Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



1/2001

Vandlega íhuguð blóðfitumeðferð



Öflugt



Víðtækt



Einfalt

ZARATOR - Pfizer. Hver tafla inniheldur: Atorvastatinum INN, kalsíumsalt (þríhýdrat), samsvarandi Atorvastatinum INN 10 mg, 20 mg eða 40 mg. **Ábendingar:** Of hátt heildarkólesteról, LDL-kólesteról, apólípóprótein B og þríglýseríð hjá sjúklingum með kólesterólhækkun af ókunnri orsök, arfgenga (fjölskyldutengda) kólesterólhækkun, blandaða blóðfituhækkun (svo sem IIa- og IIb-gerð skv. flokkun Fredericksons), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með sérstöku mataræði eða öðrum ráðstöfunum en lyfjagjöf. **Skammtar handa fullorðnum:** Sjúklingur á að byrja á stöðluðu kólesteróllækkandi mataræði áður en honum er gefið atorvastatín og ætti að halda því áfram á meðan á meðferð með atorvastatíni stendur. Venjulegur upphafsskammtur er 10 mg einu sinni á dag. Skammta á að ákveða fyrir hvern einstakling með tilliti til upphaflegs LDL-kólesterólgildis, markmiða meðferðarinnar og svörunar sjúklings. Skammta skal aðlaga (leiðrétta) með 4 vikna millibili eða sjaldnar. Hámarksskammtur er 80 mg einu sinni á dag. Lyfið má taka hvenær sólarhringsins sem er með eða án fæðu. Ekki þarf að breyta skömmtum vegna aldurs eða nýrnastarfsemi. **Börn:** Takmörkuð reynsla er af notkun atorvastatíns hjá börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins, virkur lifrarsjúkdómur eða óskýrð viðvarandi þreföld hækkun á transamínösum í blóði, vöðvakvillar (myopathia), meðganga, brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri verða að nota getnaðarvarnir. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Áhrif á lifur: Rannsaka skal lifrarstarfsemi áður en meðferð hefst og síðan reglulega meðan á meðferð stendur. Gera skal prófanir á lifrarstarfsemi sjúklinga ef merki eða einkenni um hugsanlegar lifrarskemmdir koma fram. Hækki transamínasagildi skal fylgjast með sjúklingum þar til gildi verða eðlileg. Hækki transamínasar meira en þrefalt miðað við efri mörk meðalgilda er mælt með því að minnka skammta eða stöðva atorvastatín gjöf. Nota skal atorvastatín með varúð hjá sjúklingum sem neyta mikils magns áfengis og/eða hafa fengið lifrarsjúkdóm. Áhrif á beinagrindarvöðva: Skýrt hefur verið frá vanjulegum vöðvaþrautum hjá sjúklingum, sem eru á atorvastatín meðferð. Komi fram greinileg hækkun á CPK-gildum eða ef vöðva-kvilli eða grunur um vöðvakvilla greinist skal hætta atorvastatín meðferð. Mæla skal CPK-gildi hjá þeim sjúklingum sem sýna merki eða einkenni um vöðvakvilla. Sé stöðug, greinileg hækkun á CPK-gildum er mælt með því að minnka skammta eða stöðva atorvastatín gjöf (sjá Milliverkanir). **Milliverkanir:** Hætta á vöðvakvilla eykst við meðferð með öðrum lyfjum í þessum flokki ef cyklósporín, fíbröt, erýtrómýsín, azól-sveppalyf eða níasín eru tekin inn samtímis og hefur í örfáum tilvikum leitt til rákvöðvasundrunar (rhabdomyolysis) auk skertrar nýrnastarfsemi af völdum vöðvarauðamigu (myoglobinuria). Atorvastatín umbrotnar fyrir áhrif cýtókróm P450 3A4 og skal því gæta varúðar þegar Zarator er gefið samtímis cýtókróm P450 3A4 hemli (t.d. cyklósporíni, makrólíðsýklalyfjum og azól-sveppalyfjum). Áhrif efna, sem örva cýtókróm P450 3A4 (t.d. rifampicín eða fenýtóín), á atorvastatín eru ekki þekkt. Blóðþéttni digoxíns, noretíndróns og etínýlestradíóls eykst við samtímis notkun atorvastatíns. Hafa skal þessar hækkanir á þéttni í huga þegar skammtar getnaðarvarnalyfja til inntöku eru ákveðnir. Blóðþéttni atorvastatíns lækkar þegar kólestípól eða sýrubindandi lyf, sem innihalda magnesíum og álhýdroxíð eru gefin samtímis. Við samtímis notkun atorvastatíns og warfaríns styttist prótrombíntími lítillega fyrstu daga meðferðarinnar en varð aftur eðlilegur innan 15 daga. **Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið getur valdið fósturskemmdum** og meðganga og brjóstagjöf eru frábendingar við notkun atorvastatíns. Konur á barneignaraldri eiga að nota öruggar getnaðarvarnir. **Aukaverkanir:** Algengar(>1%): Hægðatregða, vindgangur, meltingartruflanir, kviðverkir. Sjaldgæfar (0,1-1%): Höfuðverkur, ógleði, vöðvaþrautir, þróttleysi, niðurgangur og svefnleysi. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Hækkun á transamínösum í blóði, oftast væg og tímabundin. Hækkun á serumkreatín fosfókínasa (CPK)-gildum. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið skráðar í rannsóknum með atorvastatín, en óvíst um orsakatengsl: vöðvakrampar, vöðvaþroti, vöðvakvilli, tilfinningaglöp, kvilli í útlægum taugum, brisbólga, lifrarbólga, gallteppugula, lystarleysi, uppköst, hárlos, kláði, útbrot, getuleysi, blóðsykurshækkun og blóðsykurslækkun. Verkir fyrir brjósti, svimi og ofnæmi hafa einnig verið skráð í einstaka tilvikum. **Pakkningar:** Töflur 10 mg: 30 stk. (þynnupakkað), verð 4.409 kr.; 100 stk. (þynnupakkað), verð 12.562 kr. Töflur 20 mg: 30 stk. (þynnupakkað), verð 6.300 kr.; 100 stk. (þynnupakkað), verð 18.256 kr. Töflur 40 mg: 30 stk. (þynnupakkað), verð 9.331 kr.; 100 stk. (þynnupakkað), verð 27.965 kr. Lyfið er lyfseðilsskylt og greiðist samkv. greiðslufyrirkomulagi 0 í lyfjaverðskrá. **Frekari upplýsingar um lyfið er að finna í texta Sérlyfjaskrár 1998.**

Pfizer

Zarator®
atorvastatín

FRÆÐIGREINAR

Ritstjórnargreinar:

7 **Sjálfsvíg unglinga**
Óttar Guðmundsson

11 **Að nota lyf þegar hætt er að reykja**
Þorsteinn Blöndal

15 **Yfirlitsgrein. Greining á beinþynningu meðal aldraðra**
Gunnar Sigurðsson
Í þessari yfirlitsgrein er beinþynning skilgreind. Skýrt er hvaða bein skuli mæld og hvers vegna. Lýst er aðferðum við beinþéttnimælingar. Höfundur telur mikilvægt að vekja athygli heilbrigðisstarfsfólks og almennings á áhættuþáttum og afleiðingum beinþynningar og fræða um möguleika á greiningu og forvörnum.

23 **Orsakir langtímasykursteranotkunar á Íslandi og algengi forvarna gegn beinþynningu**
Unnsteinn I. Júlíusson, Friðrik Vagn Guðjónsson, Björn Guðbjörnsson
Rannsóknin náði til 191 einstaklings og var upplýsingum safnað í apótekum á Norð-Austurlandi, á heilsugæslustöðvum á svæðinu og á FSA. Höfundar telja, út frá niðurstöðum rannsóknarinnar, að um 2000 Íslendingar séu á samfelldri sykursterameðferð og margir þeirra hafi alvarlegar aukaverkanir sem tengja megi meðferðinni.

33 **Gæðastjórnun sýklalyfjagjafa á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 1994-1997. Fjárhagsleg áhrif**
Inga S. Þráinsdóttir, Smári Björgvinsson, Kristján Linnet, Anna Þórisdóttir, Bessi Jóhannesson, Haraldur Briem
Rannsóknin beindist að því að kanna kostnaðaráhrif sýklalyfjaeftirlitsins og meta áhrif þess á magn sýklalyfja sem notuð voru, en talið er að líkur á ónæmi sýkla gegn sýklalyfjum sé háð magni lyfjanna sem eru í umferð á hverjum tíma.

41 **Meðferð við tóbaksfíkn. Meðferðarvenjur heilsugæslulækna á Íslandi**
Ásgeir R. Helgason, Pétur Heimisson, Karl E. Lund
Rannsókn þessi er hluti samnorrænnar rannsóknar sem náði til Íslands, Noregs, Finnlands og Svíþjóðar og er hér einungis fjallað um íslensku niðurstöðurnar. Rannsóknin er hluti af átaki norrænu krabbameinsfélaganna til að aðstoða heilsugæslulækna í tóbaksvarnastarfi.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

1. tbl. 87. árg. Janúar 2001

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

Netfang: journal@icemed.is

Ritstjórn:
Emil L. Sigurðsson
Hannes Petersen
Hildur Harðardóttir
Karl Andersen
Vilhjálmur Rafnsson ábm.

Ritstjórnarfulltrúi:
Birna Þórðardóttir
Netfang: birna@icemed.is

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

Umbrot:
Sævar Guðbjörnsson
Netfang: umbrot@icemed.is

Blaðamaður
Anna Ólafsdóttir Björnsson
Netfang: anna@icemed.is

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.

Gegn ristli og herpes simplex sýkingum

VALTREX
VALACICLOVIR

Vinnur á einkennunum

Valtrex arftaki acíklóvírs, áhrifaríkara, einfaldari skömmtun, þolist jafnvel.[1,2]

Töflur: Hver tafla inniheldur: Valaciclovirum INN, hydróklóríð, samsvarandi Valaciclovirum INN 500 mg.
Ábendingar: Ristill (herpes zoster) hjá sjúklingum með eðlilegt ónæmiskerfi þar sem búist er við að sjúkdómurinn verði erfiður.
Herpes simplex sýkingar í húð og slímhúðum, þ.m.t. herpes genitalis bæði frumsýking og seinni endursýkingar.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir valacíklóvíri eða acíklóvíri.
Varúð: Skert nýrnastarfsemi getur leitt til uppsöfnunar lyfsins. Þarf því að aðlaga skammta að nýrnastarfsemi. Huga þarf að nægjanlegri vökvagjöf hjá eldri sjúklingum og sjúklingum með lækkun á kreatínínklerans.
Meðganga og brjóstagjöf: Klínísk reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum er takmörkuð. Dýratilraunir bentu ekki til fósturskemmandi áhrifa. Lyfið hafði ekki áhrif á frjósemi hjá rottum.
Í rannsókn þar sem 300 konur fengu acíklóvír á fyrsta þriðjungi meðgöngu hefur ekki orðið vart óæskilegra áhrifa á fóstur, benda má þó á meira aðgengi valacíklóvírs. Mælt er með að nota lyfið aðeins að mjög vel yfirlögðu ráði hjá barnshafandi konum. Lyfið útskilst í brjóstamjólk en áhrif á barnið teljast ólíkleg við venjulega skömmtun þess.
Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanir eru höfuðverkur og ógleði.
Algengar (>1%):
Almennar: Höfuðverkur, ógleði, uppköst.
Sjaldgæfar (0,1-1%):
Húð: Útbrot.
Mjög sjaldgæfar (<0,1%):
Almennar: Svimi.
Miðtaugakerfi: Rugl, ofskynjanir, syfja.
Einstök tilvik hafa sést af hækkun á bilirubini í blóði og lifrarenzymgildum svo og væg fækkun rauðra blóðkorna og blóðflagna. Þá hefur serum kreatíníngildi hækkað. Stöku sinnum verður vart þreytu og hárloss. Orsakasamband hefur þó ekki verið staðfest.
Milliverkanir: Címetidín og próbenisíð eykur flatarmál undir blóðþéttniferli um 20 og 40% fyrir acíklóvír vegna minnkaðs útskilnaðar í þvagi.
Athugið: Klínísk reynsla af notkun valacíklóvírs hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi er lítil.
Skammtastærðir handa fullorðnum:
Ristill (herpes zoster): 1 g þrisvar sinnum á dag í eina viku. Hefja skal meðferð sem fyrst eftir að einkenna verður vart, helst innan 72 klst. Aðlaga skal skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi skv. eftirfarandi töflu:

Keratínínklerans ml/mín	*Skömmtun*
15-30 ml/mín	1 g tvisvar/dag
(15 ml/mín	1 g / dag

Hjá sjúklingum sem eru á blóðskilun er mælt með sömu skömmtum og hjá sjúklingum með kreatínínklerans minni en 15 ml/mín., en skammturinn gefinn eftir hverja blóðskilun.
Herpes simplex: 500 mg tvisvar á dag í 5 daga. Við frumsýkingu getur verið þörf á að meðhöndla í allt að 10 daga. Skammtaaðlögun við verulega nýrnabilun: 500 mg einu sinni á dag.
Pakkningar: 10 stk. (þynnupakkað) 4.973.-; 42 stk. (þynnupakkað) 18.750.-.

Tilvísanir:

1. Beumer KR et al. Antrimjob. Agents Chemother. 1995; 39(7): 1546-1553
2. A placebo controlled study of Valtrex for the treatment of Genital HSV. Archiver of Intenar Medicine. In Press.



GlaxoWellcome

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930

48 **Af sjónarhóli stjórnar: Á morgni aldar**
Sigurbjörn Sveinsson

50 **Árshátíð LR**

Einkavæðing:
53 **Landspítalinn hf?**
Rætt við Þorkel Bjarnason
Anna Ólafsdóttir Björnsson

59 **Einkarekstur er engin trygging fyrir hagræðingu**
Rætt við Einar Oddsson
Anna Ólafsdóttir Björnsson

61 **Smásjáin**

62 **Fræðslusamtök um kynlíf og barneignir**
Anna Ólafsdóttir Björnsson

68 **Bráðvantar lækna til Palestínu**
Rætt við Svein Rúnar Hauksson
Anna Ólafsdóttir Björnsson

71 **Reyksíminn**

72 **Er ógn af erfðatækninni?**
Örn Bjarnason

77 **Íðorðasafn lækna 129. Ýmislegt smálegt**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

79 **Faraldsfræði 3. p<0,05! Orsakasamband?**
María Heimisdóttir

81 **Broshornið 11. Með hellu og sjóveiki**
Bjarni Jónasson

83 **Lyfjamál 91**

84 **Læknadagar**

92 **Námskeið/fundir**

93 **Lausar stöður/styrkir**

94 **Ólafur Þ. Jónsson heiðursfélagi Sværfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands**

Fréttatilkynningar

Sími Læknablaðsins er
564 4104
Bréfsíminn er 564 4106

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Messíana Tómasdóttir

Ljósm.: Þorvarður Árnason

Myndin sem prýðir forsíðu blaðsins að þessu sinni er tekin á sýningu á óperuverkinu **Maður lifandi.** Þar komu saman þrír listamenn sem hafa látið mikið að sér kveða í íslensku menningarlífi undanfarna tvo til þrjá áratugi, þau Messíana Tómasóttir, Karólína Eiríksdóttir og Árni Ibsen. Árni skrifaði textann, Karólína samdi tónlistina og Messíana sá um búninga og grímur. Auður Bjarnadóttir var leikstjóri sýningarinnar. **Messíana Tómasdóttir** hefur á síðustu 30 árum séð um búninga, leikmyndir eða grímur í á sjötta tug sýninga fyrir leiksvið og sjónvarp. Auk þess hefur hún haldið sjö einkasýningar á myndlist sinni og tekið þátt í samsýningum hér á Íslandi og erlendis. Fyrir þessi störf hefur hún hlotið fjölda viðurkenninga og var meðal annars valin borgarlistamaður í Reykjavík árið 1982.

Starf sviðsmynda- og búningahönnuðar í leiksýningum er oft ekki síður mikilvægt en starf leikstjórans þótt ekki beri alla jafna eins mikið á honum í umfjöllunum. Þegar Messíana kom til starfa undir lok sjöunda áratugarins eftir nám í Færeyjum, Danmörku og við Myndlista- og handíðaskóla Íslands var mikill uppgangur í íslensku leikhúsi og mikið um tilraunir og nýjungar. Fyrstu verkefni sín vann Messíana með Leikfélaginu Grímu sem einmitt þá stóð fyrir nýstárlegustu sýningunum. Í framhaldi hefur hún unnið við sýningar í ótal leikhúsum og leikfélögum og með flestum af helstu leikstjórum landsins. Framlag hennar á þessu sviði hefur verið sterkur þráður í þróun og þroska íslenskrar leiklistar þann tíma sem hún hefur lagt henni lið, enda hefur hún líka unnið við kennslu, bæði hér heima og annars staðar.

Þegar ferilskrá Messíönu er skoðuð sér maður lista yfir margar frumlegustu og litríkustu sýningar sem á svið hafa verið settar frá því hún hóf störf. Þá rennur upp fyrir manni hve stórt hlutverk hennar hefur verið þótt hún hafi ekki flíkað því sjálf.

Jón Proppé

Þetta er allt í höfðinu á þér



Zyban er eina nikótínlausa lyfið gegn reykingum.[1] Zyban verkar beint á nikótínfíknina í heilanum, dregur úr fráhvarfseinkennum og löngun til að reykja.[2-5]

ZYBAN®
bupropion HCl forðatöflur 150 mg

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

ZYBAN FORÐATÖFLUR – N06 A X 12 R O

Hver tafla inniheldur: Bupropionum INN, klóríð, 150 mg. **Ábendingar:** Zyban töflur eru ætlaðar, ásamt stuðningsmeðferð, til að aðstoða sjúklinga sem háðir eru nikótíni við að hætta reykingum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Meðferðarlengd: 7-9 vikur. **Skammtastærðir:** Meðferð ætti að hefjast á meðan sjúklingur reykir ennþá helst á 7.-14. degi meðferðar. Upphafsskammtur er 150 mg á dag, í þrjá daga en síðan 150 mg tvisvar á dag. Að minnsta kosti 8 klst. þurfa að líða á milli skammta. Ekki má taka meira en 150 mg í einum skammti og hámarksdagsskammtur er 300 mg. Ekki er mælt með notkun lyfsins hjá yngri sjúklingum en 18 ára. Gæta skal varúðar þegar Zyban er gefið öldruðum. Ekki er hægt að útiloka aukið næmi hjá sumum öldruðum einstaklingum. Ráðlagður skammtur fyrir aldraða er 150 mg einu sinni á dag. Gæta skal varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum með skerta nýrna- og lifrarstarfsemi. Ráðlagður skammtur er 150 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Sjúklingar sem hafa ofnæmi fyrir búprópíóni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins mega ekki nota Zyban né heldur sjúklingar með flogaveiki, geðhvarfasýki (bipolar disorder), slæma skorpulifur eða þeir sem greindir hafa verið með lotugræðgi eða lystarstol. Ekki má nota Zyban og MAO-hemla samtímis. A.m.k. 14 dagar ættu að líða frá því að meðferð með MAO-hemlum með óafturkræfa verkun lýkur og þar til meðferð með Zyban hefst. **Varúð:** Flog. Ekki ætti að nota stærri skammta af Zyban en ráðlagðir eru þar sem aukin hætta virðist vera á flogum með hækkandi skömmtum af búprópíón. Það er hætta á flogum samfara notkun á Zyban, en sterk tengsl virðast vera við fyrirliggjandi áhættuþætti. Því ætti að gæta sérstakrar varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum með einn eða fleiri þætti sem leitt geta til lægri þröskulds gegn flogum, svo sem sögu um höfuðáverka, æxli í miðtaugakerfi eða samtímis notkun annarra lyfja sem vitað er að geti aukið líkurnar á flogum (t.d. geðlyf, þunglyndislyf, teófyllín, sterar til inntöku). Auk þess þarf að gæta varúðar við klínískar aðstæður sem aukið geta hættuna á flogum, t.d. misnotkun áfengis. Einnig skyndilegt fráhvarf frá notkun áfengis eða benzódíazepína, meðferð á sykursýki með blóðsykurlækkandi lyfjum eða insúlíni og notkun örvandi lyfja eða megrunarlyfja. Gæta þarf varúðar þegar nikótínlyf og Zyban eru notuð samtímis og fylgjast þarf með því vikulega hvort meðferðin valdi hækkuðum blóðþrýstingi. **Ofnæmi:** Stöðva ber notkun á Zyban ef ofnæmisviðbrögð (t.d. útbrot, kláði, verkur fyrir brjósti, bjúgur eða mæði) koma fram hjá sjúklingum meðan á meðferð stendur. Lifverkir, vöðvaverkir og hiti hafa einnig komið fram í tengslum við útbrot og önnur einkenni sem benda til síðbúins ofnæmis. Þessi einkenni geta líkst blóðvatnsveiki (serum sickness). (Sjá kafla um aukaverkanir). Einkennin hafa gengið til baka hjá flestum sjúklingum þegar búprópíónmeðferð hefur verið hætt og meðferð með andhistamínum eða barksterum hafin. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Reykingum fylgir aukin CYP1A2-virkni. Eftir að reykingum er hætt getur dregið úr klerans þeirra lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli þessa ensíms. Þetta getur leitt til hækkaðrar þéttni þessara lyfja. Þetta getur einkum haft þýðingu fyrir lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 og hafa lækningagildi á þröngu þéttnisviði (t.d. teófyllín, takrín, klózapín). Klínískar afleiðingar þess að hætta að reykja á önnur lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 (t.d. imipramín, ólanzapín, klómipramín og flúvoxamín) eru ekki þekktar. Þrátt fyrir að búprópíón sé ekki umbrotið af ísóensími CYP2D6, hafa rannsóknir in vitro á P450 úr mönnum sýnt fram á að búprópíón og hýdroxýbúprópíón hemja CYP2D6 ferlið. Þess vegna ætti að hefja meðferð með lyfjum sem að mestum hluta eru umbrotin fyrir tilstilli þessa ísóensíms og hafa lækningagildi á þröngu þéttnisviði, þ.m.t. ákveðnum þunglyndislyfjum (t.d. desipramín, imipramín, paroxetín), geðlyfjum (t.d. risperidón, tíoridazín), betablokkum (t.d. metóprólól) og lyfjum við hjartsláttaróreglu af flokki 1 C (t.d. própafón, flecaínid) í tiltölulega lágum skömmtum. Þörf á sérstakri aðgæslu þegar Zyban er gefið samtímis lyfjum sem vitað er að hafa áhrif á CYP2B6 ísóensím (t.d. orfenadrín, cýklófosfamíð, ísófosfamíð). Nikótínforðaplástrar höfðu ekki áhrif á lyfjahvörf búprópíóns og umbrotsefna þess. Vegna þess að búprópíón er að stórum hluta umbrotið, þarf að gæta varúðar þegar það er notað samtímis lyfjum sem örva umbrot (t.d. karbamazepín, fenóbarbítal, fenýtóín) eða lyfjum sem hemja umbrot (t.d. valpróat), þar sem þau geta haft áhrif á klíníska virkni og öryggi þess. Gæta þarf varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum sem samtímis fá levódópa. Takmarkaðar klínískar upplýsingar benda til hærri tíðni aukaverkana (t.d. ógleði, uppköst, órói, eirðarleysi og skjálfti. Vegna milliverkana er tengjast lyfjahvörfum, getur þéttni búprópíóns eða umbrotsefna þess breyst og hætta á aukaverkunum (t.d. munnþurrki, svefnleysi, flogum) þar með aukist. Því ber að gæta varúðar þegar búprópíón er gefið samtímis öðrum lyfjum sem geta örvað eða hindrað umbrot þess. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki hefur verið sýnt fram á að óhætt sé að nota Zyban á meðgöngu. Það ætti að hvetja þungaðar konur til að hætta að reykja án lyfjameðferðar. Ekki ætti að nota Zyban á meðgöngu. Vegna þess að búprópíón og umbrotsefni þess eru skilin út í brjóstamjólk ber að ráða mæðrum frá því að hafa börn á brjósti þegar þær nota Zyban. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Eins og önnur lyf sem verka á miðtaugakerfið getur búprópíón haft áhrif á aðgerðir sem krefjast dómgreindar eða athygli eða hreyfistjórnunar. Einnig hefur verið greint frá því að Zyban hafi valdið svima eða ringli. Sjúklingar þurfa því að gæta varúðar við akstur eða stjórnun véla þar til að þeir eru vissir um að Zyban skerði ekki hæfni þeirra. **Aukaverkanir:** Eftirgreindar aukaverkanir hafa komið fram í klínískum tilraunum. Mikilvægt er að athuga að nikótínfráhvarfseinkenni (t.d. óróleika, svefnleysi, skjálfta, svitakóf) koma oft fram þegar fólk hættir að reykja. Sum þessara einkenna greinast einnig sem aukaverkanir af völdum Zyban. **Algengar (> 1%):** Almennar: Hiti. Meltingarfæri: Munnþurrkur, meltingartruflanir, þ.m.t. ógleði og uppköst, kviðverkir, hægðatregða. Miðtaugakerfi: Svefnleysi, skjálfti, skert einbeiting, höfuðverkur, svimi, geðdeyfð, eirðarleysi, kvíði. Húð / ofnæmi: Útbrot, kláði, aukin svitamyndun, ofnæmisviðbrögð svo sem ofsakláði. Skynfæri: Truflað bragðskyn. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Almennar: Brjóstverkur, þróttleysi. Hjarta og æðakerfi: Hraðtaktur, hækkaður blóðþrýstingur (stundum alvarlega), roði. Miðtaugakerfi: Rugl. Innkirtlar og efnaskipti: Lystarleysi. Skynfæri: Eyrnasuð, sjóntruflanir. **Mjög sjaldgæfar (<0,1%):** Hjarta og æðakerfi: Æðaútvíkkun, réttstöðuþrýstingsfall, yfirlið. Miðtaugakerfi: Flog. Tíðni floga er um það bil 0,1%. Algengust eru almenn "tonic-clonic" flog og stundum verður vart við rugl og minnisleysi að þeim loknum. Húð / ofnæmi: Alvarleg ofnæmisviðbrögð, þ.m.t. ofsabjúgur, andþrengsli/berkjukrampi og ofnæmislost. Lifverkir, vöðvaverkir og hiti hafa einnig komið fram í tengslum við útbrot og önnur einkenni sem benda til síðbúins ofnæmis. Þessi einkenni geta líkst blóðvatnsveiki (serum sickness). Einnig hefur verið greint frá regnbogaroðasótt (erythema multiforme) og Stevens Johnson heilkenni. **Ofskömmtun:** Auk ofangreindra aukaverkana hefur ofskömmtun valdið einkennum svo sem svefnhöfga, ofskynjunum og meðvitundarleysi. Þó að flestir sjúklingar hafi náð sér án eftirmála, hafa orðið dauðsföll hjá sjúklingum sem hafa tekið inn afar stóra skammta af lyfinu. Meðferð: Við ofskömmtun er innlögn á sjúkrahús ráðlögð. Tryggið loftveg, súrefnisstreymi og öndun. Magaskolun kemur til greina ef hún er framkvæmd fljótlega eftir inntöku. Einnig er mælt með notkun lyfjakola. Ekkert sérstakt mótefni við búprópíóni er til. **Pakkningar:** 60 stk. þynnupakkað og 100 stk. þynnupakkað. **Hámarksverð:** 60 stk.: 8.996 kr. 100 stk.: 11.645 kr. **Heimildir:** 1: Sérlyfjaskrá. 2: Ascher JA, Cole JO, Colin JN et al. Bupropion: A review of its mechanism of antidepressant activity. J Clin Psychiatry 1995; 56:395-401. 3: Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cesation. N Engl J Med 1997; 337:1195-1202. 4: Leshner AI. Understanding drug addiction: Implications for treatment. Hospital Practice. October 15,1996:47-59. 5: Pontieri FE, Gianluigi T, ÖrziF et al. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity of those of addictive drugs. Nature 1996;382:255-257. 25.09.00

Sjálfsvíg unglinga



Óttar Guðmundsson

Þýski heimspekingurinn Friedrich Nietzsche segir einhvers staðar; „Möguleikinn á að fremja sjálfsmorð hefur bjargað mörgu mannslífinu. Sjálfsmorðið er einhvers konar brunaútgangur út úr lífinu; mönnum verður rórra af því að vita af honum þótt þeir noti hann ekki." Þýski rithöfundurinn Hermann Hesse kallaði sjálfsvígið „neyðarútgang sem alltaf væri fyrir hendi". En hverjir eru það sem velja sér þennan neyðarútgang og af hverju?

Margir grískir heimspekingar litu svo á að sjálfsvíg væri eins konar heimspekleg frelsisyfirlýsing en sú skoðun breyttist mjög með kristninni enda leit kirkjan á sjálfsmorðið sem refsiverðan glæp gegn lögum manna og Guðs. Þessi fordæming kirkjunnar þýddi að sjálfsmorðingjar nutu venjulega engrar kirkjulegrar þjónustu, þeir voru ekki grafnir innan kirkjugarða heldur huslaðir utangarðs eins og hverjir aðrir óbótamenn.

Á átjándu og nítjándu öld fóru að koma upp raddir sem lögðu áherslu á það að sjálfsvígið væri sjúkdómur en ekki synd. Áhrif kirkju fóru minnkandi og ný, vísindalegri hugsun var að ryðja sér til rúms í hugmyndafræði mannkyns. Smám saman fóru sjálfsmorðingjar að fá greftrun eins og annað fólk og bölvun kirkjunnar var aflétt. Sigmund Freud hélt því fram árið 1917 að sjálfsvígið væri einkenni um geðsjúkdóm. Síðan hafa flestir sem um málið fjalla verið þeirrar skoðunar að sjálfsvíg beri að skoða sem hluta af alvarlegu þunglyndi.

Fæstir skilgreina verknaðinn lengur sem synd en á hinn bóginn stendur umræðan um sjálfsvígið milli þeirra sem telja að hver einstaklingur hafi fullan rétt á því að svipta sig lífi og hinna sem standa fastir á þunglyndiskenningunni og vilja með lyfjum eða annarri meðferð koma sjúklingunum yfir þetta erfiða tímaskeið. Inn í þessa umræðu blandast afdrif sjúklinga með ólæknandi sjúkdóma, réttur þeirra til að deyja, hvort þeir hafi eitthvað um það að segja, hversu lengi haldið skuli áfram að viðhalda lífi. Menn tala um dauðahjálp og óteljandi frásagnir erlendra blaða um rimmu sjúklinga og aðstandenda þeirra við lækna- og dómarastétt flækja þessa umræðu alla. Ef sjúklingur sem ekki eygir neinn bata vegna alvarlegs líkamlegs sjúkdóms á rétt á náðarsprautunni, hvað þá um einstakling sem sér ekki fram úr tilvistarþokunni vegna þunglyndis eða svartsýni? Á hann líka rétt á sömu aðstoð til að komast yfir landamærin?

Tilvistarspekingar nítjándu og tuttugustu aldar lögðu áherslu á frelsi einstaklingsins og ábyrgð hans á gerðum sínum. Hámark mannlegs sjálfræðis er að falla allsgáður fyrir eigin hendi á réttum tíma þegar sköpunarkraftur og lífsgleði eru horfin. Fjölmargir heimspekingar á öllum tímum hafa lagt orð í þennan belg enda telst enginn liðtækur í þeim hópi nema hann hafi einhverja skoðun á fyrirbærinu. Flestir sem um málið fjalla vitna í Albert Camus þar sem hann segir í Goðsögninni um Sísífos: „Það er bara eitt raunverulegt heimspekilegt vandamál til og það er sjálfsmorðið. Grundvallarspurning heimspekinnar er að úrskurða hvort lífið sé þess virði að lifa því eða ekki."

Geðlæknisfræðin leggur áherslu á það að sjálfsvígshugmyndir séu einkenni um alvarlegt þunglyndi en ekki tilvistarleg, heimspekileg lífsafstaða. Fyrir mér er erfitt að gera greinarmun á þessu tvennu enda er þunglyndisleg lífsskoðun oft samofin hugmyndum um tilgangsleysi, vonleysi og tóm tilverunnar.

Mín skoðun er sú að vaxandi tíðni sjálfsvíga í Vesturheimi stafi ekki af neinni tilvistarlegri sjálfstæðisyfirlýsingu heilbrigðra einstaklinga heldur sé verknaður framinn í örvinglan og uppgjöf stundarinnar. Sjálfsmorðinginn snýr baki við lífinu, afneitar því og lætur sig hverfa. Hvort heldur verknaðurinn er skyndilegur eða skipulagður, framinn út úr neyð eða fylgir í kjölfar langvinns þunglyndis, í stundaræði eða ekki; hann verður til í aðstæðum, þar sem einstaklingurinn með réttu eða röngu sér enga leið **út úr**.

Sjálfsvígum ungs fólks hefur fjölgað á Íslandi á síðustu árum. Reglulega berast fregnir af mannvænlegu fólki sem tekur þá ákvörðun að yfirgefa þetta líf og starfsfólk bráðamóttöku veit að sjálfsvígstilraunirnar eru enn fleiri. Þetta daður ungs fólks við dauðann á sér mjög flóknar ástæður. Dauðinn er spennandi eins og ókannað landsvæði sem allir eiga eftir að heimsækja. Unglingurinn finnur í lífsþorsta sínum fyrir þrá eftir þessu ókunna landi, fara og skoða sig um og jafnvel koma aftur. Suma langar til að reyna sig í glímu við Dauðann sem allir segja að sé ósigrandi. Foreldrar eiga erfitt með að skilja hvernig dauðaótti og dauðaþrá haldast í hendur.

Margir unglingar finna fyrir vaxandi leiða í nútímasamfélagi og óttast ekki Dauðann heldur lífið

Höfundur er sérfræðingur í geðlækningum.

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 rafrænu formi 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 er 20. hvers mánaðar nema annað sé tekið fram

VIOXX
MSD 990068 TÖFLUR M O1 A H

Virkt innihaldsefni: 12,5 mg eða 25 mg rofekoxib. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð við einkennum af völdum slitgigtar. Skammtar: Ráðlagður upphafsskammtur er 12,5 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 skamm, 12,5 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Rófekoxib 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 þörmum. Sjúklingum með langt gengna hjartabilun.

Varnaðarorð og varúðarreglur: Þegar blóðflæði um nýru er minnkað getur rófekoxíb dregið úr myndun prostaglandína og með því minnkað blóðflæði um nýru enn meira og þannig valdið skerðingu á nýrnastarfsemi. Þeir sem eru í mestri hættu m.t.t. þessa eru sjúklingar sem hafa verulega skerta nýrnastarfsemi fyrir, hjartabilun sem líkaminn hefur ekki náð að bæta upp, og sjúklingar með skorpulifur. Hafa skal eftirlit með nýrnastarfsemi slíkra sjúklinga. Gæta skal varúðar þegar meðferð er hafin hjá sjúklingum með verulegan vökvaskort. Ráðlegt er að bæta slíkan vökvaskort upp áður en meðferð með rófekoxíbi er hafin. Eins og á við um önnur lyf sem koma í veg fyrir myndun prostaglandína, hafa vökvasöfnun og bjúgur átt sér stað hjá sjúklingum á rófekoxíb meðferð. Þar sem meðferð með rófekoxíbi getur leitt til vökvasöfnunar 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. Eftirlit skal haft með öldruðum og sjúklingum með truflanir á nýrna-, lifrar-, eða hjartastarfsemi, þegar þeir eru á rófekoxíb meðferð. 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 (u.þ.b. þreföld eðlileg efri mörk, eða meira) hafa verið skráðar hjá u.þ.b. 1% sjúklinga í klínískum rannsóknum á rófekoxíbi. Ef sjúklingur fær einkenni sem benda til truflana á lifrarstarfsemi, eða niðurstöður úr lifrarprófum eru óeðlilegar, skal hætta rófekoxíb meðferð ef óeðlileg lifrarpróf eru viðvarandi (þreföld eðlileg efri mörk). Rófekoxíb getur dulið hækkaðan líkamshita. Notkun rófekoxíbs, sem og allra annarra lyfja sem hamla COX-2, er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar. Börn: Rófekoxíb hefur ekki verið rannsakað hjá börnum og skal aðeins gefið fullorðnum. Magn laktósu í hverri töflu er líklega ekki nægilegt til þess að framkalla einkenni laktósuóþols.

Milliverkanir: Hjá sjúklingum sem náð höfðu jafnvægi á langvarandi warfarín meðferð varð 8% lenging á prótrombíntíma í tengslum við daglega gjöf 25 mg af rófekoxíbi. Því skal hafa nákvæmt eftirlit með prótrombíntíma hjá sjúklingum sem eru á warfarín meðferð þegar rófekoxíb meðferð er hafin. Hjá sjúklingum með vægan eða miðlungsmikinn háþrýsting, varð örlítil minnkun á blóðþrýstingslækkandi áhrifum í tengslum við samhliða gjöf 25 mg af rófekoxíbi á dag og ACE-hemils í 4 vikur, miðað við áhrifin af ACE-hemlinum eingöngu. Hvað varðar önnur lyf sem hamla cýclóoxýgenasa, þá getur gjöf ACE-hemils samhliða rófekoxíbi, hjá sumum sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi, leitt til enn meiri skerðingar á nýrnastarfsemi, sem þó gengur venjulega til baka. Þessar milliverkanir ber að hafa í huga þegar sjúklingar fá rófekoxíb samhliða ACE-hemlum. Notkun bólgueyðandi verkjalyfja samhliða rófekoxíbi gæti einnig dregið úr blóðþrýstingslækkandi verkun beta-blokka og þvagræsilyfja sem og annarra verkana þvagræsilyfja. Forðast skal samhliða gjöf stærri skammta af acetýlsalicýlsýru eða bólgueyðandi verkjalyfja og rófekoxíbs. Samhliða gjöf cýklósporíns eða takrólímus og bólgueyðandi verkjalyfja getur aukið eiturverkanir cýklósporíns eða takrólímus á nýru. Eftirlit skal hafa með nýrnastarfsemi þegar rófekoxíb er gefið samhliða öðru hvoru þessara lyfja. Áhrif rófekoxíbs á lyfjahvörf annarra lyfja: Blóðþéttni litíums getur aukist af völdum bólgueyðandi verkjalyfja Hafa ber í huga þörf fyrir viðeigandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metótrexati þegar rófekoxíb er gefið samhliða metótrexati. Engar milliverkanir við dígoxín hafa komið fram. Gæta skal varúðar þegar rófekoxíb er gefið samhliða lyfjum sem umbrotna fyrst og fremst fyrir tilstilli CYP1A2 (t.d. teófyllíni, amitryptilíni, tacríni og zileútoni).Gæta skal varúðar þegar lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4 er ávísað samhliða rófekoxíbi. Í rannsóknum á milliverkunum lyfja, hafði rófekoxíb ekki klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf prednisóns/prednisólons eða getnaðarvarnartaflna (etinýlöstradíóls/norethindróns 35/1). Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf rófekoxíbs: Þegar öflugir cýtókróm P450 innleiðarar eru ekki til staðar, er CYP-hvatt umbrot ekki meginumbrotsleið rófekoxíbs. Engu að síður olli samhliða gjöf rófekoxíbs og rífampíns, sem er öflugur innleiðari CYP ensíma, u.þ.b. 50% lækkun á blóðþéttni rófekoxíbs. Því skal íhuga að gefa 25 mg skammt af rófekoxíbi þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir innleiðarar umbrots í lifur. Gjöf ketókónazóls (öflugur CYP3A4 hemill) hafði ekki áhrif á lyfjahvörf rófekoxíbs í blóði. Címetidín og sýruhamlandi lyf hafa ekki klínískt þýðingarmikil áhrif á lyfjahvörf rófekoxíbs. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun rófekoxíbs, sem og allra annarra lyfja sem hamla COX-2, er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar. Rófekoxíb á ekki að nota á síðasta þriðjungi meðgöngu þar sem það gæti, eins og önnur lyf sem hamla myndun prostaglandína, dregið úr samdrætti legs í fæðingu og valdið ótímabærri lokun á slagæðarás. Notkun rófekoxíbs hefur ekki verið rannsökuð hjá þunguðum konum í fullnægjandi samanburðarrannsóknum og skal því ekki nota lyfið á fyrstu tveimur þriðjungum meðgöngu nema væntanlegt gagn af meðferðinni réttlæti mögulega áhættu fyrir fóstrið. Ekki er vitað hvort rófekoxíb skilst út í brjóstamjólk, en það skilst út í mjólk tilraunadýra. 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 %):** Almennar: Bjúgur,vökvasöfnun, kviðverkir, svimi. Hjarta- og æðakerfi: Hár blóðþrýstingur. Meltingarfæri: Brjóstsviði, ógleði, óþægindi í efri hluta kviðar, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir. Taugakerfi: Höfuðverkur. Húð: Kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Almennar: Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkur. Meltingarfæri: Hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur. Augu, eyru, nef og kok: Eyrnasuð. Efnaskipti og næring: Þyngdaraukning. Stoðkerfi: Sinadráttur. Taugakerfi: Svefnleysi, svefnhöfgi, svimi.Geðræn einkenni: Geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa. Öndunarfæri: Andþyngsli. Húð: 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 og verð (desember, 2000):** Töflur 12,5 mg og 25 mg: 14 stk. 2756 kr. 28 stk. 4888 kr. 98 stk. 14555 kr Afgreiðsla: Lyfseðilsskylda, **Greiðsluþátttaka:** B. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.
Lyfjanefnd ríkisins 28.12.1999



MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

EIN Á DAG
VIOXX®
(rófekoxíb, MSD)

Sértækt - Áhrifaríkt - Einfalt

sjálft sem þeim finnst ógnvekjandi í miskunnarlausri kröfugerð sinni.

Þunglyndir unglingar, sem reyna að fyrirfara sér en er bjargað, tala sjaldnast um Dauðann, svo sjálfsagður er hann. Hann er orðinn eins og þaulsetinn leigjandi í sál þeirra sjálfra sem stjórnar athöfnum og hugsunum daglegs lífs. Dauðinn verður eina fótfestan á lífssvellinu. Slíkt hjálpræði Dauðans finna sérstaklega þeir unglingar sem langar til að fyrirfara sér vegna leiðinda „taedium vitae". Endalaus dauðasvefn verður eins og friðsælt sæluhús í lífsþokunni þar sem takmarkalaus friður ríkir í skarkala og vonbrigðum daglegs lífs.

Það er löngu þekkt að sjálfsvíg geta verið eins og smitandi faraldur þar sem sjálfsmorð eins hrindir öðrum inn í eilífðina og svo áfram koll af kolli. Margar sagnir bæði frá Íslandi og öðrum löndum eru til um slíkt. Þegar foreldri fyrirfer sér aukast líkur á því að börn þeirra feti í sömu dapurlegu sporin síðar á lífsleiðinni. Sjálfsvíg unglinga geta orðið til að sveipa verknaðinn dýrðarljóma í augum eftirlifandi vina og kunningja. Jarðarför, grátur, sorg og músík verður eins og tilkomumikil leiksýning þar sem hinn látni leikur í fyrsta og síðasta skiptið á ævi sinni langþráð aðalhlutverk. Dauðinn verður skyndilega eftirsóknarverður og sjálfsvígið aðgöngumiði að leiksviði sorgarinnar þar sem hinn látni fær að standa einn smástund og lifa í minningunni um langt skeið.

Hátterni dauðans hefur gjörbreyst á síðustu áratugum. Hann hefur fjarlægst úr venjulegri tilveru fólks en tekið sér bólfestu á sjúkrahúsum og sérstökum stofnunum. Þessi fjarlægð gerir hann enn óraunverulegri en hann var áður. Ég tel að þessi fjarlægð dauðans geri sjálfsvígið að eftirsóknarverðum kosti þegar einhver vandamál kveðja dyra. Fólk veltir fyrir sér sjálfsvígi án þess að gera sér fulla grein fyrir endanleika dauðans vegna þess hversu óraunverulegur og fjarlægur hann er orðinn. Sumt ungt fólk, sem ég hef talað við eftir misheppnaða sjálfsvígstilraun, segist ekki hafa ætlað að hverfa á brott úr þessum heim fyrir fullt og allt heldur einungis sofna um stund, hefna sín á umhverfinu og koma svo aftur eins og ekkert hefði í skorist.

Einhver líkti lífinu við lestarferð. Enginn fer þó sjálfviljugur eða vitandi vits um borð eftir að hafa legið lengi yfir lestaráætluninni og ákveðið hvert förinni er heitið. Eftir nokkra stund vakna menn til lífsins í lestarklefa, virða fyrir sér samferðamenn sína og reyna að gera sitt besta við þessar kringumstæður. Enginn man hvenær eða hvernig hann komst um borð. Sjálfsvitundin er eins og jurt sem lengi þarf að hlúa að áður en sjálfið verður til. Lestin er búin að vera á ferðinni í mörg þúsund ár. Margir sem ferðast með lestinni gera það alls ekki vegna þess að ferðalagið sé þess virði eða skemmtilegt, heldur eru þeir of ragir að hoppa út úr vagninum. Yfir hverri einustu dyrum stendur skrifað að leyfilegt sé að hoppa: „Springen erlaubt - Sautez s´il vous plaît - Permersso saltare - Please adjust your clothes before jumping off."

Stundum finnst mér reyndar furðu sæta að fleiri skuli ekki fyrirfara sér en raun ber vitni, sem kannski er til merkis um þol mannsins gagnvart mótlæti. Langstærstur meirihluti fólks sættir sig við lestarferðina eins og hún er þótt oft sé freistandi að hoppa út um næstu dyr. Flestir velja að gera það ekki heldur bíða þess að einhverjir sjúkdómar eða óhöpp komi og fleygi þeim nauðugum út. Jafnvel þótt trúarbrögð og samfélag leggi allt kapp á að hindra menn í að velja þessa leið er hún samt fær og greið, gild sem örþrifaráð, og margir sem velja hana.

Það hlýtur að vera skylda hvers samfélags að koma í veg fyrir sjálfsvíg með öllum tiltækum ráðum; neyðarmóttöku og viðtalaþjónustu og kembileit að áhættuhópum eða einstaklingum sem teljast vera í meiri hættu en aðrir. Því miður mun okkur aldrei takast að koma í veg fyrir sjálfsvíg ungs fólks eða annarra. Dauðavitundin býr innra með okkur öllum og þol einstaklingsins gagnvart áföllum, leiðindum og vonleysi er mjög mismunandi. Einhverjir munu á öllum tímum taka þá ákvörðun að ljúka lestarferð síns eigin lífs löngu áður en það er tímabært. Mestu skiptir þó að átta sig á því að hvert sjálfsvíg eða sjálfsvígstilraun er ákaflega flókið fyrirbæri þar sem lífslöngun einstaklingsins er ekki nægilega mikil. Allar aðgerðir sem efla tilfinningu fólks fyrir lífinu sjálfu og sjálfsögðum endalokum þess, dauðanum, eru því af hinu góða.

FORÐAHYLKI; N 06 A A 22R Hvert forðahylki inniheldur: Venlafaxínum INN, klóríð, samsvarandi Venlafaxínum 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 hjartadrep, 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 (hléþrýstingur 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 tviskauta geðlægð (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til oflætisfasa. 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. serótóníunupptökuhemlum, 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 litíum, díasepami 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 klínídíni 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, kvíðverkir, þyngdarminnkun eða þyngdaraukning, svitakóst, eyrnasuð, svími, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavíkkun, hjartslátturónot. 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: Ástmi. 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. Aukaverkanimar 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 serótóníns 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. Prótínbinding 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 tvísvar til þrísvar sinnum minna aðgengi fyrir venlafaxín og tvísvar til þrísvar 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%

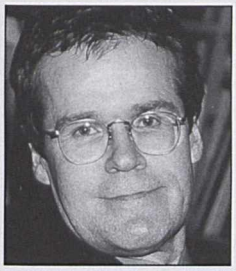
*Entsuah R, Rudolph R, Salinas E. A comparative pooled analysis between venlafaxine and SSRIs on remission for patients with major depression. Poster presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, D.C., May 1999.

WYETH LEDERLE

Austurbakki hf.
Köllunarklettsvegur 2, 104 Reykjavík

EFEXOR DEPOT
HVERS VEGNA BÍÐA

Að nota lyf þegar hætt er að reykja



Þorsteinn Blöndal

Höfundur er sérfræðingur í lungnalækningum og yfirlæknir á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur.

Það er gagnlegt að eiga fleiri valkosti en nikótínlyf þegar glímt er við reykingar. Reykingar valda krabbameinum og flýta fyrir æðakölkun. Þær leiða einnig til kransæðasjúkdóms, æðaþrengsla í fótum, æðagúls og heilaslags. Dýratilraunir gefa til kynna að nikótín geti stuðlað að æðakölkun en engin afgerandi gögn um það hafa komið fram við rannsóknir á mönnum (1). Það er ekki unnt að fullyrða að nikótín sé skaðlaust í þessu tilliti þótt allténT megi segja að nikótín eitt sér sé skárra en reykingar.

Við reykbindindi er staðfesta reykingamannsins aðalatriðið og sá stuðningur sem hann nýtur. Það er ekki lengur umdeilt að nota nikótínlyf sem hækju þegar hætt er að reykja enda hafa þau sannað gildi sitt í yfir 80 rannsóknum (2). Ýmis lyfjaform nikótíns hafa verið þróuð til að auðvelda varanlegt reykbindindi. Má þar nefna tyggigúmmí, forðaplástur, nefúðalyf, innsogslyf og tungurótartöflur. Í grófum dráttum má segja að slík lyf tvöfaldi árangurinn og er hann þá mældur sem samfellt reykbindindi í 365 daga (2-3). Þetta þýðir að 10-30% þeirra sem reyndu að hætta eru enn reyklausir einu ári síðar, allt eftir því hve mikill stuðningur var veittur ásamt nikótínlyfinu. Önnur lyf hafa ekki staðið til boða.

Hvers vegna er árangurinn ekki betri en raun ber vitni? Mannleg breytni með öllum leynihólfum sínum er eins og fjölmúlavíl sem ekki verður upp lokið „nema til komi kvæðið“. Sumir reykja vegna eftirsóknarverðra áhrifa nikótíns eins og þeirra að auka árvekni, minnka þreytu og auðvelda slökun. Aðrir reykja vegna þess unaðar sem fyrstu sígarettur dagsins veita en fá ekkert út úr hinum. Mismunandi ástæður eru líka fyrir því að tilraunir til að hætta að reykja fara út um þúfur svo sem skapillska, stöðugt hungur og streita. Einnig erfiðleikar að einbeita sér og of mikil áfengisneysla. Hræðsla við að nota nikótínlyf grefur oft undan árangri. Svo er hitt að nikótínlyf verka misvel og svörun við þeim er einstaklingsbundin. Þeim eldri gengur betur að hætta en þeim yngri.

Fráhvarfseinkenni eins og leiði og þunglyndi, eru algeng fyrstu vikurnar en oft líka mörgum mánuðum eftir upphaf reykbindindis. Kunnugt er að hjá þeim sem hætta að reykja er verkun boðefna eins og dópamíns, nóradrenalíns og serótóníns í lágmarki og þunglyndislyf geta framlengt og aukið áhrif þessara boðefna. Í tilraunum með þunglyndislyf í reykbindindi hefur það sýnt sig að einkum tvö lyf, nórtryptilín og búprópíon standa upp úr og auka líkur á árslöngu samfelldu reykbindindi. Prófun á öðrum lyfjum, til dæmis sertraline (4), venlafaxine(4) og citalopram (5) bar engan árangur. Prófun á flúoxetíni hefur ekki sýnt einhlítar niðurstöður (5-6).

Tvær rannsóknir hafa sýnt fram á virkni nórtryptilíns við meðferð reykinga (7-8). Svipað og búprópíon hindrar það endurupptöku nóradrenalíns í taugaenda og minnkar boð frá bláskák (locus ceruleus). Það hindrar endurupptöku serótóníns en ekki endurupptöku dópamíns, hvort tveggja öfugt við búprópíon (6). Hall notaði 100mg á dag og mat árangur sem samfellt reykbindindi í 12 mánuði en Prochazka notaði 75mg á dag og mat árangur sem samfellt reykbindindi í sex mánuði. Reykbindindi í þessum tveimur rannsóknum var 2,83 falt líklegra í nórtryptilínhópi heldur en lyfleysuhópi, 95% öryggismörk: 1,59-5,03 (3). Algengasta aukaverkun nórtryptilíns var munnþurrkur, breytt bragðskyn, syfja og óþægindi frá meltingarfærum. Það getur valdið alvarlegum og jafnvel lífshættulegum hjartsláttartruflunum ef það er tekið í hærri skömmtum en mælt er með.

Búprópíon (amfebutamone) er amínóketóna og líkist díetýlprópíoni sem hefur verið notað sem megrunarlyf. Það ræsir semjukerfið (sympatic nervous system) líkt og nikótín gerir. Búprópíon er talið verka með því að koma í veg fyrir endurupptöku dópamíns og nóradrenalíns í taugaenda og mögulega með því að draga úr boðum frá bláskák (5). Örvandi eiginleikar lyfsins gagnast gegn sleni sem er hluti af fráhvarfseinkennum nikótíns. Þegar búprópíon er notað gegn reykinganauð er byrjað viku fyrir reykbindindi og lyfið tekið í sjö til níu vikur. Í skammtarannsókn á áhrifum lyfsins voru lyfleysa, 100mg/dag, 150mg/dag og 300mg/dag borin saman og sýndu niðurstöður jákvætt línulegt samband milli skammta og svörunar (9).

Í annarri rannsókn var búprópíon eitt sér marktækt virkara (18,4% í reykbindindi eftir eitt ár) en nikótínplástur (9,8%). Það gaf enn betri raun að nota búprópíon og nikótínplástur saman (22,5%) en að nota nikótínplástur einan sér (9,8%) (10). Árangur fjögurra birtra rannsókna á einungis búprópíóni mældur sem 12 mánaða samfellt reykbindindi var 2,73 falt líklegri meðal þeirra sem fengu búprópíon heldur en meðal þeirra sem fengu lyfleysu, 95% öryggismörk: 1,90-3,94 (4). Með notkun búprópíons þyngdust þátttakendur síður borið saman við lyfleysuhóp.

Önnur rannsókn kannaði áhrif langvarandi búprópíonnotkunar til að hindra að reykingar tækju sig upp eftir að fráhvarfstíminn (einn til tveir mánuðir) var liðinn (11-12). Búprópíon seinkaði því að reykingar tækju sig upp. Þó kom í ljós að einu ári eftir að meðferð lauk og tveimur árum eftir upphaf

reykbindindis voru þrír fjórðu þeirra sem voru í reykbindindi eftir fyrstu sjö vikurnar farnir að reykja aftur og marktækur munur milli samanburðarhópanna var ekki lengur til staðar.

Algengustu aukaverkanir búprópíons eru svefntruflanir (30-40%), munnþurrkur (10%) og ógleði (13). Í rannsókn Hurts (9) urðu 5-8% að hætta á búprópíoni vegna aukaverkana en í 5% í lyfleysuhópi. Í rannsókn Jorenbys (10) voru samsvarandi tölur 12% fyrir búprópíon, 7% fyrir nikótínplástur, 11% fyrir búprópíon og nikótínplástur og 4% fyrir lyfleysuhóp. Fyrri tilraunir með búprópíon, sem lyf gegn þunglyndi, bentu til aukinnar hættu á krampa og hækkuðum blóðþrýstingi. Krampar tengdust styrk lyfsins í sermi og var áhættan 0,1% við 300mg á dag og 0,4% við 450mg á dag (5). Áhættan var meiri hjá þeim sem höfðu fyrri sögu um krampa, heilaáverka eða drykkjusýki. Við notkun á 150mg forðatöflum með dagskömmtum 300mg á dag, gefið í tveimur skömmtum, virðist tíðni krampa ekki vera meiri en 1/1000. Með forðatöflunum frásogast lyfið hægar og hugvirku áhrifin koma ekki eins snöggt. Lyfinu skal alls ekki ávísa þeim sem hafa flogaveiki eða þar sem hætta er á krömpum. Hluti þeirra sem vilja hætta að reykja eru þegar á lyfjum gegn þunglyndi. Nauðsynlegt getur verið að minnka skammta þeirra lyfja ef umbrot búprópíons er á sama stað í lifrinni.

Búprópíon er einfalt í notkun og losar neytandann strax við nikótín. Það er lítið eða ekki ávanabindandi, virkar gegn þunglyndi og má sameina nikótínlyfjum ef þörf krefur. Ókostir þess eru að við mikil fráhvarfseinkenni reykinga er ekki hægt að auka við skammta líkt og gera má við nikótínlyf. Hátt verð og svefntruflanir geta líka spillt fyrir. Krampaáhætta virðist lítil ef gagnábendingar eru virtar og forðatöflur notaðar. Ítarlegri rannsóknir á virkni búprópíons eru nauðsynlegar meðal annars til að meta betur notagildi þess borið saman við nikótínlyf. Það er einnig þörf á fleiri rannsóknum þar sem fleiri lyf eru gefin samtímis með það fyrir augum að minnka hættu á að reykingar taki sig upp þegar frá líður.

Nikótín er það efni í tóbaki sem viðheldur reykingum og þess vegna er eðlilegt að heimila nikótínlyf í lausasölu fyrst sígarettur eru seldar í lausasölu. Reykingamenn sem hætta upp á eigin spýtur og nota nikótínlyf auka líkur sínar á reykbindindi úr um 5% í 10% (3). Ef þeir fara að reykja aftur er ólíklegt að ná betri árangri með sömu aðferð. Þá getur komið til kasta læknis að ráðleggja næsta skref. Við slíka tilraun til reykbindindis geta reykingamenn aukið líkur sínar á reykbindindi úr 10% í 20% ef þeir nota búprópíon og/eða nikótínlyf (14-15). Nórtryptilín er lakari valkostur á þessu stigi. Ekki er unnt að fullyrða að búprópíon sé betra en nikótínlyf eða öfugt en það ætti í öllu falli ekki að ávísa búprópíoni nema eftir viðtal og skoðun. Við valið þarf að taka tillit til vilja sjúklings, fyrri tilrauna til að hætta að reykja, aukaverkana, ávinnings af reykbindindi og annarra þátta. Kostnaðargreining setur aðgerðir gegn reykingum hátt á lista yfir skynsamlega nýtingu fjármuna í heilbrigðisþjónustu.

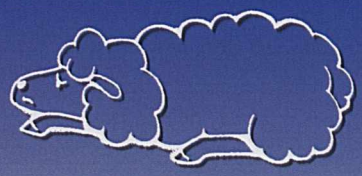
Búprópíon er góð viðbót í vopnabúrið og fyrsta nýja lyfið gegn reykingum í 15 ár sem ekki er nikótín. Það er virkt gegn reykingum og skapar sóknarfæri til að bæta heilsu einstaklinga og þjóða. Í dag reykja 25% Íslendinga á aldrinum 18-69 ára. Einn af hverjum tveimur sem reykja ævilangt deyja ótímabærum dauða vegna reykingasjúkdóma. Lyfjameðferð þegar hætt er að reykja hefur sannað gildi sitt og er með virkustu leiðum sem þekktar eru að varanlegu reykbindindi.

Heimildir

1. Neal L. Benowitz. Nicotine Toxicity. In: Ferrence R, Slade J, Room R, Pope M, eds. Nicotine and Public Health. Washington: United Book Press; 2000: 65-76.
2. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 1999. Oxford: Update Software. [Context Link]
3. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent advances in pharmacotherapy of smoking. JAMA 1999; 281: 72-6.
4. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software. [Medline Link]
5. Benowitz NL, Peng MW. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. Mechanisms and prospects. CNS Drugs 2000: 13: 256-85.
6. Blondal T, Gudmundsson LJ, Tomasson K, Jonsdottir D, Hilmarsdottir H, Kristjansson F, et al. The effects of fluoxetine combined with nicotine inhalers in smoking cessation - a randomized trial. Addiction 1999; 94: 1007-15.
7. Hall SM, Reus VI, Munoz RF, Sees KL, Humfleet G, Hartz DT, et al. Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 683-90.
8. Prochazka AV, Weaver MJ, Keller RT, Fryer GE, Licari PA, Lofaso D. A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. Arch Intern Med 1998; 158: 2035-9.
9. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997; 337: 1195-202.
10. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999; 55: 685-91.
11. Hays JT, Hurt RD, Rigotti N, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, et al. A randomized controlled trial of sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention following smoking cessation. Ann Behav Med. In press 2000.
12. Hays JT, Hurt RD, Wolter TD, Buist AS, Niaura R, Rigotti N, et al. Bupropion-Sr for relapse prevention [abstract]. Society for Research on Nicotine and Tobacco Annual Conference; 2000 Feb 18-20; Arlington VA 2000. [Fulltext Link] [Medline Link]
13. Goldstein MG. Bupropion sustained release and smoking cessation. J Clin Psychiatry 1998; 59/Suppl 4: 66-72.
14. RCP 2000. Non-nicotine medications for treating nicotine addiction. In: Nicotine Addiction in Britain. London: Royal College of Physicians; 2000: 147-151.
15. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al, eds. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; June 2000.

Aventis

Góður dagur hefst með góðri nótt



IMOVANE®

Virkt innihaldsefni: Zopliclonum 7,5 mg. Zópíklón er svefnlyf sem er efnafræðilega óskylt öðrum svefnlyfjum, en hefur eins og benzódíazepínsambönd sækni í bindistaði GABA-viðtækja. Imovane verkar innan 30 mínútna, lengir svefntíma og fækkar andvökum. REM-svefn og djúpur svefn helst við venjulega skammta. Aðgengi lyfsins er 80% við inntöku. Imovane er umbrotið í lifur, en umbrotsefni eru ekki að fullu þekkt. 5% útskiljast óbreytt í þvagi. Helmingunartími í blóði er 4 - 6 klst. lengri hjá öldruðum og sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Ekki hefur verið sýnt fram á þolmyndun varðandi áhrif lyfsins á svefn. **Ábendingar:** Tímabundið svefnleysi. Hjálparmeðferð (tímabundin) við langvarandi svefnerfiðleikum. **Frábendingar:** Alvarleg lifrarbilun. **Varúð:** Við skerta lifrarstarfsemi eða vöðvaslensfár svo og hjá öldruðum ber að sýna varúð við notkun lyfsins. Einnig skal sýna varúð við samtímis gjöf annarra slævandi lyfja eða neyslu áfengis. **Meðganga og brjóstagjöf:** Reynsla af notkun lyfsins hjá þunguðum konum er takmörkuð, en dýratilraunir benda ekki til fósturskemmandi áhrifa. Að svo stöddu er ekki mælt með notkun lyfsins á meðgöngu. Óvíst er hvort lyfið útskilst í brjóstamjólk. **Aukaverkanir:** U.þ.b. 10% sjúklinga fá einhverjar aukaverkanir. Algengast er biturt bragð í munni (4%). Algengar (>1%): Biturt bragð í munni. Munnþurkur. Syfja. Sjaldgæfar (0,1-1%): Höfuðverkur og svimi. Órói. Breytt draumamynstur. Ógleði. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Hræðslutilfinning. Ofskynjanir. Rugl. Einbeitingarskortur og minnistruflanir. Húðútbrot. **Milliverkanir:** Bælandi verkun á miðtaugakerfi getur aukist við samtímis notkun sterkra geðlyfja, svefnlyfja, kvíðastillandi/róandi lyfja, geðdeyfðarlyfja, sterkra verkjalyfja, flogaveikilyfja, svæfingalyfja og andhistamínlyfja sem hafa slævandi verkun. Áhrif erýtrómýsíns á lyfjahvörf zópíklóns hafa verið rannsökuð hjá 10 heilbrigðum einstaklingum. Aðgengi (AUC) jókst um 80% þegar erýtrómýsín var til staðar sem bendir til að erýtrómýsín geti hamlað umbroti lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli CYP 3A4. Vegna þessa getur svæfandi verkun zópíklóns aukist. **Skammtastærð:** Handa fullorðnum: Venjulegur skammtur er 1 tafla (7,5 mg) 15-30 mínútum fyrir svefn. Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum. **Athugið:** Vegna ávanahættu er eindregið varað við langvarandi notkun. Vara skal sjúklinga við akstri bifreiða eða stjórnun annarra vélknúinna tækja vegna minnkaðs viðbragðsflýtis. Einnig ber að vara sjúklinga við samtímis neyslu áfengis. **Pakkningar og hámarksverð (apríl 2000):** 10 stk. (þynnupakkað) 329 kr. 30 stk. (þynnupakkað) 839 kr. 100 stk. (þynnupakkað, sjúkrahússpakning) 1.880 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylda. Greiðsluþátttaka: 0. **Einkaumboð á Íslandi:** Pharmaco hf.,

Heimildir: 1) Kerr JS et al. Human Psychopharmacology, Vol 10, 221-229, 1995 2)Inman et al. Pharmacoepidemiology and drug safety, Vol 2, 449-5231, 1993 3) Styttur texti sérlyfjaskrár 1. apríl 2000.

Ábendingar: Tímabundið svefnleysi. Hjálparmeðferð (tímabundin) við langvarandi svefnerfiðleikum.

Helmingunartími í blóði er 4-6 klst.[3] - litlar líkur á að vakna of fljótt.

- *Imovane® verkar fljótt[1)3)]*
- *Imovane® lengir svefntíma og fækkar andvökum - REM-svefn og djúpur svefn helst við venjulega skammta[1)3)]*
- *Í rannsóknum hefur hvorki verið sýnt fram á þolmyndun né ávanahættu[1)2)]*

Oropram

cítalópram



Hamingja hversdagsins er ekki alltaf gefin

Tafla, filmuhúðuð; N 06 A B 04 R B

Hver tafla inniheldur: Citalopranum INN, hýdróbrómíð, samsvarandi Citalopranum INN 10 mg, 20 mg eða 40 mg, litarefni (títantvíoxíð) E171, et constit. q.s.

Ábendingar: Þunglyndi. Felmtursköst (ofsahræðsla) með eða án víðáttufælni (panic disorder with or without agarophobia). **Skammtar og lyfjagjöf: Skammtar handa fullorðnum:** Lyfið er gefið einu sinni á dag, en skammtar eru breytilegir. **Þunglyndi:** Upphafsskammtur er 20 mg á dag, en má auka í 40 mg á dag, ef þörf krefur. Ekki er mælt með hærri skömmtum en 60 mg á dag. Hjá sjúklingum eldri en 65 ára er ráðlagður skammtur helmingur ofangreindra skammta, þ.e. 10-30 mg á dag, að hámarki 40 mg á dag. Mikilvægt er að gefa lyfið a.m.k. í 2-3 vikur áður er árangur meðferðarinnar er metinn. Meðferðarlengd er 4-6 mánuðir eftir svörun sjúklings. **Felmturköst:** Lágir skammtar eru notaðir í upphafi meðferðar til að draga úr líkum á versnun sjúkdómsins. Ráðlagður upphafsskammtur er þannig 10 mg á dag. Eftir einnar viku meðferð er skammturinn aukinn í 20 mg á dag. Venjulegur viðhaldsskammtur er 20-30 mg á dag. Ef svörun er ófullnægjandi má auka skammtinn en ekki er mælt með hærri skömmtum en 60 mg á dag. Við meðferð á felmturköstum nær árangur hámarki eftir u.þ.b. 3 mánuði og er viðvarandi við áframhaldandi meðferð. **Skammtar handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir cítalóprami eða einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Samtímis notkun MAO-hemla. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Gæta skal varúðar við gjöf lyfsins hjá sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Þunglyndi fylgir sjálfsvígshætta, sum þunglyndislyf geta í upphafi meðferðar aukið þessa hættu. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Cítalópram og MAO-hemla skal ekki gefa samtímis og skulu að minnsta kosti líða 14 sólarhringar á milli þess að þessi tvö lyf séu gefin nema MAO-hemill hafi mjög skamman helmingunartíma. Niðurbrot cítalóprams er aðeins að hluta háð cýtókróm P450 ísóensíminu CYP 2D6 og ólíkt sumum öðrum sérhæfðum hemlum serótónín endurupptöku er cítalópram mjög vægur hemill þessa ensímskerfis (cýtókróm P450) sem er viðriðið umbrot margra lyfja. Próteinbinding cítalóprams er tiltölulega lítil (80%). Vegna þessara eiginleika cítalóprams eru möguleikar þess til að valda klínískt mikilvægum milliverkunum litlir. **Meðganga og brjóstagjöf:** Reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum er mjög takmörkuð, en dýratilraunir benda ekki til fósturskemmandi áhrifa. Þangað til ítarlegri reynsla af notkun cítalóprams hjá barnshafandi konum liggur fyrir skal það aðeins gefið að vandlega athuguðu máli. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk en í dýratilraunum hefur lítið magn lyfsins fundist í mjólk. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Cítalópram hefur ekki áhrif á vitsmunalegar aðgerðir og skynhreyfigetu. Samt sem áður, má sjúklingur sem er á geðlyfjum búast við að hann hafi skerta almenna athygli og einbeitni, annaðhvort vegna sjúkdómsins sjálfs, lyfjameðferðarinnar eða hvorutveggja og því ætti að vara sjúklinga við hæfni þeirra til að aka bíl eða stjórna vélknúnum ökutækjum. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir af völdum cítalóprams eru almennt vægar og tímabundnar og ganga yfir enda þótt meðferð sé haldið áfram. Algengasta aukaverkun lyfsins er ógleði allt að 7%. **Algengar (>1%): Almennar:** Höfuðverkur, aukinn svitamyndun, þreyta, slen, titringur, breytingar á þyngd og svimi. **Æðakerfi:** Þungur hjartsláttur. **Miðtaugakerfi:** Svefntruflanir, skyntruflanir og óróa. **Meltingarfæri:** Ógleði, hægðatregða, niðurgangur, meltingaróþægindi og munnþurrkur. **Þvagfæri:** Erfiðleikar við að tæma þvagblöðru. **Augu:** Sjónstillingarerfiðleikar. **Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar:** Almenn lasleikatilfinning, geispar. **Miðtaugakerfi:** Æsingur, rugl, erfiðleikar við einbeitingu, minnkuð kynhvöt og truflun á sáðláti. **Meltingarfæri:** Aukið munnvatnsrennsli. **Húð:** Útbrot. **Öndunarfæri:** Nefstífla. **Augu:** Stækkað ljósop. **Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Miðtaugakerfi:** Mania. **Ofskömmtun:** Ef tekinn er inn of stór skammtur af cítalóprami geta aukaverkanir magnast. Þungur hjartsláttur og skert meðvitund getur jafnframt sést. **Lyfhrif:** Cítalópram er tvíhringlaga þalíð-afleiða og er virkt gegn þunglyndi og felmturköstum. Verkunarháttur lyfsins er vegna sértækrar hindrunar á upptöku serótóníns í heila. Lyfið hefur engin áhrif á endurupptöku noradrenalíns, dópamíns eða GABA. Lyfið og umbrotsefni þess hafa því enga anddópamín-, andadren-, andserótónín-, og andhistamínvirka eða andkólínvirka eiginleika. Jafnvel við langtíma notkun hefur lyfið engin áhrif á fjölda viðtaka fyrir boðefni í miðtaugakerfi. Lyfið hefur hvorki áhrif á leiðslukerfi hjartans né blóðþrýsting og eykur ekki áhrif alkóhóls. Lyfið hefur væga róandi verkun. **Lyfjahvörf:** Frásog cítalóprams er mjög gott og óháð inntöku matar. Aðgengi eftir inntöku er yfir 80%. Hámarksblóðþéttni næst eftir 1-6 klst. Stöðug blóðþéttni næst eftir 1-2 vikur. Próteinbinding er um 80%. Dreifingarrúmmál er u.þ.b. 14 l/kg. Lyfið umbrotnar áður en það útskilst; um 30% í þvagi. Umbrotsefni hafa svipaða en vægari verkun en cítalópram. Helmingunartími er um 36 klst. en er lengri hjá öldruðum.

Útlit:
Töflur 10 mg: Hvítar, filmuhúðaðar, kringlóttar og kúptar, 6 mm.
Töflur 20 mg: Hvítar, filmuhúðaðar, kringlóttar og kúptar, 8 mm, með deiliskoru.
Töflur 40 mg: Hvítar, filmuhúðaðar, kringlóttar og kúptar, 10 mm, með krossskoru.

Pakkningar og verð: (Lyfjaverðskrá 1. janúar)
Oropram 10 mg/28 stk. 2.308 kr.
Oropram 10 mg/100 stk. 6.446 kr.
Oropram 20 mg/28 stk. 3.721 kr.
Oropram 20 mg/56 stk. 6.610 kr.
Oropram 20 mg/100 stk. 10.917 kr.
Oropram 40 mg/28 stk. 6373 kr.
Oropram 40 mg/56 stk. 11.738 kr.
Oropram 40 mg/100 stk. 20.089 kr.
Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.



Omega Farma

www.omega.is

GRAFÍSKA SMIÐJAN EHF. - Málverk: Bilson

Yfirlitsgrein

Greining á beinþynningu meðal aldraðra

Gunnar Sigurðsson

Ágrip

Greining á beinþynningu byggist á mælingu á beinþéttni. Skilgreining Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar á beinþynningu byggir á mælingu beinþéttni með röntgengeisla (tvíorkudofnunarmæling, dual energy X-ray absorptiometry, DEXA) þar sem viðmiðunin er meðalgildi 20-30 ára kvenna (T-gildi). Í klínískum tilgangi er eðlilegra að styðjast við aldursbundinn samanburð (Z-gildi) og meta brotaáhættuna miðað við einstaklinga í sama aldurshópi. Nýleg beinþéttnimælitæki gefa auk þess möguleika á að framkvæma formmælingu á hryggjarliðbolum (morphometria) sem gefur kost á að meta fyrri samföll af svipaðri nákvæmni og venjuleg röntgenmynd. Slíkt mat hefur mikið gildi þar sem einstaklingur með sögu um fyrri brot og lága beinþéttni hefur margfalda áhættu á frekari brotum og þessir einstaklingar svara jafnframt best meðferð.

Allar aðferðir til mælingar á beinþéttni hafa vissa skekkju í för með sér og túlkun niðurstaðnanna getur orkað tvímælis. Slitgigt í lendhrygg, algeng meðal aldraðra, getur valdið falskri hækkun á beinþéttni, mældri með DEXA. Vegna þessa er mjöðmin besti mælistaðurinn meðal aldraðra, sérstaklega þar sem beinþéttni þar hefur best forspárgildi um mjaðmarbrot, sem sérstaklega er áhyggjuefni meðal aldraðra. Sneiðmyndatækni hefur þann kost að geta mælt sérstaklega frauðbein og skelbein. Ómmæling á beini (aðallega framkvæmd á hælbeini) kann að veita viðbótarupplýsingar um brothættu beina. Ómun hefur þann kost að hafa enga geislun í för með sér og tækjabúnaður er lítill og færanlegur. Ómun kemur hins vegar ekki í stað beinþéttnimælinga með öðrum aðferðum enda þótt hún sé gagnleg undir vissum kringumstæðum.

Beinumsetningarvísar, mældir með lífefnafræðilegum aðferðum í blóði eða þvagi, koma ekki að gagni við greiningu á beinþynningu en þeir geta verið gagnlegir við ákvörðun á meðferð og við mat á gildi

Lyflækningadeild Landspítala Fossvogi. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Gunnar Sigurðsson, lyflækningadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 525 1000. Bréfasími: 525 1552. Netfang: gunnars@shr.is

Lykilorð: *beinþynning, greining, aldraðir, yfirlit.*

ENGLISH SUMMARY

Diagnosis of osteoporosis in the elderly; an overview

Sigurðsson G

Læknablaðið 2001; 87: 15-20

Measurement of bone mineral density (BMD) is the basis of the diagnosis of osteoporosis. WHO classification of osteoporosis is based on dual energy X-ray absorptiometry (DEXA) using the BMD of young women (20-30 years) as the reference value (T-score). For clinical purpose it is better to use age-matched control (Z-score) to evaluate future fracture risk in relation to other individuals of the same age. A further facility of the new bone densitometry technique is the option of vertebral morphometry, which makes it possible to assess previous vertebral fractures with similar precision as conventional X-ray. Such an assessment is of the greatest importance as patients with previous fractures and low BMD have several fold increased risk of further fractures and benefit most from medical therapy.

There are errors of accuracy in all bone densitometry techniques and also in the interpretation of the data. Osteoarthritis in the lumbar spine, common in the elderly, creates false increment in BMD as measured by DEXA. For this reason the hip is the site of choice for BMD measurement in the elderly, especially as it predicts best femoral fractures, a major concern in the elderly.

Quantitative computed tomography has the advantage of measuring separately cancellous and cortical bone. Ultrasound of bone (at present mostly in calcaneus) may provide new measures of bone fragility. Ultrasound has the advantage of no exposure to radiation and the equipment is portable. Although useful bone ultrasound cannot replace bone densitometry in the diagnosis and monitoring of therapy.

Biochemical bone markers are not useful in the diagnosis of osteoporosis, but they can be useful in deciding on intervention and in monitoring the efficacy of treatment. Biochemistry is videly used in the differential diagnosis of secondary osteoporosis. History and physical examination are insufficient in diagnosing osteoporosis, but they are of utmost importance in finding individuals of high risk who might benefit most from undergoing bone densitometry. History and physical examination are also important in targeting other investigations to exclude secondary forms of osteoporosis. Although bone densitometry is usually necessary for the diagnosis of osteoporosis intervention by drugs should be based in addition on general assessment of the patient taking notice of other important independent risk factors for fractures.

Key words: *osteoporosis, diagnosis, bone densitometry, geriatric, review.*

Correspondence: Gunnar Sigurðsson. E-mail: gunnars@shr.is

hennar. Ýmsar lífefnafræðilegar mælingar eru mikið notaðar við mismunagreiningu á orsök beinþynningar. Sjúkrasaga og líkamleg skoðun nægja ekki til greiningar á beinþynningu en koma að miklu gagni við að finna þá einstaklinga sem eru í mestri áhættu og þar sem beinþéttnimæling kemur að mestu gagni. Sjúkrasaga og skoðun eru einnig mikilvægar til að meta hvaða viðbótarrannsóknir eru nauðsynlegar til að útiloka aðrar ástæður fyrir beinþynningu. Enda þótt beinþéttnimæling sé oftast nauðsynleg til greiningar á beinþynningu þá skyldi ákvörðun um sértæka meðferð, svo sem lyfjameðferð, einnig byggjast á almennu mati á horfum sjúklings og öðrum áhættuþáttum sem til staðar eru fyrir beinbrotum.

Inngangur

Algengi beinþynningar vex mjög með aldri svo og afleiðingar hennar, það er beinbrot við lítinn áverka. Fyrirsjáanlegt er að með verulegri fjölgun aldraðra á Íslandi á næstu árum og áratugum mun beinbrotum af völdum beinþynningar fjölga verulega að öðru óbreyttu. Þekking á eðli og orsökum beinþynningar hefur aukist verulega á síðustu árum jafnframt því sem virk lyf hafa verið þróuð. Nýjungar í greiningu beinþynningar hafa einnig auðveldað að finna þá einstaklinga sem í mestri áhættu eru og veita þeim viðeigandi ráðgjöf. Í þessu yfirliti er lögð áhersla á greiningu beinþynningar meðal aldraðra enda þótt svipuð atriði komi einnig að notum meðal yngri aldurshópa.

Skilgreining á beinþynningu

Samráðsfundur sérfræðinga á þessu sviði hefur skilgreint beinþynningu (osteoporosis) sem almennan sjúkdóm sem einkennist af minnkuðum beinmassa ásamt röskun á eðlilegri beinuppbyggingu og afleiðingin verði brothættari bein (1). Mæling á beinþéttni hefur reynst hafa best forspárgildi um framtíðarbeinbrot og þess vegna lagði ráðgjafahópur á vegum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) til fyrir allnokkrum árum skilgreiningu á beinþynningu sem byggist á mælingu á beinþéttni með DEXA (dual energy X-ray absorptiometry: tvíorkudofnunarmæling, sjá síðar) (2). Í þessari grein er því sérstaklega stuðst við þessa mælingaraðferð. Þessi hópur Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar skilgreindi konur með beinþéttni neðan við 2,5 staðalfrávik frá meðalgildi ungra kvenna (20-30 ára) með beinþynningu (T-gildi ≤2,5 staðalfrávik). Lágur beinmassi (osteopenia) var skilgreindur ef beinþéttnin var milli 1-2,5 staðalfrávik neðan við meðaltal ungra kvenna (tafla I). Samsvarandi neðri mörk hafa ekki verið sett fyrir karlmenn en lagt hefur verið til að sömu T-gildi verði einnig notuð til skilgreiningar á beinþynningu meðal karla.

Beinþéttni og áhætta á beinbrotum

Réttlæting þess að nota beinþéttnimælingu byggist á niðurstöðum framskyggnra hóprannsókna sem hafa sýnt að áhættan á beinbroti nokkurn veginn tvöfaldast fyrir hvert staðalfrávik neðan við meðalgildi á beinþéttni (3). Það sem mælt er með DEXA er ekki raunveruleg þrívíddarþéttni heldur tvívíddarmæling (gefið upp sem g/cm^2 af steinefnum á þeim fleti beins sem röntgengeislinn fer í gegnum) (4). Þessi mæling hefur samt reynst hafa jafngott forspárgildi um beinbrot eins og blóðþrýstingur fyrir heilablóðfalli og kólesteról fyrir kransæðasjúkdómum (5).

T-gildi eða Z-gildi

Áðurnefnd skilgreining á beinþynningu miðuð við T-gildi hefur reynst haldgóð í faraldsfræðilegum samanburði á beinþynningu en þeim skilmerkjum skyldi ekki ruglað saman við mörk til ákvörðunar á meðferð sem taka mið, ekki aðeins af niðurstöðum beinþéttnimælinga heldur einnig af öðrum þáttum, svo sem aldri, öðrum sjúkdómum og jafnvel kostnaði. Með því að miða við meðalbeinþéttnigildi fyrir samsvarandi aldur og kyn (Z-gildi) fæst marktækari samanburður á áhættu fyrir viðkomandi einstakling miðað við það sem gengur og gerist fyrir hans aldur. Þess vegna er að mörgu leyti eðlilegra að miða við Z-gildi við mat á áhættu og við ákvörðun meðferðar og taka þá með líklega áhættu út frá aldri, lífslíkum og öðrum sjúkdómum (6).

Hvaða bein á að mæla?

Fylgnistuðull milli beinþéttnimælinga á mismunandi stöðum (til dæmis mjöðm og hryggur) er að jafnaði 0,7-0,8 (7). Þessi mismunur milli mælistaða er ekki óvæntur þar sem samsetning og umsetning beina er ekki sú sama alls staðar (8). Auk þess má vel vera að mismunandi gen ákvarði massa hinna ýmsu beina. Til dæmis verður hið hraða beintap kvenna eftir tíðahvörf, sem tengist östradíolskorti, mest og hraðast í frauðbeini. Þess vegna sýnir mæling á lendarliðbol slíkt beintap vel.

Til greiningar á beinþynningu og eftirlits meðal kvenna skömmu eftir tíðahvörf er mæling á lendarliðbolum næmasta mælingin þar sem hún endurspeglar aðallega frauðbein og hefur best forspárgildi um samfallsbrot, sem eru mikið áhyggjuefni kvenna á þessum aldri. Aðra liðboli en lendarliði er ekki unnt að nota vegna truflunar í mælingu frá öðrum beinum, til dæmis rifjum (4). Með aldri verða slitgigtarbreytingar algengar og beinnabbarnir (osteophytes) geta valdið falskri hækkun í DEXA mælingu á hrygg. Þetta veldur því að mæling á lendhrygg verður síður ákjósanleg til greiningar á beinþynningu meðal aldraðra enda þótt lendhryggjarmæling sé samt næmasti staðurinn til mats á

árangri meðferðar (9). Unnt er að komast hjá þessari skekkju að hluta með því að mæla lendarliðbolina frá hlið en ekki aftan frá. Nákvæmni slíkra mælinga er þó síðri sem takmarkar þessa aðferð verulega. Kölkun í meginslagæð hefur óverulega skekkju í för með sér (4).

Meðal eldri einstaklinga með mörg samföll er DEXA mæling á hrygg ekki gagnleg þar sem samfallið og afleiðing þess geta valdið falskri hækkun á beinþéttni.

Mæling á mjöðm gefur mest meðal aldraðra

Meðal aldraðra er áhættan á mjaðmarbrotum það sem skiptir mestu máli. Framskyggnar hóprannsóknir hafa sýnt að beinþéttnin mæld í mjöðm (nærendi lærleggs = lærleggsháls, lærhnútur og beinið milli lærhnúta) hefur mesta forspárgildi um brot á þeim stað, áhættan nær þrefaldast fyrir hvert staðalfrávik þar samanborið við tvöfalda áhættu fyrir hvert staðalfrávik í mælingu á öðrum stað (3). Slitgigtarbreytingar trufla mun síður mælingu á þessum stað. Því er mjöðmin sá mælistaður sem ákjósanlegast er að nota meðal aldraðra ef unnt er (6).

Ef sterkur grunur er um beinþynningu í hrygg, svo sem vegna prednisólonmeðferðar, getur viðbótarmæling á lendhrygg vissulega verið gagnleg. Eðlilegt er þá að nota lægsta mælda beinþéttnigildið til greiningar og ákvörðunar á meðferð. Mæling með sneiðmyndatækni kann að vera næmari aðferð til mælingar á beintapi samfara prednisólonnotkun en þar á móti kemur að nákvæmni mælingarinnar er síðri en DEXA (4).

Mat á samföllum á hryggjarliðbolum

Stórar framskyggnar hóprannsóknir benda til að einungis fjórða hvert samfallsbrot sé greint klínískt (10). Þetta getur bæði stafað af því að brotin kunni að vera einkennalítil en einnig getur verið erfitt að greina orsakir bakverkja sem geta verið af mörgum toga. Einnig er oft erfitt að meta tap á líkamshæð klínískt vegna ónógra upplýsinga en rannsóknir benda til að lækkun á hæð sé óáreiðanlegur mælikvarði um samföll nema hæðartapið sé meira en 4 sm (10).

Áðurnefndar hóprannsóknir hafa einnig sýnt að saga um fyrri samfallsbrot meira en tvöfaldar líkurnar á frekari brotum (3,10,11). Þessi aukna áhætta gerir það mjög mikilvægt að geta metið útlit hryggjarliðbolanna. Slíkar upplýsingar er að sjálfsögðu unnt að fá með venjulegri röntgenmynd af hrygg. Nýjustu DEXA tækin með betri aðgreiningu gefa þó möguleika á að meta útlit hryggjarliðbola (T_4-L_5) með svipuðum gæðum og röntgenmyndir, nema ef sjúklingur er mjög digurholda. Þess vegna getur slík formmæling á hryggjarliðbolum með DEXA (morphometria) samtímis gefið upplýsingar um útlit hryggjarins ásamt beinþéttnimælingu í lendhrygg (12). Líklegt er að þessi viðbótarmæling verði notuð í vaxandi mæli í heildarmati á beinþynningu.

Table I. *Diagnostic categories according to the WHO classification (2).*

Normal	BMD T-score greater than -1.0
Osteopenia	BMD T-score between -1.0 and -2.5
Osteoporosis	BMD T-score below -2.5
Manifest osteoporosis	BMD T-score below -2.5 + presence of fragility fracture

BMD = bone mineral density.
T-score = number of standard deviations from the mean BMD of young women.

Table II. *Common risk factors for osteoporosis in the elderly.*

Genetic, lifestyle	Medical disorders	Drugs
Low body weight	Chronic neurological and rheumatic disorders	Corticosteroids
Poor nutrition	COPD	Anticonvulsants
Excessive alcohol	Chronic renal failure	Chemotherapy
Smoking	Hypogonadism	
Inactivity		

Table III. *Clinical indications for bone densitometry (Table II).*

- Presence of one or more strong risk factors
- Radiological evidence of osteopenia and/or vertebral fracture
- Previous fragility fracture
- Height loss
- Monitoring treatment

Klínískt mat og mismunagreining

Grunur um beinþynningu skyldi sérstaklega vakna þegar einstaklingur hefur hlotið beinbrot við lítinn áverka eða hefur einn eða fleiri áhættuþætti um beinþynningu til staðar (tafla II). Þá er vissulega ástæða til að íhuga beinþéttnimælingu (tafla III).

Enda þótt greining á beinþynningu sé gerð með beinþéttnimælingu gefur slík mæling enga vitneskju um hvað valdi eða hvenær beintap varð. Áður en nokkur meðferð er hafin verður því að útiloka hugsanlegar ástæður fyrir lágum beinmassa. Slíkar ástæður finnast í um það bil 20% kvenna með lága beinþéttni en mun oftar meðal karla sem orsök eða í 40-50% tilfella (13). Nákvæm sjúkrasaga er því mikilvæg með sérstakri áherslu á næringarsögu og lífsstíl, lyfjasögu, fjölskyldusögu, sögu um innkirtla- eða illkynja sjúkdóma, tauga- eða stoðkerfissjúkdóma og fyrri beinbrot. Líkamleg skoðun getur einnig gefið mikilvægar upplýsingar. Blóðrannsóknir eru einnig mikilvægar í mismunagreiningu á ástæðum þunnra beina (sjá töflu IV).

Notkun beinumsetningarvísa

Enda þótt mæling á beinumsetningarvísum komi ekki að gagni við greiningu á beinþynningu geta þeir verið gagnlegir við mat á hvenær ástæða sé til meðferðar og við mat á árangri meðferðar. Mæliað-

Table IV. *Some common laboratory tests used in a differential diagnosis of secondary forms of osteoporosis.*

- Blood cell count
- Sedimentation rate
- Serum calcium
- Serum phosphate
- Serum alkaline phosphatase
- Serum bone-specific alkaline phosphatase
- Serum creatinine
- Serum protein electrophoresis
- Serum 25-OH-vitamin D
- Serum parathyroid hormone
- Serum testosterone

Table V. *Biochemical markers of bone turnover.*

Bone formation	Bone resorption
Serum	***Serum***
Total and bone — specific alkaline phosphatase	Carboxy terminal (CTX) teleopeptide of type 1 collagen
Osteocalcin	Tartrate resistant-acid phosphatase
Carboxy (PICP) and aminoterminal (PINP) propeptide of type 1 collagen	
	Urine CTX and aminoterminal (NTX) teleopeptide crosslinks
	Pyridino and deoxypyridinoline crosslinks

Table VI. *Techniques for measuring bone density.*

Advantage	Disadvantage
DEXA	**DEXA**
Several sites:	Rather expensive equipment
- Lumbar spine	Areal density (g/cm²)
- Hip, forearm	Osteoarthritic interference
- Total body	
Low radiation	
Good precision	
QCT*	**QCT**
True volumetric	Costly equipment, fairly high radiation
Good sensitivity	Lack of prospective studies for peripheral QCT
Can measure separately cortical and cancellous bone	
QUS**	**QUS**
No radiation	? What it measures
Small, portable, relatively inexpensive equipments	Indirect measure of hip and vertebrae

* QCT = quantitative computed tomography.
** QUS = quantitative ultrasound.

ferðum á beinumsetningu hefur fleygt fram á síðustu árum. Slíkir vísar mæla annað hvort sértæka ensímvirkni í beinmyndunarfrumum (osteoblasts) eða beinúrátum (osteoclasts) eða mæla efni í beini sem berast út í blóðið eða skiljast út í þvagi, endurspeglandi myndun eða niðurbrot beins (tafla V) (14)

Fjölmargar rannsóknir hafa sýnt að beinumsetning eins og hún mælist með þessum vísum eykst eftir tíðahvörf og helst hækkuð meðal aldraðra. Þessir vísar hafa neikvæða fylgni við beinþéttnina en sú fylgni er þó ekki sterk (15). Sumar nýlegar hóprannsóknir benda þó til þess að magn þessara vísa í blóði eða þvagi sé sjálfstæður forspárþáttur um beinbrot, óháð beinþéttniniðurstöðum (16). Enn fremur benda þessar hóprannsóknir til að lág beinþéttni samfara hækkun á beinumsetningu sé enn sterkari forspárþáttur um beinbrot (17).

Mæling á slíkum beinumsetningarvísum kann því að veita viðbótarupplýsingar sem að gagni kunna að koma við ákvörðun um sértæka meðferð, sérstaklega þegar sú ákvörðun liggur ekki á ljósu af niðurstöðum beinþéttnimælingarinnar einnar saman, til dæmis þegar erfitt er að túlka DEXA niðurstöður vegna slitgigtar. Beinumsetningarvísar kunna einnig að vera gagnlegir við mat á árangri meðferðar eftir þrjá til sex mánuði sem er of stuttur tími til að endurtekin DEXA mæling sé gagnleg (14). Aðaltakmörkun á notkun þessara mælinga hefur þó verið sú hversu breytilegar niðurstöðurnar eru frá sama einstaklingi en þó er unnt að draga úr því með því að taka eingöngu fastandi morgunsýni.

Aðferðir til mælinga á beinþéttni

Venjuleg röntgenmyndataka er ekki nægilega næm til greiningar á beinþynningu nema því aðeins að beintapið sé orðið verulegt, meira en þriðjungur (4).

DEXA (dual energy absorptiometry: tvíorkudofnunarmæling): Eðlisfræðilegi grunnur DEXA er mæling á dofnun í röntgengeisla með hárri og lágri photon-orku þegar þeir fara í gegnum líkamsvefi. Því minna geislamagn sem fer í gegnum beinið því meira er steinefnamagnið sem undir flestum kringumstæðum endurspeglar beinþéttnina í einingunni g/cm². Helstu kostir DEXA mæliaðferðarinnar eru áreiðanleg kvörðun, stuttur rannsóknartími (fáeinar mínútur hver mæling), góð nákvæmni (precision) 1-2% og lítil geislun (<1 μSv) (4). Ókostirnir eru hins vegar tækjakostnaðurinn sem er verulegur. Einnig skyldi það haft í huga að DEXA mælir steinefnamagn beina í tvívídd (flatarþéttleiki) en ekki í þrívídd (tafla VI). Kostnaðurinn við mælinguna verður að teljast viðunandi (4-5000 íslenskar krónur) og ætti ekki að vera takmarkandi þáttur í notkun þessarar rannsóknar hérlendis. Kostnaðarþátttaka sjúklings er hin sama og við röntgenmyndatöku eða 100-1000 krónur. DEXA mæling er nú framkvæmd bæði á Landspítala Fossvogi og Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri.

Beinþéttnisneiðmyndataka (quantitative computed tomography, QCT): Sneiðmyndatækni hefur þann kost að mæla raunverulega beinþéttni (þrívíddarmæling) (4). Hóprannsóknir hafa þó ekki sýnt til þessa að slík mæling hafi sterkara forspárgildi um beinbrot en mæling með DEXA (tvívíddarmæling þar sem stærð beina kemur inn í). Sneiðmyndatæknin gefur einnig möguleika á að mæla sérstaklega frauðbein og skelbein, til dæmis í hryggjarliðbolum (18). Geislun er hins vegar þó nokkur (>50 μSv) sem takmarkar notkun þess, til dæmis meðal barna, en aðaltakmarkanirnar eru þó aðgengi að rannsóknartæki og kostnaður sem er verulega meiri en við DEXA. Notagildi á sneiðmyndun útlimabeina í

þessu sambandi skýrist væntanlega á næstu árum með framskyggnum hóprannsóknum sem ekki liggja fyrir nú.

Beinþéttniómun (quantitative ultrasound, QUS): Ómmæling á beinum eins og hælbeini og sperrilegg virðist veita upplýsingar um brothættu. Ekki er vitað með vissu hvað þessi aðferð mælir en sumt bendir til að hún sé ekki eingöngu háð beinmagni heldur einnig beinuppbyggingu svo sem lögun og staðsetningu beinbjálkanna í frauðbeini. (19). Fylgnistuðull milli DEXA og ómunar í sama beini er af stærðargráðunni 0,7-0,8. Sumar framskyggnar rannsóknir benda til þess að ómmæling á hælbeini endurspegli áhættu á mjaðmarbroti meðal aldraðra kvenna (20,21).

Almennt má þó segja að beinþéttnimæling á viðkomandi stað hafi mest forspárgildi um beinbrot á sama stað, til dæmis segir mæling á beinþéttni í mjöðm mest um áhættu á mjaðmarbroti (3,22). Jafnframt benda niðurstöður til að við mat á árangri meðferðar sé best að mæla beinþéttni í hrygg og mjöðm með DEXA þar sem lengri tími þurfi að líða milli ómmælinga til að fá fram marktækan mun. Því þarf undir flestum kringumstæðum að mæla mjöðm og/eða hrygg fyrir meðferð til að unnt sé að meta árangur hennar með beinþéttnimælingu (22).

Sumar rannsóknir benda til þess að ómun kunni að nýtast til skimunar á því hverjir þurfi á DEXA mælingu að halda og þannig nýtist þessar mæliaðferðir best (23). Auk þess er unnt að mæla hælbein með ómtækni þegar ekki er unnt að nota DEXA, til dæmis vegna mjaðmaraðgerðar eða verulegrar hryggskekkju. Ómtækið er jafnframt auðvelt í flutningi og því unnt að mæla einstaklinga á staðnum sem ekki eru flutningshæfir í DEXA mælingu.

Þegar fyllri upplýsingar liggja fyrir um kosti og galla allra þessara mæliaðferða verður auðveldara að samnýta kosti þeirra. Í dag er vissulega mikil þörf á mæliaðferð sem endurspeglar með vissu ekki aðeins beinmagnið heldur einnig gæði beinsins og beinabygginguna.

Mat á heildaráhættu beinbrota

Mikil þörf er á að mæla ekki aðeins hlutfallslega áhættu á beinbroti samkvæmt beinþéttniniðurstöðum heldur einnig heildaráhættuna. Þannig þyrfti að vera unnt að meta 10 ára áhættu, til dæmis á mjaðmarbroti á svipaðan hátt og nú er gert með áhættu á kransæðasjúkdómum út frá áhættuþáttum þess sjúkdóms. Það yrði gert á svipaðan hátt með því að taka mið af beinþéttnimælingum ásamt mati á öðrum áhættuþáttum beinbrota, eins og aldri, sögu um fyrri beinbrot, hreyfifærni, falltíðni og svo framvegis. Ákvörðun um meðferð yrði þá byggð á heildaráhættumati byggt á mörgum þáttum en ekki einungis á niðurstöðum beinþéttnimælinga sem vissulega eru nauðsynlegar til greiningar á beinþynningu og til mats á árangri meðferðar. Vísir að slíku áhættumati hefur verið reiknaður út (24) og væntanlega munu fleiri birtast á næstu árum.

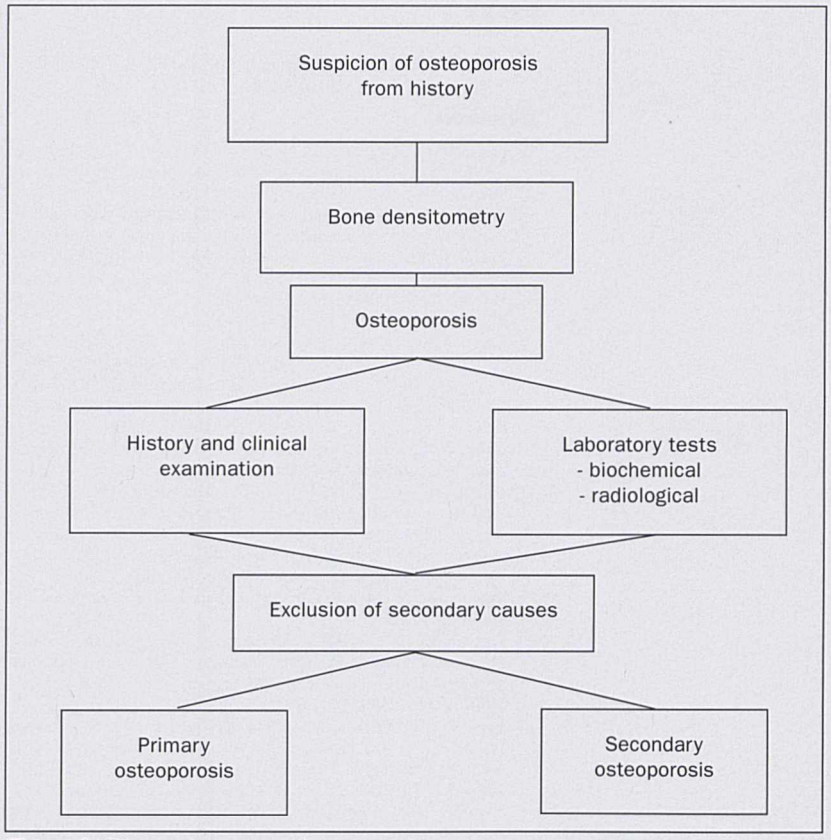


Figure 1. *Diagnostic strategy of osteoporosis.*

Skimun fyrir beinþynningu

Beinþynning uppfyllir vissulega þau skilmerki sem þarf til að réttlæta skimun, það er er algengt ástand sem af hlýst verulegur kostnaður fyrir einstaklinga og þjóðfélagið, veldur verulegum einkennum með afdrifaríkum afleiðingum, nákvæmar greiningaraðferðir eru til svo og meðferð sem verkar vel.

Það er álit höfundar, að ef velja ætti einn aldurshóp til skimunar sé líklegt að arðvænlegast væri að velja 65 ára aldurinn, þegar brotaáhættan fer að vaxa verulega og í flestum tilvikum er þá ekki of seint að grípa inn í með viðeigandi meðferð. Þegar beinþéttnimælitækjum (til dæmis DEXA) fjölgar og árangur þeirra meðferðarmöguleika sem nú er boðið upp á liggur betur fyrir er líklegt að krafan um skimun verði sterkari. Miðað við þekkinguna í dag mæla flestir með að leita eftir merkjum beinþynningar meðal þeirra einstaklinga sem hafa mesta áhættuna út frá sögu og skoðun (6,7), (mynd 1). Þess vegna er full þörf á að vekja athygli heilbrigðisstarfsfólks og almennings á áhættuþáttum og afleiðingum beinþynningar og fræða um möguleikana á greiningu, forvörnum og meðferð þessa sjúkdóms sem fram á allra síðustu ár var álitinn krónískt hrörnunarástand sem ekkert væri unnt að gera við.

Þakkir

Maríu Henley er þökkuð vélritun þessarar greinar.

Heimildir

1. National Institutes of Health. Consensus Development Conference: Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. Am J Med 1993; 94: 646-50.
2. WHO study group. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO Technical reports Series 843. Geneva, Switzerland;1994.
3. Cummings SR, Black DM, Nevitt MC, Browner W, Cauley J, Ensrud K, et al. Bone density at various sites for prediction of hip fractures. Lancet 1993; 341: 72-5.
4. Genant HK. Noninvasive assessment of bone mineral and structure: state of the art. J Bone Miner Res 1996; 11: 707-30.
5. Kanis JA, Melton LJ, Christiansen C, Johnston CC, Khaltec N. The diagnosis of osteoporosis. J Bone Miner Res 1994; 9: 1137-41.
6. Kröger H, Reeve J. Diagnosis of osteoporosis in clinical practice. Ann Med 1998; 30: 278-87.
7. Sigurðsson G, Óskarsdóttir D. Mismikil beinþynning í lendhrygg og lærleggshálsi. Læknablaðið 1996; 82: 621-6.
8. Kleerekoper M, Nelson DA. Which bone density measurement? [editorial]. J Bone Miner Res 1997; 12: 712-4.
9. Kanis JA, Gluer CC. An update on the diagnosis and assessment of osteoporosis with densitometry. Osteoporos Int 2000; 11: 192-202.
10. Ensrud KE, Nevitt MC, Palermo L, Cauley, JA, Griffith JM, Harry KG, et al. What proportion of incident morphometric vertebral fractures are clinically diagnosed and vice versa? J Bone Miner Res 1999; 14(S1): S138.
11. Ross PD, Davis JW, Epstein RS, Wasnich RD. Pre-existing fractures and bone mass predict vertebral fracture incidence in women. Ann Intern Med 1991; 114: 919-23.
12. Rea JA, Li J, Blake GM, Steiger P, Genant HK, Fogelman I. Visual assessment of vertebral fracture by x-ray absorptiometry: a highly predictive method to exclude vertebral fracture. Osteoporos Int 2000; 11: 660-8.
13. Bilezikian JP. Osteoporosis in men. J Clin Endocrinol Metab 1999; 84: 3431-4.
14. Delmas PD, Hardy P, Garnero P, Dain MP. Monitoring individual response to hormone replacement therapy with bone markers. Bone 2000; 26: 553-60.
15. Sigurdsson G, Franzson L, Steingrimsdottir L, Sigvaldason H. The association between parathyroid hormone and cortical bone mineral density in 70 year old women. Osteoporos Int. In press 2001.
16. Melton LJ 3rd, Khosla S, Atkinson EJ, O'Fallon WM, Riggs BL. Relationship of bone turnover to bone density and fractures. J Bone Miner Res 1997; 12: 1083-91.
17. Garnero P, Sornay-Rendu E, Chapuy MC, Delmas PD. Increased bone turnover in late postmenopausal women is a major determinant of osteoporosis. J Bone Miner Res 1996; 11: 337-49.
18. Gudmundsdottir H, Jonsdottir B, Kristinsson S, Johannesson A, Goodenough D, Sigurdsson G. Vertebral bone density in Icelandic women using quantitative computed tomography without an external reference phantom. Osteoporos Int 1993; 3: 84-9.
19. Gluer CC, Barkmann R. Use of quantitative ultrasound in the evaluation of osteoporosis. Osteoporos Int 2000; 11(S1): S12.
20. Hans D, Dargent-Molina P, Schott AM, Sebert JL, Cormier C, Kotzki PO, et al. Ultrasonographic heel measurements to predict hip fracture in elderly women: the EPIDOS prospective study. Lancet 1996; 348: 511-4.
21. Pluijm SM, Graafmans WC, Bouter LM, Lips P. Ultrasound measurements for the prediction of osteoporotic fractures in elderly people. Osteoporos Int 1999; 9: 550-6.
22. Miller PD, Zapalowski C, Kulak CA, Bilezikian JP. Bone densitometry: the best way to detect osteoporosis and to monitor therapy. J Clin Endocrinol Metab 1999; 84: 1867-71.
23. Langton CM, Ballard PA, Langton DK, Purdie DW. Maximising the cost effectiveness of BMD referral for DEXA using ultrasound as a selective population pre-screen. Technol Health Care 1997; 5: 235-41.
24. Abbott TA, Ross PD. A simple clinical tool for estimating lifetime fracture risk from age, bone density and other risk factors. Calcif Tissue Int 1999; 64: S1-S42.

Seroquel AstraZeneca, 960203 TÖFLUR; N 05 A H 04 R * *(Sérlyfjaskrártexti)*

Hver tafla inniheldur: Quetiapinum INN, fúmarat, samsvarandi Quetiapinum INN 25 mg, 100 mg eða 200 mg. Töflurnar innihalda mjólkursykur (laktósu). **Ábendingar:** Seroquel er notað til meðhöndlunar á geðklofa. **Skammtar og lyfjagjöf:** Seroquel á að gefa tvisvar á dag, með eða án matar. Fullorðnir: Heildardagskammtur fyrstu fjóra daga meðferðarinnar er 50 mg (dagur 1), 100 mg (dagur 2), 200 mg (dagur 3) og 300 mg (dagur 4). Eftir þessa fjóra daga er mælt með 300 mg dagskammti. Dagskammtinn má aðlaga að klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings, á bilinu 150-750 mg/dag. Aldraðir: Eins og með önnur geðlyf, skal lyfið notað með varúð hjá öldruðum, sérstaklega í upphafi meðferðar. Skammtaauknings getur þurft að vera hægari og dagsskammtur lægri en hjá yngri sjúklingum, og fer það allt eftir klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings. Klerans quetiapíns var að meðaltali um 30-50% minni hjá öldruðum samanborið við yngri sjúklinga. Börn og unglingar: Mat á öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum er ekki fyrirliggjandi. Sjúklingar með nýrnabilun: Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammtinn. Sjúklingar með lifrarbilun: Quetiapin umbrotnar að miklu leyti í lifur, og skal því notað með varúð hjá sjúklingum með lifrarbilun, sérstaklega í upphafi meðferðar. Upphafsskammtur lyfsins skal vera 25 mg/dag hjá sjúklingum með lifrarbilun. Skammtinn skal auka daglega um 25-50 mg þar til viðunandi skammti er náð, og fer það allt eftir klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Samtímis sjúkdómar: Lyfið skal nota með varúð fyrir sjúklinga með þekkta hjarta- og æðasjúkdóma, sjúkdóma í heilaæðum og fyrir sjúklinga sem hættir til að fá of lágan blóðþrýsting. Seroquel getur orsakað stöðubundið blóðþrýstingsfall, sérstaklega í upphafi þegar verið er að auka skammta smám saman. **Flog:** Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni floga hjá sjúklingum sem fengu lyfið eða lyfleysu. Eins og með önnur geðlyf, skal gæta varúðar við meðhöndlun sjúklinga sem fengið hafa flog. Síðkomin hreyfitruflun (tardive dyskinesia): Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni extrapýramídal einkenna hjá sjúklingum sem fengu ráðlagða meðferðarskammta af lyfinu eða lyfleysu. Þetta bendir til að lyfið valdi síður síðkominni hreyfitruflun en venjuleg sefandi lyf. Hafa skal í huga að minnka skammta lyfsins eða hætta notkun þess ef vísbending og einkenni um síðkomna hreyfitruflun koma fram. Illkynja sefunarheilkenni: Illkynja sefunarheilkenni hefur verið tengt við sefandi lyfjameðferð. Klínísk einkenni eru t.d. ofurhiti, breytt andlegt ástand, vöðvastífni, óstöðugleiki í ósjálfráða taugakerfinu og hækkun á kreatínín fosfókínasa. Í slíkum tilvikum skal hætta notkun á lyfinu og gefa viðeigandi lyfjameðferð **Milliverkanir:** Aðalverkun lyfsins er á miðtaugakerfið, og því skal gæta varúðar við samtímis notkun annarra lyfja sem verka á miðtaugakerfið og alkóhóls. Lyfjahvörf lithíums breytast ekki ef það er notað samtímis lyfinu. Samtímis notkun á sefandi lyfjunum risperidon eða halóperidól hefur ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samtímis notkun á thíoridazín eykur klerans quetiapins. Lyfið örvar ekki lifrarensímin sem taka þátt í umbrotum fenazóns. Samtímis notkun á fenýtóíni (örvar microsomal ensím) veldur aukningu í klerans quetiapins. Sjúklingar sem taka samtímis lyfinu og fenýtóín, eða önnur lyf sem örva lifrarensím s.s. karbamazepín, barbitúröt og rifampicín, geta þurft að auka skammtinn af lyfinu til að hafa stjórn á einkennum sjúkdómsins. Ef sjúklingur hættir að taka fenýtóín og tekur í staðinn lyf sem örva ekki lifrarensím, s.s. natríum valpróat, getur þurft að minnka skammtinn af lyfinu. Ensímið CYP3A4 er helst ábyrgt fyrir sýtókróm P450 tengdum umbrotum quetiapins. Samtímis notkun á címetidíni, sem letur P450 ensímið, hefur ekki áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samtímis notkun á geðdeyfðarlyfjunum imipramín (letur CYP2D6) eða flúoxetín (letur CYP3A4 og CYP2D6) hefur ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samt sem áður er mælt með að gæta varúðar þegar lyfið er notað samtímis lyfjum sem letja CYP3A4 (t.d. ketókónazól eða erýthrómýcín). **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki hefur verið færð sönnun á öryggi og verkun lyfsins á meðgöngu. Því skal aðeins nota lyfið á meðgöngu ef kostir þess réttlæta hugsanlega áhættu af notkun þess. Ekki er vitað að hve miklu leyti lyfið útskilst í móðurmjólk. Því skal ráðleggja konum sem nota lyfið að forðast að hafa börn á brjósti. **Akstur og stjórnun annarra véla:** Sjúklingum skal ráðlagt að aka ekki bifreið eða stjórna öðrum tækjum fyrr en þeir vita hvaða áhrif lyfið hefur. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er svefnhöfgi, sem kemur helst fram í upphafi meðferðar, en hættir yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Lyfið veldur ekki hækkun á prólaktíni líkt og mörg önnur geðlyf. **Algengar (>1%):** Taugakerfi: *Svefnhöfgi.* Almennt: *Þróttleysi, svimi.* Hjarta- og æðakerfi: *Réttstöðuþrýstingsfall, of lágur blóðþrýstingur, hraðtaktur.* Meltingarfæri: *Hægðatregða, munnþurrkur, meltingartruflun.* Blóð: *Fækkun hvítra blóðkorna, hlutleysiskyrningafæð.* Efnaskipti: *SGPT (ALT) hækkun, SGOT (AST) hækkun, þyngdarauknin.g.* Öndunarfæri: *Nefslímubólga.* **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Almennt: *Illkynja sefunarheilkenni.* Hjarta- og æðar: *Yfirlið.* Efnaskipti: *Kólesterólhækkun, blóðfituhækkun, hækkun á gamma-GT.* Blóð: *Fjölgun eósínfíkla.* Taugakerfi: *Rykkjakrampi, grand mal rykkjakrampi.* Meðferð með lyfinu hefur tengst örlítilli skammtaháðri lækkun á skjaldkirtilshormónum, sérstaklega í heildar T4 og frí T4. Lækkunin náði hámarki á fyrstu 2-4 vikum meðferðarinnar, en við áframhaldandi notkun varð ekki frekari lækkun. **Ofskömmtun og eiturverkanir:** Takmörkuð reynsla er af ofskömmtun á lyfinu í klínískum rannsóknum. **Útlit:** Töflur 25 mg: *Kringlóttar, Ø 6 mm, ferskjulitaðar, kúptar og filmuhúðaðar.* Töflur 100 mg: *Kringlóttar, Ø 8,5 mm, gular að lit, kúptar og filmuhúðaðar.* Töflur 200 mg: *Kringlóttar, Ø 11 mm, hvítar að lit, kúptar og filmuhúðaðar.* **Pakkningar:** Töflur 25 mg: *100 stk (þynnupakkað);10952-kr.* Töflur 100 mg: *30 stk. (þynnupakkað);7.105-kr. 100 töflur (þynnupakkað);20.652-kr.* Töflur 200 mg: *30 stk. (þynnupakkað);10.350-kr. 100 töflur (þynnupakkað);30.263-kr.*

Umboð á Íslandi: *Pharmaco hf. AstraZeneca, Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími:535 7152 Fax: 565 7366*



Að ná tökum á tilverunni

„Við bindum ekki öll bagga okkar sömu hnútum!"

EFLIR / HNOTSKÓGUR

Seroquel er í flokki sefandi lyfja (neuroleptica). Ábending er geðklofi (schizophrenia). *(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)*

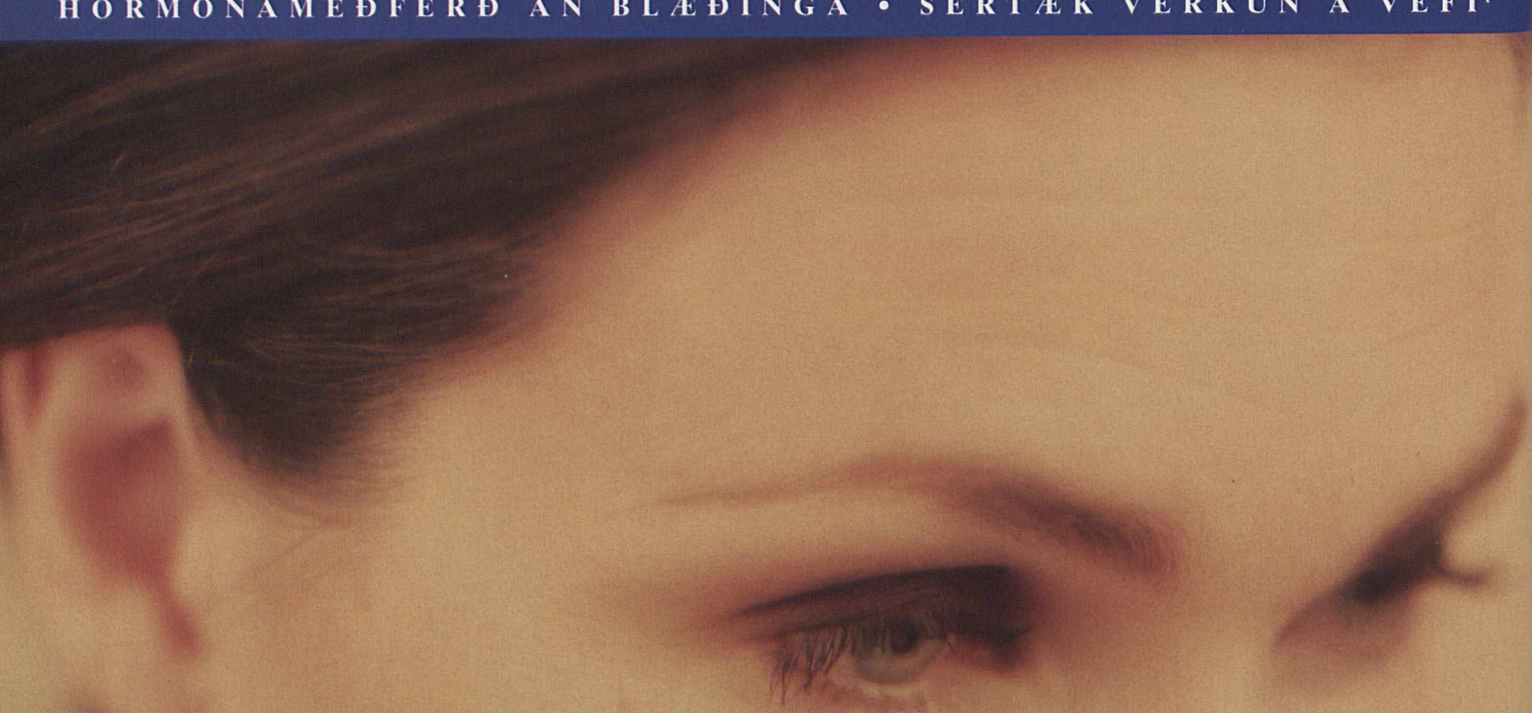


Tíðni extrapyramídal (EPS) aukaverkana hjá þeim sem taka Seroquel er svipuð og af lyfleysu. * Engin þyngdaraukning við langtímanotkun. ** Gildi prólaktíns hækka ekki við töku á Seroquel

AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Arvantis L and Miller B et. al. Biol Psychiatry 1997; 42 (4): 233-246. **Davis J, Metalon L, Watanabe M, Blake L 1994: Depot antipsychotic drugs. Place in therapy. Drugs 47: 741-73



Livial® tibolon

Eftir tíðahvörf er konan komin á þann aldur að hún er laus við óvissu æskunnar. Þess vegna er sanngjarnt að hún sé einnig laus við óæskilegar blæðingar þótt hún sé á meðferð við óþægindum af völdum tíðahvarfa.

Þegar Livial er notað eru blæðingar og spennutilfinning í brjóstum sjaldan til vandræða [2]. Livial verkar aðeins á tiltekna vefi og hefur ekki östrógenáhrif á legslímhúð og á brjóst[1]. Livial veitir konunni aukið frelsi eftir tíðahvörf.

Loksins laus við blæðingar?

Organon

LIVIAL Organon, 950170
TÖFLUR; G 03 D C 05
Hver tafla inniheldur: Tibolonum INN 2,5 mg. **Hjálparefni:** kartöflusterkja, magnesíumsterat, askorbýlpalmítat og mjólkursykur (laktósa). **Ábendingar:** Uppbótarmeðferð við einkennum östrógenskorts við tíðahvörf (eðlilegum eða eftir skurðaðgerð). Til varnar beinþynningu vegna östrógenskorts. **Skammtar:** 1 tafla (2,5 mg) á dag samfellt án hlés. Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Þungun og brjóstagjöf. Hormónatengd æxli eða grunur um þau. Kvillar í hjarta- eða æðakerfi eða blóðflæði til heilans t.d. segabláæðabólga, segamyndun eða blóðrek (thrombo-embolic processes) eða saga um slíka kvilla. Blæðingar frá fæðingarvegi af óþekktum orsökum. Alvarlega skert lifrarstarfsemi. **Meðganga og brjóstagjöf:** Livial á hvorki að nota á meðgöngutíma né við brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Livial er ekki ætlað til getnaðarvarna. Meta á hugsanlega áhættu eða ávinning af meðferðinni við eftirfarandi sjúkdómseinkenni: lifrarsjúkdóm eða sögu um slíkan sjúkdóm; truflanir á fituefnaskiptum. Hætta á meðferð ef fram koma einkenni um segamyndun eða blóðrek, ef niðurstöður lifrarprófa verða óeðlileg eða gula vegna gallteppu kemu fram. Blæðingar eða blettablæðing frá fæðingarvegi sem kemur fram fyrst eftir að taka lyfsins hefst getur verið vegna áhrifa frá östrógenum sem líkaminn framleiðir ennþá eða lyfja sem innihalda östrógen og tekin voru áður en meðferð hófst. Orsök blæðinga sem koma eftir þriggja mánaða meðferð eða viðvarandi blæðinga á að rannsaka gaumgæfilega; í flestum tilvikum finnst hins vegar ekki ástæða fyrir blæðingunum. Eins og við notkun annarra stera með hormónaverkun er árleg læknisskoðun ráðlögð. **Milliverkanir:** Þar sem Livial getur aukið fíbrínsundrun í blóði getur það aukið verkun segavarnalyfja. Þessi áhrif hafa komið í ljós við samtímis notkun warfaríns. **Aukaverkanir:** Stöku sinnum koma fram blæðingar frá fæðingarvegi eða blettablæðingar, útferð, verkir í brjóstum eða kviðverkir, einkum á fyrstu mánuðum meðferðarinnar. Aðrar aukaverkanir sem stöku sinnum hafa komið fram eru: Höfuðverkur eða mígreni, bjúgur, svimi, kláði, þyngdaraukning, ógleði, útbrot, óeðlilegur hárvöxtur og þunglyndi.
Ofskömmtun: Bráð eiturhrif af tíbólóni í dýrum eru væg. Þess vegna er ekki líklegt að eiturhrif gæti ef nokkrar töflur eru teknar í einu. Við alvarlega ofskömmtun gætu komið fram ógleði, uppköst og konur geta fengið blæðingar frá fæðingarvegi. Engin sérhæfð andefni eru þekkt. Einkennameðferð skal beita ef þurfa þykir. Texti styttur, frekari upplýsingar, sjá texta í sérlyfjaskrá.
Pakkningar og verð 1. febrúar 2000:
28 stk. x 1 (þynnupakkað): 2.976 kr.-
28 stk. x 3 (þynnupakkað): 7.350 kr.-
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt.
Greiðslufyrirkomulag: E

Umboðs- og dreifingaraðili:
Pharmaco hf., Hörgatún 2, 210 Garðabæ.
Heimildir:

1. Rymer J.M. The effects of tibolone. Gynecol. Endocrinol. 1998; 12:213-220.
2. Hammar M. et al. A double-blind, randomised trial comparing the effects of tibolone and continous combined hormone replacement therapy in postmenopausal women with menopausal symptoms. Br. J. Obstet and Gynaecol. 1998; 105:904-911.

Livial® tibolon
LYKILL AÐ AUKNU FRELSI

Orsakir langtímasykursteranotkunar á Íslandi og algengi forvarna gegn beinþynningu

Unnsteinn I. Júlíusson[1],

Friðrik Vagn Guðjónsson[2],

Björn Guðbjörnsson[1,3]

Ágrip

Inngangur: Ótímabær beingisnun er einn af aðalfylgikvillum langtímasykursterameðferðar. Með virkri forvörn er hægt að draga úr afleiðingum þessa fylgikvilla. Vaxandi þekking á þessu sviði vekur forvitni á því hvernig sykursterar eru notaðir og hvernig staðið er að forvörnum gegn beinþynningu tengdri langtímanotkun þeirra hér á landi.

Efniviður og aðferðir: Upplýsingar voru fengnar frá apótekum á Norð-Austurlandi um allar lyfjaávísanir á prednisólón á árunum 1995 og 1996. Sjúklingar sem fengu að minnsta kosti þriggja mánaða samfellda meðferð með prednisólóni á tímabilinu eða styttri meðferðarkúra, þar sem meðferðartíminn var samanlagður þrír mánuðir á ári, voru teknir til rannsóknar. Upplýsingum var síðan safnað úr sjúkraskrám á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri og á viðeigandi heilsugæslustöð. Allir sjúklingar fengu spurningablað varðandi lyfjanotkun og neysluvenjur, meðal annars á kalki og D-vítamíni.

Niðurstöður: Eitt hundrað níutíu og einn einstaklingur uppfyllti inntökuskilyrði (0,72% af íbúum svæðisins), 106 konur (55%) og 85 karlar (45%). Meðalaldur var 66 ár (17-93). Gigtar- og lungnasjúkdómar voru algengasta ábendingin fyrir meðferðinni. Samkvæmt sjúkraskrám voru 50 sjúklingar skráðir með beinþynningu (26%) og 39 einstaklingar höfðu hlotið beinbrot (20%), þar af höfðu 32 fengið samfall í hrygg. Alls neyttu 91% einstaklinganna reglulega mjólkurafurða, 52% tóku lýsi og 37% tóku reglulega kalktöflur. Tuttugu og fjórar konur voru á uppbótarhormónameðferð eða 21% þeirra kvenna er komnar voru á tíðahvörf. Sautján sjúklingar (9%) voru á meðferð með bísfosfónötum, 16 þeirra voru taldir hafa beinþynningu og höfðu fengið beinbrot áður en bísfosfónatmeðferðin var hafin.

Ályktanir: Fylgikvillar eru algengir meðal sjúklinga á langtímasykursterameðferð, þar með talin meint beinbrot vegna beinþynningar. Stór hluti sjúklinga á langtímasykursterameðferð tryggir sér kalk- og D-vítamíninntöku, en annarri forvarnarmeðferð gegn beinþynningu er ábótavant. Þeir sjúklingar er fá sérhæfða meðferð gegn beinþynningu hefja hana fyrst eftir að alvarlegir fylgikvillar hafa

[1]Lyflækningadeild Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri,
[2]Heilsugæslustöðin á Akureyri,
[3]Rannsóknarstofan í gigtarsjúkdómum, Landspítala Hringbraut.
Fyrirspurnir, bréfaskipti: Björn Guðbjörnsson Rannsóknarstofunni í gigtarsjúkdómum, Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. Sími: 560 2057; netfang: bjorngu@rsp.is

Lykilorð: *sykursterar, beinþynning, forvarnir.*

ENGLISH SUMMARY

Júlíusson UI, Guðjónsson FV, Guðbjörnsson B

Community use of oral glucocorticosteroids in Iceland and prophylactic treatment for steroid-induced osteoporosis in daily clinical pratice

Læknablaðið 2001; 87: 23-9

Objective: The use of oral corticosteroids is one of the most common causes of iatrogenic osteoporosis. Recently, therapeutic guidelines dealing with the skeletal complication of corticosteroids have been published. Therefore, it is of interest to evaluate indication for long-term therapy with corticosteroids and the frequency of active intervention against steroid induced osteoporosis in daily clinical practise.

Material and methods: After approval by the Committee on Medical Ethics and the Comission of Data Protection all recipes on corticosteroids in drugstores during two years period in the area of North-east Iceland (population 26,664) were gathered. Thereafter, information was collected from medical records at the Health Care Centres and the local Hospital. Patients who were taking corticosteroids for at least three months per year or in a repeated periods (totally three months annually) were included in the study. These patients also received a questionnaire concerning hormone relpacement therapy and dieatary consumption of calcium and D-vitamin.

Results: One hundred and ninety-one patients were included in the study or 0.7% of the population. The mean age was 66 years (17-93) and 55% were females. Rheumatic and pulmonary disorders were the most frequent indication of the corticosteroid treatment. Twenty percents of the patients had expired an osteoporosis related fractures and 26% of the patients had supposed corticosteroids induced osteoporosis. Fifty-two percents of the patients were on sublimentary D-vitamin (fish liver oil) and 37% were taking calcium-tablets, while 91% of the patients were consuming milk products regularly. Nine percents of the patients were taking bisphosphonates and 21% of postmenopausal women were on hormone replacement therapy.

Conclusions: Relatively few patients on long term corticosteroids are on primary prevention against corticosteroids induced osteoporosis, although several patients are on D-vitamin and calcium sublimentation. Specific treatment against osteoporosis was in most cases instituted secondary to osteoporotic complications. Thus, corticosteroids prescribing doctors are urged to applicate the new therapy alternatives against corticosteroid-induced osteoporosis to their patients.

Keywords: *corticosteroids, osteoporosis, prevention.*

Correspondence: Björn Guðbjörnsson. E-mail: bjorngu@rsp.is

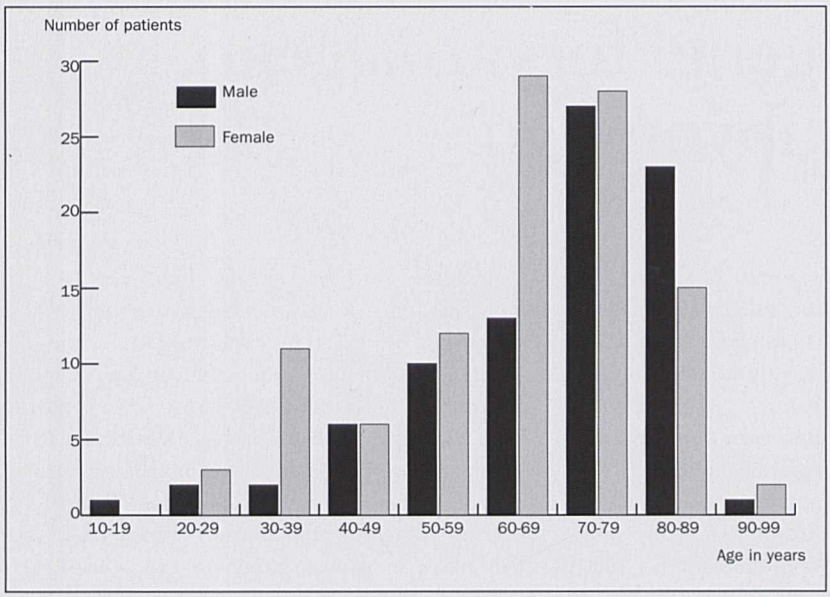


Figure 1. *Age and sex distribution of 191 patients taking continuos oral corticosteroids for at least three months.*

gert vart við sig. Höfundar vilja hvetja lækna til að nýta sér nýja meðferðarmöguleika gegn beinþynningu í tengslum við sykursterameðferð. Með virkri forvarnarmeðferð strax í upphafi sykursterameðferðar, einkum hjá áhættuhópum, mætti ef til vill draga úr þessum alvarlega fylgikvilla og fækka þannig ótímabærum beinbrotum.

Inngangur

Þann 21. september 1948 gaf bandarískí gigtlæknirinn Philip Showalter Hench einum iktsýkisjúklinga sinna efnasamband er samstarfsfélaga hans, efnafræðingnum Edward Calvin Kendall, hafði tekist að einangra úr berki nýrnahettna (1). Efni þetta nefndu þeir *Compound E.* Efnasambandið hafði undraverð áhrif á liðargigtareinkenni sjúklingsins samanborið við kólesterólblöndu, sem þeir notuðu sem lyfleysu. *Compound E* nefndu þeir síðar kortisón. Þeir félagar Hench og Kendall, ásamt svissneska efnafræðingnum Tadeus Reichstein, voru aðeins tveimur árum síðar heiðraðir með Nóbelsverðlaunum (2).

Hálfri öld síðar gegna sykursterar enn mikilvægu hlutverki í meðferð margra langvinnra bólgusjúkdóma og ýmissa bráðakvilla (3-5). Sykursterar virka bæði fljótt og vel sem bólgudempandi lyf, en þeim fylgja margir kvillar, sérstaklega hjá þeim er nota sykurstera til lengri tíma (4,6). Alvarlegastur þeirra er líklega ótímabær beinþynning. Sykursterar eru algengasta orsök beinþynningar af völdum læknismeðferðar, að minnsta kosti hjá yngri einstaklingum (7,8). Ennfremur eru gigtarsjúklingar á sykursterameðferð í tvöfaldri hættu á beinbrotum fram yfir það sem beinþéttni þeirra segir til um (9,10).

Á árunum 1995 og 1996 voru seldar hér á landi rúmlega 2,3 milljónir taflna af prednisólóni (munnlegar upplýsingar: Björn Aðalsteinsson, Delta hf.) og tæplega 400 þúsund dexametasóntöflur (munnlegar upplýsingar: Daníel Gunnarsson, Farmasíu ehf.). Ótalin eru þá önnur lyfjaform sykurstera, svo sem til inndælingar, innöndunar eða til útvortis nota. Notkun þessa lyfjaflokks er því umtalsverð hér á landi. Eingöngu tvær erlendar rannsóknir liggja fyrir á umfangi langtímanotkunar sykurstera innan heilsugæslunnar (11,12). Fyrri rannsóknin var framkvæmd á átta tölvuvæddum heilsugæslustöðvum í nágrenni Nottinghamshire í Bretlandi (11), en seinni rannsóknin (12) byggist á efniviði úr breska heilsugæslugagnagrunninum (The UK General Practice Research Database (13)). Rannsóknir þessar sýna að 0,5-0,9% Breta eru á langtímameðferð með sykursterum. Á sama tíma hafa aðrar rannsóknir sýnt að meðferðarmöguleikar til varnar beinþynningu hjá sjúklingum á langtímasykursterameðferð eru vannýttir (6,14).

Á síðustu árum hafa sérfræðingafélög í Bretlandi (15,16) og Bandaríkjum Norður-Ameríku (17,18) lagt fram tillögur um hvernig staðið skuli að forvörnum gegn beinþynningu af völdum langtímasykursterameðferðar. Hérlendis eru í undibúningi tillögur að hinu sama á vegum landlæknisembættsins (munnlegar upplýsingar: Sigurður Helgason, ritstjóri Klínískra leiðbeininga, landlæknisembættið). Við þessi tímamót er áhugavert að kanna þann hóp sjúklinga sem er í þörf fyrir langtímasykursterameðferð á Íslandi.

Markmið þessarar rannsóknar er í fyrsta lagi að kanna fjölda einstaklinga hér á landi sem þarfnast langtímasykursterameðferðar og í öðru lagi að kanna ábendingar fyrir meðferðinni. Ennfremur að gefa marktæka hugmynd um það til hvaða meðferðarráða er gripið til þess að fyrirbyggja beinþynningu af völdum langtímasykursterameðferðar.

Efniviður og aðferðir

Að fengnu samþykki yfirlækna og héraðslæknis Norðurlandshéraðs eystra voru upplýsingar fengnar frá öllum apótekum á Norð-Austurlandi um einstaklinga, sem fengið höfðu afgreidda sykurstera (prednisólón; H 02 A B 06) samkvæmt lyfseðli á 24 mánaða tímabili; 01.01.95-31.12.96. Þeim, sem fengið höfðu ávísað sykursterum oftar en einu sinni, var sent bréf síðla vetrar 1997 með upplýsingum um rannsóknina og samþykktaryfirlýsingu til undirritunar, þar sem sjúklingarnir gáfu leyfi til upplýsingasöfnunar úr sjúkraskrám. Einnig fylgdi umræddu bréfi spurningablað um neysluvenjur, sjá nánar að neðan. Þeir sem ekki svöruðu innan átta vikna fengu ítrekunarbréf.

Á Norðurlandi eystra voru á rannsóknartímabilinu starfandi fimm sérfræðingar í lyflækningum og undirgreinum þeirra; tveir gigtlæknar, hjartalæknir, lungnalæknir og sérfræðingur í meltingarfærasjúkdómum. Auk þess starfaði einn öldrunarlæknir á svæðinu og sérfræðingur í krabbameinslækningum kom í reglulegar vitjanir. Af 22 heilsugæslulæknum

voru þrír með aðra sérgrein en heimilislækningar; einn hafði lyf- og lungnalækningar sem sérgrein, annar var sérfræðingur í húð- og kynsjúkdómum og sá þriðji var sérfræðingur í barnalækningum. Nærri öll þjónusta sérfræðilækna á Norðulandi eystra er veitt á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri (FSA). Samtals starfa 48 læknar á Norðurlandi eystra, auk 10-12 aðstoðarlækna sem eru í starfsþjálfun á FSA.

Sjúklingar, sem voru að minnsta kosti í þrjá mánuði samfellt á meðferð með sykursterum á tímabilinu, voru teknir til rannsóknar og einnig þeir sem fengu endurteknar meðferðarhrinur, sem samanlagt náðu þremur mánuðum á ári. Einstaklingar er ekki höfðu lögheimili á Norð-Austurlandi voru útilokaðir frá rannsókninni, svo og þeir er neituðu þátttöku.

Spurningablaðið sem fylgdi kynningarbréfinu til sjúklinganna samanstóð af fimm aðalspurningum varðandi neyslu mjólkurafurða, kalks, vítamína, lýsis, auk annarrar lyfjanotkunar en prednisólons, svo sem hormónalyfja, kalsítóníns eða bísfosfónata.

Upplýsingum var safnað á kerfisbundinn hátt úr sjúkraskrám varðandi eftirfarandi þætti: ábendingar fyrir meðferð, upphafs- og viðhaldsskammta prednisólóns, meðferðarlengd og skráða fylgikvilla. Ennfremur var staðfest úr sjúkraskrám önnur lyfjanotkun á rannsóknartímabilinu. Að lokum voru skoðaðar meðferðarákvarðanir er beindust gegn beinþynningu. Upplýsingum var safnað í töflureiknisforritið Excel-Pc á dulkóðuðu formi.

Rannsóknaráætlunin var samþykkt af siðanefnd læknaráðs Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (21.04.97) og Tölvunefnd Dómsmálaráðuneytisins (16.04.97). Siðanefnd landlæknisembættisins fjallaði einnig um rannsóknaráætlunina (26.06.97).

Niðurstöður

Notkun sykurstera: Á rannsóknartímabilinu voru gefnir út 1.977 lyfseðlar á prednisólón til 748 einstaklinga. Þrjú hundruð fjörutíu og níu sjúklingar fengu ávísað prednisólóni oftar en einu sinni og af þeim uppfyllti 191 sjúklingur skilmerki rannsóknarinnar, það er að segja 0,72% af 26.664 íbúum Norð-Austurlands voru á langtímasykursterameðferð á rannsóknartímabilinu.

Meðalaldur sjúklinganna var 66 ár (17-93 ár): 64 ár fyrir konur og 68 ár fyrir karla. Konur voru heldur fleiri en karlar eða 106 (55%) á móti 85 körlum (45%). Kynjahlutfall eftir aldri kemur fram á mynd 1.

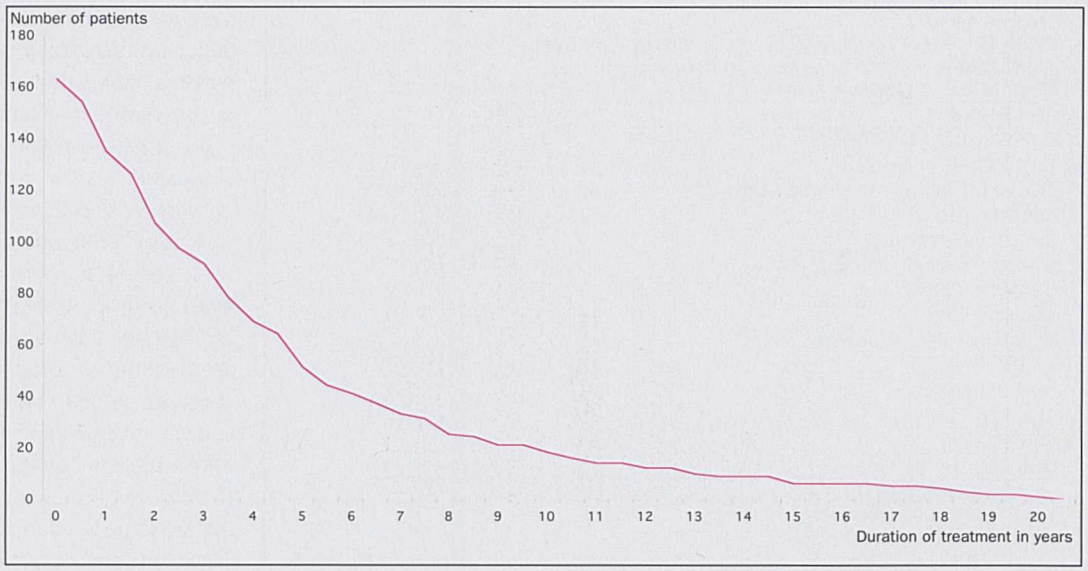


Figure 2. *Duration in years of continuos oral corticosteroid treatment in 163 patients. The time length is calculated from the start of the treatment to the end of the treatment or to the data of the study.*

Heildarmeðferðartímann var hægt að reikna út hjá 163 einstaklingum, þeir voru á sykursterameðferð að meðaltali fjögur ár og sjö mánuði (3-300 mánuðir) (mynd 2). Meðferðartími var reiknaður frá meðferðarbyrjun og fram að rannsóknardegi. Hjá þessum 163 sjúklingum var upphafsskammtur prednisólóns að meðaltali 24 mg á dag (5-80 mg/dag), en viðhaldsskammtur var að meðaltali 6 mg á dag (2-15 mg/dag). Enginn munur var á kynjum með tilliti til lyfjaskammta eða meðferðarlengdar.

Meðferðarábendingar: Gigtarsjúkdómar (44%) og lungnasjúkdómar (33%) voru algengustu orsakir langtímasykursterameðferðar, sjá nánar meðferðarábendingar í töflu I.

Skráðar aukaverkanir: Eingöngu 33% sjúklinganna (n=63) höfðu samkvæmt sjúkraskrám engar skráðar aukaverkanir er tengja mætti sykursterameðferðinni. Hins vegar voru Cushingsútlit (26%), beingisnun eða beinþynning (26%) og beinbrot (20%) oft nefnd í sjúkraskrám sem fylgikvilli meðferðarinnar (tafla II).

Ekki var unnt að fá fram niðurstöður úr beinþéttnimælingum er framkvæmdar voru með fram-

Table I. *Medical disorders for which oral corticosteroids were prescribed in 191 patients on long term treatment with corticosteroids.*

Disorder	No of patients	(%)
Chronic pulmonary disease	59	(30.9)
Polymyalgia rheumatica	54	(28.3)
Rheumatoid arthritis	20	(10.5)
Inflammatory bowel disease	15	(7.9)
Poststatus organ transplantation	8	(4.2)
Temporalis arteritis (biopsy proven)	6	(3.1)
Neoplasma	6	(3.1)
Dermatological disorders	5	(2.6)
Pulmonary fibrosis	4	(2.1)
Connective tissue diseases	4	(2.1)
Other disorders	10	(5.2)
Total	**191**	**(100)**

Table II. *Complications, supposed due to long term treatment with corticosteroids, registrated in 191 patients records. No complication which could be related to the corticosteroids therapy was recorted in 63 out of 191 patients records (33.0%).*

Complication	No of patients	(%)
Osteoporosis (assumed)	50	(26.2)
Cushingoid changes	49	(25.7)
Fractures (assumed osteoporosis related*)	39	(20.4)
Edema	37	(19.4)
Infections problems	24	(12.6)
Gastrointestinal complaints	20	(10.5)
Cataract / glaucoma	18	(9.4)
Hypertention	16	(8.4)
Hyperglycemia / diabetes mellitus	15	(7.9)
Dermal artophy	14	(7.3)
Mental symptoms	11	(5.7)
Muscular atrophy	4	(2.1)
Thrombosis	4	(2.1)
Oral mucosal symptoms	1	(0.5)

* 32 compression fractures in columna vertebralis; three fractures of distal ulna and one fracture of: colum femoris, subtrochanter, tibia and fibula.

handleggsmæli staðsettum á FSA, en mælirinn var óáreiðanlegur vegna tíðra bilana. Mælirinn var á rannsóknartímabilinu sendur utan til viðgerðar og urðu það síðar örlög hans að hverfa í hafið með strandi Vikartinds veturinn 1997. Tvær konur voru beinþéttnimældir á rannsóknartímabilinu á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (Dual X-ray Absorption aðferð). Önnur þeirra reyndist með beinþynningu, en hin hafði góðan beinhag.

Beinbrot: Þrjátíu og níu sjúklingar, 25 konur (64%) og 14 karlar (36%), höfðu beinbrotnað eftir að sykursterameðferðin hófst. Algengast voru samföll í hryggjarbolum eða 32, þar næst þrjú framhandleggsbrot. Einn sjúklingur hafði brotnað á lærleggshálsi og annar hafði brotnað við mjaðmarhnútuna, enn annar sjúklingur hafði ökklabrotað og sá fjórði fengið brot á dálk. Einn sjúklingur hafði bæði fengið samfall í hrygg og framhandleggsbrot og annar sjúklingurinn sem hafði lærleggsbrotnað hafði líka brotnað á mjaðmagrind. Meðalaldur þeirra sem höfðu sögu um beinbrot var 75 ár (62-90 ár) eða níu árum hærri en meðferðarhópsins í heild ($p>0,0001$). Upphafs- og viðhaldsskammtur prednisólóns í þessum hópi var hinn sami og fyrir allan meðferðarhópinn (26 mg á móti 24 mg og 6,3 mg á móti 6,0 mg prednisólón) og mögulegt var að áætla meðferðarlengdina hjá 23 einstaklingum, en að meðaltali leið 31 mánuður (3-168) frá meðferðarbyrjun að beinbroti.

Dánarorsakir: Tuttugu og sjö sjúklingar létust á rannsóknartímabilinu, meðalaldur þeirra var 74 ár. Dánarorsakir þeirra voru eftirfarandi: 10 sjúklingar létust úr öndunarbilun og þrír úr lungnabólgu, átta sjúklingar dóu vegna hjartasjúkdóma, fimm vegna illkynja sjúkdóma og einn sjúklingur dó vegna heilablæðingar. Átta þessara einstaklinga (30%) höfðu fengið beinbrot.

Forvörn gegn beinþynningu: Samkvæmt sjúkraskrám voru meðferðarráðstafanir gegn beinþynningu færðar til bókar hjá 61 sjúklingi (32%). Ef frá eru taldar 15 konur, sem héldu áfram hormónauppbótarmeðferð sinni við upphaf sykursterameðferðarinnar, fengu 46 sjúklingar ítarlegri meðferðarráðleggingar gegn beinþynningu samkvæmt sjúkraskrám. Meðalaldur þessa hóps var 66 ár (23-93 ár) sem samanstóð af 46 konum og 15 körlum.

Eitt hundrað sextíu og fjórir einstaklingar voru á lífi er rannsóknin var framkvæmd veturinn 1997. Eitt hundrað þrjátíu og tveir (80,5%) þeirra útfylltu spurningablað um neysluvenjur. Niðurstöður þessara spurningablaða sýndu að 93% karla og kvenna neyttu reglulega mjólkurvara. Auk þess tóku 37% einnig kalktöflur daglega. Fimmtíu og tvö prósent hópsins tóku reglulega lýsi og tryggðu sér þannig dagsþörf af D-vítamíni. Þrjátíu og átta sjúklingar (29%) tóku bæði kalk og D-vítamín daglega.

Af 106 konum höfðu 86 eða 81% náð tíðahvörfum, meðalaldur þeirra var 64 ár. Aðeins 18 þeirra (21%) fengu hormónauppbótarmeðferð á rannsóknartímabilinu. Enginn karl fékk meðferð með karlkynshormónum sem vörn eða meðferð gegn beinþynningu.

Bísfosfónöt tóku 10 konur og sjö karlar eða 9% sjúklingahópsins. Fjórtán þessara sjúklinga höfði sögu um beinbrot og tveir sjúklingar til viðbótar höfðu beinþynningu án beinbrota (annar þeirra hafði gengist undir beinþéttnimælingu). Þannig tóku 16 sjúklingar bísfosfónöt sem meðferð gegn greindri beinþynningu, en einungis einn karl með sykursýki og nýgreinda fjölvöðvagigt fékk bísfosfónatameðferð í forvarnarskyni.

Tveir sjúklingar með beinþynningu og samfallsbrot í hrygg höfðu fengið kalsítónínkúra í stuttan tíma sem hluta af verkjastillandi meðferð meðan á sjúkrahúsdvöl stóð.

Beinbrot og beinþynningarmeðferð: Rúmlega þriðjungur hópsins (36%), sem höfðu fengið beinbrot, voru meðhöndlaðir með bísfosfónötum, sem samsvarar að 32% þeirra sjúklinga er taldir höfðu verið með beinþynningu samkvæmt sjúkraskrám fengu meðferð með lyfi af þessum flokki. Tuttugu og níu sjúklingar (58%) er höfðu beinþynningu samkvæmt sjúkraskrám höfðu hvorki fengið hormónauppbótarmeðferð né meðferð með bísfosfónötum. Hins vegar tóku 44% þeirra reglulega kalktöflur og 58% þeirra tryggðu sér D-vítamín inntöku með reglulegri neyslu lýsis.

Umræða

Rannsókn okkar nær til tæplega tíunda hluta íbúa landsins og lýsir ávísunarvenjum heilsugæslulækna og annarra sérfræðilækna á sykursterum yfir tveggja ára tímabil á öllu Norð-Austurlandi. Í ljósi þessa verður að telja að niðurstöðurnar séu marktækar og óhætt sé að varpa þeim yfir á landið í heild sinni. Rannsóknin sýnir að 0,72% íbúa Norðurlands eystra eru á

langtímasykursterameðferð, sem samsvarar því að um 2000 Íslendingar séu á langtímameðferð með sykursterum á hverjum tíma og allt að 300 þeirra hafi fengið beinbrot, sem að einhverju leyti má rekja til meðferðarinnar. Fylgikvillar langtímasykursterameðferðar eru því stórt þjóðhagslegt heilbrigðisvandamál, sem kallar á aðgerðir af hendi heilbrigðisyfirvalda.

Á rannsóknartímabilinu fengu rúmlega 700 einstaklingar ávísað prednisólóni, í flestum tilvikum til skammtímanotkunar. Fjórði hver einstaklingur þarfnast þó langtímameðferðar. Hlutfall þetta er svipað og í Bretlandi, þar sem 20% þeirra er fengu ávísað sykursterum voru enn á meðferðinni að sex mánuðum liðnum (12). Ábendingar fyrir langtímasykursterameðferð hér á landi eru þær sömu og erlendis, þar sem bólgusjúkdómar í stoðkerfi og lungum eru algengastar. Iðrabólgusjúkdómar virðast vera algengari ábending hér á landi en í Bretlandi, eða 8% miðað við 1-3% (11,12). Ennfremur er meðalskammtur og meðferðartími hér á landi sambærilegur og í fyrrnefndum rannsóknum. Nýleg bandarísk rannsókn sýnir að lungnalæknar og sérfræðingar í meltingarfærasjúkdómum nota hærri skammta af sykursterum en gigtlæknar (13,8 mg; 12,7 mg; 8,0 mg prednisólón), en sjúklingar gigtlækna eru lengur á meðferðinni eða að meðatali 85 mánuði, samanborið við 41 og 61 mánuð hjá hinum sérfræðingunum (19).

Aukaverkanir af völdum langtímasykursterameðferðar eru oft nefndar í sjúkraskrám. Beinþynning var oftast nefnd eða í fjórðu hverri sjúkraskrá og sjötti hver sjúklingur hafði fengu einkenni um samfallsbrot í hrygg. Rannsókn okkar er á engan hátt tæmandi hvað aukaverkanir varðar, enda ekki skráð framskyggnt. Í framskyggnri rannsókn meðal 128 astmasjúklinga höfðu 11% þeirra er tóku reglulega sykurstera í töfluformi samfallsbrot, en enginn þeirra er ekki voru meðhöndlaðir með sykursteratöflum (20). Beinbrot eru hvað alvarlegastir fylgikvillar langtímasykursterameðferðar, bæði valda þau líkamlegum kvölum og hafa áhrif á lífshorfur þeirra er verða fyrir því óláni (21), sérstaklega hvað varðar karla (22). Ennfremur valda ótímabær beinbrot þjóðfélaginu miklum samfélagskostnaði (23).

Allt frá dögum Harvey Cushing hafa tengslin milli ofurmagns kortisóls og ótímabærrar beineyðingar verið þekkt (24) og getur beinþynning verið fyrsta einkenni sjúklinga með heilkenni Cushings (25). Fljótlega eftir að farið var að nota sykurstera gerðu menn sér grein fyrir þessum alvarlega fylgikvilla. Sykursterar draga bæði úr nýmyndun beins og auka beinniðurbrot. Hið fyrrnefnda er vegna beinna áhrifa á beinfrumur, en sykursterar draga úr myndunargetu þeirra á stoðefni beinsins, sem mæla má óbeint með magni osteókalsíns í blóði (26). Sykursterar hafa einnig neikvæð áhrif á framleiðslu margra kynhormóna og þannig geta þeir valdið enn frekari beinþynningu (27). Áhrif sykurstera á paratýrín voru talin vera ein af aðalorsökum beinþynningar tengdri sykursterum, en á síðustu árum er hlutverk paratýríns talið vera óverulegt (15,26). Á hinn bóginn trufla sykursterar verkun D-vítamíns í þörmum og valda þannig röskun á kalsíumbúskap (28) með þeim afleiðingum að ofvirkni verður í kalkkirtlum. Þessi verkunarmáti hefur einnig verið talinn hafa óveruleg áhrif (15). Í þessu samhengi er rétt að benda á að kalk og D-vítamín hemur aðeins að litlu leyti það beintap sem sykursterar valda (15), sérstaklega ef litið er til lengri tíma og beinþéttninnar í mjöðm (29). Þótt engar rannsóknir hafi sýnt að hvorki D-vítamín né kalk komi í veg fyrir beinbrot sjúklinga á sykursterameðferð, er talið rétt að tryggja dagsþörf kalks og D-vítamíns hjá öllum þeim er meðhöndlaðir eru með sykursterum, enda hvort tveggja ódýr forvörn (15-18,30).

Sykursterar valda fyrst og fremst beintapi í upphafi sykursterameðferðar (29). Fimmtán prósent þeirra sem fara á langtímameðferð geta gert ráð fyrir samfallsbroti þegar á fyrsta meðferðarárinu (31). Sykursterar valda ekki eingöngu beintapi, heldur breyta þeir einnig innri uppbyggingu beina og valda þannig aukinni brotaáhættu (9,10,32,33). Áhættan á beinbrotum hjá sjúklingum á langtímasykursterameðferð er tvisvar sinnum hærri miðað við sömu beinþéttnigildi en hjá þeim er ekki hafa fengið sykurstera (10,32,33). Því hefur verið lagt til að sjúklingar á langtímasykursterameðferð skuli taldir hafa beinþynningu þegar beinþéttnigildi þeirra er lægra en -1,5 staðalfrávik frá beinhag viðmiðunarhóps (9,10,32,33), en ekki -2,5 staðalfrávik eins og alþjóðleg greiningarskilmerki fyrir beinþynningu kveða á um (34). Í dag eru beinþéttnimælar á Landspítala Fossvogi og Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Einnig er unnt að framkvæma beinþéttnimælingar með tölvusneiðmyndatækjum og með ómtækni.

Meirihluti þátttakenda tryggði sér kalk- og D-vítamíninntöku. Hins vegar tryggðu eingöngu 21% kvenna, sem komnar voru yfir tíðahvörf, sér hormónameðferð, sem er þó helmingi hærra hlutfall en meðal breskra kvenna á sykursterameðferð (11). Þriðjungur íslenskra kvenna á aldrinum 64-69 ára hafa notað homónauppbótarmeðferð, en eingöngu tíunda hver kona á þessum aldri er kemur á Leitarstöð Krabbameinsfélags Íslands notfærir sér þetta meðferðarform (35). Hlutfall kvenna á sykursterameðferð er nýta sér hormónauppbótarmeðferð virðist því vera helmingi hærra en meðal jafnaldra þeirra.

Einungis einn sjúklingur fékk meðferð með bísfosfónötum í forvarnarskyni samhliða sykursterameðferðinni. Hins vegar var þriðjungur þeirra sjúklinga sem voru með þekkt beinþynningarbrot með-

höndlaður með lyfjum af þessum flokki. Notkun bísfosfónata í forvarnarskyni er einnig lítil í bresku rannsóknunum (0,6-2,4%). Ef miðað er við að okkar rannsókn er gerð á lyfseðlum útgefnum 1995-1996 og að bísfosfónöt til notkunar gegn beinþynningu voru fyrst skráð hér að landi í byrjun árs 1996, verður að telja að hlutfall sjúklinga sem meðhöndlaðir voru vegna meintra fylgikvilla beinþynningar sé ásættanlegt.

Samkvæmt erlendum meðferðarleiðbeiningum skal gera forvarnarráðstafanir þegar sykursterameðferð er ráðgerð í að minnsta kosti sex mánuði og þar sem skammtar verða stærri en 7,5 mg af prednisólóni. Staðfesti beinþéttnimælingar hins vegar beinþynningu í upphafi meðferðarinnar skal að sjálfsögðu grípa til meðferðar við beinþynningu samkvæmt alþjóðlegum ráðleggingum (34). Í öðrum tilfellum þarf að tryggja kalk- og D-vítamíninntöku og taka afstöðu til hormónauppbótarmeðferðar hjá konum (36) og sömuleiðis þarf að íhuga gjöf andrógena hjá körlum með skerta kynhormónaframleiðslu (37). Ný kynslóð hormónalyfja, svokallaðir sértækir östrógenviðtaka mótarar, eiga eftir að sanna gildi sitt gegn sykursteraorsakaðri beinþynningu. Bísfosfónöt eru þau lyf sem reynst hafa best til varnar beintapi og til þess að bæta beinþynningu af völdum sykurstera (31,38-40). Ennfremur eru bísfosfónöt eini lyfjaflokkurinn sem sannanlega fækkar mjaðmar- og samfallsbrotum hjá einstaklingum á langtímasykursterameðferð (38, 40).

Aldrei er of seint að grípa til forvarna eða meðferðar gegn beinþynningu af völdum sykurstera. Auk ofannefndra forvarnarmöguleika er ætíð nauðsynlegt að endurmeta ábendinguna fyrir sykursterameðferðinni og skammtastærð. Sykursteragjöf annan hvern dag dregur úr beintapi, en kemur ekki í veg fyrir beinþynningu (42). Einnig má í völdum tilfellum nota deflazacort í stað prednisólóns, en svo virðist sem það hafi ekki eins neikvæð áhrif á beinumsetningu en prednisólón (43,44).

Í hnotskurn sýnir rannsókn okkar að það má gera ráð fyrir því að um 2000 Íslendingar séu á samfelldri sykursterameðferð og margir þeirra hafa alvarlegar aukaverkanir, meðal annars beinbrot er tengja má meðferðinni. Ennfremur sýnir rannsókn okkar að fjölga þarf þeim einstaklingum sem fá virka meðferð gegn beinþynningu, en þó þarf fyrst og fremst að stórauka almennt forvarnarstarf. Heilbrigðisyfirvöld þurfa að stuðla að almennri fræðslu til allra heilbrigðisstarfsmanna er koma að umönnun sjúklinga á langtímasykursterameðferð og sömuleiðis þarf að tryggja að upplýsingarnar um forvarnir nái til sjúklinganna sjálfra. Að lokum þurfa læknar, er ávísa sykursterum, að nýta sér til fullnustu þá forvarnar- og meðferðarmöguleika sem fyrir hendi eru í dag. Einungis þannig má koma í veg fyrir alvarlega fylgikvilla langtímasykursterameðferðar.

Þakkir

Höfundar vilja þakka læknariturum og skjalavörðum á lyflækningadeild FSA og heilsugæslustöðvum á Norðurlandi eystra fyrir veitta aðstoð. Einnig þökkum við héraðslækni Norðurlands eystra, öllum heilsugæslulæknum og öðrum sérfræðingum ásamt apótekum á svæðinu fyrir gott samstarf. Hagstofu Íslands er þakkað fyrir veittar upplýsingar um dánarorskakir. Rannsóknin var styrkt af vísindasjóði FSA.

Heimildir

1. Hench PS, Kendall EC, Slocumb CH, Polley HF. The effect of a hormone of the adrenal cortex (17-hydroxy-11-dehydrocorticosterone: Compound E) and of pituitary adrenocorticotropic hormone on rheumatoid arthritis. Proc Staff Meet Mayo Clin 1949; 24: 181-97.
2. Liljestrand G. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1950: „for their discoveries relating to the hormones of the adrenal cortex, their structure and biological effects". The Official Web Site of The Nobel Foundation: http://www.nobel.se/medicine/
3. Boumpas DT, Chrousos GP, Wilder RL, Cupps TR, Balow JE. Glucocorticoid therapy for immune-mediated diseases: basic and clinical correlates. Ann Intern Med 1993; 119: 1198-208.
4. Holland EG, Taylor AT. Glucocorticoids in clinical practice. J Fam Pract 1991; 32: 512-9.
5. Cupps TR, Fauci AS. Corticosteroid-mediated immunoregulation in man. Immunol Rev 1982; 65: 133-55.
6. Hougardy DM, Peterson GM, Bleasel MD, Randall CT. Is enough attention being given to the adverse effects of corticosteroid therapy? J Clin Pharm Ther 2000; 25: 227-34.
7. Khosla S, Lufkin EG, Hodgson SF, Fitzpatrick LA, Melton LJ. Epidemiology and clinical features of osteoporosis in young individuals. Bone 1994; 15: 551-5.
8. Reid IR. Glucocorticosteroid-induced osteoporosis and other forms of secondary osteoporosis. In: Meurier PJ, ed. Osteoporosis: diagnosis and management. London: Mosby-Martin Dunitz; 1998: 233-50
9. Cooper C, Coupland C, Mitchell M. Rheumatoid arthritis, corticosteroid therapy and hip fracture. Ann Rheum Dis 1995; 54: 49-52.
10. Peel NF, Moore DJ, Barrington NA, Bax DE, Eastell R. Risk of vertebral fracture and relationship to bone mineral density in steroid treated rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 1995; 54: 801-6.
11. Walsh LJ, Wong CA, Pringle M, Tattersfield AE. Use of oral corticosteroids in the community and the prevention of secondary osteoporosis: a cross sectional study. BMJ 1996; 313: 344-6.
12. van Staa TP, Leufkens HG, Abenhaim L, Begaud B, Zhang B, Cooper C. Use of oral corticosteroids in the United Kingdom. QJM 2000; 93: 105-11.
13. Walley T, Mantgani A. The UK General Practice Research Database. Lancet 1997; 350: 1097-9.
14. Peat ID, Healy S, Reid DM, Ralston SH. Steroid induced osteoporosis: an opportunity for prevention? Ann Rheum Dis 1995; 54: 66-8.
15. Eastell R. Management of corticosteroid-induced osteoporosis. UK Consensus Group Meeting on Osteoporosis. J Intern Med 1995; 237: 439-47.
16. Eastell R, Reid DM, Compston J, Cooper C, Fogelman I, Francis RM, et al. A UK Consensus Group on management of glucocorticoid-induced osteoporosis: an update. J Intern Med 1998; 244: 271-92.
17. American College of Rheumatology Task Force on Osteoporosis Guidelines. Recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. Arthritis Rheum 1996; 39: 1791-801.
18. Paget SA, Gall EP, Hochberg MC, et al. Prevention and treatment of glucocorticosteroid-induced osteoporosis. CME monograph. ACR, Atlanta, 1998; 1-16.
19. Osiri M, Saag KG, Ford AM, Moreland LW. Practice pattern variation among internal medicine specialists in the prevention of glucocorticoid-induced osteoporosis. J Clin Rheumatol 2000; 6: 117-22.
20. Adinoff AD, Hollister JR. Steroid-induced fractures and bone loss in patients with asthma. N Engl J Med 1983; 309: 265-8.

21. Cooper C, Atkinson EJ, Jacobsen SJ, O'Fallon WM, Melton LJ 3d. Population-based study of survival after osteoporotic fractures. Am J Epidemiol 1993; 137: 1001-5.
22. Center JR, Nguyen TV, Schneider D, Sambrook PN, Eisman JA. Mortality after all major types of osteoporotic fracture in men and women: an observational study. Lancet 1999; 353: 878-82.
23. Dolan P, Torgerson DJ. The cost of treating osteoporotic fractures in the United Kingdom female population. Osteoporos Int 1998; 8: 611-7.
24. Chusing H. The basophil adenomas of the pituitary body and their cllinical manifestations. Bull Johns Hopkins Hosp 1932; 50: 137-95.
25. Hough S, Teitelbaum SL, Bergfeld MA, Avioli LV. Isolated skeletal involvement in Cushing's syndrome: response to therapy. J Clin Endocrinol Metab 1981; 52: 1033-8.
26. Prummel MF, Wiersinga WM, Lips P, Sanders GT, Sauerwein HP. The course of biochemical parameters of bone turnover during treatment with corticosteroids. J Clin Endocrinol Metab 1991; 72: 382-6.
27. Goulding A, Gold E. Effects of chronic prednisolone treatment on bone resorption and bone composition in intact and ovariectomized rats and in ovariectomized rats receiving beta-estradiol. Endocrinology 1988; 122: 482-7.
28. Hahn TJ. Drug-induced disorders of vitamin D and mineral metabolism. Clin Endocrinol Metab 1980; 9: 107-27.
29. Adachi JD, Bensen WC, Bianchi F, Cividino A, Pillersdorf S, Sebaldt RJ, et al. Vitamin D and calcium in the prevention of corticosteroid-induced osteoporosis: a 3-year follow-up. J Rheumatol 1996; 23: 995-1000.
30. Homik J, Suarez-Almazor ME, Shea B, Cranney A, Wells G, Tugwell P. Calcium and vitamin D for corticosteroid-induced osteoporosis. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000952.
31. Adachi JD, Bensen WG, Brown J, Hanley D, Hodsman A, Josse R, et al. Intermittent etidronate therapy to prevent corticosteroid-induced osteoporosis. N Engl J Med 1997; 337: 382-7.
32. McEvoy CE, Ensrud KE, Brender E, Genant HK, Yu W, Griffith JM, et al. Association between corticosteroid use and vertebral fractures in older men with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Resp Crit Care Med 1998; 157: 704-9.
33. Verstraeten A, Dequeker J. Vertebral and peripheral bone mineral content and fracture incidence in postmenopausal patients with rheumatoid arthritis: effect of low dose corticosteroids. Ann Rheum Dis 1986; 45: 852-7.
34. Consensus Development Conference. Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. Am J Med 1993; 6: 646-50.
35. Elíasson JH, Tryggvadóttir L, Tulinius H, Guðmundsson JA. Hormónameðferð kvenna á Íslandi. Læknablaðið 1998; 84: 25-31.
36. Hall GM, Daniels M, Doyle D, Spector TD. Effect of hormone replacement therapy on bone mass in rheumatoid arthritis patients treated with and without steroids. Arthritis Rheum 1994; 37: 1499-1505.
37. Adami S, Fossaluzza V, Rossini M, Bertoldo F, Gatti D, Zamberlan N, et al. Prevention of corticosateroid-induced osteoporosis with nandrolone decanoate. Bone Min 1991; 15: 73-81.
38. Roux C, Oriente P, Laan R, Hughes RA, Ittner J, Goemaere S, et al. Randomized trial of effect of cyclical etidronate in the prevention of corticosteroid-induced bone loss. J Clin Endocrinol Metab 1998; 83: 1128-33.
39. Saag K, Emkey R, Schnitzer TJ, Brown JP, Hawkins SF, Goemaere S, et al. Alendronate for the prevention and treatment of glucocorticcosteroid-induced osteoporosis. N Engl J Med 1998; 339: 292-9.
40. Poubelle P, Adachi JD, Hawkins F, et al. Alendronate for the management of glucocorticoid-induced osteoporosis: Results of the multinational study [abstract]. Arthritis Rheum 1997; 40: S327.
41. Gluck OS, Murphy WA, Hahn TJ, Hahn B. Bone loss in adults receiving alternate day glucocorticoid therapy. A comparison with daily therapy. Arthritis Rheum 1981; 24: 892-8.
42. Olgaard K, Storm T, van Wowern N, Dangaard H, Egfjord M, Lewin E, et al. Glucocorticoid-induced osteoporosis in the lumbar spine, forearm, and mandible of nephrotic patients: a double-blind study on the high-dose, long-term effects of prednisone versus deflazacort. Calcif Tissue Int 1992; 50: 490-7.
43. LoCascio V, Ballanti P, Milani S, Bertoldo F, LoCascio C, Zanolin EM, et al. A histomorphometric long-term longitudinal study of trabecular bone loss in glucocorticoid-treated patients: prednisone versus deflazacort. Calcif Tissue Int 1998; 62: 199-204.

Nexium SÝRUHJÚPTÖFLUR, A 02 BC 05 *(Sérlyfjaskrártexti og heimildaskrá)*

Innihaldslýsing: Hver sýruhjúptafla inniheldur: Esomeprazolum INN, magnesíum þríhýdrat samsvarandi Esomeprazolum INN 20 eða 40 mg. **Ábendingar:** Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease): Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis, langtímameðferð til þess að koma í veg fyrir að læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju, meðferð á einkennum sjúkdóma af völdum bakflæðis frá maga í vélinda. Til upprætingar á Helicobacter pylori ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð: Til að lækna Helicobacter Pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter Pylori tengd sár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar á að gleypa heilar ásamt vökva og þær má hvorki tyggja né mylja. Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease): Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis: 40 mg einu sinni á sólarhring í 4 vikur. Fjögurra vikna meðferð til viðbótar er ráðlögð handa þeim sjúklingum sem ekki hafa fengið lækningu, eða ef einkenni eru enn til staðar. Langtímameðferð til að koma í veg fyrir að læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju: 20 mg einu sinni á sólarhring. Meðferð á einkennum vegna bakflæðis frá maga í vélinda: 20 mg einu sinni á sólarhring handa sjúklingum sem ekki eru með bólgu í vélinda. Ef einkenni hafa ekki horfið innan 4 vikna, skal sjúklingur gangast undir frekari rannsóknir. Eftir að einkenni hafa horfið, má halda þeim niðri með því að taka 20 mg einu sinni á sólarhring eftir þörfum. Ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð til upprætingar á Helicobacter pylori og til að lækna Helicobacter pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter pylori tengd sár: 20 mg ásamt amoxicillíni 1 g og klaritromycini 500 mg eru gefin samtímis tvisvar sinnum á sólarhring í 7 daga. Börn: Nexium er ekki ætlað börnum. Skert nýrnastarfsemi: Hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. Vegna takmarkaðrar reynslu hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi, skal gæta varúðar við meðferð þeirra. Skert lifrarstarfsemi: Hjá sjúklingum með vægt til miðlungs alvarlega skerta lifrarstarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. Sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfssemi ætti ekki að gefa meira en 20 mg hámarksskammt af Nexium. Aldraðir: Hjá öldruðum er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir esómeprazóli, benzímidazólsamböndum eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur við notkun lyfsins:** Útiloka skal illkynja sjúkdóm, þar sem meðferð með Nexium getur dregið úr einkennum og seinkað sjúkdómsgreiningu. Sjúklingar á langtímameðferð (sérstaklega ef meðferð varir lengur en eitt ár) skulu vera undir reglulegu eftirliti. Sjúklingum sem nota lyfið eftir þörfum skal leiðbeina um að hafa samband við lækninn sinn ef eðli einkenna breytast. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Áhrif esómeprazóls á lyfjahvörf annarra lyfja:Minna sýrumagn í maga við meðferð með esómeprazóli getur aukið eða minnkað frásog lyfja, ef frásog þeirra er háð sýrustigi magans. Eins og á við um önnur lyf, sem hamla sýruseytingu eða sýrubindandi lyf, getur frásog ketókónazóls minnkað meðan á meðferð með esómeprazóli stendur. Esómeprazól hamlar CYP2C19, sem er aðalumbrotsensím esómeprazóls. Þegar sómeprazól er gefið samtímis lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2C19, eins og díazepam, citalópram, imipramín, klómipramín, fenýtóín o.s.frv., getur það valdið aukinni plasmaþéttni þessara lyfja þannig að minnka þurfi skammta. Þetta skal hafa í huga, sérstaklega þegar esómeprazóli er ávísað til notkunar eftir þörfum. Samtímis gjöf á 30 mg af esómeprazóli olli 45% lækkun á klerans díazepams, sem er CYP2C19 hvarfefni. Við samtímis gjöf á 40 mg af esómeprazóli jókst lægsta plasmaþéttni fenýtóíns um 13% hjá flogaveikum sjúklingum. Ráðlagt er að fylgjast með plasmaþéttni fenýtóíns þegar meðferð með esómeprazóli hefst eða henni er hætt. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli gjöf á 40 mg af esómeprazóli samtímis gjöf á cisapríði, því fenýtóíns um 13% hjá flogaveikum sjúklingum. Ráðlagt er að fylgjast með plasmaþéttni fenýtóíns þegar meðferð með esómeprazóli hefst eða henni er hætt. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli gjöf á 40 mg af esómeprazóli samtímis gjöf á cisapríði, því fenýtóíns um 13% hjá flogaveikum sjúklingum. Ráðlagt er að fylgjast með plasmaþéttni fenýtóíns þegar meðferð með esómeprazóli hefst eða henni er hætt. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli gjöf á 40 mg af esómeprazóli samtímis gjöf á cisapríði, því að flatarmál undir plasmaþéttni-tímaferli (AUC) jókst um 32% fyrir cisapríð og útskilnaðarhelmingunartími (t1/2) lengdist um 31%, en engin marktæk hækkun varð á hámarksþéttni cisapríðs. Örlítil lenging á QTc bili, sem kom í ljós eftir gjöf á cisapríði einu sér, lengdist ekki frekar þegar cisapríð var gefið ásamt esómeprazóli. Sýnt hefur verið fram á að esómeprazól hefur ekki klínísk marktæk áhrif á lyfjahvörf amoxicillíns, kínidíns eða warfaríns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun esómeprazóls á meðgöngu. Gæta skal varúðar þegar lyfið er gefið þunguðum konum. Ekki er vitað hvort esómeprazól berst í brjóstamjólk og ættu konur með barn á brjósti ekki að nota Nexium. Aukaverkanir: Algengar **(> 1%):** Höfuðverkur, kviðverkir, niðurgangur, vindgangur, ógleði/uppköst, hægðatregða. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Svimi, munnþurrkur, húðbólgur (dermatitis), kláði, ofsakláði. **Lyfhrif:** Esómeprazól er S-handhverfa ómeprazóls og dregur úr seytingu magasýru og er verkunarháttur mjög sértækur. Það hemlar sértækt sýrupumpuna í parietal frumum magans. Bæði R- og S- handhverfur ómeprazóls hafa svipuð lyfhrif. **Lyfjahvörf:** Frásog og dreifing:Esómeprazól er ekki sýrustöðugt og þess vegna er það gefið til inntöku sem sýruhjúpkyrni. Umbreyting í R-handhverfu er óveruleg in-vivo. Esómeprazól frásogast hratt, hámarksþéttni í plasma næst um 1-2 klst. eftir inntöku. Aðgengi er 64%. Dreifirúmmál við stöðuga þéttni er um 0,22 l/kg líkamsþunga. Esómeprazól er 97% próteinbundið í plasma. Fæðuneysla bæði seinkar og dregur úr frásogi esómeprazóls en hefur engin marktæk áhrif á verkun esómeprazóls á sýrustig magans.

Heimildaskrá **1.** Wilder-Smith C, Röhss K, Lundin C, Rydholm H. Esomeprazole (E) 40 mg provides more effective acid control than pantoprazole (P) 40 mg; Gastroenterology 2000; 118:A22. **2.** Röhss K, Claar-Nilsson C, Rydholm H, Nyman L. Esomeprazole 40 mg provides more effective acid control than lansoprazole 30 mg; Gastroenterology 2000; 118:A20. **3.** Junghard O, Hassan-Alin M, Hasselgren G; The effect of AUC and Cmax of esomeprazole on acid secretion and intragastric pH; Gastroenterology 2000;118:A17. **4.** Richter JE, Kahrilas PJ, Hwang C , Marino V, Hamelin B. Esomeprazole is superior to omeprazole for healing of erosive esophagitis (EE) in GERD patients. Gastroenterology 2000; 118:A20. **5.** Talley NJ, Venables TL, Green JRB, Armstrong D, O´Kane KPJ, Giaffer M et al. Esomeprazole 40 mg and 20 mg is efficacious in the long-term management of patients with endoscopy negative GERD: a placebo-controlled trial of on-demand therapy for 6 months; Gastroenterology 2000;118:A658. **6.** Talley NJ, Lauristen K, Tunturi-Hihnala H, Lind T, Moum B, Bang CJ et al. Esomeprazole 20 mg maintains symptom control in endoscopy-negataive GERD: a randomized placebo-controlled trial of on-demand therapy for 6 months. Gastroenterology 2000;118:A21. **7.** Tulassay Z, Kryszewski A, Dite P, Kleczkowski D, Rudzinski J, Bartuz Z et al. 7-day treatment with esomeprazole based triple therapy eradicates H.pylori (Hp) and heals patients with duodenal ulcer (DU) disease. Gastroenterology 2000;118:A502. **8.** Andersson T et al. Gastroenterology 2000;118(suppl):A1210. (Abstract). **9.** Kahrilas PJ, Falk G, Johnson DA, Schmitt C, Collins DW, Whipple J et al. Esomeprazole improves healing and symptom resolution as compared with omeprazole in reflux esophagitis patients: a randomised controlled trial. Aliment Pharmacol Ther 2000;in press. **10.** Maton P, Vakil NB, Hwang C, Skammer W, Hamelin B. Safety and efficacy of long-term treatment with esomeprazole in patents with healed erosive esophagitis (EE). Gastroenterology 2000;118:A19. **11.** Genta RM, Magner DJ, D'Amico D, Levine DS. Safety of long-term treatment with a new PPI, esomeprazole in GERD patients. Gastroenterology 2000;118:A16. **12.** Åbelö A, Andersson T, Antonsson M, Naudot AK, Skånberg I, Weidolf L. Stereoselective metabolism of omeprazole by human cytochrome P450 enzymes. Drug Metab Dispos 2000;28:966-972. **13.** Lind T, Rydberg L, Kylebäck A, Jonsson A, Andersson T, Hasselgren G et al. Esomeprazole provides improved acid control vs omeprazole in patients with symptoms of gastro-oesophageal reflux disease.:Aliment Pharmacol Ther 2000;14:861-67.

Markaðsleyfishafi: *AstraZeneca, A/S Albertslund, Danmark* **Umboð á Íslandi:** *Pharmaco hf., Hörgatúni 2, Garðabæ.* **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá**



EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 325-00

AstraZeneca Leiðarstjarna í lækningu meltingarsjúkdóma Umboðsaðili: Pharmaco hf. • Hörgatúni 2, 210 Garðaba

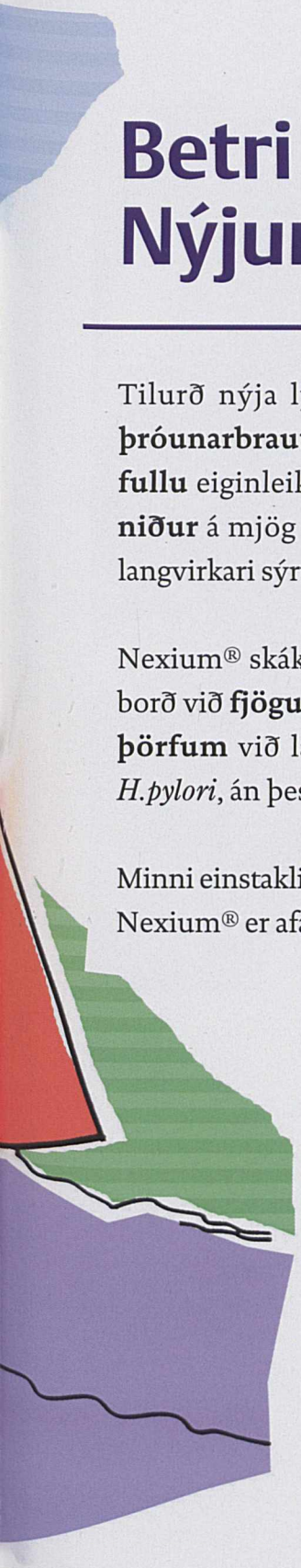
Betri meltingarvegur framundan
Nýjungin Nexium®!

Tilurð nýja lyfsins Nexium® frá AstraZeneca markar **framfaraskref á þróunarbrautinni** í meðferð sýrutengdra sjúkdóma. Með því að **hagnýta að fullu** eiginleika **öflugs ísómers** hefur okkur tekist að þróa lyf sem **brotnar niður** á mjög hagkvæman og **sérstakan hátt**, og leiðir þannig til hraðari og langvirkari sýrustjórnunar en næst með hefðbundnum sýrudæluhemlum. *3,12,13,2*

Nexium® skákar núverandi meðferðarúrræðum með því að setja **ný viðmið** á borð við **fjögurra vikna upphafsmeðferð** við vélindabakflæði, **meðferð eftir þörfum** við langtímastjórnun og **einnar viku meðferð** til upprætingar á *H.pylori*, án þess að til eftirmeðferðar komi þegar um sár er að ræða. *4,9,5,6,7*

Minni einstaklingsbundinn munur á sýrubælingu gefur **fyrirsjáanlegri árangur**. Nexium® er afar hraðvirkt og áreiðanlegt. *1,2,8,4,9,10,11*

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)



Nexium®
esomeprazole

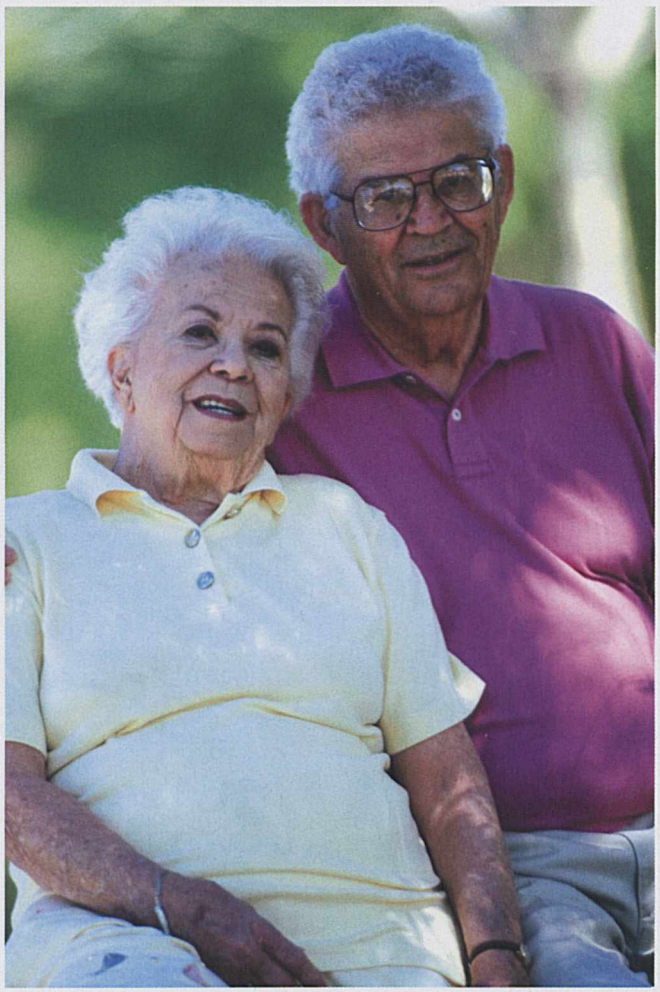
ími 535 7000 • Fax 565 6485 • Fax pantanamóttöku 565 5628 • pharmaco@pharmaco.is • www.pharmaco.is

NONNI OG MANNI • NM01648 / SÍA.IS

Aventis

Amaryl®

Glimepirid



Til meðferðar á insúlínóháðri sykursýki

- **Einfalt í notkun: Alltaf gefið einu sinni á dag með fyrstu máltíð dagsins** [1)]
- **Minni hætta á óæskilegu blóðsykursfalli í samanburði við önnur súlfónýlúrealyf** [2)]
- **Insúlínsparandi eiginleikar** [3)]

Amaryl®
Töflur: Hver tafla inniheldur: Glimepiridum 1 mg, 2 mg eða 3 mg. **Ábendingar:** Insúlínóháð sykursýki þegar blóðsykri er ekki hægt að stjórna með mataræði eða megrun. Amaryl má einnig nota samhliða insúlíni. **Skammtastærðir og notkun:** Amaryl er gefið einu sinni á dag. Töflurnar á að taka með fyrstu máltíð dagsins. *Upphafsskammtur og aukning skammta:* Upphafsskammtur er 1 mg á dag. Eftir þörfum er skammtur aukinn um 1 mg með 1-2 vikna millibili. Venjulega er viðhalds dagsskammtur um 1- 4 mg. Ef 4 mg nægja ekki á að íhuga að skipta yfir á insúlínmeðferð eða samsetta meðferð með insúlíni eða öðrum sykursýkilyfjum til inntöku. *Skipti frá öðrum sykursýkilyfjum til inntöku:* Byrja á meðferð með 1 mg á dag, daginn eftir að gjöf fyrra lyfsins er hætt. Eftir þörfum er skammtur aukinn um 1 mg aðra hverja viku. Ef ekki næst nægilega góð stjórnun hjá sjúklingum á lyfinu, skal samhliða insúlínmeðferð hafin. Halda skal sömu skammtastærð af glímepíríd og hefja insúlínmeðferð fyrst með lágum skömmtum og svo skal smám saman hækka skammtinn. **Frábendingar:** Insúlínháð sykursýki, sykursýkidá, ketónblóðsýring, alvarlegir nýrna- eða lifrasjúkdómar, ofnæmi fyrir glímepíríd eða öðrum súlfónýlúrealyfjum eða súlfónamíðum eða hjálparefnum í lyfinu. Við mjög skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi er nauðsynlegt að skipta yfir í insúlínmeðferð. Lyfið má hvorki nota á meðgöngu né hjá konum með barn á brjósti. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Lyfið skal taka rétt fyrir eða með mat. Ef máltíðir eru óreglulegar eða þeim alveg sleppt, getur meðhöndlun með lyfinu valdið lágum blóðsykri. Það er þekkt frá notkun á öðrum sulfónýlúrealyfjum að þótt upphaflega sé auðveldlega hægt að snúa blóðsykurslækkuninni við getur hún átt sér stað aftur. Við meðferð með lyfinu er þörf á reglulegum mælingum á sykur magni í blóði og þvagi. Auk þess er mælt með að meta hlutfall af glúkósatengdu hemóglóbíni. Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi eða hjá sjúklingum í blóðskilun. Hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi er mælt með að skipta yfir í insúlínmeðferð. **Milliverkanir við lyf eða annað:** Ef lyfið er tekið samtímis öðrum lyfjum, geta bæði óæskileg hækkun og lækkun á blóðsykursáhrifum glímepíríds átt sér stað. Neysla alkóhóls getur á ófyrirsjáanlegan hátt aukið eða minnkað blóðsykurslækkandi áhrif glímepíríds. **Meðganga og brjóstagjöf:** Amaryl má ekki nota á meðgöngu. Þar sem súlfónýlúrea-afleiður eins og glímepíríd útskiljast í brjóstamjólk eiga konur með börn á brjósti ekki að nota lyfið. **Aukaverkanir:** Miðað við þá reynslu sem fengist hefur með notkun á Amaryl og öðrum súlfónýlúrealyfjum er nauðsynlegt að taka fram eftirfarandi aukaverkanir: Algengustu aukaverkanirnar eru ógleði (um 2%), niðurgangur (um 2%) kviðverkir, uppþemba og uppköst. Sjaldgæfar (0,1-1%): Ofnæmis- eða ofnæmislík viðbrögð, t.d. kláði, útbrot, roði, ofsakláði. Blóðsykursfall. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Blóðflagnafæð, hvítfrumnafæð. Aukið ljósnæmi. Vegna breytinga á blóðsykri geta komið fram tímabundnar sjóntruflanir í upphafi meðferðar. **Pakkningar og verð (1. júlí 2000):** Töflur 1 mg: 30 stk. (þynnupakkað) 911 kr., 90 stk. (þynnupakkað) 2.467 kr. Töflur 2 mg: 90 stk. (þynnupakkað) 3.884 kr. Töflur 3 mg: 90 stk. (þynnupakkað) 4.874 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** Almannatryggingar greiða lyfið að fullu. **Umboðsaðili á Íslandi:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

Sjá nánari upplýsingar um lyfið í Sérlyfjaskrá 2000.

Heimildir: 1) Rosenstock J. et al. Glimepiride, a new once daily sulfonylurea. Diabetes Care 1996; 11: 1194-1199. 2) Dills D. et al: Clinical Evaluation of glimepirid versus glyburide. Horm Metab Res 1996; 9: 426-429. 3) Draeger E: Clinical profile of glimepiride. Diabetes Research & Clinical Practice 1995 28 Suppl.: S139-S146.

Gæðastjórnun sýklalyfjagjafa á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 1994-1997. Fjárhagsleg áhrif

Inga S. Þráinsdóttir[1],
Smári Björgvinsson[2],
Kristján Linnet[2],
Anna Þórisdóttir[1],
Bessi Jóhannesson[2],
Haraldur Briem[1]

Ágrip

Markmið: Að kanna áhrif leiðbeininga og eftirlits með gjöf sýklalyfja á Sjúkrahúsi Reykjavíkur á kostnað og magn gefinna sýklalyfja. Með markvissri notkun sýklalyfja er stefnt að því að bæta meðferð sjúklinga, koma í veg fyrir ónauðsynlega sýklalyfjameðferð, fækka legudögum, draga úr umhverfisspjöllum og óþarfa kostnaði við lækningar.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin tók til áranna 1994 til 1997 og fór fram á þeim deildum sjúkrahússins þar sem sýklalyf eru mikilvægur hluti meðferðar. Gefnar voru út leiðbeiningar um notkun sýklalyfja í reynslumeðferð og í fyrirbyggjandi skyni við skurðaðgerðir. Dregið var úr aðgengi sýklalyfja af J01 flokki með því að geyma birgðir af þeim á einungis einni legudeild og gjörgæsludeild. Þurftu læknar að fylla út sérstök eyðublöð til að panta lyfin. Eyðublöð þessi voru síðan notuð til að hafa eftirlit með sýklalyfjagjöfinni og fylgjast með breytingum á henni. Lyfjafræðingur og smitsjúkdómalæknir fóru yfir notkun sýklalyfja á viðkomandi deild og fóru eftir atvikum á deildirnar til að kanna frekar ýmsar ástæður fyrir notkun sýklalyfjanna með hliðsjón af ástandi sjúklings og niðurstöðum ræktana. Komu þeir ábendingum á framfæri ef þurfa þótti. Alls fór eftirlitið fram á átta deildum spítalans. Það hófst á mismunandi tímum frá maí 1995 til mars 1996.

Niðurstöður: Kostnaður vegna sýklalyfja lækkaði að jafnaði eftir að eftirlit með notkun þeirra hófst. Með tímanum hafði kostnaðurinn hins vegar tilhneigingu til að hækka aftur. Mestur heildarsparnaður náðist á skurðdeildum sjúkrahússins eða um 8,5 milljónir króna. Á lyflækningadeildum nam heildarsparnaðurinn 2,3 milljónum króna á tímabilinu. Að frádregnum kostnaði við starfsmannahald vegna eftirlitsins var raunsparnaðurinn um 6 milljónir króna. Heildarmagn gefinna sýklalyfja lækkaði á öllum deildum miðað við notkun skilgreindra dagskammta (SDS) um 3-14%.

Ályktanir: Raunsparnaður vegna eftirlits með gjöf sýklalyfja á Sjúkrahúsi Reykjavíkur var um 6 milljónir króna á tímabilinu 1994-1997. Jafnframt hefur hlutur sýklalyfja af heildarlyfjakostnaði Sjúkrahúss Reykjavíkur lækkað eftir að eftirlit með sýklalyfjagjöfum hófst þrátt fyrir að meðalkostnaður við hvern ráðlagðan dagskammt sýklalyfs hafi hækkað á einstökum deildum á tímabilinu. Þá hefur

[1]Smitsjúkdómadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [2]apótek Sjúkrahúss Reykjavíkur. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Haraldur Briem sóttvarnalæknir, landlæknisembættinu, Laugavegi 116, 105 Reykjavík. Netfang: hbriem@landlaeknir.is
Lykilorð: *gæðastjórnun, sýlalyfjagjöf, kostnaður.*

ENGLISH SUMMARY

Quality control of antimicrobial usage in Reykjavik Hospital in 1994 — 1998: economic impact

Þráinsdóttir IS, Björgvinsson S, Linnet K, Þórisdóttir A, Jóhannesson B, Briem H

Læknablaðið 2001; 87: 33-8

Aims: To investigate the effect of guidelines and supervision of the prescription of antimicrobial agents at Reykjavik Hospital on the cost and the amount used of these agents.

Material and methods: The investigation was conducted from 1994 to 1997. Guidelines were issued for the prescription of antimicrobial agents in empirical treatment and for prophylactics in surgery. The availability of these agents was reduced and the physicians had to order these drugs by filling out a special application form. These forms were later on used for the supervision by a pharmacist and an infectious disease physician of the use of antmicrobial agents and to monitor any change in the prescription of the agents. If needed the supervisors gave advice to the clinicians responsible for the patients´ care. The supervision took place at eight of the wards of the hospital and started at different times during May 1995 to March 1996.

Results: The cost of the usage of antimicrobial agents was reduced after the introduction of the supervision. However, as time passed from the implementation of the supervision the cost tended to increase again. The greatest cost reduction was achieved at the departments of surgery or 8.5 million Icelandic crowns. At the departments of medicine the cost reduction was 2.3 million crowns. By correcting for the cost of supervisory staff the real cost decrease was approximately 6 million crowns. The total amount of prescribed antimicrobial agents measured by the Standardised Daily Dosage was reduced in all the concerned wards by 3-14%.

Conclusions: The real cost decreases after the implementation of supervision of the prescription of antimicrobial agents was approximately six million Icelandic crowns during 1994 to 1997. Also, the proportion of antimicrobial agents in the total cost of drugs was reduced after the supervision started in spite of increasing mean cost per Standardised Daily Dosage increased at the departments during the study period. The goal of reducing the amount of antimicrobial agents prescribed was also achieved.

Key words: *quality control, antimicrobials, cost.*

Correspondence: Haraldur Briem. E-mail: hbriem@landlaeknir.is

Tafla I. *Heildarkostnaður vegna sýklalyfjagjafa af J01 flokki eftir deildum.*

Deild	1994	1995	1996	1997
SBK	7.148	7.388	6.891	8.523
Almenn lyflækningadeild	3.645	2.295	2.993	3.027
Almenn skurðlækningadeild	7.771	7.612	5.160	4.055
Öldrunarlækningadeild	612	462	552	327
Hjartalækningadeild	1.250	1.496	783	1.035
Bæklunar- og þvagfæraskurðlækningadeild	3.133	3.393	3.766	2.957
HNE og HT	3.235	2.279	1.982	2.690

Allt verð er í þúsund krónum.
SBK = smitsjúkdóma-, blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeildir.
HNE = háls- nef- og eyrnalækningadeild.
HT = heila- og taugaskurðlækningadeild.
Grá svæði tákna þau ár sem sýklalyfjaeftirlitið var virkt. Hálfgrá svæði tákna þau ár sem eftirlitið var virkt hluta ársins.

Tafla II. *Meðalkostnaður sýklalyfja af J01 flokki á hvern legudag eftir deildum.*

Deild	1994	1995	1996	1997
SBK	869	844	857	1.050
Almenn lyflækningadeild	655	389	419	393
Almenn skurðlækningadeild	927	814	616	448
Öldrunarlækningadeild	95	51	68	42
Hjartalækningadeild	141	156	80	104
Bæklunar- og þvagfæraskurðlækningadeild	400	339	387	302
HNE og HT	364	307	254	328

Allt verð er í krónum.
SBK = smitsjúkdóma-, blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeildir.
HNE = háls- nef- og eyrnalækningadeild.
HT = heila- og taugaskurðlækningadeild.
Grá svæði tákna þau ár sem sýklalyfjaeftirlitið var virkt. Hálfgrá svæði tákna þau ár sem eftirlitið var virkt hluta ársins.

einnig náðst það markmið að draga úr magni gefinna sýklalyfja.

Inngangur

Á undanförnum áratugum hefur verið leitað leiða til að draga úr vaxandi kostnaði vegna notkunar sýklalyfja á sjúkrahúsum enda hefur hann verið nokkuð stór hluti rekstrarkostnaðar þeirra. Þegar árið 1965 hófst eftirlit með notkun sýklalyfja á Borgarsjúkrahúsinu í Boston og voru niðurstöður þess birtar tæpum 10 árum síðar (1). Eftir það hefur slíku sýklalyfjaeftirliti verið komið á víða, þó fyrst og fremst í Bandaríkjunum, og hefur það beinst að mismunandi þáttum notkunar sýklalyfja (2-6).

Árið 1995 hófst eftirlit með notkun sýklalyfja á Borgarspítalanum (nú Landspítali Fossvogi) (7). Samtímis voru gefnar út ábendingar um reynslumeðferð með sýklalyfjum og fyrirbyggjandi sýklalyfjagjöf (8). Tilgangur eftirlitsins var að bæta meðferð sjúklinga, forðast ónauðsynlega sýklalyfjameðferð, fækka legudögum, forðast umhverfisspjöll og draga úr óþarfa kostnaði við lækningar.

Rannsókn þessi beindist að því að kanna kostnaðaráhrif sýklalyfjaeftirlitsins og jafnframt að meta áhrif þess á magn sýklalyfja sem notuð voru á tímabilinu 1994 til 1997 en talið er að líkur á ónæmi sýkla gegn sýklalyfjum sé háð magni lyfjanna sem eru í umferð á hverjum tíma (9,10).

Efniviður og aðferðir

Framkvæmd: Útbúið var sérstakt pöntunareyðublað (sjá viðauka) fyrir sýklalyf af J01 flokki sem læknar viðkomandi deilda þurftu að fylla út fyrir hvern þann sjúkling sem fá átti slík lyf ásamt skýringu á beiðninni um sýklalyfjagjöf. Þar voru einnig skráðar allar breytingar á tímalengd og formi sýklalyfjagjafa.

Fyrstu deildirnar sem féllu undir slíkt eftirlit voru smitsjúkdóma-, blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeildum í maí 1995 og síðan bættust við ein af annarri; almenn lyflækningadeild í júní 1995, almenn skurðlækningadeild og öldrunarlækningadeild, báðar í október 1995, hjartadeild í nóvember 1995, bæklunar- og þvagfæraskurðlækningadeild í desember 1995 og að síðustu háls-, nef- og eyrnalækningadeild ásamt heila- og taugaskurðlækningadeild í mars 1996.

Deildir þær sem lutu eftirlitinu höfðu að jafnaði ekki birgðir af sýklalyfjum í lyfjaskápum sínum líkt og áður tíðkaðist heldur fengu þær lyf þau sem nota átti send daglega frá apótekinu. Sú undantekning var þó þar á að smitsjúkdóma-, blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeildir ásamt gjörgæsludeild höfðu nokkrar birgðir til staðar sem hægt var að grípa til ef ný sýklalyfjagjöf hófst eftir lokunartíma apóteksins.

Alla jafna fóru lyfjafræðingur og smitsjúkdómalæknir yfir notkun sýklalyfja fyrrnefndra deilda daglega. Fóru þeir eftir atvikum á deildirnar til að kanna nánar ýmsar ástæður fyrir notkun sýklalyfjanna svo sem ástand sjúklings og niðurstöður ræktana. Var ábendingum komið á framfæri ef þurfa þótti. Lyfjatæknar apóteksins tóku einnig þátt í eftirlitsvinnunni við innslátt á upplýsingum af eyðublaði í tölvu, útskrift upplýsinga og fleira.

Skráning: Úr tölvuskráningu legudeildarkerfisins fengust upplýsingar um fjölda legudaga á hverjum legugangi, eftir mánuðum og árum. Einnig fengust til samanburðar upplýsingar um hvar sjúklingar hverrar sérgreinar lágu, skipt eftir sömu tímaeiningum. Leiðrétt var fyrir flutningi sérgreina milli ganga sjúkrahússins samkvæmt upplýsingum um slíka flutninga sem fengust hjá hjúkrunarframkvæmdastjórum lyflækninga- og handlækningasviða.

Upplýsingar um kostnað hverrar deildar af notkun sýklalyfja fyrir hvern mánuð fengust úr sérskráningu apóteksins á verði hvers lyfs, lyfjaflokks og fjölda skilgreindra dagskammta. Skilgreindur dagskammtur (SDS) telst daglegur meðalviðmiðunarskammtur hvers sýklalyfs sem miðast við meginábendingu notkunar þess (11).

Á hluta rannsóknartímabilsins var af hálfu apóteks sjúkrahússins lagt 10% álag á verð lyfja til að mæta þjónustukostnaði. Í kostnaðarútreikningum var leiðrétt fyrir þessari álagningu apóteksins.

Úrvinnsla: Við kostnaðargreiningu var stuðst við útreikninga á hreinum (absolut) sparnaði, raunsparnaði (cost minimization/real cost decreases) og áætluðum sparnaði (cost avoidance analysis) (12). Til

að meta hreinan sparnað vegna eftirlits með sýklalyfjanotkun var kostnaður vegna sýklalyfja reiknaður á legudagafjölda hverrar deildar, miðað við tímabilið áður en eftirlit hófst í heilum mánuðum talið, og borið saman við tímabilið eftir að eftirlitið hófst (6,13). Þegar raunsparnaður var metinn var tekið tillit til launakostnaðar vegna eftirlitsins og vísitöluþátta. Við útreikninga á áætluðum sparnaði var miðað væntanlega kostnaðarþróun sem byggðist á hlutfallslegri kostnaðaraukningu áður en eftirlitið hófst.

Niðurstöður

Kostnaður: Heildarlyfjakostnaður af J01 flokki á þeim deildum sem þátt tóku í sýklalyfjaeftirlitinu er sýndur í töflu I.

Kostnaður vegna sýklalyfjanotkunar á smitsjúkdóma-, blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeildum var að jafnaði nokkuð hár en var hæstur árið 1997. Árið eftir að eftirlit með sýklalyfjanotkun hófst lækkaði kostnaðurinn en hækkaði ári síðar.

Til almennu lyflækningadeildarinnar heyrðu undirsérgreinar í lungna-, meltingar- og innkirtlafræðum. Kostnaður deildarinnar vegna sýklalyfjanotkunar var hæstur árið áður en eftirlit hófst í júní 1995. Árið sem eftirlitið hófst lækkaði kostnaðurinn um 37% miðað við árið 1994 en jókst síðan nokkuð næstu tvö árin.

Kostnaður vegna sýklalyfjanotkunar á almennu skurðlækningadeildinni var hæstur 1994 og 1995 en féll verulega 1996 og 1997 en eftirlitið hófst í október 1995. Miðað við 1994 nam lækkun árlegs kostnaðar mest 48% á tímabilinu 1995-1997.

Kostnaður öldrunarlækningadeildarinnar vegna sýklalyfjanotkunar féll eftir að eftirlitið hófst síðla árs 1995 og náði lágmarki árið 1997 og var þá tæplega 46% lægri en kostnaður ársins 1994 af sýklalyfjanotkun.

Á hjartadeildinni var kostnaður deildarinnar vegna sýklalyfjanotkunar hæstur 1995, féll ári eftir að eftirlitið hófst síðla árs 1995, en hækkaði aftur 1997. Miðað við árið 1994 nam árleg lækkun mest 37% árið 1996.

Kostnaður bæklunar- og þvagfæraskurðlækningadeildar jókst stöðugt frá árinu 1994 til og með ársins 1996, það er ári eftir að eftirlitið hófst. Kostnaðurinn lækkaði árið 1997 og nam lækkunin 21% miðað við árið áður en 13% miðað við árið 1995.

Þá féll kostnaður af notkun sýklalyfja á háls-, nef- og eyrnalækningadeild- og heila- og taugaskurðlækningadeild frá árinu 1994. Minnstur varð kostnaðurinn 1996 en eftirlitið hófst í marsmánuði þess árs. Kostnaðaraukning ársins 1997 nam hins vegar 18% miðað við árið 1995, það er árið áður en eftirlitið hófst.

Á töflu II má sjá meðalkostnað á hvern legudag á hverri deild árin 1994-1997.

Sparnaður: Hreinn sparnaður frá upphafi sýklalyfjaeftirlits til ársloka 1997 á skurðlækningasviði, það er almennri skurðlækningadeild, háls-, nef- og eyrnalækningadeild og heila- og taugaskurðlækningadeild ásamt bæklunar- og þvagfæraskurðdeild var 8,5 milljónir króna þegar mið var tekið af kostnaði sýklalyfjanotkunar tímabilið áður en eftirlitið hófst. Sambærileg niðurstaða á lyflækningasviði, það er almennri lyflækningadeild, smitsjúkdóma-, blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeildum, hjarta- og öldrunarlækningadeild var 2,3 milljónir króna miðað við tímabilið áður en eftirlit með sýklalyfjanotkun hófst á fyrrnefndum deildum. Samtals var því hreinn sparnaður á Sjúkrahúsi Reykjavíkur eftir að eftirlit með sýklalyfjanotkun hófst 10,8 milljónir króna..

Að frádregnum kostnaði við starfsmannahald (læknis, lyfjafræðings og lyfjatæknis), sem áætlaður var um 4,8 milljónir króna vegna sýklalyfjaeftirlits, var sparnaðurinn um 6 milljónir króna. Að teknu tilliti til meðaltals vísitölu neysluverðs á tímabilinu eftir að eftirlit með sýklalyfjum hófst reyndist raunsparnaður liðlega 6 milljónir króna.

Áætlaður sparnaður eftir að gert hafði verið ráð fyrir sömu leitni í sparnaði eða kostnaðaraukningu í sýklalyfjanotkun á deildunum áður en eftirlitið komst á var 7,4 milljónir króna á skurðlækningasviðinu og -0,2 milljónir króna á lyflækningasviðinu. Ef miðað er við vísitölu neysluverðs á sama hátt og áður telst áætlaður sparnaður 7,3 milljónir króna sem er um 3,5 milljónum króna lægri en hreinn sparnaður.

Lyfjakostnaður á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 1994-1997: Kostnaður allra deilda Borgarspítala og Landakots af lyfjakaupum var 218,5 milljónir króna árið 1994. Þar af var hlutur sýklalyfja 43,8 milljónir króna eða um 20% af heildarlyfjakostnaði. Kostnaður við innkaup á sýklalyfjaflokki J01 var 40,1 milljón króna. Árið 1995 var heildarkostnaðurinn kominn í 233,8 milljónir króna en sýklalyfjakostnaður var 43,1 milljónir króna sem var 18,6% af heildinni og þar af nam kostnaður af J01 flokkinum 38 milljónum króna. Ári síðar var formlega búið að sameina Borgarspítala og Landakot í Sjúkrahús Reykjavíkur og var heildarkostnaður vegna lyfjakaupa lækkandi og nam 228,8 milljónum króna. Kostnaður við kaup sýklalyfja var 36,4 milljónir króna sem var 16% af heildinni og reyndist kostnaður af J01 flokkinum 31,7 milljónir króna. Heildarkostnaður vegna lyfjakaupa sjúkrahússins var enn lækkandi árið 1997 og nam 209,9 milljónum króna en sýklalyfin kostuðu 33,7 milljónir króna eða um 16% af heildinni líkt og árið 1996. Kostnaður af sýklalyfjaflokki J01 var þá 29,1 milljónir króna.

Magn sýklalyfja og notkun skilgreindra dagskammta: Fækkun á SDS náðist á öllum deildum eftir að eftirlit með sýklalyfjagjöf hófst hvort heldur að miðað var við heildafjölda dagskammta (tafla III)

Tafla III. *Heildarfjöldi skilgreindra dagskammta sýklalyfja af J01 flokki.*

Deild	1994	1995	1996	1997
SBK	7.942	6.276	6.272	5.868
Almenn lyflækningadeild	3.687	2.741	2.851	3.309
Almenn skurðlækningadeild	5.566	5.466	4.878	3.647
Öldrunarlækningadeild	1.609	1.266	1.124	816
Hjartalækningadeild	1.464	1.403	1.125	1.450
Bæklunar- og þvagfæraskurðlækningadeild	4.788	5.246	4.483	4.731
HNE og HT	2.649	2.339	1.837	2.454

Allt verð er í krónum.
SBK = smitsjúkdóma-, blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeildir.
HNE = háls- nef- og eyrnalækningadeild.
HT = heila- og taugaskurðlækningadeild.
Grá svæði tákna þau ár sem sýklalyfjaeftirlitið var virkt. Hálfgrá svæði tákna þau ár sem eftirlitið var virkt hluta ársins.

Tafla IV. *Skilgreindir dagskammtar sýklalyfja af J01 flokki á hverja 100 legudaga.*

Deild	1994	1995	1996	1997
SBK	97	72	78	72
Almenn lyflækningadeild	66	47	40	43
Almenn skurðlækningadeild	66	58	58	40
Öldrunarlækningadeild	25	14	14	11
Hjartalækningadeild	16	15	11	15
Bæklunar- og þvagfæraskurðlækningadeild	61	52	46	48
HNE og HT	30	32	24	30

Allt verð er í krónum.
SBK = smitsjúkdóma-, blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeildir.
HNE = háls- nef- og eyrnalækningadeild.
HT = heila- og taugaskurðlækningadeild.
Grá svæði tákna þau ár sem sýklalyfjaeftirlitið var virkt. Hálfgrá svæði tákna þau ár sem eftirlitið var virkt hluta ársins.

eða dagskammta á hverja 100 legudaga (tafla IV). Lækkun á notkun skilgreindra dagskammta á hvern legudag eftir að sýklalyfjaeftirlit var að fullu komið á hófst nam um 6-44% á hvern legudag miðað við næsta ár á undan sem var án eftirlits. Nokkur óvissa var um nákvæman fjölda legudaga á hverri deild.

Efnisskil

Engin algild aðferð er til við að meta kostnað við sýklalyfjaeftirlit, lengd sjúkrahúsvistar, kostnað vegna fylgikvilla auk sparnaðar vegna betri heilsu sjúklinganna í framtíðinni og aukinnar vinnugetu þeirra. Arðsemiútreikningar á eftirliti sem þessu eru því háðir mati rannsóknaraðila á eftirliti með sýklalyfjanotkun (14) og kostnaði á móti virkni (cost-effectiveness analysis) (15).

Í þessari rannsókn var stuðst við skráningu sjúkrahússins á legudögum. Í ljós kom að oft var töluverður munur á legudagafjölda eftir því hvort skráningin var gerð í legudagakerfi eða eftir uppgjöri á sjúklingafjölda umræddra ára. Einnig var meiri munur en búast mátti við á milli fjölda legudaga á hverja sérgrein og fjölda legudaga sem flokkaðir voru eftir göngum, jafnvel þótt leiðrétt hafi verið fyrir tilflutningi sjúklinga sérgreinanna milli ganga vegna plássleysis og vistunar á gjörgæslu. Slíkt ósamræmi í legudagafjölda var háð skekkju sem kann að hafa verið kerfisbundin. Tilflutningar innan deilda og milli ganga hafa verið miklir undanfarin ár og verður því samanburður á kostnaði háður mörgum óvissuþáttum.

Mat á árangri gæðaeftirlits með sýklalyfjagjöf kann að vera háð kerfisbundnu van- eða ofmati á sparnaði við forvarnir, áhrif eftirlitsins geta fjarað út með tímanum og stöðugt aðhald við eftirlit er kostnaðarsamt (6,16,17). Villur í innslætti gagna og mismunandi skilgreiningar lækna á þörf sjúklinga á sýklalyfjum, sem getur verið breytileg eftir einstaklingum og sérgreinum, kann að valda skakka (bias) við mat á árangri eftirlits (18-20). Þá má benda á að með minni birgðum á deildum hafi rýrnun sýklalyfja minnkað á sjúkrahúsinu og einnig að minni tími starfsfólks apóteksins hafi farið í reglubundið uppgjör birgðanna. Gallar eftirlitskerfa með sýklalyfjagjöf eru erfiðleikar við framkvæmd og viðhald eftirlitsins og óþægindi vegna aukinnar pappírsvinnu fyrir lækni sjúklingsins sem leitt geta til þess að læknar spítalans reyna í sumum tilvikum að komast hjá eftirlitinu. Reikna má með auknum kostnaði vegna eftirlitsins vegna sívaktar og aukins fjölda samráða við smitsjúkdómalækni. Ágreiningur kann einnig að rísa milli umsjónarmanna eftirlits og annarra lækna um notkun sýklalyfja (5,16,21).

Á tímabilinu spöruðust í heild um 10 milljónir króna (hreinn sparnaður) við sýklalyfjanotkun á Sjúkrahúsi Reykjavíkur eftir að eftirlit með notkun þeirra hófst. Breyttar aðferðir við innkaup lyfjanna, aukin umræða um ónæmi og aðrir þættir kunna að hafa haft áhrif á þessa þróun til sparnaðar (22). Helsta skýringin er þó virkt eftirlit með notkun sýklalyfja af hálfu apóteks sjúkrahússins og smitsjúkdómalækna þess í náinni samvinnu við aðra lækna sjúkrahússins, sem endurspeglast í lækkuðum meðalkostnaði á hvern legudag vegna sýklalyfjanotkunar. Nokkurt ósamræmi var á kostnaði við sýklalyf annars vegar og fjölda skilgreindra dagskammta hins vegar. Háan kostnað við gjöf sýklalyfja ákveðna mánuði mátti nær alltaf rekja til óvenju mikillar notkunar dýrra sýklalyfja á borð við vankómýcín, ímípenem, klindamýcín, tíenam og ceftazídím. Þannig gátu einstaka sjúklingar haft umtalsverð áhrif á kostnað, jafvel þótt magn sýklalyfjagjafar ykist ekki, en það var sérstaklega áberandi á smitsjúkdóma-, blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeildum. Kostnaðarlækkun varð á tveimur deildum þótt skilgreindir dagskammtar breyttust lítt. Skýrist það af því að ódýrari sýklalyf voru oftar valin en áður. Val sýklalyfs er sennilega sá þáttur sem skilað hefur mestum sparnaði á Sjúkrahúsi Reykjavíkur, einkum á almennu skurðlækningadeildinni þar sem leiðbeiningum smitsjúkdómalækna um fyrirbyggjandi gjöf sýklalyfja var fylgt af hvað mestri eindrægni. Þá var lengd meðferðar á sýklalyfjum stytt og breytt var fyrr í lyfjameðferð um munn úr inndælingarformi þar sem við átti.

Á sama tíma og gæðastjórnun sýklalyfjagjafa fór fram á Sjúkrahúsi Reykjavíkur var gert hliðstætt átak á Landspítalanum (nú Landspítala Hringbraut) (23).

VIÐAUKI

SJÚKRAHÚS REYKJAVÍKUR

Pöntunarblað fyrir sýklalyf

Nafn sjúklings og kennitala

Ný meðferð ❒ Viðbót ❒ Framhald ❒
Breyting á meðferð (skýring): _____

Sýklalyfjameðferð hófst: _____

Ofnæmi:
Neutropenia ❒ Lifrarbilun ❒ Serum Kreatinín/Dags.: _____/_____ Þyngd:____

Fyrirbyggjandi meðferð:	Sjálfvirkt stopp **2 dagar.** Önnur meðferðarlengd :_____	**Skurðaðgerð:** Hjarta/æð ❒ Beini/útlim ❒ Þvagfæri ❒ Heila/taug/auga ❒ Höfði/hálsi ❒ Brjóstholi ❒ Kviðarholi (skýring):_____ **Annað:**_____
Reynslumeðferð (Empirísk)	Sjálfvirkt stopp **3 dagar.** Önnur meðferðarlengd :_____	**Staður:** Blóð ❒ Hjarta ❒ Efri önd.v. ❒ Neðri önd.v. ❒ Heili/taug ❒ Æðaleggur ❒ Sár ❒ Bein/liður ❒ Kviðarhol ❒ Húð/mjúkvefir ❒ Þvagfæri ❒ Annað:_____ **Sýking fengin:** Samfélagi ❒ Hjúkrunarheimili ❒ Spítala ❒ **Ræktun:** Engin ❒ Blóði ❒ Þvagi ❒ Hráka ❒ Sári ❒ Heila/mænuvökva ❒ Annað:_____
Meðferð við þekktum sýklum.	Sjálfvirkt stopp **5 dagar.** Önnur meðferðarlengd :_____	**Staður:** Blóð ❒ Hjarta ❒ Efri önd.v. ❒ Neðri önd.v. ❒ Heili/taug ❒ Æðaleggur ❒ Sár ❒ Bein/liðir ❒ Kviðarhol ❒ Húð/mjúkvefir ❒ Þvagfæri ❒ Annað:_____ **Sýklar:**_____

Annað:

Sýklalyf (veljið aðeins eitt lyf)	Form	Skammtur	*Fyrir apótekið*
Doxýcýklín			
Ampicillín	Inj.		
Amoxycillín			
Penicillín			
Díkloxacillín			
Amoxicillín-klavúlansýra (Amox/klav)			
Cefalexín[1°]			
Cefazólín[1°]	Inj.		
Cefúroxím[2°]			
Ceftríaxón[3°]	Inf./Inj.		
Trimetóprím-súlfametoxazól (Trim/súlf)			
Erytrómýcín			
Klindamýcín			
Gentamícín	Inj.		
Vankómýcín			
Metrónídazól			

Annað:

Dagsetning:	Deild:	Læknir:	Sérfræðingur á deild:

OFFSETPRENT 65812

Takmarkaðist sú könnun við fjórar deildir sjúkrahússins á tveggja mánaða tímabili árið 1996. Höfundar áætluðu að með því að framreikna sparnaðinn fyrir sjúkrahúsið í heild gæti heildarkostnaðarlækkun numið 12-36% eða 6-18 milljónum króna. Ekki var lagt mat á raunsparnað á Landspítalanum þar sem tilkostnaður við sýklalyfjaeftirlitið var ekki áætlaður. Ef hins vegar er gert ráð fyrir sambærilegum tilkostnaði og var við eftirlitið á Sjúkrahúsi Reykjavíkur, sem náði til fleiri deilda og yfir lengra tímabil, ber niðurstöðum um raunsparnað vel saman.

Við eftirlit með notkun lyfja eða öðru gæðaeftirliti er ráðlegt að uppgjör verði að minnsta kosti árlega, markmið eftirlitsins verði fá og markvisst sé stefnt að ákveðnu takmarki (4,24). Til að gera eftirlitskerfi með sýklalyfjagjöf sjálfvirkara, minna mannaflakrefjandi og hagkvæmara er nauðsynlegt að á sjúkra-

húsinu sé tölvuskráning sjúkragagna sjúkrahússins samhæfð. Slíkt gæti bætt heilbrigðisþjónustuna, bætt möguleika á rannsókn á gildi meðferðar á sjúkdómum (outcomes research) og minnkað launakostnað (25). Við teljum að nauðsynlegt sé að efla eftirlit með notkun sýklalyfja á komandi árum. Tryggja þarf að smitsjúkdómalæknir og lyfjafræðingur sinni eftirlitinu stöðugt með virkum hætti. Sennilega er vænlegt til árangurs að efla eftirlitið enn frekar með því að takmarka gjöf breiðvirkra og dýrra sýklalyfja við ávísun frá smitsjúkdómalækni í kjölfar samráðs og gera forvarnargjöf sýklalyfja við skurðaðgerðir enn markvissari.

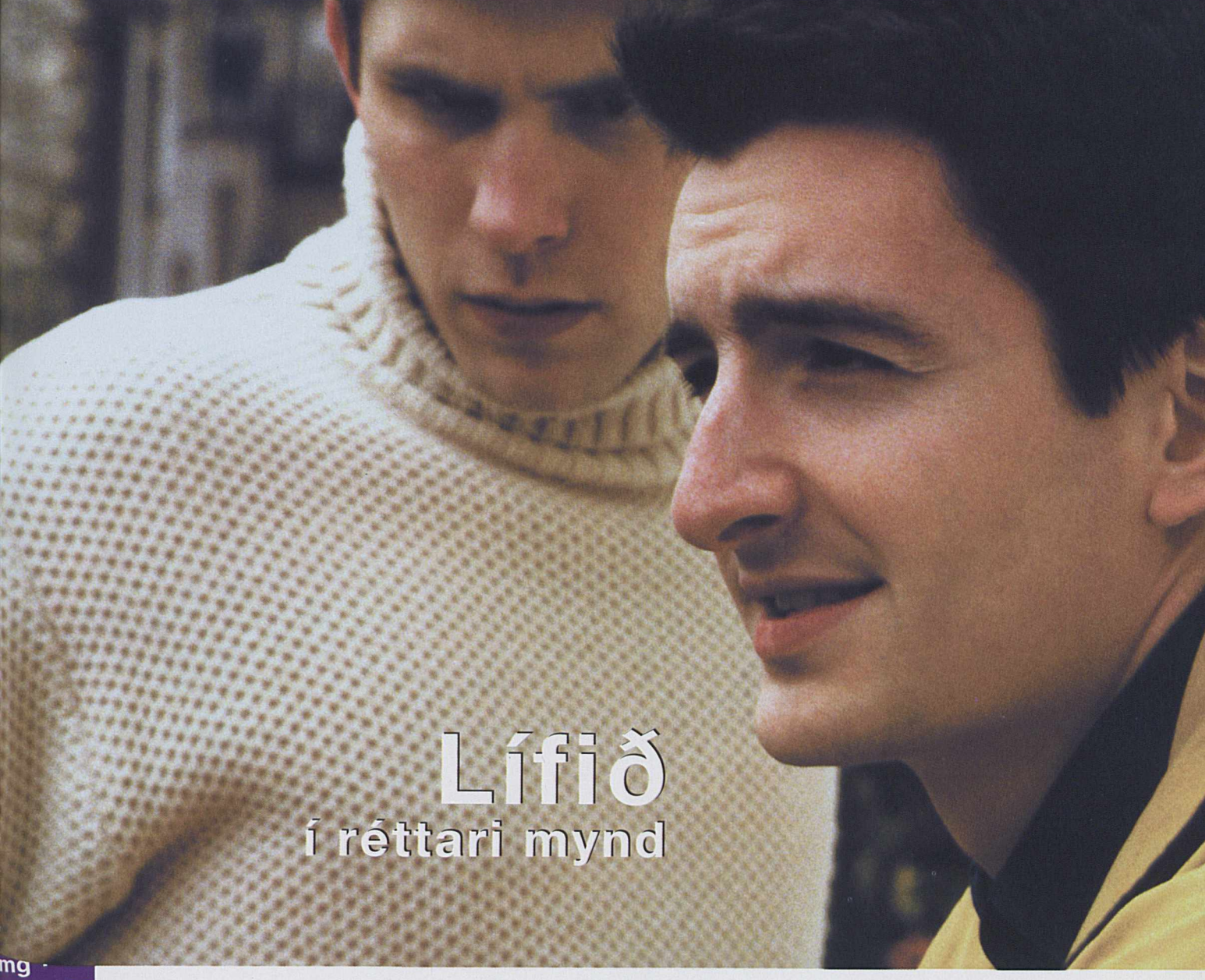
Meginniðurstöður þessarar könnunar eru að raunsparnaður með gjöf sýklalyfja á Sjúkrahúsi Reykjavíkur var um sex milljónir króna á tímabilinu 1994-1997. Jafnframt hefur hlutur sýklalyfja af heildarlyfjakostnaði Sjúkrahúss Reykjavíkur lækkað eftir að eftirlit með sýklalyfjagjöfum hófst, þrátt fyrir að meðalkostnaður við hvern ráðlagðan dagskammt sýklalyfs hafi hækkað á einstökum deildum á tímabilinu. Kostur eftirlits með sýklalyfjagjöf er ekki einungis sparnaður í krónum talinn heldur einnig minni birgðir lyfja. Minni afföll sýklalyfja og útboð á auknum hluta lyfjainnkaupa sjúkrahússins draga einnig úr kostnaði. Þá hefur einnig náðst það markmið að draga úr magni gefinna sýklalyfja sem kann að skapa skilyrði fyrir því að draga úr myndun ónæmis sýkla gegn lyfjunum jafnframt því sem dregið er úr aukaverkunum lyfjanna.

Þakkir

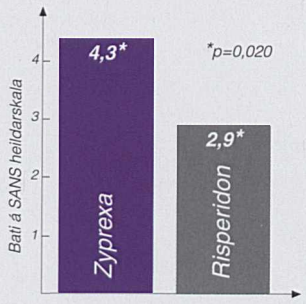
Færum eftirtöldum aðilum þakkir fyrir veitta aðstoð og upplýsingar: starfsfólki apóteks Sjúkrahúss Reykjavíkur, Jóni M. Hróðmarssyni, Baldri Johnsen og öðru starfsfólki tölvudeildar, Ernu Pétursdóttur í sjúklingabókhaldi, Margréti Björnsdóttur og Gyðu Halldórsdóttur hjúkrunarframkvæmdastjórum, Gyðu Þorgeirsdóttur deildarstjóra, Sigurði Björnssyni krabbameinslækni og Pálma V. Jónssyni öldrunarlækni.

Heimildir

1. McGowan JE, Finland M. Usage of antibiotics in a general hospital: effect of requiring justification. J Infect Dis 1974; 130: 165-8.
2. Evans RS, Larsen RA, Burke JP, Gardner RM, Meier FA, Jacobson JA, et al. Computer surveillance of hospital-acquired infections and antibiotic use. JAMA 1986; 256: 1007-11.
3. Hirschman SZ, Meyers BR, Bradbury K, Mehl B, Gendelman S, Kimelblatt B. Use of antimicrobial agents in a university teaching hospital. Evolution of a comprehensive control program. Arch Intern Med 1988; 148: 2001-7.
4. Dunagan WC, Medoff G. Formulary control of antimicrobial usage. What price freedom? Diagn Microbiol Infect Dis 1993; 16: 265-74.
5. Avorn J, Soumerai SB, Taylor W, Wessels MR, Janousen J, Weiner M. Reduction of incorrect antibiotic dosing through a structured educational order form. Arch Intern Med 1988; 148: 1720-4.
6. Ehrenkranz NJ. Containing costs of antimicrobials in the hospital: a critical evaluation. Am J Infect Control 1989; 17: 300-10.
7. Briem H. Áætlun um bætta sýklalyfjanotkun á Borgarspítala. Framkvæmdaáætlun, 1994.
8. Þórisdóttir A, Briem H, Ríkarðsdóttir H, Kristjánsson M, Guðmundsson S, Þorsteinsson SB, et al. Ábendingar um reynslumeðferð (empíríska meðferð) með sýklalyfjum. Fyrirbyggjandi sýklayfjagjöf við skurðaðgerðir. Sjúkrahús Reykjavíkur; 14.12.1995.
9. McGowan JE jr. Antimicrobial resistance in hospital organisms and its relation to antibiotic use. Rev Infect Dis 1983; 5: 1033-48.
10. Tenover FC, McGowan JE. Reasons for the emergence of antibiotic resistance. Am J Med Sci 1996; 311: 9-16.
11. Guidlines ACT classification and DDD assignment. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 1996.
12. Hirschmann SZ, Meyers BR, Bradbury K, Mehl B, Gendelman S, Kimelblatt B. Use of antimicrobial agents in a university teaching hospital. Evolution of a comprehensive control program. Arch Intern Med 1988; 148: 2001-7.
13. Ballow CH, Schentag JJ. Trends in antibiotic utilization and bacterial resistance. Report of the National Nosocomial Resistance Surveillance Group. Diagn Microbiol Infect Dis 1992; 15: 37S-42S.
14. Ganiats TG. Prevention, policy and paradox: what is the value of future health? Am J Preventive Med 1997; 13: 12-7.
15. Lave LB, Joshi SV. Benefit-cost analysis in public health. Annu Rev Public Health 1996; 17: 203-19.
16. McGowan JE jr. Do intensive Hospital antibiotic control programs prevent the spread of antibiotic resistance. Infect Control Hosp Epidemiol 1994; 15: 478-83.
17. Phillips KA Holtgrave PR. Using cost-effectiveness/cost-benefit analysis to allocate health resources: a level playing field for prevention. Am J Preventive Med 1997; 13: 18-25.
18. Papoz L, Balkau B, Lellouch J. Case counting in epidemiology: limitations of methods based on multiple data sources. Internat J Epidemiol 1996, 25: 474-8.
19. Stephen C. Capture-recapture methods in epidemiological studies. Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17: 262-6.
20. Craig WA, Uman SJ, Shaw WR, Ramgopal V, Eagan LL, Leopold ET. Hospital use of antimicrobial drugs: survey at 19 hospitals and results of antimicrobial control program. Ann Intern Med 1978; 89: 793-5.
21. Quintiliani R, Nightingale CH, Crowe HM, Cooper BW, Bartlett RC, Gousse G. Strategic antibiotic decision-making at the formulary level. Rev Infect Dis 1991; 13/Suppl 9: S770-S777.
22. Freeman J, McGowan JE jr. Methodologic issues in hospital epidemiology. I. Rates, case-finding and interpretation. Rev Infect Dis 1981; 3: 658-66.
23. Gunnarsson G, Einarsdóttir R, Guðmundsson S, Þorsteinsson SB. Gæðaeftirlit með sýklalyfjaávísunum á Landspítalanum. Læknablaðið 1998; 84: 277-81.
24. Wenzel RP. The hospital epidemiologist: practical ideas. Infect Control Hosp Epidemiol 1995; 16: 166-9.
25. Classen DC, Burke JP. The computer-based patient record: the role of the hospital epidemiologist. Infect Control Hosp Epidemiol 1995; 16: 729-36.



Eykur lífsgæði[1)]



Zyprexa 10-20 mg/dag
N=157

Risperidon 4-12 mg/dag
N=151

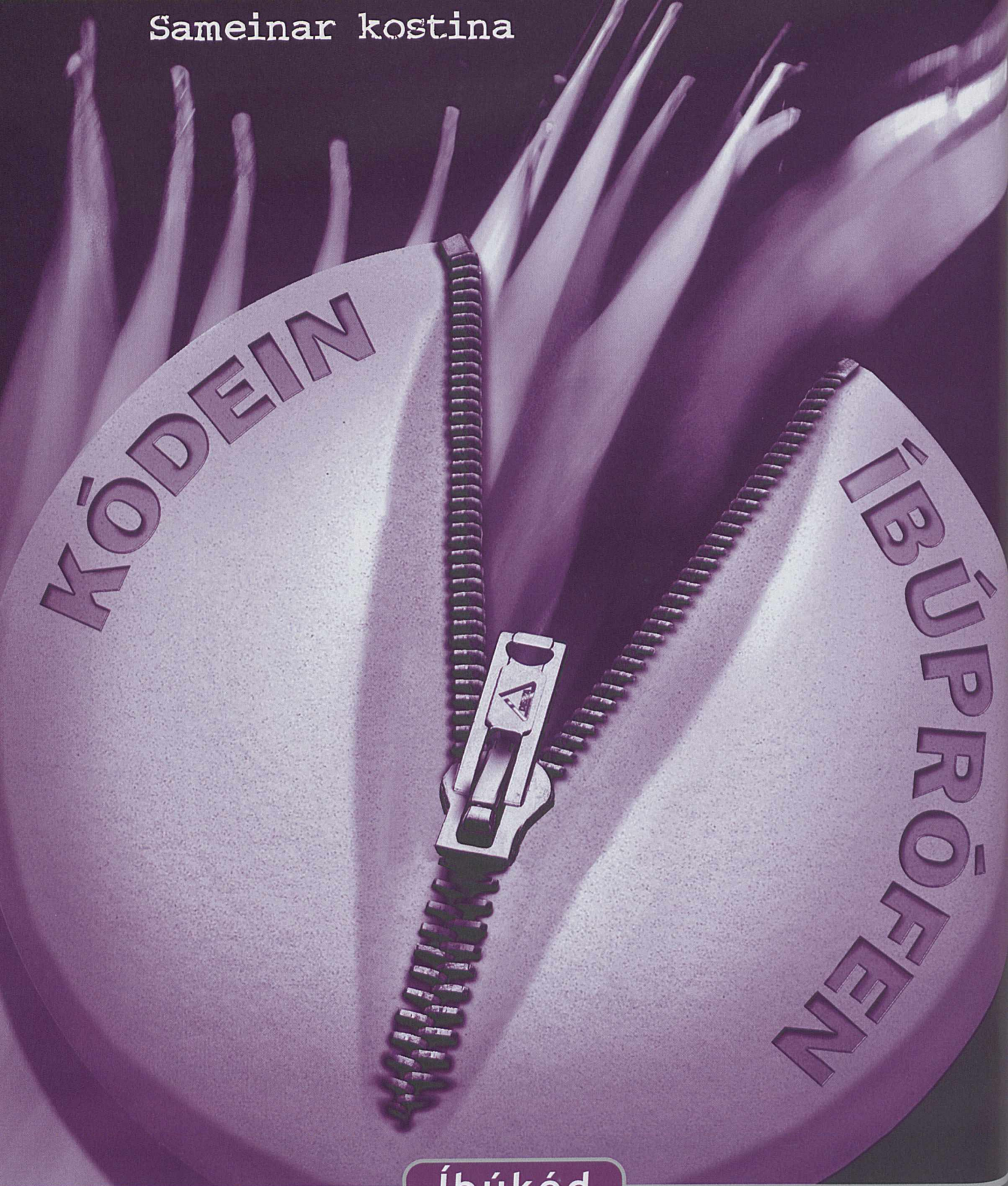
Zyprexa™ Olanzapine

Ábendingar: Olanzapin er ætlað til meðferðar við geðklofa. Olanzapin er einnig virkt til framhaldsmeðferðar fyrir sjúklinga sem hafa sýnt bata við byrjun meðferðar. **Skammtar:** Mælt er með að gefa 10 mg af olanzapin einu sinni á dag í byrjun meðferðar og þarf ekki að taka tillit til máltíða. Síðan má breyta þessum skammti með hliðsjón af klínískum einkennum einstaklingsins, innan skammtabilsins 5-20 mg/dag. Mælt er með, að klínísk einkenni sjúklings verði endurmetin, áður en skammtastærð er aukin umfram venjulegan meðferðarskammt 10 mg/dag, það er 15 mg/dag eða meira. *Börn:* Olanzapin hefur ekki verið gefið einstaklingum undir 18 ára aldri í rannsóknum. *Aldraðir:* Venjulega er ekki mælt með lægri byrjunarskammti (5 mg/dag), en kemur til álita, ef einstaklingurinn er 65 ára og eldri þegar klínísk einkenni gefa tilefni til þess. *Sjúklingar með skerta lifrar- og/eða nýrnastarfsemi:* Til greina kemur að gefa þessum einstaklingum lægri byrjunarskammt (5 mg). Þegar fleira en eitt atriði, sem getur valdið hægari umbrotum lyfsins er til staðar (t.d. aldraður kvenkyns einstaklingur sem reykir ekki) kemur til greina að minnka byrjunarskammt. Ef auka þarf skammta hjá slíkum sjúklingum skal það gert með varúð. **Frábendingar:** Olanzapin má ekki gefa sjúklingum með þekkta áhættu fyrir þrönghornsgláku. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Aðrir sjúkdómar samtímis: Þrátt fyrir að olanzapin hafi sýnt andkólínvirk áhrif *in vitro*, hafa klínískar rannsóknir sýnt lágt nýgengi slíkra einkenna. Þar sem klínísk reynsla af olanzapini hjá sjúklingum sem hafa jafnframt aðra sjúkdóma er takmörkuð skal gæta varúðar við gjöf lyfsins hjá sjúklingum með stækkun á blöðruhálskirtli eða þarmalömun og önnur svipuð einkenni. Laktósi: Olanzapin töflur innihalda laktósa. Tímabundinni og einkennalausri hækkun á lifrartransamínösum ALT og AST hefur stundum verið lýst, sérstaklega í upphafi meðferðar. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með hækkað ALT og/eða AST, hjá sjúklingum sem hafa einkenni um skerta lifrarstarfsemi og hjá sjúklingum sem fá einnig meðferð með lifrartoxískum lyfjum. Eins og með önnur andpsýkótísk lyf skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem hafa fækkun á hvítfrumum og/eða hlutleysiskyrningum hver sem orsökin er, hjá sjúklingum sem hafa minnkaða virkni beinmergs vegna lyfjanotkunar, hjá sjúklingum sem hafa minnkaða virkni beinmergs vegna annars sjúkdóms, geislameðferðar eða krabbameinslyfjameðferðar, og hjá sjúklingum sem hafa eósínfílafjöld eða myeloproliferativa sjúkdóma. Neuroleptískt Malignant Syndrom (NMS): Í klínískum rannsóknum hefur NMS ekki verið lýst hjá sjúklingum sem fengu olanzapinmeðferð. NMS er lífshættulegt ástand. Í slíkum tilfellum, eða ef um hækkaðan líkamshita án þekktrar skýringar og án annarra klínískra einkenna um NMS er að ræða skal hætta notkun allra andpsýkótískra lyfja, þar með talið olanzapin. Olanzapin skal notað með varúð hjá sjúklingum sem hafa sögu um krampa eða hafa sjúkdóma sem geta valdið krömpum. Vegna megináhrifa olanzapins á miðtaugakerfið, skal gæta varúðar í samtímis notkun annarra lyfja sem verka á miðtaugakerfið og áfengis. Þar sem olanzapin hefur anddópamínvirkni *in vitro*, getur það minnkað áhrif efna sem hafa beina eða óbeina dópamínvirkni. Réttstöðu blóðþrýstingslækkun kom stundum fyrir hjá eldra fólki í klínískum rannsóknum á olanzapini. Eins og með önnur andpsýkótísk lyf, er mælt með því að mæla reglulega blóðþrýsting hjá sjúklingum eldri en 65 ára. **Milliverkanir:** Áhrif annarra lyfja á virkni olanzapins: Einstakur skammtur af sýrubindandi lyfjum (ál-og magnesíumsambönd) eða cimetidini hafði ekki áhrif á aðgengi olanzapins frá meltingarvegi. Hins vegar lækkar aðgengi olanzapins frá meltingarvegi um 50-60% ef lyfjakol eru gefin samtímis. Umbrot olanzapins geta aukist við reykingar, eða meðferð með karbamazepini. Reykingar og meðferð með karbamazepíni örva P450-P1A2 virkni. Lyfjahvörf teófýllíns, sem umbrotnar um P450-P1A2 breytast ekki við gjöf olanzapins. Ekki hefur verið rannsakað hvort lyfjahvörf olanzapins breytast við gjöf lyfja sem hemja P450-P1A2 virkni. Möguleg áhrif olanzapins á önnur lyf: Í klínískum rannsóknum með einstaka skammta af olanzapini sást engin hömlun á umbroti imipramíns/desimipramíns, warfaríns, teófýllíns eða díazepams. Olanzapin olli engum milliverkunum þegar það var gefið samtímis litíum eða biperideni. **Aukaverkanir:** *Tíðar (>10%):* Syfja og þyngdaraukning. Þyngdaraukningin var tengd lágum líkamsþyngdarstuðli (BMI) fyrir meðferð og byrjunarskammti 15 mg eða meira. *Algengar (1-10%):* Svimi, aukin matarlyst, bjúgur á útlimum, réttstöðu blóðþrýstingslækkun og tímabundin mild andkólínvirk áhrif þar með talin hægðatregða og munnþurrkur. Tímabundin og einkennalaus hækkun á lifrartrans-amínösunum ALT og AST, sérstaklega í upphafi meðferðar. Parkinsonseinkenni, ósjálfráðar hreyfingar og vöðvaspenna. Síðkomnar hreyfitruflanir (tardive dyskinesia). *Sjaldgæfar (<1%):* Aukið ljósnæmi húðar. *Annað:* Styrkur prólaktíns í plasma getur hækkað, en klínísk einkenni (brjóstastækkun hjá körlum, sjálfvakið mjólkurrennsli og brjóstastækkun) eru sjaldgæf. Hjá flestum sjúklingum lækkuðu prólaktíngildi aftur og voru innan viðmiðunarmarka þrátt fyrir að meðferð hafi ekki verið breytt. Örfá dæmi fundust um hækkun á styrk kreatín-fosfókínasa. Eins og með önnur andpsýkótísk lyf fannst stundum einkennalaus breyting á blóðhag. **Pakkningar og verð:** Töflur 2,5 mg: 28 stk. 6.918 kr. Töflur 5 mg: 28 stk. 9.936 kr. Töflur 7.5 mg: 56 stk. 27.037 kr. Töflur 10 mg: 28 stk. 18.436 kr. og 56 stk. 34.942 kr. **Lyfið er lyfseðilsskylt og er greitt að fullu af Tryggingastofnun ríkisins. Markaðsleyfishafi:** Eli Lilly Nederland B.V.

[1)] Tran et.al. J.Clin.Psychopharmacol 1997; 17: 407-418

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

Sameinar kostina



Íbúkód

KRÖFTUGT VERKJALYF

Íbúkód (Delta, 950041). **TÖFLUR;** M 01 A E 51. Hver tafla inniheldur: Ibuprofenum INN 200 mg, Codeini phosphas hemihydricus 10 mg. **Íbúkód sterkar** (Delta, 950040). **TÖFLUR;** N 02 A A 59. Hver tafla inniheldur: Ibuprofenum INN 200 mg, Codeini phosphas hemihydricus 30 mg. **Ábendingar:** Verkjalyf, t.d. við höfuðverk, tannpínu og tíðaverkjum. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Íbúkód: 1–2 töflur, 1–4 sinnum á dag. Íbúkód sterkar: 1–2 töflur, 1–4 sinnum á dag. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Sjúklingar sem hafa fengið astma, ofnæmisbólgur í nef eða ofsakláða eftir töku asetýlsalisýlsýru eða annarra bólgueyðandi lyfja (annarra en barkstera), skulu ekki nota lyfið. Lyfið skal ekki notað, ef um skerta lifrarstarfsemi er að ræða eða ef alvarlegur hjarta- eða nýrnasjúkdómur er til staðar. Magasár eða þarmabólgur. Gallrásarkrampi. **Varúð:** Vara ber stjórnendur bifreiða og vélknúinna tækja við slævandi áhrifum lyfsins. Gæta þarf varúðar við gjöf lyfsins hjá sjúklingum með bráðaastma, aukna blæðingartilhneigingu eða rauða úlfa (SLE). Einnig hjá sjúklingum með veilt hjarta, nýrna- eða lifrarsjúkdóm, sérstaklega ef meðhöndlað er með þvagræsilyfi samtímis, þá þarf að fylgjast með mögulegri minnkaðri nýrnastarfsemi og vökvasöfnun. Lyfið er ekki ætlað börnum. Lyfið getur valdið ávana og fíkn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki æskilegt á meðgöngu og sist á síðasta þriðjungi meðgöngu. Lyfið í venjulegum skömmtum er ekki talið hafa áhrif á barn á brjósti. **Aukaverkanir:** 10–35% sjúklinga mega eiga von á að fá aukaverkanir af lyfinu en þær eru annars vegar vegna kódeins (slævandi áhrif á miðtaugakerfi og áhrif á meltingarfæri) og hins vegar vegna prostaglandínhemjandi áhrifa íbúprófens hvort tveggja háð skammti og tímalengd meðhöndlunar. *Algengar* (>1%): Almennar: Þreyta, höfuðverkur. Meltingarfæri: Meltingartruflanir, ógleði, kviðverkir, hægðatregða. Húð: Útbrot. **Sjaldgæfar** (0,1–1%): Almennar: Ofnæmi (astmi), ofnæmisnefkvef, ofsakláði. Meltingarfæri: Blæðing, sáramyndun. Lifur: Truflun á starfsemi gallrásar. Geðrænar: Svefntruflanir, vægur kvíði. Augu: Sjóntruflanir. Eyru: Truflun á heyrn. *Mjög sjaldgæfar* (<0,1%): Almennar: Bjúgur. Blóð: Hvítkornafæð, blóðflagnafæð. Taugakerfi: Heilahimnubólga án sýkingar (aseptic meningitis). Meltingarfæri: Sprunginn magi eða görn. Lifur: Truflun á lifrarstarfsemi. Geðræn: Þunglyndi. Þvag- og kynfæri: Truflun á starfsemi nýrna. Augu: Sjóndepra vegna eitrunar (toxic amblyopi). **Milliverkanir:** Íbúkód getur aukið blóðþéttni litíums. Íbúkód skal ekki notast samtímis lyfjum í díkúmaról flokki, kínidíni, metótrexati, geðlyfjum eða tíklópídíni. Við samtímis notkun Íbúkóds með þunglyndislyfjum, betablokkum, ciclospórini, kaptóprili og þvagræsilyfjum, getur þurft að breyta skammtastærð. Eigi skal neyta áfengis meðan á töku lyfsins stendur. **Pakkningar: Íbúkód töflur:** 10 stk.; 100 stk. **Íbúkód sterkar töflur:** 20 stk.; 40 stk.; 100 stk.

DELTA

LYFJAÞRÓUN • HUGVIT • GÆÐI

www.delta.is

Meðferð við tóbaksfíkn

Meðferðarvenjur heilsugæslulækna á Íslandi

Ásgeir R. Helgason[1],

Pétur Heimisson[2],

Karl E. Lund[3]

Ágrip

Tilgangur: Að kanna meðferðarvenjur heilsugæslulækna við meðhöndlun á tóbaksfíkn og greina helstu þröskulda (hindranir) sem standa í vegi fyrir því að heilsugæslulæknar á Íslandi sinni tóbaksvörnum.

Efniviður og aðferðir: Spurningalisti var sendur heim til allra 167 starfandi heilsugæslulækna á Íslandi vorið 1999. Spurt var um tóbaksvarnastarf, hindranir fyrir að sinna tóbaksvörnum og eigin tóbaksneyslu heilsugæslulækna.

Niðurstöður: Svarshlutfall var 77%. Af þeim sem svöruðu reyktu 7% daglega og 14% af og til. Fáir heilsugæslulæknar höfðu það sem reglu að spyrja sjúklinga sín hvort þeir reyktu ef þeir höfðu engin einkenni sem líklegt er að rekja megi til reykinga. Fáir buðu sjúklingum sínum upp á stuðning við að hætta að reykja. Flestir töldu tóbaksvarnir þó vera innan síns verksviðs. Aðalástæðan fyrir að sinna ekki tóbaksvörnum var tímaskortur og sú tilfinning að fáir hætti að reykja þrátt fyrir stuðning. Mikill meirihluti taldi æskilegt að geta vísað reykingamönnum til sérfræðinga í reykbindindi.

Ályktanir: Auka þarf aðgengi sjúklinga og heilsugæslulækna að sérfræðingum í reykbindindi.

ENGLISH SUMMARY

Helgason ÁR, Heimisson P, Lund KE

Treating tobacco addiction. Praxis and barriers amongst Icelandic general practitioners

Læknablaðið 2001; 87: 41-5

Objective: To assess praxis and identify the most common barriers for engaging in tobacco prevention in general practice in the Nordic countries.
Material and methods: All 167 practicing general practitioners in Iceland received a questionnaire at home assessing praxis and barriers for systematic involvement in tobacco prevention.
Results: The over all response rate was 77%. Few general practitioners asked patients if they smoked if the patient had no smoking related symptoms. Few supported patients who wanted to stop smoking. However, a big majority agreed that tobacco prevention was a part of their job. The main reasons for not engaging in tobacco prevention was lack of time and the feeling that the time spent may not be worth the effort since few patients quit. A big majority stated that they would prefer to reefer smokers to smoking cessation specialist.
Conclusions: Smoking cessation expertise needs to be more accessible to Icelandic patients and doctors.

Keywords: *smoking, smoking cessation, general practitioners, physicians, barriers.*

Correspondence: Ásgeir R. Helgsaon. E-mail: asgeir@ce.ks.se

Inngangur

Erlendar rannsóknir benda til þess að læknar tali ekki um reykingar við sjúklinga sína í þeim mæli sem umfang sjúkdóma vegna reykinga gefur tilefni til (1,2). Tilraunir til að auka tíðni samtala um tóbak milli lækna og sjúklinga með námskeiðum af ýmsum toga, hafa leitt til takmarkaðra breytinga á klínísku starfi (3-5). Nokkrar rannsóknir hafa leitt í ljós að læknar eru af ýmsum ástæðum tregir til að fylgja ráðleggingum um bestu meðferð (clinical practice guidelines) (6-9). Nýleg úttekt á ástæðum þessa benda til að „þröskuldarnir" séu ólíkir fyrir hin ýmsu sérsvið læknisfræðinnar og að gera þurfi úttekt á hverju sviði fyrir sig (10).

Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að kanna meðferðarvenjur heilsugæslulækna við meðhöndlun á tóbaksfíkn og greina helstu þröskulda (hindranir) sem standa í vegi fyrir því að heilsugæslulæknar sinni tóbaksvörnum. Rannsóknin var gerð samtímis á Íslandi, í Noregi, Finnlandi og Svíþjóð og er hluti af átaki norrænu krabbameinsfélaganna (NCU) til að aðstoða heilsugæslulækna í tóbaksvarnastarfi. Í þessari grein verður aðeins fjallað um íslensku niðurstöðurnar. Niðurstöðurnar í heild með samanburði milli landanna verða birtar síðar í alþjóðlegu vísindariti.

Efniviður og aðferðir

Spurningalisti var sendur heim til 167 starfandi heilsugæslulækna á Íslandi vorið 1999. Vísindanefnd á vegum norrænu krabbameinsfélaganna hafði umsjón með rannsóknninni og þróaði spurningalistann. Listinn var þróaður í samvinnu við heilsugæslulækna í Noregi, Svíþjóð og á Íslandi. Forprófanir á réttmæti listans voru gerðar á úrtaki heilsugæslulækna í Noregi og Svíþjóð. Krabbameinsfélögin í hverju

[1]Samhällsmedicine, Stokkhólmi, [2]Heilbrigðisstofnun Austurlands, [3]Statens institut for folkehelse, Osló. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Ásgeir R. Helgason, Samhällsmedicine – CTP, Box 17533, 118 91 Stockholm, Sverige. Netfang: asgeir@ce.ks.se

Lykilorð: *reykingar, meðferð við tóbaksfíkn, heilsugæslulæknar, læknar.*

Tafla I: *Tóbaksneysla heilsugæslulækna á Íslandi.*

Spurning: Hefur þú einhvern tímann reykt (af og til eða daglega) í eitt ár samfellt?	46% (68/127)*
Spurning: Reykir þú í dag?	
Reykja daglega	7% (9/127)
Reykja sjaldnar	8% (10/127)
Allar núverandi reykingar	15% (19/127)
Spurning: Notar þú neftóbak eða munntóbak í dag?	2% (2/127)
Öll núverandi tóbaksnotkun	17% (21/127)

* Tveir svöruðu ekki spurningunum um eigin tóbaksneyslu.

Tafla II: *Í hvaða mæli grennslast heilsugæslulæknar fyrir um reykingavenjur sjúklinga? Meðferðarvenjur og þröskuldar.*

Spurning: Gerum ráð fyrir að þú hittir fullorðinn sjúkling sem hefur/ hefur ekki nein einkenni sem tengd hafa verið reykingum, spyrðu þá sjúklinginn hvort hann/hún reyki?

Hlutfall sjúklinga sem eru spurðir (meðaltal):	
Af sjúklingum sem ekki hafa nein einkenni sem líklegt er að rekja megi til reykinga % (staðalfrávik)	25% (27,12)
Af sjúklingum sem hafa einkenni sem líklegt er að rekja megi til reykinga % (staðalfrávik)	93% (9,49)
Þröskuldar: Hlutfall þeirra sem eru að einhverju leyti sammála fullyrðingunni (það er, eru ekki algerlega ósammála):	
Umræður um reykingar taka oft of langan tíma % (hlutfall)	50% (63/126)*
Mér finnst ég ekki vera nógu vel að mér í efninu % (hlutfall)	33% (42/126)
Það er ekki innan míns verksviðs að ræða við fólk um reykingavenjur þess % (hlutfall)	12% (15/126)
Ég er ekki fullkomlega sannfærð(-ur) um að reykingar séu stórt heilsufarsvandamál % (hlutfall)	4% (5/126)
Mér finnst óþægilegt að spyrja fólk út í reykingavenjur þess % (hlutfall)	30% (38/126)

* Þrír svöruðu ekki spurningunni.

landi voru ábyrg fyrir gagnasöfnun í samvinnu við félög heilsugæslulækna. Í Noregi, Svíþjóð og Finnlandi var valið slembiúrtak 1000 heilsugæslulækna en á Íslandi voru allir starfandi heilsugæslulæknar, sem voru félagar í Félagi íslenskra heimilislækna, með í úrtakinu.

Eftirfarandi spurningar mældu hve oft heilsugæslulæknar taka upp reykingar í klínísku viðtali: A) Gerum ráð fyrir að þú hittir fullorðinn sjúkling sem ekki hefur nein einkenni sem tengd hafa verið reykingum, spyrðu þá sjúklinginn hvort hann/hún reyki? B) Gerum ráð fyrir að þú hittir fullorðinn sjúkling sem hefur einkenni sem tengd hafa verið reykingum, spyrðu þá sjúklinginn hvort hann/hún reyki? C) Ef þú veist að sjúklingurinn reykir, ræðir þú þá við hann/hana um gildi þess að hætta að reykja? Svarsmöguleikarnir voru; „nei aldrei“ og „já í um það bil __% tilfella“.

Eftirfarandi spurning greindi hve oft læknarnir buðu sjúklingum sínum upp á mismunandi stuðning: Ef þú veist að sjúklingurinn reykir og hefur hug á að hætta að reykja, hve algengt er að þú bjóðir honum/henni eftirfarandi aðstoð?: A) Ég rétti sjúklingnum bækling um reykbindindi. B) Ég bíð sjúklingnum upp á að koma aftur með það að markmiði að styðja hann/hana í viðleitninni til að hætta að reykja. C) Ég bíð sjúklingnum upp á að taka þátt í námskeiði í reykbindindi á heilsugæslustöðinni (stofunni). D) Ég vísa sjúklingnum á námskeið í reykbindindi hjá öðrum aðilum. E) Ég ræði við sjúklinginn um hugsanlega dagsetningu fyrir reykbindindið. F) Ég legg upp meðferðaráætlun með nikótínlyfjum. G) Ef þú hjálpar sjúklingum að hætta að reykja á annan hátt en ofan, hvernig? Svarsmöguleikarnir voru: „Oft/oftast“, „stundum“, „sjaldan“, „aldrei“.

Auk framangreindra spurninga var spurt um þröskulda sem læknar hafa áður gefið upp sem dragbíta á tóbaksvarnastarf í ýmsum erlendum rannsóknum. Þátttakendur voru beðnir að taka afstöðu til mikilvægis þessara þröskulda með því að svara að hvaða marki þeir væru sammmála: „Algjörlega sammála“, „frekar sammála“, „frekar ósammála“ og „algerlega ósammála“.

Þátttakendur tóku afstöðu til eftirfarandi fullyrðinga: „Þetta er alltof tímafrekt“, „mér finnst ég ekki vera nógu vel að mér í efninu“, „það er ekki innan míns verksviðs að ræða við fólk um reykingavenjur þess“, „læknar hafa ekki rétt til að eiga frumkvæðið að því að upplýsa sjúklinga um heilsufarslegar afleiðingar þess lífsstíls sem það hefur valið“, „mér finnst óþægilegt að ræða um efnið“, „ég er ekki fullkomlega sannfærð(-ur) um að reykingar séu stórt heilsufarsvandamál“, „það er ekki erfiðisins virði að standa í svona ráðgjöf þar sem alltof fáir hætta að reykja þrátt fyrir stuðninginn“, „æskilegast væri að geta vísað sjúklingum á aðila sem sérhæfa sig í að aðstoða fólk við að hætta að reykja“ og „ef annað, hvað?“.

Einnig var spurt um það hvort þátttakendur hefðu tekið þátt í námskeiðum eða á annan hátt reynt að auka þekkingu sína með það fyrir augum að vera betur í stakk búin(-n) að hjálpa sjúklingum að hætta að reykja? Hvort þeir hefðu tekið þátt í að aðstoða fólk við að hætta að reykja sem stjórnendur eða fyrirlesarar á námskeiðum í reykbindindi. Hve mikinn tíma þeir hefðu notað síðastliðinn mánuð til samræðna eða fyrirlestra um reykbindindi og að lokum var spurt um eigin tóbaksneyslu. Helstu lykilspurningarnar eru birtar í töflum.

Niðurstöður

Svarshlutfall var 77% (129/167). Af þeim sem svöruðu reyktu 14% (19/127) að minsta kosti af og til, en 7% (9/127) reyktu daglega (tafla I).

Heilsugæslulæknarnir sögðust að jafnaði spyrja rúmlega níu af 10 sjúklingum að því hvort þeir reyktu ef viðkomandi hafði einhver sjúkdómseinkenni sem sýnt hefur verið fram á að tengjast reykingum (tafla II). Hefðu sjúklingar hins vegar engin slík einkenni voru þrír af fjórum aldrei inntir eftir því hvort þeir reyktu (tafla II). Algengasta ástæðan sem gefin var upp fyrir því að grennslast ekki fyrir um reykingar var að slíkar umræður taki oft langan tíma (tafla II).

Aðrir algengir þröskuldar voru þekkingarskortur á efninu og að það væri óþægilegt að spyrja sjúklinga út í reykingavenjur þeirra (tafla II). Fáir töldu þetta þó vera utan síns verksviðs og enn færri voru ekki fullkomlega sannfærðir um að reykingar væru stórt heilsufarsvandamál (tafla II).

Um það bil þrír af fjórum sjúklingum heilsugæslulækna voru upplýstir um gildi þess að hætta að reykja ef læknarnir vissu að sjúklingurinn reykti (tafla III). Algengustu ástæðurnar fyrir að upplýsa ekki um gildi þess að hætta voru í megindráttum þær sömu og fyrir að inna sjúklinginn ekki eftir því hvort hann reykti (tafla II). Rúmlega níu af 10 heilsugæslulæknum töldu það þó vera innan síns verksviðs að eiga frumkvæði að því að upplýsa sjúklinga um afleiðingar þess lífsstíls sem þeir hafa valið (tafla III).

Tiltölulega fáir heilsugæslulæknar höfðu það sem reglu að bjóða sjúklingum sínum, sem vilja hætta að reykja, upp á stuðning við að hætta (tafla IV). Um það bil einn af 10 rétti sjúklingum sínum „oft" bæklinga um reykbindindi og tveir af 10 buðu „oft" upp á endurkomu með stuðningssamtölum. Ennþá færri buðu „oft" upp á námskeið í reykbindindi á heilsugæslustöðinni og um það bil einn af 10 vísaði sjúklingum sínum „oft" á námskeið í reykbindindi hjá öðrum aðilum (tafla IV). Nokkuð fleiri, eða um það bil einn af fjórum ræddi „oft" um hugsanlega dagsetningu fyrir reykbindindi og lögðu upp meðferðaráætlun með nikótínlyfjum (tafla IV). Um það bil sjö af 10 höfðu aldrei verið fyrirlesarar á hópnámskeiðum í reykbindindi og enn færri höfðu einhvern tímann leitt slík námskeið (tafla IV).

Að meðaltali höfðu íslensku heilsugæslulæknarnir notað tæplega tvær klukkustundir síðastliðinn mánuð til að ræða við sjúklinga um tóbak og reykbindindi (tafla IV). Algengar ástæður fyrir því að sinna ekki ráðgjöf í reykbindindi voru tímaskortur, þekkingarskortur og sú tilfinning að það væri ekki erfiðisins virði að standa í svona ráðgjöf þar sem alltof fáir hætta að reykja þrátt fyrir stuðninginn (tafla IV). Rúmlega níu af 10 heilsugæslulæknum sögðu að æskilegt væri að geta vísað sjúklingum á aðila sem sérhæfa sig í tóbaksvörnum (tafla IV). Tæplega helmingur aðspurðra (48%) hafði tekið þátt í námskeiði eða á annan hátt reynt að auka þekkingu sína á meðferð við tóbaksfíkn með það fyrir augum að vera betur í stakk búinn að hjálpa sjúklingum að hætta að reykja.

Tafla III: *Í hvaða mæli upplýsa heilsugæslulæknar sjúklinga um gildi þess að hætta að reykja? Meðferðarvenjur og þröskuldar.*

Spurning: Ef þú veist að sjúklingurinn reykir, ræðir þú þá við hann/hana um gildi þess að hætta að reykja?	
Hlutfall sjúklinga sem eru spurðir (meðaltal): % (staðalfrávik)	74% (24,13)
Þröskuldar: Hlutfall þeirra sem eru að einhverju leyti sammála fullyrðingunni það er, eru ekki algerlega ósammála):	
Umræður um reykingar taka oft of langan tíma % (hlutfall)	53% (66/124)
Mér finnst ég ekki vera nógu vel að mér í efninu % (hlutfall)	35% (43/124)
Það er ekki innan míns verksviðs að ræða við fólk um reykingavenjur þess % (hlutfall)	9% (11/124)
Læknar hafa ekki rétt til að eiga frumkvæðið að því að upplýsa sjúklinga um heilsufarslegar afleiðingar þess lífsstíls sem þeir hafa valið % (hlutfall)	9% (11/124)
Mér finnst óþægilegt að spyrja fólk út í reykingavenjur þess % (hlutfall)	30% (37/124)
Ég er ekki fullkomlega sannfærð(-ur) um að reykingar séu stórt heilsufarsvandamál % (hlutfall)	5% (6/124)

* Fimm svöruðu ekki spurningunni.

Tafla IV: *Í hvaða mæli aðstoða heilsugæslulæknar sjúklinga við að hætta að reykja? Meðferðarvenjur og þröskuldar.**

Spurning: Ef þú veist að sjúklingurinn reykir og hefur hug á að hætta að reykja, hve algengt er að þú bjóðir honum/henni eftirfarandi aðstoð? Hlutfall þeirra sem svara að þeir „oft"...	
... rétti sjúklingnum bækling um reykbindindi % (hlutfall)	14% (18/126)
... bjóði upp á endurkomur með það að markmiði að styðja sjúklinginn í viðleitninni til að hætta að reykja % (hlutfall)	18% (23/126)
... bjóði sjúklingnum upp á að taka þátt í námskeiði í reykbindindi á heilsugæslustöðinni (stofunni) % (hlutfall)	6% (7/125)
... vísi sjúklingnum á námskeið hjá öðrum aðilum % (hlutfall)	13% (16/127)
... ræði um dagsetningu fyrir reykbindindið % (hlutfall)	25% (31/126)
... leggi upp meðferðaráætlun með nikótínlyfjum % (hlutfall)	28% (35/126)
Spurning: Tekur þú þátt í, eða hefur þú tekið þátt í, að aðstoða sjúklinga við að hætta að reykja? Merktu við alla möguleika hér að neðan sem eiga við þig.	
Hlutfall þeirra sem merkja við hvern möguleika:	
Hafa verið fyrirlesarar á námskeiði að minnsta kosti einu sinni % (hlutfall)	29% (37/128)
Hafa leitt hópnámskeið að minnsta kosti einu sinni % (hlutfall)	25% (32/128)
Stutt sjúkling í reykbindindi að minnsta kosti einu sinni % (hlutfall)	75% (96/128)
Heildartími (klukkustundir) notaður til tóbaksvarna síðastliðinn mánuð. Meðaltal (staðalfrávik)	1,7 (2,16)
Þröskuldar: Hlutfall þeirra sem eru að einhverju leyti sammála fullyrðingunni (það er, eru ekki algerlega ósammála):	
Æskilegast væri að geta vísað sjúklingum á aðila sem sérhæfa sig í að aðstoða fólk við að hætta að reykja % (hlutfall)	91% (113/124)
Ráðgjöf í reykbindindi er alltof tímafrek % (hlutfall)	59% (74/125)
Það er ekki erfiðisins virði að standa í svona ráðgjöf þar sem alltof fáir hætta að reykja þrátt fyrir stuðninginn % (hlutfall)	54% (68/126)
Hef ekki næga þekkingu til að geta orðið að liði % (hlutfall)	51% (65/127)
Það er ekki innan míns verksviðs að aðstoða sjúklinga við að hætta að reykja % (hlutfall)	12% (15/127)

* Nefnari er breytilegur vegna innra brottfalls.

Umræða

Heilsugæslulæknarnir inntu sjúklinga sína yfirleitt ekki eftir því hvort þeir reyktu nema þeir hefðu einhver einkenni sem tengd hafa verið reykingum (tafla II). Helstu ástæðurnar voru tímaskortur og sú tilfinning að tíminn sem notaður er í að hjálpa sjúklingum til að hætta að reykja sé ekki erfiðisins virði þar sem fáir hætti að reykja þrátt fyrir hvatningu og stuðning (tafla IV). Margir töldu sig einnig ekki hafa nægjanlega þekkingu á því hvernig styðja á sjúklinga í því að hætta að reykja (tafla IV) og fannst óþægilegt að ræða við sjúklinga um reykingavenjur þeirra (töflur II og III). Mikill meirihluti taldi æskilegt að geta vísað sjúklingum sínum á aðila sem eru sérhæfðir í að aðstoða fólk við að hætta að reykja (tafla IV).

Sú tilfinning margra heilsugæslulækna að tímannum, sem varið er í að aðstoða sjúklinga við að hætta að reykja, sé ekki vel varið, er ef til vill skiljanleg í ljósi þess að rannsóknir sýna að langtímaárangur af slíku starfi er aðeins á bilinu 2-5%, sé öllum reykjandi sjúklingum boðin aðstoð óháð áhuga og vilja til að hætta að reykja (11,12). Hins vegar ber á það að líta að þó hver einstakur læknir nái takmörkuðum árangri með sinn sjúklingahóp er árangurinn vel erfiðisins virði og þjóðfélagslega hagkvæmur þegar á heildina er litið (11,13). Það er því miður ef læknar missa móðinn og velja að gera ekki neitt. Margar rannsóknir benda til þess að auka megi til muna árangur af tóbaksvarnastarfi lækna með því að tengja fleiri aðila við meðferðina og auka þann tíma sem notaður er í ráðgjöfina fyrir hvern og einn (13). Það er því nokkuð ljóst að auka þarf aðgengi lækna og sjúklinga að sérfæðingum í reykbindindi. Æskilegt væri að slíkir aðilar fyndust á öllum stærri heilsugæslustöðvum. Önnur ódýrari leið til að gera slíka sérfræðinga aðgengilega fyrir alla, er að opna símaþjónustu (quit-line/help-line) fyrir reykingamenn. Slík starfsemi hefur víða verið í gangi um árabil og sannað gildi sitt (14). Þó símaþjónusta geti hjálpað stórum hópi og sé af mörgum álitin æskilegri kostur en námskeið (13), er ljóst að einhverjir koma til með að þurfa meiri stuðning. Því er æskilegt að geta einnig boðið upp á persónulegri stuðning á sem flestum heilsugæslustöðvum, til dæmis í formi hópnámskeiða.

Um það bil þrír af fjórum sjúklingum heilsugæslulækna voru upplýstir um gildi þess að hætta að reykja ef læknarnir vissu að sjúklingurinn reykti (tafla III). Þetta kemur í sjálfu sér ekki á óvart þegar tillit er tekið til þess að einungis sjúklingar með sjúkdómseinkenni, sem tengd hafa verið reykingum, voru inntir eftir því hvort þeir reyktu (tafla II). Íslenskir heilsugæslulæknar eru því með öðrum orðum duglegir í að grennslast fyrir um orsakir sjúkdómseinkenna, þegar þau hafa komið fram (seondary prevention), þó enn sé langt í land að sjúklingarnir fái þann stuðning sem þeir þurfa til að hætta að reykja. Hins vegar eru þeir mun minna virkir í forvörnum (primary prevention).

Um það bil þriðjungi heilsugæslulækna fannst óþægilegt að ræða við sjúklinga um reykingavenjur þeirra (töflur II og III). Ef til vill má túlka þessar niðurstöður svo að þörf sé á námskeiði fyrir lækna í samtalstækni um lífsstílsbreytingar (16,17). Við vitum hins vegar ekki hvort heilsugæslulæknar myndu mæta á slíkt námskeið væri það í boði.

Það var athyglisvert að mjög fáir heilsugæslulæknar virðast notfæra sér bæklinga um reykbindindi í klínísku starfi. Þó rannsóknir hafi sýnt að gildi slíkra bæklinga sé takmarkað séu þeir notaðir einir sér, hafa þeir sannað gildi sitt sem stuðningsefni í tengslum við aðra meðferð (18). Það er því að öllum líkindum vafasöm fjárfesting að láta stuðningsefni liggja frammi á öllum heilsugæslustöðvum, sjúkradeildum og apótekum. ef það er ekki tengt persónulegri ráðgjöf af einhverjum toga. Hér þjóna læknar og hjúkrunarfræðingar mikilvægu hlutverki, en nauðsynlegt er að styðja þessa aðila og gera þeim kleift að sinna tóbaksvörnum á markvissan hátt.

Lokaorð og ályktanir

Fljótt á litið kunna niðurstöður þessarar rannsóknar að virðast þversagnakenndar þar sem níu af 10 heilsugæslulæknum telja það vera innan síns verksviðs að ræða um reykingar við sjúklinga, en álíka margir telja æskilegt að geta vísað á aðra sem eru sérhæfðir í meðferð tóbaksfíknar. Þetta er þó eðlilegt í ljósi þess að í flestum samantektum um hlutverk lækna í tóbaksvörnum er talað um lágmarksmeðferð (minimal intervention) (13). Í sömu ritum er líka lögð áhersla á mikilvægi þess að aðrir sérhæfðir aðilar komi að meðferðinni til að auka árangur (13). Líklega er það óraunhæf krafa að ætlast til þess að læknar taki þann tíma á hvern sjúkling sem þarf til að ná besta mögulega árangri í meðferð við tóbaksfíkn, það er að minnsta kosti fimm klukkustundir (13). Margt bendir hins vegar til að læknar veigri sér við lágmarksmeðferð af ótta við að hafna í endurteknum tímafrekum stuðningsviðtölum. Hér hafa sérhæfðir tilvísunaraðilar á borð við reyksíma (quit-lines) og hópnámskeið á viðurkenndum heilbrigðisstofnunum mikilvægu hlutverki að gegna. Niðurstöðurnar virðast einnig gefa tilefni til að ályktа að þörf kunni að vera á leiðbeiningum um meðferð við tóbaksfíkn fyrir lækna.

Heimildir

1. Dickinson J, Wiggers J, Leeder S, Sanson-Fisher RW. General practitioners´ detection of patients´ smoking status. Med J Aust 1989: 150: 420-6.
2. Heywood A, Sanson-Fisher RW, Ring I, Mudge P. Risk prevalence and screening for cancer by general practitioners. Prev Med 1994: 23: 152-9.
3. Ward J, Sanson-Fisher R. Does a 3-day workshop for family medicine trainees improve preventive care? A randomized control trial. Prev Med 1996: 25: 741-7.
4. Silagy C, Lancaster T, Fowler G, Spiers I. Effectiveness of training health professionals to provide smoking cessation interventions: systematic review of randomised controlled trials. In: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D, eds. Tobacco addiction module of The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 2. Oxford: Update Software; 1997. Updated quarterly.
5. Silagy C, Ketteridge S. The effectiveness of physician advice to aid smoking cessation. In: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D. Tobacco addiction module of The Cochrane Database of Systematic Reviews [updated 03 March 1997]. Available in The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 2. Oxford: Update Software; 1997. Updated quarterly.
6. Lomas J, Anderson GM, Dominick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. N Engl J Med 1989; 321: 1306-11.
7. Kanouse DE, Winkler JD, Kosecoff J. Changing medical practice through technology assessment: an evaluation of the NIH Consensus Development Program. Santa Monica, Calif: RAND; 1989.
8. Woolf SH. Practice guidelines; a new reality in medicine, III: impact on patient care. Arch Intern Med 1993; 152: 2646-55.

9. Hayward RSA. Clinical practice guidelines on trial. CMAJ 1997; 156: 1725-7.
10. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why don´t physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999; 282: 1458-65.
11. Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. Arch Intern Med 1995; 155: 1933-41.
12. Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, Hansen B, Zahnd EG, VanderMartin R, et al. Training physicians in counselling about smoking cessation: a randomized trial of the „quit for life" program. Ann Intern Med 1989; 110: 640-7.
13. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al, eds Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Service. Public Health Service; June 2000.
14. Zhu S-H, Anderson CM, Johnson CE, Tedeschi G, Roeseler A. A centralised telephone service for tobacco cessation: the California experience. Tobacco Control 2000; 9/Suppl II: ii48-ii55.
15. McAfee T, Sofian N, Wilson J, Hindmarsh M. The role of tobacco intervention in population-based health care. Am J Prev Med 1988; 14: 46-52.
16. Lund KE, Helgason AR. Hvorfor unnlater helsepersonell å snakke med småbarnsforeldre om passiv röyking. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1622-6.
17. Aborelius E, Krakau I, Bremberg S. Key factors in health counseling in the consultation. Fam Pract 1992; 4: 488-93.
18. Ritvo PG, Irvine J, Lindsay EA, Kraetschmer N, Blair N, Shnek ZM. A critical review of research related to family physician-assisted smoking cessation intervention. Cancer Prev Contr 1997; 1: 289-303

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. *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. **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. **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- þróþíónats: *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., þjúgur 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 óvæntur 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. **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 3. Seretide 50/100: 6.008 krónur, Seretide 50/250: 7.532 krónur, Seretide 50/500: 10.045 krónur. 25.09.00

Tilvitnun 1: KR Chapman, N Ringdal Et al. Can. Respir. J. 1999; 6 (1): 45-51.
Tilvitnun 2: G Shapiro Et al., Am. J, Respir. Crit.Care Med. 2000; 161: 527-534.

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



GOTT FÓLK McCANN-ERICKSON · SÍA · 12470

Kallar þú þetta að lifa eðlilegu lífi?

Allir astmasjúklingar muna eftir fyrsta kastinu. Yfirþyrmandi köfnunartilfinningu sem aldrei gleymist. Upp frá því er úðalyfið, sem í skyndi getur víkkað út berkjurnar, jafnan hendi næst. Það er bjargvætturinn þegar ógnin steðjar að. En nær hann yfirhöndinni gegn astmanum? Hann má ekki gleyma því einn einasta dag að anda að sér steralyfi, auk þess að hafa bjargvættinn berkjuvíkkandi jafnan til taks í neyðartilvikum.



Með **Seretide Diskus** fær sjúklingurinn í einu tæki áhrifaríka meðferð við astma- og bólgueinkennum. Þannig má fækka astmaköstum og þörfin fyrir neyðarlyfið minnkar. [1,2]

Seretide - frelsi til eðlilegra lífs.

Á morgni aldar



Sigurbjörn Sveinsson

Höfundur er formaður Læknafélags Íslands.

Sjónarmið þau er fram koma í pistlunum **Af sjónarhóli stjórnar** eru höfundar hverju sinni og ber ekki að taka sem samþykktir stjórnar LÍ.

Að hugsa...

TVEIR KUNNINGJAR MÍNIR Í LÆKNASTÉTT hafa áhuga á hugrænum viðfangsefnum til að auka þroska einstaklinganna og hafa mannbætandi áhrif á fjöldann. Sérstaklega telja þeir nauðsynlegt fyrir lækna að brjóta lífið til mergjar með öðru handbragði en hið þrönga sjónarhorn nútímalæknisfræði gefur kost á. Það yrði læknum og öðrum til gagns.

Fyrir einskæra tilviljun hittumst við á dögunum og barst þetta þá í tal. Þar sem annar þeirra er fremur jarðbundinn beindist umræðan fljótt að því, hvernig fjármagna mætti slíka akademíu - akademíu lækna. Niðurstaðan varð sú, að læknar keyptu jörð, þar sem stofnað yrði klaustur, eða að minnsta kosti sumarbúðir, í þessu skyni. Þar myndu gefast jöfn tækifæri til landgræðslu og hugsvölunar. Þótti þetta þjóðráð á þeirri stundu.

En ekkert er nýtt undir sólinni eins og allir vita. Fáeinum kvöldum síðar var ég að reyna að bæta fyrir vanrækslusyndir æskunnar með því meðal annars að lesa *Svo kvað Tómas*, samtalsbók skáldanna Tómasar Guðmundsonar og Matthíasar Johannessen. Þar kemur Tómas að þessari sömu hugsun, en er heldur stærri í sniðum en við læknarnir eins og vænta mátti:

„Ætli mig hefði ekki langað til að sækja erlenda háskóla, t.d. í Róm, án annars takmarks en þess, að reyna að verða sæmilega menntaður? Það er annars hræðilegt, hvað okkur er orðið tamt að vanmeta allt nema það, sem kemur að beinu haldi í hinni svonefndu lífsbaráttu. Við höfum afrækt flestar klassískar menntir, hina menningarlegu kjölfestu forfeðra okkar, af því að þær eru okkur til svo lítillar hjálpar við framleiðsluna, og við gefum okkur ekki einu sinni tíma til að ganga á eintal við drottin, nema í löglegum forföllum, svo sem banalegu.-

Finnst þér ekki, að það væri virðulegt verkefni fyrir gamla menningarþjóð - eins og við Íslendingar erum, hvað sem hver segir - að koma sér upp stétt úrvalsmanna, sem legðu einungis stund á jafn fánýtan hlut og þann, að gerast menntaðir menn? Enginn er svo ríkur, að hann hafi til lengdar efni á því að miða allt við daglegar þarfir, og sú þjóð er illa farin, sem á ekki margt ónauðsynlegt til að líta upp til."

Hversdagsleg viðfangsefni okkar verða betur leyst undir víðu sjónarhorni svo ekki sé minnst á þau, sem meiri íhygli krefjast. Þó er ekki nauðsynlegt að vera svo frumlegur, þegar allt kemur til alls. Sú krafa getur leitt til andlegrar flatneskju eins og Páll Ísólfsson benti á. Hann leiddi fram því til sönnunar alla gömlu meistarana, sem sífellt skrifuðu nýja tónlist í hina gömlu, sömdu í bæði sjálfa sig og aðra. Samt var þetta ný sköpun og enginn minntist á stuld.

Ég var minntur á þetta á liðinni aðventu, þegar ég var að hugleiða framtíð heilbrigðsþjónustunnar. Þar virðist skorturinn átakanlegur mitt í ríkidæminu og þrýst á um lausnir til úrbóta, sem henta markaðnum og falla að kenningunni um lögmál skortsins. Rifjaðist þá upp fyrir mér ávarp þáverandi formanns Félags íslenzkra heimilislækna á Astradegi um miðjan síðasta áratug. Viðfangsefnið var forgangsröðun. Enda þótt ávarpið hafi verið samið í skugga versnandi þjóðarhags og áhrifa hans á sáttmálann um beztu hugsanlegu heilbrigðisþjónustu öllum til handa, sýnist lítið hafa breytzt á þessum fáu árum.

...um forgangsröðun

„„Orsakir eru til alls, og gjafir eru gefnar þjóðunum," gjafir nútíma þekkingar og tækni, hraði, örar breytingar, víxlverkanir af ýmsu tagi, síbreytileg gildi hluta og merking hugtaka. Smám saman er líkamlegu erfiði með öllu aflétt. Ráðstafanir gegn offjölgun eru gerðar. Vísifingur hægri handar leysir úr læðingi orku, sem vinnur erfiðisverk margra manna. Af þessu leiðir ofboðslega aukningu efnislegra verðmæta, sem þó er misskipt með einstaklingum og þjóðum enn sem fyrr.

Hin nýja lífsstefna (eða helstefna) veitir mönnum mörg gæði eins og sjá má og hún orkar sterkt á allar þjóðir heims. Samskipti og samgöngur þjóða í milli aukast stöðugt ásamt almennri þekkingu og upplýsingum. Framleiðsla og varningur þjóðanna er fluttur um víða veröld. Ætla mætti að allt veitti þetta almenningi aðstöðu til sjálfstæðrar skoðanamyndunar, yki frelsi manna og möguleika til að velja og hafna í öllum efnum, andlega og efnislega. Allt virðist þetta stefna að auknu persónufrelsi. Þó er mjög vafasamt að þessu sé svo farið, og ekki eru efasemdir í þessu efni minnstar í svonefndum neyslu- og velferðarríkjum. „Sá á kvölina sem á völina," segir máltækið. Hindranir verða hér á vegi. Þegar maðurinn á of margra kosta völ og auk heldur eins í dag og annars á morgun, þá eykur það ekki andlega velsæld heldur skapar það andlegt álag sem leggst á manneskjurnar með slíkum ofurþunga að vafasamt er hvort slíkt vegur á móti gæðum og gildi þeirra fjölmörgu girnilegu kosta sem stóriðjuþjóðfélagið býður."

Þessi vísdómsorð, sem á undan fóru, mælti Andrés Björnsson, útvarpsstjóri fyrir rúmum 22 árum í

áramótaávarpi sínu á gamlárskvöld. Kallaði hann það *Gæðaskipti.*

Maðurinn kemur sífellt í lífinu á vegamót, þar sem leiðir skiptast til hvorrar handar. Langoftast er sitthvað, sem mælir með og á móti báðum leiðum. Ferðalag okkar um víðáttur vísinda, þekkingarauka og efnahagslegra framfara hefur fært okkur að krossgötum. Á þessum krossgötum skerast leiðir hinnar læknisfræðilegu kunnáttu mannsins og getu til að fást við flókin viðfangsefni alvarlegra sjúkdóma annars vegar og hins vegar viljinn til að kosta hverju sem er til að knýja fram lækningu þessara sjúkdóma. Fram til þessa hefur verið ríkur vilji til þess á Vesturlöndum að mæta framförum í læknisfræði með auknum fjárframlögum. En allra lína, sem ekki liggja samsíða, bíða þau örlög að skerast. Þær krossgötur liggja nú að baki, hvað okkur varðar í velferðarríkjum Vesturlanda. Geta læknavísindanna hefur farið fram úr þeim fjármunum, sem þjóðfélagið á okkar dögum er reiðubúið að gjalda fyrir þessa læknisdóma. Og samkvæmt lögmálinu um eðli hlutanna, þá hljóta línurnar að fjarlægjast í fyllingu tímans. Sýnist svo vera í þessum efnum sem öðrum eftir því, sem okkur er auðið að ráða í framtíðina.

Þessi staðreynd kallar okkur að viðfangsefni dagsins. Í lögum er kveðið á um að allir þegnar íslenska ríkisins skuli eiga völ á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita. Við endurskoðun þessara laga er nú rætt um að draga úr þessari skuldbindingu ríkisins og semja hana að veruleika nútímans. Nú er rætt um, að markmið laganna um heilbrigðisþjónustu skuli vera að tryggja landsmönnum jafnan aðgang að sem beztri heilbrigðisþjónustu eins og henni verður við komið á hverjum tíma til að efla og vernda andlega, félagslega og líkamlega heilbrigði.

Hið andlega reiptog er hafið.

Eitt birtingarform þess er umræðan um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni. Og menn veigra sér við að taka á þeim spurningum, sem varpað er fram. Þjóðfélagið virðist ætlast til þess, að læknar svari þeim í kyrrþey eins og þeir hafa gert fram að þessu og svo mjúklega, að það snerti helst engan nema að tjaldabaki. Læknar og hjúkrunarfólk hafa þess í stað tekið á móti með háværum hætti og krafizt svara um það, hvernig fara eigi með takmarkaða fjármuni. Og öllum reynist erfitt að fóta sig við þessar nýju aðstæður og leiðin sýnist torsótt með brauðið dýra út úr þokunni.

Ég efast um, að köld rökhyggja byggð á skynseminni einni geti leitt okkur út úr þeim vanda, sem við blasir. Úrlausnarefnið hlýtur að vera í ríkum mæli siðferðislegs eðlis.

Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni fæst um síðir við sjálfselsku og siðgæði. Páll S. Árdal rekur í ritgerð sinni *Siðferði og mannlegt eðli* kenningar Þrasýmakkosar í samræðum við Sókrates í inngangi *Ríkisins* eftir Platón. „Kenningar Þrasýmakkosar," segir hann, „byggjast á þeirri skoðun að öll hegðun manna mótist af sjálfselsku. Menn ota sínum tota í einu og öllu og reyna eftir megni að tryggja eigin velferð. Við þetta bætist, að hagsmunir manna stangast ávallt á; mannlífið er sífelld keppni um veraldleg gæði. Sá er því mestur gæfumaður, sem getur hagað málum sínum þannig, að allir aðrir stuðli að velferð hans." Hver maður getur einungis höndlað hamingjuna á kostnað annarra.

Svar Platóns við þessari kenningu Þrasýmakkosar var forsögnin um fyrirmyndarríkið, þar sem vizkan og skynsemin skyldu ráða ríkjum.

... Þó heimspekingar síðari ára hafi hrakið þessar kenningar Grikkjanna og kristindómurinn gert kröfu um ábyrgð á meðbræðrum sem svarað verður handan grafar, þá verður ekki framhjá mannlegum breyskleika gengið. Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni er og verður mannanna verk, bundið þeim takmörkum, sem þroska, gildum, siðum og venjum hvers samfélags eru sett á hverjum tíma. Umræður okkar og niðurstöður á þessum vettvangi og samálit þjóðfélagsins alls um það, hvernig gæðum læknavísindanna skuli deilt með þegnunum, mun verða ein þeirra stærða, sem komandi kynslóðir munu leggja kvarða sinn á og dæma siðferðisþrek áa sinna eftir." (S.S.; 1995)

...til framtíðar

Sagt hefur verið, að stjórnvöld eigi einungis tvo kosti á okkar dögum til að auka við heilbrigðisþjónustuna með öðrum orðum til að stytta biðlistana. Annar er sá að íþyngja þegnunum enn frekar með aukinni skattheimtu. Hinn er að fá „nýja peninga" í kerfið, sem þegnarnir leggja fram af fúsum og frjálsum vilja til að þiggja þessa sömu þjónustu, þegar þeim hentar. Í síðara tilvikinu er um raunverulega einkavæðingu að ræða, þar sem bæði þjónustan og fjármögnun hennar eru alveg utan við hlutskipti annarra þegna þjóðfélagsins.

En er raunin sú?

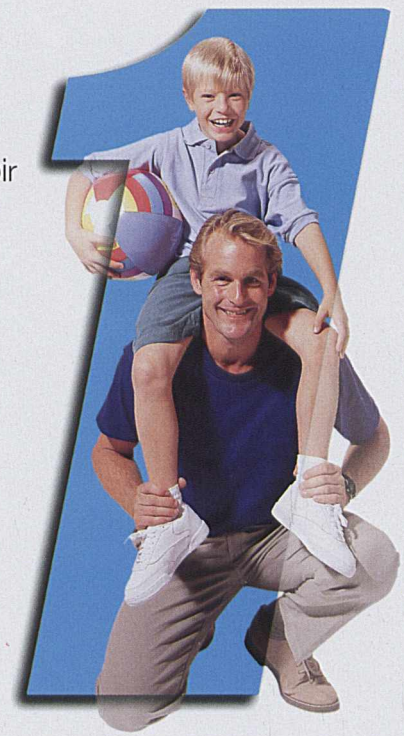
Vera má að þjónustan, sem veitt er og andvirði hennar, sem úr vasa sjúklingsins kemur, sé ekki annarra mál en þeirra, sem í hlut eiga. Svo kann að virðast í fljótu bragði. En til þess að þetta megi verða, þarf þá ekki að vera framboð á þjónustu umfram þarfir allra? Allsnægtaborð?

Lögð hefur verið áherzla á það, að í heilbrigðisþjónustunni ríki lögmál skortsins, úrræðin verði takmörkuð í samanburði við þekkinguna til að veita þau. Á það hefur verið bent hér að framan og eru menn almennt sammála því atriði. Ef fólki verður auðveldað að nálgast þessi úrræði í krafti fjármuna sinni, hvernig er þá hægt að koma því í kring með því að það komi ekki niður á einhverjum?

Þetta er erfitt viðfangsefni og nauðsynlegt að gæta varúðar.

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, 970103
Tuggutöflur og töflur: R 03 DC 03
Virkt innihaldsefni: Montelúkastsýra; 5 mg eða 10 mg. Ábendingar: Montelukast er ætlað til meðferðar við astma sem viðbótarmeðferð hjá sjúklingum sem hafa vægan eða miðlungsmikinn viðvarandi astma, þegar meðferð með innúðasterum er ekki fullnægjandi og þegar notkun stuttverkandi (-agónista „eftir þörfum" veitir ekki fullnægjandi klíníska meðferð við astma. Montelukast er einnig ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar á astma þegar aðallega er um berkjusamdrátt við áreynslu að ræða. Skammtar og lyfjagjöf: Skammtastærð handa fullorðnum, 15 ára og eldri, er ein 10 mg tafla á dag, tekin inn að kvöldi. Skammtastærð handa börnum 6-14 ára er ein 5 mg tuggutafla daglega, tekin inn að kvöldi. Montelukast má bæta við þá astmameðferð sem sjúklingurinn er þegar að fá. Montelukast má bæta við meðferð þegar meðferð með stuttverkandi B-agónistum „eftir þörfum" dugir ekki ein sér. Þegar klínísk svörun hefur átt sér stað (venjulega eftir fyrsta skammtinn), getur sjúklingurinn e.t.v. dregið úr meðferð með stuttverkandi B-agónistum „eftir þörfum". Meðferð með montelukast má nota sem viðbótarmeðferð þegar önnur lyf s.s. innúðabarksterar veita ekki fullnægjandi klíníska meðferð. Frábendingar: Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun: Ráðleggja skal sjúklingum að nota aldrei montelukast töflur við bráðum astmaköstum, heldur hafa sín venjulegu viðeigandi lyf tiltæk til notkunar við slíkar aðstæður. Ef brátt astmakast á sér stað skal nota stuttverkandi (B-agónista til innúðunar. Sjúklingar skulu ráðfæra sig við sinn lækni svo fljótt sem auðið er, ef þeir þurfa meira af B-agónistum til innúðunar, en áður. Montlukast á ekki að gefa í stað innúðabarkstera eða barkstera til inntöku. Ekki hefur verið sýnt fram á að hægt sé að draga úr notkun barkstera til inntöku þegar montelukast er gefið samhliða þeim. Í sjaldgæfum tilvikum getur fjölgun eósínófíla átt sér stað hjá sjúklingum á meðferð með astmalyfjum, þ.á.m. montelukast, sem stundum kemur fram með klínískum einkennum æðabólgu sem samræmist Churg-Strauss heilkenni, sjúkdómi sem oft er meðhöndlaður með barksterum (systemic). Í flestum þessara tilvika, en ekki öllum, hafa skammtar af barksterum til inntöku verið minnkaðir eða notkun þeirra hætt. Hvorki er hægt að útiloka né staðfesta að Churg-Strauss heilkenni komi upp í tengslum við leukotríen viðtaka antagónista. Læknar skulu vera á verði m.t.t. fjölgunar eósínófíla, útbrota í tengslum við æðabólgu, versnandi lungnaeinkenna, aukaverkana á hjarta, og/eða taugakvilla hjá sjúklingunum. Endurmeta skal ástand sjúklinga sem fá þessi einkenni og endurskoða meðferð þeirra. Reynsla lyfsins handa börnum er takmörkuð. 5 mg tuggutafla inniheldur aspartam sem inniheldur fenýlalanín (0,842 mg fenýlalanín í 5 mg tuggutöflu). Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir: Montelukast á gefa samhliða annarri hefðbundinni fyrirbyggjandi meðferð og hefðbundinni meðferð við langvinnum astma. Í rannsóknum á milliverkunum hafði ráðlagður klínískur skammtur af montelúkasti engin klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf eftirfarandi lyfja: theófyllíns, prednisóns, prednisólóns, getnaðarvarnartaflna (ethinyl estradíol/norethindrone 35/1), terfenadíns, dígoxíns og warfaríns. AUC fyrir montelúkast var u.þ.b. 40% minna hjá einstaklingum sem fengu fenóbarbítal samhliða montelúkasti. Þar sem montelúkast umbrotnar fyrir tilstilli CYP 3A4 skal gæta varúðar sérstaklega hjá börnum þegar montelukast er gefið samhliða lyfjum sem innleiða CYP 3A4, svo sem fenýtóíni, fenóbarbítali og rífampicíni. Meðganga og brjóstagjöf: Þar sem engar samanburðarrannsóknir hafa verið gerðar hjá þunguðum konum eða konum með börn á brjósti á ekki að nota montelukast á meðgöngu eða hjá konum með börn á brjósti nema brýna nauðsyn beri til. Aukaverkanir: Aukaverkanir, sem almennt eru vægar, hafa yfirleitt ekki orðið til þess að hætta þyrfti meðferð. Eingöngu kviðverkir og höfuðverkur voru skráð sem lyfjatengdar aukaverkanir sem áttu sér stað hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu montelukast og tíðari en hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu í tveimur klínískum rannsóknum á 10 mg töflum. Ekki var marktækur munur á tíðni þessara aukaverkana í meðferðarhópunum tveimur. Þrátt fyrir að ekki væri um staðfest tengsl við notkun montelúkasts að ræða voru eftirfarandi aukaverkanir, sem voru jafntíðar eða tíðari en hjá þeim sem fengu lyfleysu, skráðar hjá ≥ 1% sjúklinga í klínískum rannsóknum. Almennar: máttleysi/þreyta, hiti , kviðverkir, áverkar. Meltingarfæri: niðurgangur, meltingartruflanir, maga- og garnabólga af völdum sýkingar, tannverkir. Taugakerfi/geðræn einkenni: svimi, höfuðverkur, svefnleysi. Öndunarfæri: nefstífla, hósti, inflúensa. Húð: útbrot.
Eingöngu höfuðverkur var skráð sem lyfjatengd aukaverkun sem áttu sér stað hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu montelukast og tíðari en hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu í klínískri rannsókn á 5 mg tuggutöflum. Ekki var marktækur munur á tíðni þessara aukaverkana í meðferðarhópunum tveimur. Þó að orsakasamhengi við montelúkast hafi ekki verið staðfest voru eftirfarandi aukaverkanir, sem voru tíðari en hjá þeim sem fengu lyfleysu, skráðar hjá ≥ 3% barna í klínískum rannsóknum. Almennar: hiti. Meltingarfæri: niðurgangur, ógleði. Öndunarfæri: inflúensa, hálsbólga, skútabólga. Eftirfarandi aukaverkanir hafa verið skráðar við almenna notkun lyfsins: máttleysi/þreyta, svimi, óeðlilegir draumar þar á meðal martraðir, syfja, svefnleysi, önuglyndi, eirðarleysi, liðverkir, niðurgangur, munnþurrkur, meltingartruflanir, ofnæmisviðbrögð (þ.á.m. bráðaofnæmi, ofsabjúgur, ofsakláði, kláði, útbrot og í mjög sjaldgæfum tilvikum íferð eósínófíla í lifur), lasleiki, vöðvaverkir, ógleði og uppköst. Pakkningar, verð (desember, 2000), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Tuggutöflur 5 mg og töflur 10 mg: 28 stk. 5360 kr. 98 stk. 16041 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.

Landspítalinn hf?

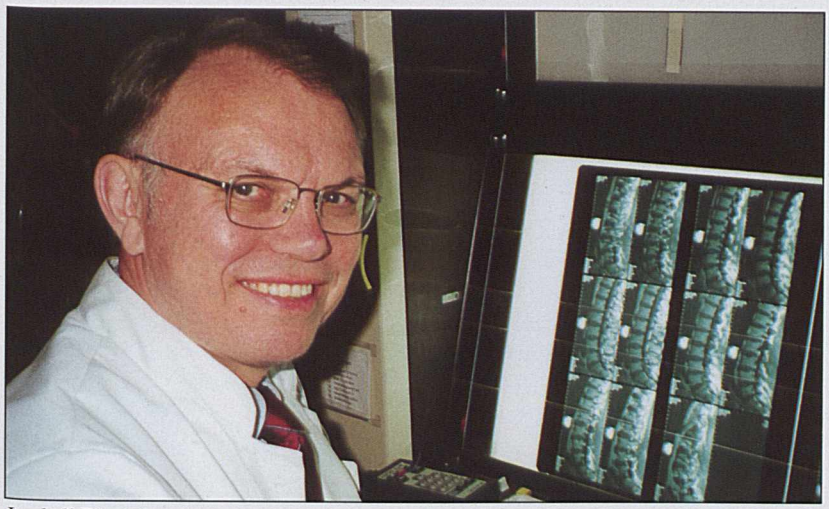
Í LÆKNABLAÐINU VERÐUR AÐ ÞESSI SINNI rætt við tvo lækna sem hafa um margt mismunandi skoðanir á einkarekstri í heilbrigðisþjónustu. Umræða um málið er á fleygiferð í samfélaginu og full ástæða til að Læknablaðið taki þátt í þeirri umræðu, ekki síst með því að hlusta á röksemdir lækna sem hlynntir eru eða andvígir vaxandi einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar.

Þorkell Bjarnason röntgenlæknir hefur ekki legið á þeirri skoðun sinni að einkavæða eigi sem allra mest í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Hann hélt meðal annars erindi um það á málþingi sem haldið var í tengslum við aðalfund Læknafélags Íslands á liðnu hausti (sjá Læknablaðið 10/2000). Hann hefur sjálfur verulega reynslu af einkarekstri í heilbrigðisþjónustu en árið 1993 stofnaði hann ásamt fleiri röntgenlæknum Röntgen Domus Medica. Læknablaðið spurði Þorkel hverjar væru helstu ástæður þess að hann teldi einkarekstur heppilegri en ríkisrekstur í heilbrigðisþjónustu.

„Þjónustan myndi batna með auknum einkarekstri og kostnaðurinn lækka.

Eitt aðalvandamálið í okkar heilbrigðiskerfi er að ríkið er bæði kaupandi og seljandi að þjónustunni. Það gengur ekki gagnvart sjúklingnum að sami aðili sitji við eitt skrifborð og segi hvaða þjónustu eigi að veita og sitji síðan við annað skrifborð og segi að það sé ekki hægt að veita hana vegna þess að ekki séu til peningar. Það á ekki að fara eftir fjölda þorska í sjónum hvort sjúklingar fá heilbrigðisþjónustu eða ekki. Það bara gengur ekki."

Hvers vegna er einkavæðing betri lausn en einhver önnur?



Þorkell Bjarnason.

„Þegar ég tala um einkavæðingu þá er ég að tala um rekstur þjónustunnar. Seljandi þjónustunnar á að mínu mati að vera einkaaðili, en ég vil ekki hrófla við skyldutryggingunum og velferðarkerfinu. Jafnræði á að gilda bæði fyrir veitendur og neytendur þjónustunnar.

Ég vildi sjá Landspítalann seldan og breytt í hlutafélag. Vandamálið gæti að vísu orðið kaupendurnir. Ég er sannfærður um að hægt er að spara fleiri krónur með því að selja Landspítalann en Landsbankann. Reksturinn yrði að mínu mati mun markvissari ef það yrði gert, því þá færi saman rekstrarleg og fagleg ábyrgð. Í dag vantar um einn og hálfan milljarð til heilbrigðiskerfisins á Íslandi miðað við fjárlög. Rekstur Landspítalans er um 19 milljarðar og hallinn í dag 600-800 milljónir. Peningum er ekki mokað þangað með skóflum, heldur vélskóflum."

Og þú telur að það myndi breytast með einkarekstri?

„Það er engin spurning. Fimm fyrstu árin sem við störfuðum í Röntgen Domus spöruðum við heilbrigðiskerfinu um 300 milljónir og er það varlega áætlað."

Ertu þá að tala um einhvers konar útboð á rekstri?

„Það verður án efa farið út í einhvers konar útboð á heilbrigðisþjónustu, en vandamálið er að ríkið er þá að bjóða á móti einkaaðilum. Samkvæmt reglugerðum eiga opinberir aðilar að aðskilja sinn rekstur bæði rekstrarlega og stjórnunarlega ef þeir stunda samkeppni að einhverju ráði. Hins vegar má sjá að það er enginn vandi að fela eða millifæra tölur án þess nokkur viti af. Það er að vísu verið að reyna að koma á kerfi núna til að reyna að finna út hvað hlutirnir kosta. Ef farið er fram úr fjárlögum er bara bætt úr því með aukafjárveitingum. Mér finnst að þeir sem kaupa þjónustuna, það er Tryggingastofnun, eigi að geta samið um ákveðið verð fyrir þá þjónustu sem keypt er, hvort sem það eru aðgerðir eða rannsóknir, og keypt þær hvort sem er af ríkisfyrirtækjum eða einkaaðilum úti í bæ."

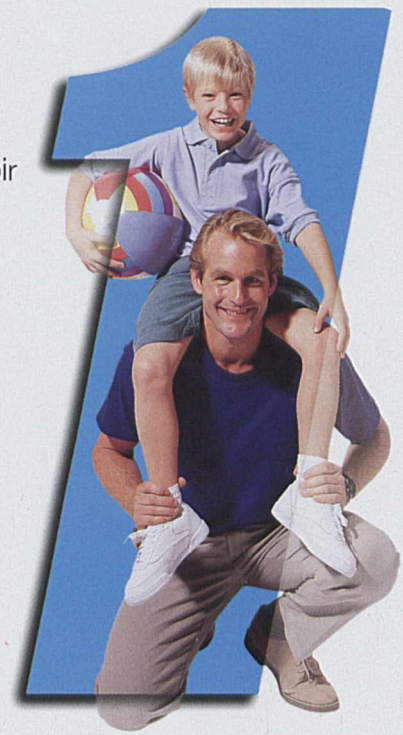
Nú er hægt að hugsa sér þrenns konar útfærslu á heilbrigðisþjónustu, ríkisrekna, einkarekna eða blöndu af þessu hvoru tveggja. Hvað sérð þú fyrir þér að eigi við hér á landi?

„Ég held að blandað kerfi sé langbest til að byrja með að minnsta kosti."

Munu þá einkastofnanirnar ekki geta fleytt rjómann ofan af en kennslu- og rannsóknarskylda sitja eftir hjá hinum?

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, 970103
Tuggutöflur og töflur: R 03 DC 03
Virkt innihaldsefni: Montelúkastsýra; 5 mg eða 10 mg. Ábendingar: Montelukast er ætlað til meðferðar við astma sem viðbótarmeðferð hjá sjúklingum sem hafa vægan eða miðlungsmikinn viðvarandi astma, þegar meðferð með innúðasterum er ekki fullnægjandi og þegar notkun stuttverkandi (-agónista „eftir þörfum" veitir ekki fullnægjandi klíníska meðferð við astma. Montelukast er einnig ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar á astma þegar aðallega er um berkjusamdrátt við áreynslu að ræða. Skammtar og lyfjagjöf: Skammtastærð handa fullorðnum, 15 ára og eldri, er ein 10 mg tafla á dag, tekin inn að kvöldi. Skammtastærð handa börnum 6-14 ára er ein 5 mg tuggutafla daglega, tekin inn að kvöldi. Montelukast má bæta við þá astmameðferð sem sjúklingurinn er þegar að fá. Montelukast má bæta við meðferð þegar meðferð með stuttverkandi B-agónistum „eftir þörfum" dugir ekki ein sér. Þegar klínísk svörun hefur átt sér stað (venjulega eftir fyrsta skammtinn), getur sjúklingurinn e.t.v. dregið úr meðferð með stuttverkandi B-agónistum „eftir þörfum". Meðferð með montelukast má nota sem viðbótarmeðferð þegar önnur lyf s.s. innúðabarksterar veita ekki fullnægjandi klíníska meðferð. Frábendingar: Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun: Ráðleggja skal sjúklingum að nota aldrei montelukast töflur við bráðum astmaköstum, heldur hafa sín venjulegu viðeigandi lyf tiltæk til notkunar við slíkar aðstæður. Ef brátt astmakast á sér stað skal nota stuttverkandi (B-agónista til innúðunar. Sjúklingar skulu ráðfæra sig við sinn lækni svo fljótt sem auðið er, ef þeir þurfa meira af B-agónistum til innúðunar, en áður. Montlukast á ekki að gefa í stað innúðabarkstera eða barkstera til inntöku. Ekki hefur verið sýnt fram á að hægt sé að draga úr notkun barkstera til inntöku þegar montelukast er gefið samhliða þeim. Í sjaldgæfum tilvikum getur fjölgun eósínófíla átt sér stað hjá sjúklingum á meðferð með astmalyfjum, þ.á.m. montelukast, sem stundum kemur fram með klínískum einkennum æðabólgu sem samræmist Churg-Strauss heilkenni, sjúkdómi sem oft er meðhöndlaður með barksterum (systemic). Í flestum þessara tilvika, en ekki öllum, hafa skammtar af barksterum til inntöku verið minnkaðir eða notkun þeirra hætt. Hvorki er hægt að útiloka né staðfesta að Churg-Strauss heilkenni komi upp í tengslum við leukotríen viðtaka antagónista. Læknar skulu vera á verði m.t.t. fjölgunar eósínófíla, útbrota í tengslum við æðabólgu, versnandi lungnaeinkenna, aukaverkana á hjarta, og/eða taugakvilla hjá sjúklingunum. Endurmeta skal ástand sjúklinga sem fá þessi einkenni og endurskoða meðferð þeirra. Reynsla lyfsins handa börnum er takmörkuð. 5 mg tuggutafla inniheldur aspartam sem inniheldur fenýlalanín (0,842 mg fenýlalanín í 5 mg tuggutöflu). Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir: Montelukast á gefa samhliða annarri hefðbundinni fyrirbyggjandi meðferð og hefðbundinni meðferð við langvinnum astma. Í rannsóknum á milliverkunum hafði ráðlagður klínískur skammtur af montelúkasti engin klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf eftirfarandi lyfja: theófyllíns, prednisóns, prednisólóns, getnaðarvarnartaflna (ethinyl estradíol/norethindrone 35/1), terfenadíns, dígoxíns og warfaríns. AUC fyrir montelúkast var u.þ.b. 40% minna hjá einstaklingum sem fengu fenóbarbítal samhliða montelúkasti. Þar sem montelúkast umbrotnar fyrir tilstilli CYP 3A4 skal gæta varúðar sérstaklega hjá börnum þegar montelukast er gefið samhliða lyfjum sem innleiða CYP 3A4, svo sem fenýtóíni, fenóbarbítali og rífampicíni. Meðganga og brjóstagjöf: Þar sem engar samanburðarrannsóknir hafa verið gerðar hjá þunguðum konum eða konum með börn á brjósti á ekki að nota montelukast á meðgöngu eða hjá konum með börn á brjósti nema brýna nauðsyn beri til. Aukaverkanir: Aukaverkanir, sem almennt eru vægar, hafa yfirleitt ekki orðið til þess að hætta þyrfti meðferð. Eingöngu kviðverkir og höfuðverkur voru skráð sem lyfjatengdar aukaverkanir sem áttu sér stað hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu montelukast og tíðari en hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu í tveimur klínískum rannsóknum á 10 mg töflum. Ekki var marktækur munur á tíðni þessara aukaverkana í meðferðarhópunum tveimur. Þrátt fyrir að ekki væri um staðfest tengsl við notkun montelúkasts að ræða voru eftirfarandi aukaverkanir, sem voru jafntíðar eða tíðari en hjá þeim sem fengu lyfleysu, skráðar hjá ≥ 1% sjúklinga í klínískum rannsóknum. Almennar: máttleysi/þreyta, hiti , kviðverkir, áverkar. Meltingarfæri: niðurgangur, meltingartruflanir, maga- og garnabólga af völdum sýkingar, tannverkir. Taugakerfi/geðræn einkenni: svimi, höfuðverkur, svefnleysi. Öndunarfæri: nefstífla, hósti, inflúensa. Húð: útbrot.
Eingöngu höfuðverkur var skráð sem lyfjatengd aukaverkun sem áttu sér stað hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu montelukast og tíðari en hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu í klínískri rannsókn á 5 mg tuggutöflum. Ekki var marktækur munur á tíðni þessara aukaverkana í meðferðarhópunum tveimur. Þó að orsakasamhengi við montelúkast hafi ekki verið staðfest voru eftirfarandi aukaverkanir, sem voru tíðari en hjá þeim sem fengu lyfleysu, skráðar hjá ≥ 3% barna í klínískum rannsóknum. Almennar: hiti. Meltingarfæri: niðurgangur, ógleði. Öndunarfæri: inflúensa, hálsbólga, skútabólga. Eftirfarandi aukaverkanir hafa verið skráðar við almenna notkun lyfsins: máttleysi/þreyta, svimi, óeðlilegir draumar þar á meðal martraðir, syfja, svefnleysi, önuglyndi, eirðarleysi, liðverkir, niðurgangur, munnþurrkur, meltingartruflanir, ofnæmisviðbrögð (þ.á.m. bráðaofnæmi, ofsabjúgur, ofsakláði), kláði, útbrot og í mjög sjaldgæfum tilvikum iferð eósínófíla í lifur), lasleiki, vöðaverkir, ógleði og uppköst. Pakkningar, verð (desember, 2000), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Tuggutöflur 5 mg og töflur 10 mg: 28 stk. 5360 kr. 98 stk. 16041 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.

Landspítalinn hf?

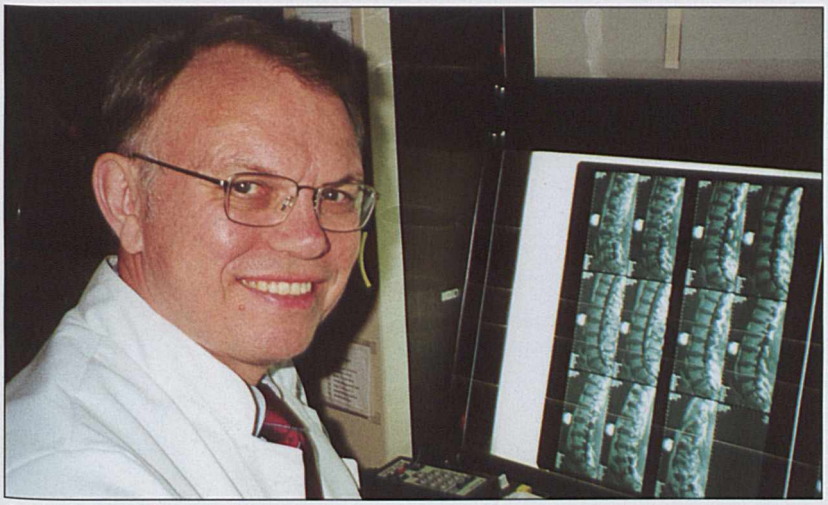
Í Læknablaðinu verður að þessi sinni rætt við tvo lækna sem hafa um margt mismunandi skoðanir á einkarekstri í heilbrigðisþjónustu. Umræða um málið er á fleygiferð í samfélaginu og full ástæða til að Læknablaðið taki þátt í þeirri umræðu, ekki síst með því að hlusta á röksemdir lækna sem hlynntir eru eða andvígir vaxandi einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar.

Þorkell Bjarnason röntgenlæknir hefur ekki legið á þeirri skoðun sinni að einkavæða eigi sem allra mest í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Hann hélt meðal annars erindi um það á málþingi sem haldið var í tengslum við aðalfund Læknafélags Íslands á liðnu hausti (sjá Læknablaðið 10/2000). Hann hefur sjálfur verulega reynslu af einkarekstri í heilbrigðisþjónustu en árið 1993 stofnaði hann ásamt fleiri röntgenlæknum Röntgen Domus Medica. Læknablaðið spurði Þorkel hverjar væru helstu ástæður þess að hann teldi einkarekstur heppilegri en ríkisrekstur í heilbrigðisþjónustu.

„Þjónustan myndi batna með auknum einkarekstri og kostnaðurinn lækka.

Eitt aðalvandamálið í okkar heilbrigðiskerfi er að ríkið er bæði kaupandi og seljandi að þjónustunni. Það gengur ekki gagnvart sjúklingnum að sami aðili sitji við eitt skrifborð og segi hvaða þjónustu eigi að veita og sitji síðan við annað skrifborð og segi að það sé ekki hægt að veita hana vegna þess að ekki séu til peningar. Það á ekki að fara eftir fjölda þorska í sjónum hvort sjúklingar fá heilbrigðisþjónustu eða ekki. Það bara gengur ekki."

Hvers vegna er einkavæðing betri lausn en einhver önnur?



Þorkell Bjarnason.

„Þegar ég tala um einkavæðingu þá er ég að tala um rekstur þjónustunnar. Seljandi þjónustunnar á að mínu mati að vera einkaaðili, en ég vil ekki hrófla við skyldutryggingunum og velferðarkerfinu. Jafnræði á að gilda bæði fyrir veitendur og neytendur þjónustunnar.

Ég vildi sjá Landspítalann seldan og breytt í hlutafélag. Vandamálið gæti að vísu orðið kaupendurnir. Ég er sannfærður um að hægt er að spara fleiri krónur með því að selja Landspítalann en Landsbankann. Reksturinn yrði að mínu mati mun markvissari ef það yrði gert, því þá færi saman rekstrarleg og fagleg ábyrgð. Í dag vantar um einn og hálfan milljarð til heilbrigðiskerfisins á Íslandi miðað við fjárlög. Rekstur Landspítalans er um 19 milljarðar og hallinn í dag 600-800 milljónir. Peningum er ekki mokað þangað með skóflum, heldur vélskóflum."

Og þú telur að það myndi breytast með einkarekstri?

„Það er engin spurning. Fimm fyrstu árin sem við störfuðum í Röntgen Domus spöruðum við heilbrigðiskerfinu um 300 milljónir og er það varlega áætlað."

Ertu þá að tala um einhvers konar útboð á rekstri?

„Það verður án efa farið út í einhvers konar útboð á heilbrigðisþjónustu, en vandamálið er að ríkið er þá að bjóða á móti einkaaðilum. Samkvæmt reglugerðum eiga opinberir aðilar að aðskilja sinn rekstur bæði rekstrarlega og stjórnunarlega ef þeir stunda samkeppni að einhverju ráði. Hins vegar má sjá að það er enginn vandi að fela eða millifæra tölur án þess nokkur viti af. Það er að vísu verið að reyna að koma á kerfi núna til að reyna að finna út hvað hlutirnir kosta. Ef farið er fram úr fjárlögum er bara bætt úr því með aukafjárveitingum. Mér finnst að þeir sem kaupa þjónustuna, það er Tryggingastofnun, eigi að geta samið um ákveðið verð fyrir þá þjónustu sem keypt er, hvort sem það eru aðgerðir eða rannsóknir, og keypt þær hvort sem er af ríkisfyrirtækjum eða einkaaðilum úti í bæ."

Nú er hægt að hugsa sér þrenns konar útfærslu á heilbrigðisþjónustu, ríkisrekna, einkarekna eða blöndu af þessu hvoru tveggja. Hvað sérð þú fyrir þér að eigi við hér á landi?

„Ég held að blandað kerfi sé langbest til að byrja með að minnsta kosti."

Munu þá einkastofnanirnar ekki geta fleytt rjómann ofan af en kennslu- og rannsóknarskylda sitja eftir hjá hinum?

„Þetta er oft sagt, en það er ekki rétt. Allir hlutir kosta eitthvað. Við erum með töluverða kennslu hjá okkur uppi í Domus, bæði læknastúdenta og röntgentæknema og fáum ekki einseyring fyrir. Vandamálið við kennsluna er að hún er greidd af heilbrigðisþjónustunni. Það er rangt, Menntamálaráðuneytið ætti að borga kennsluna en ekki Heilbrigðisráðuneytið.

Önnur skil sem ekki eru nógu ljós eru milli heilbrigðis- og tryggingakerfisins. Þegar verið er að fjalla um kostnaðinn af heilbrigðiskerfinu er þessum tveimur málaflokkum alltaf slegið saman. Heilbrigðiskerfið sjálft er ef til vill ekki nema um helmingur af þeim 80-90 milljörðum sem talið er að heilbrigðisþjónustan kosti. Það þarf að fara að kalla hlutina réttum nöfnum og segja sannleikann eins og hann er."

Úrtöluraddirnar þögnuðu

Urðu einhver kaflaskil í einkavæðingu með stofnun fyrirtækis ykkar, Röntgen Domus Medica?

„Einkarekstur í heilbrigðisþjónustu er engin ný hugmynd, það þarf ekki annað en líta á elliheimið Grund, Eir og læknastofur úti í bæ. Við erum kannski með einn umfangsmesta reksturinn . Hins vegar var ekki ein einasta sála sem ýtti undir okkur í byrjun, þvert á móti heyrðum við aðeins viðvörunarraddir. Tilviljun réði því að við fórum út í þennan rekstur. Þegar ég kom heim frá námi árið 1975 og fór að vinna á Landakoti, þá datt mér ekki annað í hug en að ég væri kominn undir öruggan verndarvæng og ætti fyrir höndum áhyggjulaust líf. Þegar stjórnendur Landakots gáfust upp áttum við röntgenlæknarnir nokkra kosti og niðurstaðan varð sú að við stofnuðum þetta fyrirtæki. Úrtöluraddirnar hljóðnuðu og í leiðara Morgunblaðsins í nóvember 1995 er vitnað í orð Árna Jónssonar læknis og tannlæknis sem sagði um okkur: „Mér finnst ... að það gæti verið hollt að hafa einhverja samkeppni innan hverrar heilbrigðisgreinar. ... Áður fyrr voru alltaf biðlistar hjá röntgendeildum sjúkrahúsanna. Svo var komið á fót einkarekinni röntgenstofu í Domus Medica og þá brá svo við, að biðlistarnir við sjúkrahúsin hurfu."

Mín skoðun er sú að nýting á fjármagni sé miklu betri hjá einkaaðilum en ríkisstofnunum. Á ríkisstofnunum er yfirleitt alltaf gripið til lokana ef fjármagn er búið sem það þýðir lítið þar sem laun eru 70% af kostnaði og ekki er fólki sagt upp. Setjum svo að Landspítalinn ætlaði til dæmis að stytta eða útrýma biðlistum - eru ekki um 6000 manns á þeim? - það kostar pening og þá er lokað. Allur sparnaður í ríkisrekstri byggist á því að gera ekki hlutina, það gengur ekki. Það er óásættanleg þversögn sem því miður er sönn, að því minna sem sjúkrahúsin afkasta, þeim mun betri afkomu sýna þau. Heilbrigðisþjónusta er ekkert frábrugðin öðru hvað varðar rekstrarhliðina."

Telur þú að hægt væri að sneiða hjá þessu í einkarekrstri?

„Já."

Hvernig liti Landspítalinn hf. út hjá þér?

„Það þyrfti að byrja á að stokka allt kerfið upp, ekki síst mannahald. Það þyrfti að komast að raun um hvað er falið í alls konar verkefnum og kennslu. Læknar eru ekkert undanskildir þessari uppstokkun frekar en aðrir. Til eru deildir þar sem læknafjöldinn er nánast sá sami og sjúklingafjöldinn. Það mun nú sennilega breytast af sjálfu sér því læknaskortur er fyrirsjáanlegur, að minnsta kosti í sumum greinum."

Nú á sér stað talsverð uppstokkun í sjúkrahúskerfinu, eru ekki fyrirsjáanlegar breytingar hvort eð er?

„Það er heilmikil undiralda hjá læknum vegna þess að þeir eru ekki sáttir við að geta ekki sinnt sjúklingum eins og þeir vilja. Læknar eru vinnufíklar og kunna ekki við að standa allt í einu frammi fyrir því að lækningakvótinn sé búinn, eins og stór hluti sérfræðinga gerir nú. Ég hef heyrt fólk segja frá því að það komist ekki í aðgerð fyrr en eftir áramót, vegna þess að þá komi nýr kvóti. Það gengur auðvitað ekki."

Aldursdreifing breytist

Sérðu engin vandamál við einkareksturinn?

„Jú, stærsta vandamálið er að „ríkið" er beggja vegna borðs, það er kaupandi og seljandi þjónustu. Hér þarf að skilja á milli. Virðisaukaskatturinn skapar til dæmis ákveðin vandamál. Heilbrigðisþjónustan er ekki virðisaukaskattskyld og það merkir meðal annars að við þurfum að greiða um 20% hærra verð fyrir tölvurnar okkar en lögfræðingar og endurskoðendur sem eru í svipuðum einkarekstri. Við getum ekki nýtt okkur innskatt vegna þeirrar þjónustu sem við seljum. Ég get nefnt dæmi: Við vorum vön að senda allan þvott í þvottahús sem var hið besta mál. Vegna virðisaukaskattsins borgaði sig fyrir okkur að ráða konu í þvottana og kaupa þvottavél og þurrkara.

Annað vandamál er að eins og ástandið er nú þá lendum við - eins og aðrir sérfræðingar - í því að það er ákveðið þak á því sem við megum gera. Við erum í raun á föstum fjárlögum eins og flestar ríkisstofnanirnar. Við teygjum okkur býsna langt með því að veita afslátt á rannsóknum. Þegar við erum búin með kvótann og farin að veita 85% afslátt þá eru okkur allar bjargir bannaðar. Ef ríkisstofnanir fara fram úr áætlunum fara þær endalaust á hallafjárlög. Það eru ekki bara Alþingi og Þjóðmenningarhús sem komast upp með það. Hins vegar þýðir ekkert fyrir okkur að koma með reikning eftir á.

Mér finnst heldur ekki reiknað með að nein þróun eigi sér stað eða fjölgun rannsókna. Það er eins og tryggingakerfið geri ekki ráð fyrir að aldursdreifingin er að breytast, fólki fjölgar og það verður eldra en áður og rannsóknafjöldi eykst með tilliti til aldurs. Þetta er að gerast víðast hvar um heiminn, ekki aðeins á Íslandi. Ofan á þetta kemur tæknibyltingin og það er ekki heldur gert ráð fyrir henni í útreikningum á kostnaði."

Hafið þið ekki einhvern farveg fyrir nýjar hugmyndir, til dæmis vegna nýrrar tækni?

„Við ræðum þær vissulega, en það er eins og að lenda á vegg. Það er eins og hugmyndir okkar séu ekki til."

Í Noregi er hámarksbið þrír mánuðir

Hvað viltu segja um reynslu nágrannaþjóða okkar af einkarekstri?

„Ég segi stundum að það geti bjargað okkur að við hermum allt eftir Svíum. Þeir eru komnir nokkuð langt í að einkavæða bæði á sjúkrahúsum og í rannsóknarvinnu. Sama máli gegnir um Noreg. Í íslenskum lögum segir að fólk skuli fá bestu heilbrigðisþjónustu sem völ er á, sem er besta mál. Vandinn er sá að í lögin vantar ákvæði sem er að finna meðal annars í norskum lögum, um að það skuli gerast innan þriggja mánaða. Norðmenn eru í dag að senda þúsundir sjúklinga til ýmissa Evrópulanda í aðgerðir þar. Hér á landi er litið á biðlista sem tæki í rekstri heilbrigðisþjónustunnar og fólkið sem er á þeim fær ekki einu sinni númer. Það er að mínu mati ekkert annað en rugl."

Hvað um að þetta kerfi hafi aukið á skriffinnsku og þar með kostnað í Svíþjóð?

„Trúlega hefur það gerst. Hins vegar er þar um að ræða tilraun til að gera reiknisskil milli deilda og hafa yfirsýn yfir hvað hlutirnir kostuðu í raun og veru og það var í sjálfu sér gott. Þó einhverjar slíkar tilraunir hafi verið gerðar hér á landi þá hafa menn ekki hugmynd um hver kostnaður á hvern sjúkling er, þeir þekkja aðeins heildarkostnaðinn. Menn verða að taka sér tak og kostnaðargreina ríkisrekna heilbrigðisþjónustu."

Hvað segir þú um einkareksturinn í Bandaríkjunum?

„Bandaríska heilbrigðiskerfið er það besta sem völ er á í heiminum en jafnframt það dýrasta. Tveir liðir valda því einkum hve dýrt það er, vátryggingafélögin og lögfræðingarnir. Seinna vandamálið erum við að byrja að sjá hér á landi en það fyrra þekkjum við ekki."

Já, þú hefur sagt að þú viljir ekki hrófla við skyldutryggingunum ...

„Já, en ég vil að við ráðum hvar við tryggjum okkur, hvort sem það er hjá Tryggingastofnun eða vátryggingafélögunum. Það á hins vegar að vera skyldutrygging sem við greiðum með sköttunum okkar.

Oft er vitnað til þess að um þriðjungur Bandaríkjamanna sé ekki með tryggingar en það gleymist oft að þetta eru að miklum hluta ungt fólk sem velur að vera ekki með tryggingu. Það er að koma undir sig fótunum og er enn mjög heilsuhraust. Síðan eru auðvitað margir sem ekki hafa efni á að tryggja sig en þeir fá heilbrigðisþjónustu hjá þeirri borg eða sveitarfélagi sem þeir búa í.

Bandaríkjamenn eru að fara út á nýjar brautir. Stóru sjúkrahúsin eru farin að bjóða upp á að þau taki sjálf við tryggingunum og ábyrgjast að veita einstaklingum heilbrigðisþjónustu frá vöggu til grafar."

Er þá ekki hætt við að allir vilji heilbrigða fólkið og enginn hina?

„Því ráða þau ekki. Þeim er gert skylt að taka við öllum sem vilja tryggja sig hjá þeim."

Allt einkarekið eftir 10-20 ár?

Sérðu fyrir þér að hér verði sett á laggirnar einka-sjúkrahús?

„Ég vona það. Fólk þarf að eiga valkost."

Nú er um geysidýra framkvæmd að ræða og samkeppni um fjármagn, hefur þú trú á því að fólk vilji leggja fjármagn í slíka framkvæmd?

„Já, það get ég alveg séð fyrir mér. Ég veit að innan heilbrigðisgeirans er áhugi fyrir hendi. Byggingaráform Landspítalans eru upp á 35 milljarða í viðbót við það bákn sem er fyrir svo það er alltaf spurning fyrir hverja er verið að byggja og utan um hvað."

Ef einkarekstur verður vaxandi í heilbrigðisþjónustu, sérðu hann fyrir þér í strálbýli eða mun það sama gerast og þegar opnað var fyrir einkarekstur ljósvakamiðlanna að aukningin verði öll í þéttbýli?

„Heilsugæslan víða um landið gæti allt eins verið einkavædd. Við höfum haft sjálfstætt starfandi heimilislækna frá upphafi, þótt reynt hafi verið að drepa það rekstarform og færa allt inn á heilsugæslustöðvar. Og þar sem þú nefnir ljósvakann sem dæmi þá er starf lækna í dreifbýli orðið miklu auðveldara með nýrri tækni. Það er ekkert vandamál að senda röntgenmynd landshluta á milli og fá svar um leið."

Hvernig séðu framtíðina varðandi einkarekstur?

„Mín trú er sú að ekkert verði ríkisrekið eftir 10-20 ár. Þar á ég við bæði heilbrigðisþjónustuna og menntakerfið. Fyrst það er hægt að greiða ákveðið með hverjum nemanda sem fer í Versló, þá ætti að vera hægt að gera nákvæmlega það sama í heilbrigðiskerfinu.

Fólk hefur haft oftrú á ríkisrekstri og haldið að hann sé bestur, hugsanlega af því að þar eru hlutirnir ekki reknir með hagnaði. Þetta er að

breytast. Það er verið að tala um að einkavæða sífellt fleira og flestir eru jákvæðir gagnvart því, hvort sem talað er um bankana, orkustofnanirnar eða annað. Því ekki heilbrigðiskerfið?"

Áttu von á að starfsfólk verði ánægt með þá þróun mála?

„Já, ég held að fólk sé almennt ánægðara í einkarekstri en opinberum rekstri."

Hvað með áunnin réttindi á borð við lífeyrisréttindi?

„Það er vissulega eitt af þeim vandamálum sem við stöðum frammi fyrir þegar við hófum rekstur. Ég gat ekki lofað mínu starfsfólki að ég myndi bjóða þeim ákveðna prósentu af launanum það sem eftir væri ævinnar eins og ríkið gerir og tekur út af okkar skattpeningum. En þrátt fyrir það gekk vel að manna reksturinn."

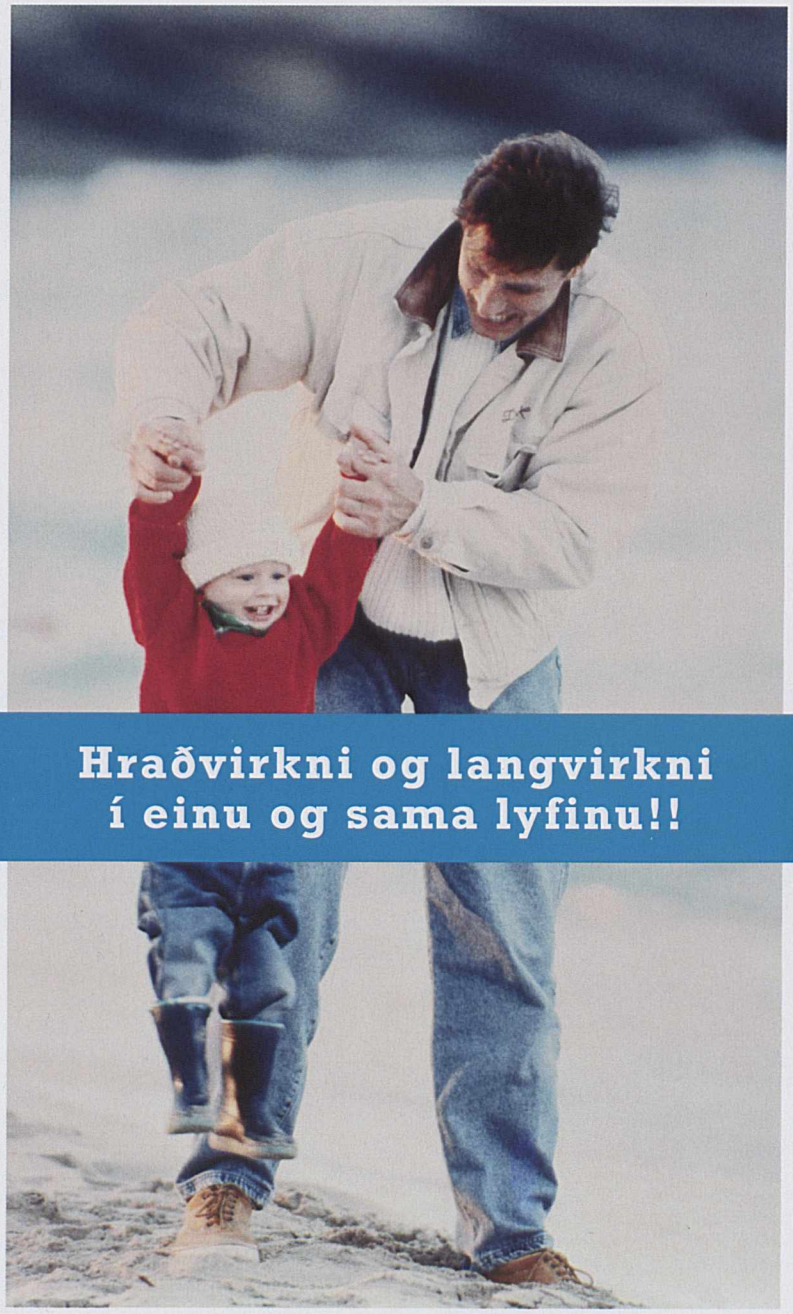
Hvaða tímasetningar sérðu fyrir þér?

„Ég held að þróunin verði hröð. Umræðan er á fullu, í fjölmiðlum og annars staðar og þróuninni verður varla snúið við. Einhverjum finnst auðvitað að þeir séu að tapa hagsmunum en flestir í grasrótinni, sem vinna hina raunverulegu vinnu, held ég að verði ánægðir með einkavæðinguna.

Takmarkið er auðvitað velferð sjúklinganna og að meðhöndla þá sem best og það held ég að sé betur tryggt með einkarekstri en ríkisrekstri."

-aób

OXIS® TURBUHALER® Draco, (960107)
INNÚÐADUFT; R 03 A C 13
Hver mældur skammtur inniheldur: Formoterolum INN, fúmarat tvíhýdrat 6 míkróg, sem samsvarar 4,5 míkróg/úðaskammt eða 12 míkróg sem samsvarar 9 míkróg/úðaskammt, Lactosum, einhýdrat. **Eiginleikar:**
Verkunarháttur: Formóteról er öflugur sértækur beta2-örvi sem veldur slökun á sléttum vöðvum í berkjum. Formóteról hefur þess vegna berkjuvíkkandi áhrif hjá sjúklingum með tímabundna þrengingu í öndunarvegum. Berkjuvíkkun hefst fljótt, innan 1-3 mín. eftir innúðun og verkunarlengd er að meðaltali 12 klst. eftir einn skammt. **Lyfjahvörf:** Frásog: Innúðað formóteról frásogast hratt. Hámarksþéttni í plasma næst um 15 mín. eftir innúðun. Í rannsóknum hefur komið fram að meðalmagn af formóteróli sem berst til lungna eftir innúðun með Turbuhalertæki er um 21-37% af mældum skammti. Heildaraðgengi (systemískt) fyrir það magn sem berst til lungna er um 46%. **Dreifing og umbrot:** Plasmapróteinbinding er um 50%. Formóteról er umbrotið með beinni glúkúróníðtengingu og O-afmetýleringu. Ensímið sem veldur O-afmetýleringu hefur ekki verið greint. Heildarplasmaklerans og dreifingarrúmmál hafa ekki verið ákvörðuð. Útskilnaður: Formóteról skilst að mestu leiti út sem umbrotsefni. Eftir innúðun, útskilst 6-10% af gefnum skammti í þvagi á óbreyttu formi. Um 20% af skammti gefnum í æð skilst út í þvagi á óbreyttu formi. Lokahelmingunartími eftir innúðun er áætlaður 8 klst.
Ábendingar: Einkenni um berkjuþrengingu hjá sjúklingum með astma. Oxis Turbuhaler má gefa til að lina berkjuþrengingu þegar meðferð með barksterum hefur ekki reynst árangursrík. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir formóteróli. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla er af notkun lyfsins hjá konum á meðgöngutíma. Í dýrarannsóknum á formóteróli hefur það valdið fylgjulosi sem og dregið úr lífslíkum nýbura og fæðingarþyngd. Þessi áhrif komu fram við talsvert hærri þéttni lyfsins en fást við klíníska notkun Oxis Turbuhaler. Þar til frekari upplýsingar liggja fyrir skal einungis nota Oxis Turbuhaler á meðgöngutíma að vel íhuguðu máli. Ekki er vitað hvort formóteról berst í brjóstamjólk kvenna. Oxis Tubuhaler skal því ekki gefa konum með barn á brjósti. Formóteról hefur fundist í litlu mæli í mjólk rotta. **Varúð:** Astmasjúklingar, sem þurfa meðferð með beta2-örva, ættu einnig að fá hæfilega bólgueyðandi meðferð með barksterum. Sjúklingum skal ráðlagt að taka áfram bólgueyðandi lyf eftir að meðferð með Oxis Turbuhaler er hafin, jafnvel þó að dragi úr einkennum. Ef einkennin hverfa ekki, eða ef auka þarf skammta af beta2-örvum, bendir það til þess að sjúkdómurinn sé að versna og að endurmeta skuli astmameðferðina. Hvorki skal hefja meðferð né auka skammta við versnun sjúkdóms. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með skjaldvakaóhóf (thyrotoxicosis) eða alvarlega hjarta og æðasjúkdóma eins og blóðþurrðar hjartasjúkdóma (ischemic heart diseases), hraðsláttarglöp (tachyarrhythmias) og alvarlega hjartabilun. Í byrjun er mælt með tíðari blóðsykursmælingum hjá sykursjúkum vegna hættu á blóðsykurshækkun af völdum beta2-örva. Alvarleg kalíumþurrð getur orðið við beta2-örva meðferð. Sérstakrar varúðar skal gæta hjá sjúklingum með bráðan alvarlegan astma, þar sem sú hætta sem er til staðar getur aukist við súrefnisskort (hypoxia). Kalíumþurrð getur aukist við samtímis meðferð með xantínafleiðum, sterum og þvagræsilyfjum. Þess vegna skal fylgjast með kalíumgildum í sermi. Oxis Turbuhaler inniheldur 450 µg af mjókursykri í hverjum skammti. Þetta magn hefur venjulega ekki í för með sér hættu fyrir sjúklinga með mjólkursykuróþol. Engin gögn eru fyrirliggjandi um notkun Oxis Turbuhaler hjá börnum. Áhrif skertrar lifrar eða nýrnastarfsemi á lyfjahvörf formóteróls og lyfjahvörf hjá öldruðum eru óþekkt. Þar sem brotthvarf formóteróls byggist aðallega á umbrotum má búast við hærri gildum hjá sjúklingum með alvarlega skorpulifur. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): ***Miðtaugakerfi:*** Höfuðverkur. ***Hjarta og æðakerfi:*** Hjartsláttarónot. ***Beinagrindarvöðvar:*** Skjálfti. Sjaldgæfar (0,1-1%): ***Miðtaugakerfi:*** Æsingur, eirðarleysi, svefntruflanir. ***Beinagrindarvöðvar:*** Vöðvakrampar. ***Hjarta og æðakerfi:*** Hraðsláttur. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): ***Húð:*** Útbrot, ofsakláði. ***Öndunarvegir:*** Berkjusamdráttur. ***Efnaskipti:*** Kalíumþurrð/blóðkalíumhækkun. Skjálfti og hjartsláttarónot geta komið fram en eru venjulega væg og minnka við áframhaldandi notkun. Eins og við á um alla meðferð með innúðalyfjum, getur þverstæður (paradoxial) berkjusamdráttur komið fram í einstaka tilvikum. **Milliverkanir:** Engar sértækar rannsóknir á milliverkun hafa verið gerðar á Oxis Turbuhaler. Samtímis meðferð með öðrum adrenvirkum lyfjum getur aukið óæskileg áhrif Oxis Turbuhaler. Samtímis meðferð með xantínafleiðum, sterum eða þvagræsilyfjum geta aukið hættuna á kalíumþurrð við notkun beta2-örva. Kalíumþurrð getur aukið hættu á hjartsláttartruflunum hjá sjúklingum á meðferð með digitalis. Kínidín, dísópýramíð, prókaínamíð, fentíazín, andhistamín (terfenadín) og þríhringlaga geðdeyfðarlyf geta lengt QT-bilið og aukið hættu á sleglahjartsláttartruflunum. Betablokkarar geta dregið úr eða komið í veg fyrir verkun Oxis Turbuhaler. Oxis Turbuhaler skal þess vegna ekki gefa samtímis betablokkurum (þ.m.t. augndropar) nema brýna nauðsyn beri til. **Ofskömmtun:** Engin reynsla er á meðferð ofskömmtunar. Að líkindum leiðir ofskömmtun til áhrifa sem eru einkennandi fyrir beta2-örva: Skjálfti, höfuðverkur, hjartsláttarónot og hraðsláttur. Lágþrýstingur, efnaskiptablóðsýring (metabolic acidosis), kalíumþurrð og blóðsykurshækkun geta einnig komið fyrir. Veita skal stuðningsmeðferð og meðferð gegn einkennum. ***Skammtastærðir handa fullorðnum:*** Venjulegir skammtar: 4,59 µg einu sinni til tvisvar á dag. Skammtinn má gefa að morgni og/eða að kvöldi. Skammt að kvöldi má gefa til þess að koma í veg fyrir að sjúklingur vakni vegna einkenna næturastma. Sumir sjúklingar geta þurft 18 µg einu sinni eða tvisvar á dag. Forðast skal stærri skammta en 18 µg. Í klínískum rannsóknum hefur verið sýnt fram á að verkunarlengd lyfsins er um 12 klst. Ávallt skal leitast við að gefa lágmarks skammt sem verkar. ***Skammtastærðir handa börnum:*** Engin gögn eru fyrirliggjandi um notkun Oxis Turbuhaler hjá börnum. **Athugið:** Oxis Turbuhaler er tæki sem er drifið með innöndun. Það þýðir að þegar sjúklingur andar að sér í gegnum munnstykki tækisins berst lyfið með innöndunarloftinu til loftvega. Mikilvægt er að leiðbeina sjúklingum um að anda kröftuglega og djúpt að sér í gegnum munnstykkið til þess að tryggja hámarksskammt. Þar sem lítið magn af lyfinu er gefið í hverjum skammti, er mögulegt að sjúklingur finni hvorki bragð né verði á annan hátt var við lyfið við gjöf. Upplýsingar um lyfið fylgja hverri pakkningu þess. **Geymsla:** Lyfið skal geyma í umbúðunum vandlega lokuðum.
Pakkningar og verð:
Innúðaduft 4,5 míkróg/úðaskammt: 60 úðaskammtar í Turbuhaler-úðatæki. Kr. 3.751.
Innúðaduft 9 míkróg/úðaskammt: 60 úðaskammtar í Turbuhaler-úðatæki. Kr. 4.527.
Umboð á Íslandi: Pharmaco hf. AstraZeneca, Hörgatúni 2, 210 Garðabær.
Sími: 535 7151 Fax: 565 7366



Hraðvirkni og langvirkni í einu og sama lyfinu!!

„Frelsi til að fara eigin ferða"

EFLIR / HNOTSKÓGUR

Oxis® í Turbuhaler® er langvirkur β_2 -agonisti sem verkar strax - innan 1-3 mínútna og í 12 klst.*
● Auðveldur og þægilegur í inntöku ● Fólk þolir lyfið vel.** Ábendingar: Einkenni um berkjuþrengingu hjá sjúklingum með astma. *(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)*



Um 30% af gefnum skammti nær til lungna með Turbuhaler.® Það er meira en þú færð með nokkru öðru lyfi.*** Einfaldur í notkun, einfalt að kenna notkun - aðeins að snúa, smella og anda inn.

AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Heimild: Sérlyfjaskrá 1999 **Heimild: Tötterman KJ, et. al. Eur Respir J 1998;12:573-9 ***Heimild: Fass 1999

Aventis

Nasacort®

triamcinolon acetonid

Lyktarlaust og bragðlítið[1]

nefúði

tíksótróp

lyktarlaust

bragðlítið

- Nasacort® hentar fyrir börn frá 6 ára aldri[2]
- Nasacort® er tíksótróp - verkar á réttum stað[3]
- Nasacort® bætir marktækt nefeinkenni strax á fyrsta degi meðferðar[4]

Nasacort nefúði, dreifa; ATC-flokkur R 01 A D 11.
Hver úðaskammtur inniheldur: Triamcinolonum INN, acetóníð, 55 míkróg, Benzalkonii chloridum 15 míkróg, Natrii edetas 50 míkróg, burðarefni q.s.
Ábendingar: Lyfið er ætlað sem fyrirbyggjandi og til meðferðar á nefslímubólgu af völdum ofnæmis. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir og börn eldri en 12 ára: Ráðlagður skammtur er 220 míkróg, gefin sem 2 úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Börn 6-12 ára: Ráðlagður skammtur er 110 míkróg gefin sem ein úðun í hvora nös einu sinni á dag. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ef grunur leikur á að starfsemi nýrnahettna sé skert, á að fylgjast vel með þegar skipt er frá almennri barksterameðferð til staðbundinnar meðferðar. Í klínískum rannsóknum með Nasacort hefur í einstaka tilvikum komið fram staðbundin sýking í nefi og koki, af völdum Candida albicans. Ef slík sýking kemur fram á að hætta meðferð með lyfinu og hefja viðeigandi sveppaeyðandi meðferð. Þar sem lyfið hefur hemjandi verkun á græðslu sára, á ekki að meðhöndla sjúklinga sem eru með sár í nefi, hafa nýlega gengist undir skurðaðgerð í nefi eða hafa nýlega fengið áverka á nef, fyrr en fullum bata er náð. **Milliverkanir:** Engar þekktar. **Meðganga og brjóstagjöf:** Eins og aðrir barksterar hefur tríamcínólón asetóníð vanskapandi áhrif á rottur og kanínur. Þetta getur m.a. verið meðfædd gómglufa og/eða lokað vatnshöfuð og miðlægir beinagrindargallar. Vansköpun, þar með talin í miðtaugakerfi og höfði, hefur komið fram hjá öpum. Tríamcínólón asetóníð gefið í formi innúða um munn veldur fósturvísis- og fóstureitrun hjá ungafullum rottum og kanínum, svipað og fram kemur við gjöf eftir öðrum leiðum. Ekki eru til fullnægjandi rannsóknir á lyfinu hjá barnshafandi konum. Tríamcínólón asetóníð á því einungis að nota á meðgöngu ef væntanlegt gagn vegur meira en hugsanleg áhætta fyrir fóstrið. Ekki er vitað að hve miklu leyti tríamcínólón asetóníð skilst út í brjóstamjólk. Vegna þess að aðrir barksterar skiljast út í brjóstamjólk, skal gæta varúðar þegar lyfið er gefið konum með börn á brjósti og væntanlegt gagn meðferðar fyrir móður á að vega meira en hugsanleg áhætta fyrir barnið.
Akstur og stjórnun vinnuvéla: Lyfið hefur hvorki áhrif á hæfni manna til bifreiðaksturs eða stjórnunar annarra véla. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir sem skráðar hafa verið í klínískum rannsóknum með Nasacort snerta slímhúð nefs og háls. Þrjár algengustu aukaverkanirnar sem hugsanlega tengjast lyfinu eru nefslímubólga, höfuðverkur og kverkabólga. Aukaverkanir í nefi og koki sem hugsanlega tengjast lyfinu eru: blóðnasir, erting í nefi, þurrkur í slímhimnu nefsins, nefstífla og hnerrar. Eins og við notkun annarra barkstera á formi nefúða hefur gat á miðnesi einstaka sinnum komið fram. **Ofskömmtun:** Eins og við notkun annarra barkstera í nef, er bráð ofskömmtun Nasacort ólíkleg, með tilliti til heildarmagns virks efnis. Ef allt innihald einnar flösku er af slysni notað í einu, annað hvort með inntöku eða í nef, munu klínískar marktækar aukaverkanir líklega ekki koma fram. Ef lyfið er tekið inn geta meltingaróþægindi komið fram. **Lyfhrif:** Tríamcínólón asetóníð er virkari afleiða tríamcínólóns og er um 8 sinnum öflugri en prednisón. Þótt að nákvæmur verkunarháttur barkstera gegn ofnæmi sé ekki þekktur eru barksterar mjög virkir í meðferð ofnæmissjúkdóma hjá mönnum. Við alvarleg ofnæmiseinkenni er staðbundin meðferð í ráðlögðum skömmtum (míkróg) ekki eins áhrifarík og meðferð með stórum skömmtum (mg) í inntöku eða sem stungulyf. Lyfið verkar ekki samstundis á ofnæmiseinkenni. Ofnæmiseinkenni geta minnkað hjá sumum sjúklingum á fyrsta sólarhring meðferðar, en búast má við að full áhrif komi fyrst fram eftir 3-4 sólarhringa. Þegar meðferð er hætt koma einkenni ekki fram fyrr en eftir marga daga. Í klínískum rannsóknum með allt að 400 míkróg á dag kom hvorki fram bæling í heiladingli né nýrnahettuberki. **Lyfjahvörf:** Eftir einn 220 míkróg skammt af Nasacort hjá frískum einstaklingum og hjá sjúklingum með nefslímubólgu af völdum ofnæmis, var frásog tríamcínólóns asetóníðs óverulegt. Hámarksþéttni í plasma var að meðaltali 0,5 ng/ml (0,1-1 ng/ml) og kom fram 1,5 klst. eftir gjöf. Plasmaþéttni var að meðaltali lægri en 0,06 ng/ml 12 klst. eftir gjöf og fyrir neðan greiningarmörk 24 klst. eftir gjöf. Útskilnaðarhelmingunartími var að meðaltali 3,1 klst. Skammtahlutföll voru skilgreind hjá frískum einstaklingum og hjá sjúklingum eftir eina gjöf í nef; 110 míkróg eða 220 míkróg af lyfinu. **Leiðbeiningar um meðferð/meðhöndlun lyfsins:** Mikilvægt er að hrista flöskuna fyrir hverja notkun. Hver úðaskammtur inniheldur 55 míkróg af tríamcínólón asetóníði. Fyrstu 5 úðaskammtarnir úr hverri nýrri úðaflösku, sem tekin er í notkun nýtast ekki en síðan er hægt að nota hana næstu 2 vikurnar. Ef flaskan er notuð reglulega helst skömmtunin nákvæm allan notkunartímann. Ef hún er ekki notuð í meira en tvær vikur á að stilla skammtaúðarann á ný, en nú með því að úða einu sinni út í loftið. Úðaflöskunni á að fleygja eftir að 120 skammtar hafa verið notaðir eða 2 mánuðum eftir að flaskan var tekin í notkun. Ekki má hella lausninni sem eftir er í aðra flösku. **Pakkningar og hámarksverð (1. júní 2000):** Úðaflaska 120 úðaskammtar (16,5 ml) 2.558 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** E. **Umboðsaðili á Íslandi:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

Heimildir:

1 Fishken D. European Journal of Allergy and Clinical Immunology 1997; 52 (37): Suppl 531
2 Sérlyfjaskrá 2000
3 Berridge MS, Heald DL, Muswick GK. et al. J Nucl Med 1998; 39: 1972-77
4 Munk ZM. et al. Annals of Allergy, Asthma & Immunology 1996; 77: 277-81

Einkarekstur er engin trygging fyrir hagræðingu

EINAR ODDSON ER SÉRFRÆÐINGUR Í LYFLÆKNINGUM og meltingarlækningum á Landspítala Hringbraut. Í umræðu á málþingi Læknafélags Íslands um einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu benti hann á þætti sem hann taldi að aðgæta þyrfti varðandi einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu. Þótt fáar vikur séu liðnar frá því málþingið var hefur umræðan um einkavæðingu magnast verulega í samfélaginu. Því er nærtækt að spyrja Einar hvernig honum lítist á umræðuna eins og hún stendur nú.

„Það er ekkert óeðlilegt í sjálfu sér að það sé litið til einkarekstrar í heilbrigðisþjónustu, miðað við þær aðstæður sem henni er búnar. Það hefur verið stöðug hagræðing árum saman og ég held að mörgum finnist að það sé tæpast meira svigrúm án þess að veruleg skerðing verði á þjónustu. Ýmsir eru raunar þeirrar skoðunar að þjónusta sé komin niður fyrir þau viðmiðunarmörk sem menn gjarnan vildu hafa. Þetta á við um þjónustuna sjálfa og húsnæðið sem henni er ætlað. Það er tímabært að horfast í augu við þá staðreynd að ekki hefur verið byggt yfir sjúkrahúsþjónustu á Stór-Reykjavíkursvæðinu í þrjár áratugi. Tíminn er hlaupinn frá því húsnæði sem í dag er notað til sjúkrahúsrekstrar á þessu svæði. Það er því ekkert undarlegt að mönnum detti í hug að kannski sé hægt að reka betri þjónustu í betra húsnæði, með einbýlisstofum og öðru sem svarar betur kröfum tímans en það húsnæði sem við ráðum nú yfir. Hitt er svo annað mál að því er jafnframt haldið fram að í einkarekstri sé hægt að gera hlutina ódýrar og hafa þjónustuna skilvirkari. Það verður tæplega gert á annan hátt en að skera niður launagreiðslur og fækka starfsfólki, sem þýðir þá að aukin vinna verður lögð á þá sem eftir eru. Um 70% af kostnaði við heilbrigðisþjónustu er launakostnaður. Tæp 30% er annar kostnaður og þar er varla hægt að skera mikið niður, þvert á móti verður sá kostnaður hærri ef húsnæði svarar kröfum tímans.

Ég held að það hafi ekki verið sýnt fram á það neins staðar í heiminum að eitthvað hafi sparast við einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu fyrir þjóðfélagið í heild."

Víða villandi tölur um umfang heilbrigðiskerfis

„Bretar hafa til að mynda langa reynslu af tvöfaldri heilbrigðisþjónustu. Annars vegar hjá National Health Service (NHS) hins vegar er þar einkarekin heilbrigðisþjónusta. Þetta er að vísu víða í æði miklu samkrulli. Það veit enginn hvað einkarekna heilbrigðisþjónustan kostar. Þær upplýsingar liggja ekki



Einar Oddsson.

fyrir. Þetta veldur því að villandi tölur heyrast, þegar til dæmis er talað um að heilbrigðisþjónustan kosti um 5-6% af vergri þjóðarframleiðslu þá er aðeins verið að tala um NHS, en ekki heilbrigðisþjónustuna í heild."

Hver er það þá sem greiðir mismuninn, neytandinn?

„Já, hann eða einkatryggingar."

Ef ekki er hægt að finna tölur til að sanna eða afsanna að einkarekin heilbrigðisþjónusta sé ódýrari, hvaða önnur viðmið má þá nota í þessari umræðu?

„Viðmið eru oft undarleg. Í íslenskri heilbrigðisþjónustu er til dæmis alltaf talað um að þjónustan sé kostnaðaraukandi en aldrei litið á að hún skili einhverju í staðinn. Það vantar annan hlutann af jöfnunni. Ég álít að á meðan kostnaður er metinn á þennan hátt, að heilbrigðisþjónustan sé eingöngu skilgreind sem útgjöld, verði alltaf vitlaust gefið. Það þarf enginn að fara í grafgötur með hversu dýrt það er að hafa ungt fólk á örorkubótum á meðan beðið er eftir aðgerð. Ef menn ætla að fara að láta vinna verkin annars staðar fyrir minni peningi þá verður að gera þennan hluta dæmisins upp. Nauðsynlegt er að taka upp einhvers konar mat á ávinningi við

þjónustuna til að hægt sé að bera saman hvort þjónusta á einum stað er betri en þjónusta á öðrum stað."

Skortur á sjúklingum á einkaspítölum erlendis

Er hægt að læra eitthvað af þeim þjóðum sem hafa farst í átt til einkavæðingar að undanförnu?

„Já, það má ýmislegt læra af þeim. Norðurlöndin hafa verið að færa sig úr opinberum rekstri yfir í einkarekstur. Ég veit satt að segja ekki hvort sá rekstur hefur verið ódýrari en rekstur opinberra aðila. Hins vegar er mér kunnugt um að nokkrar af þeim stofnunum sem settar voru á fót hafa lent í verulegum fjárhagslegum þrengingum. Eitt dæmið er einkasjúkrahús sem sett var á stofn á Jótlandi en fékk ekki sjúklinga, þeir voru ekki reiðubúnir að greiða það sem upp var sett.

Nú er það ekki ljóst hvernig menn hafa hugsað sér að reka einkaheilbrigðisþjónustu á Íslandi, hvort það á að gerast með framlögum frá Tryggingastofnun eða hvort sjúklingar eiga að greiða sjálfir, úr eigin vasa eða með einkatryggingum. Hluti skattanna rennur til sjúkratryggingakerfisins en endanlega er það Tryggingastofnun sem ákveður hvaða þjónusta er greidd með skattpeningunum. Þegar hefur verið settur kvóti á læknisþjónustu og eflaust má búast við að kvóti yrði settur á einkarekna þjónustu eins og aðra, ef hún væri á annað borð greidd, og það væri samningsatriði."

Kennsla læknanema líður fyrir einkavæðinguna

„Mér sýnist að burðarásinn í hugmyndum um einkarekstur felist í að sameina þá þjónustu sem nú þegar fer fram utan sjúkrahúsanna og skapa henni betri rekstrargrundvöll. Flestar smærri aðgerðir fara nú þegar fram utan sjúkrahúsa og á nokkrum stöðum hafa verið útbúnar skurðstofur. Þessar einingar sem nú starfa eru auðvitað ekki sjúkrahús heldur í mesta lagi dagþjónustu. Hér kemur upp ákveðið vandamál í sambandi við kennslu læknanema, sem fer fram á háskólasjúkahúsinu, þar sem þessar aðgerðir eru nær allar gerðar utan sjúkrahússins. Á skurðstofunum úti í bæ er hvorki gert ráð fyrir kennsluþætti læknisstarfsins né rannsóknarþættinum. Það er þó alls ekki alfarið slæmt að minni aðgerðir séu framkvæmdar utan sjúkrahúsanna, svo fremi sem öryggisstöðlum er fylgt. Einkarekstur - eins og hann hefur verið rekinn hér – hefur að mörgu leyti skilað skilvirkri þjónustu og reynst tiltölulega ódýr kostur. Það ber þó að líta á að einkareksturinn, sem við höfum kynnst fram til þessa, er annars eðlis en sjúkrahúsrekstur. Ég sé ekki alveg hvernig einkarekið sjúkrahús ætti að geta séð um flóknari verkefni heilbrigðisþjónustunnar."

Hvernig er með kostnað sjúklinga á einkaskurðstofunum?

„Fólk greiðir eitthvað fyrir aðgerðir sem gerðar eru þar, ólíkt því sem gerist á sjúkrahúsinum. Vandamálið er að þá er fólk ekki sett undir sama hatt. Þó allir greiði það sama fyrir þjónustuna þá eru aðstæður þeirra til að borga fyrir hana mismunandi. Það eru alltaf til einstaklingar sem vilja og geta borgað fyrir að fá fljótari þjónustu og þetta er leið fyrir þá. En efnahagsleg mismunun er mér ekki að skapi og mér sýnist þetta vera mismunun."

Einkasjúkrahús myndi rýra hlut annarra

Hefur þú áhyggjur af því að einkasjúkrahús myndi leiða til mismununar?

„Það fer allt eftir því hvert greiðslufyrirkomulagið yrði. Ef þjónustan væri greidd úr almannatryggingakerfinu myndu einkaspítalar ekki leiða til mismununar. Hins vegar eru allir peningar til heilbrigðisþjónustu teknir úr almannatryggingakerfinu, af skattpeningunum. Nýtt einkasjúkrahús í því kerfi myndi auðvitað rýra hlut annarra stofnana í heilbrigðiskerfinu, svo fremi sem kakan sem til skiptanna er yrði ekki stækkuð. Hlutur stóru spítalanna yrði enn rýrari en hann er í dag og það veldur mér verulegum áhyggjum."

Hvað með verkefni, færðust þau að sama skapi yfir á nýja sjúkrastofnun?

„Mig grunar að kennslustofnanirnar myndu eftir sem áður sjá um kennslu og rannsóknir og sitja auk þess uppi með þyngstu tilfellin og dýrustu úrlausnarefnin. Á þetta hefur þegar reynt í Noregi þar sem dómsmál kom upp vegna þess að einkarekið sjúkrahús tók aðeins við einfaldari og léttari tilfellum í hjartaþræðingum."

Hvernig fór það mál?

„Það þótti ekki rétt að velja aðeins „hagstæðustu" tilfellin úr."

Nú virðist þörfin brýn í Noregi ef litið er til þess að þar hefur þurft að senda fólk til annarra landa í aðgerðir.

„Já, ákvæði eru í lögum bæði í Svíþjóð og Noregi um að fólk eigi ekki að þurfa að bíða lengur en þrjá mánuði eftir aðgerð. Þar þykir óásættanlegt að fólk sé langtímum saman á biðlistum. Ef heilbrigðisþjónustan á staðnum getur ekki annað tilfellinu þá á sjúklingurinn rétt á að leita annað, innanlands eða út fyrir landsteinana. Slík ákvæði held ég að séu nauðsynleg. Benda má á að í nýsettum sjúklingatryggingalögum er það bótaskylt ef sjúklingur bíður óeðlilega lengi eftir sjúkdómsgreiningu. Mér þætti fróðlegt að vita hvort sama gildir ef hann þarf að bíða óeðlilega lengi eftir læknismeðferð.

Hins vegar sé ég aðrar og að mínu mati betri leiðir til að anna eftirspurn eftir aðgerðum. Á stóru stofnununum eru skurðstofur lokaðar langtímum saman á sama tíma og fólk bíður á biðlistunum eftir nauðsynlegum aðgerðum. Þetta fer auðvitað ekki saman. Í stað þess að fjárfesta upp á tugi milljóna í nýjum skurðstofum á einkasjúkrahúsi, þá finnst mér að

leysa ætti málið með því að nýta skurðstofurnar betur. Til þess þarf varla meira fjármagn en til rekstrar einkasjúkrahúss. Í Svíþjóð og Noregi hafa menn farið út á þá braut að nýta skurðstofur utan venjulegs vinnutíma. Læknum hefur verið gefið tækifæri til að gera aðgerðir á þeim tímum sem stofurnar stæðu auðar ella. Það krefst þess að til staðar sé rými til að taka við sjúklingunum og veita þeim þá umönnun og þann legutíma sem er nauðsynlegur eftir aðgerð en mætti ef til vill leysa með ódýrari lausnum eins og sjúkrahóteli. Hér á landi virðist nógu erfitt að halda deildum opnum eins og staðan er nú vegna þess einfaldlega að það vantar starfskraft, ekki síst hjúkrunarfræðinga."

Erum við þá ekki farin að tala um launamál?

„Jú, það er vandamál að stór hluti hjúkrunarfræðinga vinnur ekki við sitt starf eins og málum er háttað nú."

Fjárfestar vilja arð af áhættufjárfestingu eins og heilbrigðisþjónustu

Hvað heldur þú að valdi þeirri miklu umræðu sem er um einkarekstur nú?

„Ég býst við að þessi hugmynd hafi alltaf verið til staðar hjá hluta þjóðarinnar. Íslendingar eru mikið einstaklingshyggjufólk og það virðist liggja í tíðarandanum að einkavæðing sé lausnarorð. Kannski fylgir þetta að einhverju leyti efnahagslegri velsæld og peningjahyggju sem er ráðandi í þjóðfélaginu í dag. Það eru meiri peningar í umferð í dag en oft áður og menn virðast ætla að þá sé svigrúm til að afla fjár til rekstrar einkasjúkrahúsa. Ég býst við að tvennt vegi þungt, annars vegar aðstæður í heilbrigðiskerfinu þar sem þrengir að og húsnæðismálin eru í ólestri, hins vegar að mörgum finnist að launakjörin mættu vera betri og telja að þeir geti sótt sér betri laun til einkageirans."

Telur þú það rétt mat að fjárfestar hafi áhuga á heilbrigðisþjónustunni?

„Já, eflaust, en ég held að allir viti að fjárfesting af þessu tagi flokkast undir áhættufjárfestingu. Ég hef grun um að kröfur til áhættufjárfestingar séu ekki minni en 15-20% ávöxtun og þyki ekki mikið. Þannig að fjármagn sem færi til stofnunar svona fyrirtækis ætti að bera arð, þetta er engin góðgerðarstarfsemi. Það þyrfti líka að liggja fyrir hvort þörf væri fyrir slíka þjónustu og hvort hún væri líkleg til að bera sig með opinberum framlögum eða kostaði sem sjúklingurinn sjálfur er tilbúinn að greiða. Ellieimilin hafa lengi verið einkarekin, ýmist af einstaklingum eða félagasamtökum og þau hafa ekki talið sig of sæl af þeim fjárframlögum sem þau fá.

Hér á Íslandi er nánast engin hefð fyrir einkasjúkratryggingum eins og til dæmis í Bandaríkjunum. Þar er löng reynsla af einkarekstri í heilbrigðisþjónustu. Kostnaður Bandaríkjamanna af heilbrigðisþjónustu er mun hærri en gerist víðast hvar annars staðar í heiminum eða um 15% af vergri þjóðarframleiðslu, jafnvel þótt flest einkasjúkrahúsin séu ekki rekin upp á að skila hagnaði (non-profit) og tryggingarnar greiði kostnað einstaklinganna. Ein leið fyrir stofnanir sem eiga að skila arði er að afla sér fjár með ofrannsóknum og oflækningum. Nú er ég ekki að segja að þetta sé eitthvað sem gerist óhjákvæmilega, en þetta er vel þekkt.

Það er alltaf verið að tala um að einkarekstur sé ódýrar vegna minni stjórnunarkostnaðar en dæmi frá Bandarríkjunum sýna að því getur verið þveröfugt varið.

Það er því ljóst að mikil vinna er óunnin til að komast að raun um hvort um raunverulegt hagræði er að ræða af einkarekstri í sjúkrahúsþjónustu og nauðsynlegt að fara að taka á grundvallaratriðum eins og að gera sér grein fyrir raunverulegum kostnaði við heilbrigðisþjónustu, hvernig hann skiptist, ávinningi af henni og hvort ekki væri ráð að nýta betur þá krafta fyrir hendi eru áður er lagt verður í stórfelldar fjárfestingar vegna einkarekstar."

- aób

Skera þarf upp herör gegn sjálfsvígum

Innan Evrópusambandsins er nú verið að íhuga að skera upp herör gegn sjálfsvígum. David Byrne, sem fer með heilbrigðismál innan framkvæmdastjórnar sambandsins hefur beitt sér fyrir því að þetta málefni verði sérstaklega tekið fyrir. Sérstakur gaumur verði gefinn að áhættuhópum, sem eru 1) fólk sem á við geðræn vandamál að stríða, 2) karlmenn á aldrinum 15-24 ára, en í þeim hópi hefur tala sjálfsvíga tvöfaldast á síðustu 10-15 árum í löndum ESB og 3) þeir sem hafa áður reynt að skaða sig. Tala sjálfsvíga innan sambandsins er um 43.000 á ári en um 700.000 manns gera tilraun til að fyrirfara sér árlega. Komið hefur í ljós að um fjórðungur þeirra sem falla fyrir eigin hendi hafa gert aðra sjálfsvígstilraun næsta árið á undan. Skýringin á aukningu sjálfsvíga meðal ungra karlmanna er einkum rakin til vaxandi áfengis- og annarrar vímuefnaneyslu þeirra. Með því að veita þessum þremur hópum aukinn stuðning og fræðslu og fylgjast betur með honum er talið að draga megi úr sjálfsvígum.

(BMJ 2000;321:849 (7. október))

Ungverjar hafna einkavæðingu

Nefnd sú sem fer með málefni heilsugæslu í Búdapest, höfðuðborg Ungverjalands, felldi nýlega tillögur um að einkavæða 11 af 19 sjúkrahúsum borgarinnar. Niðurstaðan var einróma. Nefndin taldi áætlanirnar ekki sýna fram á að hægt væri að tryggja öllum aðgang að heilsugæslu og sjúkrahúsum án tillits til efnahags. „Áætlunin snerist um að byrja á því að selja allan ábatasaman rekstur undan sjúkrahúsum, en þessi rekstur hefur verið mjög mikilvægur til að halda sjúkrahúsunum uppi fjárhagslega. Í öðru lagi snýst einkavæðingin um að reka sjúkrahús með hagnaði, sem er aðeins hægt að gera með því að taka gjalda af sjúklingum og það myndi leiða til mismununar og útilokunar tekjulágra sjúklinga," segir Gyula Kis fulltrúi í heilbrigðisnefndinni. Fyrirætlanirnar eru ekki þar með úr sögunni því forsvarsmenn heilbrigðisstofnunar borgarinnar með Imre Ikvai Szabó í broddi fylkingar, ætla að leggja tillöguna fram í breyttri mynd.

BMJ 2000;321:1102 (4. nóvember 2000)

Fræðslusamtök um kynlíf og barneignir



Útgáfa bæklinga er einn liðurinn í fræðslustarfi FKB. Meðal þeirra mála sem samtökin hafa barist fyrir frá upphafi er góður aðgangur og þekking á neyðargetnaðarvörn og árið 1996 gáfu samtökin út þennan bækling. Samtökin hafa líka kynnt málið með því að skrifa greinar í ýmis blöð og tímarit, halda fræðslufundi, meðal annars fyrir lækna. Samtökin hafa kynnt fyrir ráðamönnum heilbrigðismála mikilvægi þess að neyðargetnaðarvörn sé aðgengileg og það er stefna samtakanna að nýja neyðargetnaðarvörnin sem kemur á markað síðar á þessu ári verði seld sem lausasölulyf.

Merki samtakanna er hannað af Sigurði V. Sigurjónssyni röntgenlækni.

FRÆÐSLUSAMTÖK UM KYNLÍF OG BARNEIGNIR (FKB) voru stofnuð árið 1992. Fjölmargir aðilar stóðu að stofnun samtakanna, bæði einstaklingar og félög, svo sem Ljósmæðrafélagið, Kvenréttindafélagið, Heimili og skóli, Félag lyfjafræðinga og Kvensjúkdómalæknafélagið. Meðlimir eru nú komnir á fjórða tuginn. Fræðslusamtökin eru hluti af IPPF (International Planned Parenthood Federation) og fullgildir meðlimir frá árinu 1995 en samtökin eru næststærstu frjálsu félagasamtök í heiminum á eftir Rauða krossinum. Alþjóðasamtökin eru samtök fjölskyldufélaga alls staðar að úr heiminum og hafa starfað frá því á sjötta áratugnum. Læknar hafa verið framarlega í flokki þeirra sem eiga aðild að samtökunum og sama máli gegnir um aðrar heilbrigðisstéttir, einkum hjúkrunarfræðinga og ljósmæður. Til að fræðast um félagið og hlutverk lækna í starfsemi þess, heimsótti Læknablaðið Ósk Ingvarsdóttur fæðinga- og kvensjúkdómalækni á Heilsuverndarstöðina, en þar hefur félagið meðal annars fengið inni fyrir bókasafn sitt. Ósk er varaformaður Fæðslusamtakanna og hefur verið það frá stofnun. Núverandi formaður er Guðrún Ögmundsdóttir félagsráðgjafi og alþingiskona en fyrsti formaður félagsins var Sóley Bender lektor í hjúkrunarfræði.

Það var ekki síst fyrir tilstilli og áhuga Sóleyjar Bender að Fræðslusamtök um kynlíf og barneignir voru stofnuð hér á landi. Hún hafði kynnt sér starf alþjóðasamtakanna, IPPF um nokkurt skeið og sótt fundi Evrópudeildar samakanna í nokkur ár. Stofnfundur samtakanna var geysivel sóttur og ljóst að margir töldu að sinna þyrfti þessum málaflokki mun betur en gert hafði verið fram til þess tíma. Samtökin hafa allt frá stofnun haft einn eða tvo lækna í stjórn. Strax í upphafi komu þeir að stefnumótunarvinnu og hafa alla tíð sýnt fræðslu og kynningarþætti samtakanna áhuga. Frá árinu 1975 hafa verið í gildi *Lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemiaðgerðir.* Mörgum hefur þótt fræðsluþáttur þessara laga hafa orðið nokkuð útundan. Með stofnun Fræðslusamtakanna hefur málaflokkurinn verið tekinn mun fastari tökum en fyrr.

Starfsemi FKB er fjármögnuð af styrkjum frá ríki og borg og að einhverjum hluta einnig af félagsgjöldum. Samtökin eru byggð upp af sjálfboðaliðunum og ekki rekið með hagnað í huga, heldur fara allir fjármunir í starfsemi sem tengist beint markmiðum samtakanna.

Margvísleg útgáfa

Hlutverk Fræðslusamtaka um kynlíf og barneignir er sem fyrr segir fyrst og fremst að standa fyrir fræðslu um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir. Því hlutverki hafa samtökin sinnt bæði með námskeiðum og fundum auk ráðgjafar og útgáfustarfsemi af ýmsu tagi. Samtökin gefa út fréttabréf sem kemur út tvisvar á ári þar sem fjallað er um margvísleg málefni. Meðal þess sem hefur verið tekið fyrir í fréttabréfunum eru neyðargetnaðarvarnir, kynsjúkdómar, kynlífsréttindi og kynheilbrigði en það hugtak vilja samtökin kynna sem víðast. Allir félagsmenn fá fréttabréfið auk þess sem því er dreift á allar heilsugæslustöðvar, félagsmiðstöðvar og til ýmissa ráðamanna og stofnana. Markmið með útgáfunni er meðal annars að kynna starf félagsins og nýja málaflokka og viðhorf sem tengjast kynlífi og barneignum. Auk þess hafa samtökin staðið fyrir útgáfu ýmissa bæklinga, til dæmis bæklings um neyðargetnaðarvörn. Mikilvægur þáttur í starfseminni er þátttaka í alþjóðastarfi og Evrópustarfi þar sem Íslendingar eru bæði þiggjendur og veitendur. Fjölmargir hafa sótt fundi erlendis á vegum þeirra, til dæmis heilbrigðisstarfsfólk, þar á meðal læknar. Sérstakir fundir hafa verið á vegum alþjóðasamtakanna fyrir ákveðna hópa, til dæmis ungt fólk og þingkonur og hafa Fræðslusamtökin séð um að senda fulltrúa úr þeim hópum.

Áhersla á unga fólkið

Fræðslusamtökin hafa á tiltölulega stuttum starfstíma komið mjög víða við. Frá upphafi hefur athyglinni verið beint mjög markvisst að því að fræða ungt fólk um kynlíf og getnaðarvarnir. Markmiðið er að ungt fólk sé vel upplýst og geti þannig tekið sjálfstæðar ákvarðanir um getnaðarvarnanotkun og barneignir. Í fyrsta fréttabréfi FKB (1995) voru birtar tölur sem meðal annars sýndu muninn milli Norðurlandanna á aldri mæðra. Þar kom fram að unglingsmæður, undir 20 ára aldri, voru 5,1% mæðra hér á landi en annars staðar á Norðurlöndum var hlutfallið miklu lægra eða frá 2,3% upp í 3,4% (1994). Enn er staðan mikið til sú sama. Fjöldi ungra mæðra undir 20 ára var um 240 árið 1994 og er um 250 árið 1999. Þunganir stúlkna í þessum aldurshópi voru um 500, helmingi þeirra lauk með fóstureyðingu. Nýleg rannsókn Sóleyjar Bender: *Viðhorf íslenskra ungmenna til skipulegrar fræðslu og þjónustu vegna kynlífs og barneigna*, sýnir að enn er verk að vinna varðandi fræðslu til ungs fólks um kynlíf,

getnaðarvarnir og barneignir. Meðalaldur unglinga við fyrstu kynmök er 15,4 ár en aðeins 60% þeirra nota getnaðarvarnir þá. Í rannsókn Sóleyjar kom einnig fram að unglingar standa nokkuð misjafnlega að vígi eftir búsetu, þeir sem búa í strjálbýli eiga erfiðara með að nálgast getnaðarvarnir en unglingar í þéttbýli. Allir þekkja alla í smábæjum og unglingar veigra sér því við að útvega sér getnaðarvarnir. Það er helst að ungt fólk treysti sér til að leita til skólahjúkrunarfræðinganna, sem hafa verið geysilega áhugasamir í starfi félagsins. Unga fólkið sem mest þyrfti á fræðslu, ráðgjöf og getnaðarvörnum að halda er þó oft hætt í skóla og jafnvel byrjað að búa án þess að hafa nokkurn tímann fengið almennilega ráðgjöf.

Leiðirnar til að nálgast unga fólkið eru margvíslegar. Læknanemar á öðru ári, sem sérstaklega hafa menntað sig á þessu sviði, sinna kynfræðslu fyrir ungt fólk, bæði í skólum og félagsmiðstöðvum. Starf þeirra hefur gefið mjög góða raun. Þeir hafa sett upp heimasíðuna *www.forvarnir.com* og er þar margvíslegt fræðsluefni auk möguleika til að fá svör við innsendum spurningum. Fræðslusaamtökin eru einnig með heimasíðu, *www.fkb.is* og er hægt að finna þar áhugaverðar tengingar, ýmislegt um starfsemi félagsins auk umsóknareyðublaðs fyrir þá sem vilja ganga í samtökin.

Fleiri leiðir hafa verið nýttar til að koma fræðslu til ungs fólks. Meðal annars hefur fulltrúi frá Félagi framhaldsskólanema setið í stjórn FKB og myndast þá góð tengsl við þann aldurshóp.

Hitt húsið kemur til sögunnar

Í ágúst 1995 fengu Fræðslusamtökin aðstöðu í *Hinu húsinu* á horni Aðalstrætis og Vesturgötu í Reykjavík (gamla Geysishúsinu). Þar var opnuð ráðgjöf fyrir ungt fólk á aldrinum 16-25 ára. Þar er boðið upp á fræðslu og ráðgjöf fyrir ungt fólk um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir og hægt er að fá neyðargetnaðarvörn ef þörf er á. Í upphafi var þarna um að ræða móttöku með viðtölum, símaráðgjöf og sameiginlegri verkefnavinnu. Opið var einu sinni til tvisvar í viku, fjóra tíma í senn, en með breyttri starfsemi Hins hússins er ráðgjafi á vegum Fræðslusamtakanna alltaf tiltækur á bakvakt og samið er um viðtalstíma eftir hentugleikum. Samtökin fengu herbergi til afnota í Hinu húsinu og var það innréttað mjög ólíkt hefðbundnum læknastofum. Hugmyndirnar komu flestar frá unga fólkinu sjálfu. Lýsingin er dempuð, í dökku loftinu er jólasería eða skreyting sem minnir á stjörnubjartan himin en á gólfinu eru notaleg antíkhúsgögn.

Vaxandi umsvif

Aðstaðan í Hinu húsinu hefur verið aðalaðsetur Fræðslusamtaka um kynlíf og barneignir. Auk ráðgjafarinnar var þar aðstaða með símsvara og tölvu. Síðastliðið haust fengu samtökin hins vegar skrifstofuhúsnæði á Laugavegi 7 ásamt fleiri félögum. Þar hefur félagið þegar komið upp skrifstofuaðstöðu og hefur aðgang að fundarsal. Draumurinn er að fá starfsmann í hlutastarf á næsta ári og efla útgáfustarfsemi og námskeiðshald. Bókasafn samtakanna sem geymt hefur verið á Heilsuverndarstöðinni mun einnig flytjast í nýja húsnæðið.



FBK hefur sinnt fræðslu fyrir unglinga í sérhönnuðu húsnæði í Hinu húsinu í Reykjavík.

RÉTTUR ÞINN

Sérhver sem fær fræðslu og ráðgjöf um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir á rétt á:

1. Upplýsingum. Að geta fengið upplýsingar um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir.
2. Aðgengi að þjónustu. Að hafa aðgang að fræðslu og ráðgjöf óháð kyni, kynhneigð, kynstofni, hjúskaparstöðu og trúarbrögðum.
3. Vali. Að geta ákveðið sjálfur um takmörkun barneigna og tegund getnaðarvarna.
4. Öryggi. Að geta notað örugga getnaðarvörn.
5. Friðhelgi. Að geta rætt við ráðgjafa í einrúmi.
6. Þagnarskyldu. Að vera viss um að geta treyst fagfólki fyrir persónulegum málefnum.
7. Virðingu. Að framkoma starfsfólks einkennist af kurteisi, tillitssemi og umhyggju.
8. Vellíðan. Að geta liðið vel meðan á fræðslu og ráðgjöf stendur.
9. Áframhaldi á þjónustu. Að geta komið aftur til að fá frekari fræðslu og ráðgjöf.
10. Skoðun. Að geta sagt frá skoðun sinni á þeirri fræðslu og ráðgjöf sem veitt er.

Þessar leiðbeiningar hafa meðal annars komið út á veggspjaldi og eru gerðar að fyrirmynd frá IPPF (1992) en þýddar af Sóleyju S. Bender í ágúst 1995.



Fræðslunni er komið á framfæri með ýmsum hætti, á póstkortum og í bæklingum.

Þátttaka lækna

Þeir læknar sem tekið hafa þátt í starfi FKB hafa sinnt margvíslegum verkefnum. Kvensjúkdómalæknar hafa að vonum verið mest áberandi í þeirra hópi en heimilislæknar hafa einnig sýnt starfinu áhuga og oft komið með nýjar áherslur í ljósi reynslu sinnar. Sóst er eftir að fá fleiri heimilislækna til starfa, ekki síst vegna þeirra sérstöku tengsla sem þeir hafa við sjúklinga sína.

Fræðslusamtökin hafa talið það í sínum verkahring að standa fyrir fræðslu fyrir heilbrigðisstéttir og hafa haldið fundi um ýmis málefni. Þá hafa læknar getað sótt fræðslufundi og námskeið erlendis fyrir milligöngu samtakanna. Þau hafa lagt sérstaka áherslu á það að undanförnu að kynna neyðargetnaðarvörnina ítarlega, meðal annars fyrir læknum, því upplýsingar um hana hafa verið af skornum skammti og misskilnings gætt. Í því skyni hafa meðal annars verið skrifaðar greinar, útbúinn bæklingur og haldnir fundir.

IPPF hefur á sínum snærum alþjóðlegt læknaráð (International Medical Advisory Panel) sem er hópur sérfræðinga í málefnum fjölskylduáætlunar. Ráðið gefur út fréttabréf nokkrum sinnum á ári. Ráðið fær ýmsar spurningar og verkefni á sitt borð og reynir að gefa faglegar ráðleggingar sem eru birtar í fréttabréfum þess og eru lesnar og notaðar af heilbrigðisstarfsfólki um allan heim. Þar er til dæmis að finna ráðleggingar um getnaðarvarnanotkun fyrir ákveðna langvinna sjúkdóma, ráðleggingar um fóstureyðingar og ófrjósemiaðgerðir, svo eitthvað sé nefnt

Heimasíða FKB er tengd heimasíðu IPPF, *www.ippf.org* en þar er meðal annars að finna nánari upplýsingar um læknaráðið.

Alþjóðastarf

Starfsemi aðildarfélaga IPPF er samræmt milli landa og mikil áhersla lögð á að samsvörun sé til dæmis í notkun ýmissa hugtaka. Þar af leiðandi eru þær upplýsingar sem safnað er saman frá hinum fjölmörgu aðildarlöndum sambærilegar og í sumum tilvikum mikilvægt efni í alþjóðlegum rannsóknum. Rík áhersla er lögð á að allt sem gert er í landssamtökunum sé í samræmi við hugmyndafræði og sjónarmið sem alþjóðasamtökin hafa samþykkt. Samtökin fjalla mikið um mannréttindi og það er ekki síst á því sviði sem þessi afdráttarlausa afstaða og samræming hefur sannað gildi sitt. Mannréttindi eru að mati samtakanna algild réttindi sem eiga ekki að vera breytileg milli landa. Samtökin leggja áherslu á að kynlífs- og frjósemiréttindi séu hluti almennra réttinda. Þar er til dæmis átt við rétt hvers og eins til að ráða yfir líkama sínum, rétt til aðgangs að getnaðarvörnum, að þurfa ekki að undirgangast aðgerðir á borð við umskurð á unga aldri og að njóta jafnréttis án tillits til kynhneigðar. Það telst til tíðinda að alþjóðasamtök fólks af öllum trúarbrögðum heims frá fjölmörgum löndum og menningarsvæðum skuli standa saman að stefnumótun af þessu tagi.

Starfsemin er mismunandi eftir löndum, sums staðar er um að ræða einu fræðslu og ráðgjöf sem tiltæk er um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir, sums staðar er jafnvel boðið upp á fæðingarþjónustu og síðan hafa samtökin allvíða verið eini staðurinn þar sem hægt er að leita eftir fóstureyðingum. IPPF hefur mikið samstarf við Alþjóðaheilbrigðisstofnunina (WHO) og hefur tekið virkan þátt í alþjóðaráðstefnum á borð við Kaíró-ráðstefnuna og kvennaráðstefnuna í Bejing.

Framundan

Á nýju ári eru helstu verkefni félagsins að útvega góðan starfsmann sem getur tekið yfir ýmis verkefni sem fram til þessa hafa verið á höndum stjórnar og unnin í rýrum frítíma stjórnarfólks. Stefnt er að því að hafa fastan opnunartíma skrifstofu eftir að starfsmaður hefur verið ráðinn. Framundan eru ýmis verkefni sem eru rétt að fara af stað. Í bígerð er að vera með fræðslu fyrir foreldra og samvinnu við foreldasamtök í skólum. Unnið er að útgáfu bæklings um ófrjósemiaðgerðir. Verið er að leggja síðustu hönd á ítarlega starfsáætlun Fræðslusamtakanna. Áfram verður lögð mikið áhersla á samstarf við yfirvöld til þess að sjónarmið samtakanna um jafnan rétt allra á þessu sviði og að réttur einstaklingsins varðandi kynlíf og fjölskylduáæltun verði virtur. Þótt stundum heyrist að þessi málaflokkur sé í himnalagi á Íslandi er ljóst að úr ýmsu þarf að bæta, ekki síst hvað varðar fræðsluna. Fjöldi fólks sem flyst til Íslands frá öðrum menningarsvæðum fer vaxandi. Reynsla nágrannaþjóðanna hefur sýnt að þekking og þátttaka í alþjóðlegu starfi er gott veganesti í að laga fræðsluna að þeim ólíku þörfum sem geta verið til staðar í fjölmenningaríkjum.

-aób

Tenglar við vefsíður:

www.ippf.org
www.mmedia.is/fkb

Sertral
(sertralín)

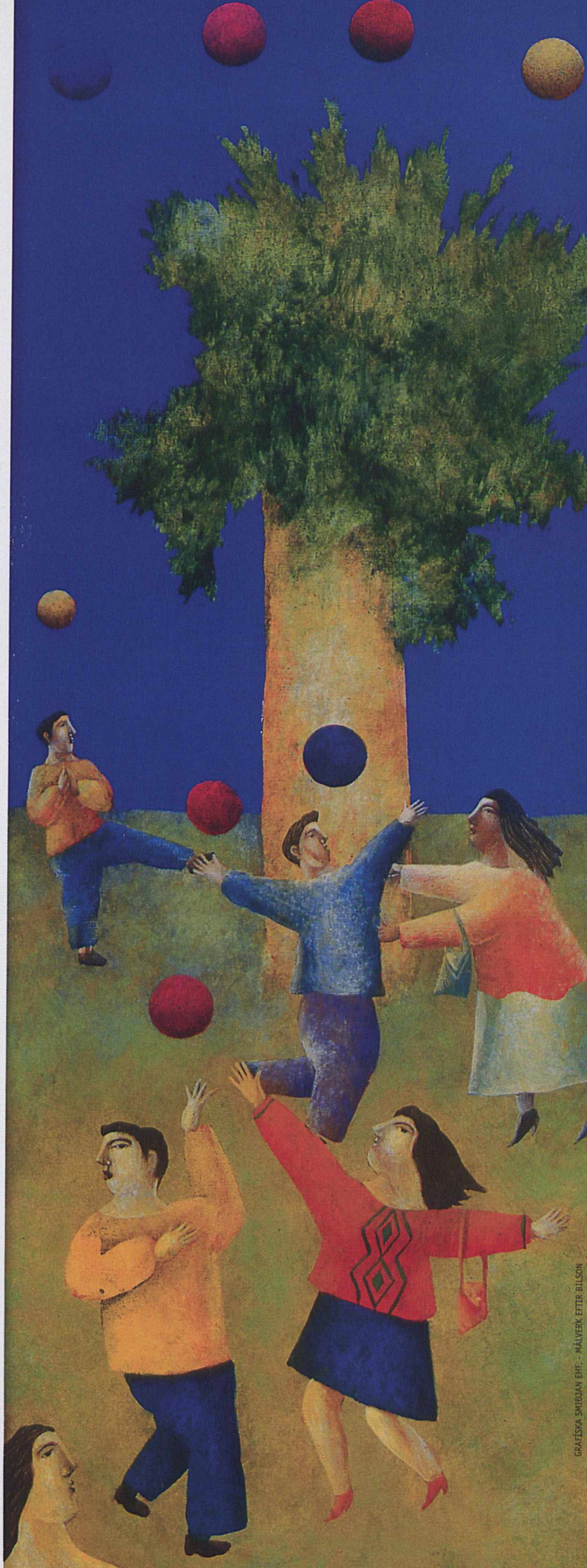
Öruggt og árangursríkt lyf við þunglyndi, þráhyggju- og árátttusýki

Hver tafla inniheldur: Sertralín hýdróklóríð, samsvarandi sertralín 50 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Þunglyndi. Þráhyggju- og árátttusýki (obsessive-compulsive disorder). Felmtursköst (ofsahræðsla (panic disorder)), með eða án víðáttufælni (agoraphobia). **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtastærðir handa fullorðnum: **Við þunglyndi og þráhyggju- og árátttusýki:** Upphafsskammtur er 50 mg á dag, tekið í einum skammti. Ef þörf krefur, má auka þennan skammt um 50 mg á dag, í þrepum á nokkrum vikum, í allt að 200 mg á dag. Sé þörf á langtímanotkun lyfsins er venjulegur viðhaldsskammtur 50 mg á dag. **Við felmtursköstum (ofsahræðslu) með eða án víðáttufælni:** Upphafsskammtur er 25 mg á dag. Skammtur er aukinn í 50 mg á dag eftir eina viku. Ef þörf krefur má auka þennan skammt um 50 mg á dag, í þrepum á nokkrum vikum. Hámarksskammtur sem mælt er með er 200 mg á dag. Skammtastærðir handa öldruðum eru þær sömu og að framan er getið. Árangur meðferðar getur komið fram innan 7 daga, en oftast þarf 2-4 vikna meðferð áður en full verkun næst. Sertralín er að mestu leyti umbrotið í lifur. Minni eða færri skammta skal gefa af lyfinu ef sjúklingur er með minnkaða lifrarstarfsemi. Lyfið er tekið einu sinni á dag, annað hvort að morgni eða að kvöldi. Töflurnar má taka ýmist með eða án matar. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Samtímis notkun MAO-hemils. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ekki skal gefa sjúklingum sertralín, sem notað hafa MAO-hemlandi lyf, fyrr en 2 vikum eftir að slíkri meðferð hefur verið hætt. Á sama hátt skal ekki gefa MAO-hemlandi lyf fyrr en 2 vikum eftir að sertralín meðferð hefur verið hætt. Eins og hjá öðrum þunglyndislyfjum hefur verið skráð örvun á maníu og hypómaníu hjá nokkrum sjúklingum. Flogaveiki getur hugsanlega versnað við notkun lyfsins og því skal gæta varúðar við gjöf sertalíns hjá sjúklingum með flogaveiki. Meðferð með sertralíni skal hætt ef sjúklingar fá krampaköst. Sertralín er að mestu leyti umbrotið í lifur. Hjá sjúklingum með takmarkaða lifrarstarfsemi minnkar útskilnaðarhraði lyfsins, minni eða færri skammta skal þá gefa af lyfinu. Vegna aukinnar hættu á sjálfsvígstilraunum samfara þunglyndi skal hafa náið eftirlit með sjúklingum í upphafi meðferðar. Gæta ber varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum, sem eru með sykursýki og meðhöndlaðir með insúlíni eða sykursýkilyfjum af súlfónýlúreaflokki. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Samtímis gjöf MAO-hemlandi lyfja getur valdið skyndilegum háþrýstingi og oförvunarástandi. Gæta ber varúðar við samtímis gjöf sertralíns og annarra lyfja sem verka á miðtaugkerfið. Neysla áfengis er ekki ráðlögð meðan á sertralín meðferð stendur. Samtímis notkun litíums getur aukið tíðni aukaverkana sertralíns, einkum ógleði, skjálfta og kvíða. Þar til frekari upplýsingar liggja fyrir ætti ekki að nota serótónín virk lyf eins og tryptófan, súmatriptan eða fenflúramín samtímis sertralíni, vegna hugsanlegrar hættu á milliverkunum. Þar sem sertralín er bundið plasmapróteinum, skal hafa í huga möguleikann á að sertralín milliverki við önnur próteinbundin lyf (t.d. warfarín og digitoxín). Samtímis gjöf sertralíns og címetidíns getur valdið aukningu í blóðstyrk sertralíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Dýratilraunir benda ekki til að lyfið hafi áhrif á frjósemi eða hafi fósturskemmandi áhrif, en mjög hár skammtar hafa leitt til aukinnar dánartíðni nýfæddra dýra. Engar tilraunir hafa verið gerðar á barnshafandi konum. Ber því að forðast notkun lyfsins á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til. Engar upplýsingar liggja fyrir um hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk, þess vegna ættu konur með barn á brjósti ekki að nota lyfið. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Lyfið getur haft áhrif á viðbragðsflýti og ber að hafa það í huga við akstur og stjórnun véla. Sjúklingar sem aka bifreiðum eða stjórna öðrum vélknúnum tækjum skal ekki gefið sertralín samtímis bensódíazepínafbrigðum eða öðrum róandi lyfjum. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkun lyfsins er ógleði, u.þ.b. 20%. **Algengar (>1%): Almennar:** Aukin svitamyndun, svimi, syfja, höfuðverkur, óróleiki, þyngdartap, lystarleysi (anorexia). **Taugakerfi:** Vöðvaskjálfti, truflun á sáðláti. **Meltingarfæri:** Ógleði, munnþurrkur, niðurgangur, meltingaróþægindi. **Sjaldgæfar (0,1-1%): Geðrænar:** Kvíði. **Mjög sjaldgæfar (< 0,1): Efnaskipti:** Lækkun natríums í sermi (hyponatremi). **Taugakerfi:** Rugl, kynlífsóþægindi hjá konum, náladofi, dofi, ofsjónir, árásarhneigð, æsingur, óróleiki. **Ofskömmtun:** Einkenni eins og lýst er varðandi aukaverkanir. **Meðhöndlun:** Einkennameðferð. **Lyfhrif:** Sertralín hindrar upptöku serótóníns (5-HT) á sértækan hátt í taugum, sem leiðir til aukningar á áhrifum 5-HT. Lyfið hefur aðeins mjög væg áhrif á endurupptöku í taugar af noradrenalíni og dópamíni. Í tæknigalegum skömmtum hemur sertralín endurupptöku serótóníns í blóðflögum. Sertralín hefur engin örvandi, róandi eða andkólínvirk áhrif og hefur ekki eitrunaráhrif á hjarta í dýratilraunum. Í rannsóknum á sjálfboðaliðum hafði sertralín hvorki róandi áhrif né áhrif á hughreyfilegt atferli. Í samræmi við hina sértæku hömlun á 5-HT upptöku eykur sertralín ekki katekólamínvirkni. Sertralín hefur ekki sækni í múskarín (kólínvirka), serótóníinvirka, dópamínvirka, adrenvirka, histamínvirka, GABA eða benzódíazepín viðtaka. Ólíkt þríhringlaga geðdeyfðarlyfjum, hefur þyngdaraukning ekki sést eftir meðferð með lyfinu. Ekki hefur komið í ljós, að sjúklingar verði líkamlega að andlega háðir lyfinu. **Lyfjahvörf:** Sertralín hefur skammtaháð lyfjahvörf á skammtabilinu 50 - 200 mg á dag. Eftir 50 - 200 mg á dag í 14 daga sést hámarksblóðþéttni hjá mönnum 4,5 - 8,4 klst. eftir gjöf. Stöðugri blóðþéttni er náð eftir daglega gjöf sertralíns í eina viku. Lyfið er nánast allt próteinbundið (um 98%). Rannsóknir á dýrum hafa sýnt að lyfið hefur mjög stórt dreifingarrúmmál. Sertralín umbrotnar mikið í fyrstu umferð í lifur. Sertralín og aðalumbrotsefni þess, N-desmetýlsertralín (sem virðist að mestu óvirkt) umbrotna að mestu leyti í líkamanum og umbrotsefnin skiljast út með saur og þvagi. Aðeins lítið magn af sertralíni skilst óbreytt út með þvagi. Helmingunartími í útskilnaðarfasa er u.þ.b. 26 klst.. Lyfjahvörf lyfsins eru eins hjá eldri og yngri sjúklingum. Inntaka sertralíns með mat hefur ekki marktæk áhrif á aðgengi lyfsins.
Útlit: Hvítar, filmuhúðaðar töflur, ílangar, kúptar (stærð: 10 x 5 mm), með deilistriki.
Pakkningar og verð (Lyfjaverðskrá 1. nóvember)

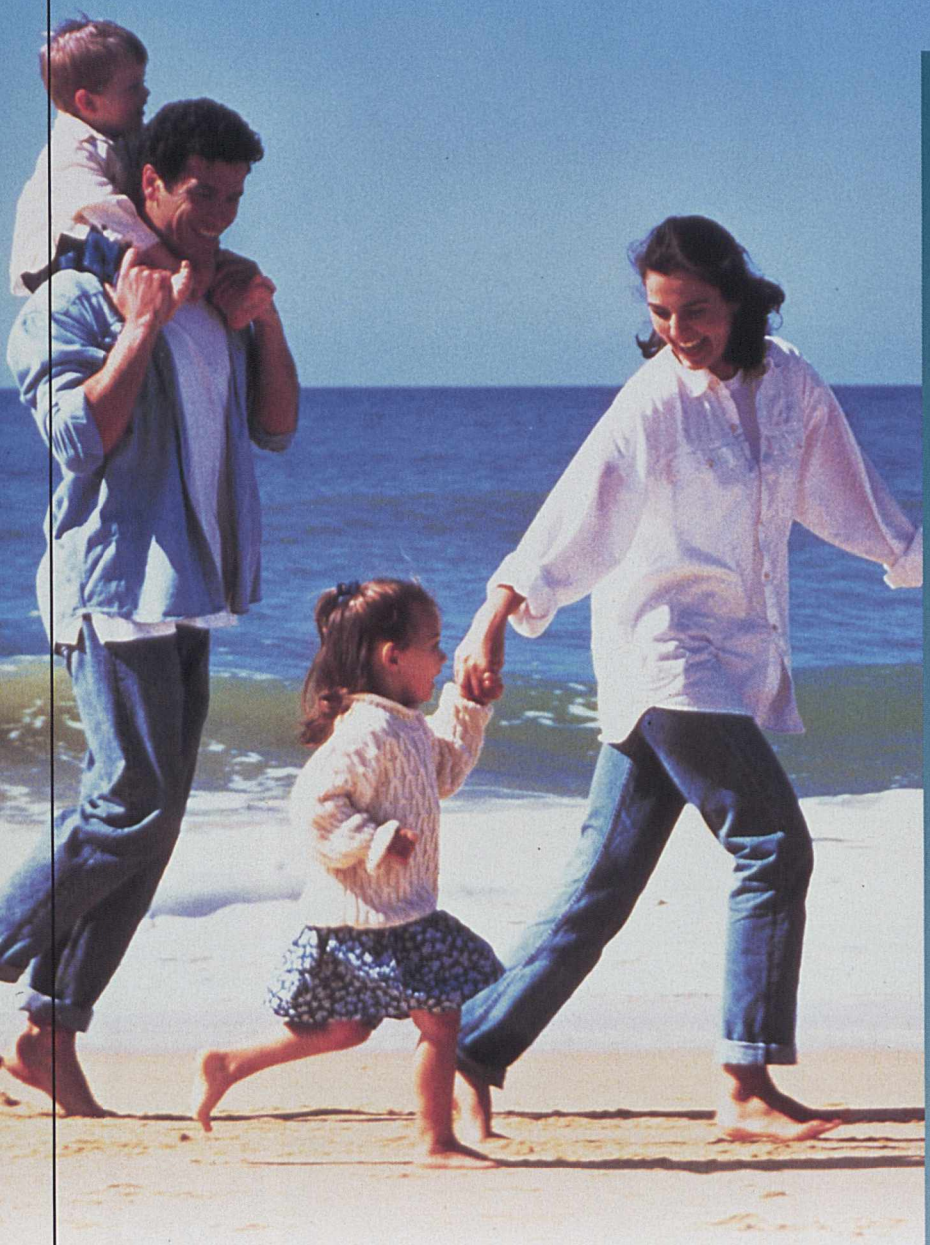
Sertral 50 mg, 28 stk	3.377 kr
Sertral 50 mg, 98 stk.	10.704 kr

Omega Farma

www.omega.is



GRAFÍSKA SMIÐJAN EHF. - MÁLVERK EFTIR BILSON



Levonova®
HORMÓNALYKKJA
Levónorgestrel 20 míkróg / 24 klst

GETNAÐARVÖRN
FYRIR KONUR SEM HAFA FÆTT
– einnig meðan á brjóstagjöf stendur –

ÞÆGILEG:
„Geymd og gleymd“

ÖRYGGI SAMBÆRILEGT
VIÐ ÓFRJÓSEMISAÐGERÐ
Getnaðarvarnaráhrif hverfa um leið og lykkjan er fjarlægð[1]

BLÆÐINGAR MINNKA,
styttast eða hverfa alveg.
Dregur úr tíðaverkjum[2]

Levonova®
Getnaðarvörn nýrrar aldar

Levonova Leiras, 920074
LYKKJA Í LEG (lyfjalykkja); G 03 A C 03. Hver lykkja inniheldur: Levonorgestrelum INN 52 mg: gefur frá sér 20 míkróg/24 klst. **Ábendingar:** Getnaðarvörn, miklar legblæðingar. **Skammtar:** Lykkja er sett í legið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga. Levonova má setja í leg í fyrsta lagi 6 vikum eftir fæðingu. Lykkjuna á að fjarlægja eftir 5 ár. Í upphafi losar lykkja 20 míkróg af levónorgestreli á sólarhring. **Frábendingar:** Staðfest þungun eða grunur um þungun. Sýking í kynfærum. Staðfest eða grunur um meinsemd í legi eða leghálsi. Ósjúkdómsgreindar óeðlilegar legblæðingar. Meðfædd eða áunninn afbrigðleiki í legi, þ.á.m. góðkynja bandvefsæxli ef þau aflaga legholið. Bráðir lifrarsjúkdómar eða lifraræxli. Segarek.
Varnaðarorð og varúðarreglur: Ef eitthvert af eftirfarandi er til staðar eða kemur fram í fyrsta skipti skal athuga hvort fjarlægja þurfi lykkjuna eða nota megi hana í nánu samráði við sérfræðing: mígreni, versnandi mígreni, staðbundið mígreni með ósamhverfum sjónmissi eða öðrum einkennum sem geta bent til tímabundins blóðskorts í heila; alvarlegur nístandi höfuðverkur; gula; greinileg aukning í blóðþrýstingi; staðfest eða grunur um hormónaháða æxlismyndun, þ.á.m. brjóstakrabbamein, meinsemdir sem hafa áhrif á blóð eða hvítblæði; alvarlegir slagæðasjúkdómar eins og heilablóðfall eða kransæðastífla; segablæðabólga. Gera skal viðeigandi sjúkdómsgreiningar og lækningafræðilegar ráðstafanir þegar í stað ef til staðar eru einkenni eða merki sem benda til blóðtappamyndunar í sjónhimnu; óútskýrður sjónmissir að hluta til eða alger, upphaf á útskeggi eða tvísýni, doppubjúgur eða æðaskemmd í sjónhimnu. Levónorgestrel í litlum skömmtum getur haft áhrif á sykurþol, og skal fylgjast með blóðstyrk glúkósa hjá sykursjúkum sem nota Levonova. Óreglulegar blæðingar geta dulið einkenni og merki um krabbamein í legslímhúð.
Milliverkanir: Lyf sem örva lifrarensím geta skert virkni getnaðarvarnalyfja sem innihalda hormón þ.á.m. barbitúröt, fenýtóín, karbamazepín og rífampisín. Áhrif þessara lyfja á verkun Levonova hafa ekki verið rannsökuð en þau eru ekki talin mikilvæg því Levonova er aðallega staðbundin getnaðarvörn.
Meðganga og brjóstagjöf: *Meðganga:* Ef þungun verður á meðan Levonova er notuð þarf að fjarlægja lykkjuna og íhuga ætti fóstureyðingu. Ef slíkt er ekki hægt á að upplýsa konuna um að við notkun kopar- og plastlykkja er aukin áhætta sjálfkrafa fósturláts eða fyrirmálshriða. Auk þess skal fylgjast vel með slíkri meðgöngu. Vegnalegu sinnar í legi og staðbundinna áhrifa hormónsins, er ekki hægt að útiloka algjörlega að lyfið valdi fósturskaða (einkum aukin karlkynseinkenni fósturs). Klínísk reynsla af þungun þegar Levonova er notuð er takmörkuð vegna öflugra getnaðarvarnaráhrifa. *Brjóstagjöf:* Dagsskammtur og blóðþéttni levónorgestrels við notkun Levonova er lægri en eftir aðrar hormónagetnaðarvarnir. Levónorgestrel hefur greinst í brjóstamjólk kvenna. Hormónagetnaðarvarnir eru ekki ráðlagðar sem fyrsta val á getnaðarvörn hjá konum með barn á brjósti. Levonova kemur þó vel til greina sé gestagen getnaðarvörn talin viðeigandi.
Aukaverkanir: Algengasta aukaverkun Levonova er breyting í tíðablæðingamynstri. Breytingin getur falið í sér blettablæðingar, styttri eða lengri tíðablæðingar, óreglulegar blæðingar, tíðafæð/tíðateppu, miklar blæðingar, bakverki og tíðaþrautir. Truflun á tíðablæðingum veldur því að 9% þeirra sem nota Levonova hætta notkun fyrsta árið. Þungun sem verður þegar Levonova er notuð getur verið utanlegs. Grindarholssjúkdómar geta komið fram hjá þeim sem nota Levonova. Lykkjan eða hluti hennar getur farið í gegnum legvegginn. Stærri eggbú (starfrænar blöðrur á eggjastokkum) geta myndast.
Meðhöndlun: Levonova er í dauðhreinsuðum pakkningum sem ekki á að opna fyrr en við uppsetningu lykkjunnar. Viðhafa skal smitgát þegar lykkjan er meðhöndluð. Ef innsigli dauðhreinsaða pokans er rofið á að henda lykkjunni. Sérstakar leiðbeiningar um uppsetningu er að finna í pakkningunni.

Pakkningar og verð 1. Október 2000: 1 stk 15.207 kr.
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0. Nánari upplýsingar í texta Sérlyfjaskrár. Handhafi markaðsleyfis: Schering AG.
Umboðsmaður á Íslandi: Thorarensen Lyf ehf.. UIS-00-81.
Heimildir: [1]Andersen et al.Contraception 1994;49:56-72. [2]Andersen Br.J.Obstet.Gynaecol. 1990;97:690-694.

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 - 104 Reykjavík - Sími 568 6044

Fyrir þær sem eru að byrja að nota getnaðarvarnatöflur

MELODEN – HINN FULLKOMNI FÉLAGI



Einungis 20 µg etínýlöstradíól og 75 µg gestoden

Meloden, Schering, 940261

TÖFLUR: G03AA10. Hver tafla inniheldur : Ethinylestradiolum INN 20 míkróg, Gestodenum INN 75 míkróg. **Ábendingar:** Getnaðarvörn. **Frábendingar:** Þungun, alvarleg röskun á starfsemi lifrarinnar, gula eða þrálátur kláði við fyrri þungun, Dubin-Johnson heilkenni, Rotor heilkenni, æxli í lifur eða saga um æxli í lifur, segarek, saga um segarek eða aðstæður sem valda hættu á því, t.d. truflun á blóðstorkuþáttum, hjartalokusjúkdómar og gáttatitringur, sigðfrumublóðleysi, þekkt æxli eða saga um æxli sem kynhormónar geta haft áhrif á, t.d. krabbamein í brjósti eða legslímhúð, alvarleg sykursýki með æðabreytingum, truflanir á fituefnaskiptum, saga um herpes, („herpes gestationis" er ákveðinn húðsjúkdómur, sem getur komið upp á meðgöngu og lýsir sér m.a. með blöðrum á húð, brengluðum lifrarprófum o.fl., versnandi kölkun í miðeyra á meðgöngutíma, blæðingar úr leggöngum af óþekktri orsök, ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna Meloden.

Aukaverkanir: Sjaldgæfar eru höfuðverkur, magakveisa, ógleði, eymsli í brjóstum, breytingar á líkamsþyngd, breytingar á kynhvöt, þunglyndi getur komið fyrir. Hjá konum sem hafa tilhneigingu til þess, getur notkun lyfsins stundum valdið litarbreytingum í andliti (chloasma), sem aukast við sólskin. Þær konur ættu að forðast að vera lengi í sólskini. Greint hefur verið frá einstaka tilvikum af óþoli gagnvart augnlinsum við notkun getnaðarvarnataflna. Þær konur sem nota linsur og verða fyrir breyttu þoli gagnvart þeim ættu að fara í skoðun til augnlæknis.

Varúð: Ástæður til að hætta notkun Meloden strax: Mígrenihöfuðverkur í fyrsta sinn, versnun á mígreni eða aukin tíðni óvenjulega mikils höfuðverkjar, skyndileg truflun á sjón eða heyrn eða aðrar skyntruflanir, fyrstu merki um æðasegabólgu eða segarek (t.d. óvenjulegir verkir eða þroti í fótum, stingandi verkur samfara öndun eða hósti án nokkurrar augljósrar ástæðu), verkur og þrengsli fyrir brjósti, sex vikum fyrir fyrirhugaða skurðaðgerð og meðan á rúmlegu stendur, t.d. eftir slys, skurðaðgerð, gula, lifrarbólga, kláði um allan líkamann, aukin flogaveikisköst, marktæk hækkun blóðþrýstings, alvarlegt þunglyndi, alvarlegir verkir í efri hluta kviðarhols eða stækkun lifrar, þungun. Við eftirfarandi aðstæður skal ekki nota getnaðarvarnatöflur nema undir strangu eftirliti læknis. Versni einhverjar þessara aðstæðna, getur verið ástæða til þess að hætta notkun getnaðarvarnalyfsins: sykursýki eða skert sykurþol, háþrýstingur, æðahnútar, saga um bláæðabólgu, kölkun í miðeyra, MS-sjúkdómur (multiple sclerosis), flogaveiki, porfýría, kalkstjarfi (tetany), Sydenham's chorea, skert nýrnastarfsemi, saga um truflun á blóðstorknun, offita, saga um brjóstakrabbamein í fjölskyldunni og saga um hnúta í brjóstum, saga um þunglyndi, rauðir úlfar (systemic lupus erythematosus), vöðvahnútar í legi (uterine myoma) og mígreni. Að því sem best er vitað er ekki hægt að útiloka samband milli notkunar hormóna til getnaðarvarna og aukinnar hættu á sjúkdómum er stafa af segareki í slagæðum og bláæðum, svo sem kransæðastífla, blóðtappi í lungum, æðasegabólga, slag eða segamyndun í sjónhimnu. Læknir skal vera á verði fyrir fyrstu merkjum um slíka sjúkdóma. Vakni grunur um einhvern þeirra, skal strax hætta að nota Meloden. Hætta á segastíflu í slagæðum (t.d. slagi eða kransæðastíflu) virðist aukast enn þegar miklar reykingar, hækkandi aldur og notkun getnaðarvarnataflna fer saman. Vegna þessa skal ráðleggja konum, sem eru eldri en 35 ára og nota getnaðarvarnatöflur eindregið frá því að reykja. Auk þess geta tilteknir sjúkdómar, svo sem of hár blóðþrýstingur, of há blóðfita, offita og sykursýki aukið áhættuna hjá konum sem nota getnaðarvarnatöflur. Meta skal hvort æskilegt sé að nota lyfið þegar um þessa sjúkdóma er að ræða með tilliti til áhættunnar sem sjúkdómurinn veldur og ræða það við konuna áður en hún ákveður að nota lyfið. Lýst hefur verið breytingum á þéttni þríglýseríða, kólesteróls og lípóprótína í blóði samfara notkun getnaðarvarnataflna. Getnaðarvarnatöflur geta einnig valdið skertu sykurþoli. Lýst hefur verið hækkuðum blóðþrýsting hjá konum sem nota getnaðarvarnatöflur. Blóðþrýstingurinn fer venjulega aftur í eðlilegt horf eftir að hætt er að nota lyfið. Sumar konur geta orðið fyrir tíðateppu eða óreglulegum blæðingum þegar þær hætta notkun getnaðarvarnataflna, einkum þegar um slíkt var að ræða áður en notkun þeirra hófst. Greina skal konum frá þeim möguleika. Í sjaldgæfum tilvikum hefur orðið vart við góðkynja og enn sjaldnar illkynja lifraræxli sem geta leitt til einstakra tilvika af lífshættulegum innvortis blæðingum eftir notkun hormóna á borð við þá sem eru í lyfinu. Verði vart við alvarlega verki í efri hluta kviðarhols, merki um stækkun á lifur eða blæðingar í kviðarholi, skal hafa möguleika á lifraræxli í huga við sjúkdómsgreiningu. Við fyrri rannsóknir var greint frá aukinni hættu á sjúkdómum í gallblöðru sem voru staðfestir við uppskurð, hjá þeim konum sem notuðu estrógen og getnaðarvarnatöflur. Síðari rannsóknir hafa hins vegar leitt í ljós að hættan á sjúkdómum í gallblöðru sé hverfandi lítil. **Milliverkanir:** Efnasambönd sem hvetja lifrarensím svo sem barbítúrat, prímídón, hýdantóín, fenýlbútasón, rífampisín, karbamazepín og griseófúlvín geta dregið úr verkun Meloden. **Skammtastærðir:** Fyrsta taflan úr Meloden pakkningunni skal tekin fyrsta dag tíðahringsins. 1 tafla á dag næstu 21 daga en síðan er 7 daga hlé. **Pakkningar og verð 1. október 2000:** 21 stk. x 3. 2.232 kr.

Nánari upplýsingar í texta Sérlyfjaskrár. Handhafi markaðsleyfis: Schering AG. Umboðsmaður á Íslandi: Thorarensen Lyf ehf.

UIS-00-17 – 15.02.2000

Meloden

20 µg etínýlöstradíól / 75 µg gestoden

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100 · Fax 530 7101

Bráðvantar lækna til Palestínu

Læknarnir Sveinn Rúnar Hauksson og Guðbjörn Björnsson heimsóttu nýverið byggðir Palestínumanna á átakasvæðinu á Gazaströndinni. Tildrögin voru þau að Guðbjörn þurfti að mæta á stjórnarfund hjá ISAM (International Society for Addiction Medicine) í Kaíró og á ráðstefnu samtakanna í leiðinni. Það varð úr að Sveinn Rúnar slóst í för með honum og sótti ráðstefnuna. Upphaflega átti hún að vera á tveimur stöðum, í Jerúsalem og Kaíró, en Ísraelsmenn hurfu frá því að halda hluta hennar í Jerúsalem vegna ástandsins. Það voru einkum læknar á meðferðarstofnunum og heimilislæknar sem sóttu ráðstefnuna en Guðbjörn er læknir á Vogi og Sveinn Rúnar heimilislæknir og fyrrverandi yfirlæknir á sjúkrastöðinni Von. Á ráðstefnunni var fjallað um framfarir á sviði lækninga og forvarna gagnvart áfengissýki, lyfjafíkn og annarri fíkniefnamisnotkun, þar á meðal reykingum. Kappnóg af verkefnum fyrir eina ferð, en þeir létu ekki þar við sitja.

Í framhaldi af ráðstefnunni héldu þeir félagar til Jerúsalemborgar, Vesturbakkans og Gazastrandarinnar til að kynna sér af eigin raun afleiðingar hernaðar Ísraela á hendur Palestínumönnum og hvernig læknar bregðast við þeim aðstæðum sem skapast. Á Gazaströndinni heimsóttu þeir fjölmörg sjúkrahús, en Sveinn Rúnar þekkir vel til þessa svæðis gegnum starf sitt sem formaður Félagsins Ísland-Palestína og hefur tvívegis áður heimsótt svæði Palestínumanna og kynnt sér heilbrigðisþjónustuna. Í framhaldi af ferð þeirra félaga fékk Læknablaðið Svein Rúnar í spjall og grennslaðist meðal annars fyrir með hvaða hætti íslenskir læknar gætu veitt neyðaraðstoð og hvernig undirbúningi þess væri háttað. Hann var fyrst spurður hvort vel hefði gengið að komast inn á átakasvæðin:

„Það er varla hægt að segja það. Þarna voru ekki margir á ferð, hvorki læknar né aðrir. Raunar átti ekki að hleypa okkur í gegn og inn á svæðið. Ísraelsmenn töldu að tveir læknar frá Íslandi ættu ekkert erindi inn á Gaza. Það gagnaði lítið fyrir okkur að benda á að beðið væri eftir okkur og að við ættum heimboð hjá starfsfélögum okkar. Á endanum voru það gömlu, góðu, íslensku samböndin sem tryggðu okkur leið í gegn. Íslenskur ljósmyndari, Þorvaldur Örn Kristmundsson á DV, hafði komið sér upp samböndum hjá ísraelska hernum og var með ísraelskt blaðamannaskírteini. Eftir nokkur símtöl var okkur reddað í gegn. Merkilegt nokk, þá hefur stefna Ísraelsstjórnar að þessu sinni verið sú að leyfa blaðamönnum að fylgjast með en stundum hefur verið algert fréttabann í gildi."



Sveinn Rúnar Hauksson.

Skrifstofan rjúkandi rúst þremur dögum síðar

Hverjir voru það sem þið heimsóttuð?

„Við áttum fyrst stefnumót við dr. Zakaria Agha, sem var áður yfirlæknir á Ahli-sjúkrahúsinu, en í mínum fyrri heimsóknum 1990 og 1992 var það eina sjúkrahúsið sem Palestínumenn leituðu til á átakatímum, en nú er stærsta sjúkrahúsið, Shifa, einnig komið undir stjórn Palestínumanna. Dr. Agha er að mestu hættur læknisstörfum og kominn í miðstjórn Fatah-stjórnmálahreyfingarinnar, eins konar miðflokks og sósíaldemókrata þeirra Palestínumanna. Við hittum hann á skrifstofu þeirra samtaka en þremur dögum síðar var hún sprengd í loft upp. Ég var varla lentur heima þegar ég sá dr. Agha á skerminum, brattan að vanda, í beinni útsendingu á CNN vegna þessarar árásar, en skrifstofan var rústir einar."

Það hefur kannski verið nokkuð stór skammtur af raunveruleika, að sjá hve skammt var milli ykkar og sprengingarinnar?

„Jú, það var svolítið einkennilegt, en það var svo margt fleira sem var raunverulegt við þessa heimsókn. Þótt við værum ekki á vígvellinum og sæjum ekki skothríð þá heyrðum við hana. Við vorum á hinum endanum, við móttöku særðra, og sáum fólkið þegar það var að koma eftir að hafa orðið fyrir skotárásum og einnig sjúklinga sem legið höfðu á sjúkrahúsi í nokkra daga og gengist undir aðgerðir."

Tölur fallinna úr hópi Palestínumanna eru orðnar ógnvekjandi háar, en þarf ekki að margfalda þær til að fá út tölu særðra?

„Jú og það er æði hátt margfeldi. Eftir rúmlega 10 vikur var tala fallinna orðin um 320 en særðir um 17.000. Palestínumenn á herteknu svæðunum eru ekki nema um þrjár milljónir talsins, þar af ein milljón á Gazaströndinni, en margar milljónir eru landflótta. Fyrir svo fámenna þjóð er þetta mikil blóðtaka. Það væri sambærilegt við að um ein milljón Bandaríkjamanna lægju særðir.

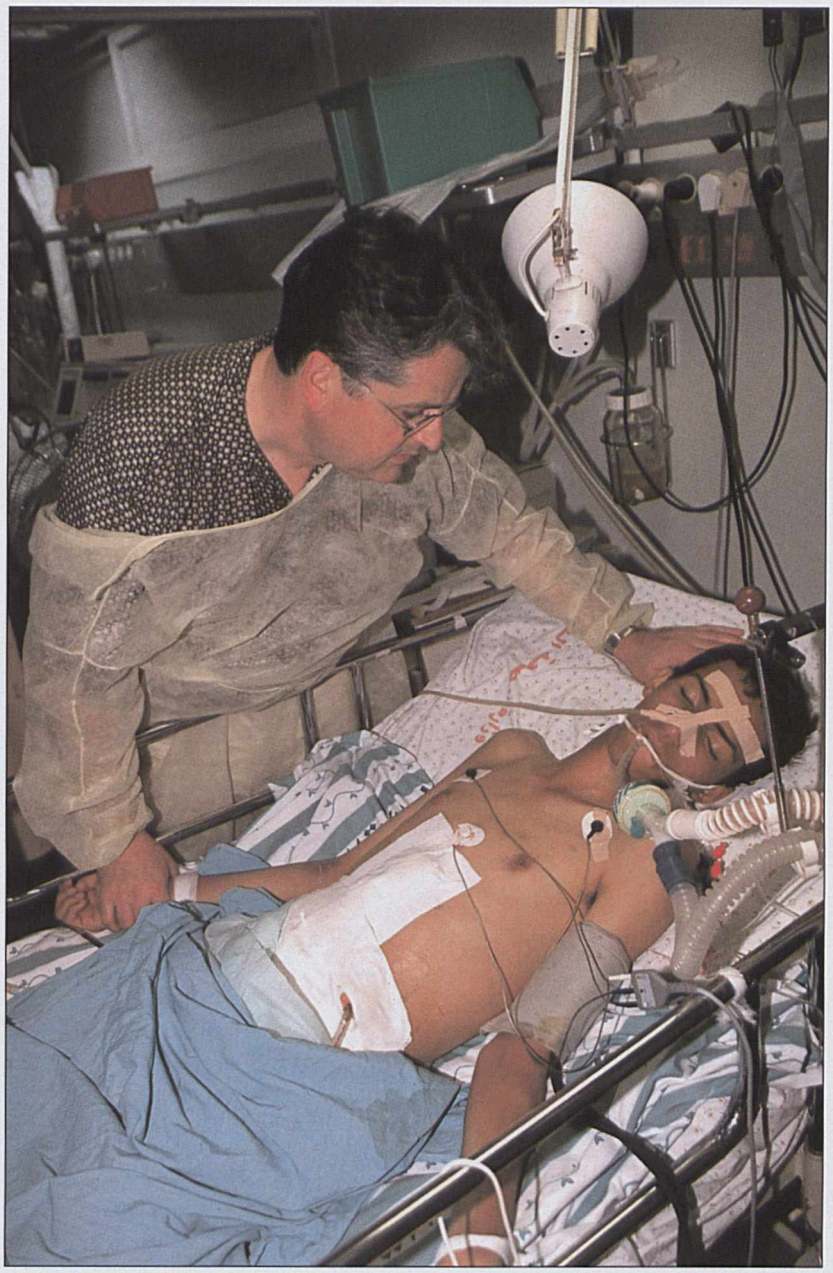
Palestínumenn eiga góða lækna, hjúkrunarfólk og sjúkraflutningamenn með gríðarmikla reynslu. Í okkar samfélagi þykir ýmsum kaldranalegt að tala um forgangsröðun og að gera upp á milli sjúklinga. Þarna er forgangsröðun engin spurning heldur alger nauðsyn. Heilbrigðisstarfsfólkið fær eldskírn í markvissum vinnubrögðum og forgangsröðun þegar það dag eftir dag þarf að taka á móti hundruðum slasaðra. Það verður að geta snúið sér að því mikilvægasta fyrst en jafnframt að skoða alla og að afgreiða hvern og einn á þann besta og hraðasta hátt sem unnt er. Undir slíkum kringumstæðum er auðvitað mun minna um innlagnir en ella, alltaf þurfa að vera einhver laus rúm til að taka á móti fleiri særðum og streymið gegnum sjúkrahúsið þarf að vera stöðugt. Hlutirnir ganga ótrúlega hratt fyrir sig."

Gúmmíkúlurnar eru stálkúlur með þunnu gúmmílagi

„Palestínumenn eiga góða sérfræðinga en alls ekki nógu marga. Það reynir einna mest á sérfræðingana í skurðlækningum, slysa- og bráðalækningum. Eini æðaskurðlæknirinn á svæðinu vinnur myrkranna á milli því skotfærin sem Ísraelsher notar fara mjög illa með æðakerfið. Hættulegustu kúlurnar eru hinar svokölluðu gúmmíkúlur og dúm-dúm kúlurnar. Það hljómar fremur sakleysislega að nota gúmmíkúlur og fólk ímyndar sér að þetta séu einhverjir litlir gúmmíboltar sem lenda á fólki og hoppa svo burt. En sannleikurinn er allur annar. Þetta eru stálkúlur með gúmmílagi utan á. Gúmmílagið verður einfaldlega til þess að kúlurnar eru erfiðari við að eiga, erfiðara að fjarlægja þær og þær valda meiri vefjaskemmdum en venjulegar kúlur. Þetta á ekki síst við um skot í augu og heila. Dúm-dúm kúlurnar eru enn hættulegri. Það eru háhraða sprengikúlur sem springa þegar þær eru komnar inn í líkamann. Flísar úr kúlunum þeytast í nærliggjandi líffæri. Þetta er sérlega hættulegt ef þær lenda í kviðarholinu þar sem þær valda miklum blæðingum. Ef þær lenda í heilanum og splundrast þar er baninn vís. Þörfin fyrir æðaskurðlækna er einnig mikil vegna þeirra kúlna sem lenda í kviðarholi."

Þörf fyrir íslenska lækna

„Við heimsóttum Shifa-sjúkrahúsið 15. nóvember síðastliðinn. Þá voru liðnar sjö vikur frá því átökin hófust og þetta sjúkrahús var búið að taka á móti 1200 særðum, þar af voru 650 innlagnir.



Sveinn Rúnar skoðar meiðsli ungs sjúklings á Gazasvæðinu. Ljósmyndari: Þorvaldur Örn Kristmundsson.

Æðaskurðlæknirinn var aleinn við störf í sinni sérgrein og mér varð hugsað til síldarstúlknanna hér áður fyrr sem fóru ekki úr stígvélunum vikum saman. Það var eins með hann, hann hafði verið að í sjö vikur. Hann var orðinn útkeyrður eftir stöðuga vakt. Auðvitað kemur þetta í hryðjum og dagpartar eða dagar eru rólegir en hann er aldrei laus af vaktinni."

Þarf ekki nauðsynlega að fá liðstyrk utan frá?

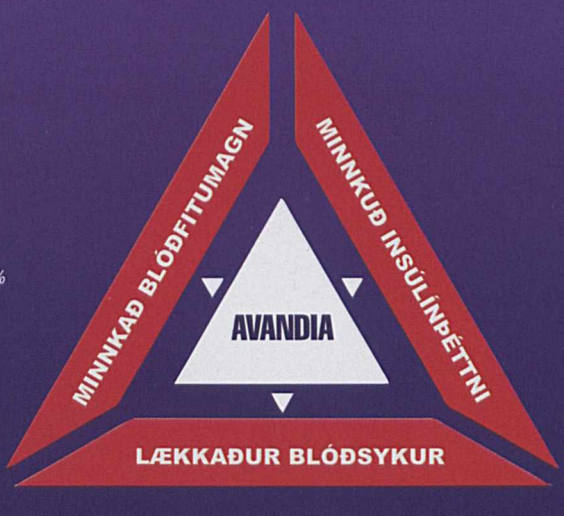
„Jú, og eftir því hefur verið leitað, meðal annars hér á landi. Meðan við vorum þarna kynntumst við hópi Norðmanna, skurðlækni, bæklunarskurðlækni, sjúkraflutningamanni og geðlækni, sem var skipuleggjandi hjálparstarfsins. Þessi hópur dvaldi á svæðinu í tvær vikur. Við erum að reyna að fá íslenska lækna til slíkra hjálparstarfa. Þeir þyrftu helst að geta verið í þrjár til fjórar vikur á svæðinu, en tvær vikur koma líka til greina."

NÚ ER HÆGT AÐ MEÐHÖNDLA INSÚLÍNVIÐNÁM

AVANDIA® ROSIGLITAZON

– Ný aðferð við meðhöndlun sykursýki af tegund 2

Avandia® er sérhæfður og öflugur PPARγ-agónisti. Avandia® vinnur markvisst að því að bæta hæfileika frumna líkamans til að nema og nýta insúlín.[1,2] Avandia® sprengir upp hinn skaðlega þríhyrning insúlínviðnáms.



Minnkar blóðfitumagn

Fituinnihald blóðs lækkar um 23,3% frá útgangspunkti í samsettri meðferð Avandia® (8 mg/dag) og metformíns (2,5 g/dag).[1)]

Minnkar insúlínþéttni

Avandia® (8 mg/dag) ásamt metformíni (2,5 g/dag) lækkar insúlín í blóði um 22%.[1)]

Lækkar blóðsykur

Avandia® (8 mg/dag) ásamt metformíni (2,5 g/dag) lækkar HbA1c um 1,2% sem er marktækt meiri lækkun en fæst með meðhöndlun metformíns eins og sér.[1)]

Avandia® minnkar insúlínviðnám, verndar ß-frumur briskirtilsins og bætir langtímastjórnun blóðsykurs.[1,2)]

Avandia® Rósíglítazón SmithKline Beecham. Lyf við blóðsykurshækkun A10BG02. Rósíglítazón er sérhæfður viðtakablokki sem binst PPAR (peroxisomal proliferator activated receptor gamma) kjarnaviðtaka og tilheyrir sykursýkislyfjum af tíazólídíndíónflokki. Það dregur úr blóðsykurshækkun með því að draga úr viðnámi insúlíns í fituvef, beinagrindarvöðvum og lifur. **Lyfjaform:** Filmuhúðaðar töflur. **Ábendingar:** Rósíglítazón er einungis ætlað í samsettri meðferð til inntöku við sykursýki af tegund 2 hjá sjúklingum með ófullnægjandi blóðsykursstýringu þrátt fyrir hámarksskammt sem sjúklingurinn þolir, annað hvort af metformíni eða súlfónýlúrealyfi einu sér til inntöku: -með metformíni einu sér hjá offitusjúklingum: -með súlfónýlúrealyfi einu sér hjá sjúklingum sem sýna óþol við metformíni eða þar sem metformín er frábending. Aðeins læknir með reynslu af meðferð sykursýki af tegund 2 á að hefja meðferð með lyfinu. Reynsla af klínískum rannsóknum á rósíglítazóni nemur nú 2 árum. Ekki hefur verið sýnt fram á langtímaávinning af rósíglítazónmeðferð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Venjulega hefst rósíglítazónmeðferð á 4 mg/dag. **Frábendingar:** Ekki má nota rósíglítazón hjá sjúklingum með: þekkt ofnæmi fyrir rósíglítazóni eða einhverju hjálparefnanna í töflunum, hjartabilun eða sögu um hjartabilun (I.-IV. stig NYHA), eða skerta lifrarstarfsemi. Rósíglítazón á heldur ekki að nota samhliða insúlíni. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ekki er fyrirliggjandi klínísk reynsla af notkun rósíglítazóns með tveimur öðrum sykursýkislyfjum til inntöku. Ekki ætti að nota rósíglítazón sem eins lyfs meðferð. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Í in vitro rannsóknum sést að rósíglítazón umbrotnar aðallega fyrir tilstilli CYP2C8 og er CYP2C9 þar aðeins minni háttar ferli. Ekki fundust neinar milliverkanir sem máli skiptu þegar digoxín, CYP2C9 ensímhvarfefnið warfarín, CYP3A4 ensímhvarfefnin nifedipín, etínýlestradíól eða noretíndrón voru gefin samhliða rósíglítazóni. **Meðganga og brjóstagjöf:** Rósíglítazón ætti ekki að nota á meðgöngu. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota rósíglítazón. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir, sem grunur leikur á eða líklegt þykir að tengist meðferð og greint hefur verið frá oftar en einu sinni hjá sjúklingum sem fá rósíglítazón ásamt súlfónýlúrealyfjum eða metformíni í tvíblindum rannsóknum, eru taldar upp hér að neðan eftir líffæraflokki og tíðni þeirra. Tíðni er skilgreind sem: Algengar >1/100, <1/10; sjaldgæfar >1/1000, < 1/100. **Rósíglítazón ásamt metformíni;** Rauðkorn: Algengar: Blóðleysi. Umbrot og næringarferli: Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun. Sjaldgæfar: Fitudreyri, blóðsýring af völdum mjólkursýru, versnun sykursýki, kólesterólhækkun. Mið- og úttaugakerfi: Algengar: Höfuðverkur. Sjaldgæfar: Svimi. Meltingarfæri: Algengar: Niðurgangur, uppþemba, ógleði, kviðverkir, meltingartruflanir. Sjaldgæfar: Uppköst, lystarleysi, hægðatregða. Almennt: Algengar: Þreyta. **Rósíglítazón ásamt súlfónýlúrealyfjum;** Rauðkorn: Algengar: Blóðleysi, blóðflögublæðing og storknun. Sjaldgæfar: Blóðflagnafæð. Umbrot og næringarferli: Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun, þyngdaraukning. Sjaldgæfar: kólesterólhækkun, blóðfituhækkun, of mikið þríglýserið í blóði. Geðfræðilegt: Sjaldgæfar: Svefnhöfgi. Mið- og úttaugakerfi: Sjaldgæfar: Svimi, höfuðverkur, breytt húðskyn. Öndunarfæri: Sjaldgæfar: Andnauð. Meltingarfæri: Sjaldgæfar: Kviðverkir, uppþemba, ógleði, aukin matarlyst. Húð og útlimir: Sjaldgæfar: Hárlos, útbrot. Almennt: Sjaldgæfar: Þreyta, þróttleysi. **Lyfjafræðilegar upplýsingar;** Lýsing virkni: Lyf við blóðsykurshækkun, ATC flokkur: A10 BG 02. **Lyfjagerðarfræðilegar upplýsingar;** Hjálparefni: Töflukjarni: Natríumsterkju glýkóllat (gerð A), hýprómellósi, örkristallaður sellulósi, laktósa mónóhýdrat, magnesíum sterat. Geymsluþol 2 ár. Engar sérstakar varúðarreglur um geymslu. Gerð íláts og innihald: Mattar þynnupakkningar (PVC/ál), 56 filmuhúðaðar töflur. Leiðbeiningar um notkun, meðhöndlun og förgun: Engin sérstök fyrirmæli. Nánari upplýsingar: Sjá Sérlyfjaskrá. **Pakkningar og verð, nóvember 2000:** 4 mg x 28 stk./5.154 kr. – 4 mg x 56 stk./9.110 kr. – 8 mg x 28 stk. /7.561 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** TR greiðir lyfið að fullu. Handhafi markaðsleyfis: SmithKline Beecham plc, New Horizons Court, Brentford, Middlesex, TW8 9EP, England. **Umboðsmaður á Íslandi: Thorarensen Lyf, Vatnagörðum 18, 104 Reykjavík.**

Heimildir: 1) Focensa V et al. Effects of Metformin and Rosiglitazone Combination Therapy in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. JAMA 2000: 283:1695-1702. **2)** Wolffenbuttel BHR et al. Addition of low-dose rosiglitazone to sulphonylurea theraphy improves glycemic control in Type 2 diabetic patients. Diabetic Medicine 2000: 17:40-47.

AVANDIA® rosiglitazon

MARKVISS MINNKUN INSÚLÍNVIÐNÁMS

Ef einhver læknir sem les þetta vill leggja sitt að mörkum, á hann þá að hafa samband við þig?

„Já, endilega eða við Guðbjörn Björnsson. Þeir sem fara á átakasvæðin gera tvennt, þeir sýna auðvitað mikið hugrekki og velvilja með því að fara en á hinn bóginn er líka mikið upp úr því að hafa fyrir lækni að fara í slíka ferð. Óvíða er aðra eins reynslu að fá. Læknar og hjúkrunarfólk sem fer á staðinn geta einnig verið þess fullviss að þarna er góð aðstaða fyrir hendi og framúrskarandi skipulag. Það er vel tekið á móti fólki og vel búið að því."

Hafa Norðurlandaþjóðirnar brugðist vel við hjálparbeiðnum?

„Já, þær eru áberandi í hjálparstarfinu, ekki síst Norðmenn. Þeir hafa verið með margvíslegt starf svo sem heilsugæslu í flóttamannabúðum í Palestínu og nærliggjandi löndum. Reynsla þeirra er mjög dýrmæt og þeir eru ólatir við að miðla henni til annarra."

Góðar undirtektir

Hefur gengið vel að afla fjár til verkefnisins?

„Já, undirtektir hafa verið jákvæðar, bæði hjá heilbrigðisyfirvöldum og Rauða krossi Íslands. Við þurfum auðvitað helst að fá til liðs við okkur fleiri lækna en einn eða tvo, þannig að hægt yrði að senda að minnsta kosti tvo hópa. Við ætlum líka að senda lyf með hópnum því brýn þörf er á algengustu lyfjum svo sem verkjalyfjum, sýklalyfjum og sveppa- og deyfilyfjum.

Utanríkisráðuneytið er þegar búið að senda eina milljón til palestínska Rauða hálfmánans og flóttamannahjálpar Sameinuðu þjóðanna (UNRWA) í gegnum Rauða krossinn sem fjórfaldaði íslenska framlagið með því að leggja fram þrjár milljónir til viðbótar. Félagið Ísland-Palestína stendur fyrir neyðarsöfnun núna og byrjaði reyndar á því að tæma sjóð félagsins og senda okkur Guðbjörn með 3000 dollara framlag sem skiptist jafnt á milli tveggja sjúkrahúsa, Ahli-sjúkrahússins á Gaza og Makased-sjúkrahússins í Jerúsalem auk samtaka heilsugæslustöðva, UPMRC (Union of Palestinian Medical Relief Committees)."

Sjúkraflutningamenn nýjasta skotmarkið

Börnin hafa orðið sérstaklega illa úti í þessu stríði ...

„Já, um eitt hundrað þeirra 320 sem féllu á fyrstu 10 vikunum voru börn og unglingar yngri en 18 ára. Heimurinn man enn eftir 12 ára drengnum sem sat í fangi föður síns í 45 mínútur áður en hann var skotinn til bana, en það sem gerðist síðan og hefur ekki farið hátt er að sjúkraflutningamaðurinn sem reyndi að bjarga drengnum var einnig skotinn til bana. Dæmunum fer fjölgandi um sjúkraflutningamenn sem eru skotnir jafnvel undir stýri á sjúkrabílum merktum Rauða krossinum og Rauða hálfmánanum."

Vaxandi harka

Er innra skipulag samfélagsins ekki meira og minna lamað?

„Jú, það er mikilvægt atriði sem allt of lítið er fjallað um. Nánast enginn kemst lengur til vinnu, víða erfitt að nálgast helstu nauðsynjavörur, matvæli og annað, lyf og vatn eru ennfremur af skornum skammti. Ísraelar hafa oft lokað fyrir rafmagnið og það er búið að breyta þessu landi í allsherjar fangabúðir, sem síðan sæta sprengjuárásum. Árásirnar verða alltaf harðari og harðari. Í vikunni sem við vorum þarna sagði læknir sem við töluðum við að breytingin væri sú að í fyrstu hefðu um 40% af skotsárunum sem komu inn á sjúkrahúsið verið í brjóst og höfuð en hlutfallið væri komið upp í 80%. Þar fyrir utan hafa þeir rekist á hættulegra táragas en fyrr, en smábörn, eldra fólk og fólk með lungnasjúkdóma getur dáið af venjulegu táragasi og þetta er mun skæðara. Auk þess fer eldflaugaárásum fjölgandi. Þetta eru ekki slysaskot í Palestínu."

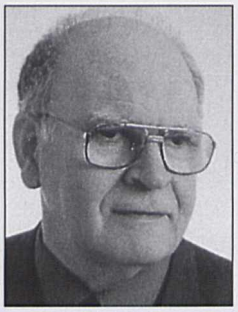
-aób

Reyksíminn

Nýlega var opnuð símaþjónusta *Ráðgjöf í reykbindindi-grænt númer,* eða *Reyksíminn*, norður á Húsavík. Allur stuðningur og stuðningsefni sem sent er heim til fólks sem hringir í þjónustuna er því að kostnaðarlausu. Reyksíminn er mannaður hjúkrunarfræðingum sem eru sérþjálfaðir í tóbaksvörnum. Markmiðið er meðal annars að læknar geti vísað sjúklingum sínum á þjónustuna og losnað þannig við löng og tímafrek stuðningssamtöl. Vonir standa til að þetta verði til þess að læknar veigri sér síður að vinna kerfisbundið að tóbaksvörnum í klínísku starfi. Sjúklingar geta valið á milli þess að skrá sig með nafni og fá upphringingar (stuðningssamtöl) frá starfsfólki Reyksímanns eða fá stuðning með fullri nafnleynd, en þá er frumkvæðið að sambandi að sjálfsögðu alfarið í höndum viðkomandi. Þjónustan er rekin af Heilbrigðisstofnun Þingeyinga og er undir faglegri yfirstjórn sérfræðings frá sænsku *Slutaröka linjen.* Forsenda þess að tilraunin heppnist og Reyksíminn festist í sessi, er að læknar, hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk vísi sjúklingum sínum á þjónustuna. Númerið er 800 6030. Til að byrja með verður opið tvo tíma á dag, fimm daga vikunnar.

Fréttatilkynning

Er ógn af erfðatækninni?



Örn Bjarnason

Greinin er byggð á erindi, sem flutt var á Hälso- och sjukvårdskonferensen 2000 (Värden i vården - vad är framtiden).

Höfundur er sérfræðingur í embættislækningum og forstöðulæknir vinnu- og heilbrigðiseftirlits Landspítala.

Guðfræðingurinn Ivan Illich hélt hér fyrr á árum uppi harðri gagnrýni á það, sem hann nefndi „medicalization of life“. Hann staðhæfði, að læknastéttin væri orðin meiriháttar ógnun við heilbrigði manna og að í iðnríkjunum hafi læknisfræðin yfirtekið líf þeirra og hann alhæfði, að lausnin væri að fá fólkinu aftur yfirráð yfir heilsu sinni, sem læknarnir hafi frá því tekið (1). Ofstækisfull gagnrýni hans missti marks, vegna þess að hann virtist annars vegar alveg horfa fram hjá því, að fólk leitar til læknа, vegna þess að því er einhver sá vandi á höndum, sem það telur, að læknirinn geti leyst og hins vegar því, að sjúklingur getur rofið sambandið við lækni sinn, þegar honum býður svo við að horfa. Við skulum hins vegar ekki yppta öxlum og láta eins og allt leiki í lyndi. Við megum vera þess minnug, að í skrifum Illich birtist margt af því sem almenningi finnst aflaga fara í heilbrigðiskerfinu.

Franski heimspekingurinn og læknirinn Georges Canguilhem segir nútímameinafræðina aðeins vera að byrja að taka mið af því, að sjúklegt ástand sé ekki aðeins mælanlegt frávik frá líffeðlisfræðilegu ástandi, heldur sé það eitthvað allt annað og meira (2).

Canguilhem hefir það eftir landa sínum, skurðlækninum René Leriche, að heilbrigði sé líf, sem lifað er við þögn líffæranna og gagnstætt því sé sjúkdómur, það sem ami að í lífi og starfi og umfram allt það sem veldur mönnum þjáningu. Leriche benti á það, að þögn líffæranna jafngildi ekki nauðsynlega því, að enginn sé sjúkdómurinn. Starfsbilun og aðrar raskanir geti oft dulizt lengi og við gjöldum þannig þeirrar gnægðar vefja, sem er í öllum líffærum. Við búum yfir miklu meiri lungnavef en þarf fyrir öndunina og nýrun geta seytt firnum af efnum, sem líkaminn þarf að losna við.

Niðurstaða Leriche varð sú, að viljum við skilgreina sjúkdóm, neyðumst við til að gera hann ómannlegan og það sem verra er, að „í sjúkdómi er það mannveran sem minnstu máli skiptir, þegar allt kemur til alls.“ Þannig verði það ekki sársauki eða starfshömlun eða félagsleg veila, sem ákvarða að maður er sjúkur, heldur lífærafræðilegar breytingar og líffeðlisfræðilegar truflanir (3). Samkvæmt þessu vísindahorfi, þá telst mannvera sjúk þegar hegðun hennar eða niðurstöður prófana víkja frá því, sem telst vera eðlilegt.

Viðhorfsmunur í vísindum og tækni

Með tilkomu erfðatækninnar hafa opnast nýjar víddir í læknisfræðinni. Vísindamönnum hefir þegar tekizt að ráða í milli átta og níu tíundu hluta genamengisins og gert er ráð fyrir því, að lokið verði við að leiðrétta villur árið 2003.

Siðferðisviðhorf í vísindum auðkennast umfram annað af þrennu:

Fyrsta meginreglan er um algildi. Í því felst, að allt framlag vísindanna skuli metið með hliðsjón af því, að hve miklu leyti það eykur við þekkinguna og að allt það sem fram er fært sem nýr sannleikur, skal fullnægja fyrirfram ákveðnum skilmerkjum. Aðferðir og árangur skulu því kunngerð, meðal annars til þess að hægt sé að endurtaka kannanir og sannreyna þær. Þetta hafa þeir virt, sem hleyptu af stað skipulegri könnun genamengisins, The Human Genome Project og árangurinn hefir því verið birtur jafn óðum. Í meginreglunni felst einnig, að vísindin gilda fyrir alla menn, eins og Louis Pasteur orðaði á eftirfarandi hátt: Vitringurinn á föðurland, vísindin ekki (4).

Önnur meginreglan er um skipulegar efasemdir. Nú er gjarnan rætt um genamengið sem Bók lífsins. Hún hefir sýnt sig að vera æði stór í sniðum: Mengið hefir um það bil þrjú þúsund milljón samstæður núkleótíð-basa (Adenín-Týmín, Cýtósín-Gúanín). Ef við nú tækjum aðeins fyrsta stafinn úr hverju nafni (A, T, G, C), hefðum við um sex þúsund milljón bókstafi til umráða. Með 6000 tákn á síðu, 500 síður í hverju bindi, þyrftum við 2000 bindi. Að sjálfsögðu yrði prentað á góðan pappír og vandað til bandsins, þannig að hvert bindi yrði um fjögurra sentímetra þykkt. Staflinn næði þá frá dyrahellu upp fyrir turn Hallgrímskirkju. Gert er ráð fyrir að í genamenginu séu milli 80 000 og 100 000 erfðastofnar. Af þeim genum þekkjum við aðeins lítinn hluta og vert er að hafa í huga, að við höfum aðeins nýlega lært stafróf erfðanna og að vísindamennirnir eru rétt að verða sæmilega stautfærir. Genin eru ekki nema brot af genamenginu og milli þeirra eru milljónir núkleótíða, sem enginn veit hvaða þýðingu geta haft. Ýmsir hafa slegið því föstu, að utan genanna sé ekkert nema skran (e. junk), en meðan þessi svæði hafa ekki verið könnuð til hlítar og ekki er allt genamengið komið í leitirnar, ber að taka með mikilli varúð fullyrðingunum um að verkinu sé að verða lokið.

Þriðja meginreglan er sú, að vísindin eru sameign alls mannkyns. Hins vegar er tækninnar beinlínis leitað í því skyni að græða á henni. Þetta viðhorf kemur vel fram í eftirfarandi tilvitnun:

„Mikilvægur þáttur verkefnisins er langvarandi hollusta alríkisstjórnarinnar við að flytja tækni til einkaaðila. Með því að úthluta einkafyrirtækjum tæknileyfum og veita fjármunum til rannsókna á nýjum sviðum, er verkefnið hvati á margbilljóna dollara líftækniiðnað Bandaríkjanna ...“ (5).

Í lok nítjándu aldar var því slegið föstu, að „... Hugvitsmaður er sá sem hefir fundið eitthvað verðmætt. Það er fortakslaus eign hans. Hann getur haldið þekkingunni frá almenningi.“ (4).

Við þessari valþröng bregðast vísindamenn á ýmsa vegu. Þeir, sem fyrstir urðu til þess að einangra insúlín úr brisi árið 1922, neituðu að fallast á þá tillögu lyfjafyrirtækisins, að aflað yrði einkaleyfis fyrir framleiðsluaðferðinni. Um miðja öldina var gerð tilraun til þess að afla einkaleyfis fyrir streptómýsíni, sýklalyfi í flokki amínóglýkósíða, unnið úr Streptomyces griseus. Af því varð ekki vegna neikvæðra viðbragða vísindasamfélagsins.

Einkaleyfi á genamenginu og hlutum þess?

Á okkar tímum stendur deilan um það, hvort leyfilegt eigi að vera að veita einkaleyfi á hlutum genamengisins.

Árið 1999 tilkynnti U.K. Wellcome Trust ásamt 10 stórum lyfjafyrirtækjum, að sett hefði verið upp stofnun, sem ekki verði rekin í ágóðaskyni, og væri henni ætlað að kortleggja um 300 000 afbrigði, sem gera einstaklinga móttækilegri fyrir alvarlegum klínískum röskunum. Afbrigðin eru dreifð um genamengið og nefnast á ensku „SNPs“ – „single nucleotide polymorphisms“ og draga nafn af því, að í erfðaröðinni munar einu núkleótíði, til dæmis að AAGGCTAA verður ATGGCTAA. Markmiðið sé að birta erfðaröðina opinberlega á veraldarvefnum og auðvelda þannig aðgengi. Jafnframt verði fengið einkaleyfi fyrir öllum afbrigðum sem finnast. Einkarétturinn verði hins vegar ekki nýttur, því ætlunin sé að koma í veg fyrir að nokkur geti meinað öðrum aðgang að þessum upplýsingum (2).

Í Bandaríkjunum eru notuð fjögur atriði við mat á umsóknum um einkaleyfi fyrir notkun á hlutum genamengisins. Umsækjandinn verður

a) að sýna fram á erfðaröðun, sem aðrir hafa ekki þegar bent á,
b) tilgreina hvað þessi erfðaröð framleiði,
c) taka fram hvernig efnið verkar og hvernig það megi nota og
d) gera mögulegt að það verði notað í því augnamiði.

Einkaleyfisstofnun Bandaríkjanna hefir þrjú ár til þess að gefa út einkaleyfi og í Evrópu er fresturinn hálft annað ár. Vestra gildir leyfið í 17 ár.

Ekkert verður sagt um það hvernig þróunin kann að verða, en ógni hún frjálsum vísindalegum rannsóknum, verður málið án efa tekið upp á alþjóðavettvangi. Innan Evrópusambandsins liggur fyrir tillaga um tilskipun, sem felur í sér meginreglu um það, að mannslíkaminn og hlutar hans í náttúrulegu ástandi verði ekki álitnir uppfinning, sem hægt sé að fá einkaleyfi á.

Greining og forspá

Þegar er ljóst, að erfðatækninni verður beitt í auknum mæli við að greina og segja fyrir um sjúkdóma og önnur skyld heilbrigðisvandamál. Þegar eru tiltæk próf, sem segja fyrir um erfðasjúkdóma eða koma að haldi, annað hvort við að bera kennsl á þann er ber tiltekið gen, sem veldur sjúkdómi eða við að uppgötva arfbundna hneigð til sjúkdóms eða næmi fyrir sjúkdómi. Vandinn er hins vegar sá, að erfitt er að túlka niðurstöður mikils hluta þessara prófa, vegna þess að þau gefa aðeins tölfræðilegar líkur og hins vegar óttast menn, að fái tryggingafélög og vinnuveitendur greiðan aðgang að erfðaupplýsingum, verði þeim beitt við að útiloka einstaklinga frá ráðningu og tryggingum. Jafnvel áður en þessi nýja tækni kom til, mun tíundi hver Bandríkjamaður þegar hafa verið skráður óhæfur til að fá tryggingar (uninsurable).

Clinton forseti gaf í febrúar síðastliðnum út tilskipun þess efnis, að ekki megi krefjast eða nota erfðaupplýsingar hjá þeim sem sækja um vinnu eða starfa hjá alríkisstofnunum.

Ráðherranefnd Evrópuráðsins hefir á sama hátt samþykkt tilmæli til aðildarríkjanna um erfðaprófanir og erfðaskimun í heilbrigðisskyni og þar segir: Vátryggjendur skulu ekki hafa rétt til þess að krefjast erfðaprófa né til þess að spyrjast fyrir um niðurstöður fyrri prófa, sem skilyrði fyrir að gerður sé tryggingasamningur eða honum breytt (6).

Íhlutun með erfðatækni og hömlur á erfðameðferðinni

Á næstu árum mun íhlutun í sjúkdóma og skyld heilbrigðisvandamál aukast verulega frá því sem nú er, ef þekkingin á genamenginu eykst í þeim mæli, sem nú er vænzt. Hins vegar er ljóst, að hömlur eru innbyggðar í meðferðina og skulu nokkrar þeirra taldar (5).

1. Fyrst ber að geta sjálfrar ferjunnar, sem notuð er til þess að flytja erfðaefnið inn í líkamann. Við það hafa menn notað veirur. Vandinn er hins vegar sá, að veirum fylgja eituráhrif, ónæmis- og bólgusvaranir. Eitt skýrasta dæmið um erfðatækni og vandamál hennar eru „mannlegu“ grísirnir í Cambridge á Bretlandi. Hjá þeim hefir mótefnavökum verið breytt, til þess að draga úr hættunni á líffærahöfnun. Hugmyndin er sú, að hver grís verði í raun líffærabanki, sem hægt er að taka úr þegar þörf krefur. Ekki er siðfræðilegum vanda fyrir að fara, að því er virðist, en hins vegar koma menningarleg og trúarleg viðhorf þar við sögu. Líffærisþeginn mun að sjálfsögðu ávallt eiga vörn í sjálfsákvörðunarréttinum.

Ástæða þess, að enn hafa ekki verið gerðar klínískar prófanir með grísalíffærunum, eru þær, að menn óttast afleiðingarnar af því, að veirur flytjist frá svínunum í menn, minnugir þess að Spánska veikin byrjaði upphaflega sem svínainflúensa árið 1918.

2. Ný fræðigrein, sem fjallar um starfsemi genanna (e. functional genomics) er í þróun, en ljóst er að þekkingin er býsna takmörkuð. Þegar tiltekið gen finnst, er leitt líkum að því að um orsakasamband við tiltekna röskun sé að ræða, en það fylgir ekki með í kaupunum, hver tengslin raunverulega eru.

3. Þá er einnig eftir að kanna hvort genið hafi fleiri en eina verkun og er þar komin þriðja hindrunin.

4. Enn önnur hindrun er sú, að líklega heyra þeir sjúkdómar til undantekninga, sem aðeins verða raktir til eins gens.

5. Haft er fyrir satt, að sjö af hverjum 10 sjúkdómstilvikum séu af völdum umhverfisþátta og jafn stórt hlutfall sé af völdum erfða. Af því leiðir, að helmingur allra tilvika sé af völdum beggja þátta sameiginlega. Jafnvel þó svo að slagorðið: „Allir sjúkdómar eru erfðasjúkdómar" reynist orð af sönnu, hefir mikilvægi umhverfisþáttanna ekki minnkað, nema síður væri.

6. Erfðatæknin mun bætast við þá hátækni, sem er mestur orsakavaldur í kostnaðaraukningunni í heilbrigðiskerfinu. Þar að auki mun þróunarkostnaður tækninnar nema óhemjulegum fjármunum. Viðbrögðin gætu orðið þau, að tafið verði fyrir notkuninni, en það er þversögn, sem stjórnendur í heilbrigðiskerfinu standa gagnvart í öðrum tæknigreinum.

7. Í leit að nýjum lyfjum hefir orðið bylting. Með nýrri tengitækni (e. combinatorial chemistry) er hægt að búa til milljónir peptíða í blöndu. Síðan er líffræðilega virknin könnuð og í framhaldi af því er fundið hvaða þættir blöndunnar eru virkir. Þessi tækni er hraðvirk og getur stytt mjög þann tíma, sem tekur að koma nýjum lyfjum í klíníska prófanir. Hins vegar felst í þessu afturhvarf til raunhyggju, því að settir eru saman miklir gagnabankar, án þess að hugsað hafi verið fyrir því, hvernig allir hlutarnir samsvara innbyrðis. Þessu er þannig lýst í nýlegum leiðara í British Medical Journal: „Í nálguninni, sem beitt er nú, felst hætta á því, að hún verði tilviljunarkennd og lítil rökfesta ráði ferðinni." ... „Þeir sem öðlast skilning á þeim ferlum sem hér eru, munu í stað þess að framleiða mikið gagnamengi, enduruppgötva ánægjuna af því að verða vísindamenn á ný." (7).

Ógn af læknisfræðinni?

Fyrir aldarfjórðungi ályktaði Ráðgjafarþing Evrópuráðsins um það, að hröð og samfelld þróun læknavísindanna leiði af sér vandamál og geti jafnvel skapað vissa ógnun, að því er varðar grunnmannréttindi og óskert ástand sjúkra manna (8).

Árið 1982 fjallaði Ráðgjafarþingið um „áhyggjur almennings af beitingu nýrrar vísindatækni, sem nefnd er „erfðatækni" og felst í því að raðtengja genefni frá lifandi verum með tilgerðum ráðum." Fram kom, að þingið áliti, að þessar áhyggjur séu af tvennum toga: „Þær sem eru vegna tvísýnu um heilbrigði, öryggi og umhverfisþætti, er tengist tilraunarannsóknum og þær sem hafa lengra horf, eru vegna lögfræðilegra, félagslegra og siðfræðilegra atriða og tengjast því að þekkja og grípa inn í genamynztur, sem mannvera getur erft." (9)

Í framhaldi af þessu hefir Evrópuráðið fjallað um skyld vandamál er fylgja nútímalæknisfræði og hefir gefið út ýmsar reglur og leiðbeiningar þar að lútandi (10), sem allar eru byggðar á **Sáttmálanum um verndun mannréttinda og frumfrelsis** frá 1950, svo sem tilmæli ráðherranefndarinnar um læknisfræðilegar vísindarannsóknir á mönnum (11), um forburðarerfðaskimun, forburðarerfðagreiningu og erfðaráðgjöf þeim tengda (12), um notkun kjarnsýrugreiningar innan réttarvörzlu (13) og um vefjabanka (14).

Árið 1997 var undirritaður **Evrópusamningur um mannréttindi og líflæknisfræði** (15) og árið eftir **Viðbótarsamningur um bann við einræktun mannvera** (16). Þá hefir Lífsiðfræðinefnd Evrópuráðsins (Steering Committee on Bioethics), þegar gengið frá tillögu að viðbótarsamningi um flutning vefja og líffæra af mannlegum uppruna og í undirbúningi eru viðbótarsamningar um verndun fósturvísa og fóstra, um beitingu erfðatækni, um læknisfræðilegar vísindarannsóknir og um flutning vefja og líffæra úr dýrum í menn. Þá gaf UNESCO út **Almenna yfirlýsingu um genamengið og mannréttindi** síðla árs 1997 (17).

Mannréttindin og læknisfræðin

Í **Samningnum um mannréttindi og líflæknisfræði** (15) eru áréttaðar áhyggjurnar af því, að misnotkun líffræði og læknisfræði geti leitt til gjörða er stofna mannlegri reisn í hættu. Aðilar samningsins skuli því vernda reisn og auðkenni allra mannvera og tryggja hverjum og einum, án mismununar, virðingu fyrir óskertu ástandi þeirra og öðrum réttindum og mannfrelsi, að því er varðar beitingu líffræði og læknisfræði. Hver samningsaðili skal í landslögum gera nauðsynlegar ráðstafanir til að fullnægja ákvæðum samnings þessa.

Í Samningnum er sett fram meginregla: „Hagsmunir og velferð mannverunnar skulu vera fremri eiginhagsmunum samfélags eða vísinda", sem sótt er í **Helsinkiyfirlýsinguna um vísindarannsóknir á mönnum**: „Í læknisfræðilegum vísindarannsóknum á mönnum skal umhyggja fyrir velferli þátttakandans ávallt ríkja yfir þörfum vísinda og samfélags." (18) Hefir reglan þannig verið látin ná til allrar íhlutunar í mannslíkamanum. Þá segir í samningnum: „Sér-

hverri íhlutun á heilbrigðissviðinu, þar með innan vísindarannsókna, skal beitt samkvæmt viðeigandi starfsskyldum og starfsstöðlum. Íhlutun á heilbrigðissviðinu má því aðeins beita, að viðkomandi hafi áður gefið frjálst vitneskjusamþykki sitt. Viðkomandi skulu fyrir fram gefnar viðeigandi upplýsingar um tilgang og eðli íhlutunarinnar, svo og um afleiðingar og áhættu henni samfara. Viðkomandi er frjálst að draga samþykki sitt til baka hvenær sem er".

Óhjákvæmilega fylgja stjórnun og eftirlit íhlutun í mannslíkamann og þau færa með sér bönn: Þegar er í gildi bann við einræktun mannvera (16) og í samningnum segir, að sé íhlutun ætlað að breyta genamengi mannsins megi aðeins beita henni í forvarnar-, lækninga- og greiningarskyni og þá því aðeins, að ætlunin sé ekki að valda breytingum á genamengi neinna afkomenda: Það er bannað að breyta genamenginu í kynfrumunum (15).

Þá er sett bann við fjárhagslegum ágóða (mannslíkaminn og hlutar hans skulu sem slíkir ekki vera uppspretta fjárhagslegs ágóða) og reglur eru um notkun brottnuminna líkamshluta (þegar einhver hluti líkamans er numinn brott meðan á íhlutun stendur, má því aðeins geyma hann og nota í öðrum tilgangi en ætlunin var við brottnámið, að beitt sé viðeigandi aðferðum við að veita upplýsingar og að afla samþykkis.).

Ógn af erfðatækninni?

Víkjum nú endanlega að spurningunni í heiti greinarinnar (19). Framfarir í læknisfræðilegri tækni eru kynntar nær daglega. Tækninni fylgir aukin hæfni lækna til þess að ráða í gang sjúkdóma og annarra raskana, veita betri meðferð, lengja líf manna og lækningarnar heppnast oftar en fyrr. Með einhverjum óskýranlegum hætti, að því er virðist, fer óánægja með læknisfræðina vaxandi, þrátt fyrir raunverulegar framfarir. Margir sjúklingar skelfast læknisfræðilega tækni og finnst þeir hafa fjarlægst lækni sinn (20).

Ný greiningartækni leiðir til þess, að skilgreining sjúkdóma og annarra raskana mun breytast. Þess vegna þarf að huga vel að því, hvernig við hyggjumst skilgreina hvað er eðlilegt og hvað er sjúklegt, hvað frávikin þurfa að vera mikil til þess að leyfilegt sé að beita meðferðartækninni og meðal annars þarf að svara eftirfarandi spurningum, auk fjölda annarra:

Er leyfilegt að beita erfðaprófum ef engin er meðferðin? Eiga foreldrar að hafa rétt til þess að láta gera erfðapróf á börnum sínum vegna hugsanlegra sjúkdóma á fullorðinsárum? Hverjir eiga að fá aðgang að meðferðinni og hver á að borga?

Tæknin verður ekki að ógn, nema við gerum sjúkdómana ómannlega og gleymum að líta á mannveruna sem markmið í sjálfri sér. Ef við hins vegar virðum þau mannlegu réttindi, sem við höfum þegar veitt hvort öðru og ef við byggjum siðfræðikenningar okkar á meginreglunum um réttlæti og sjálfsforrræði og höfum þannig velferð sjúklinganna að leiðarljósi, mun okkur vel farnast í lækningunum.

Heimildir

1. Illich I. Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. London: Marion Boyars Publishers Ltd.; 1976.
2. Canguilhem G. The Normal and the Pathological. Introduction by Michel Foucault. New York: Zone Books; 1991: 89.
3. Leriche, R. Encyclopédie française 6, 1936: „Introduction générale." „De la santé á la maladie." „La douleur dans les maladies." „Où va la médicine?" Tilvitnun í (13) s. 91-2.
4. Merton RK. Social Theory and Social Structure. 1968 Enlarged Edition. Chapter XVIII. Science and Democratic Social Structure: 604-15. New York: The Free Press. Macmillan Publishing Co. Inc.; 1968.
5. Human Genome Project Information. Web sites funded by the Human Genome Program of the U.S. Department of Energy. Last modified July 25, 2000. Vefslóðin er http://www.ornl.gov/hgmis/
6. Evrópuráðið. Tilmæli Ráðherranefndarinnar R (92) 2 til aðildarríkjanna um erfðaprófanir á og erfðaskimun í heilbrigðisskyni. (Samþykkt 10. febrúar 1992.)
7. Beely N, Berger A. A revolution in drug discovery. Combinatorial chemistry still needs logic to drive science forward [editorial]. BMJ 2000; 321: 581-2.
8. Evrópuráðið. Ráðleggingar Ráðgjafarþingsins 779 (1976) um réttindi sjúkra manna og þeirra sem eru deyjandi. (Samþykktar 29. janúar 1976.)
9. Evrópuráðið. Ráðleggingar Ráðgjafarþingsins 934 (1982) um erfðatækni. (Samþykktar 26. janúar 1982.)
10. Evrópuráðið. Texts of the Council of Europe on bioethical matters. Strasbourg: Council of Europe. Directorate of Legal Affairs. (CDBI/INF (99) 4). February 1999
11. Evrópuráðið. Tilmæli Ráðherranefndarinnar R (90) 3 til aðildarríkjanna um læknisfræðilegar vísindarannsóknir á mönnum. (Samþykktar 6. febrúar 1990.)
12. Evrópuráðið. Tilmæli Ráðherranefndarinnar R (90) 13 til aðildarríkjanna um forburðarerfðaskimun, forburðarerfðagreiningu og erfðaráðgjöf þeim tengda. (Samþykkt 21. júní 1990.)
13. Evrópuráðið. Tilmæli Ráðherranefndarinnar R (92) 1 til aðildarríkjanna um notkun greiningar á deoxýríbókjarnsýru innan réttarvörzlu. (Samþykktar 12. febrúar 1992.)
14. Evrópuráðið. Tilmæli Ráðherranefndarinnar R (92) 2 til aðildarríkjanna um banka með vefjum úr mönnum. (Samþykkt 14. marz 1994.)
15. Evrópuráðið. Samningur um verndun mannréttinda og mannlegrar reisnar að því er varðar beitingu líffræði og læknisfræði: Samningur um mannréttindi og líflæknisfræði. (Samþykktur af Ráðherranefnd Evrópuráðsins 19. nóvember 1996. Undirritaður í Oviedo 4. apríl 1997.)
16. Evrópuráðið. Viðbótarsamningur um verndun mannréttinda og mannlegrar reisnar, að því er varðar beitingu líffræði og læknisfræði, um bann við einræktun mannvera (Samþykktur af Ráðherranefnd Evrópuráðsins 6. nóvember 1997. Undirritaður í París 12. janúar 1998.)
17. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights. Paris, France: UNESCO; 3 December 1997.
18. Alþjóðafélag lækna. Helsinkiyfirlýsingin. Siðfræðilegar meginreglur fyrir læknisfræðilegar vísindarannsóknir á mönnum. Samþykktar á 18. heimsþingi lækna í Helsinki í júní 1964 og breytt á 29. þinginu í Tókíó í október 1975, á 35. þinginu í Feneyjum í október 1983, á 41. þinginu í Hong Kong í september 1989, á 48. þinginu í Somerset West í Suður-Afríska lýðveldinu í október 1996 og á 52. þinginu í Edinborg í október 2000. Ferney-Voltaire, France: WMA; October 2000.
19. Bjarnason Ö. Hot från genteknologin? Föredrag ved den XVI:e Nordiska hälso- och sjukvårdskonferensen (Värden i vården - vad är framtiden). Reykjavík 30 augusti och 1 septber 2000. Vefslóðin er: http://www2.landspitali.is/congress/nhs2000/
20. Schwartz MA, Wiggins O. Science, Humanism, and the Nature of Medical Practice: A Phenomenological View. Perspect Biol Med 1985; 28: 331-61.

DIDRONATE®

bífosfónat • etídrónat

VIÐ BEINÞYNNINGU

- **Eykur beinmassa**
- **Fækkar beinbrotum**



Roche

Procter&Gamble

THORARENSEN LYF

Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

Eiginleikar: Etídrónat er bífosfónat og líkist pýrófosfati að byggingu. Áhrif þess á beinmyndun eru flókin, en vitað er að það binst hýdroxýapatít kristöllum og hindrar stækkun þeirra. Aðal áhrifin eru minnkun á beinþynningu. Aðgengi lyfsins eftir inntöku er lágt eða aðeins um 3% og er enn minna ef lyfið er tekið með mat. Um það bil 50% útskilst með þvagi innan 24 klst., en hluti þess binst í beinum, en þaðan losnar það mjög hægt. Engin lyfjaumbrot hafa sannast.

Ábendingar: Beinþynning eftir tíðahvörf þar sem hætta er talin á samfallsbrotum í hrygg.

Frábendingar: Osteomalacia, nýrnabilun.

Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið er ekki ætlað konum á barneignaraldri en í dýratilraunum hafa sést ýmis konar gallar í beinmyndun fóstra, en þýðing þessa er óviss fyrir menn. Ekki er vitað hvort lyfið útskilst í brjóstamjólk.

Aukaverkanir: *Algengar(>1%): Meltingarfæri:* Ógleði, niðurgangur. *Sjaldgæfar (0,1-1%): Húð:* Ofnæmisbjúgur, kláði, útbrot. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Blóð:* Agranulocytosis, fækkun á hvítum blóðkornum, pancytopenia. *Öndunarfæri:* Versnun á astma, bólga í tungu. *Stoðkerfi:* Liðverkir. *Taugakerfi:* Úttaugaeinkenni. *Annað:* Hárlos, höfuðverkur, sinadráttur.

Skammtastærðir handa fullorðnum: Lyfið á að taka einu sinni á dag, að minnsta kosti 1 klst. fyrir mat eða að minnsta kosti 2 klst. eftir mat. Lyfið má taka með vatni eða ávaxtasafa, en varast ber vökva með miklu kalkinnihaldi s.s. mjólk. Ráðlagður skammtur er 2 töflur (400 mg) á dag í 14 daga, síðan er gefið kalk í inntöku 500 mg næstu 76 daga og er þá byrjað á nýjan leik.

Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum.

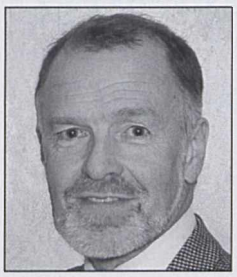
Innihaldsefni: Hver tafla inniheldur: Etidronatum INN, dínatríumsalt, 200 mg.

Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 1. 7. 2000: 28 stk.: 5.083 kr.; 60 stk.: 8.978 kr.

Greiðslufyrirkomulag: Elli- og örorkulífeyrisþegar greiða að hámarki 1.250 kr. fyrir lyfið og aðrir að hámarki 4.500 kr.

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

Ýmislegt smálegt



Jóhann Heiðar Jóhannsson
Netfang:
johannhj@landspitali.is

Í PETTA SINNIÐ ER ÆTLUNIN AÐ SEGJA FRÁ ýmsum minni háttar verkefnum sem borist hafa á undanförnum vikum, ýmist í tölvupósti, símleiðis eða munnlega á förnum vegi. Flest hafa verið leyst með því að fletta upp í Íðorðasafninu og fyrirspyrjendur hafa fengið svörin jafnóðum.

Sjálfnæmi

Spurt var um íslenskt heiti á **autoimmune disorder** og **autoimmune disease**. Fyrirspyrjanda var ljóst að Íðorðasafn lækna notar heitið *sjálfsnæmi* um **autoimmunity** en fannst heitið *sjálfsnæmissjúkdómur* nokkuð stirðlegt. Undirritaður sagðist sammála og sjálfur sleppa „s"-inu. Vísað var í þýðingu Orðanefndar á alþjóðlegu sjúkdómaheitunum, ICD-10, frá 1996, **sjálfnæmissjúkdómur**. Þar er þýðingin á **disorder** einnig samræmd svo autoimmune disorder verður **sjálfnæmisröskun**. Hér á *röskun* vel við þó ekki sé það jafn ásættanlegt í ýmsum öðrum heitum, svo sem *þunglyndisröskun* og *kvíðaröskun* (sjá pistil 115, Lbl 1999;85:835).

Dægradvölin

Dægradvölin í síðasta pistli var úr Læknablaði Guðmundar Hannessonar, prófessors, frá árunum 1902-1904. Blaðið handskrifaði hann og „hektograferaði" og sendi síðan læknum á Norður- og Austurlandi, en Guðmundur var þá starfandi á Akureyri. Í nóvemberblaði sínu árið 1903 fjallar hann um „hæmaturi" með fyrrgreindum hætti.

Dægradvöl IV er heldur yngri. Spurt er um höfund hnitmiðaðra athugasemda um klæðnað manna.

Dægradvöl IV

„Yfirleitt á að haga klæðnaði í hverju landi eptir landsháttum, en ekki eptir útlendri tízku."

„Klæði geta ekki sjálf hitað líkamann. Þau gjöra einungis að hindra líkamshitann að rjúka burt. Þau fataefni eru því hlýjust, sem leiða illa hita."

„*Ullarnærföt ættu allir að nota hér á landi* bæði vetur og sumar."

„Í stórhríðum á veturnar er áríðandi að klæða sig svo, að ekki næði eða snjói inn á mann beran."

„Sérstaklega þarf að vanda útbúnað um háls, hendur og fætur, því þar næðir mann helst."

„Ef kvennfólk fer út í stórhríð og ætlar sér lengri leið, er sjálfsagt að það klæði sig í öllum aðalatriðum eins og karlmenn. Góðar brækur eru á við mörg pils."

Vöðvabólga

Í tölvuskeyti var spurt um enskt heiti á því fyrirbæri sem **vöðvabólga** nefnist á íslensku. Nánari skýring fylgdi ekki og undirritaður varð að skálda í eyðurnar. Beint lá við að benda fyrirspyrjanda á gríska heitið **myositis** (mys: vöðvi, og -itis: bólga) sem tekið hefur verið óbreytt upp í ensku. Íðorðasafnið birtir reyndar íslenska heitið *vöðvaþroti* með flettiorðinu **myositis**, þó *vöðvabólga* sé oftast notuð í samsetningum. Í svarinu var þess einnig getið að í daglegu tali væri oft ekki gerður greinarmunur á ósértækum vöðvaverkjum, **myalgia**, og vefjafræðilegri bólgu, **myositis**.

Tvíblind rannsókn

Í öðrum tölvupósti var spurt um íslenskt heiti á ensku samsetningunni **double-blind.** Hún er oftast notuð til að lýsa klínískum rannsóknum, sem þannig eru skipulagðar að hvorki rannsakandi né sjúklingur fær að vita hver fær virka meðferð og hver fær óvirka meðferð, til dæmis *lyfleysu*. Hefð er komin á meðal lækna að nefna slíka rannsókn **tvíblinda**. Íðorðasafnið birtir þetta heiti, en getur þess einnig að slíka tilraunaaðferð megi nefna **ókynnisaðferð**. Vafasamt er að það heiti muni ná vinsældum.

Multicenter

Sami aðili spurði um íslenskt heiti á **multicenter** og var þá að vísa í rannsókn þar sem margar læknisfræði- eða vísindastofnanir tækju þátt. Undirritaður stakk upp á **fjöl-** fyrir **multi-** og **stofnun** fyrir **center**. Multicenter study yrði þá **fjölstofnana-rannsókn** eða **-athugun.** Upp rifjaðist reyndar að Ásbjörn Jónsson, yfirlæknir, hafði fengið úrlausnina *tilvísunarmiðstöð* til að leysa verkefnið **referral center** (sjá pistil 95, Lbl 1997;83:852). Gaman væri að vísbendingum um aðrar hugmyndir.

Launkrabbamein

Pedro Riba, læknir á Akureyri, sendi tölvupóst snemma í haust og setti fram tillögu að íslensku heiti á **latent carcinoma**, fullmynduðu krabbameini sem ekki hefur gefið sig til kynna á neinn hátt og ekki gert neinn óskunda (sjá pistil 118, Lbl 2000;86:64). Um heitið **launkrabbamein** er ekki nema gott eitt að segja, en tillaga Bjarna Bjarnasonar, sem kynnt var í umræddum pistli, var **leynikrabbamein**.

Sinarbólga

Þýðandi nokkur var að fást við þýðingu af íslensku yfir á ensku og sendi tvö heiti úr lista yfir sjúkdóma, sem tiltekið lyf ætti að lækna, **sinabólga** og **sinaskeiðabólga**. Hafði þýðandinn fengið þær upplýsingar hjá lækni að sinar gætu ekki bólgnað og því væri ekki um tvö aðskilin fyrirbæri að ræða. Vildi þýðandinn samkvæmt því nota einungis eitt heiti á enskunni. Því var fljótsvarað að Íðorðasafn lækna geymdi bæði heitin, *sinarbólga* og *sinaskeiðarbólga (sinaslíðursbólga)*. Hið fyrra væri nefnt **tendinitis** eða **tendonitis** á fræðimálinu og hið síðara **tenosynovitis** eða **tendovaginitis**.

Háræðastjarna

Þá barst loks fyrirspurn frá tryggingarfélagi um hvernig þýða ætti **spider naevi**. Því var fljótsvarað að **spider naevus** (ft. naevi) væri lítil háræðameinsemd í húð, greinótt eða stjörnulaga, sem líktist svolítið kónguló (e. spider). Meinsemdin getur fundist í tengslum við lifrarsjúkdóm, sérstaklega skorpulifur. Íðorðasafn lækna nefnir hana *háræðastjörnu*.



Remeron • mirtazapin
Stuttur biðtími – Skjótvirk áhrif

Þegar þunglyndissjúklingi er gefið Remeron koma áhrif lyfsins mjög fljótt í ljós. Batamerki á þunglyndi koma fram þegar að viku liðinni.[1] Einu aukaverkanirnar sem greina má marktækt miðað við lyfleysu, eru munnþurrkur, svefnhöfgi, slen og aukin matarlyst/þyngd. Aukaverkanir svo sem ógleði, kynlífsdeyfð, þyngdartap og höfuðverkur hafa aðeins komið fram í klínískum rannsóknum í sama mæli og af lyfleysu.[2] Remeron er máttugt lyf gegn þunglyndi en fer mildum höndum um sjúklinginn.

Organon

REMERON (Organon, 950134)
TÖFLUR; N 06 A X 11

Hver tafla inniheldur: Mirtazapinum INN 30 mg. **Eiginleikar:** Mirtazapín er alfa$_2$ hemill með miðlæg presínaptísk áhrif sem auka noradrenvirk og serótónínvirk efni í miðtaugakerfi. Aukning sertónínvirks boðflutnings er aðallega vegna 5-HT$_1$-viðtækja þar sem 5-HT$_2$- og 5-HT$_3$-viðtæki blokkast af mirtazapíni. **Ábendingar:** Alvarlegt þunglyndi (major depression). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir mirtazapíni. **Varúð:** Fylgjast þarf grannt með meðferðinni hjá sjúklingum með eftirtalda sjúkdóma: Flogaveiki eða vefrænar heilaskemmdir. Skerta lifrar-, eða nýrnastarfsemi. Hjartasjúkdóma, svo sem leiðslutruflanir, hjartaöng og nýlegt hjartadrep. Lágan blóðþrýsting. Hætta skal meðferð ef gula kemur fram. Reynsla af notkun lyfsins hjá börnum er engin. Útskilnaður mirtazapíns getur minnkað hjá sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi og þarf að hafa þetta í huga ef mirtazapín er gefið slíkum sjúklingum. Eins og með önnur geðdeyfðarlyf skal gæta varúðar hjá sjúklingum með sykursýki, þvagteppu eða gláku. Sé langtíma lyfjameðferð skyndilega hætt geta komið fram fráhvarfseinkenni með ógleði og höfuðverk. Eldri sjúklingar eru oft næmari fyrir lyfinu, einkum með tilliti til aukaverkana. **Athugið:** Mirtazapín getur haft áhrif á viðbragðsflýti hjá hluta sjúklinga og ber að hafa það í huga við akstur bifreiða og stjórnun vélknúinna tækja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki gefið við slíkar aðstæður. **Aukaverkanir:** *Algengar (>1%): Almennar:* Þreyta, sljóleiki, einkum fyrstu vikur meðferðar. Aukin matarlyst og þyngdaraukning. ***Sjaldgæfar: (>0,1-1%): Lifur:*** Hækkuð lifrarenzým. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** *Almennar:* Bjúgur með þyngdaraukningu. *Blóð:* Fækkun á granulósýtum, kyrningahrap (agranulocytosis) *Æðakerfi:* Stöðubundinn lágþýstingur. *Miðtaugakerfi:* Krampar, vöðvatitringur, oflæti. *Húð:* Útbrot. **Milliverkanir:** Remeron á hvorki að nota samtímis MAO-hemjandi lyfjum né fyrr en 2 vikum eftir töku slíkra lyfja. Remeron getur aukið áhrif lyfja af benzódíazepínflokki. Varast ber að neyta áfengis samtímis töku lyfsins. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Töflurnar skal taka inn með nægjanlegum vökva. Þeim má skipta, en þær má ekki tyggja. Æskilegast er að taka lyfið inn fyrir svefn. **Fullorðnir:** Skammtastærðir eru einstaklingsbundnar. Venjulegur upphafsskammtur er 15 mg á dag. Oftast þarf að auka þann skammt til að ná æskilegum áhrifum. Venjulega liggur æskilegur skammtur á bilinu 15–45 mg/dag. **Eldri sjúklingar:** Sérstakrar varúðar skal gæta við að hækka skammta hjá mjög öldruðum sjúklingum. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum.

Pakkningar og verð 1. febrúar 2000:
Töflur 30 mg:
30 stk. (þynnupakkning) – 5.618 kr.
100 stk. (þynnupakkning) – 16.140 kr.
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt.
Greiðslufyrirkomulag: B

Heimilt er að afgreiða 100 daga lyfjaskammt.
Umboðs- og dreifingaraðili:
Pharmaco hf. Hörgatún 2, 210 Garðabæ.
Heimildir:

1. Bremner, James D., A double-blind comparison of Org. 3770, Amitriptyline and placebo in Major depression. J. Clin. Psych. 56: 11, Nov. 1995.
2. Montgomery S.A. Safety of mirtazapine: A review. Clin. Psyk. Vol. 10, suppl. 4. Dec. 1995.

REMERON MIRTAZAPIN
Máttugt & Milt

Faraldsfræði í dag
# p<0,05! Orsakasamband?



María Heimisdóttir
Netfang:
mariah@decode.is

Hagnýt túlkun læknisfræðilegra rannsókna beinist iðulega að því að meta hvort um orsakasamband sé að ræða. Leiðir meðferð A í raun til árangurs? Auka hárlitarefni í raun hættu á krabbameini? Orsakasamband er hins vegar ekki alltaf augljóst og þarf að meta aðrar mögulegar skýringar á niðurstöðunum.

Í síðustu dálkum hefur verið rætt um tölfræðilegan marktækileika niðurstaðna. Tölfræðilegur marktækileiki er nauðsynleg forsenda orsakasambands en er ekki nægileg sönnun þess. Til að kanna hvort um orsakasamband geti verið að ræða þarf einnig að útiloka aðrar „falskar" skýringar á niðurstöðunum, það er skekkju (bias) og röskun (confounding).

Tölfræðilegur marktækileiki er mælikvarði á hve líklegt er að ákveðnar niðurstöður stafi af tilviljun einni saman og þannig sé ekki um raunverulegt samband, hvað þá orsakasamband, að ræða. Auk tilviljana, geta skekkja og röskun einnig leitt til niðurstaðna þar sem atriði A og B virðast tengd hvoru öðru þó í reynd sé ekkert (eða takmarkað) samband þar á milli. Slíkt er nefnt sýndarsamband (spurious association). Talað er um skekkju þegar hönnun rannsóknar eða aðferðir við gagnasöfnun (eða gagnavinnslu) leiða til kerfisbundinnar villu í samanburði hópa þannig að niðurstöður rannsóknarinnar endurspegla ekki það ástand sem til staðar er í þýðinu almennt. Sem dæmi um skekkju má hugsa sér ferilrannsókn á sambandi sjúkdóms og umhverfisþátta. Ef beitt er næmari aðferðum til að greina sjúkdóminn meðal þeirra sem hafa verið útsettir fyrir umhverfisþættinum en hinna sem ekki er svo ástatt um, er líklegt að fleiri tilfelli greinist í fyrri hópnum, þó í raun sé sjúkdómurinn jafnalgengur í báðum hópunum. Röskun lýsir hins vegar brenglun á sambandi (áhættu)þátta og sjúkdóma (eða annarra útkoma, svo sem einkenna). Röskunin (eða brenglunin) stafar af áhrifum þriðja þáttarins, sem er tengdur áhættuþættinum en er jafnframt tengdur sjúkdómnum og er í raun oft sjálfstæður áhættuþáttur fyrir sjúkdóminn. Tengsl tóbaksreykinga, gulra fingra og lungnakrabbameins eru oft notuð sem dæmi um röskun. Gulir fingur eru mun algengari meðal einstaklinga með lungnakrabbamein en meðal heilbrigðra. Gulir fingur eru þó ekki orsök krabbans en eru nátengdir sterkasta áhættuþættinum, sígarettureykingum.

Ekki er víst að um orsakasamband sé að ræða þó tilviljun og sýndarsamband (skekkja og röskun) hafi verið útilokuð sem skýringar á niðurstöðunum. Útilokun þessara þátta bendir aðeins til þess að niðurstöðurnar séu „sannar", það er að þær endurspegli hið raunverulega samband til dæmis umhverfisþáttar og sjúkdóms í úrtakinu. Það samband getur þó átt sér aðrar skýringar en þær að umhverfisþátturinn leiði til sjúkdómsins, til dæmis getur verið að umhverfisþátturinn komi iðulega fyrir með sjúkdómum (correlation) án þess að valda honum. Fjölmörg skilmerki (criteria) eru notuð til að meta líkur á orsakasambandi en þau helstu tengjast styrk tengslanna, líffræðilegum grundvelli og samræmanleika við aðrar niðurstöður.

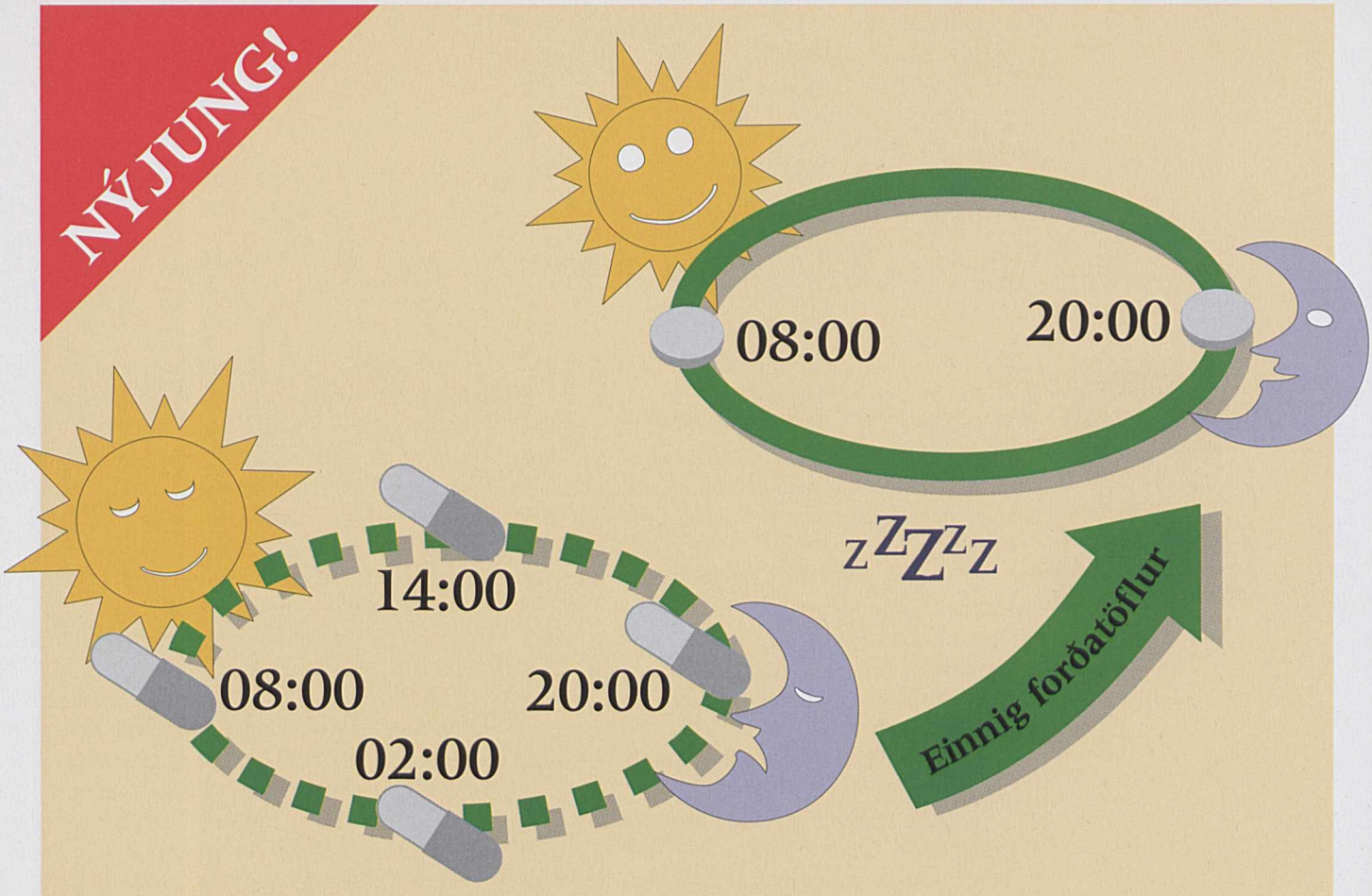
Með styrk tengsla er átt við stærð eða umfang niðurstaðna, svo sem hlutfallslegrar áhættu. Sem dæmi má nefna vel hannaða og framkvæmda ferilrannsókn (sýndarsamband ólíklegt) sem sýnir tölfræðilega marktæka tíföldun á hlutfallslegri áhættu. Þarna er orsakasamband mun líklegra en ef aðeins væri um tvöföldun á hlutfallslegri áhættu að ræða.

Með líffræðilegum grundvelli orsakasambands er átt við að þekktir líffræðilegir ferlar renni stoðum undir samband, til dæmis umhverfisþáttar og sjúkdóms. Sem dæmi má nefna að þekkt sé viðtæki á frumuhimni sem umhverfisþátturinn geti haft áhrif á og stuðlað að sjúkdómi.

Samræmanleiki við niðurstöður annarra rannsókna er mjög sterk vísbending um orsakasamband í faraldsfræðilegum rannsóknum. Niðurstöður faraldsfræðilegra rannsókna sem allar ber að sama brunni, þrátt fyrir að vera framkvæmdar á mismunandi tíma, á mismunandi hátt, undir ólíkum kringumstæðum og á ólíkum hópum, gefa mjög sterklega til kynna að um raunveruleg orsakatengsl sé að ræða. Slík fjölbreytni í aðferðafræði og aðstæðum gerir niðurstöðurnar (sem heild) að nokkru leyti sambærilegar þeim er byggjast á tilraunum og styður þannig orsakasamband.

Önnur skilmerki sem notuð eru til að meta hvort um orsakasamband geti verið að ræða eru til dæmis tímaröð og samband milli skammta og svörunar (dose-response relationship). Það að orsök komi á undan afleiðingu er nú ekki mikil speki en hins vegar er mikilvægt að hafa í huga að ákveðinn tími þarf að líða frá tilkomu orsakar og þar til afleiðingin kemur fram. Umhverfismengun í síðustu viku er ekki líkleg til að vera orsök langvinns sjúkdóms sem greinist í dag. Samband milli skammta og svörunar getur einnig verið mjög sterk vísbending um orsakatengsl. Aukin dánartíðni vegna hjartasjúkdóma eftir því sem fólk reykir meira styður þannig að um orsakatengsl sé að ræða.

NÝJUNG!



Tramadol hylki 3-4 sinnum á sólarhring

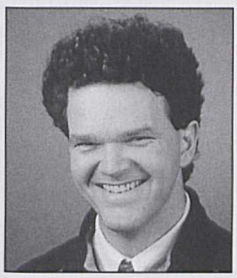
NOBLIGAN® RETARD

KVÖLDS OG MORGUNS

NOBLIGAN® RETARD TRAMADÓL

FORÐATÖFLUR: N 02 A X 02 (Nobligan retard) △ RE. Hver forðatafla inniheldur: Tramadolum INN, klóríð, 100 mg, 150 mg eða 200 mg. **Ábendingar:** Miklir eða meðalsvæsnir verkir. **Skammtar og lyfjagjöf:** Venjulegur upphafsskammtur er 100 mg tvisvar sinnum á dag, kvölds og morguns. Ef verkjastilling er ekki nægileg má breyta skammtinum í 150 mg eða 200 mg tvisvar sinnum á dag. Töflurnar á að gleypa heilar. Lyfið á ekki undir nokkrum kringumstæðum að nota lengur en nauðsynlegt er. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 15 ára. **Frábendingar:** Ekki má nota lyfið ef þekkt er ofnæmi fyrir tramadóli eða einhverju öðru innihaldsefni lyfsins, við bráða eitrun af völdum áfengis, svefnlyfja, deyfingarlyfja, ópíóíða eða geðlyfja og við samhliða notkun MAO-hemla eða ef slík lyf hafa verið tekin síðustu 14 dagana. Ekki má nota lyfið til að venja af notkun ávana- og fíkniefna. **Varnarorð og varúðarreglur:** Sérstakrar varúðar skal gæta við meðferð sjúklinga sem háðir eru ópíóíðum, sjúklinga með höfuðáverka, sjúklinga sem eru í losti eða með skerta meðvitund af óþekktum orsökum, sjúklinga með öndunartruflanir og við aðstæður þar sem þrýstingur innan höfuðkúpu er aukinn, Sjúklingar með flogaveiki eða með hættu á krampaflogum á ekki að meðhöndla með lyfinu nema í undantekningartilvikum. Tramadól hefur væg vanabindandi áhrif. Þol, andlegur og líkamlegur ávani getur myndast við langtímanotkun. Sjúklingum með tilhneigingu til misnotkunar eða ávana á einungis að gefa lyfið í skamman tíma og undir nákvæmu læknisefirliti. Tramadól er ekki ætlað sem stuðningslyf fyrir ópíóíðháða sjúklinga. **Milliverkanir:** Samhliða gjöf lyfsins og annarra lyfja sem virka á miðtaugakerfið, þ.á.m. alkóhóls getur aukið áhrif á miðtaugakerfið. Samhliða eða fyrri gjöf karbamazepíns (enzýmörvandi) getur dregið úr verkjastillandi áhrifum og stytt verkunartímann. Við samhliða gjöf sértækra serótónínblokka, þríhringlaga geðdeyfðarlyf, geðlyfja og krampastillandi lyfja getur tramadól valdið eða aukið hættu á krömpum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Reynsla af meðferð hjá þunguðum konum er takmörkuð og þess vegna eiga þungaða konur ekki að nota lyfið. Ekki er ráðlegt að nota lyfið við brjóstagjöf. **Áhrif á akstur og stjórnun vinnuvéla:** Lyfið getur dregið úr viðbragðsflýti einnig við venjulega skammta. **Aukaverkanir:** Ógleði og svimi koma oft fyrir (yfir 10%). *Algengar aukaverkanir (1-10%)* eru uppköst, hægðatregða, aukin svitamyndun, munnþurrkur, höfuðverkur og syfja. *Sjaldgæfar (<1%)* aukaverkanir eru áhrif á hjarta- og æðakerfi, köfnunartilfinning, erting í meltingarfærum og húðviðbrögð. *Í mjög sjaldgæfum tilvikum (<0,1%)* geta komið fram máttleysi, breytingar á matarlyst og truflanir á tæmingu þvagblöðru. Í einstaka tilvikum geta komið fram skapbreytingar, breytingar á virkni, breytingar á vitsmuna- og skyngetu, ofnæmisviðbrögð og bráðaofnæmi. Krampar, hækkun blóðþrýstings, hægur hjartsláttur, öndunarbæling og vanabinding. **Markaðsleyfishafi:** Grünenthal GmbH, Þýskalandi. **Umboðsaðili á Íslandi:** Pharmaco hf. Hörgatún 2, Garðabær. **Pakkningar og verð 1. janúar 2001:** Forðatöflur: 100 mg: 20 stk. (þynnupakkað) kr. 1.694,- ; 100 stk. (þynnupakkað) kr. 5.520,- ; 150 mg: 20 stk. (þynnupakkað) kr. 2.389,- ; 100 stk. (þynnupakkað) kr. 7.522,- ; 200 mg: 20 stk. (þynnupakkað) kr. 2.882,- ; 100 stk. (þynnupakkað) kr. 9.649,- Stytting á Sérlyfjaskrártexta 07.2000. Hæg er að nálgast Sérlyfjaskrártextann í fullri lengd hjá Lyfjaumboðsdeild Pharmacia, Pharmaco hf.

Með hellu og sjóveiki



Bjarni Jónasson

Sendið efni í anda læknaskops í **Broshornið**, Læknablaðinu, Hlíðasmára 8, 200 Kópavogi eða í bréfasíma 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.

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

Úr fötunum

Eldri kona kom til læknisins. Hann las yfir sjúkraskrá konunnar og sagði svo:

„Jæja, Guðrún mín, nú ætla ég að biðja þig að fara úr fötunum."

„Ég veit ekki hvort ég ætti nokkuð að vera að fara úr," sagði konan. „Maðurinn minn sálugi dó fyrir mörgum árum."

„Fyrirgefðu," sagði læknirinn, „en ég fæ ekki séð hvað það kemur málinu við. Ég bið þig vinsamlegast að fara úr fötunum."

„En læknir minn góður, ég hef lifað ein síðustu 15 árin."

„Guðrún mín, það skiptir ekki heldur neinu máli. Farðu nú úr fötunum og þá getum við hafist handa."

„Jæja, þá það," sagði konan, „en ég vara þig við. Þú ert að leika þér að eldi!"

Með hellu fyrir eyrum

Háls-, nef- og eyrnalæknirinn var að skoða konu á miðjum aldri, hún var búin að vera kvefuð í þrjár vikur og var komin með hellu fyrir eyrun. Læknirinn fann út að konan var með væga eyrnabólgu og ráðlagði henni að nota eyrnadropa úr því að bólgan væri svo lítil. Konan kom svo í annað sinn og loks í þriðja sinn á stuttum tíma og alltaf með hellu. Í þetta skipti hafði hún manninn sinn með sér.

„Ég er alveg að missa þolinmæðina. Nú verður þú að fara að gera eitthvað í málinu," sagði konan pirruð.

„Ég hef verið að reyna að gera það sem er þér fyrir bestu, frú mín góð," sagði læknirinn. Samt hef ég á tilfinningunni að þú sért óánægð með það sem ég hef gert fram að þessu."

Þegar hér var komið ræskti eiginmaðurinn sig, stóð upp og sagði:

„Það er svo undarlegt, læknir. Ég hef búið með henni í 18 ár og hef haft það sama á tilfinningunni allan tímann."

Eins og bjalla

Sjúklingurinn: „Ég get ekki losnað við þá undarlegu tilfinningu að ég sé bjalla."

Læknirinn: „Taktu þrjár af þessum töflum á dag og hringdu svo í mig, ef þú skánar ekki."

Af sjóveiki

Farþegi á skipi var illa haldinn af sjóveiki og leitaði því til skipslæknisins.

„Áttu ekki eitthvað til við þessum fjanda?" spurði farþeginn.

„Hafðu engar áhyggjur af þessu," sagði læknirinn. Það hefur aldrei neinn dáið úr sjóveiki."

„Þetta var illa sagt," stundi farþeginn. „Það hefur verið vonin um að deyja, sem hefur haldið í mér tórunni."

Hundatilfinning

Sjúklingurinn: „Ég verð nú að segja það læknir, að þessi tilfinning er orðin þreytandi að ég sé hundur."

Læknirinn: „Og hvað hefurðu haft þessa tilfinningu lengi ?"

Sjúklingurinn: „Ég er nú ekki alveg viss, en líklega frá því ég var hvolpur."

Skjálfandi hendur

Eldri karl, þrútinn í framan og angandi af brennivínslykt kom inn á heilsugæslustöð og bað um að fá að hitta lækni.

„Þú verður að hjálpa mér ljúfurinn því hendurnar á mér skjálfa svo rosalega."

„Hvernig er það eiginlega með þig maður, drekkurðu ekki dálítið ríflega?" spurði læknirinn.

„Nei," sagði maðurinn, „og það er nú einmitt vandamálið, að ég helli svo miklu niður."

Yfir og undir

Á röntgenstofu í borginni velta menn því fyrir sér hvernig þeim sjúklingum líði sem eru með „svima yfir höfði" og „verk undir ilinni". Allt er nú til!

Pipar og hnerri

Ung kona kom til læknis og bað um almenna læknisskoðun. Læknirinn fann ekkert athugavert og spurði hana hvort hún væri með áhyggjur út af einhverju sérstöku.

„Já, eiginlega er það dálítið sem ég er að velta fyrir mér," sagði konan.

„Og hvað er það?" spurði læknirinn.

„Í hvert skipti sem ég hnerra fæ ég kynferðislega örvun," sagði konan.

„Ja hérna," sagði læknirinn, „og hvað hefurðu gert við því?"

„Notað svartan pipar," svaraði konan.

ZOCOR
MSD, 890108; 890109; 940275; 970435. Töflur; C 10 AA 01

Virkt innihaldsefni: Simvastatinum INN 10mg, 20mg, 40mg eða 80 mg.

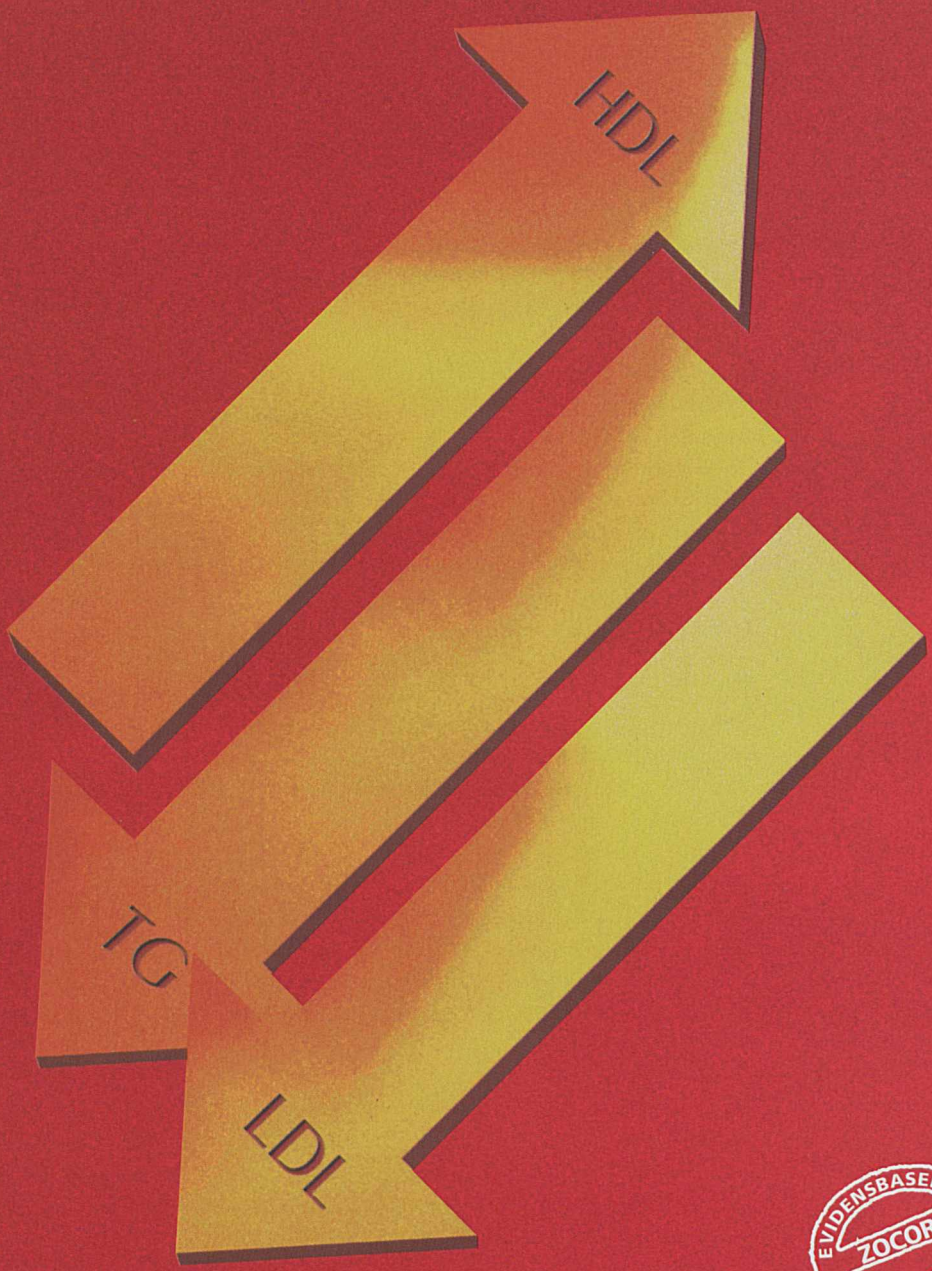
Ábendingar: Óhófleg blóðfituhækkun, þar á meðal lyrsta stigs kólesterólhækkun, arfhrein ættbundin kólesterólhækkun, og blönduð blóðfituhækkun þegar sérstakt fitusnauit mataræði hefur ekki borið tilætlaðan árangur. Meðferð á sjúklingum með kransæðasjúkdóma til að auka lífslíkur og minnka hættu á hjartaáfalli, heilablóðfalli og skammvinnri blóðþurrð í heila. Þá má minnka þörf á hjáveituaðgerðum og kransæðavíkkun og hægа 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 transaminasar í blóði af óþekktri orsök. Samhliða gjöf mibefradils (afskráð lyf) sem er kalsíumblokkari úr tetralólflokki. **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 vöðaverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatinkínasa (>10 x eðlileg efri mörk). Rákvöðavasundrun, 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 gemfibrózil og önnur fibröt 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 cýklósporín, fibröt 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. cýklósporíni; 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 prólanir 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 lengið 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, upplýst 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, blóðflagnatæð, eósínfíklafjölð, hækkað sökk, liðbólga, liðverkur, ofsakláði, ljósnæmi, hiti, kinnroði, andnauð og lympa.

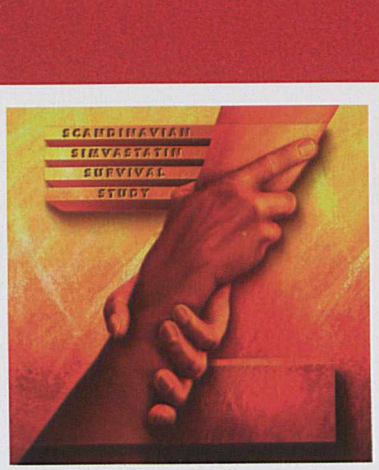
Milliverkanir: Gæta skal varúðar við samhliða notkun ZOCORs og lyfja sem markvækt hindra cytokróm P450 3A4 (svo sem cíklósporíns, mibefradils, azól-sveppalyfjanna ítrakónazóls og ketókónazóls, makrólíð-sýklalyfjanna erýtrómýcíns og klaritrómýcíns og þunglyndislyfsins nefazódóns) eða fibrata eða níacins. ZOCOR eykur áhrif kúmarín-segavarnarlyfja og því ætti prótrombíntíminn að vera ákvarðaður áður en ZOCOR meðferð er hafin og nógu oft í upphafi meðferðar til að tryggja að engin marktæk breyting á próthrombíntíma 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 skamm, 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 árangursríkt eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem tá cíklósporín, fibröt 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, 2000), afgreiðsla og greiðsluþátttaka:** Töflur 10mg: 28 stk. Verð: 3414 kr. 98 stk. Verð: 9935 kr Töflur 20mg: 28 stk.. Verð: 5196 kr. 98 stk.. Verð: 15520 kr Töflur 40mg: 28 stk. Verð: 5938 kr. 98 stk. Verð: 18386 kr Töflur 80 mg: 28 stk. Verð: 7567 kr. 98 stk. Verð: 23610 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþáttaka:** 0 **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Tilvitnanir: **1** Scandinavian Simvastatin Sur-vival Study Group: *Randomised trial of chole-sterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvasta-tin Survival Study (4S).* Lancet 344(8934): 1383-1389, 1994 **2** Kjekshus J et al: Reducing the risk of coronary events: Evidence from the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Am J Cardiol 76(9): 64C-68C, 1995 **3** Pedersen TR et al: Safety and tolerability of cholesterol lowering with simvastation over 5 years in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Arch Intern Med 156: 2085-2092, 1996 **4** Pyörälä K et al: Choleste-rol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease: A subgroup analysis of *the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S).* Diabetes Care 20(4): 614-620, 1997

ÞRÍÞÆTT ÁHRIF



E VIDENSBASERET ZOCOR® MEDICIN



ZOCOR®* (SIMVASTATIN, MSD)
20-40 mg
Eykur lífslíkur
- eins og sýnt var í 4S[1,2,3,4]

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

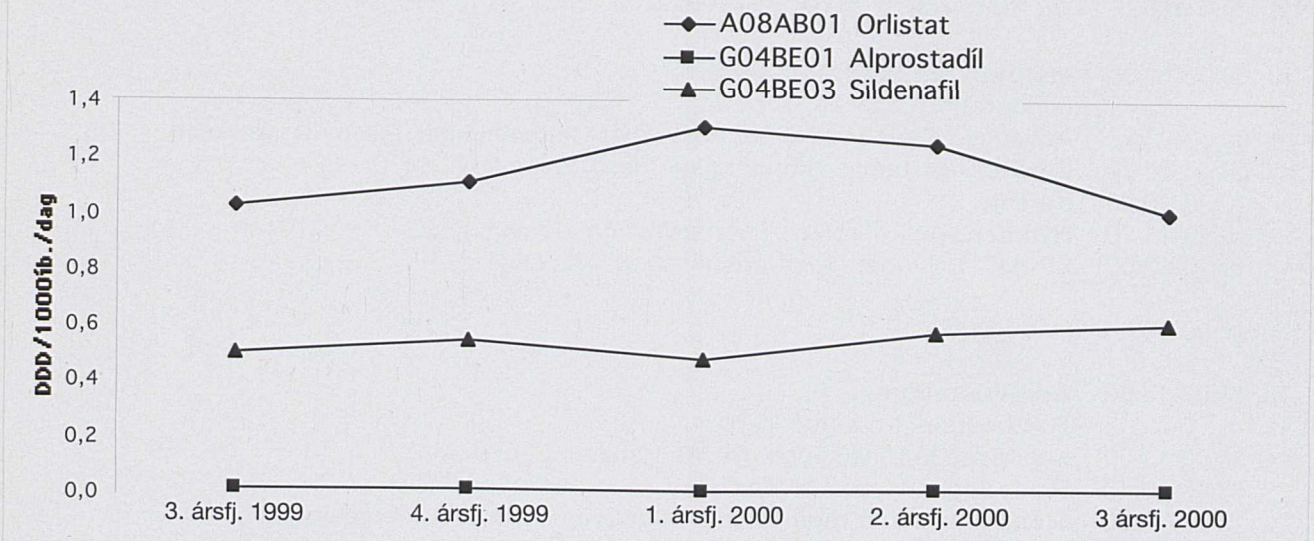
* Skráð vörumerki hjá Merck & Co., INC, Whitehouse Station, N.j., USA

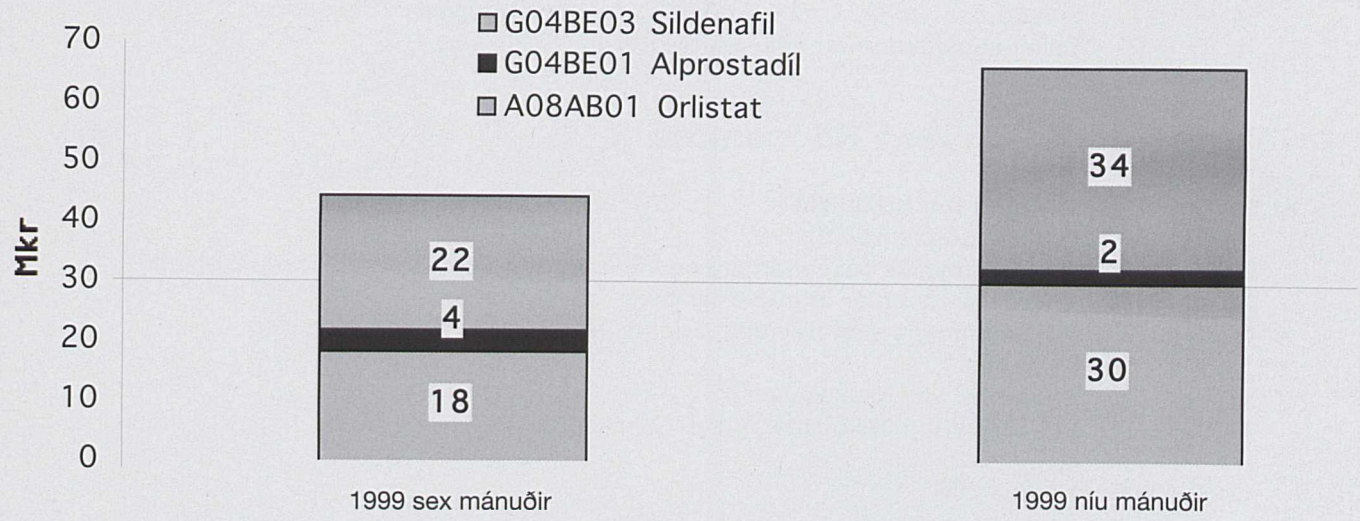
09-2001-ZCR-00-SCAN-(DK)-001-J/M

Lyfjamál 91

Það hefur lengi verið sagt, að Íslendingar séu fljótir að tileinka sér nýjungar og á þetta við um lyf eins og margt annað. Á síðustu árum hafa bæst við nokkur ný lyf sem sumir kalla „lífsstílslyf". Þar er þá átt við að þau séu að sumra dómi ef til vill ekki lífsnauðsynleg, en hafi engu að síður áhrif til að bæta líf okkar á einhvern hátt. Lítum nánar á þrjú slík, orlistat við offitu, alprostadil og sildenafil við stinningarvanda. Orlistat og sildenafil fengu markaðsleyfi 1.7. 1999 en alprostadil 1.4. 1998. Öll voru þessi lyf þó eitthvað komin í notkun hér áður en markaðsleyfi komu til. Á tímabilinu frá júlí 1999 til september 2000 er kostnaður vegna þessara þriggja lyfja 110 milljónir króna (hámarksapóteksverð með vsk).

Ef við gerum ráð fyrir að stinnigarlyfin séu aðeins notuð af körlum eldri en 18 ára (100 425 í desember 1999) þá eru 173 karlmenn að nota slík lyf daglega allt árið.





Læknadagar 15.-19. janúar 2001

Fræðslustofnun lækna

Dagskrá
Símenntunarnámskeið fyrir alla lækna, framhaldsmenntunarnámskeið fyrir deildarlækna og unglækna.

Framhaldsmenntunarráð læknadeildar

Staður: Mánudagur og þriðjudagur í Hlíðasmára 8, Kópavogi
Miðvikudagur, fimmtudagur og föstudagur á Grand hóteli, Reykjavík

Skráning hefst 5. janúar hjá Margréti Aðalsteinsdóttur á skrifstofu læknafélaganna í síma 564 4100. Einnig geta þeir sem sækja aðeins hluta námskeiðsins skráð sig á staðnum.

Þátttökugjald er ekkert.

Mánudagur 15. janúar í Hlíðasmára 8

Kl. 09:00-12:00	**Málþing um bráðalækningar**
	Fundarstjóri: Hannes Petersen
09:00-09:40	**Advanced Cardiac Live Support - nýjar leiðbeiningar:** Gestur Þorgeirsson
09:40-10:20	**Bradycardia/block - greining, meðferð:** Davíð O. Arnar
10:20-10:40	**Kaffihlé**
10:40-11:20	**Hypotension - meðferð, hvenær/hvaða æðavirk lyf:** Gísli Sigurðsson
11:20-12:00	**Stroke - nýjungar í meðferð:** Finnbogi Jakobsson
12:00-13:00	**Hádegishlé**
Kl. 13:00-14:00	**Augnlækningar**
	Fundarstjóri: Þórir Auðólfsson
13:00-13:20	**Fyrsta meðferð við augnslysum:** Haraldur Sigurðsson
13:20-13:40	**Rautt auga**: Kristján Þórðarson
13:40-14:00	**Sjónlagsaðgerðir með laser:** Þórður Sverrisson, Eiríkur Þorgeirsson
14:00-14:30	**Kaffihlé**
Kl. 14:30-15:50	**Almennar skurðlækningar**
	Fundarstjóri: Þórir Auðólfsson
14:30-15:10	**Sjúkdómar í endaþarmi - skoðun og meðferð:** Tryggvi B. Stefánsson
15:10-15:50	**Gallsteinasjúkdómar:** Páll Helgi Möller

Þriðjudagur 16. janúar í Hlíðasmára 8

Kl. 09:00-12:00	**Málþing um bakverki**
	Fundarstjóri: Jósep Blöndal
09:00-09:30	**Birtingarmyndir bakvandmála og yfirlit yfir meðferðarúræði:** Jósep Blöndal
09:30-10:00	**Brjósklos - hvenær er aðgerðar þörf:** Aron Björnsson
10:00-10:30	**Bakspengingar - ábendingar:** Halldór Jónsson
10:30-11:00	**Kaffihlé**
11:00-11:30	**Bakteríur:** Már Kristjánsson
11:30-12:00	**Bakverkur gigtlæknisins:** Árni J. Geirsson
12:00-13:00	**Hádegishlé**
Kl. 13:00-16:30	**Málþing um klínískar rannsóknir**
	Fundarstjóri: Gunnar Bjarni Ragnarsson
13:00-13:40	**Lungnarek:** Óskar Einarsson

13:40-14:10 **Blóðstrok:** Jóhanna Björnsdóttir
14:10-14:40 **Þvagskoðun:** Runólfur Pálsson
14:40-15:00 Kaffihlé
15:00-15:30 **Smásæjar verur:** Magnús Gottfreðsson
15:30-16:00 **Innkirtlapróf:** Rafn Benediktsson
16:00-16:30 **Hagnýt notkun gigtarprófa:** Arnór Víkingsson

Miðvikudagur 17. janúar á Grand hóteli Reykjavík Í Gullteigi

Í Gullteig

Kl. 09:00-12:00 Málþing: Gigt
Fundarstjóri: Arnór Víkingsson
09:10-09:30 **Liðbólgur í gigt:** Árni Jón Geirsson
09:30-10:00 **Húðútbrot í gigt:** Arnór Víkingsson
10:00-10:30 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
10:30-11:00 **Augað í gigt:** Björn Guðbjörnsson
11:00-11:30 **Greining gigtarsjúkdóma og nýjungar í meðferð:** Helgi Jónsson
11:30-12:00 **Nýjungar í meðferð liðagigtar:** Kristján Steinsson
Málþingið er styrkt af *Aventis*

Í Hvammi

Kl. 09:00-12:00 Málþing: Nýrnavernd - hvað hefur áhrif í langvinnri nýrnabilun
Fundarstjóri: Magnús Böðvarsson
09:00-09:05 **Inngangur:** Magnús Böðvarsson
09:05-09:40 **Þáttur háþrýstings:** Magnús Böðvarsson
09:40-10:15 **Brenglun blóðfitunnar:** Margrét Árnadóttir
10:15-10:45 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
10:45-11:20 **Þýðing prótínmigu:** Margrét B. Andrésdóttir
11:20-11:55 **Máttur mataræðis:** Ólafur S. Indriðason
11:55-12:00 **Lokaorð:** Magnús Böðvarsson

Í Dal

Kl. 09:00-12:00 Kirurgia minor - vinnubúðir
Rafn Ragnarsson, Tómas Jónsson, Ólafur Einarsson, Guðmundur Már Stefánsson
Hámarksfjöldi þátttakenda er 20. **Skráning er nauðsynleg**
Kaffi, lyfja- og áhaldasýning

Í Galleríi

Kl. 10:30-12:00 Astmakennd einkenni án astma - samræðufundur
Eyþór Björnsson, Þórarinn Gíslason
Hámarksfjöldi þátttakenda er 20. **Skráning er nauðsynleg**

Kl. 12:00-13:00 **Hádegishlé**
Hádegisverðarfundir

Í Hvammi

Kl. 13:00-16:00 Málþing: Faraldsfræði kransæðasjúkdóma á Íslandi; áhættuþættir og áhættumat
Fundarstjóri: Guðmundur Þorgeirsson
13:00-13:20 **Breytingar á tíðni kransæðasjúkdóma á Íslandi:** Nikulás Sigfússon
13:20-13:40 **Reykingar og kransæðasjúkdómar:** Gunnar Sigurðsson
13:40-14:00 **Líkamshreyfing og kransæðasjúkdómar:** Uggi Agnarsson
14:00-14:20 **Ættlæg blóðfituhækkun á Íslandi:** Bolli Þórsson
14:20-14:50 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
14:50-15:10 **Íslenskt mataræði:** Laufey Steingrímsdóttir forstöðumaður Manneldisráðs

Kl. 12:00-13:00
Hádegisverðarfundir:
60 ára karlmaður með fastandi 8,0 mmol, mittismál 110 cm og þyngdarstuðul 33. Hvað er til ráða? Gunnar Valtýsson
Getnaðarvarnir og vandamál tengd þeim: Karl Ólafsson
Bráð geðvandamál: Kristófer Þorleifsson
Notkun kviðsjár við greiningu á bráðum kviðverkjum: Sigurður Blöndal
Léttur málsverður er innifalinn Hámarksfjöldi þátttakenda er 12. **Skráning er nauðsynleg.**
Fundirnir eru styrktir af **GlaxoSmithKline**

15:10-15:30 **Offita, áhættuþættir og kransæðasjúkdómar:** Emil Sigurðsson
15:30-16:00 **Nýtt tölvutækt áhættumat fyrir kransæðasjúkdóma, byggt á Hóprannsókn Hjartaverndar:** Vilmundur Guðnason
Tölvudiskum verður dreift á fundinum

Í Gullteigi

Kl. 13:00-18:00 **Málþing: Siðfræði fósturgreiningar snemma í meðgöngu með áherslu á Downs heilkenni**
Fundarstjórar: Þórir B. Kolbeinsson, Sigríður Sía Jónsdóttir yfirljósmóðir
13:00-13:20 **Inngangsorð og kynning:** Jóhann Ág. Sigurðsson, Ástríður Stefánsdóttir
Downs heilkenni, algengasti litningargalli lifandi fæddra barna
13:20-13:30 **Hvað er Downs heilkenni?:** Sólveig Sigurðardóttir
13:30-13:45 **Að eignast og eiga barn með Downs heilkenni - saga foreldra:** Indriði Björnsson tölvunarfræðingur
13:45-14:05 **Upplifun fagfólks á einstaklingi með Downs heilkenni og fjölskyldu hans:** Friðrik Sigurðsson þroskaþjálfi, Maggý Magnúsdóttir félagsráðgjafi
14:05-14:15 **Spurningar og umræður**

Snemmgreining og úrlausnir
14:15-14:30 **Greining á fósturgöllum snemma í meðgöngu:** Hildur Harðardóttir
14:30-14:45 **Úrlausnir eftir greiningu:** Hulda Hjartardóttir
14:45-15:05 **Ákvarðanataka eftir greiningu fósturgalla - hvað er vitað um valið og langtíma úrvinnslu?:** Álfheiður Árnadóttir ljósmóðir, Sigríður Haraldsdóttir ljósmóðir
15:05-15:10 **Spurningar og umræður**
15:10-15:40 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**

Siðfræðilegar og heimspekilegar hugleiðingar
15:40-16:05 **Af hverju vilja þungaðar konur fara í ómskoðun? Upplýst val - ráðgjöf fyrir ómskoðun:** Hildur Kristjánsdóttir ljósmóðir, Kristín Rut Haraldsdóttir ljósmóðir
16:05-16:20 **Er valið frjálst? Ábyrgð einstaklinga og heilbrigðisstarfsfólks:** Pétur Pétursson
16:20-16:40 **Falsk jákvæð/neikvæð svör - áhrif á tengsl móður og fósturs:** Linn Getz
16:40-17:00 **Eftirlitssamfélagið og einstaklingurinn:** Vilhjálmur Árnason prófessor í heimspeki
17:00-17:20 **Er eitthvað heilagt í lífinu?:** Sólveig Lára Guðmundsdóttir prestur
17:20-17:35 **Að lifa lífinu ...:** Einar Már Guðmundsson rithöfundur
17:35 **Almennar umræður. Hvað hefur gerst á fundinum?:** Arnar Hauksson, Katrín Fjeldsted

Þingið er í umsjón Félags íslenskra heimilislækna, Ljósmæðrafélags Íslands, heimilislæknisfræði Háskóla Íslands, Miðstöðvar mæðraverndar, **í samvinnu við** Siðfræðistofnun Háskóla Íslands, landlæknisembættið, fósturgreiningardeild kvennadeildar

Í Galleríi

Kl. 13:00-15:00 **Málþing: Notkun karlhormóna í læknisfræði**
Fundarstjóri: Ari Jóhannesson
13:00-13:40 **Orsakir og meðferð á hypogenadismus hjá drengjum og ungum körlum:** Árni V. Þórsson
13:40-14:20 **Hefðbundin og ný andrógenmeðferð hjá fullorðnum körlum:** Ari Jóhannesson
14:20-15:00 **Andrógenmeðferð hjá konum:** Jens A. Guðmundsson

Í Hvammi

Kl. 16:00-18:00 **Samhliðafundur: Meðferð á sýrutengdum vandamálum**
Málþing á vegum *Astra Zeneca*
Sjá auglýsingu aftast í dagskránni

Fimmtudagur 18. janúar á Grand hóteli Reykjavík

Í Gullteigi

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Svimi og jafnvægistruflanir**
Fundarstjóri: Hannes Petersen
09:00-09:05 **Inngangur. Yfirlit dagskrár og kynning:** Hannes Petersen
09:05-09:40 **Postural Control - saga rannsókna og stærðfræðilegur bakgrunnur. Klínísk tenging:** Rolf Johansson prófessor við Tækniháskólann í Lundi
09:40-10:05 **Uppvinnsla svimasjúklinga - hvað stendur til boða hér á landi:** Sigurður Stefánsson
10:05-10:35 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
10:35-11:00 **Þegar stöðustjórnun brestur. Í elli dregur úr getu stöðustjórnunar og jafnvægi þverr:** Ella K. Kristinsdóttir sjúkraþjálfari
11:00-11:30 **Algengir svimasjúkdómar. Greining og meðferð algengustu svimasjúkdóma svo sem Vestibularneuritis, BPPV, Menieres, Cervical vertigo, Postural phobic vertigo:** Måns Magnusson prófessor við Háskólasjúkrahúsið í Lundi
11:30-12:00 **Pallborðsumræður**
Málþingið er styrkt af *Novartis*

Í Galleríi

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Nýjungar í meinafræði**
Fundarstjóri: Ásbjörn Sigfússon
09:00-09:30 **Homocystein í hjartasjúkdómum:** Vilmundur Guðnason
09:30-10:00 **Líffæraflutningar hjarta og lungna frá sjónarhóli meinafræðings:** Vigdís Pétursdóttir
10:00-10:30 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
10:30-11:00 **Mannose-binding lectin - hlutverk og afleiðingar skorts:** Helgi Valdimarsson
11:00-11:30 **Chlamydia - þögli faraldurinn:** Kristín Jónsdóttir meinatæknir
11:30-12:00 **Príon sjúkdómar:** Guðmundur Georgsson

Í Hvammi

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Meðferð geðraskana barna og unglinga**
Fundarstjóri: Dagbjörg Sigurðardóttir
09:00-09:45 **Þáttur foreldra við lausn á vanda ofvirkra barna:** Urður Njarðvík sálfræðingur
09:45-10:10 **Lyfjameðferð við athyglisbresti með ofvirkni:** Ólafur Ó. Guðmundsson
10:10-10:40 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
10:40-11:05 **Meðferð þunglyndis hjá börnum og unglingum:** Dagbjörg Sigurðardóttir
11:05-11:45 **Emergency requests and acute admissions in adoliscent psychiatry:** Bertrand Lauth
1:45-12:00 **Umræður**

12:00-13:00 **Hádegishlé**
Hádegisverðarfundir

Kl. 12:00-13:00
Hádegisverðarfundir:
Ofnæmi hjá börnum: Sigurður Kristjánsson
Mikið veikur sjúklingur með sepsis: Anna Þórisdóttir
Skútabólgur, sýklalyfjameðferð eða ekki: Vilhjálmur Ari Arason
Lesið úr Spírómetríu: Dóra Lúðvíksdóttir
Léttur málsverður innifalinn. Hámarksfjöldi þátttakenda er 12. **Skráning er nauðsynleg.**
Fundirnir eru styrktir af **Glaxo SmithKline ehf.**

Í Gullteigi

Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Verkir og verkjameðferð**
Fundarstjóri: Stefán Yngvason
13:00-13:30 **Sjónarmið endurhæfingarlæknis:** Magnús Ólason
13:30-14:00 **Sjónarmið bæklunarlæknis:** Brynjólfur Y. Jónsson
14:00-14:30 **Sjónarmið verkjateymis Landspítalans:** Sigurður Árnason
14:30-15:00 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
15:00-15:30 **Sjónarmið heilsugæslulæknis:** Ingólfur Kristjánsson
15:30-16:00 **Pallborðsumræður**

Í Hvammi

Kl. 13:00-16:30 **Málþing: Reykingar og tóbaksvarnir**
Fundarstjórar: Friðbjörn Sigurðsson, Gunnar Guðmundsson

13:00-13:50 **Smoking cessation - Treatment options and the importance of the doctor's motivation:** Dr Chris Steele, GP and media doctor, The Smoking Clinic, University of South Manchester, Bretlandi

14:20-15:30 **Tóbaksfíkn - Hverjir bjóða meðferð? - Stutt kynning frá nokkrum aðilum:** Meðferðaráætlun, kostnaður, árangur og fleira.
-Vífilsstaðir
-Reykjalundur
-Heilsustofnun NLFÍ í Hveragerði
-Heilsuverndarstöð Reykjavíkur
-Krabbameinsfélag Íslands
-Ráðgjöf í reykbindindi á Húsavík
Fyrirlesarar kynntir síðar

15:10-15:30 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**

15:30-15:45 **Reyklaust sjúkrahús - hvernig gengur?** Björn Magnússon

15:45-16:00 **Stefna stjórnvalda í tóbaksvörnum**

16:00-16:30 **Pallborðsumræður:** Sigurður Guðmundsson landlæknir, Guðrún Agnarsdóttir, Björn Magnússon, Pétur Heimisson
Málþingið er styrkt af *GlaxoSmithKline*

Í Dal

Kl. 13:00-16:00 **Verkleg blóðfræði - vinnubúðir**
Stjórnendur eru starfandi blóðfræðingar.
Hvaða gagn er hægt að hafa af skoðun á blóðstroki?
Ábendingar fyrir mergrannsókn. Blóð og mergstrok skoðuð.
Fjöldi þátttakenda er takmarkaður. **Skráning er nauðsynleg**
Kaffi, lyfja- og áhaldasýning

Í Galleríi

Kl. 13:00-14:30 **Dysphagia. Greining og meðferð**
Vandamiðaður samræðufundur: Kristján Guðmundsson

13:00-13:45 **Kona með kökk**

13:45-14:30 **Kyngingarörðugleikar afa**
Hámarksfjöldi þátttakenda 20. **Skráning er nauðsynleg**

Í Háteigi

Kl. 13:00-14:30 **Hlutverk læknisins í líknarmeðferð - samræðufundur:**
Valgerður Sigurðardóttir, Jón Eyjólfur Jónsson
Hámarksfjöldi þátttakenda er 20. **Skráning er nauðsynleg**

Í Galleríi

Kl. 15:00-16:00 **Sóttvarnir. Hvaða hættur stafa af farsóttum sem berast frá útlöndum:**
Haraldur Briem

Í Gullteigi

Kl. 16:00-18:00 **Málþing: Læknar og fjölmiðlar**
Málþing á vegum Læknafélags Íslands.
Umsjón: Elín Hirst fréttamaður
Dagskráin verður nánar auglýst síðar

Föstudagur 19. janúar á Grand hóteli Reykjavík

Í Galleríi

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Þunglyndi, afleiðingar og geðlyfjanotkun**
Fundarstjóri: Kristinn Tómasson

09:00-09:45 **Long-Term Prognosis in the Affective Disorders: What Have the Prospective Studies Shown Us?**: William Coryell Department of Psychiatry, College of Medicine, University of Iowa

09:45-10:30 **Predictors of Particular Outcomes in the Affective Disorders:** William Coryell
10:30-11:00 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
11:00-12:00 **Ávísanir á þunglyndislyf. Breytingar á liðnum árum:** Tómas Helgason

Í Gullteigi

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Meltingafæravandamál hjá börnum**
Fundarstjóri: Úlfur Agnarsson
09:00-09:40 **Kviðverkir hjá börnum:** Luther Sigurðsson
09:40-10:15 **Vélindabakflæði:** Sigurður Þorgrímsson
10:15-10:45 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
Fundarstjóri: Luther Sigurðsson
10:45-11:20 **Glúteinóþol:** Gestur I. Pálsson
11:20-12:00 **Langvarandi niðurgangur:** Úlfur Agnarsson

Í Hvammi

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Heilabilun meðal aldraða**
Fundarstjóri: Pálmi V. Jónsson
09:00-09:35 **Arfgeng heilabilun (Heredity and Dementia):** Matti Viitanen Tromsö University, Noregi
09:35-09:55 **Æðavitglöp (Vascular Dementia):** Björn Einarsson
09:55-10:15 **Heilabilun á hjúkrunarheimilum (Dementia in Nursing Homes):** Ársæll Jónsson
10:15-10:45 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
10:45-11:05 **Nýjungar í lyfjameðferð á heilabilun (Advances in drug treatment of dementia):** Arna Rún Óskarsdóttir
11:05-11:25 **Atferlis- og geðraskanir í heilabilun (Behavioral Psycholigical Symptoms in Dementia):** Jón Snædal
11:25-12:00 **Akstur og heilabilun (Driving and Dementia):** Matti Viitanen
Málþingið er styrkt af *Janssen-Cilag*

12:00-13:00 **Hádegishlé**
Hádegisverðarfundir

Kl. 12:00-13:00
Hádegisverðarfundir:
Landsbyggðalækningar: Gísli Auðunsson
Gigtarvandamál: Sjúkratilfelli rædd: Björn Guðbjörnsson
Léttur málsverður er innifalinn. Hámarksfjöldi þátttakenda er 12. **Skráning er nauðsynleg.**
Fundirnir eru styrktir af ***Glaxo SmithKline***

Í Dal

Kl. 13:00-14:00 **Að hrista kvarnirnar. Algengustu meðferðarúrræði við góðkynja stöðusvima:** Måns Magnusson prófessor frá Lundi. Fundurinn er á ensku og styrktur af *Novartis*

Kl. 14:00-16:00 **Klínískur fundur: CT til greiningar á brjósthols- og kviðarholssjúkdómum - sjúkdómstilfelli rædd:** Ólafur Baldursson, Ólafur Kjartansson, Hjörtur Gíslason

Í Galleríi

Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Þungun, sykur, fita og blóðþrýstingur**
Fundarstjóri: Alexander Smárason
13:00-13:10 **Inngangsorð. Frá sykri til meðgöngueitrunar:** Reynir Tómas Geirsson
13:10-13:30 **Greining og meðferð meðgöngusykursýki, ný viðmið og skilgreiningar:** Ástráður B. Hreiðarsson
13:30-13:50 **Fæðingafræðilegt eftirlit með konum sem fá sykursýki í meðgöngu:** Hildur Harðardóttir
14:50-14:15 **Umræður: Eru sykurvandamálin að aukast, eru fleiri þungar konur vandamál, er áhætta í meðgöngusykursýki raunveruleg og hverju tengist hún?**
14:15-14:45 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
14:45-15:05 **Má tengja sykur- og fituefnaskiptin við háan blóðþrýsting?** Reynir Tómas Geirsson

15:05-15:30 **Maternal nutrition, oxidative stress and hypertension in pregnancy:** Tore Henriksen prófessor Osló
15:30-16:00 **Umræður**

Í Hvammi
Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Stoðkerfisvandamál - staðan nú og horft til framtíðar. Í tilefni upphafs beina- og liðaáratugarins**
Fundarstjóri: Grétar Ottó Róbertsson
13:00-13:40 **Cost-benefit of Orthopaedic surgery with special reference to hip fractures:** Olle Svensson dósent í bæklunarskurðlækningum við Háskólasjúkrahúsið í Huddinge
13:40-14:00 **Beinþynning. Ástand og horfur:** Björn Guðbjörnsson
14:00-14:20 **Áætluð þörf á gerviliðaaðgerðum á Íslandi næstu 15 árin:** Þorvaldur Ingvarsson
14:20-14:50 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
14:50-15:10 **Meðferð gigtarsjúkdóma: Framtíðarsýn:** Kristján Steinsson
15:10-16:00 **Pallborðsumræður**, nánar auglýst síðar

Í Gullteigi
Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Taugasjúkdómar og taugahrörnun**
Fundarstjóri: Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir
13.00-13:40 **How to diagnose Parkinson´s disease and parkinson syndromes:** Dr. Huw Morris frá The National Hospital for Neurology and Neurosurgery, Queen Square, London
13:40-14:20 **The genetics of neurodegenerative diseases such as Parkinson´s disease and Alzheimer´s disease:** John Hardy Director of the Center for Neuroscience, Mayo Clinic Jacksonville, USA
14:20-14:50 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
Fundarstjóri: Finnbogi Jakobsson
14:50-15:20 **Áhrif floga og flogalyfja á vitræna starfsemi:** Elías Ólafsson
15:20-15:50 **Meingerð Alzheimer sjúkdóms og annarra hrörnunar/heilabilunarsjúkdóma:** Hannes Blöndal
15:50-16:00 **Fyrirspurnir**
Fundurinn er styrktur af *GlaxoSmithKline*

Í Gullteigi
Kl. 16:00-17:00 **Sannar ýkjur:** Lýður Árnason

Kl. 17:00 **Kokdillir í boði** *GlaxoSmithKline*

Samhliða málþing miðvikudaginn 17. janúar kl. 16:00-18:00
í Hvammi á Grand hóteli Reykjavík, í boði *AstraZeneca:*

Meðferð á sýrutengdum vandamálum
Fundarstjóri: Hallgrímur Guðjónsson
16:00 -16:30 **Nýir og gamlir prótónpumpuhemlar. Nexium: hver er ávinningurinn?** Bjarni Þjóðleifsson
16:30 -18:00 **Meðferð á sýrutengdum sjúkdómum verður kynnt með stuttum sjúkrasögum og erindum:**
1. Einkenni bakflæðis utan vélinda: Kjartan Örvar
2. Starfrænar meltingartruflanir: Sigurbjörn Birgisson
3. Vandamál frá meltingarvegi tengd gigtarlyfjum: Bjarni Þjóðleifsson

AstraZeneca býður til kvöldverðar á Grand hóteli að fundi loknum.

Lyfja- og áhaldasýning á Læknadögum

Lyfja- og áhaldasýning er haldin í tengslum við Læknadaga á Grand hóteli, miðvikudag, fimmtudag og föstudag frá kl. 09:00-16:00 og er hún opin öllum læknum.
Eftirtaldir aðilar eiga þátt í sýningunni:

A. Karlsson
Austurbakki
Delta
Farmasía
GlaxoSmithKline
Glóbus
Ísfarm
Omega Farma
Pharmaco:
- Agilent Technology
- AstraZeneca
- Aventis
- Bayer
- Bristol-Myers Squibb
- Convatec
- Ferring
- Lövens
- Novo Nordisk
- Nycomed
- Organon
- Pharmacia
- Pfizer
- 3M Pharma

Thorarensen Lyf:
- Dumex-Alpharma
- Janssen-Cilag
- Norpharma
- Novartis
- Roche
- Sanofi-Synthelabo
- Schering



Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Sværfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands árið 2001

verður haldið á Grand hótel Reykjavík fimmtudaginn 5. og föstudaginn 6. apríl. Á fimmtudeginum verða flutt frjáls erindi og kynnt veggspjöld. Á föstudeginum verða aðalfundir Skurðlæknafélags Íslands og Sværfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands og önnur mál tengd skurðlækningum og sværfingum.

Ágrip erinda skulu berast fyrir 1. febrúar til Margrétar Aðalsteinsdóttur hjá Fræðslustofnun lækna, með tölvupósti eða á disklingi, sjá nánari upplýsingar hér að neðan.
Þau ágrip sem vísindanefnd félaganna samþykkir til flutnings á þinginu verða birt í Læknablaðinu. Vísindanefnd áskilur sér rétt til að hafna innsendum ágripum.

Við ritun ágripa skulu eftirtalin atriði koma fram í þeirri röð sem hér segir:
* Titill ágrips, nöfn og vinnustaður höfunda, inngangur, efniviður og aðferðir, niðurstöður og ályktanir.
* Nafn flytjanda skal feitletrað.
* Hámarkslengd ágripa er 1800 letureiningar (characters).
* Ágrip skulu skrifuð á íslensku.
* Höfundar skulu geta þess hvort þeir óska eftir að flytja erindi eða sýna veggspjald.
* Höfundar skulu láta þess skýrt getið hvaða útbúnað í fundarsal þeir óska eftir að nota við flutning erindisins.

Nánari upplýsingar um þingið veita: Hannes Petersen Landspítala Fossvogi og Sveinn Geir Einarsson St. Jósefsspítala Hafnarfirði

Ritari þingsins er Margrét Aðalsteinsdóttir Fræðslustofnun lækna, Hlíðasmára 8, 200 Kópavogi, sími: 564 4100, bréfasími: 564 4106, netfang: magga@icemed.is

Fræðslustofnun lækna

Sjúkratilfellafundur

Við rúmstokkinn. Fimmtíu og sex ára kona með hálsbólgu, hæsi og kyngingarörðugleika

Kynning á tilfelli: **Kjartan B. Örvar**
Umræða: **Brynjar Viðarsson**
Myndgreining: **Eyþór Björgvinsson**
Meinafræði: **Bjarni A. Agnarsson**

Fundurinn verður haldinn á Hótel Loftleiðum, laugardaginn 6. janúar kl. 9:30-11:30. Boðið verður upp á léttan morgunverð.
Kynning á tilfelli hefst kl. 10:15.

Fundurinn er á vegum Fræðslustofnunar lækna og styrktur af *GlaxoSmithKline*.

Námskeið í stoðkerfisfræði
dagana 1. til 3. febrúar 2001

LENDHRYGGUR OG MJÖÐM

Vegna fjölda áskorana verður annað námskeiðið (af fjórum) í stoðkerfisfræði (ortópedískri medisín) endurtekið 1. til 3. febrúar 2001 og verður fjallað um lendhrygg og mjöðm á þessu námskeiði. Aðalkennari verður sem fyrr Bernt Ersson læknir frá Gävle. Á námskeiðinu verður farið yfir líffærafræði, lífeðlisfræði og líftækni, en aðaláhersla verður lögð á meðferð.

Námskeiðið verður haldið að Reykjalundi og er ætlað læknum og sjúkraþjálfurum, en sem fyrr verður fjöldi þátttakenda takmarkaður.

Upplýsingar og skráning á námskeiðið er hjá Magnúsi Ólasyni lækni á Reykjalundi (s: 566 6200, bréfasími: 566 8240, netfang: magnuso@reykjalundur.is) og Óskari Reykdalssyni lækni á Heilsugæslustöðunni á Selfossi (s: 482 1300 og 482 2335).

LÆKNAR

Heilbrigðisstofnunin Siglufirði óskar eftir að ráða lækni sem fyrst. Æskilegt er að viðkomandi sé sérfræðingur í heimilislækningum en til greina kemur að ráða lækni án sérfræðimenntunar í skemmri tíma.
Góð launakjör ásamt húsnæði í boði.
Upplýsingar veita:
Andrés Magnússon, yfirlæknir, sími: 897 1444 netfang: andresm@hssiglo.is
Þórarinn Gunnarsson, framkvæmdastjóri
sími: 896 3650 netfang: thorarinn@hssiglo.is

Heilbrigðisstofnunin Siglufirði.
Hvanneyrarbraut 37-39 Siglufirði, sími 467 2100, bréfasími 467 1551
heimasíða: www.hssiglo.is

Heilsuvernd og endurhæfing

Fyrirtækið Saga Spa heilsuvernd og endurhæfing óskar eftir að komast í samband við lækna með áhuga á heilsuvernd og endurhæfingu til að sinna verkefnum í aukastarfi á vegum fyrirtækisins.
Fyrirtækið annast ráðgjöf í heilsuvernd og endurhæfingu fyrir einstaklinga, fyrirtæki og stofnanir. Um getur verið að ræða læknisskoðanir, fræðslu, mat á læknisfræðilegum gögnum skýrslugerð og svo framvegis. Á vegum fyrirtækisins starfa hjúkrunarfræðingur, sjúkraþjálfarar og sálfræðingur.
Skrifstofa er að Laugavegi 7, 101 Reykvík s. 511 2111 en klínísk starfsstöð er nú að Síðumúla 37, 108 Reykjavík.
Upplýsingar veitir Guðmundur Björnssson endurhæfingarlæknir. Netfang: gb@sagaspa.is
Nánari upplýsingar er að finna á www.sagaspa.is

Rannsóknarstyrkur

Auglýstur er til umsóknar styrkur úr Rasmussens Stiftelse í Falkenberg í Svíþjóð. Styrkurinn er veittur til vísindamanna sem leggja stund á rannsóknir á augnsjúkdómum eða skyldum vandamálum. Hann er veittur vísindamanni eða vísindamönnum á Norðurlöndum og nemur 15.000 sænskum krónum.
Skila ber umsóknum til sjóðsins fyrir 30. apríl 2001. Þar komi fram upplýsingar um umsækjanda, rannsóknaráætlun, heimildir og meðmæli, sem umsækjandi óskar eftir að fram komi.
Skrifa má umsóknina á sænsku, dönsku eða ensku.
Hana á að senda til Rasmussens Stiftelse, c/o Ulf Lindewald, Björckska vägen 1, S-311 37 Falkenberg, Sverige.
Nánari upplýsingar eru veittar hjá embætti landlæknis.

SANDVIKEN SYKEHUS

Sandviken Sykehus inngår som ein del av det psykiatriske helsetilbodet i Hordaland, og har ansvar for Nordsektoren, med 6 bydelar og 9 kommunar, og eit samla folketal på 165.000. Ved Sandviken sykehus er og sikkerhetsavdelinga - med ansvar for helseregion 3- og det psykososiale spesialteamet for flyktningar i Hordaland og Sogn og Fjordane plassert. Sjukehuset er universitetsklinikk/-sjukehus. Nytt bygg for korttidsavdelinga med 72 senger vart tekent i bruk mai 1995. Vi har eigen barnehage, og hjelper til med å skaffa bustad.

Sjukehuset er organisert i tre avdelingar: Avdeling korttid, avdeling for langtidsbehandling, og avdeling sikkerhet for behandling av særleg farlege pasientar. Som universitets-klinikk er sjukehuset knytta til Psykiatrisk Institutt ved Universitetet i Bergen.

Avdeling K er avdeling for akutt og intermediærfunksjon. Avdelinga består av 6 postar, differensierte etter .

Sjukehuset søkjer etter:
2 OVERLEGAR (Psykiater) ULS nr.5410 og 5403.
L.tr. 51 + 300 T-trinn i rekrutteringstillegg

Overlegane vil få det overordna behandlingsansvaret for kvar sin post i avdelinga.
Til kvar post er det og knytt ei assistentlegestilling som overlegen har det kliniske veilederansvaret for. Postane er godt bemanna med sjukepleie-personale og har psykolog og sosionom i teamet. Overlegane deltar i undervisning av medisinerstudentar. Bakvaktsturnus for overlegane er pr dato 8-delt.

Vi treng: Spesialist i psykiatri med interesse for akutt og intermediær-psykiatrisk behandling. Det vil bli lagt vekt på personlig egnethet, evne til samarbeid og vilje til å bidra til eigen og andres kompetanseutvikling. For å sikre bredde i avdelinga si kompetanse, ønskjer vi overlegar med interesse, erfaring og kompetanse på behandling av affektive lidingar, og/eller personlighetsforstyrrelser.

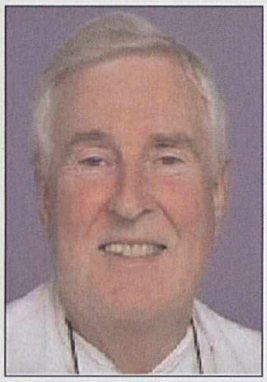
Vi tilbyr: Arbeid i ei avdeling i ei spennande utviklingsfase. Fine bygningsmessige lokale i nybygg. Eit fagmiljø som vil vere oppdatert og retta mot samarbeidspartnarar i klinikk og forsking.
Avdelinga gir, i samarbeid med psykiatrisk institutt, systematisk opplæring i bruk av diagnostiske verktøy og andre kartleggingsmanualer.
For interesserte og kompetente søkjarar kan det bli lagt til rette for bi-stilling i Psykiatrisk institutt, avd. Sandviken.

Nærare opplyssningar om stillingane kan ein få ved å venda seg til avdelingsoverlege Oddur Bjarnason eller sjeflege Åsa Bjørndal. Tlf. 55 95 84 00.

Søknad vert å sende Sandviken sykehus, Sandviksleitet 1, 5035 BERGEN - SANDVIKEN.

Søknadsfrist: 3 veker etter lysingsdato.

Ólafur Þ. Jónsson heiðursfélagi Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands



Á AUKAAÐALFUNDI Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands, sem haldinn var laugardaginn 11. nóvember 2000, í tilefni 40 ára afmælis þess, var Ólafur Þ Jónsson yfirlæknir svæfinga- og gjörgæsludeildar Landspítala Fossvogi gerður að heiðursfélaga.

Ólafur er fæddur 1935 í Vík í Mýrdal. Hann lauk námi frá læknadeild HÍ 1962 og stundaði framhaldsnám í svæfingum og gjörgæslu við Massachusett´s General Hospital í Boston, Children´s Hospital of Philadelphia (barnasvæfingar) og Stanford University Medical Center í Kaliforníu (svæfingar og deyfingar við barnsfæðingar). Þá tók Ólafur einnig hluta sérnámsins við Serafimerlasarettet í Stokkhólmi.

Ólafur hóf störf sem sérfræðingur við svæfinga- og gjörgæsludeild Borgarspítalans í Fossvogi 1969 og var ráðinn yfirlæknir við deildina 1. janúar 1988.

Hann hefur einnig verið stundakennari, dósent og lektor við læknadeild HÍ.

Varðandi félags- og trúnaðarstörf hefur Ólafur verið formaður Svæfinga- og gjörgæslulæknafélagsins, í stjórn LR, hópslysanefnd landlæknis, stjórn Nordisk Anestesiologisk Förening, formaður læknaráðs og yfirlæknir Borgarspítalans og formaður Félags yfirlækna. Af öðrum störfum Ólafs má nefna að hann var læknisfræðilegur stjórnandi þyrlusveitar lækna 1987-1998. Ólafur hefur verið mikill áhugamaður um sögu læknisfræðinnar, verið í stjórn Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar. Hvað varðar ritstörf hefur Ólafur einnig skrifað greinar í erlend læknarit og verið í ritstjórn ACTA Anaesthesiologica Scandinavica.

Ólafur er kvæntur Báru Þorgrímsdóttur hjúkrunardeildarstjóra háls-, nef- og eyrnadeildar Landspítala Fossvogi og eiga þau þrjá syni, Jón Árna rekstrarfræðing, Braga Þorgrím meistaranema við stjórnmálafræðiskor HÍ og Eirík Orra tónlistarnema.

Fyrir hönd stjórnar Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands

SVEINN GEIR EINARSSON FORMAÐUR

Ný skilgreining S-merktra lyfja

HINN 1. JANÚAR NÆSTKOMANDI TEKUR gildi ný skilgreining á S-merkingu lyfja og fer hún ásamt skýringum um framkvæmd hennar hér á eftir:

Lyf sem falla undir eftirfarandi skilgreiningu, hafa fengið eða munu fá merkinguna S hjá Lyfjastofnun, við afgreiðslu markaðsleyfis eða undanþáguheimildar.

* Lyf sem eingöngu á að nota á eða í tengslum við sjúkrahús/sjúkrastofnun.
* Lyf notuð í sérhæfðri meðferð sem krefst sérfræðiþekkingar eða sérstaks eftirlits sérfræðinga á sjúkrahúsi/sjúkrastofnun.
* Ný og mjög dýr lyf sem krefjast sérfræðiþekkingar og/eða sérstaks eftirlits sérfræðinga á sjúkrahúsi/sjúkrastofnun.
* Notkun þessara lyfja skal vera samkvæmt leiðbeiningum (prótokollum).

Hér er um að ræða flest stungulyf sem skráð eru. Í mörgum tilvikum er um að ræða lyf sem eru sérhæfð, mikilvirk og notkun þeirra krefst ýtrustu varkárni, sérfræðiþekkingar og öryggisbúnaðar. Þau á eingöngu að nota innan eða í tengslum við sjúkrahús/stofnun. Vegna þessa verður á næsta ári flutt fjármagni frá Tryggingastofnun ríkisins til Landspítala - háskólasjúkrahúss til að mæta þessum útgjöldum sjúkrahússins og verða S-merkt lyf því ekki greidd af TR í framtíðinni.

Samkvæmt þessu mun krabbameinssjúklingur sem vísað er á stofu viðkomandi sérfæðings til áframhaldandi meðferðar, fá lyfin afhent sér að kostnaðarlausu frá sjúkrahúsinu/sjúkrahús-apótekinu, eins og hann væri að þiggja meðferð þar. Meðferð sem hefst inni á sjúkrahúsi/sjúkrastofnun með S-merktum lyfjum verður greidd af viðkomandi sjúkrahúsi.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu,
18. desember 2000

Lög um persónuvernd

Lögin um persónuvernd tóku gildi um áramótin. Kynning á lögunum og ýmsar aðrar upplýsingar er að finna á heimasíðu Persónuverndar:
www.personuvernd.is

Hef hafið störf við fyrirtækið Saga Spa heilsuvernd og endurhæfing að Síðumúla 37, 108 Reykjavík.
Guðmundur Björnssson endurhæfingarlæknir

Tilkynnið skrifstofu LÍ fundi !

Læknar, vinsamlegast tilkynnið á skrifstofu læknafélaganna í síma 564 4100 eða í netfang: gunna@icemed.is ef þið haldið fundi svo hægt sé að setja tilkynningu á heimasíðu félagsins. Hugmyndin er sú að á vefsíðu LÍ: www.icemed.is verði listi yfir fundi lækna þannig að unnt sé að skipuleggja fundi svo þeir rekist ekki hver á annan.



Beint fyrir framan nefið á þér er fljótlegri lausn gegn mígreni

Imigran nefúði er helmingi [1)] fljótvirkari en töflur

IMIGRAN

ÞEGAR TIL KASTANNA KEMUR

GlaxoWellcome

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