fyrir lækna en margar aðrar starfsstéttir að horfast í augu við þennan vanda?

„Jú, það er vel þekkt staðreynd að það eru ekki til erfiðari sjúklingar en læknar og þeir eru eflaust enn harðari í afneitun á vandanum en aðrir. Það getur líka verið að erfitt sé fyrir lækna að taka þátt í AA-starfi eða fara í meðferð á almennum meðferðarstofnunum. Ég held þó að það sé óþarflega

mikið gert úr þessu og að það sé hluti af afneituninni sem er einn af grundvallarþáttum sjúkdómsins. Að menn séu að koma sér undan því að takast á við vandann. Það er nú svo að frá fyrstu tíð hafa menn úr öllum starfsstéttum samfélagsins frá embættismönnum í efstu stöðum til verkamanna verið saman í meðferð og á AA-fundum og við höfum verið laus við alla stéttaskiptingu á þessu sviði. Það hefur samt þótt ástæða til hér á landi sem víðar að hafa aukalega sérstaka AA-fundi fyrir lækna. Þetta á líka við um fleiri starfshópa, til dæmis flugmenn. Það hefur þótt óvarlegt að skurðlæknar eða flugstjórar séu að tala um það á almennum AA-fundum hvers fullir eða timbraðir þeir voru nú í þessari eða hinni aðgerðinni eða í lendingu með 300 farþega. Á fundinum situr svo fólk sem er að fara í aðgerð eða flugferð daginn eftir. Þetta eru samt hlutir sem menn þurfa að horfast í augu við og tala um og þá koma litlir fagfundir sér vel. Í Domus Medica eru mánaðarlega fundir fyrir lækna og læknanema síðasta fimmtudag í hverjum mánuði klukkan fimm."

– En hvað geta kollegar gert sem verða vitni að því að hlutirnir eru að fara úr böndunum?

„Þeir hafa ekki haft nein úrræði. Það hefur ekki verið til neitt aðgengilegt öryggisnet og enginn aðili sem við höfum getað snúið okkur til nema þá til landlæknis. Og þegar leitað er til hans er það yfirleitt í formi kæru eða klögumála. Vissulega geta menn tjáð honum áhyggjur sínar af einhverjum kollega sem á í vanda en þetta úrræði hefur ekki virkað sem skyldi. Ég held að vandamálið sé fólgið í því að viðbrögð landlæknisembættisins hafa lengst af einkennst af vinsemd og umhyggju sem er vel, en líka af óhóflegu umburðarlyndi sem í raun er ekki stuðningur þegar allt kemur til alls.

Afleiðingin hefur í allt of mörgum tilvikum verið sú að fjölmargir góðir kollegar hafa komist upp með að vera við störf þótt vandi þeirra hafi verið orðinn mjög áberandi og um hann talað meðal sjúklinga og úti í bæ. Það er alltaf verið að gefa mönnum tækifæri sem er í sjálfu sér gott. En raunverulegur stuðningur við menn sem lenda í þessum vanda er að taka nógu snemma í taumana, svipta menn tímabundið leyfi til starfa þegar það á við, krefjast þess að þeir taki á sínum málum og fylgja því eftir að þeir geri það."

Læknar í áhættuhópi

– Eru menn ekki feimnir við að segja til kollega ef þeir verða varir við að hann á í vanda?

„Jú, menn hlaupa ekki til í þessum málum. Flestir eru eins og hverjir aðrir aðstandendur viðkomandi og taka þátt í afneituninni. Fólk spyr sig hvort það sé nú hlutverk þeirra að tala við landlækni, það hljóti einhver annar að gera það. Ástæðan fyrir því að menn eru ekki fljótir til er líka sú að það vantar opna umræðu um þessi mál. Læknafélögin þurfa sjálf að taka á þessu sem menn eru að reyna með leyninefndinni sem ég kallaði svo. (Sjá grein á spássíu.)

Við getum litið til fyrirmynda hjá öðrum þjóðum. Læknar á Norðurlöndum hafa nýverið komið á fót neti kollega sem eru í viðbragðsstöðu, veita mönnum ráðgjöf, ræða við þá og grípa inn í eftir því sem við á. Slíkar nefndir hafa lengi verið starfandi í Bretlandi og Bandaríkjunum. Að mínu mati er nauðsynlegt að þessar nefndir hafi ákveðið vald sem þau þurfa vonandi sem minnst að beita en þó þannig að læknum sé ljóst að nefndin geti gert ráðstafanir til að kippa mönnum tímabundið út úr starfi meðan þeir eru að vinna í sínum málum."

– Er áfengis- og vímuefnaneysla lækna umtalsvert vandamál?

„Já, það hafa tugir lækna leitað sér meðferðar á Vogi og Teigi, og vísast ekki minni hópur til viðbótar sem þyrfti á því að halda. Við vitum að áfengis- og vímuefnaneysla er útbreidd í samfélaginu og einnig að læknar eru í áhættuhópi eins og sumar aðrar heilbrigðisstéttir. Það er ekki mikið talað um þetta opinberlega en ef þú talar við lækna einslega þá þekkja flestir þeirra ákveðin dæmi um vinnufélaga sem eru að störfum þótt þeir eigi í umtalsverðum vanda og ættu alls ekki að vera við lækningar."

Þörf á öryggisneti

– Hvernig ætti Læknafélagið að taka á þessum vanda?

„Ég vildi óska þess að Læknafélagið tæki frumkvæði og kæmi á samstarfi við landlæknisembættið um að setja á laggirnar öryggisnet fyrir lækna sem næði um allt land. Læknar hefðu það þá alveg á hreinu hvert þeir ættu að snúa sér ef þeir hafa áhyggjur af sjálfum sér eða öðrum. Að sjálfsögðu þyrfti að ríkja alger trúnaður í samskiptum þeirra við netið, menn nytu nafnleyndar hvort sem þeir væru að ræða um sjálfa sig eða aðra.

Í rauninni er það undarlegt að við skulum vera svona aftarlega á merinni hvað varðar úrræði og ráðgjöf fyrir lækna í samanburði við lækna í öðrum löndum þegar haft er í huga að meðferðarúrræðin sem almenningi standa til boða hér á landi eru miklu meiri og betri en til dæmis á Norðurlöndunum.

Það er ægilegt að horfa upp á menn halda áfram að hjakka í sama farinu árum og jafnvel áratugum saman án þess að á málinu sé tekið. Þetta er vandi sem hægt er að taka á, við höfum úrræði og getum í langflestum tilvikum leyst vandann. Þess vegna er svo ömurlegt að horfa upp á menn drabbast niður án þess að nokkuð sé að gert," sagði Sveinn Rúnar Hauksson.

–ÞH

Stuðningshópur lækna

HALLDÓRA ÓLAFSDÓTTIR geðlæknir var kosin formaður stuðningshóps lækna á aðalfundi LÍ síðastliðið haust en fyrir í hópnum voru Sverrir Bergmann og Gestur Þorgeirsson. Halldóra segir að þessi hópur hafi fyrst verið kosinn fyrir nokkrum árum en lítið starfað. Nú eru þau byrjuð og hafa fengið nokkur erindi. Læknar sem eiga í vanda geta leitað til hópsins eftir ráðum og stuðningi en hópurinn tekur ekki að sér meðferð. „Við höfum ekkert vald heldur reynum að veita kollegum okkar stuðning," segir Halldóra og bætir því við að stuðningurinn sé ekki einskorðaður við ofneysluvanda heldur hvers kyns persónulegan vanda sem læknar rata í. Til dæmis hafa læknar leitað til hópsins vegna samstarfserfiðleika á vinnustað.

(Sjá næstu síða.)

Noregur vinsælastur

NOMESKO ER SKAMMSTÖFUN á heiti fastanefndar sem starfar á vegum Norræna ráðherraráðsins. Fullu nafni heitir nefndin *Nordisk medicinalstatistisk Komite* og fæst við tölfræðilegan samanburð og þróunarverkefni á sviði norrænna heilbrigðismála. Fyrir skömmu skilaði nefndin skýrslu um það hversu margir norrænir læknar og hjúkrunarfræðingar hafa aflað sér starfsréttinda og sérfræðiviðurkenningar í öðrum norrænum ríkjum á árunum 1991-1998.

Sé litið á læknana kemur það ekki á óvart að hlutfallslega flestir íslenskir læknar hafa leitað sér sérfræðiviðurkenningar í öðru norrænu ríki og benda skýrsluhöfundar á skort á möguleikum til framhaldsnáms hér á landi sem helstu skýringu. En skýrslan leiðir í ljós að norskir og finnskir læknar eru áhugalausastir um að afla sér starfsréttinda utan heimalandsins.

Þegar hugað er að því hvar á Norðurlöndum læknar sækja helst eftir því að starfa kemur í ljós að framan af tíunda áratugnum leita flestir til Svíþjóðar en frá 1993 sker Noregur sig úr. Af 5.207 læknum sem afla sér sérfræðiviðurkenningar utan heimalandsins allan áratuginn hafa 4.022 sótt til Noregs en einungis níu til Íslands. Svipuð hlutföll eru hjá hjúkrunarfræðingum, af 11.002 sem leituðu sér starfsréttinda utan heimalandsins kusu 8.009 Noreg sem starfsvettvang.

Skýrsluhöfundar kvarta yfir því að misræmi í skráningu og skýrsluhaldi geri þeim erfitt fyrir um ýmsan samanburð, til dæmis á því hversu margir notfæra sér starfsréttindi í öðru landi. Þó komast þeir að þeirri niðurstöðu að árið 1999 var einungis um fjórðungur þeirra lækna sem öfluðu sér starfsréttinda í öðru norrænu ríki á árunum 1991-1998 starfandi í því landi.

–ÞH

Staða læknisins hefur breyst

Danskir læknar hafa haldið úti stuðningsneti fyrir kollega í vanda í hartnær áratug

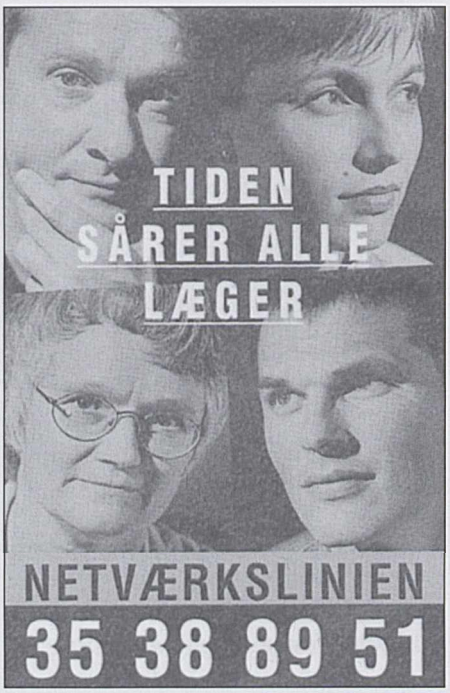
Í DANMÖRKU KOMU LÆKNAR á fót stuðningsneti við kollega sem eiga í vanda og hefur það verið starfandi frá árinu 1991. Árlega setja um 2% af starfandi læknum í Danmörku sig í samband við ráðgjafa stuðningshópsins með ýmiss konar vandamál.

Í *Ugeskrift for læger* 3. apríl í ár er viðtal við Michael Andreassen sem nýlega er tekinn við sem læknisfræðilegur ráðgjafi í **Kollegial Netværk for Læger** eins og stuðningsnetið nefnist. Andreassen hefur þó verið viðloðandi stuðningsstarfið frá því það hófst og segir að stofnun netsins hafi verið eðlilegur hlutur eftir að læknasamtökin horfðust í augu við þá staðreynd að læknar eru hvorki óskeikulir né ósæranlegir.

Nú eru ráðgjafar í sjálfboðaliðsstarfi fyrir stuðningsnetið í öllum umdæmum danska læknafélagsins, þar með töldu m Færeyjum og Grænlandi. Erindin sem læknar bera upp við þá eru af ýmsum toga, klögumál sem læknar hafa orðið fyrir, sumir eru haldnir óöryggi og kvíða andspænis ábyrgð læknisins, öðrum finnst þeir útbrunnir eða eiga við ofneyslu að etja, jafnvel sálræn vandamál og fjármála- og hjónabandsvandi koma við sögu.

Andreassen segir að hlutverk og staða læknisins hafi breyst töluver t í áranna rás frá því að vera allt að því alföðurlegur yfir í það að vera einhvers konar blanda af embættismanni og lækni sem miklar siðferðiskröfur eru gerðar til. Samfélagið geri þá kröfu til læknisins að hann geri það sem hægt er í ljósi aðstæðna en læknum er innprentað að gera alltaf það sem er rétt og nauðsynlegt. Þegar þetta tvennt stangast á lendir læknirinn í klemmu.

Þegar læknir finnur að hann á undir högg að sækja stendur hann oftast einn, þótt læknar séu smám saman að verða færari um að leita eftir ráðum og stuðningi hjá kollegum sínum. En læknisstarfið er svo nátengt sjálfsmynd læknisins sem manneskju að hann tekur gagnrýni nær sér en flestar aðrar starfsstéttir, að mati Andreassen. Auk þess séu læknar upp til hópa einstaklingshyggjumenn sem eru þjálfaðir í því að taka sjálfstæðar ákvarðanir og starfa sjálfstætt, ólíkt öðrum starfsstéttum í heilbrigðiskerfinu þar sem hefð er fyrir meiri samstöðu.



Með þessum viðsnúningi á þekktu máltæki sem einnig er til á íslensku auglýsir stuðningsnet danskra lækna símanúmer sitt.

„Reglan er sú að læknirinn tekur ákvörðun að höfðu samráði við aðra hópa starfsfólks – hann er yfirleitt einn en aðrir koma fram sem hópur. Þessi staða – miklar faglegar kröfur og að læknirinn stendur oftast einn – gerir lækna viðkvæmari fyrir kærum og klögumálum," segir Andreassen.

Hann segir einnig að starf stuðningshópsins verði að vera opið og sýnilegt, að öðrum kosti nýtist sú reynsla sem þar aflast ekki allri læknastéttinni. En starfsemi þess stendur og fellur með áhuga ráðgjafanna sem leggja sitt af mörkum án þess að þiggja laun, segir Michael Andreassen.

–ÞH endursagði

Umferðarslys eru stórt heilbrigðisvandamál

Rætt við yfirlæknana **Brynjólf Mogensen** og **Stefán Yngvason** um aukið álag á heilbrigðiskerfið vegna fjölgunar umferðarslysa



Umferðin um Miklubrautina á ofurvenjulegu þriðjudagssíðdegi getur verið mikil og hröð.

VETURINN SEM NÚ ER SENN Á ENDA er með þeim verri í umferðinni hér á landi. Mörg alvarleg slys hafa orðið og um tíma í vetur rak hvert banaslysið annað. Umferðin tekur sinn toll og það sárgrætilegasta við það er að stórt hlutfall þeirra sem látast eða örkumlast í umferðarslysum eru ungt fólk. Unga fólkið – einkum og sérílagi ungir karlmenn – er líka hlutfallslega fjölmennast í röðum þeirra sem valda slysum.

Erfitt getur reynst að meta hversu stórt vandamál umferðarslysin eru en ljóst er þó að þau eru eitt af þurftarfrekustu heilbrigðisvandamálum þjóðarinnar og kosta samfélagið bæði mikla fjármuni og vinnu. Þá eru ótaldar allar sálarkvalirnar, sorgin og vonbrigðin sem eru óhjákvæmilegur fylgifiskur þess að fólki í blóma lífsins er skyndilega kippt í burtu eða það svipt færninni til þess að lifa og starfa með eðlilegum hætti.

Læknablaðið ræddi við tvo lækna sem þekkja vel til afleiðinga umferðarslysa enda fer stór hluti af starfsorku þeirra í að kljást við þær. Brynjólfur Mogensen forstöðulæknir á slysa- og bráðasviði Landspítalans Fossvogi og Stefán Yngvason yfirlæknir á endurhæfingardeild Landspítala Grensási voru sammála þeirri staðhæfingu að umferðarslys væru mikið heilbrigðisvandamál. Þeir sögðu líka að töluverðar sveiflur væru í fjölda þeirra sem slasast.

Banaslysum fjölgar aftur

„Á árunum 1987-1998 komu hingað á slysadeild flest árin á bilinu 2.000-2.500 manns sem slasast höfðu í umferðarslysum. Í fyrra varð hins vegar töluverður kippur upp á við því þá komu hingað 3.144 eftir umferðarslys," sagði Brynjólfur. Hann bætti því við að banaslys í umferðinni hefðu fyrir nokkrum árum verið hlutfallslega flest hér á landi á Norðurlöndunum. „Þá tókum við okkur á og tókst að fækka þeim þannig að um skeið vorum við neðstir Norðurlandabúa. En á síðustu tveimur til þremur árum hefur aftur sigið á ógæfuhliðina. Ég get ekki svarað því til hvað veldur þessari slæmu uppsveiflu."

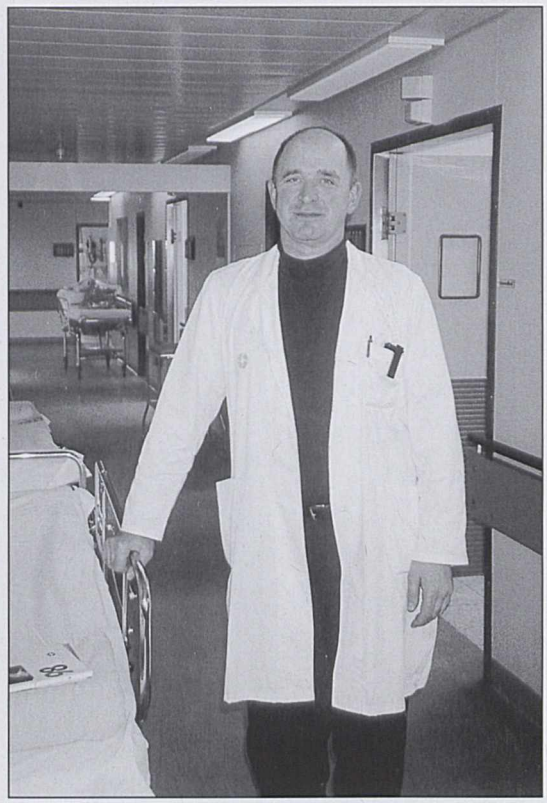
Stefán sagði að afleiðingar umferðarslysa væru töluverður hluti af starfseminni í Grensási en tók undir með Brynjólfi um að sveiflurnar væru allmiklar. Hann staðfesti að tíminn frá hausti 1998 til hausts 1999 hefði verið mjög erfiður. „Við fáum til okkar þá sem verða fyrir alvarlegustu slysunum en oft getur verið mjótt á mununum hvort fólk deyr eða lifir slysin af með miklum örkumlum og það skýrir sveiflurnar að hluta. En það hefur orðið greinileg aukning á vinnuframlagi okkar fólks vegna umferðarslysa að undanförnu."

Erfitt er að gera sér grein fyrir heildarumfangi um-

***Stefán Yngvason** (nær) með sundlaugina á Grenasásdeild í baksýn.*

***Brynjólfur Mogensen** á gangi slysadeildar Landspítala Fossvogi.*





ferðarslysa og afleiðingum þeirra en Brynjólfur benti á að kostnaður samfélagsins vegna þeirra sé metinn á um 15 milljarða króna. Ein ástæða þess hversu erfitt er að henda reiður á þessum kostnaði er að til skamms tíma var ekki til nein samræmd skráning slysa. „Slysavarnaráð hefur barist fyrir því um árabil að komið verði á fót slysaskráningu þar sem hægt verði að skrá flestar tegundir slysa á mjög nákvæman hátt. Nú er þetta kerfi að komast á því undanfarin þrjú ár hafa öll slys á slysa- og bráðamóttöku verið skráð samkvæmt norrænu skráningarkerfi. Úr slíkri skráningu fást mikilvægar upplýsingar sem hægt verður að nota til að halda uppi stöðugri upplýsingamiðlun," segir Brynjólfur.

Fleiri lifa af alvarleg slys

En hefur slysamynstrið breyst? Já, sé litið til lengri tíma hefur orðið nokkur breyting á slysunum sem verða í umferðinni.

„Mænuskömmuðum hefur fækkað," segir Brynjólfur og þakkar það aukinni notkun bílbelta. „Fólk helst kyrrt inni í bifreiðinni í stað þess að hendast um í henni eða jafnvel út um gluggana. Þess vegna erum meiri líkur á því að það sleppi með minni meiðsli."

Af þeim sem slasast í umferðarslysum þurfa yfirleitt um 10 af hundraði að leggjast inn til meðferðar en þetta hlutfall hefur þó farið heldur lækkandi. Stærsti hluti þeirra sem lenda í slysum fá minniháttar áverka, hálshnykki, tognanir og minniháttar brot.

„Við fáum alvarlegustu slysin til okkar, áverka á mænu og heila með lömun og skerðingu á vitrænni getu," segir Stefán og bætir því við að lífslíkur þeirra sem lenda í alvarlegum umferðarslysum hafi aukist. „Það hafa orðið miklar framfarir í sjúkraflutningum, endurlífgun og gjörgæslu og það eykur lífslíkur þeirra sem lifa af fyrstu augnablik slyssins. Þetta kallar hins vegar á aukna endurhæfingu."

Brynjólfur tekur undir þetta. „Hér á höfuðborgarsvæðinu hefur verið komið upp mjög öflugu kerfi sjúkrabíla þannig að neyðarbíll með lækni getur náð í fólk á örfáum mínútum og veitt því fyrstu hjálp strax. Verði slys úti á vegunum getur þyrlan verið komin á staðinn á tiltölulega stuttum tíma. Það er því hægt að bjarga fleirum sem slasast alvarlega en áður var."

Breyttir meðferðarmöguleikar

Flestir þeirra sem þurfa að leggjast inn á sjúkrahús í kjölfar umferðarslysa eiga við einhvers konar stoðkerfisvanda að glíma. „Til allrar hamingju eru höfuðáverkar, kviðarhols- og brjóstholsáverkar ekki mjög stór hluti af slysunum," segir Brynjólfur.

En hvað er hægt að gera fyrir þá sem verða fyrir alvarlegum áverka á stoðkerfi?

„Það eru hefðbundnar aðferðir endurhæfingar sem felast í sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun og þess háttar," segir Stefán. „En tæknin tekur miklum framförum og tölvutæknin hefur aukið verulega á möguleika þeirra sem slasast, bæði hvað varðar tjáningu og samskipti og eins til að örva og stýra vöðvum. Það eru komin fram ýmis ný og betri hjálpartæki sem auðvelda fólki að lifa við mikla fötlun. Svo er líka komin fram á sjónarsviðið tækni og lyf sem draga úr alvarlegum

afleiðingum á borð við spasma. Nú fyrir skemmstu voru fyrstu baklófendælurnar settar í sjúklinga sem þjáðust af miklum spasma af völdum mænuskaða."

– En hvað um batahorfur? Er einhver von til þess að hægt verði að bæta þann skaða sem verður við áverka á mænu eða öðrum taugavef?

„Það eru miklar rannsóknir í gangi á því hvort hægt sé að endurnýja taugavef sem hefur skemmst og ýmislegt bendir til þess að hæfileiki hans til endurnýjunar sé meiri en menn hafa hingað til haldið. Menn hafa til dæmis náð árangri í tilraunum á sviði frumulíffræði taugakerfisins og um þetta ríkir nokkur bjartsýni. Vonir eru bundnar við að þessi tækni geti endurskapað eitthvað af því sem tapast hefur (1)."

– Hvað um áverka á heila?

„Heilinn er allt öðruvísi og mun flóknara líffæri en mænan. Hann hefur meiri getu til að yfirfæra starfsemi til heilbrigðra svæða í stað svæða sem hafa tapast. Fólk getur náð árangri með markvissri þjálfun. Í því felst einskonar endurforritun á hluta heilans. En þetta er tímafrekt ferli sem krefst mikillar vinnu," segir Stefán.

Bílar orðnir öruggari, en...

Eins og gefur að skilja hafa menn sem dag hvern horfa upp á afleiðingar umferðarslysa ákveðnar skoðanir á umferðarmenningunni og því sem betur mætti fara á vegunum og í búnaði bifreiða. Brynjólfur bendir á að töluverðar framfarir hafi orðið á sviði öryggis og gæða bifreiða. Hins vegar sé fólk ekki alltaf vel upplýst um eiginleika þeirra bifreiða sem það ekur um í.

„Langflestir slasast í árekstrum bíla eða útafakstri. Víða um heim eru gerðar prófanir á gæðum bíla og hversu vel þeir skýla farþegum ef til árekstrar kemur. Niðurstaða þeirra prófana er sú að sumir framleiðendur smíða vandaða bíla sem standast ströngustu öryggiskröfur en öðrum eru mislagðar hendur. Það hefur hins vegar sýnt sig að með því að nota bílbelti og hafa loftpúða bæði að framan og til hliðanna geta menn aukið líkurnar verulega á því að þeir sleppi vel úr hörðum árekstrum," segir Brynjólfur.

Oft hefur verið bent á að ein af afleiðingum aukinnar notkunar bílbelta er fjölgun hálshnykkja. Stefán segir að bílbeltin hafi tekið framförum en hnakkapúðarnir setið eftir. „Nú eru beltin stillanleg eftir hæð hvers og eins og komin á þau strekkjarar sem strekkja á þeim ef fyrirstaðan eykst snögglega. Hins vegar eru hnakkapúðarnir ekki nógu framarlega og oft haldast þeir illa í stillingum. Það er fyrst núna sem fram eru að koma hnakkapúðar sem færast fram við höggið. Þarna er töluvert verk óunnið," segir hann.

Óskynsamlegt að auka hámarkshraðann

Almennt má segja að bílar hafi orðið betri og á margan hátt öruggari, en þeir eru einnig orðnir öflugri og við það hefur hraðinn í umferðinni aukist. Þeir Stefán og Brynjólfur eru sammála um að hraðinn sé versti skaðvaldurinn.

„Auðvitað finnst flestum gaman að aka á 110 km hraða á björtum degi og góðum vegi," segir Stefán. „En það ráða ekki allir við það, hvorki bílar né ökumenn. Bæði þeir yngstu og þeir elstu eiga erfitt með að ráða við þennan mikla hraða."

Brynjólfur tekur undir þetta og segir að mikilvægast sé að halda niðri hraðanum. „Því hraðari sem umferðin er þeim mun meiri líkur eru á alvarlegum slysum. Þess vegna er umræðan um að auka hámarkshraðann úr 90 í 110 óskynsamleg," segir hann.

Vegakerfið fær heldur ekki sérlega góða einkunn hjá þeim. „Vissulega er malbik á flestum meginleiðum en nánasta umhverfi veganna er sjaldnast ýkja vistvænt," segir Brynjólfur. Stefán segir brýnt að breikka vegina, ekki síst úti á landi, og aðskilja akreinar. „Á vegunum háttar víða þannig til að það er varla hægt að stöðva bifreið án þess að hætta skapist. Í þéttbýlinu verða hins vegar margir litlir árekstrar í mikilli umferð þar sem blandast saman bílar, hjól og gangandi vegfarendur. Almenningssamgöngur eiga í vök að verjast. Menn verða að marka sér betri stefnu í því hvert þeir vilja beina allri þessari umferð. Það má merkja vilja borgaryfirvalda til þess að minnka hraðann í íbúðarhverfum og það er framfaraspor. En á sama tíma þarf að gera meginsamgönguæðarnar greiðari svo ekki taki langan tíma að komast á milli hverfa," segir Stefán.

Brynjólfur bendir á að þrátt fyrir allt þetta séu það sjaldnast bílarnir eða umferðarmannvirkin sem eigi sökina á slysunum. „Það er vanmat bílstjórans á aðstæðum eða ofmat hans á eigið ágæti ásamt sofandahætti og skeytingarleysi sem mestur veldur," segir hann og bætir því við að því verði ekki breytt nema með stöðugri og breytilegri upplýsingamiðlun.

Ungir og óþroskaðir bílstjórar

Í umræðum um umferðarmál kemur oft fram að helsti áhættuhópurinn í umferðinni eru ungir bílstjórar og þá einkum af karlkyni. „Ungu glannarnir" eru bæði gerendur og þolendur í bílslysum, þeir valda mörgum slysum og lenda einnig í mörgum slysum. Þessu veldur fyrst og fremst reynsluleysi þeirra og það að þeir eru ekki orðnir nógu þroskaðir.

Í *Journal of the American Medical Association* birtist nýverið grein (2) þar sem fram kemur að hættan á því að yngstu bílstjórarnir valdi dauðaslysum í umferðinni aukist í réttu hlutfalli við fjölda farþega í bílnum, svo fremi farþegarnir séu undir þrítugu. Slysahættan var hins vegar ekki meiri ef ekið var með eldri farþega. Líkurnar á því að yngstu bílstjórarnir valdi eða lendi í dauðaslysum í umferðinni eru sjöfalt meiri en hjá bílstjórum á aldrinum 30-59 ára. Það segir okkur að þessir unglingar hafi varla þroska til þess að axla ábyrgðina sem felst í því að stjórna ökutæki og flytja farþega.

Í Bandaríkjunum geta unglingar tekið bílpróf 16 ára gamlir en ökuréttindi þeirra eru takmörkuð með ýmsum hætti þar til þeir fá full réttindi. Takmarkanir á ökuréttindum eru afar breytileg eftir fylkjum en algengt er að þeim sé bannað að aka að næturlagi og/eða með farþega. Höfundar greinarinnar leggja til að bann við akstri með farþega verði alls staðar sett inn í reglur um ökuréttindi unglinga.

Drusla handa unglingnum?

„Ungir karlmenn eru áhættuhópur út af fyrir sig," segir Stefán Yngvason og styðst þar við margar rannsóknir á atferli ungra bílstjóra í umferðinni. Margir hafa velt því fyrir sér hvort þar sé bara um að kenna þroska- og reynsluleysi eða hvort þarna sé á ferðinni einhverskonar fíkn eftir spennu, jafnvel afbrigði af sjálfseyðingarhvöt.

Úr því verður ekki skorið hér en margir hafa bent á að ef til vill þurfi að endurskoða ökukennsluna og auka fræðslu og þjálfun ungra bílstjóra. Það er verið að bæta úr ýmsu hvað það varðar, svo sem með umferðarskólanum sem tryggingafélögin starfrækja og einnig með reglum um æfingaakstur.

„Þetta getur hvort tveggja stuðlað að betri ökukennslu. Sá sem tekur bílpróf á ekki að geta fengið skírteinið eftir eins til tveggja mánaða ökukennslu að sumarlagi. Það ætti ekki að afhenda þeim skírteinið fyrr en þeir væru búnir að sækja umferðarskólann og aka í heilt ár undir leiðsögn ættingja. Fyrr eru þeir ekki búnir að kynnast því að aka í alls konar aðstæðum og færð," sagði Brynjólfur.

Við skulum ljúka þessari samantekt með ábendingu til foreldra sem Brynjólfur vill koma á framfæri.

„Það hefur færst í vöxt að foreldrar kaupi bíl handa unglingnum þegar hann fær bílpróf. Þá er gjarnan keyptur gamall, slitinn og ódýr bíll með því hugarfari að skaðinn sé þá ekki svo mikill þótt hann lendi í árekstri. Vel má vera að bílhræið sé ekki mikils virði en sá sem lendir í árekstri á svona bíl slasast meira en ella vegna þess hversu lélegur bíllinn er. En því miður virðist vitneskja fólks um öryggi bifreiða ekki vera nóg og úr því þurfum við að bæta."

–ÞH

Heimildir

1. Um þetta birtist fróðleg grein í Scientific American síðastliðið haust: McDonald JW and the Research Consortium of the Christopher Reeve Paralysis Foundation. Repairing the Damaged Spinal Cord. Scientific American 1999; 281: 64-73.
2. Chen L-H, Baker SP, Braver ER, Li G. Carrying Passengers as a Risk Factor for Crashes Fatal to 16- and 17-Year-Old Drivers. JAMA 2000; 283: 1578-82.

Formannaráðstefna LÍ

Boðað er til formannaráðstefnu samkvæmt 9. grein laga Læknafélags Íslands föstudaginn 12. maí næstkomandi í Hlíðasmára 8. Ráðstefnan hefst kl. 10:00.

Dagskrá:

10:00-12:30

Skýrsla formanns LÍ, afgreiðsla ályktana 1999, kjaramál og störf stjórnar
Skýrslur formanna aðildarfélaganna
Skýrsla formanns Félags íslenskra heimilislækna
Skýrsla formanns Félags sjálfstætt starfandi heimilislækna
Skýrsla formanns Sérfræðingafélags íslenskra lækna
Skýrsla formanns samninganefndar sjúkrahúslækna
Skýrsla formanns samninganefndar sérfræðinga
Starfsemi Fræðslustofnunar lækna
Starfsemi Lífeyrissjóðs lækna
Starfsemi Læknablaðsins
Starfsemi orlofsnefndar
Starfsemi öldungadeildar
Starfsemi siðfræðiráðs
Starfsemi orðanefndar

12:30-13:30 Matarhlé

Samskipti lækna og lyfjafyrirtækja
Áfangaskýrsla – Jón G. Snædal varaformaður LÍ kynnir
Umræður

Símenntun lækna
Áfangaskýrsla – Stefán B. Matthíasson formaður Fræðslustofnunar lækna kynnir
Umræður

Kjaramál/kjararáð
Umræður

15:00-15:30 Kaffihlé

Áframhald skýrslna
Umræður
Önnur mál

17:00 Fundarlok

19:00 Kvöldverður
haldinn á Grand Hóteli, Sigtúni 38, fyrir fulltrúa á fundinum og stjórn Læknafélags Íslands ásamt mökum

Megrunarlyf við offitu

XENICAL®
orlístat

Fyrir þá sem þurfa að léttast

Offita er sjúkdómur sem nú er loksins hægt að meðhöndla

Xenical veldur þyngdartapi[1,2]

Fylgikvillar offitu[3]:

Verulega aukin áhætta (yfir þreföld áhætta)	Töluvert aukin áhætta (tvö- til þreföld áhætta)
Sykursýki (gerð 2) Gallblöðrusjúkdómar Hækkaðar blóðfitur Insúlínviðnám Mæði Kæfisvefn	Kransæðasjúkdómur Háþrýstingur Slitgigt í hnjám Þvagsýrudreyri/-gigt

Lítillega aukin áhætta (allt að tvöföld áhætta)
Brjóstakrabbamein eftir tíðahvörf Legslímukrabbamein Ristilkrabbamein Óeðlileg hormónaframleiðsla í æxlunarfærum Fjölblöðru-eggjastokksheilkenni Minnkuð frjósemi Mjóbaksverkir Aukin áhætta við svæfingu Fósturgallar sem tengjast offitu móður

Hylki 120mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat

Megrunarlyf við offitu

XENICAL® orlístat

Fyrir þá sem þurfa að léttast

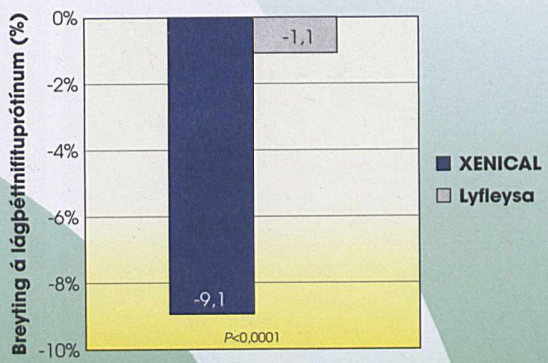
Hylki 120mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat

Xenical lækkar heildar-kólesterólmagn[1,2]

Xenical lækkar einnig magn lágþéttnifituprótína og bætir hlutfall lágþéttni-/háþéttnifitu-prótína[1,2]

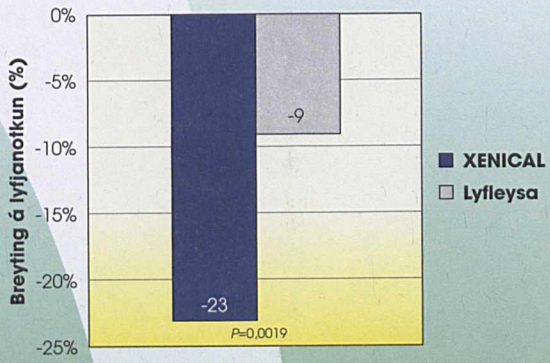
Lækkunin er umfram það sem ætla má vegna þyngdartapsins eingöngu[1]:



Xenical bætir sykurstjórnun[1,2]

Xenical minnkar notkun sykursýkilyfja hjá sjúklingum með sykursýki og offitu[2]

Meðallækkun á notkun sykursýkilyfja til inntöku hjá sjúklingum með fullorðinssykursýki eftir eins árs meðferð með Xenical og lyfleysu[2]:



Flokkun eftir verkun: Lyf við offitu (ATC-flokkun A08AB01).

Lyfjaform og útlit: Hylki, blágræn með áletrun „ROCHE" og „XENICAL 120".

Virk innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur 120 mg orlístat.

Lyfhrif: Orlístat er kröftugt, sértækt og langverkandi lyf sem hamlar virkni lípasa í meltingarveginum. Það verkar í maga og smágirni með því að mynda samgilt tengi við virka serín setið á lípasa í maga og lípasa frá brisi. Óvirka ensímið getur því ekki hýdrólýserað fitu úr fæðunni, á formi þríglýseríða, yfir í frían fitusýrur og einglýserið.

Ábendingar: Xenical er ætlað ásamt hitaeiningaskertu fæði til meðferðar hjá offitusjúklingum með þyngdarstuðul (BMI= þyngd(kg)/hæð(m)·hæð(m)) hærri eða jafn og 30 kg/m² (BMI) eða yfirþyngdar-sjúklingum (BMI 28 kg/m²) með tengda áhættuþætti.
Meðferð með orlístati ætti einungis að hefja ef megrunarfæði eingöngu hefur leitt til minnst 2,5 kg þyngdartaps á 4 vikum. Meðferð með orlístati á að hætta eftir 12 vikur ef sjúklingi hefur ekki tekist að losa sig við a.m.k. 5% af líkamsþyngd sinni reiknað frá upphafi lyfjameðferðar.

Skammtar og lyfjagjöf:
Fullorðnir: Ráðlagður skammtur af orlístati er eitt 120 mg hylki, sem á að taka rétt fyrir, með eða allt að einni klst. eftir máltíð. Sé máltíð sleppt eða hún án fitu á að sleppa að taka lyfið inn.
Sjúklingurinn á að vera á fæði sem inniheldur öll nauðsynleg næringarefni, en aðeins færri hitaeiningar en hans daglega þörf segir til um og ætti um 30% hitaeininganna að vera úr fitu.
Mælt er með ríkulegri neyslu ávaxta og grænmetis.
Daglegri neyslu fitu, kolvetna og próteins skal dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins.
Ekki hefur verið sýnt fram á að orlístat skammtar stærri en 120 mg þrisvar á dag bæti árangur.
Áhrif orlístats leiða til aukningar á fitu í saur, strax 24-48 klukkustundum eftir inntöku. Þegar meðferð er hætt verður fituinnihald hægða yfirleitt aftur eins og það var fyrir meðferð, innan 48-72 klukkustunda.
Upplýsingar um öryggi og verkun eftir 2 ára notkun eru ekki fyrirliggjandi, því ætti meðferð með orlístati ekki að vara lengur en í 2 ár.
Sérstakir sjúklingahópar: Áhrif orlístats hjá sjúklingum með lifrar- og/eða nýrnabilun, börnum og öldruðum sjúklingum hafa ekki verið rannsökuð.
Börn: Orlístat er ekki ætlað til notkunar handa börnum.

Frábendingar: Langvinnt vanfrásogsheilkenni. Galliteppa. Brjóstagjöf. Þekkt ofnæmi fyrir orlístati eða einhverju af innihaldsefnum lyfsins.
Orlístat er ekki ráðlagt til notkunar á meðgöngu.

Sérstök varúð og varúðarreglur varðandi notkun: Í klínískum rannsóknum var minnkun líkamsþyngdar við orlístat meðferð minni hjá sjúklingum með fullorðinssykursýki heldur en hjá sjúklingum sem ekki voru með sykursýki. Þegar orlístat er tekið getur nákvæmt eftirlit með sykursýki lyfjameðferð verið nauðsynlegt.
Meðferð með orlístati getur hugsanlega truflað frásog fituleysanlegra vítamína (A, D, E, K). Flestir sjúklinganna, sem fengu meðferð með orlístati í allt að 2 ár í klínískum rannsóknum voru með A-, D-, E- og K-vítamín og betakarótíngildi sem voru innan eðlilegra marka. Til að tryggja fullnægjandi næringu á að ráðleggja sjúklingum á megrunarfæði að neyta fæðu sem inniheldur ávexti og grænmeti og íhuga skal neyslu fjölvítamína. Vítamín á að taka minnst 2 klst. eftir gjöf orlístats eða að kvöldi fyrir svefn.
Ráðleggja skal sjúklingum að halda sig við það mataræði sem mælt er með (sjá kafla um skammta). Hætta á meltingartruflunum (sjá kafla um aukaverkanir) getur aukist þegar orlístat er tekið með fituríkri fæðu (t.d. fæða með 2000 hitaeiningum á dag, þar sem > 30% hitaeininga úr fitu jafngildir > 67 g af fitu). Daglegri fituneyslu ætti að dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins.
Ef orlístat er tekið með einstakri fituríkri máltíð, geta líkur á meltingar-truflunum aukist.

Milliverkanir: Samtímis gjöf orlístats og fíbrata, akarbósa, biguaníða eða lyfja sem valda lystarleysi er ekki ráðlögð et rannsóknir á milliverkunum eru ekki fyrirliggjandi.
Þegar warfarín eða önnur segavarnarlyf eru gefin ásamt orlístati (stórir skammtar og langtíma meðferð) á að fylgjast með blóðstorkugildum.
Engar milliverkanir við digoxín, fenýtóín, getnaðarvarnartöflur, nifedipín. nifedipín forðalyf, eða alkóhól hafa komið fram.
Pravastatín: Ef orlístat er gefið sjúklingum sem taka pravastatín aukast (skammtaháð) aukaverkanir pravastatíns, þ.á.m. rákvöðvasundrun, vegna aukinnar blóðþéttni pravastatíns. Það getur þurft að breyta skammti pravastatíns.
Vítamín og betakarótín: Taka þarf tillit til minnkunar á frásogi D- og E-vítamíns og betakarótíns (sjá kafla um sérstök varúð og varnaðarorð varðandi notkun).

Meðganga og brjóstagjöf: Notkun orlístats á meðgöngu er ekki ráðlögð. Enn sem komið er eru ekki fullnægjandi upplýsingar fyrirliggjandi um töku orlístats hjá þunguðum konum til þess að meta hugsanleg áhrif orlístats á því að valda afbrigðileika í fóstri eða eituráhrifum.
Þar sem ekki er vitað hvort orlístat berst í brjóstamjólk á ekki að nota orlístat við brjóstagjöf.

Áhrif á akstur og stjórnun vélknúinna tækja: Ekkert hefur komið fram sem bent gæti til að lyfið hafi áhrif á hæfni til aksturs eða stjórnunar vélknúinna tækja.

Aukaverkanir: Aukaverkanir af völdum orlístats eru aðallega frá meltingar-vegi. Á fyrsta meðferðarári voru algengustu aukaverkanirnar fitublettir frá endaþarmi (27% sjúklinga), hægðavottur með vindgangi (24% sjúklinga), bráð þörf fyrir hægða-losun (22% sjúklinga), fitugar/seigfljótandi hægðir (20% sjúklinga), þunnfljótandi hægðir (12% sjúklinga), aukin hægða-losun (11% sjúklinga) og vangeta við stjórn á hægðum (8% sjúklinga).
Tíðni aukaverkana minnkaði með langtímanotkun orlístats.
Aðrar meðferðartengdar aukaverkanir sem komu fram við tíðni > 2% og með tíðni >1% yfir lyfleysu voru: Meltingarfæri: Kviðverkir/-óþægindi, vind-gangur, þunnfljótandi hægðir, linar hægðir, verkir/óþægindi í endaþarmi, tannkvillar og tannholdskvillar. *Öndunarfæri:* Sýkingar í efri öndunarfærum, sýkingar í neðri öndunarfærum. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur. *Kynfæri:* Tíðatruflanir. *Geð:* Kvíði. *Almennar:* Þreyta. *Þvagfæri:* Sýkingar í þvagrás.

Ofskömmtun: Ekki hefur verið greint frá ofskömmtun orlístats. Einstakir 800 mg skammtar og endurteknir skammtar allt að 400 mg þrisvar á dag í 15 daga hafa verið prófaðir bæði hjá fólki sem er innan eðlilegra þyngdarmarka og hjá offitusjúklingum, án marktækra aukaverkana. Auk þess hafa 240 mg skammtar þrisvar á dag verið gefnir offitusjúklingum í sex mánuði. Þigi umtalsverð ofskömmtun orlístats sér stað, er mælt með því að fylgst sé með sjúklingnum í sólarhring. Rannsóknir á dýrum og mönnum hafa bent til þess að öll áhrif á líkamann af völdum hömlunar á lípasa gangi hratt til baka.

Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 1.1. 2000:
Hylki 120 mg: 42 stk. (þynnupakkað): 5.213 kr.; 84 stk. (þynnupakkað): 9.259 kr.

Greiðslufyrirkomulag: Tryggingastofnun ríkisins tekur ekki þátt í greiðsu lyfsins nema sjúklingur hafi lyfjaskírteini. Elli- og örorkulífeyrisþegar með lyfjaskírteini greiða 1.100 krónur fyrir lyfið, en aðrir 3.800 krónur.

Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Heimilt er að ávísa lyfinu til 100 daga notkunar í senn.

Heimildir:
1) Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. Lancet 1998; 352: 167-73.
2) Hollander PA, Elbein SC, Hirsch IB, et al. Role of orlistat in the treatment of obese patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 1998; 21 (8): 1288-94.
3) WHO. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Conduitation on Obesity (Geneva, 3-5 June, 1997). Geneva: WHO.

Roche
Hoffmann - La Roche

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

Hlutverk landlæknisembættisins



Árni Björnsson skrifar tæpitungulaust

TILEFNI ÞESSARA HUGLEIÐINGA, sem hér fara á eftir, eru þrjú plögg sem bárust í hendur höfundi um síðustu mánaðamót, en þau eru Dagur frá 4. apríl með yfirlitsgrein um erindi landlæknis á ráðstefnu þar sem rætt var um heilsufar á næstu öld, grein úr tímaritinu *The Scientist* frá 3. apríl síðastliðnum en þar er rætt um svokallað Asilomar-ferli og loks dreifibréf sem þrír geðlæknar hafa sent 10 þúsund manna úrtaki landsmanna til rannsókna á kvíða.

Sú saga er sögð að eitt sinn hafi Jónas Jónsson frá Hriflu ásamt göngufélaga mætt Vilmundi Jónssyni landlækni. Þeir tóku virðulega ofan, að þeirra tíma sið, og héldu svo hvorir sína leið en sem þeir voru úr kallfæri sagði Jónas við göngufélagann, „öhö! nú mættum við mínum mestu mistökum". Vilmundur var skipaður landlæknir árið 1931 af Jónasi, sem þá var dómsmálaráðherra, en fór líka með heilbrigðismál. Talið var að hann hafi haft í hyggju að stjórna heilbrigðismálum landsins gegnum landlækni. Vilmundur reyndist lítt leiðitamur, hvorki stjórnmálamönnum né læknum, og mótaði þá stefnu að landlæknisembættið skyldi vera sjálfstætt, óháð stjórnvöldum og læknum en gæta hagsmuna sjúklinga. Þetta hlutverk hefur ekki breyst þó umhverfið sé annað.

En snúum okkur að plöggunum. Í fréttaskýringarþætti í Degi var ræða landlæknis á ráðstefnu um heilbrigðisstefnu og lækningar endursögð (vonandi rétt). Þar ræddi hann um heilsu og heilbrigðisþjónustu nú og á nýrri öld. Hann taldi réttilega, að gott heilsufar nú væri ekki nema að 10 hundraðshlutum læknisfræðinni að þakka. Hina 90 hundraðshlutana mætti rekja til bættra lífskjara og lifnaðarhátta. Síðan fór hann vítt yfir sviðið, ræddi hættu á nýjum sjúkdómum, minnist á nýja tækni í skurðlækningum og erfðavísindum og hvatti til varúðar um væntingar um útrýmingu sjúkdóma með slíkri tækni nema hugsanlega í lítt fyrirsjáanlegri framtíð. Að hætti embættislækna lagði hann áherslu á forvarnir en varaði við vaxandi gengi skottulækninga, sem hann af kurteisi embættismannsins kallar hjálækningar. (Vilmundur þekkti ekki það orð.) Í lokin benti hann mönnum á að forðast að sýra lífið með þráhyggju um heilsuna. Þarflegt og fróðlegt erindi, sem þó fjallaði eingöngu um stöðu heilbrigðismála á Vesturlöndum en samkvæmt kenningunni um 10 hundraðshlutana ætti að vera hægt að leysa 90 hundraðshluta af heilbrigðisvandamálum þeirra íbúa jarðarinnar, sem engan kost eiga á tæknilækningum, með því að færa lífskjör þeirra í átt að því sem við nú búum við.

Í greininni í The Scientist eftir George N. Davatelis, sem heitir *The Asilomar Process: Is it valid?* er rætt um breytingar sem orðið hafa á viðhorfi almennings í Bandaríkjunum til vísinda á þeim 25 árum sem liðin eru frá fyrstu Asilomar-ráðstefnunni. Í þann tíð bar almenningur svolítið óttablandna virðingu fyrir vísindunum en á þessu tímabili hefur viðhorfið breyst í tortryggni. Hvernig stendur á því? Höfundur telur upp í fyrsta lagi hástemmd loforð vísindamanna sem skapað hafa óeðlilegar væntingar um lausn á margvíslegum vandamálum, svo sem lækningu á krabbameini, ennfremur loforð um genalækningar, ódýra orku, og svo framvegis, loforð sem ekki hefur tekist að efna. Í öðru lagi mistök vísindamanna sem birst hafa í til dæmis thalidomide harmleiknum, kúariðunni, Challenger sprengingunni og loks dauða piltsins Jesse Gelinger af völdum tilraunar til genalækninga. Svo eru það fjölmiðlarnir sem hættir til að misskilja og ýkja árangur og afleiðingar af vísindarannsóknum en þar eiga óprúttnir vísindamenn hlut að máli í von um frægð og fjarhagslegan ábata.

En hvað er The Asilomar Process, eða Asilomarferlið? Það er í stuttu máli samkoma vísindamanna, sem hittust fyrst árið 1975 í Asilomar Conference Grounds in Pacific Grove í Kaliforníu og aftur á sama stað í mars á þessu ári. Á þessum samkomum ræða vísindamennirnir um það hvort samræður milli þeirra um vísindarannsóknir í nútíð og framtíð, tengsl þeirra við hina ýmsu þætti þjóðfélagsins, svo og hættur sem af þeim kunni að stafa séu þess virði að þeim sé haldið áfram. Höfundur telur að þær eigi að halda áfram en leggur til að almenningur og jafnvel hagsmunaaðilar komi að umræðunni. Tilgangurinn með því sé að skapa samræðugrundvöll milli vísindamannanna og almennings til að auka skilning og endurheimta glatað traust. Vandamálin framundan, sem snerta alla, séu mörg og nefnir hann klónun manna, líffæraflutning milli dýrategunda, erfðabreytta fæðu, genalækningar, einkaleyfi og eignarrétt á uppgötvunum og svo framvegis.

En hvert er álit Íslendinga á vísindum og vísindamönnum? Meðal almennings virðist það ekki vera fjarri því sem var í Bandaríkjunum fyrir 15-20 árum, það er að segja svolítið óttablandin lotning. Flestir virðast lifa í þeirri trú að með vísindum megi leysa flest vandamál, sérlega þau er varða sjúkdóma, og hafa því verið reiðubúnir til að afhenda gögn og lífsýni, sín og ættingja sinna, lifandi og látinna, til að hjálpa vísindamönnunum, til að bæta eigin heilsu og um leið alls mannkyns.

Og þá er komið að þriðja plagginu sem er dreifibréfið. Því fylgja 18 spurningar um kvíða. Dæmi:

Orlofsnefnd læknafélaganna festir kaup á nýju húsi

■ Í bæklingi orlofsnefndar læknafélaganna, sem fylgdi marshefti Læknablaðsins, gat formaður LÍ Sigurbjörn Sveinsson þess í stuttu spjalli að hugsanlega yrðu einhverjar meiri breytingar á orlofshúsnæði sem félagsmönnum LÍ stendur til boða, heldur ákvarðanir höfðu verið teknar um í vetur. Nú er það þegar komið á daginn.

Orlofsnefnd læknafélaganna hefur fest kaup á nýju húsi í landi Vaðness í Grímsnesinu, en sem kunnugt er tók nefndin á leigu eitt hús nú í vor á sama stað, til heilsársnotkunar.

Húsið sem keypt var stendur við Birkibraut nr. 6. Það var byggt á síðastliðnu hausti þannig að viðarilmur er ferskur og fá spor sem enn hafa verið stigin innandyra. Húsið er að öllu leyti sambærilegt við það sem þegar hafði verið leigt, þannig að allar upplýsingar í bæklingi orlofsnefndar um húsið að Kjarrbraut 2 gilda fyrir nýja húsið að Birkibraut 6.

Húsinu hefur verið úthlutað til orlofsgesta nú í sumar og var það gert á grundvelli þeirra umsókna sem bárust um dvöl í orlofshúsnæði læknafélaganna fyrir sumarið.

Hér er vissulega um ánægjulega viðbót að ræða á þeim möguleikum sem orlofsnefnd læknafélaganna býður félagsmönnum LÍ upp á til hvíldar og afþreyingar og vonandi að sem flestir fái notið.

-bþ-



Bústaður Félags leikskólakennara, sem einnig stendur í landi Vaðness, er sömu gerðar og bústaðirnir sem orlofsnefnd hefur keypt og leigt. Eins og sjá má á myndinni er mjög stór verönd við húsið og inni í horninu leynist heitur pottur, sem mörgum þykir nauðsynlegur punktur yfir afslöppunariið. Ljósm.: Gerður Guðmundsdóttir.

spurning nr. 9: „Hefur þú einhvern tíma verið með óþægilegar hugsanir sem koma endurtekið upp í huga þinn þótt þú reynir að bægja þeim frá?“ Spurningarnar eru flestar í svipuðum dúr eða um einhver fyrirbæri, sem nær óhjákvæmilegt er að allir hafi upplifað einhvern tímann, nema vera bilaðir á geði eða hafa verið á geðdeyfðarlyfjum frá fæðingu. Í sjálfu bréfinu, sem skreytt er flóknum frösum um verndun persónuupplýsinga og dulkóðun, eru þeir sem lenda í sérstöku kvíðaúrvali beðnir um að leita eftir þátttöku ættingja sem haldnir eru kvíða (hver dæmir það?), svo og að biðja tvo nána ættingja að gefa blóð í rannsóknina og svara stuttum spurningalista. Þess er getið að „vísindarannsókn“ þessi hafi verið samþykkt af tölvunefnd og vísindasiðanefnd. Hvaða kröfur gera þessar nefndir? Alla vega ekki að vísindarannsóknir á mönnum þurfi að hafa skýr markmið. Ef sömu eða aðrir aðilar úr sama sauðahúsi ákveða að hefja samskonar „vísindarannsóknir“, til dæmis á vergirnigenum, ágirndargenum, lofthræðslugenum, listinn er ótæmandi, mun þeim innan fárra ára hafa tekist að ná lífsýnum úr meginþorra Íslendinga til að hækka gengi hlutabréfa í deCode, ef þeim tekst ekki áður að snúa trausti almennings á vísindi í vantraust eins og annars staðar á Vesturlöndum, því enginn mun lifa það að sjá árangur af „vísindarannsóknunum“.

En nú kemur að landlækni. Þegar bæði vísindasiðanefnd og tölvunefnd eru orðnar háðar hinu pólitíska valdi í landinu stendur landlæknisembættið eitt til varnar almenningi gagnvart mönnum sem í nafni vísinda leita eftir þátttöku í vafasömum rannsóknum í þágu innlendra og erlendra fjárfesta. Nýi landlæknirinn virðist enn vera svolítið óskrifað blað og ekki hafa áttað sig á því að hann er einn æðsti ef ekki æðsti embættismaður landsins. Hann hefur þó lýst yfir að embættið muni starfa fyrir opnum tjöldum og er ekki ástæða til að rengja það að óreyndu. En eins og málum er nú háttað í landinu væri vel ef hann leiddi hugann að Vilmundi Jónssyni forvera sínum, og stefndi að því að verða *stærstu mistök núverandi heilbrigðisráðherra.*

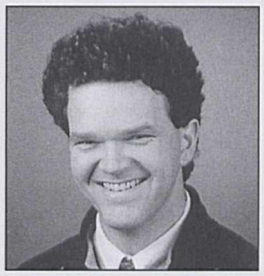
Heimildir

Heiður Helgadóttir. Bara 10% kerfinu að þakka. Dagur 4. apríl 2000.

George N. Davatelis. The Asilomar Process: is it valid? The Scientist 2000; April 3rd.

Ódagsett dreifibréf til 10 þúsund Íslendinga frá Högna Óskarssyni, Halldóri Kolbeinssyni og Jóni G. Stefánssyni.

Sögur af læknastofunni



Bjarni Jónasson skrifar

Sendið efni í anda læknaskops í **Broshornið**, Læknablaðinu, Hlíðasmára 8, 200 Kópavogi eða í bréfsíma 564 4106 eða á netfang: *bjarni.jonasson@gb.hgst.is* Getið þess hver sendir, en það sem birtist verður undir dulnefni. Læknablaðið áskilur sér rétt til að lagfæra texta.

Höfundur er heilsugæslulæknir í Garðabæ og stjórnarmaður í Nordisk Selskap for Medisinsk Humor.

Ólæknandi kvef

Kona á miðjum aldri kom til læknis, þrælstífluð af kvefi og með óstöðvandi hósta. Læknirinn skrifaði upp á hóstamixtúru handa konunni, en það breytti engu. Konan leitaði aftur til læknisins og fékk nú hjá honum töflur, sem gerðu ekki neitt gagn heldur. Enn kom konan og í þetta skipti ráðlagði læknirinn henni að fara heim í heitt bað. Að því loknu ætti hún að opna dyr og glugga, standa svo í dragsúgnum og vera helst nakin.

„Ertu eitthvað verri," sagði konan, „þú veist að þá fæ ég lungnabólgu."

„Allt í lagi," sagði læknirinn „ég veit að ég get læknað þig af lungnabólgu."

Neftóbak

Maður um fimmtugt gekk inn til læknisins, settist á skoðunarbekkinn og tók upp sígarettupakka. Þegar læknirinn kom til að ræða við manninn tók hann sígarettu úr pakkanum, reif bréfið utan af henni og tók að troða tóbakinu upp í nösina á sér.

„Ég sé að þú þarft svo sannarlega á hjálp minni að halda," sagði læknirinn.

„Þú segir nokkuð," sagði maðurinn. „ Áttu eld?"

Heilsuheilræði

Talandi um tóbak, þá er við hæfi að birta heilsuheilræði nýliðins febrúarmánaðar eftir Pétur Pétursson, mNSMH, yfirlækni og heilsuhvata, Heilsugæslustöðinni á Akureyri, með leyfi höfundar:

Hver, sem tóbaksruddann reykir,
reynir frelsissviptingu.
Hann æðar skemmir, krabba kveikir
og kæfir holdsins lyftingu.

Eyrnaverkur

Kona kom til læknis og kvartaði um verk í eyra. Þegar læknirinn fór að skoða konuna sá hann bandspotta ganga út úr eyranu. Læknirinn byrjaði að toga í spottann. Hann togaði og togaði og brátt var kominn heill bandhnykill úr eyranu. Loks þurfti læknirinn að toga aðeins fastar og þá kom stór blómvöndur út úr eyranu.

„Guð minn góður," hrópaði læknirinn upp yfir sig „hvaðan kom þessi eiginlega?"

„Hvernig ætti ég að vita það?" sagði konan. „Viltu ekki bara lesa hvað stendur á kortinu?"

Betur sjá augu

„Læknir, ég sé ennþá deplana fyrir augunum."

„Batnaði þér þá ekkert við aðgerðina á hornhimnunni?"

„Jú, jú, heilmikið. Ég sé deplana miklu betur núna."

Kröfur nútímans

Landsbyggðarlæknir á Norðurlandi var vakinn um miðja nótt. Í símanum var maður, sem krafðist þess að vita hvað það kostaði að fá lækninn í vitjun.

„Sextánhundruð krónur," sagði læknirinn og barðist við það að halda sér vakandi.

„Ja hérna," sagði maðurinn. „En hvað kostar þá fyrir mig að koma til þín á stofu?"

„Ellefuhundruð krónur."

„Allt í lagi," sagði maðurinn „ég kem þá til þín á stofuna eftir 15 mínútur."

Lauslegt endurmat

Eiríkur kom í læknisskoðun og læknirinn sá ástæðu til þess að láta taka af honum röntgenmyndir. Þegar Eiríkur kom í viðtal stuttu seinna tjáði læknirinn honum að hann þyrfti að fara í rándýra aðgerð og að henni lokinni í langt veikindafrí, sennilega um eitt ár.

„Ég hef nú ekkert efni á því," sagði Eiríkur heldur stúrinn. „Ég get að minnsta kosti ekki verið í burtu frá vinnu í heilt ár. Er alls ekkert annað til ráða?"

„Látum okkur sjá," sagði læknirinn. „Ég gæti svo sem látið kíkja aftur á myndirnar."

Ring-ring

Sjúklingur af eldri kynslóðinni hafði gengið til háls-, nef- og eyrnalæknis í mörg ár til að losna við hringjandi hávaða í eyrunum. Dag nokkurn kom hann til læknisins og sagði:

„Ég hef góðar og slæmar fréttir að færa þér."

„Lofðu mér að heyra góðu fréttirnar fyrst," sagði læknirinn.

„Ég heyri ekki hringingarnar lengur."

„En stórkostlegt," sagði læknirinn. „En slæmu fréttirnar?"

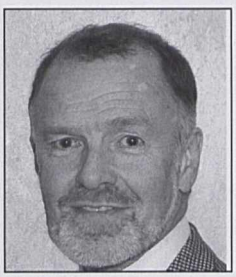
„Nú heyrist mér alltaf vera á tali."

Að lokum

Kollegar, sendið efni í Broshornið.

Möguleikarnir eru umtalsverðir á því að það verði birt.

Ascending



Jóhann Heiðar Jóhannsson
Netfang:
johannhj@rsp.is

Kristín Ólafsdóttir, læknir, hefur ekki verið í neinum vafa um það hvort heitið væri rétt að nota. Í bók sinni, Heilsufræði handa húsmæðrum, Reykjavík 1943, segir hún meðal annars í kafla sem ber heitið **Meðferð ungbarna**:

„Ungbörn eiga að nærast á brjóstamjólk. Hún ein er eðlileg fæða handa þeim."

„Herbergi ungbarna eiga að vera björt og loftgóð."

„Ungbörn eiga að sofa ein í rúmi, eins og áður er sagt."

„Ungbörn á að þvo og lauga daglega og skipta á þeim fötum."

„Ungbörn þurfa mikinn svefn og eiga að fá að sofa, eins mikið og þau geta."

„Ungbörn eiga að vera á brjósti, ekki skemur en þar til þau eru sex mánaða, og ekki lengur en níu mánuði."

Að auki nefnir hún ófullburða börn, nýfædd börn, brjóstabörn og pelabörn.

HILDUR HARÐARDÓTTIR, KVENSJÚKDÓMALÆKNIR, sendi tölvupóst og sagðist vera að leita að íslensku samheiti á sýkingum sem berast til fósturs frá fæðingarvegi móður. Sýkingarmátinn er á ensku nefndur *„ascending"*, og byggist sú nafngift á því að sýklarnir eru taldir berast upp úr leggöngum eða leghálsi og brjóta sér leið gegnum belgi til fósturs í legi.

Ensk-íslensk orðabók Arnar og Örlygs greinir frá því að enska sögnin **to ascend** merki: *1. rísa, stíga upp, hækka. 2. klífa, fara upp (e-ð), stíga upp eftir (e-u), ganga á (fjall)*. Íðorðasafn lækna birtir enska lýsingarorðið **ascending**, *hækkandi, rísandi*, og það latneska **ascendens**, *hækkandi, ris-*. Ekkert af þessu hugnaðist Hildi til að íslenska hið samsetta heiti **ascending infection**. Hjá undirrituðum varð ekki nein stórkostleg hugljómun og leitað er til lesenda um aðstoð. Fyrstu tillögur eru þessar: **uppgengin sýking, uppkomin sýking, uppstigin sýking** eða **upprásarsýking**.

Mesenchyma

Tvær fyrirspurnir hafa borist varðandi íslenskt heiti á því fyrirbæri sem á ensku nefnist **mesenchyme** og á latínu **mesenchyma**. Í Íðorðasafni lækna, LM-heftinu frá 1988, er vefurinn nefndur **fósturbandvefur**, en í Fósturfræðiheitunum frá 1995 var tekið upp heitið **bandvefskím**. Önnur fyrirspurnin er vegna heitis á sérkennilegu og sjaldgæfu æxli, sem á ensku nefnist **mesenchymal hamartoma**, en hin vegna heitis á þeim stofnfrumum blóðmyndunar sem á ensku nefnast **mesenchymal stem cells**.

Örlítil fósturfræði

Fyrst eftir að *fósturvísisdiskurinn*, **discus embryonicus**, myndast er hann tvílaga. Lögin tvö eru *fósturvísisútlag*, **ectoderma embryonicum**, sem myndar meðal annars húðþekjuna, og *fósturvísisinnlag*, **endoderma embryonicum**, sem myndar meðal annars slímhúðarþekju loftvega, meltingarvegar og þvagfæra. Milli laganna tveggja birtist svo *fósturvísismiðlagið*, **mesoderma**, en úr því verða síðar til brjósk, bein, vöðvar, æðar, bandvefur og blóðmyndandi vefur. Frumurnar í miðlaginu mynda mjög snemma fyrrnefndan, lausgerðan fósturbandvef, **mesenchyma**, sem fengið hefur íslenska heitið *bandvefskím*. Læknisfræðiorðabækur lýsa mesenchyma þannig að um sé að ræða *frumstæðan fósturbandvef sem síðar þróist í ýmsa stoðvefi*. Vefurinn er gerður úr lítið þroskuðum (frumstæðum) bandvefsfrumum, sem gjarnan eru stjörnulaga, og úr hlaupkenndu millifrumuefni og bandvefstrefjum.

Örlítil orðfræði

Latneska heitið **mesenchyma** er reyndar grískt að uppruna, myndað úr forskeytinu **mes-**, sem táknar *mið-, miðju-* eða *milli-*, og samsetta nafnorðinu **enkyma**, sem táknar *seyði, áhelling* eða *innrennslisvökvi*. Gríska forskeytið **en-** táknar *í, inni í* eða *inn í* og **chymos** er vökvi. Segja má því að enkyma sé innvökvi, vökvinn inni í vefnum.

Heitið **hamartoma** er einnig af grískum uppruna, myndað úr nafnorðinu **hamartia** sem merkir *villa, mistök* eða *bilun*, jafnvel *líkamsgalli*, og viðskeytinu **-oma**, sem nú merkir *æxli*, en er sagt upphaflega hafa verið notað um ýmsar sjúklegar fyrirferðir, bæði bólgur og æxli. Íðorðasafn lækna þýðir **hamartia** með *vaxtarvilla* og **hamartoma** með íslenska heitinu *vaxtarvilluæxli*.

Enska heitið **stem cell** hefur fengið hina ágætu íslensku þýðingu **stofnfruma**. Tæpast er hægt að gera betur. Til skilgreiningar á stem cell segir læknisfræðiorðabók Stedmans: *1. sérhver forfruma; 2. fruma sem getur af sér dótturfrumur sem þróast í aðrar frumutegundir.*

Tillögur

Í bili er um fátt annað að ræða en **bandvefskímsstofnfrumur** sem heiti á mesenchymal stem cells og **bandvefskímsvaxtarvilluæxli** sem heiti á mesenchymal hamartoma. Heitin eru vissulega óþægilega löng, en þeim má einnig skipta og tala þá um **vaxtarvilluæxli bandvefskíms** og **stofnfrumur bandvefskíms**, eins og við á.

Ungbarn

Á lúnum miða í sloppvasa fundust orðin **ungbarn** og **ungabarn**. Viðmælandi einn hafði tjáð undirrituðum þá skoðun sína að **ungbarn** væri rétta heitið þegar vísað væri til barna á fyrsta ári. Orðið ungabarn væri hins vegar rangt myndað. Undirritaður tók undir þessa skoðun og hafði þá Íðorðasafnið sér til halds og trausts. Enska nafnorðið **infant** (á latínu infans) er þar eingöngu þýtt sem ungbarn. Undrunin var hins vegar mikil þegar í ljós kom að Íslensk orðabók Máls og menningar birtir bæði orðin og það á þann hátt að þau virðast jafngild. Þá var brugðið á það ráð að fletta upp í Samheitaorðabókinni – og viti menn! – bæði orðin fundust þar og voru útskýrð á sama hátt: *óviti sbr. hvítvoðungur*.

Hvítvoðungur reyndist svo eiga fjölda samheita: *barn, ómálga barn, blautabarn, blautbarn, brjóstmylkingur, kjöltubarn, kornabarn, kornbarn, pelabarn, reifabarn, reifastrangi, smábarn, ungabarn, ungbarn, vöggubarn, vöggur.*

Pissirýjur og barnamold



Hallgerður Gísladóttir skrifar

Í BERNSKU MINNI VAR MAMMA SÍ OG Æ að segja stuttar skemmtisögur um fólk sem hún þekkti í uppvexti sínum. Ein var um Bínu frænku, skrítna skrúfu, sem var eitthvað uppsigað við húsmóðurina þar sem hún dvaldi og svo komu heldri gestir. Bína gekk á undan í bæinn með háværri ræðu svohljóðandi: „Það er lagið á því, óbreitt yfir öll rúm nema rúmið mitt, óhellt úr öllum koppum nema koppnum mínum og pissirýjurnar hangandi upp um alla baðstofu."

Ég velti mikið fyrir mér þessum pissirýjum sem héngu upp um alla litlu baðstofuna í Skálateigi og áttaði mig ekki á því fyrr en seinna að þetta voru barnableiur. Þær hétu semsé oftast pissirýjur eða pissituskur í gamla daga og sumir kölluðu þær leppa. Ég heyrði ekki talað um bleiur fyrr en ég var orðin fullorðin sagði eyfirsk heimildarkona fædd 1911.

Orðið bleia mun vera komið úr dönsku, og elsta dæmið um það í ritmálssafni orðabókar Háskóla Íslands er úr ritinu *Barnfóstran. Fyrirsögn handa alþýðu um rjetta meðferð á ungbörnum eptir J. Jónassen*, sem hér kom út árið 1888.

Árið 1963 sendi þjóðháttadeild spurningaskrá til aldraðra um fæðingar og ungbarnaumönnun. Eitthundrað tuttugu og eitt svar barst og hætt er við að 2000 ungbarnamæðurnar myndu blána í framan við að heyra um ýmislegt sem aldamótakonurnar þáverandi brúkuðu.

Kona úr V-Skaftafellssýslu, fædd nokkru fyrir aldamótin 1900 sem kallaði bleiur „barnsleppa" sagði eftirfarandi um rúm ungbarna:

„Neðst í vöggunni var segltuska, boldang. Þar ofan á var gott hey. Ofan á því var strigi, og ofan á honum vaðmálsstykki eða lök, og fyrir bleiur voru notaðar tuskur úr einhverjum efnum, t.d. sængurverum eða gömlum fötum. Þær voru kallaðar barnsleppar. Segllleppurinn var kallaður bos. Á hann var látin heit aska. Mamma mín skipti oft á öskunni, en heyinu sjaldnar, líklega mánaðarlega. Guðsorðabók var lögð í vögguna, svo ekki yrði skipt um barnið."

Það var einmitt algengt að bleiur, barnsdulur, barnsleppar eða pissirýjur væru úr einhverju aflóga taui, sængurfötum eða nærfatnaði. Gömul millipils þóttu sérstaklega hentug enda notuð föt mýkri og þjálli. Þetta var fyrir daga bleiugassins sem nú hefur vikið fyrir pappírsbleium, en í millitíð voru bleiur oftast úr flóneli eða „loðtaui" eins og einn heimildarmanna nefndi það. Þær voru brotnar í þríhyrnu sem barnið var lagt á, eitt hornið brotið upp á milli fótanna, hin tvö ýmist vafin um lærin efst eða utan um rassinn.

Þvottur og hirðing á bleium var mikið bras fyrir daga þvottavéla, þar sem stutt var á milli ungbarnanna og kannske gaf ekki þurrk dögum og jafnvel vikum saman. Reynt var að þurrka bleiur á grindum yfir hlóðunum og mér er minnisstæð saga úr gögnum þjóðháttadeildar um konu sem herti á bleiuþurrkuninni þegar í nauðir rak með því að vefja bleiu um sig innanklæða og sitja með prjónana sína á hlóðarsteini að næturlagi.

Sjálf man ég eftir löngum stundum niðri við ána heima árið 1959 við að skola gasbleiur af tveimur yngstu systrum mínum, en árið var á milli þeirra. Þær prýddu síðan girðingarnar meðfram ánni á löngu bili í þurrkum.

Á þeim dögum notuðu allar ungbarnamæður naflabindi. Það var nálægt 10 sm breiður og 70-80 sm langur renningur úr „loðtaui" sem var vafið utan um barnið um naflann og fest með bendli. Þetta var haft á börnunum þangað til naflinn var gróinn. Talað var um að börn gætu grátið út á sér naflann, ef þau grétu mikið enda var hann vel passaður.

Þegar barn var reifað var fyrst fótafeiti borin í kringum naflann, svo var vel soðin léreftsræma eða bómull látin undir naflastrenginn og síðan naflabindið, sagði heimildarkona af Vestfjörðum.

„Ég man þegar ég var pínulítil, að ég sá konu búa um nafla á nýfæddu barni. Hún setti smápjötlu með gati í miðjunni yfir naflann, skóf þar í lítinn hvítasykur og vafði naflabindinu yfir," sagði önnur. Fótafeiti sem var feiti af sviðalöppum og sykurskaf á eymsli hafa víst komið áður við sögu í pistlum mínum.

Börn voru oft þvegin með fjörusvampi sem hirtur var og hreinsaður í þeim tilgangi og gjarnan kallaður njarðarvöttur eða sjávarfroða. Þau voru yfirleitt signd þegar skipt var á þeim. Höndin var látin nema við andlit og brjóst, og sagt: Ég signi þig í nafni Guðs föður, sonar og heilags anda – þennan dag, ef það var um morgun, en ef það var signt að kvöldi, þá var sagt, þessa nótt og alla tíma. Eða að sagt var um leið og maður bar hendina að enni barnsins: Í nafni Guðs, föður, svo færði maður hendina á brjóstið og bætti við sonar, síðan var hendin lögð á sitt hvora kinn þess og bætt við, anda heilags. Sumir luku þessu með því að segja: Góðir englar verndi þig. Ungbörn virðast hafa verið signd og blessað yfir þau við öll möguleg og ómöguleg tækifæri. Að sögn aldamótakonu úr Arnarfirði var þar gamall siður að ljósmóðirin stryki blóðið fram af ljósmóðurskærunum með þumli og vísifingri hægri handar, þegar hún var búin að klippa sundur lækinn og binda fyrir naflastrenginn, og setti blóðkross á enni og brjóst á barninu.

En hvað var notað á ungbörn til varnar því að húðin roðnaði og veiktist áður en til þess gert barnatalkúm fór að fást í apótekum? Hveiti eða kartöflu-

Höfundur er sagnfræðingur og starfar á Þjóðminjasafninu.

mjöl sögðu margir. Kartöflumjöl þótti þurrka betur en hveiti. Enn eldri eru barnamold, barnaaska og fleira af því tagi. Nefnt var að gamlar konur hefðu lumað á grasasmyrslum sem mátti nota í þessu skyni. Alabastursteinn og krít voru keypt í verslunum og skafin niður til þessara nota.

„Fyrir löngu sagði mér gamall maður, sem nú er látinn, að hann hefði séð móður skipta á barni sínu, og hún hefði kuskað á það úr þurrum torfusnepli," sagði kona úr Rangárvallasýslu, fædd 1907. Eyfirsk heimildakona segir:

„Ég heyrði stundum minnst á að það hefði verið notuð barnamold, en vissi aldrei hvað það var. Ég hringdi í frænku mína rúmlega áttræða, en hún var ljósmóðir og spurði hana um þetta. Hún sagði, að þetta mundi hafa verið fínt ryk, sem safnað hefði verið í eldhúsbitum. Þá hef ég heyrt að notaður hafi verið kerlingareldur. Svo veit ég að notuð var aska af skraufþurrum og veðruðum hrossataðskögglum. Krakkar voru látin safna þessu út um hagann á sumrin, þegar þurrt var. En askan varð snjóhvít, sallafín og dúnmjúk, og mátti varla anda á hana, svo hún ryki ekki upp í loftið. Svo eftir að kartöflumjöl fór að flytjast inn, var það held ég nokkuð almennt notað þangað til barnapúður og talkum fór að fást."

Menn eru ekki alveg sammála um hvað orðið barnamold þýddi, en fleiri nefna að ryk af eldhúsbitum og kerlingareldur (fýsisveppur) hafi verið nýtt í þessu skyni. Kona frá Norð-Austurlandi telur að barnamoldin hafi verið sérstök tegund af eldfjallaösku, þetta var kísilduft sem víða er til í mold segir annar og kona af Ströndum segir:

„Barnamold var gráleitur leir, myndaður af kísilskeljum örsmárra þörunga. Leirinn, sem finnst víða í tjarnarstæðum var tekinn og þurrkaður á pönnu yfir eldi; varð hann þá hvítgulur og afar fínn og mjúkur. Þessi aska var svo geymd á þurrum stað og notuð til þess að bera á börn. Hér var þetta duft almennt notað fram yfir aldamót."

Enn ein telur að barnamold hafi verið græðandi jurtir sem voru þurrkaðar og svo muldar í duft. Þingeyingur fæddur 1880 segir:

„Lengi vel var brúkuð barnamold sem kölluð var ... Hér fyrrum var víða tekinn mór til eldsneytis. Þá komu upp úr ruðningi leirrendur, gamalt öskufall. Þegar það þornaði varð það hvítt og kallaðist barnamold." Hann segir að barnamoldin hafi reynst mun betur en hveiti og skafin krít, sem einnig var notuð og margir nefna hér til sögu.

Fleiri nefna ljós lög í jörð og leir. Þá er sagt að fátækasta fólkið hafi notað móösku. Jarðfræðingar skilgreindu snemma orðið barnamold sem kísilgúr (skeljar kísilþörunga) í jarðvegi og vísast hefur það verið algengasta jarðefnið sem menn notuðu til húðverndar á ungbörn. Orðið virðist þó, eins og oft verður, að einhverju leyti hafa verið haft um efni af ýmsu tagi til að bera á börn, rétt eins og orðið barnapúður var seinna notað um slíkt duft af ýmsum tegundum.

Hefur þú kynnt þér Lífeyrissjóð lækna?



Brynja M. Kjærnested, lífeyrisráðgjafi VÍB

„Lífeyrissjóður lækna tryggir lífeyrisgreiðslur til æviloka..."

- Heildareignir sjóðsins voru 11,4 milljarðar króna í ársbyrjun 2000.
- 10,4% nafnávöxtun á ári að jafnaði árin 1995-1999.
- Ávöxtun umfram 3,5% eykur réttindi.
- Góð makalífeyrisréttindi.
- Örorkutrygging við starfsorkumissi.
- Hagstæð lán til sjóðfélaga.
- Sjóðfélagar fá reglulega send ítarleg yfirlit.
- Daglegar upplýsingar um innborganir og áunnin stig á vefnum.

„...og hjá ALVÍB getur þú greitt viðbótariðgjald og valið þá ávöxtunarleið sem þér hentar."

- Stjórn Lífeyrissjóðs lækna mælir með því að læknar greiði viðbótariðgjöld í ALVÍB (séreignarsjóður í vörslu VÍB), sé læknir ekki aðili að slíkum sjóði.
- Læknar eiga fulltrúa í stjórn ALVÍB.
- Iðgjöld sjóðfélaga eru færð á sérreikning þeirra auk vaxta og verðbóta á ári hverju.

Verið velkomin!

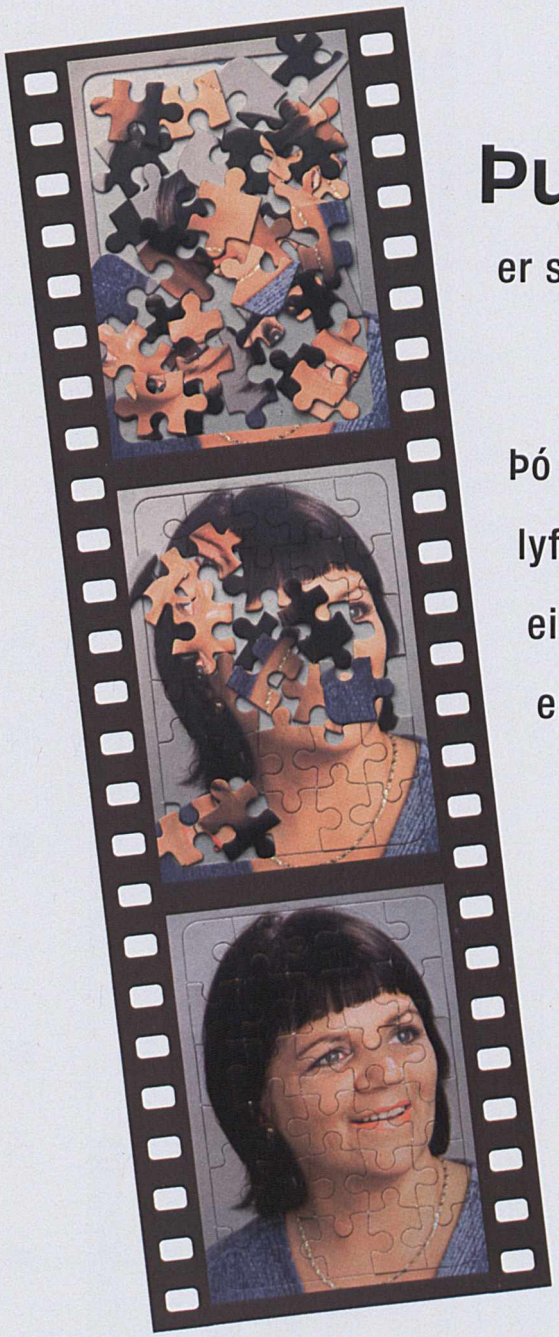
LÍFEYRISSJÓÐUR LÆKNA
Kirkjusandur 155 Reykjavík
Sími: 560 8970. Myndsendir: 560 8910

Kirkjusandur, 155 Reykjavík. Sími: 560 8970. Myndsendir: 560 8910.
REKSTRARAÐILI: Verðbréfamarkaður Íslandsbanka hf. • Kirkjusandur, 155 Reykjavík.
Sími: 560 8900. Myndsendir: 560 8910. Netfang: vib@vib.is. Veffang: www.vib.is.

FORÐAHYLKI; N 06 A A 22R Hvert forðahylki inniheldur: Venlafaxinum INN, klóríð, samsvarandi Venlafaxinum INN 75 mg eða 150 mg. Ábendingar: Þunglyndi (major depression), þar með talið bæði djúpt og alvarlegt innlægt þunglyndi (melancholia) og kvíðatengt þunglyndi. Skammtar: Efexor Depot ætti að taka með mat. Hylkin skal gleypa heil. Efexor Depot ætti að gefa einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. Þegar þess er þörf er unnt að auka skammtinn upp í 150 mg á dag að u.þ.b. hálfum mánuði liðnum. Hámarksskammtur er 225 mg einu sinni á dag. Þegar æskilegur árangur hefur náðst ætti að minnka skammtinn smám saman niður í minnsta viðhaldsskammt miðað við svörun og þol sjúklings (yfirleitt 75-150 mg/dag). Hjá öldruðum og sjúklingum með hjarta- og æðasjúkdóma/háþrýsting ætti að auka skammtinn með varúð. Við meðferð sjúklinga með skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi er mælt með minni skömmtum. Ef kreatínínklerans er minni en 30 ml/mín. eða við meðal alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi ætti að minnka skammtinn um 50%. Ef um alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða kann að reynast nauðsynlegt að minnka skammtinn enn meira. Í slíkum tilvikum kann að vera nauðsynlegt að gefa Efexor töflur. Meðferð ætti að halda áfram í a.m.k. þrjá mánuði (yfirleitt í sex mánuði) eftir að bata er náð. Þegar ætlunin er að hætta meðferð með Efexor Depot ætti að minnka skammt sjúklings smám saman í eina viku að viðhafðri aðgát vegna hættu á bakslagi. Haft skal samband við sérfræðing ef enginn bati hefur náðst eftir eins mánaðar meðferð. Frábendingar: Brátt hjartatdrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og ómeðhöndlaður háþrýstingur. Samtímis meðferð með mónóamínoxíðasahemlum. Varnaðarorð og varúðarreglur: Aldraðir (>65 ára). Sjúklingar með þekktan sjúkdóm í hjarta-æðakerfi eða heilaæðum, þ.m.t. meðhöndlaður háþrýstingur. Skert nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Vanmeðhöndluð flogaveiki, lækkaður krampaþröskuldur. Þegar skipt er frá mónóamínoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt. er meðferð frá venlafaxíni til mónóamínoxíðasahemils er mælt með 7 daga meðferðarhléi. Gera verður ráð fyrir hættu á sjálfsvígi hjá öllum sjúklingum sem haldnir eru geðlægð. Hætta á sjálfsvígi fylgir geðlægð og kann að vera fyrir hendi þar til verulegur bati hefur náðst. Venlafaxín kann hjá sumum sjúklingum að valda hækkuðum blóðþrýstingi (hlèþrýstingur hækkar um 10-30 mmHg). Mælt er með því að fylgst sé með blóðþrýstingi við hverja heimsókn sjúklings. Hjá öldruðum og sjúklingum með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm ætti að fylgjast með blóðþrýstingi á hálfsmánaðar fresti í 4-6 vikur og eftir það við hverja heimsókn til viðkomandi læknis. Sjúklinga í langtímameðferð ætti að fræða um mikilvægi góðrar tannhirðu vegna þess að þurrkur í munni kann að valda aukinni hættu á tannskemmdum. Ekki hefur fengist reynsla af meðferð sjúklinga með geðklofa. Áhrif venlafaxíns á tvískauta geðlægð (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til ofæsisfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfja meðan á meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðlægðarlyfjum, m.a. serótónínupptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun natríum í blóði af völdum Efexors, yfirleitt hjá öldruðum, sem hefur leitt til þess að hætt var við að gefa lyfið. Milliverkanir: Engar milliverkanir hafa komið fram hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir einfaldan skammt af lítium, diasepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir í tilraunaglasi benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP2D6 og í N-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP3A3/4. Vænta má eftirtalinna milliverkana þótt þær hafi ekki verið rannsakaðar sérstaklega in vivo. Samtímis meðferð með lyfjum, sem hamla CYP2D6, gæti valdið aukinni uppsöfnun venlafaxíns svipað því og búast má við í einstaklingi með hæg umbrot debrisokíns. Aðgát skal höfð þegar Efexor er gefið ásamt lyfjum svo sem kínidíni og paroxetíni. Þar eð venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrýtur ætti að gæta varúðar við notkun venlafaxíns ásamt slíkum lyfjum þar eð blóðþéttni þeirra gæti aukist. Búast má við mikilli uppsöfnun venlafaxíns ef einstaklingi með hæg umbrot CYP2D6 er gefinn CYP3A3/4 hemill á sama tíma. Því skyldi gæta varúðar við notkun Efexors samfara lyfjum sem hamla CYP3A3/4. CYP3A3/4 hemlar er t.d. ketókónasól. Meðganga og brjóstagjöf: Meðganga: Takmörkuð klínísk reynsla hefur fengist af því að gefa vanfærum konum lyfið. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós minnkaða þyngd og stærð fóstra og lakari lífsmöguleika, líklega vegna eiturvirkni á móður. Þar til frekari reynsla hefur fengist af Efexor ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli. Brjóstagjöf: Ekki er vitað hvort venlafaxín skilst út í brjóstamjólk. Akstur: Meðferð með Efexor Depot kann að hægja á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta ætti að hafa í huga við aðstæður sem krefjast sérstakrar árvekni, t.d. við akstur. Aukaverkanir Algengar (>1%): Almennt: Þróttleysi, lystarleysi, höfuðverkur, kviðverkir, þyngdarminnkun eða þyngdaraukning, svitakóst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavíkkun, hjartsláttarónot. Miðtaugakerfi: Æsingur, rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað húðskyn, kvíði, taugaóstyrkur. Meltingafæri: Ógleði, uppköst, niðurgangur, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Húð: Útbrot, flekkblæðing. Þvag- og kynfæri: Áhrif á sáðlát/fullnægingu, getuleysi. Augu: Sjónstillingartruflun. Sjaldgæfar: Almennt: Bjúgur. Blóð: Blóðflagnafæð. Miðtaugakerfi: Slen, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð. Meltingarfæri: Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, bragðbreytingar. Húð: Hárlos, ofsakláði, aukið ljósnæmi. Lifur: Hækkuð lifrarensím í blóði. Öndunarfæri: Astmi. Augu: Tárubólga. Mjög sjaldgæfar(<0,1%) Almennt: Hálfdvali. Blóðrás: Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gáttasleglarof af gráðu I). Miðtaugakerfi: Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun í geðlægð er ávallt erfitt að greina á milli raunverulegra aukaverkana lyfja og einkenna um geðlægð. Aukaverkanirnar ógleði og uppköst tengjast skammtastærð; stærri upphafsskammtar valda aukinni tíðni af ógleði. Styrkur og tíðni þessarar aukaverkunar minnka yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Ofskömmtun og eitranir: Eiturvirkni: Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunaráhrifum. Einkenni: Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkólínvirk einkenni. Hraðtaktur, hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, ST/T-breytingar, lenging QT-bils, lenging QRS-bils. Meðferð: Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti; lyfjakol; magaskolun kemur til greina. Ráðstafanir sem beinast að einkennum. Verkunarháttur og verkanir: Efexor Depot inniheldur venlafaxín sem virkt efni og er það blanda tveggja handhverfa (racemat). Lyfið dregur úr geðdeyfð. Báðar handhverfur venlafaxíns og virka umbrotsefnið O-desmetýlvenlafaxín hafa lyfjafræðileg áhrif. Áhrifin koma fyrst og fremst fram við hömlun á endurupptöku serótónins og noradrenalíns í miðtaugakerfinu, en einnig kann að koma fram veik hömlun á endurupptöku dópamíns. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín draga úr næmi beta-adrenvirkra viðtaka bæði við skammtíma- (einn skammtur) og langtímameðferð. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín eru nær jafnvirk hvað varðar endurupptöku taugaboðefna. Venlafaxín sýnir enga sækni í kólínvirka(muskarín-), histamínvirka eða alfa1-adrenvirka viðtaka og ekki hefur verið sýnt fram á neina sækni í ópíum- eða bensódíasepínnæma viðtaka. Venlafaxín hamlar ekki starfsemi ensímsins mónóamínoxíðasa. Lyfjahvörf: Venlafaxín hefur ekki verið gefið í æð. Heildaraðgengi eftir inntöku er talið vera 42%±15%. Hámarksblóðþéttni Efexor Depots næst eftir u.þ.b. 6 klst. (4,5-7,5 klst.) og helmingunartími í blóði er u.þ.b. 15 klst. (9-21 klst.). Hámarks blóðþéttni virka umbrotsefnisins O-desmetýlvenlafaxíns næst eftir 9 klst. (6,5-11 klst.). Mikill munur sést milli einstaklinga. Próteinbinding venlafaxíns í plasma er u.þ.b. 27% en 30% fyrir O-desmetýlvenlafaxín. Venlafaxín umbrotnar mjög mikið. Umbrot venlafaxíns í O-desmetýlvenlafaxín gerast fyrir tilstilli CYP2D6. Í þeim einstaklingum, þar sem debrisokín umbrotnar hægt, fæst tvisvar til þrisvar sinnum meira aðgengi fyrir venlafaxín og tvisvar til þrisvar sinnum minna aðgengi fyrir virka umbrotsefnið O-desmetýlvenlafaxín. Aðeins u.þ.b. 5% (1-13%) af skammti sem tekinn hefur verið inn skilst óbreyttur út með þvagi. Umbrotsefnin skiljast fyrst og fremst út um nýrun. Neysla matar samtímis lyfinu hefur engin áhrif á aðgengi. Útlit: Forðahylki 75 mg: Fölbleik hylki, 19 x 6 mm, merkt W 75 í rauðum lit. Forðahylki 150 mg: Rauðbrún hylki, 23 x 7 mm, merkt W 150 í hvítum lit. Pakkningar: Þynnupakkning (PVC/ál): 14 hylki, 28 hylki og 98 hylki. Pólýetýlenflaska: 100 hylki. Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1. janúar 2000, hámarks útsöluverð úr apótekum: Efexor Depot forðahylki 75mg: 14stk 2.962 kr., 28stk 5.296 kr., 98stk 15.296 kr., 100stk 14.590 kr.. Efexor Depot forðahylki 150mg: 14stk 5.296 kr., 28stk 9.407 kr., 98stk 28.928 kr., 100stk 27.579 kr.

HVERS VEGNA

EFEXOR DEPOT ...



Þunglyndi

er skelfilegur sjúkdómur

Þó sjúklingur svari lyfjameðferð geta einkenni sjúkdómsins ennþá verið íþyngjandi

Sjúklingur sem náð hefur bata getur snúið aftur til fyrra lífs

... þess vegna

mælum við árangur meðferðar með hlutfalli sjúklinga sem náð hafa bata.

Hlutfall sjúklinga sem náð hafa bata eftir 8 vikna meðferð*

EFEXOR DEPOT EFEXOR	SSRI
43%	33%

*Entsuah R, Rudolph R, Salinas E, A comparative pooled analysis between venlafaxine and SSRIs on remission for patients with major depression. Poster presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, D.C., May 1999.

EFEXOR DEPOT
HVERS VEGNA BÍÐA

Lyfjamál 85

Samanburður á notkun kynhormóna á Íslandi og í Danmörku 1994-1998

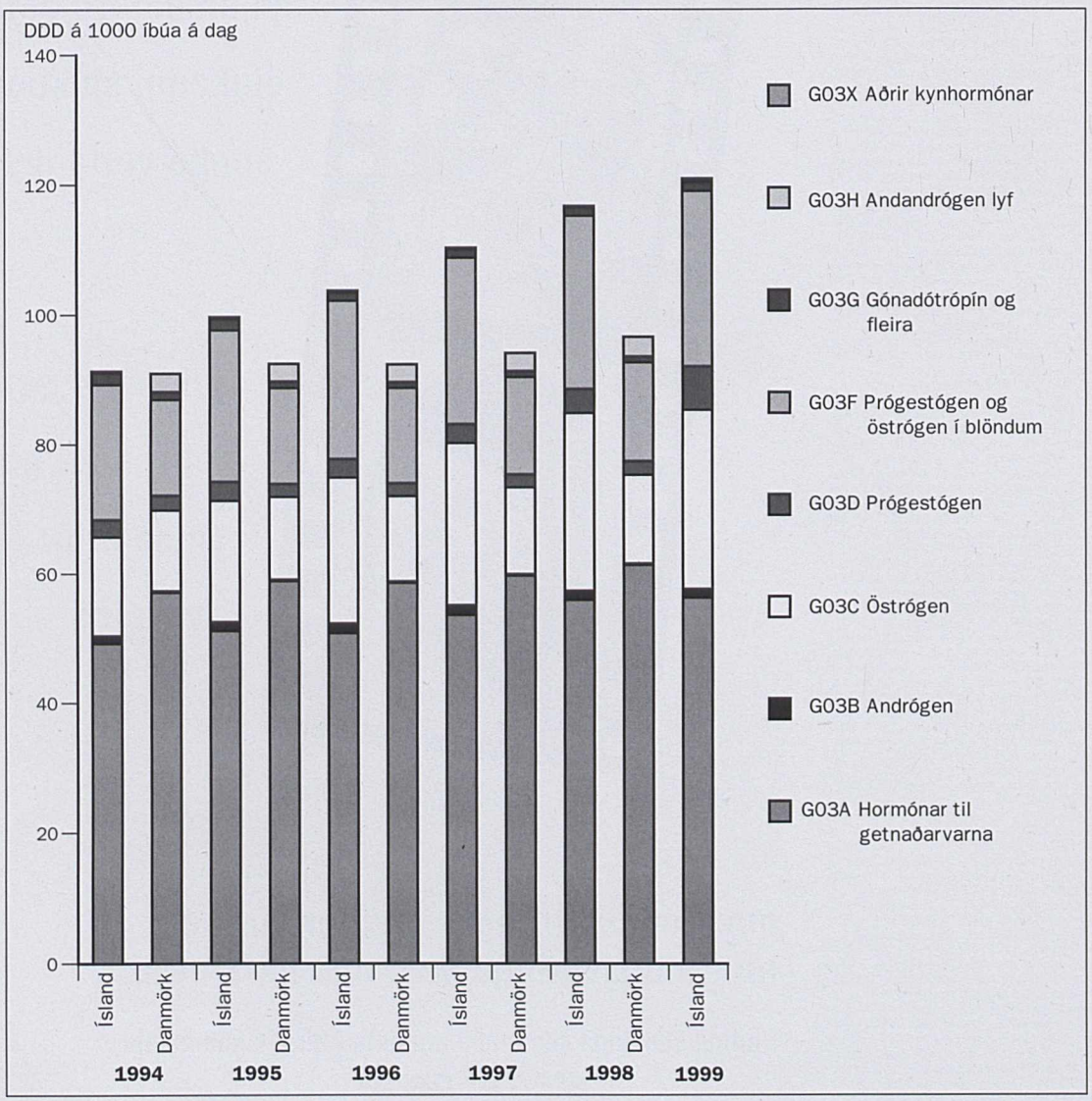
NOTKUN KYNHORMÓNA OG LYFJA sem hafa örvandi áhrif á kynfæri (ATC-flokkur G03) hefur farið ört vaxandi á síðustu árum. Árið 1994 var notað magn 91,3 DDD/1000íbúa/dag en á síðasta ári 120,9 (32% aukning). Söluverðmæti 1994 á apóteksverði var 337 milljónir króna en 557 milljónir á síðasta ári (65% aukning).

Í Danmörku var notað magn árið 1994 91,0 DDD/1000 íbúa/dag en 96,5 árið 1998 (6% aukning). Salan var 369 milljónir danskra króna árið 1994 en 425 milljónir árið 1998 (15% aukning).

Í báðum löndunum er magnaukningin mest í östrógenum (G03C) en talsverður munur er á hlutföllum; 79% á Íslandi en 10% í Danmörku. Notkun prógestógens (G03D) vex um 38% á Íslandi en minnkar um 9% í Danmörku. Notkun prógestógens og östrógens í blöndum (G03F) vex um 28% á Íslandi en aðeins 3% í Danmörku.

Athyglisvert er að í báðum löndum minnkar notkun gónadótrópíns og annarra lyfja með örvandi áhrif á egglos lítillega (G03G), en kostnaður þeirra vex gríðarlega. Á Íslandi var söluverðmæti í þessum flokki 30 milljónir króna árið 1994, en komið í 107 milljónir árið 1999 (197% aukning). Í Danmörku voru tölurnar 25 milljónir danskra króna 1994, en 59 milljónir árið 1998 (139% aukning).

Kynhormónar og lyf sem hafa örvandi áhrif á kynfæri (ATC flokkur G03). Samanburður á Íslandi og Danmörku 1994-1998 (og tölur fyrir Ísland 1999).



NÝTT

Maxalt® 10 mg

(rizatriptan, MSD)



08-99-MXT-98-SCAN-002-J

Í tvíblindri samanburðarrannsókn með lyfleysuhópi*:

Fljótvirkt.

- MAXALT® 10 mg töflur slógu fyrr á höfuðverk samanborið við sumatriptan 100 mg (P<0.05)[1)**]

Áhrifaríkt.

- Fleiri sjúklingar urðu verkjalausir eftir 2 klst. á MAXALT® 10 mg töflum samanborið við sumatriptan 100 mg (P<0.05)[1)]
- Þolist yfirleitt vel - færri aukaverkanir af MAXALT® 10 mg töflum samanborið við sumatriptan 100 mg[1)]

... og Hentugt!

- MAXALT® SMELT™† munnlausnartafla 10 mg. Nýtt einstakt lyfjaform sem leysist fljótt upp á tungunni og er hægt að taka inn án vökva.

MAXALT MAXALT SMELT MSD 970369; 970370 Töflur; Munnlausnartöflur; N 02 CC 04
Virkt innihaldsefni: Rizatriptanum INN 5 mg eða 10 mg.
Ábendingar: Bráð meðferð á mígreniköstum með eða án áru. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir rízatriptani eða einhverju af innihaldsefnum MAXALT/MAXALT SMELT. Samhliða gjöf MAO-hemla eða að minna en tvær vikur eru liðnar frá því að meðferð með MAO-hemlum lauk. Háþrýstingur sem ekki hefur tekist að ná stjórn á. Staðfestur kransæðasjúkdómur, (hjartaöng, fyrra hjartadrep eða staðfest einkennalaus blóðþurrð). Einkenni um blóðþurrðarhjartasjúkdóm eða Prinzmetal angina. **Meðganga og brjóstagjöf:** Eingöngu ætti að nota MAXALT/MAXALT SMELT á meðgöngu og við brjóstagjöf ef brýn þörf er fyrir lyfið. **Varúð:** MAXALT/MAXALT SMELT á aðeins að gefa sjúklingum, þar sem skýr greining á mígreni hefur verið staðfest. MAXALT/MAXALT SMELT á ekki að gefa sjúklingum með heilastofns- eða helftarlömunarmígreni. Ekki á að nota MAXALT/MAXALT SMELT til að meðhöndla óvenjulegan höfuðverk, þ.e. höfuðverk sem gæti tengst sjúkdómum sem gætu verið alvarlegir (þ.e. heilablóðfalli, rofnum slagæðargúl), þar sem æðasamdráttur í heilaæðum gæti verið skaðlegur. Alvarleg kransæðatilfelli með öðru lyfi úr þessum lyfjaflokki hafa sést, en sjaldan. Þannig tilfelli sáust ekki í klínískum rannsóknum með MAXALT/MAXALT SMELT. Áður en MAXALT/MAXALT SMELT er ávísað, skal meta hjarta- og æðakerfi hjá sjúklingum, sem eru í hættu á að fá kransæðasjúkdóm (þ.e. sjúklingum með háþrýsting, sykursýki, reykingamenn og þeir sem eru með sterka fjölskyldusögu um kransæðasjúkdóm). MAXALT/MAXALT SMELT ætti ekki að gefa þeim sem hafa staðfestan kransæðasjúkdóm. Ekki ætti að nota önnur 5-HT1B/1D virk lyf (t.d. súmatriptan) með MAXALT/MAXALT SMELT. Ekki er mælt með gjöf lyfja af ergótamíngerð (þ.e. ergótamín, díhýdróergótamín eða metýsergíð) og MAXALT/MAXALT SMELT með minna en 6 klst. millibili. Sjúklingar með fenýlketónúríu: Sjúklinga með fenýlketónúríu ætti að upplýsa að MAXALT SMELT munnlausnartöflur innihalda fenýlalanín (hluti af aspartam). Hver 5 mg munnlausnartafla inniheldur 1,05 mg af fenýlalaníni og hver 10 mg munnlausnartafla inniheldur 2,10 mg af fenýlalaníni.
Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanirnar eru svimi, syfja og þreyta. Aðrar aukaverkanir hjá sjúklingum sem tóku einn eða fleiri skammta af MAXALT 5 mg eða 10 mg meðan á skammtíma (tíðni >1% og meiri en hjá sýndarlyfi) eða langtíma (tíðni >1% og meiri en hjá sýndarlyfi) klínískum rannsóknum stóð, voru: *Almennar:* Brjóstverkur, kviðverkur, hitasteypur; *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla, hraðsláttur; *Meltingarfæri:* Ógleði, uppköst, munnþurrkur, niðurgangur, meltingartruflun, þorsti; *Stoðkerfi:* Hálsverkur, stirðleiki, staðbundin þyngsli, staðbundin spenna, vöðvaslappleiki; *Taugakerfi:* Höfuðverkur, náladofi, minnkuð andleg skerpa, svefnleysi, skjálfti, ósamhæfðar hreyfingar, taugaóstyrkur, svimi og minnkuð áttun (disorientation); *Húð:* Roði, kláði, sviti; *Augu:* þokusýn; Yfirlið og háþrýstingur komu sjaldan fyrir (<0,1% sjúklinga). Þær aukverkanir sem sáust með MAXALT SMELT munnlausnartöflum voru líkar þeim sem komu fram við notkun á MAXALT töflum. **Milliverkanir:** *Mónóamínoxídasa hemlar:* Frábending er fyrir gjöf MAXALT/MAXALT SMELT hjá sjúklingum sem taka MAO-hemla. *Betablokkar:* Blóðþéttni rízatriptans getur aukist við samhliða gjöf própranólóls. Engar lyfjahvarfa-milliverkanir sáust milli rízatriptans og betablokkanna nadólóls eða metóprólóls. **Skammtastærðir handa fullorðnum:**
MAXALT töflur: Mælt er með 10 mg skammti. Reynsla hefur sýnt, að þessi skammtur gerir mest gagn. Linun einkenna (þ.e. höfuðverkur minnkar í vægan eða engan) getur orðið innan 30 mínútna eftir skömmtun. *Endurskömmtun:* A.m.k. 2 klst eiga að líða milli skammta; ekki á að taka meira en 30 mg á 24 klst. tímabili. - *ef höfuðverkur kemur aftur innan 24 klst.:* Ef höfuðverkur kemur aftur eftir linun fyrsta kasts, má taka fleiri skammta. Athygli skal veitt skammtatakmörkunum hér að ofan. *-eftir að höfuðverkur svarar ekki meðferð:* Árangur af öðrum skammti við meðferð á sama kasti hefur ekki verið skoðaður í stöðluðum rannsóknum. Rannsóknir hafa sýnt að sjúklingar sem svara ekki meðferð við kasti svara líklega meðferð við síðari köstum. 5 mg skammtur er einnig til, þó að hann sé ekki eins áhrifaríkur og 10 mg. Þessi skammtur hentar sumum sjúklingum, þ.e. þeim sem taka própranólól. *Sjúklingar sem fá própranólól:* Hjá sjúklingum sem fá própranólól ætti að nota 5 mg skammtinn, og að hámarki 3 skammta á 24 klst. tímabili. MAXALT SMELT munnlausnartöflu má taka sem annan valkost við töfluna í sömu ráðlögðum skömmtum. Ekki er nauðsynlegt að taka munnlausnartöfluna með vökva. Munnlausnartöflunni er pakkað í þynnupakkningu inni í álpoka. Benda skal sjúklingum á að fjarlægja ekki þynnupakkninguna úr álpokanum þar til rétt fyrir töku lyfsins. Þá á að opna þynnupakkninguna með þurrum höndum og setja munnlausnartöfluna á tunguna, þar sem hún leysist upp og er kyngt með munnvatninu. **Skammtastærðir handa börnum:** Ekki mælt með notkun MAXALT/MAXALT SMELT hjá börnum yngri en 18 ára. **Pakkningar; verð(desember,1999), afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: Töflur 5 mg:** 3 stk Verð: 3161 kr. 6 stk. Verð: 5681 kr. 12 stk. Verð: 10273 kr. **Töflur 10 mg:** 3 stk Verð: 3161 kr 6 stk.Verð: 5681 kr. 12 stk. Verð: 10273 kr. **Munnlausnartöflur 5 mg:** 3 stk. Verð: 3161 kr. 12 stk. Verð: 10273 kr. **Munnlausnartöflur 10 mg:** 3 stk. Verð: 3161 kr 6 stk. Verð: 5681 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylt lyf. **Greiðsluþátttaka:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsmaður á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

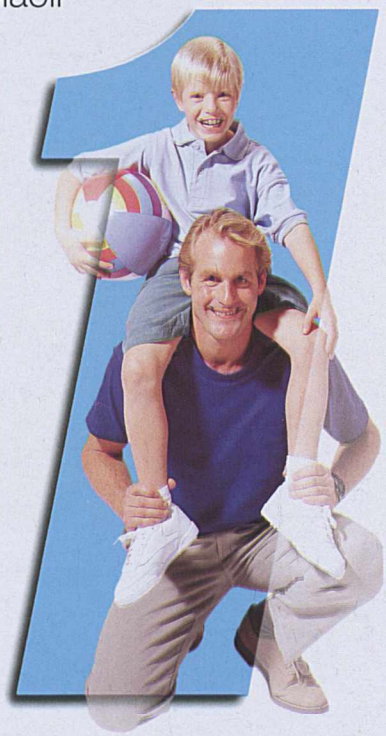
Nýjung frá MSD

Fyrsti leukotríenviðtækjablokkinn, sem gefinn er einu sinni á dag við meðferð á astma

Handa sjúklingum með astma

SINGULAIR®☆ (MONTELÚKAST, MSD)

- Bætir stjórn á astma hjá sjúklingum, sem ekki eru vel meðhöndlaðir með innöndunarbarksterum[1]
- Stuðlar að því að fyrirbyggja astma sem áreynsla veldur[1]
- Þolist vel, sambærilega og sýndarlyf[1]
- Handhæg og einföld skömmtun fyrir svefn[1]





Fullorðnir
Ein 10 mg tafla fyrir svefn



Börn 6-14 ára
Ein 5 mg tuggutafla fyrir svefn (kirsuberjabragð)

Tilvitnun 1: Samþykkt Samantekt á eiginleikum lyfs 1998

SINGULAIR MSD, 970102; 97103
Tuggutöflur og töflur; R 03 D C 03
VIRKT INNIHALDSEFNI: Montelúkast sýra; 5 mg eða 10 mg. **Ábendingar:** Astmi. **Skammtar:** Skammtur handa fullorðnum, 15 ára og eldri, er ein 10 mg tafla daglega fyrir svefn. Skammtur handa börnum, 6-14 ára að aldri, er ein 5 mg tuggutafla daglega fyrir svefn. Engin þörf er á skammtabreytingum hjá þessum aldurshópi. Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og virkni SINGULAIR hjá börnum yngri en 6 ára. Engin þörf er á að breyta skömmtum hjá öldruðum, sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi, sjúklingum með væga til miðlungsalvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi eða vegna kynferðis. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum SINGULAIR.
Varnaðarorð og varúðarreglur: Ekki hefur verið sýnt fram á að SINGULAIR í inntöku sé virkt gegn bráðum astmaköstum. Þess vegna ætti ekki að nota SINGULAIR til að meðhöndla bráð astmaköst. Sjúklingum á að ráðleggja að hafa viðeigandi lyf við bráðum astmaköstum tiltæk. Þótt skammta af samhliða gefnum innöndunarsterum eigi að lækka smám saman undir læknseftirliti, ætti ekki að skipta innöndunarsterum eða sterum til inntöku skyndilega út fyrir SINGULAIR. Við skammtalækkun á sterum (til inntöku) hjá sjúklingum, sem fá astmalyf, þar á meðal leukótríenblokka, hefur í einstaka tilfellum komið fram eitt eða fleiri af eftirtöldum einkennum: eósínfíklafjöld, æðabólguútbrot, versnun lungnaeinkenna, hjartakvilli og/eða taugakvilli, sem stundum greinist sem Churg-Strauss heilkenni en þau einkennast af eósínfíkinni íferð með klínískum einkennum útæðabólgu. Þrátt fyrir að ekki sé hægt að sanna orsakasamband við leukótríenblokka, er mælt með varúð og viðeigandi klínísku eftirliti, þegar skammtalækkun á sterum (til inntöku) er íhuguð hjá sjúklingum sem fá SINGULAIR. **Milliverkanir:** SINGULAIR má gefa með annarri meðferð, sem er venjulega gefin við fyrirbyggjandi og langvinna astmameðferð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þungaðar konur eða konur með börn á brjósti einungis að nota SINGULAIR, ef það er talið nauðsynlegt. **Aukaverkanir:** SINGULAIR þolist almennt vel. Aukaverkanir, sem venjulega hafa verið vægar, hafa almennt ekki haft í för með sér að meðferð hafi verið hætt. Í klínískum rannsóknum voru aðeins kviðverkir og höfuðverkur taldir tengdir lyfinu hjá > 1% sjúklinga, sem meðhöndlaðir voru með SINGULAIR. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið skráðar eftir markaðssetningu SINGULAIRs; Ofnæmi, þar á meðal bráðaofnæmi, ofsabjúgur, kláði og ofsakláði.
Pakkningar, verð (desember, 1999), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Tuggutöflur 5 mg: 28 stk. Verð: 5545 kr. 98 stk. Verð: 16650 kr. **Töflur 10 mg:** 28 stk. Verð: 5545 kr. 98 stk. Verð: 16650 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** B. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck, Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland.
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

TAFLA Á DAG

SINGULAIR® (MONTELÚKAST, MSD)

1 tafla á dag stuðlar að betri stjórn á astma.

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

XIV. þing Félags íslenskra lyflækna

FÉLAG ÍSLENSKRA LYFLÆKNA

Þing Félags íslenskra lyflækna, hið XIV. í röðinni verður haldið á Egilsstöðum dagana 9.-11. júní næstkomandi.
Á þinginu verður að venju frjáls erindaflutningur og kynning á veggspjöldum.



Hluti þátttakenda á XIII. þingi Félags íslenskra lyflækna á Akureyri í júní 1998.

Gestafyrirlesari verður Guðmundur Jóhannsson sem fjalla mun um þýðingu vaxtarhormóns hjá fullorðnum.

Þingið hefst kl. 14:00 á föstudegi.

Afhending þinggagna og greiðsla þátttökugjalda er frá kl. 13:00 á föstudegi.

Skilafrestur fyrir ágrip erinda og veggspjalda rann út 15. apríl.

Veggspjöld: Stærð veggspjalda er 90x120 cm. Höfundar komi með veggspjöld tilbúin til uppsetningar.

Ágrip: Stjórn Félags íslenskra lyflækna áskilur sér rétt til þess að hafna innsendum ágripum og eins að meta hvort kynnt verði með erindi eða veggspjaldi. Þau ágrip erinda og veggspjalda sem stjórn Félags íslenskra lyflækna samþykkir verða birt í Fylgiriti Læknablaðsins sem kemur út í byrjun júní.

Staðfesting: Þátttakendur munu fá staðfestingu á því að ágrip hafi verið samþykkt og eins tímasetningu á kynningu.

Skráning: Þátttakendur er hvattir til að skrá sig tímanlega. Framkvæmdastjóri tekur við skráningu, sjá að neðan.

Þátttökugjald: Þátttökugjald er kr. 13.000 fullt gjald, kr. 10.000 fyrir unglækna og kr. 3.000 fyrir læknanema, greiðist við skráningu á þingstað. Innifalið í þátttökugjaldi er hádegisverður laugardag og sunnudag. Makar greiði kr. 3.000. Þátttakendum og mökum er boðið til kvöldverðar á föstudags- og laugardagskvöldi. Ekki er tekið við greiðslukortum, en hraðbankar eru á staðnum.

Gisting: Gist verður á fjórum hótelum á Egilsstöðum; Gistihúsinu Egilsstöðum, Hótel Eddu (einnig fjögurra manna herbergi), Hótel Héraði og Hótel Valaskjálf. Í tveggja manna herbergi kostar nóttin frá kr. 4.400 að kr. 5.800 fyrir einstakling. Gistingu skal panta hjá framkvæmdastjóra þingsins, sjá að neðan.

Flug: Flogið er með Flugfélagi Íslands, frá Reykjavík kl. 11:00 á föstudagsmorgni. Verð kr. 10.430. Flugfar pantar hver og einn fyrir sig hjá **Ferðaskrifstofu Austurlands**, sími: 471 2000, netfang: *falegs@isholf.is*
Taka skal fram að um sé að ræða þátttakendur á þing Félags íslenskra lyflækna.

Verðlaun: Veitt verða tvenn verðlaun. Annars vegar úr Vísindasjóði lyflækningadeildar Landspítala Hringbraut að upphæð kr. 50.000 fyrir framúrskarandi rannsókn og erindi ungs læknis. Hins vegar veitir Félag íslenskra lyflækna 25.000 kr. verðlaun fyrir besta framlag læknanema.

Framkvæmdastjóri þingsins: Birna Þórðardóttir, símar: 564 4104 (v) / 552 9075 (h) / 862 8031, netfang: *birna@icemed.is*

Novo Nordisk sjóðurinn

auglýsir eftir umsóknum um rannsóknarstyrki
sem Rannsóknaráð Norðurlanda veitir

Rannsóknaráð Norðurlanda veitir styrki til **grunnrannsókna og klíniskra rannsókna á sviði innkirtlafræði**.

Styrkir eru ekki veittir til greiðslu ferðakostnaðar, prentkostnaðar eða launakostnaðar vegna vísindamanna er vinna að rannsókninni, ekki heldur til tækjakaupa ef framlag frá nefndinni þarf nauðsynlega að vera meira en **DKK 50.000,-**.

Árleg úthlutun úr sjóðnum fer fram í ágústlok. Gert er ráð fyrir að um níu milljónir danskra króna séu til úthlutunar.

Umsóknareyðublöð fást á heimasíðu sjóðsins: **http://www.novonordiskfonden.dk**
Einnig er hægt að fá umsóknareyðublöðin prentuð
eða á disklingi (Windows 95/Word) hjá skrifstofunni:

Novo Nordisk Fonden
Brogårdsvej 70
P.O. Box 71
DK-2820 Gentofte
Danmark

Sími: +45 44 43 90 31
Bréfsími: +45 44 43 90 98
Netfang: nnfond@novo.dk

Umsóknir skal senda á ofangreint póstfang. Til að umsókn teljist gild þarf hún að vera fullgerð og póststimpluð í síðasta lagi **31. maí 2000**. Bráðabirgðaumsóknir eða umsóknir sendar með bréfsíma eru ekki teknar til greina.

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland Sentralsykehus

Personalavdelingen, N-8092 Bodø
Tlf. +47 75 53 40 00

Øyeavdelingen

Overlegevikar

Ved sykehusets øyeavdeling, (avd.ovl. Ole Nils Tvenning), er det ledig vikariat for overlege i tidsrommet 1. mai 2000 til 15. oktober 2000.

Vi kan også være interessert i søkere som kan arbeide deler av vikariatet, i såfall bes oppgitt i søknaden hvilke uker som kan være aktuelle.

Dersom det er søkere med operativ erfaring forventes det deltakelse i bakvaktordning. Det vil også være mulighet til å drive kveldspoliklinikk.

Øyeavd. har 6 stillingshjemler. 3 overordnede og 3 underordnede stillilnger.

Sykehuset har sentralsykehusfunksjon for Nordland fylke med ca. 240.000 innbyggere og lokalsykehusfunksjon for Saltenregionen med ca. 74.000 innb. og har alle de støttefunksjoner man forventer å finne i et sentralsykehus.

Bodø by har ca. 40.000 innbyggere og ligger i naturskjønne omgivelser med gode friluftsmuligheter. Det er god kommunikasjon til sentrale landsdeler.

Nærmere oppl. fås ved avdelingsoverlegen, tlf. +47 75 53 40 00. Lønn etter avtale. Sykehuset vil være behjelpelig med bolig.

Godkjent helseattest vil bli krevd ved tilsetting. Innsendte papirer returneres ikke.

Søknad sendes personalavd., **innen 5. mai 2000.**

Se også sykehusets hjemmeside:
www.nss.nl.no
Fylkets stillinger ligger også på
www.jobbnord.com

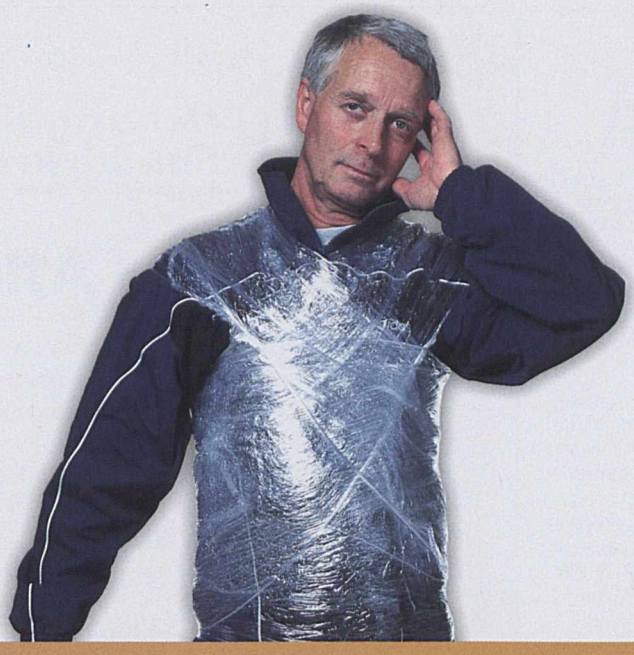
Røykfritt miljø

CICERO tms

Atacand

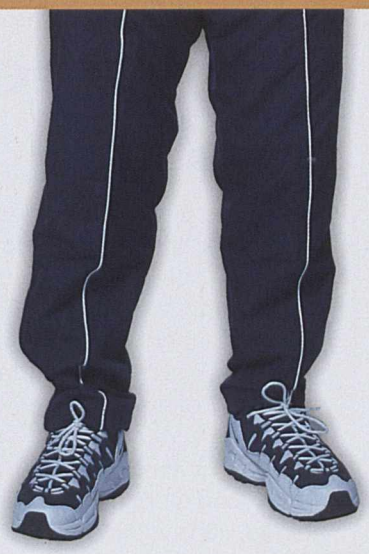
Hässle, 970003
Töflur, C 09 C A 06 RB
Hver tafla inniheldur Candesartanum INN, cílexetíl 4 mg, 8 mg eða 16 mg. **Ábendingar:** Hár blóðþrýstingur. Skammtar og lyfjagjöf: **Skömmtun:** Venjulegur viðhaldsskammtur Atacand er 8 mg eða 16 mg einu sinni á dag. Lyfið má taka með eða án matar og án tillits til aldurs. Hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (þ.e. kreatínín klerans <30 ml/mín.) skal hefja meðferð með 4 mg. **Börn:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Skyld lyf geta aukið þvagefni í blóði og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með tvíhliða nýrnaslagæðaþrengsli eða þrengsli í slagæð að einu nýra ef aðeins eitt nýra er til staðar. Þetta getur einnig átt við um angíótensín II viðtaka antagónista. Hjá sjúklingum með alvarlega skert blóðrúmmál geta einkenni lágþrýstings komið fram. Samtímis gjöf á Atacand og kalíumsparandi þvagræsilyfi getur valdið hækkun á kalíumþéttni í sermi. **Milliverkanir:** Engar þekktar. **Aukaverkanir:** Lágþrýstingur vegna áhrifa lyfsins. **Lyfhrif:** Eiginleikar: Candesartan er angíótensín II viðtaka blokki, sérhæfður fyrir AT1 viðtaka, með sterka bindingu við og hæga losun frá viðtakanum. Það hefur enga eigin virkni. Blóðþrýstingslækkandi verkun hefst innan 2 klst., hámarks blóðþrýstingslækkandi verkun næst innan fjögurra vikna og helst við langtíma meðferð. Blóðþrýstingslækkun af völdum lyfsins helst jöfn í 24 klst. og þess vegna er nægjanlegt að gefa lyfið einu sinni á dag. Candesartan eykur blóðflæði um nýru og viðheldur eða eykur gaukulsíunarhraða á meðan viðnám nýrnaæða og síunarhlutfall minnkar. Atacand hefur engar óæskilegar verkanir á blóðsykur eða blóðfitu.
Pakkningar og verð:
Töflur 4 mg: 28 stk. 2853 kr.; 98 stk. 7966 kr.; 1 tafla x 98 stk. 6858 kr. Töflur 8 mg: 28 stk. 3172 kr.; 98 stk. 8987 kr.; 1 tafla x 98 stk. 7837 kr. Töflur 16 mg: 28 stk. 3810 kr.; 98 stk. 10980 kr.; 1 tafla x 98 stk. 9797 kr. **Greiðsluþátttaka: B**
Sjá ítarlegri upplýsingar um lyfið í texta Sérlyfjaskrár 1999

Umboð á Íslandi:
Pharmaco hf. AstraZeneca
Hörgatúni 2, 210 Garðabær
Sími: 535-7151 Fax: 565-7366



Stafar 23,404 miðaldra Frónbúum ógn af of háum blóðþrýstingi?*

„Þrengir að í kyrrþey"



EFLIR / HNOTSKÓGUR

Mikilvægi þess að meðhöndla háþrýsting rétt og tímanlega verður æ ljósara. Lækkun blóðþrýstings í lagbili um 5-6 mm Hg minnkar hættuna á heilablóðfalli um 38% og hættan á blóðþurrðarsjúkdómum í hjarta minnkar um 16%**

ATACAND® er angíótensín II viðtaka blokki sem binst sterkt og sérhæft við AT_1 viðtakann. Lyfjagjöf er ávallt einu sinni á dag, blóðþrýstingslækkunin fylgir skammtastærð og helst jöfn allan sólarhringinn ● Engar milliverkanir eru þekktar, aukaverkanir eru svipaðar og af lyfleysu og óháðar skammtastærð*** ● ATACAND® fæst í 3 styrkleikum, 4, 8 og 16 mg. Ábendingar: Hár blóðþrýstingur.

(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)



AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Heimild byggð á Enström-Granath I. Ambulatory blood pressure monitoring. A tool for more comprehensive assessment. Thesis. University of Lund, 1992 og upplýsingum frá Hagstofu Íslands um fjölda Íslendinga 40-64 ára 31.des. sl. **Cardio Monitor 1996. ***Sérlyfjaskrá og Sever P. Candesartan cilexetil: a new, long-acting effective angiotensin II type 1 receptor blocker, J. Human Hypertension, 1997; 11 suppl 2: s91-s95.

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland sentralsykehus

Personalavd. N-8092 Bodø. Tlf. +47 75 53 40 00

Sykehuset er lokalisert til sentrum av Bodø by. Byen er omgitt av fantastisk natur med jakt og fiskemuligheter rett utenfor stuedøren, men har også et rikt kulturliv. Internasjonal flyplass. Flytid Bodø-Oslo 1 time og 15 min.

Ortopedisk avdeling

Avdelingsoverlege/ overlege

Ved ortopedisk avdeling (kst.avd.ovl. Elin Nesse) er det ledig stilling for avdelingsoverlege/overlege hjemmel nr. 1 - Uls - id 8625. I tillegg har vi 2 vikariater ledig for overlege. Søker bør angi om søknaden også gjelder avdelingsoverlegefunksjonen.

Avdelingen har 5 overlegestillinger i ren ortopedisk bakvakt. Avdelingen har sentralsykehusfunksjon for Nordland fylke (6 lokalsykehus) med ca. 240.000 innbyggere og lokalsykehusfunksjon for Saltenregionen med ca. 74.000 innbyggere.

Søker ønskes velkommen til utfordrende oppgaver på bredt faglig grunnlag. Faglig spennvidde dekker oppdaterte alloplastikk og revisjonskirurgi, omfattende artroskopisk virksomhet, mikrokirurgisk ryggkirurgi, traumatologi m.v. Avdelingen er engasjert i flere forskningsprosjekter. Meget gode permisjons- og etterutdanningsvilkår. Det legges opp til faglig profilering etter ønske og kompetanse.

Sykehuset vil være behjelpelig med å skaffe bolig og dekker flytteutgifter etter nærmere regler.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til sjeflegen. Lønn etter avtale.

Godkjent helseattest vil bli krevd ved tilsetting. Innsendte papirer returneres ikke. Se sykehusets hjemmesider: www.nss.nl.no. **Søknad sendes Personalavdelingen innen 22. mai 2000.**

Fylkets stillinger ligger også på www.jobbnord.com

Røykfritt miljø CICERO ev

www.jobbmed.com
Ledige legestillinger i hele Norden

LÆKNA-BLAÐIÐ

Sími: 564 4104

Bréfsími: 564 4106

Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki
Sími: 455 4000 - Símbréf: 455 4010 - Pósthólf: 20

Læknir – Afleysingar

Læknir óskast til sumarafleysinga á heilsugæslu- og sjúkrasviði stofnunarinnar. Um er að ræða fjölbreytt og krefjandi starf og er vinnuaðstaða og tækjakostur á stofnuninni mjög góður.

Frítt húsnæði og góð launakjör í boði.

Upplýsingar veitir **Örn Ragnarsson** yfirlæknir heilsugæslusviðs í síma 455 4000.

– Reyklaus vinnustaður –

HEILBRIGÐISSTOFNUN SUÐURNESJA

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

Heilsugæslu-læknar

Lausar eru til umsóknar tvær stöður heilsugæslulækna.
Annars vegar staða yfirlæknis við Heilsugæslustöðina í Grindavík, sem er H 2 stöð.
Umsækjendur skulu hafa sérfræðiviðurkenningu í heimilislækningum. Æskileg er búseta í Grindavík en veitt verður aðstoð við útvegun húsnæðis. Stöðin starfar í nánum tengslum við Heilsugæslustöðina í Keflavík.

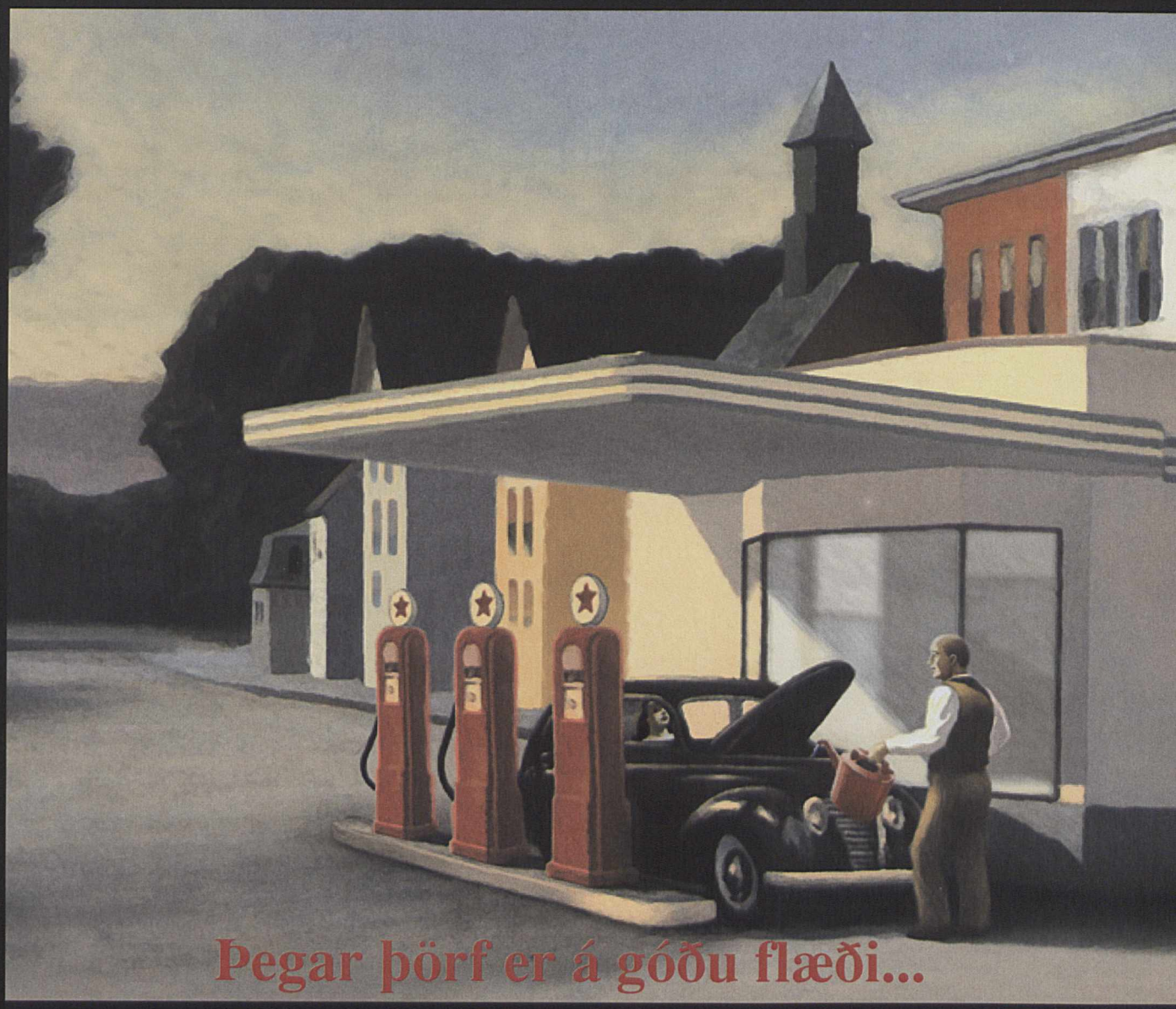
Hins vegar er laus staða heilsugæslulæknis með starfssvæði í Keflavík og Grindavík. Æskileg er búseta í Grindavík og verður veitt aðstoð við útvegun húsnæðis.
Umsækjendur skulu hafa sérfræðiviðurkenningu í heimilislækningum eða geti lokið námi hjá okkur.

Grindavík er bær í mikilli sókn. Góður leikskóli er í bænum og nýr leikskóli til viðbótar tekur til starfa um næstu áramót. Í Grindavík er einsetinn grunnskóli, góð almenn þjónusta, kraftmikið fólk, blómlegt íþróttalíf og Bláa lónið við bæjardyrnar.

Samkomulag getur verið um upphaf starfstíma.
Umsóknum skal skilað til undirritaðs fyrir 15. maí næstkomandi á sérstökum eyðublöðum, sem látin eru í té á skrifstofu Heilbrigðisstofnunarinnar, Mánagötu 9, Keflavík og á skrifstofu landlæknis. Stöðin er skilgreind sem dreifbýli.
Allar nánari upplýsingar veitir **Kristmundur Ásmundsson**, yfirlæknir í síma 422 0500 og undirritaður í síma 422 0580.

Keflavík 10. apríl 2000
Framkvæmdastjóri

Fljótvirkt — þolist vel — einfalt



Þegar þörf er á góðu flæði...

Nú er lífið orðið léttara fyrir sjúklinga með góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli (BPH)! Omnic® er sérhæfður α-adrenvirkur viðtakablokki sem einfalt er að nota. Omnic® er gefið í fullum skammti frá fyrsta degi, 0,4 mg (eitt hylki) einu sinni á dag. Jákvæð áhrif á flæði og einkenni koma fljótt í ljós og eru viðvarandi[1]. Ábending er meðhöndlun þvaglátaeinkenna við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli.

OMNIC® TAMSULOSIN

Yamanouchi

Umboðsaðili á Íslandi:
Pharmaco hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabæ

Forðahylki; G04CA02 R E. Hvert forðahylki inniheldur: Tamsulosinum INN, klóríð, 0,4mg. **Ábendingar**: Meðhöndlun þvaglátaeinkenna við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli. **Skammtar og lyfjagjöf:** 1 hylki á dag, tekið eftir morgunmat. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir tamsulósíni eða einhverju af öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur**: Meðferð við þvaglátaeinkennum við stækkun á blöðruhálskirtli skal ákveðin í samráði við sérfræðing í þvagfærasjúkdómum. gæta skal varúðar við notkun lyfsins handa sjúklingum sem hafa fengið stöðubundinn lágþrýsting eða nota blóðþrýstingslækkandi lyf. Upplýsa skal sjúklinga um hættu á yfirliðum.**Aukaverkanir**: Algengar (>1%): Svimi, óeðlilegt sáðlát, höfuðverkur, þróttleysi, nefslímubólga. Sjaldgæfar (0,1-1%): Hjartsláttarónot. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Stöðubundinn lágþrýstingur, yfirlið. **Pakkningar og verð**: 30 stk. 4600 kr., 90 stk. 10939 kr.

Heimild: 1) Abrams, P., Schulmann, C.C., Vaage, S., Tamsulosin, a selective α_{1A}- adrenoreceptorantagonist;a randomized, controlled trial in patients with benign prostatic obstruction (symptomatic BPH). Br J Urol 1995;76:325-36.

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. júní 1995**	35,00
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 1999**	165,00
	frá 1. janúar 2000	170,00

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 1999	207.000,00
	frá 1. janúar 2000	214.245,00
A liður 2	frá 1. janúar 1999	181.125,00
	frá 1. janúar 2000	187.464,00
B liður	frá 1. júlí 1999	166.247,00
	frá 1. janúar 2000	170.826,00
D liður	frá 1. mars 1998	92.534,00
	frá 1. mars 1999	99.234,00
E liður 1-6	frá 1. júlí 1997	208,59
	frá 1. janúar 1998	210,26
E liður 7	frá 1. júlí 1997	417,18
	frá 1. janúar 1998	420,23

Skólaskoðun í framhaldsskólum
Miðað við fyrri forsendur 222,00

Kílómetragjald frá 1. október 1999

Almennt gjald	41,65
Sérstakt gjald	47,90

Dagpeningar frá 1. október 1999
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	8.500,00
Gisting eina nótt	4.500,00
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	4.000,00
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.000,00

Dagpeningar frá 1. júní 1999

Erlendis	Gisting	**SDR** Annað
Bretland	128	90
New York	126	74
Asía	130	105
Annars staðar	95	90

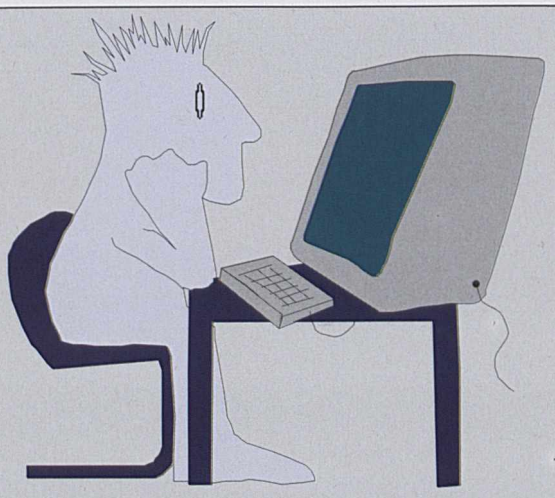
Félagsstarfið

Læknar í AA
halda fundi síðasta fimmtudag hvers mánaðar kl. 5 síðdegis í fundarherbergi Domus Medica á 2. hæð. **Athugið** breyttan fundartíma.

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **http://www.icemed.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is**
Formaður LR: **olaaevar@rsp.is**
Formaður FÍH: **katfjel@ismennt.is**
Formaður FUL: **thorira@hotmail.com**
Félag íslenskra barnalækna: **www.barnalaeknar.is**
Félag íslenskra landsbyggðarlækna: **www.icemed.is/felog_laekna/fill.htm**
FÍLÍB: **p.matthiasson@iop.kcl.ac.uk**
FÍLÍN: **www.vefur.is/filin**
FÍLÍS: **sigurdur.sigurdsson@swipnet.se**
FILumHeil: **http://www.se/~gks/FILumHeil.html**
Magnús Jóhannsson: **http://www.hi.is/~magjoh/**
Klínísk eðlisfræði, æðarannsóknir: **http://www.hi.is/~lpa**
Landspítalinn: **http://www.rsp.is**
Barnaspítali Hringsins: **http://www.rsp.is/hringur**
Sjúkrahús Reykjavíkur: **http://www.shr.is**
Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið: **http://www.stjr.is/htr**
Landlæknisembættið: **http://www.landlaeknir.is**
Tryggingastofnun ríkisins: **http://www.tr.is**
Lyfjaeftirlit ríkisins: **http://www.ler.is**
Nordiska hälsovårdshögskolan: **http://www.nhv.se**
Orðabanki Íslenskrar málstöðvar: **http://www.ismal.hi.is/ob/index.html**
Ráðstefnur á netinu: **http://www.pslgroup.com/confdisease.htm**
Doctor's Guide to the Internet: **http://www.pslgroup.com/DOCGUIDE.HTM**
Golfklúbbur lækna: **http://www.come.to/doctorgolf**
Medscape – vefrit um læknisfræði: **http://www.medscape.com**
Norsk upplýsingasíða fyrir lækna: **http://www.legeforeningen.no/info/index.htm**

Sendið inn upplýsingar um heimasíður og netföng sem ástæða er til að hafa fast inni í Læknablaðinu.



Læknablaðið á Netinu:

http://www.icemed.is/laeknabladid

Eitt samfallsbrot í hrygg eykur hættuna á mjaðmarbroti um 480% hjá konum á aldrinum 60-79 ára[4]



FOSAMAX®* (ALENDRÓNAT, MSD) getur komið í veg fyrir allar tegundir beinbrota vegna beinþynningar[1-2-3]**

- Marktækt (P< 0,05) minni hætta á öllum tegundum beinbrota vegna beinþynningar[1-2-3]
- Marktæk (P< 0,001) aukning í BMD eftir 3 mánuði[1]



– byggir upp bein

alendronat

1.)Pols HAP, Felsenberg D, Hanley DA, et al., Results of the FOSIT study. Osteoporosis International 1999; 9, (5): 461-68. 2.)Black DM. et al., Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. The Lancet 1996; 348 (9041) 1535-41. 3.) Cummings S.R. et.al., Effect of Alendronate on Risk of Fracture in Women With Low Bone Density but Without Vertebral Fractures. JAMA, dec.1998;280:2077-82. 4.)Lauritzen JB, Hoftebrud og ekstern beskyttelse, Konsensus-rapport, 1995, Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd og Dansk Sygehus Institut. * Skráð vörumerki Merck & Co., Inc., Whitehouse Station,N.J. USA. ** I prospektive, randomiserede, dobbeltblinde, placebokontrollerede studier.

FOSAMAX MSD, 940093 Töflur; M 05 B A 04

Virkt innihaldsefni: Acidum alendronatum 10 mg. **Ábendingar:** FOSAMAX skal aðeins nota við beinþynningu hjá konum eftir tíðahvörf. **Frábendingar:** Sjúkdómar í vélinda, sem seinka magatæmingu eins og þrengsli eða vélindislokakrampi. Vangeta til að standa eða sitja upprétt í a.m.k. 30 mínútur. Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Lágt kalsíum í blóði. Ómeðhöndlaðar truflanir á kalsíum- og steinefnaefnaskiptunum. Meðganga og brjóstagjöf: FOSAMAX hefur hvorki verið rannsakað hjá þunguðum konum né konum með börn á brjósti, en FOSAMAX er ekki ætlað konum á barneignaaldri. Varúð: FOSAMAX getur valdið staðbundinni ertingu á slímhimnu í efri hluta meltingarfæranna. Aukaverkanir í vélinda, eins og vélindabólga, vélindasár og fleiður hafa verið skráðar hjá sjúklingum, sem hafa verið meðhöndlaðir með FOSAMAX. Í nokkrum tilfellum hafa þær verið alvarlegar og þörf verið á sjúkrahúsinnlögn. Þess vegna á að fylgjast með sérhverju merki eða einkennum, sem benda til hugsanlegra áhrifa á vélinda, og sjúklingarnir skulu fá leiðbeiningar um að hætta meðferð með FOSAMAX, og leita læknis, ef þeir fá kyngingartregðu,verk við kyngingu, verk aftan bringubeins, nýjan brjóstsviða eða versnun á brjóstsviða. Hættan á að fá alvarlegar aukaverkanir í vélinda virðist meiri hjá sjúklingum, sem taka ekki FOSAMAX samkvæmt fyrirmælum eða sem halda áfram að taka FOSAMAX eftir að hafa fengið einkenni, sem gefa vísbendingu um ertingu í vélinda. Mjög mikilvægt er, að sjúklingum séu gefnar fullkomnar upplýsingar um skömmtun og að þeir skilji þær. Sjúklingarnir skulu upplýstir um, að ef þeir fylgja ekki leiðbeiningunum, sé hætta á vandamálum í vélinda meiri. Vegna hugsanlegra ertandi áhrifa FOSAMAX á slímhimnu efri meltingarvegar og möguleika á versnun sjúkdóms, sem er til staðar, á að sýna varkárni, þegar FOSAMAX er gefið sjúklingum með kvilla í efri hluta meltingarvegar, eins og kyngingartregðu, sjúkdóma í vélinda, magabólgu, skeifugarnarbólgu eða magasár. Ekki er mælt með FOSAMAX handa sjúklingum með kreatínklerans < 35 ml/mín. Lágt kalsíum í blóði á að meðhöndla áður en meðferð með FOSAMAX er hafin. Aðrar truflanir í steinefnaefnaskiptunum (eins og t.d. D-vítamín skortur) á að meðhöndla vel. **Aukaverkanir:** FOSAMAX þolist yfirleitt vel. Aukaverkanir hafa oftast verið vægar og skammvinnar og er venjulega ekki þörf á að hætta meðferð vegna þeirra. Í tveimur stórum klínískum rannsóknum sem stóðu í 3 ár og voru nánast eins í uppsetningu, þoldist FOSAMAX og sýndarlyf sambærilega. *Algengar (>1%): Meltingarfæri:* Kviðverkir, meltingaróþægindi, hægðatregða, niðurgangur, uppþemba, bakflæði magasýru, vélindisfleiður, kyngingartregða, aukinn vindgangur, tjöruhægðir. Stoðkerfi: Verkir í stoðkerfi (beinum, vöðvum eða liðum). *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur. *Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennt:* Útbrot, hörundsroði. *Meltingarfæri:* Ógleði, uppköst, vélindisbólga, vélindisfleiður, sár á vélinda, þrengslamyndun í vélinda. Skilningarvit: Æðahjúpsbólga. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Almennt:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t. ofsakláði og ofsabjúgur. *Meltingarfæri:* Sáramyndun í munni og koki. Maga eða skeifugarnarsár, sem sum hafa verið alvarleg og með eftirstöðvum, orsakasamband hefur þó ekki verið staðfest við töku FOSAMAX. Í klínískum rannsóknum hefur sést einkennalaus, væg, skammvinn lækkun á kalsíum og fosfati í sermi hjá sjúklingum sem tóku FOSAMAX. *Milliverkanir:* FOSAMAX á ekki að gefa samtímis kalsíumbætiefnum, sýrubindandi lyfjum og öðrum lyfjum til inntöku, þar sem þau geta haft áhrif á frásog af alendrónati. Þess vegna á sjúklingurinn að bíða í a.m.k. hálfa klukkustund eftir inntöku á FOSAMAX áður en önnur lyf eru tekin inn. Frásog af bisfosfónötum minnkar mikið þegar fæðu er neytt samtímis inntöku þeirra. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** 10 mg einu sinni á dag. FOSAMAX skal taka a.m.k. 1/2 klst. Áður en matar eða drykkjar er fyrst neytt að morgni eða lyf tekin inn, þar sem sumir drykkir (þ.m.t. ölkelduvatn), matur og sum lyf geta líklega minnkað frásog á alendrónati. Sjúklingar mega ekki leggjast fyrr en 1/2 klst. eftir lyfjainntöku. Mikilvægt er, að sjúklingar með beinþynningu fái nægjanlegt kalsíum í fæði. Engar skammtabreytingar eru nauðsynlegar fyrir aldraða né fyrir sjúklinga með vægа skerðingu á nýrnastarfsemi. Ekki er ráðlegt að gefa FOSAMAX handa sjúklingum með alvarlega truflun á nýrnastarfsemi. **Skammtastærðir handa börnum:** FOSAMAX er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð (febrúar,2000):** 28 stk. 4522 kr. 98 stk. 13407 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþáttaka:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

Ráðstefnur og fundir

Þau sem koma þurfa á framfæri í þennan dálk upplýsingum um fundi, ráðstefnur o.fl. eru beðin að hafa samband við Læknablaðið.

6.-10. maí
Í Tampere, Finnlandi. 27th European Symposium on Calcified Tissues. Nánari upplýsingar í netfang: *secretariat@congcreator.com* og hjá Læknablaðinu.

7.-10. maí
Í Madrid. 3rd European Congress of Chemotherapy. Nánari upplýsingar á netfangi: www.congrex.com.ecc og hjá Læknablaðinu.

15.-30. maí
Í Peking. Conference Plus. GP Refresher Course. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

17.-20. maí
Í Árósum. 34. ársþing European Society for Clinical Investigation. Nánari upplýsingar í síma + 31 30 250 8787, bréfsíma +31 30 251 5724, netfang: *esci@digd.azu.nl*

4.-7. júni
Í Reykjavík. The AFAR biomedical aspects of osteoporosis and dementia and the Scientific Congress of the Nordic Gerontological Society. Nánari upplýsingar í bréfsíma 562 3345; netfang: *congrex @itb.is*

8.-10. júni
Í Chicago. Credentialing Physician Specialists: A Wold Perspective. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

9.-11. júni
Á Egilsstöðum. XIV. þing Félags íslenskra lyflækna. Nánari upplýsingar í netfangi: *birna@icemed.is*

12.-15. júni
Í Björgvin. Fyrsta norræna ráðstefnan í faraldsfræði. Upplýsingar um ráðstefnuna fást á slóðinni: *nofe.uib.no/Bergen2000* og einnig hjá Læknablaðinu.

14.-16. júni
Í Gautaborg. Protection Prevention Promotion on the Development and Future of Child Health Services. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

18.-21. júni
Í Jerúsalem. 2nd International Meeting on Intensive Cardiac Care. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og á slóð: *www.isas.co.il*

25.-28. júni
Í Reykjavík. XIV Nordiske Kongres I Retsmedicin. Nánari upplýsingar á netfangi: congrex@icelandtravel.is, asah@iceland travel.is og hjá Læknablaðinu.

28. júni -1. júlí
Í Viktoríu, Kanada. Pacific International Medical Congress 2000. A Vision Of The Future: Medicine For The New Millennium. Nánari upplýsingar í síma: (604) 688 3787, netfang: *jwood@woodwest. com*

28. júni-1. júlí
Í Reykjavík. 28. þing Norræna lýtalæknafélagsins. Upplýsingar veitir Rafn A. Ragnarsson, netfang: *rafna@rsp.is*

1. -8. júlí
Í Cannes. The 21st Wold Medical Games. Nánari upplýsingar á netfangi: info@medigames.com og hjá Læknablaðinu.

2.-9. júlí
Í Alaska. Glacier Cruise. Pacific International Medical Congress 2000 post conference event. Vision of Healing: Intergration of Complementary Medicine into our Traditional Medicine. Nánari upplýsingar í síma (604) 684 7327 og hjá Læknablaðinu.

6.-10. ágúst
Í Helsinki. 13th World Congress on Medical Law. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

6.-11. ágúst
Í Chicago, alþjóðleg ráðstefna um tóbak eða heilsu (11th World Conference on Tobacco or Health). Nánari upplýsingar á Læknablaðinu, heimasíðu ráðstefnunnar: *www.wctoh.org* eða hjá Pétri Heimissyni í síma 471 1400, netfang: *peturh@eldhorn.is*

12.-13. ágúst
Í Reykjavík. Physiological Mechanisms in Diabetes. Hliðarráðstefna í tengslum við sameiginlega ráðstefnu American Physiological Society og Scandinavian Physiological Society sem fram fer í Stokkhólmi 16.-19. Nánari upplýsingar: Ráðstefnur og fundir ehf., s. 554 1400 og Rafn Benediktsson læknir, netfang: *rafnbe@shr.is*

13.-16. ágúst
Í Kaupmannahöfn. Norræna heimilislæknaþingið.

27.-30. ágúst
Í Beer Sheve, Ísrael. AMEE 200 Conference. Horizon Scanning in Medical Education: 2020 Vision. Nánari upplýsingar hjá AMEE Office University of Dundee, Mrs. Pat Lilley, sími: +44 (0) 1382 631967, netfang: p.m.lilley@ dundee.ac.uk. og hjá Læknablaðinu.

31. ágúst-1. september
Í Stokkhólmi. Berzelius Symposium 54. The Swedish Society of Medicine. Nánari upplýsingar á netfangi: www.svls.se/media.html og hjá Læknablaðinu.

2.-5. september
Í Edinborg. Á vegum The Royal College of Physicians of Edinburgh. Healthcare for Older People: The UK Experience. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

6.-9. september
Í Tampere, Finnlandi. 3rd Nordic Health Promotion Research Conference. Outcomes in Health Promotion. Nánari upplýsinar á netfangi: www.uta.fi/laitokset/tsph/conference og hjá Læknablaðinu.

21.-24. september
Í London. Fifth World Congress of Bioethics. Imperial College. Nánari upplýsingar í netfangi: enquiries@ inanyeventuk.com og hjá Læknablaðinu.

8.-12. október
Í Istanbul. International Congress On Public Health: „Health 21" in Action. Nánari upplýsingar í netfangi: dekon@dedeman.com.tr og hjá Læknablaðinu.

2.-5. nóvember
Í Hong Kong. Second International Congress. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

22.-24. nóvember
Í Amsterdam. 3rd International Conference On Priorities In Health Care. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

3.-7. júni 2001
Í Tampere. Wonca Europe.

24.-27. júni 2001
Í Kaupmannahöfn. Europace 2001. The European Working Groups on Cardiac Pacing and Arrhythmias. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

1.-6. júlí 2001
Í Berlín. 7th World Congress of Biological Psychiatry. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

1.-6. júlí 2001
Í Vancouver. World Congress of Gerontology. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

Hádegisfundir Lífeðlisfræðistofnunar

Eftirfarandi erindi verða flutt á næstu vikum:

Dr. Leifur Þorsteinsson líffræðingur, Íslenskri erfðagreiningu – 4. maí: **Þáttur komplementstjórnprótína (markefna) í krabbameinsvexti.**

Dr. Þórður Helgason forstöðumaður, eðlisfræðideild Landspítala Hringbraut – 11. maí: **Beiting raförvunar við eftirmeðferð og aðra læknismeðferð.**

Þorgeir Pálsson yfirverkfræðingur, eðlisfræðideild Landspítala Hringbraut – 18. maí: **Fjargreining og fjarkennsla.**

Hans G. Þormar líffræðingur, Lífefna- og sameindalíffræðistofu, Læknagarði – 25. maí: **Svipgerðareinun á samupprunaröðum.**

Dr. Margrét Árnadóttir sérfræðingur í nýrnasjúkdómum, lyflækningadeild Landspítala Hringbraut – 8. júní: **ACTH og blóðfita; nýjar hliðar á verkun ACTH.**

Erla Dóris Halldórsdóttir hjúkrunarfræðingur/sagnfræðingur, Landspítala Fossvogi – 9. júní: **Holdsveikraspítalinn í Laugarnesi – miðstöð rannsókna.**

Jóhannes Helgason lífeðlisfræðingur, Lífeðlisfræðistofnun H.Í., Læknagarði – 15. júní: **Áhrif lactate jónar á öndun.**

Helga Bjarnadóttir líffræðingur, Lífefna- og sameindalíffræðistofu, Læknagarði – 22. júní: **Smíði á genaferju byggðri á MVV.**

Dr. Sigurjón B. Stefánsson geðlæknir og sérfræðingur í klínískri taugalífeðlisfræði, taugadeild Landspítala Hringbraut – 29. júní: **P-bylgjur í heilariti.**

Sigríður Hafsteinsdóttir B.S. nemi, Lífeðlisfræðistofnun H.í., Læknagarði – 6. júlí: **Glákulyf og samdráttargeta og slökun portaæðar.**

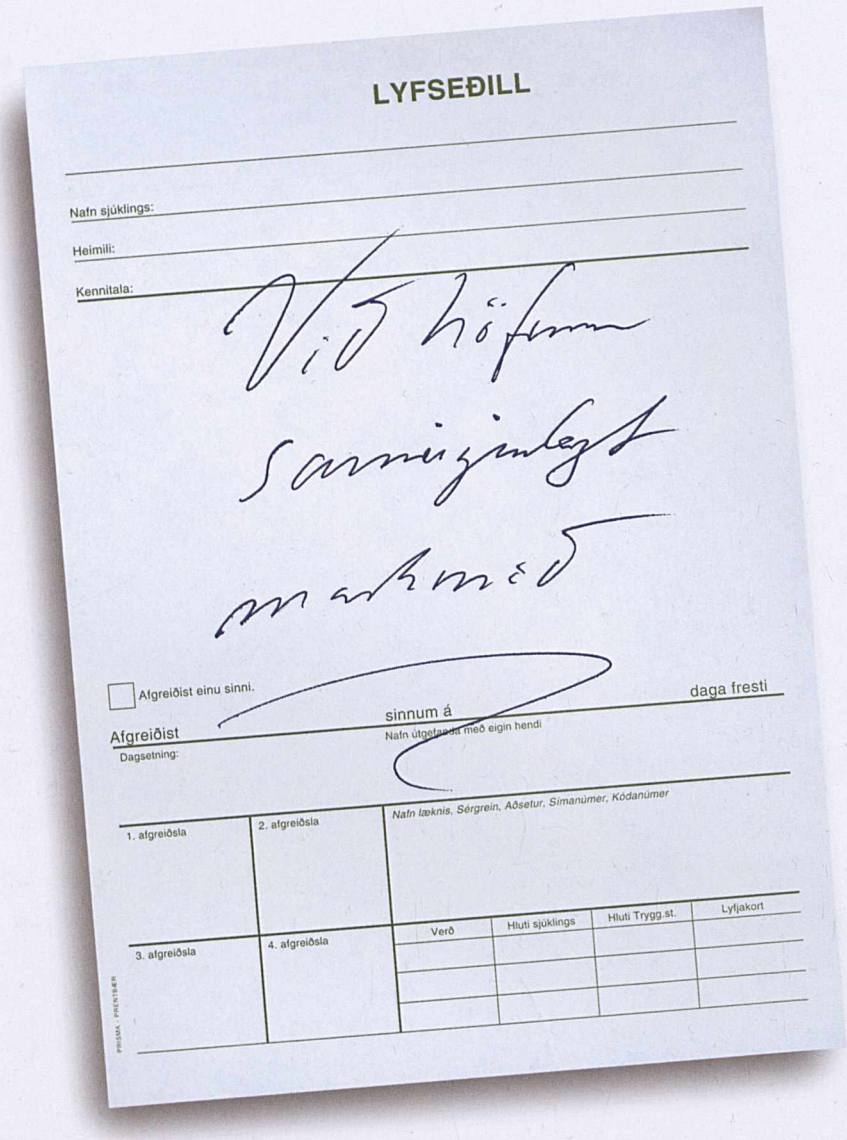
Erindin eru flutt í Læknagarði við Hringbraut og hefjast kl. 12.

Áskrifendur Læknablaðsins

sem ekki greiða áskriftargjald með félagsgjaldi til LÍ

Einhverjir áskrifenda munu enn eiga ógreidda reikninga fyrir áskrift að Læknablaðinu árið 1999. Eru þeir beðnir að greiða það hið fyrsta. Áskrift innanlands er kr. 6.840 en fyrir áskrifendur erlendis kr. 6.000, þar sem þeir greiða ekki virðisaukaskatt.

Reikningar fyrir áskrift ársins 2000 voru sendir út í janúar og eru þeir sem enn eiga eftir að greiða þá beðnir að gera það við fyrstu hentugleika.



Lífið er okkar lífsstarf

Pfizer er rannsóknarfyrirtæki í lyfjaframleiðslu sem hefur það
að markmiði að auka lífsgæði og bæta líðan fólks um víða veröld.
Þegar hámarksgæði og hagstætt verð lyfja fylgjast að opnast nýir möguleikar,
bæði við hefðbundna lækningameðferð og forvarnir.

Pfizer

Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA