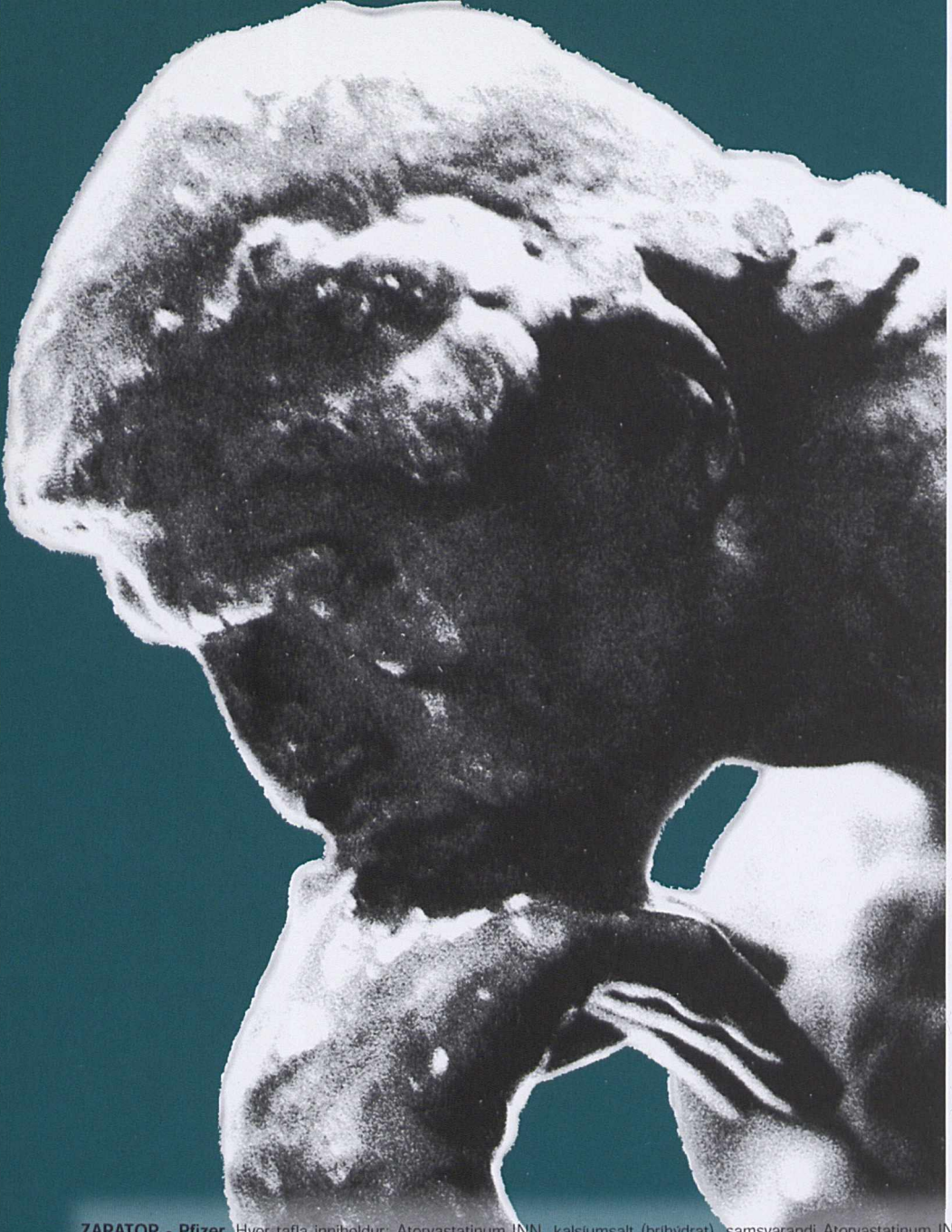
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



2/2001



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 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 cýklósporín, 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. cýklósporíni, makrólíðsýklalyfjum og azól-sveppalyfjum). Áhrif efna, sem örva cýtókróm P450 3A4 (t.d. rífampicín 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, tilfinninganglöp, 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

103 **Ritstjórnargreinar:**
Heilsugæsla á höfuðborgarsvæðinu í vanda
Emil L. Sigurðsson

107 **Að flytja slæmar fréttir**
Sigurður Björnsson

111 **Ristilkrabbamein á Íslandi 1955-1989. Meinafræðileg athugun**
Lárus Jónasson, Jónas Hallgrímsson, Ásgeir Theodórs, Þorvaldur Jónsson, Jónas Magnússon, Jón Gunnlaugur Jónasson
Ristilkrabbamein er meðal algengustu krabbameina vestrænna þjóða og hefur nýgengi þess farið hækkandi undanfarna áratugi, ekki síst meðal Norðurlandaþjóða. Rannsóknin, sem hér er greint frá, byggir á upplýsingum úr Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. Höfundar álykta meðal annars að nýgengi ristilkrabbameina hafi aukist verulega á því tímabili sem rannsóknin tekur til.

119 **Leit að stökkbreytingum í stjórnunargeni sem ákvarðar þroska fitufrumna hjá íslenskum börnum með offitu**
Tómas Þór Ágústsson, Hákon Hákonarson, Ísleifur Ólafsson, Gunnlaug Hjaltadóttir, Árni V. Þórsson
Rannsóknin náði til 35 einstaklinga á aldrinum fjögurra til 18 ára sem greindir höfðu verið með offitu. Höfundar lýsa því hvernig offita er skilgreind, en að þeirra mati stafar offita bæði af umhverfis- og erfðaþáttum sem stýra orkuinntöku og fitusöfnun.

127 **Samanburður á meðferð og horfum sjúklinga með bráða kransæðastíflu á Landspítala og Sjúkrahúsi Reykjavíkur árið 1996**
Jón M. Kristjánsson, Karl Andersen
Þessi afturskyggna rannsókn tekur til allra sjúklinga sem fengu greininguna brátt hjartadrep á Landspítalanum, nú Landspítala Hringbraut, og Sjúkrahúsi Reykjavíkur, nú Landspítala Fossvogi, árið 1996. Meðferð sjúklinga reyndist nokkuð mismunandi eftir innlagnarsjúkrahúsi og er það mat höfunda að auka þurfi samhæfingu í starfsemi hjartadeildanna og ganga frá sameiginlegum klínískum leiðbeiningum.

133 **Doktorsvörn**
Gunnar Jónasson

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

2. tbl. 87. árg. Febrúar 2001

Aðsetur:
Hlíðasmári 8, 200 Kópavogi

Útgefandi:
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Símar:
Læknafélög: 564 4100
Læknablaðið: 564 4104
Bréfasími (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: 1.600

Áskrift: 6.840,- m.vsk.
Lausasala: 700,- 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.



ENGINN TÍMI FYRIR FLENSU

Inflúensa lamar ekki bara þann sem fyrir henni verður. Veikindin hafa mikil áhrif á umhverfi sjúklingsins; fjölskyldu og vinnufélaga. Inflúensa er sannkallaður tímaþjófur, þar sem dagleg störf sitja á hakanum bæði í vinnunni og á heimilinu, og getur hún því valdið umtalsverðu fjárhagstjóni. Einkenni og fylgikvillar inflúensu geta verið alvarlegir auk þess sem smithætta er mikil. En með Relenza er nú á einfaldan hátt hægt að ná bata mun fyrr og draga úr einkennum.[1,2,3]

RELENZA - lyf við flensu
zanamivir

gsk GlaxoSmithKline
Þverholt 14 - sími 530 3700
www.gsk.is

Relenza
GlaxoSmithKline, 990042

INNÖNDUNARDUFT, í afmældum skömmtum; J05 AH 01 R, 0. Hver skammtur inniheldur: 5 mg zanamivirum INN. Ábendingar: Meðferð við inflúensu: Relenza er ætlað til meðferðar á inflúensu af bæði A- og B-stofni, hjá fullorðnum og börnum, 12 ára og eldri. Varnandi meðferð við inflúensu: Relenza er ætlað til varnar gegn inflúensu, bæði af A- og B-stofni, hjá fullorðnum og börnum, 12 ára og eldri. Skammtar og lyfjagjöf: Lyfið er eingöngu til innöndunar í lungu í gegnum munn, með aðstoð meðfylgjandi Diskhaler-tækis. Meðferð við inflúensu: Ráðlagt er að nota tvo skammta af lyfinu (2 x 5 mg), tvisvar á dag, í fimm daga. Það samsvarar 20 mg af lyfinu á dag. Til að hámarksárangur næst ætti að hefja meðferð sem fyrst (helst innan tveggja daga) eftir að einkenni koma í ljós. Varnandi meðferð við inflúensu: Ráðlagt er að nota tvo skammta (2 x 5 mg) einu sinni á dag þann tíma sem smithætta er fyrir hendi. Fyrir liggur klínísk reynsla af 28 daga samfelldri notkun. Þar að auki er hægt að nota zanamivir hjá sjúklingum sem hlotið hafa síðbúna bólusetningu til þess að veita vörn á því 2-4 vikna tímabili sem það tekur bóluefnið að ná virkni. Ekki er þörf á skammtaaðlögum hjá sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi, eða hjá öldruðum (sjá kafla um lyfjahvörf). Frábendingar: Ofnæmi gegn einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Varnaðarorð og varúðarreglur: Engar þekktar. Milliverkanir: Zanamivír binst ekki próteinum og umbrotnar ekki í lifur. Milliverkanir eru ekki taldar líklegar. Meðganga: Öryggi lyfsins á meðgöngutíma er ekki þekkt. Því ætti ekki að nota Relenza á meðgöngutíma, sérstaklega ekki á fyrsta þriðjungi, nema að ætlaður ávinningur fyrir móður sé meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstrið. Brjóstagjöf: Vegna takmarkaðra upplýsinga er ekki mælt með notkun lyfsins hjá konum með barn á brjósti, nema að ætlaður ávinningur fyrir móður sé meiri en hugsanleg áhætta fyrir barnið. Aukaverkanir: Relenza þolist vel eftir innöndun um munn. Tíðni aukaverkana sem gefnar voru upp í klínískum rannsóknum var svipuð hjá Relenza- og lyfleysuhópunum.Ofskömmtun og eitranir: Líkurnar á að sjúklingar taki óvart of stóran skammt eru litlar vegna gerð lyfjaforms, ikomustaðar og lítils aðgengis lyfsins eftir inntöku (2-3%). Zanamivir skammtar allt að 64 mg/dag (u.þ.b. þrefaldur ráðlagður hámarks dagsskammtur) hafa verið gefnir til innöndunar um munn með úðavél án aukaverkana. Auk þess leiddu skammtar allt að 1200 mg/dag, í 5 daga, sem gefnir voru í bláæð, ekki til neinna aukaverkana. Lyfhrif: Zanamivír hefur öflug en mjög sérhæfð hemjandi áhrif á neuraminidasa, yfirborðsensím inflúensuveirunnar. Ensímið hjálpar losun nýmyndaðra veiruagna frá sýktum frumum og getur bætt aðgengi veira í gegnum slím að yfirborði þekjufruma, sem leiðir til veirusýkingar annarra frumna. Hömlun ensímsins endurspeglast bæði í in vitro og in vivo virkni gegn fjölgun inflúensuveira af stofni A og B og hún nær yfir alla þekkta undirflokka neuraminidasa inflúensuveira af stofni A. Virkni zanamivírs á sér stað utan frumna. Hún dregur úr fjölgun inflúensuveira af stofni A og B með því að koma í veg fyrir losun smitandi inflúensuveiru frá þekjufrumum í öndunarvegi. Fjölgun inflúensuveira takmarkast við þekjufrumur á yfirborði öndunarvegarins. Virkni staðbundinnar meðhöndlunar á þessu svæði með zanamivír hefur verið staðfest í klínískum rannsóknum. Niðurstöður rannsókna sýna að meðferð á bráðri inflúensusýkingu með zanamivír dregur úr útbreiðslu veira frá öndunarvegi, samanborið við lyfleysu, án merkja um ónæmismyndun gegn zanamivír. Lyfið dregur úr inflúensueinkennum og styttir tímann sem þau eru til staðar, þegar fylgt er ráðleggingum um notkun lyfsins til meðhöndlunar á inflúensu. Í sumum rannsóknum kom fram aukinn ávinningur af meðferð hjá sjúklingum í áhættuhópum; öldruðum, og sjúklingum með vissa langvarandi sjúkdóma (hjarta-, lungna-, nýrna- og efnasskiptasjúkdóma). Komið hefur í ljós að bestur árangur næst með Relenza þegar meðferðin hefst fljótt eftir að einkenni koma fram. Takmarkaðar upplýsingar sýna að innandað zanamivír hefur ekki marktæk áhrif á lungnastarfsemi eða ofursvörun í berkjum þegar það er gefið sjúklingum með vægan eða miðlungi slæman astma. Zanamivír hefur reynst koma í veg fyrir inflúensu þegar það hefur verið notað sem fyrirbyggjandi meðferð. þegar lyfið var notað í ráðlögðum skömmtum sem varnandi meðferð við inflúensu, sást marktæk lækkun á tíðni inflúensueinkenna, um 70% í samanburði við lyfleysu. Lyfjahvörf: Frásog: Lyfjahvarfafræðilegar rannsóknir á mönnum sýna fram á að frásog lyfsins eftir inntöku um munn er lítið (að meðaltali 2%). Svipaðar rannsóknir á lyfinu innönduðu um munn benda til þess að u. þ. b. 10-20% af gefnum skammti frásogast í blóðrásina, með hámarksblóðþéttni venjulega innan 1-2 klst. Vegna lítils frásogs lyfsins verður blóðþéttni þess lítil og hefur þar af leiðandi lítla þýðingu, eftir innöndun um munn. Það er ekkert sem bendir til breytinga á lyfjahvörfum eftir endurtekna skammta lyfsins, innandaða um munn. Dreifing: Eftir innöndun um munn, dreifist zanamivír víða, í háum styrk um öndunarveginn og nær því til inflúensusýktra svæða. Hár styrkur zanamivírs í öndunarvegi leiðir til þess að hömlun neuraminidasa veirunnar kemur fljótt fram. Tveir helstu staðirnir sem lyfið finnst í eru kok og lungu (að meðaltali 77.6% og 13.2%). Umbrot: Komið hefur í ljós að zanamivír er skilið óbreytt út með þvagi og að það umbrotnar ekki. Helmingunartími lyfsins í blóði, eftir innöndun um munn, er á bilinu 2,6 – 5,05 klst. Það er skilið út algjörlega óbreytt, í þvagi. Miðað við klerans í nýrum er heildar blóðklerans metinn á bilinu 2,5–10,9 l/klst. Útskilnaði lyfsins með þvagi lýkur innan 24 klst. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: Aðgengi lyfsins er lítið (10-20%) eftir venjulegan 20 mg dagsskammt og þess vegna er lítil hætta á hárri blóðþéttni zanamivírs. Með öryggi lyfsins í huga telst hugsanleg hækkun á blóðþéttni hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun ekki varasöm og skammtaaðlögun því ekki talin nauðsynleg. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Zanamivír umbrotnar ekki og því er ekki þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Aldraðir: Aðgengi lyfsins er lítil, eins og að framan greinir. Hugsanlegar breytingar á lyfjahvörfum sem kunna að eiga sér stað hjá öldruðum eru ekki taldar hafa kliniska þýðingu og því er ekki ráðlögð skammtaaðlögun. Pakkningar: Hver pakkning inniheldur fimm Rotadisk-skífur með fjórum afmældum, þynnupökkuðum duftskömmtum. Diskhaler-tæki fylgir til notkunar við innöndun lyfsins. Verð 01.10.00: 3.390 kr. Heimildir: 1.Makela eta l Journal of Infection(2000)40,42-48 2. The Mist Study Group, LLancet 1998; 352:1877-1881 3. Monto et al. JAMA, July7, 1999-vol 282, No1(17-22) (14.11.00-1)

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

136 **Af sjónarhóli stjórnar: Hugleiðingar um rekstrarform í heilbrigðisþjónustu á Íslandi**
Eyþór Björgvinsson

136 **Viðræðulok LÍ og ÍE**
Sigurbjörn Sveinsson

139 **Tími til kominn. Félag kvenna í læknastétt**
Rætt við Ólöfu Sigurðardóttur
Anna Ólafsdóttir Björnsson

142 **Örar breytingar kalla á endurskoðun**
Guðrún Agnarsdóttir

147 **Úrskurður Siðanefndar Læknafélags Íslands**

160 **Sérfræðinám í Svíþjóð. Vænn kostur**
Kristín Huld Haraldsdóttir, Tómas Guðbjartsson

167 **Heilsugæslulæknar og sjúklingatrygging**
Fyrirspurn FÍH og svar Ráðuneytisins

168 **Hóptrygging lækna**
Guðmundur Helgi Þórðarson, Ísak G. Hallgrímsson, Guðmundur J. Elíasson

170 **Smásjáin**

170 **Frá stjórn Læknafélags Reykjavíkur**

171 **Vel heppnuð árshátíð LR**
Ólafur Þór Ævarsson

173 **Ályktun stjórnar LÍ frá 29. desember 2000**

174 **Frelsi til tjáningar og gjörða**
Þorvaldur Veigar Guðmundsson

177 **Íðorðapistill 130. Bioavailability**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

179 **Faraldsfræði 4. Hvað er *confounding*?**
María Heimisdóttir

181 **Broshornið 12. Af fordómum og pöddum**
Bjarni Jónasson

183 **Reglugerð um Orlofssjóð LÍ**

183 **Smásjáin**

185 **Lyfjamál 92**

186 **Námskeið / fundir**

187 **Lausar stöður**

189 **Okkar á milli**

190 **Minnisblað**

Sími Læknablaðsins er
564 4104
Bréfsíminn er 564 4106

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



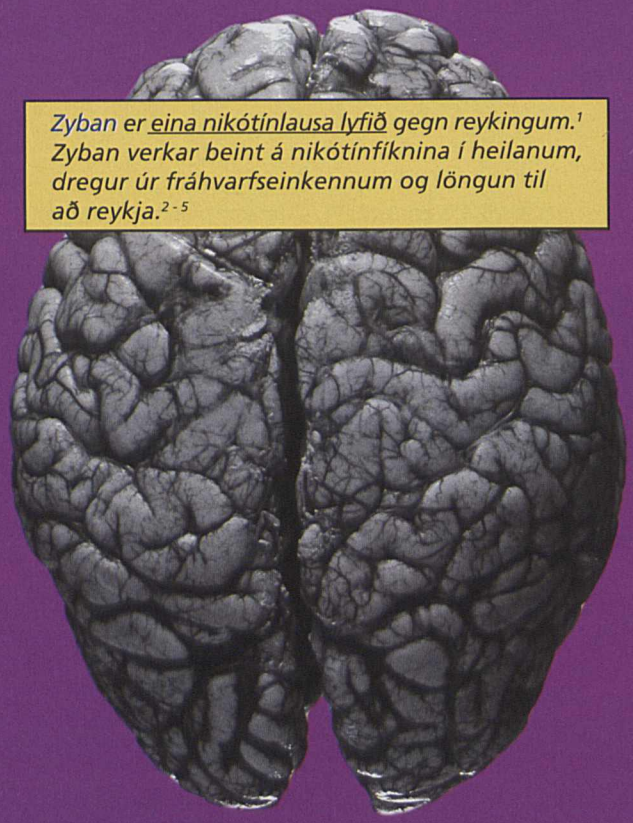
© Rúrí

Rúrí hefur verið með atkvæðamestu myndlistarmönnum á Íslandi frá því hún sýndi fyrst árið 1974. Verk hennar eru af ýmsum toga, en þekktust er hún fyrir höggmyndir sínar sem margar standa á opinberum stöðum, til dæmis regnboginn mikli sem kveður ferðalanga við Leifsstöð og fagnar þeim heim aftur, og verkið Fyssa sem stendur í Grasagarðinum í Laugadal. Þeir sem eldri eru muna líka eftir gjörningum Rúríar en einn þeirra, þegar hún barði í klessu gylltan Mercedes-Benz í Austurstræti, vakti athygli um allt land.

Eftir hana liggja líka ýmiss konar innsetningar og er verkið á forsíðu blaðsins ein þeirra og ein sú mikilfenglegasta. Verkið heitir **Glerregn** og var fyrst sýnt á Kjarvalsstöðum árið 1984 en er nú, þegar blaðið kemur út, til sýnis á Listasafni Íslands. Verkið samanstendur af 500 beittum glerstykkjum sem hengd eru í loft sýningarsalarins. Glerin hanga í þunnum þræði og bærast með loftinu í kring og áhorfendur geta bæði gengið kringum verkið og inn í það. Hvert gler er skorið í ákveðið þríhyrningsform en þó verka þau á áhorfandann eins og brot og brúnirnar eru greinilega hvassar. Þegar maður gengur inn í verkið er ekki laust við að maður finni hárin rísa og vissulega er verkið hættulegt ef ekki er varlega farið. Þannig sameinast í því ógn og fegurð, ímynd tærleikans og hreinnar endurlífgandi rigningar annars vegar og hættulega eggin hins vegar. Það er þetta samhengi - þessi margræða andhverfa hins fallega og þess sem getur sært og jafnvel drepið - sem gerir verkið heillandi. Úr fjarlægð getum við notið fegurðarinnar óhult en þegar nær er gengið þurfum við að gæta okkar og fara varlega. Þessi áminning sem felst í verkinu Glerregni er þörf, bæði í samhengi við listina og lífið allt.

Jón Proppé

Ljósmynd á forsíðu:
Guðmundur Ingólfsson



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]

Þetta er allt í höfðinu á þér

ZYBAN®
bupropion HCl forðatöflur 150 mg

gsk GlaxoSmithKline
Þverholt 14 - sími 530 3700
www.gsk.is

ZYBAN FORÐATÖFLUR – N06 A X 12 R O, GlaxoSmithKline

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, teófýllín, 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. Liðverkir, 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. teófýllín, takrín, klózapín). Klínískar afleiðingar þess að hætta að reykja á önnur lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 (t.d. ímipramín, 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. desípramín, ímipramín, 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, fenóbarbital, 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, óróa, eirðarleysi og skjálfta). 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. Liðverkir, 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 cessation. 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, Orzi F et al. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity of those of addictive drugs. Nature 1996;382:255-257. 25.09.00

Heilsugæsla á höfuðborgarsvæðinu í vanda



Emil L. Sigurðsson

Uppbyggingu heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu miðar hægt. Löng bið er eftir tímum hjá heimilislæknum. Þessi undirstöðuþáttur heilbrigðisþjónustunnar er vel skilgreindur í lögum um heilbrigðisþjónustu og þar er tíundað hvaða þjónustu á að veita. Hins vegar hefur láðst að búa svo um hnútana að heilsugæslan geti sinnt sínu hlutverki og er fjöldi fólks á Stór-Reykjavíkursvæðinu án heimilislæknis.

Almennt viðmið er að einn heimilislæknir sinni um 1.500 skjólstæðingum. Þannig ættu að vera um 120 heimilislæknar starfandi á Stór-Reykjavíkursvæðinu. Í dag eru þeir rúmlega 90.

Fjöldi fólks þarf að bíða óeðlilega lengi eftir þjónustu og er eðlilega ósáttur við þessa bið. Ýmsar sögur tengdar kvörtunum vegna þessarar biðar komast á kreik. Þannig barst sú saga inn á fund ritstjórnar Læknablaðsins að á einni ákveðinni heilsugæslustöð á Reykjavíkursvæðinu væru þeir sem ekki fengju tíma hjá heimilislækni settir í einn pott og síðan væru nokkur nöfn dregin úr þessum potti og þeir heppnu fengju viðtal hjá lækni. Þannig heimilislæknalóttó kannast þó enginn við sem starfar innan heilsugæslunnar.

Óánægja sjúklinga beinist oft á tíðum gegn starfsfólki heilsugæslunnar sem reynir þó af fremsta megni að sinna sem flestum og veita góða þjónustu. Eðli heimilislækninga felst í samfelldri, heildrænni þjónustu þar sem sjúklingar hitta alla jafnan sinn heimilislækni. Heimilislækningar á ekki að stunda með biðlistum. Bið eftir tíma hjá heimilislækni ætti ekki að vera lengri en tveir til þrír dagar og heimilislæknirinn ætti að geta sinnt bráðatilfellum sem upp koma meðal skjólstæðinganna samdægurs.

Hver er þá vandi heilsugæslunnar á Stór-Reykjavíkursvæðinu? Í grundvallaratriðum er um hróplega undirmönnun og skort á húsnæði að ræða. Heilbrigðisyfirvöld hafa ekki sinnt uppbyggingunni sem skyldi á þessu fjölmennnasta svæði landsins. Fólksfjölgun á höfuðborgarsvæðinu hefur einnig verið mikil síðastliðin ár og aukið enn á vanda heilsugæslunnar. Þá hafa væntingar og kröfur fólks til þjónustunnar breyst. Afleyðing þessa er meðal annars sú að sjúklingar sækjast meira eftir þjónustu utan dagvinnutíma. Þannig eru fleiri og fleiri farnir að nýta sér kvöld- og helgarþjónustu sem bæði heimilislæknar og aðrir læknar veita. Meðal þessara sjúklinga er ákveðinn hópur sem einfaldlega hefur ekki í önnur hús að venda. Hefur ekki neinn ákveðinn heimilislækni og fær þau svör þegar hringt er á heilsugæslustöðvar að bið eftir tíma hjá heimilislækni sé löng og ekki sé unnt að skrá sig hjá heimilislækni þar sem þeir séu allir þegar með of marga sjúklinga skráða.

Fyrir þremur árum sagði þorri heimilislækna störfum sínum lausum. Tilgangurinn var tvíþættur: annars vegar að knýja á um ýmsar breytingar varðandi heilsugæsluna almennt og hins vegar að fá leiðréttingu á kjörum sínum. Niðurstaða þessara deilna lauk með því að samkomulag varð milli heimilislækna og stjórnvalda um að Kjaranefnd úrskurðaði um launakjör heimilislækna. Úrskurður Kjaranefndar um laun heimilislækna fól í sér þá grundvallarbreytingu að stærsti hluti launanna varð föst laun en hlutfall greiðslna fyrir ýmis læknisverk minnkaði til muna. Ég held að flestir heimilislæknar hafi fagnað þannig breytingu á uppbyggingu launanna. Samfara þessu virðist sem fjöldi sjúklinga, sem heimilislæknar sinna á hverjum degi, hafi minnkað. Ekki er þó þar með sagt að afköstin hafi minnkað þar eð fjöldi sjúklinga, sem sinnt er, er ekki einhlítur mælikvarði á afköst. Sjúklingar fá nú í flestum tilvikum lengri tíma hjá heimilislækni og unnt er að taka á fleiri heilsufarsvandamálum. Gæði þeirrar læknisþjónustu sem veitt er hafa því mjög sennilega batnað. Hins vegar eru heimilislæknar bundnir á klafa sem láglaunahópur meðal lækna með sérmenntun. Til að bíta höfuðið af skömminni hefur Kjaranefnd einnig ákveðið að úthluta þeim læknum, sem starfa á svæði sem er undirmannað, svokölluðum einingagreiðslum eða bónus. Fjölgi læknum hins vegar á svæðinu lækka þessar greiðslur og hverfa þegar mönnunin verður eðlileg. Í þessu felst mikil mótsögn og meiri uppbygging og fjölgun lækna á höfuðborgarsvæðinu yrði þannig í raun kostuð af læknunum sjálfum, því laun þeirra lækka við það að læknum fjölgar. Áfram er heimilislæknum, einum sérfræðilækna, óheimilt að starfa sjálfstætt og fá samning við Tryggingastofnun ríkisins (TR).

Nýliðun meðal heimilislækna er einnig verulegt

Höfundur er sérfræðingur í heimilislækningum.

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

vandamál, eins og hjá ýmsum öðrum sérgreinum innan læknisfræðinnar. Þannig eru mun færri sem sækja um lausar stöður heilsugæslulækna en áður var og sumar stöður tekst vart að manna. Afar erfitt er að fá lækna til afleysinga sem gerir það að verkum að undirmönnunin verður mun sýnilegri. Nokkur hópur heimilislækna hefur á síðustu árum ákveðið að hverfa til annarra starfa. Þessir heimilislæknar hafa ákveðið að læra nýja sérgrein, til dæmis geðlæknisfræði eða endurhæfingu og telja hag sínum betur borgið þannig. Þetta er auðvitað verulegt áhyggjuefni en lýsir þó nokkuð vel stöðu mála innan heilsugæslunnar.

Hvað er til ráða? Það er ljóst að málið snýr fyrst og fremst að heilbrigðisyfirvöldum. Fjölga þarf heimilislæknum á höfuðborgarsvæðinu þannig að hver læknir sinni um það bil 1.500 manns. Jafnframt þarf að stokka algerlega upp kjör heimilislækna þannig að þau verði sambærileg við kjör annarra sérfræðilækna. Það væri unnt að gera með því að gefa heimilislæknum, eins og öðrum sérfræðingum, möguleika á að starfrækja eigin stofu. Heimilislæknar sem væru í vinnu á heilsugæslustöðvum gætu þannig unnið, eins og aðrir sérfræðingar, einhvern hluta vikunnar á eigin stofu, eða samið um aðstöðu á heilsugæslustöðinni þar sem þeir vinna, kjósi þeir svo. Laun þeirra yrðu þannig samsett á sambærilegan hátt og laun annarra sérfræðilækna, það er föst laun og svo laun vegna stofureksturs frá TR. Á þann hátt myndi tvennt vinnast, annars vegar bætt kjör fyrir heimilislækna og þannig yrði starfið eftirsóknarverðara og hins vegar meiri afköst. Sú hugmyndafræðilega vinna um framtíðarsýn og fleira sem Heilsugæslan í Reykjavík hefur farið út í er að ýmsu leyti jákvæð. Hún getur vafalaust skerpt á þeim atriðum og þeirri sýn sem menn hafa á heilsugæslunni í náinni framtíð. Ekki verður hins vegar séð hvernig aðgengi og biðtímar styttist við þessa vinnu og ljóst að fleira þarf að koma til. Huga þarf að breytingum á reglum um fjöldatakmarkanir í læknadeild. Fyrir 10-15 árum voru útskriftarhópar í læknadeild 50-64 manns. Í dag ætti því að vera unnt að útskrifa 50 læknakandídata á hverju ári.

Ekki dugir fyrir heilbrigðisyfirvöld að skella skollaeyrum við þessu. Ef það er raunverulegur vilji yfirvalda að hafa heilsugæslu sem stendur undir nafni er nauðsynlegt að bretta upp ermarnar og ljúka uppbyggingu heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu. Jafnframt þessu þarf að sjálfsögðu að tryggja landsbyggðinni örugga og stöðuga heilsugæslu til framtíðar. Hugsjónin um heildræna, samfellda þjónustu sérmenntaðra lækna í heimilislæknisfræðum er gott veganesti að hafa á þeirri leið sem framundan er. Hætt er við að hugsjónin ein verði þó í versta falli berjanesti eitt fyrir heilsugæsluna ef heilbrigðisyfirvöld sýna ekki í verki þann vilja og þann metnað sem birtist í lögum og reglugerðum sem lúta að heilsugæslunni.

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 Turbuhaler-tæki er um 21-37% af mældum skammti. Heildaraðgengi (sýstemískt) 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. Beta-blokkarar geta dregið úr eða komið í veg fyrir verkun Oxis Turbuhaler. Oxis Turbuhaler skal þess vegna ekki gefa samtímis beta-blokkurum (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: 4,5-9 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 ætlaður 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.

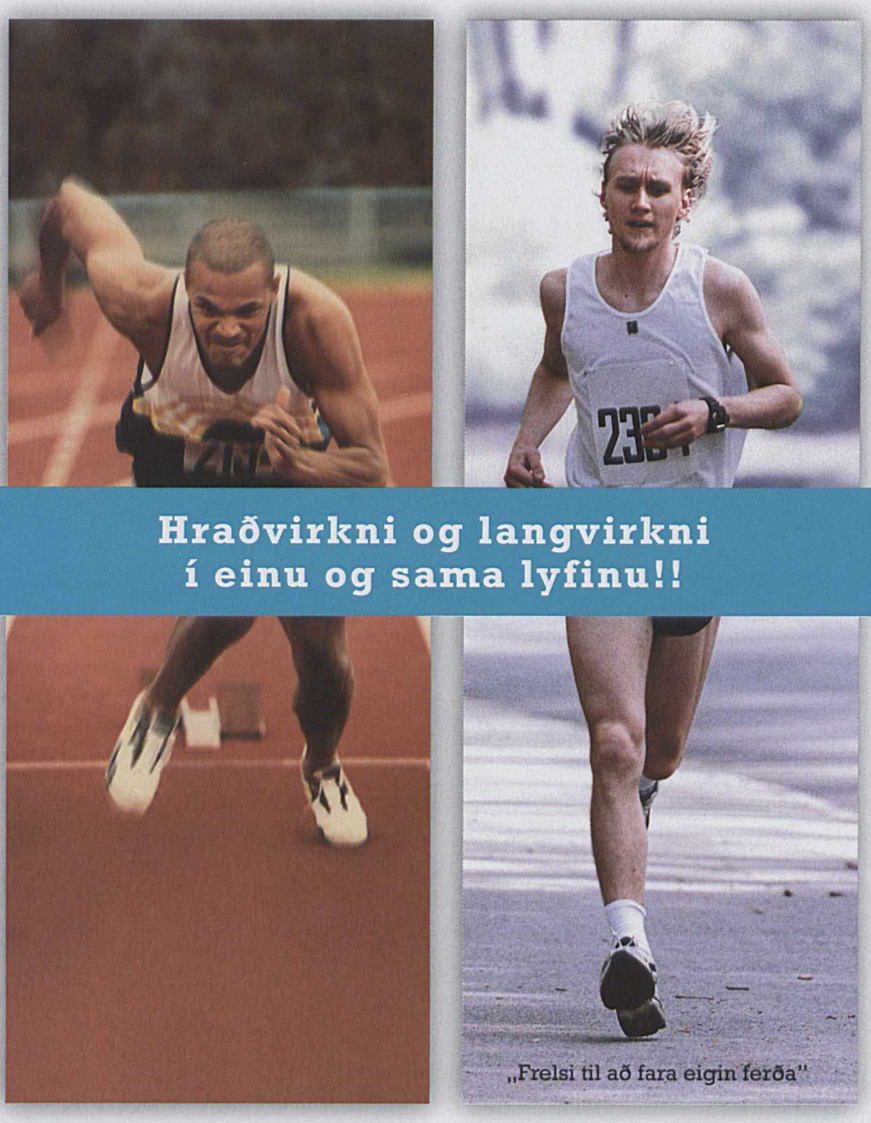
Pakkningar og verð:

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!!

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

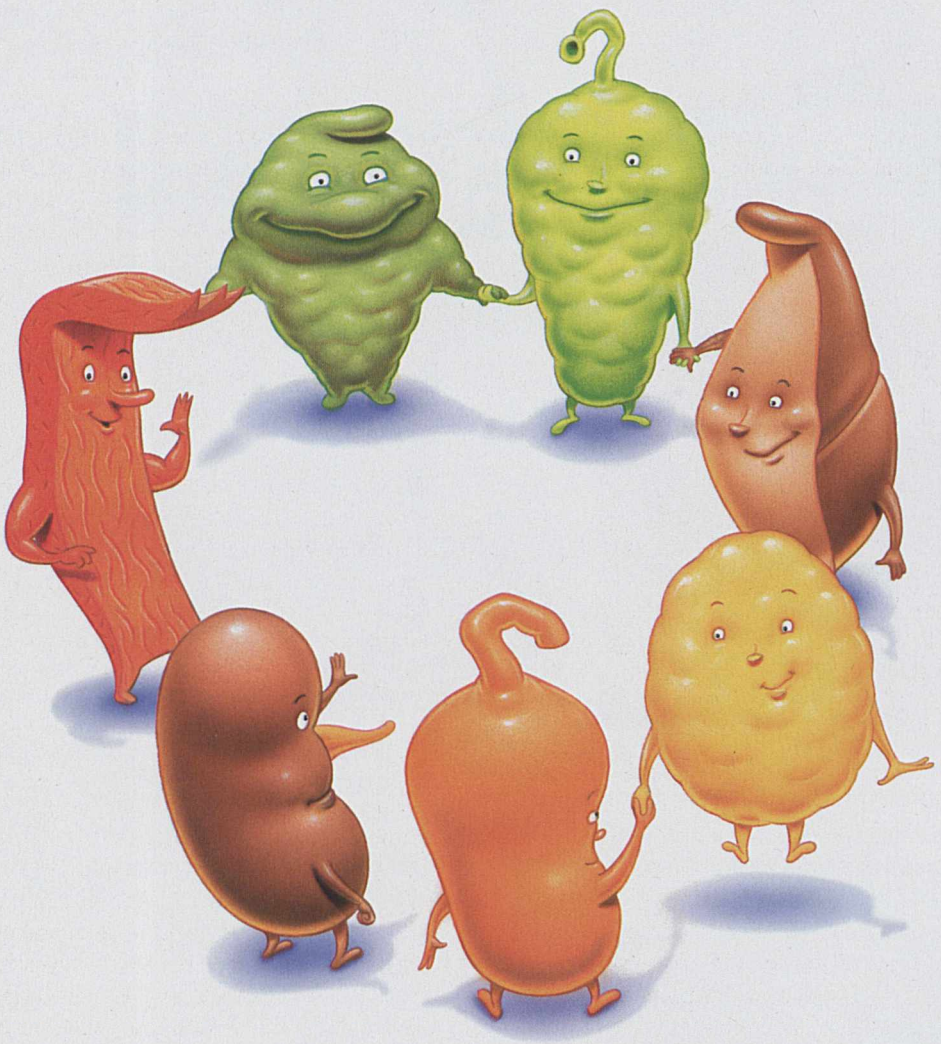
annt um líf og líðan

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

EFLIR / HNOTSKÓGUR

ACTOS

ein tafla á dag bætir stjórn blóðsykurs og samsetningu blóðfitu



Nýtt lyf við tegund 2 sykursýki.

actos™
pioglitazone HCl

Minnkar insúlín viðnám, bætir blóðfitusamsetningu og fleira.

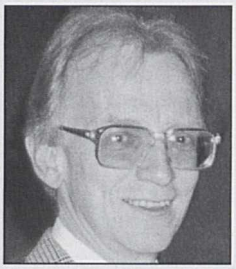
Ábendingar: Pioglitazón er eingöngu ætlað til samhliða meðferðar með sykursýkilyfjum til inntöku við sykursýki af tegund 2, þegar ekki er unnt að stjórna blóðsykri, þrátt fyrir að sjúklingur hafi fengið hæstu skammta sem hann þoldi af annað hvort metformíni eða súlfónýlúrea sykursýkilyfjum til inntöku. Fyrir feita sjúklinga skal einungis nota lyfið með metformíni. Lyfið skal nota samhliða súlfónýlúrea, eingöngu fyrir sjúklinga sem hafa óþol fyrir metformíni eða mega ekki nota metformín vegna frábendinga við notkun þess.
Skammtar og lyfjagjöf: Pioglitazón töflur eru til inntöku einu sinni á dag án tillits til máltíða.
Samhliða metformíni: Gefa má 15 mg eða 30 mg einu sinni á dag af pioglitazóni samhliða metformíni. Skammtar metformíns geta verið óbreyttir þegar pioglitazóni er bætt við meðferðina.
Samhliða súlfónýlúrea: Gefa má 15 mg eða 30 mg einu sinni á dag af pioglitazóni samhliða súlfónýlúrealyfi. Skammtar af súlfónýlúrealyfi geta verið óbreyttir þegar pioglitazóni er bætt við meðferðina. Ef sjúklingur lýsir blóðsykursfalli, skal lækka skammtinn af súlfónýlúrealyfinu.
Frábendingar: Pioglitazón má ekki gefa sjúklingum með: ofnæmi fyrir pioglitazóni eða einhverju hjálparefnanna í töflunni. Hjartabilun eða sögu um hjartabilun (NYHA stig I-IV). Skerta lifrarstarfsemi. Pioglitazón má auk þess ekki gefa samhliða með insúlíni.
Varnaðarorð og varúðarreglur við notkun: Engin klínísk reynsla er af notkun pioglitazóns í þriggja lyfja meðferð með öðrum sykursýkilyfjum til inntöku. Pioglitazón ætti ekki að nota eitt sér. Ekki ætti ekki að nota pioglitazón á meðgöngu eða hjá konum með barn á brjósti. Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla.
Milliverkanir: Rannsóknir á milliverkunum hafa sýnt að pioglitazón hefur engin marktæk áhrif hvorki á lyfhrif né lyfjahvörf digoxíns, warfaríns, phenprocoumon og metformíns. Samhliða gjöf pioglitazóns með súlfónýlúrealyfjum virðist ekki hafa áhrif á lyfjahvörf þeirra. Rannsóknir á mönnum benda ekki til virkjunar á aðal örvanlegum sýtókrómum P450, 1A, 2C8/9 og 3A4. In vitro rannsóknir hafa ekki sýnt hömlun á neina af undirflokkum sýtókróms P450. Ekki er að vænta milliverkana við efni sem eru umbrotin af þessum ensímum, t.d. getnaðarvarnartöflur, ciclosporin kalsíumgangalokar og HMGCoA reductasa hemlar.
Aukaverkanir: Pioglitazón gefið samhliða metformíni: Algengar (< 1 %): Blóðleysi, þyngdaraukning, höfuðverkur, óeðlileg sjón, liðverkir, blóð í þvagi, getuleysi. Sjaldgæfar (0,1-1%): Uppþemba. Pioglitazón gefið samhliða súlfónýlúreu: Algengar (< 1%): Þyngdaraukning, sundl, uppþemba. Sjaldgæfar (0,1-1%): Þreyta, sykur í þvagi, blóðsykurlækkun, hækkaður mjólkursýru dehýdrógenasi (LDH), aukin matarlyst, höfuðverkur, svimi, óeðlileg sjón, aukin svitamyndun, prótein í þvagi.
Pakkningar og verð desember 2000: Töflur 15 mg: 28 stk. Þynnupakkað, 5.799kr; 98 stk. Þynnupakkað, 17.913kr. Töflur 30 mg: 28 stk. Þynnupakkað, 8.548kr; 98 stk. Þynnupakkað, 26.745kr. Lyfið er lyfseðilskylt og er greitt að fullu af Tryggingastofnun ríkisins.
Markaðsleyfishafi: Takeda Europe R&D Centre Limited

200012

Takeda Lilly

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

Að flytja slæmar fréttir



Sigurður Björnsson

Ein af erfiðari skyldum, sem fylgja læknisstarfinu er að færa sjúklingum og aðstandendum þeirra slæmar fréttir. Þá reynir að jafnaði hvað mest á færni manna í læknisfræði jafnt sem læknislist. Samfara hraðri þróun í skilningi manna á eðli sjúkdóma, framförum í greiningu og meðferð og aukinni áherzlu á réttindi sjúklinga hafa orðið miklar breytingar á viðhorfum að því er varðar upplýsingamiðlun til sjúklinga. Umræður um það, hvernig beri að miðla upplýsingum og hvað sjúklingum sé hollt að vita eru aldagamlar.

Í siðareglun bandarískra læknafélagsins (AMA) frá 1847 segir: „Ekki einungis geta aðgerðir læknis stytt líf sjúklings heldur einnig orð hans og framkoma. Það er því heilög skylda að sýna nærgætni og forðast í hvívetna að draga kjark úr sjúklingi eða auka angist hans." Segja má að læknar hafi nokkuð fylgt anda þessara fyrirmæla fram á síðustu áratugi og forðast að bera sjúklingum slæmar fréttir. Í könnun, sem gerð var meðal bandarískra lækna árið 1961 kom fram að 90% þeirra kváðust reyna að koma sér hjá að skýra sjúklingum frá að greinzt hefði í þeim krabbamein. Í svipaðri könnun árið 1979 voru hinsvegar 98% þarlendra lækna fylgjandi því að segja sjúklingum sannleikann og allir kváðust þeir myndu vilja vita hið rétta, ef þeir sjálfir greindust með krabbamein. Einmitt á þessu árabili breyttust viðhorf jafnt leikra sem lærðra til krabbameins og mönnum varð ljóst að framfarir í greiningu og meðferð yrðu hraðari ef hulu dulúðar og hindurvitna yrði ýtt til hliðar. Áður hafði svipuð þróun átt sér stað varðandi ýmsa skæða smitsjúkdóma, jafnframt því sem greiningu og lækningu þeirra fleygði fram.

Þessi umræða leiðir hugann að því, hvað teljast slæmar fréttir á hverjum tíma. Almenn skilgreining á slæmum fréttum gæti verið sú að þar sé átt við tíðindi, sem hafa í för með sér vonleysi, ógnun við andlega eða líkamlega heilsu, líkur á versnandi lífsstíl eða afkomu eða með einum eða öðrum hætti verulega skerðingu á valkostum og lífsgæðum. Innan slíkrar skilgreiningar kann að vera verulegur breytileiki á því, hvernig frétt um ákveðna sjúkdómsgreiningu kann að virka á mismunandi einstaklinga. Margar breytur skipta þar máli svo sem aldur, trúarbrögð, menntun, reynsla, félagslegar aðstæður og fjöldamörg önnur almenn og sérhæfð atriði. Áður en sjúklingi er flutt það sem læknirinn telur vera slæmar fréttir þarf hann að hafa kynnt sér nokkuð þennan bakgrunn sjúklingsins og jafnframt að hugleiða, hvort hann sé rétti læknirinn til að flytja fréttirnar.

Heimilislæknir er að jafnaði sá læknir, sem þekkir sjúklinginn bezt. Hann er hinsvegar sjaldan sá læknir, sem fyrst fær staðfestingu á krabbameinsgreiningu. Greiningin kann að hafa komið í ljós með töku blóðsýnis, vefjasýnis eða stungusýnis, við myndgreiningu, speglun eða í „leitarstöð" þar sem heilbrigt fólk er boðað til krabbameinsleitar og svo framvegis. Þannig er það iðulega læknir, sem ekki þekkir sjúklinginn vel, sem fyrstur kemst að greiningunni og þarf að ræða niðurstöðuna við sjúklinginn. Auðvelt er hverjum lækni, sem rannsakar sjúkling, að greina honum frá niðurstöðu ef fréttirnar eru góðar: „Rannsóknin sýnir ekkert afbrigðilegt," svo dæminu sé fylgt áfram. Séu fréttirnar hinsvegar slæmar er að mörgu að hyggja áður en rætt er við sjúklinginn.

Hvert á að vera innihald samtals læknis og sjúklings? Ekki er nægilegt að einungis sé skýrt frá greiningunni. Læknirinn þarf að vera búinn undir það, sem næst gerist. Afneitun, reiði, sorg, spurningar um horfur, meðferðarleiðir og margt annað þarf að takast á við og gefa sjúklingnum traustvekjandi en jafnframt hreinskilnar upplýsingar, þannig að von og trú geti sem fyrst komið í stað ótta og vonleysis.

Allir eru sammála um að miklu máli skipti að fundinn sé viðeigandi staður til að færa sjúklingum alvarleg tíðindi þar sem næði sé og friður frá ýmsu því ónæði, sem fylgir starfi læknis. Þótt sterk tilfinningaleg viðbrögð, svo sem grátur og vanstilling, séu eðlileg viðbrögð við slæmum fréttum er ekki verjandi að sjúklingar eigi á hættu að aðrir sjúklingar eða starfsmenn sjúkrahúsa geti fylgzt með slíkum viðbrögðum þeirra, meðan tekist er á við áfall af völdum tíðindum. Slíkt getur jafnvel markað spor og valdið biturleika, sem seint gleymist eða ekki.

Sé þess kostur og ef sjúklingurinn gefur samþykki sitt þá er nú meginregla að ættingjar eða nánir vinir hans séu viðstaddir þegar rætt er um greiningu krabbameins, meðferðaleiðir og horfur. Vitað er að athygli og eftirtekt einstaklinga, undir miklu andlegu álagi, er oft verulega skert og því kann margt að fara fyrir ofan garð og neðan, sem ættingi eða maki getur hjálpað til að rifja upp þegar læknirinn er farinn. Hinsvegar eru mjög mismunandi skoðanir á því, hvort æskilegt sé að læknirinn sé einn eða fleiri með honum og hvort stærri hópur skerði einbeitingu og næði læknis og sjúklings. Umfram allt er nauðsynlegt að í framhaldi slíks viðtals sé ofið tryggt stuðningsnet um sjúklinginn svo komast megi hjá einmanaleika og örvæntingu.

Engum lækni finnst þægilegt að færa sjúklingi slæmar fréttir, hvort sem um er að ræða fyrstu greiningu á illskeyttum sjúkdómi eða fréttir um að

Höfundur er sérfræðingur í almennum lyflækningum og lyflækningum krabbameina, yfirlæknir á blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeild Landspítala Fossvogi og formaður stjórnar Krabbameinsfélags Íslands.

sjúkdómur, sem vonazt var til að hefði læknazt, hafi aftur gert vart við sig. Hyggja má að tvennu í því sambandi; kvíða fyrir erfiðu samtali, sem gæti orðið þrungið tilfinningum og erfiðum spurningum og hugsanlegri yfirfærslu á ábyrgð á hinum erfiða sjúkdómi yfir á lækninn.

Þekktar eru frásagnir í fornum sögum af boðberum válegra tíðinda, sem guldu fyrir þau með lífi sínu. Með því að flytja sjúklingi slæm tíðindi af gangi mála kann læknirinn að vera að tjá honum að meðferð, sem læknirinn hefur stjórnað og gefið sjúklingi von um árangur af, hafi brugðizt. Lækninum hefur verið treyst fyrir meðferð, ráðleggingum hans og oft erfiðum meðferðaleiðum fylgt og nú liggi fyrir að ekki hafi tekizt eins og til var ætlazt. Þar með sé læknirinn ekki einungis boðberi slæmra frétta heldur einnig að hluta til ábyrgur fyrir þeim. Því betur sem læknirinn og sjúklingurinn þekkjast og því þéttar sem þeir hafa staðið saman í baráttunni við sjúkdóminn þeim mun stærri hluta ábyrgðarinnar af endurkomu sjúkdómsins kann að verða skrifaður á reikning læknisins. Því er það að mörgum læknum veitist um megn að færa sjúklingum sínum slík tíðindi og reyna því að komast hjá því með einum eða öðrum hætti.

Samskiptastaða lækna og sjúklinga þeirra hefur breytzt verulega á undanförnum áratugum. Áður var staða læknisins sterk þótt vísindaleg þekking og geta til að hafa áhrif á framgang sjúkdóma væri lítil. Staða sjúklingsins var veik, skilningur hans á eðli og hegðun sjúkdóma var minni en læknisins en trúin á getu læknisins og æðri máttarvöld oft það eina, sem gefið gat von. Sjúklingum voru ekki tryggð sérstök lagaleg réttindi.

Staðan er nú breytt. Læknar hafa sér að bakhjarli mun víðtækari vísindalega og tæknilega þekkingu og geta nú læknað marga sjúkdóma, sem ekkert réðist við áður. Samfara þessu hefur þjóðfélagið lagt þeim á herðar auknar skyldur og kvaðir og ákvarðað þeim þrengri starfsreglur. Ekkert öryggisnet bíður þeirra, sem kikna undan álaginu og kulna í starfi.

Staða sjúklinga hefur aftur á móti batnað og er það vel. Sett hafa verið lög um réttindi þeirra, sem að miklu leyti snúast um að tryggja lagalegan rétt þeirra í samskiptum við lækna. Sjúklingar eiga rétt á bótum ef þeir telja sig verða fyrir tjóni af læknismeðferð, hvort sem unnt er að benda á mistök af hendi lækna eða ekki og eru sjálfstætt starfandi læknar nú skyldaðir til að greiða iðgjöld af slíkum tryggingum fyrir alla landsmenn.

Gera má ráð fyrir að hin nýja staða styrki samband sjúklings og stofnana en veiki samband sjúklings og læknis, sem fram til þessa hefur verið hornsteinn í læknisfræði.

Ástæða er til að velta því fyrir sér, með hvaða hætti sjúklingum verða færðar slæmar fréttir á komandi árum. Eitt er víst að áfram verður þörf fyrir slíkan fréttaflutning þar sem virðing fyrir mannlegri reisn og tilfinningum þarf að vera í fyrirrúmi. Það er trú mín að enginn geti leyst lækna af hólmi í þeim efnum.

Heimildir og ítarefni

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it so difficult? Br Med J 1984; 288: 1597-9.
2. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: concensus guidelines for medical practitioners. J Clin Oncol 1995; 13: 2449-56.
3. Holland JC. Now we tell– But how well? J Clin Oncol. 1989; 7: 557-9.
4. Katz J. The silent world of doctor and patient. New York, NY: Free Press; 1984.
5. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians´ attitudes towards telling the cancer patient. JAMA 1979; 241: 897-900.
6. Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. JAMA 1961; 175: 1120-8.
7. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. JAMA 1996; 276: 496-502.
8. Ptacek JT, Fries EA, Eberhardt TL, Ptacek JJ. Breaking bad news to patients: physicians´ perceptions of the process. Supportive Care in Cancer 1999; 7: 113-20.

Aventis

áhrifaríkt[1]

andhistamín

aukin lífsgæði[2]

ekki slævandi áhrif[3]

Telfast®
fexofenadin



NONNI OG MANNI • NM01520 / SÍA '15

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

Heimildir:
1) Day JH. Et al. Ann Allergy Asthma Immunol 1997; 79: 553-40
2) Meltzer EO. Et al. Ann Allergy Asthma Immunol 1999; 83: 311-17
3) Howarth PH. Et al. J Allergy Clin Immunol 1999; 927-33

Umboðsaðili á Íslandi:
Pharmaco hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabæ

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

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

Ábendingar: Óhófleg blóðfituhækkun, þar á meðal fyrsta stigs kólesterólhækkun, arfhrein ættbundin kólesterólhækkun, og blönduð blóðfituhækkun þegar sérstakt fitusnautt 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 hægja á framvindu á æðakölkun í kransæðum, þar á meðal draga úr myndun nýrra vefjaskemmda og nýrra stíflna. Meðferð á sjúklingum með arfhreina ættbundna kólesterólhækkun, sem viðbót við aðra meðferð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Virkur lifrarsjúkdómur eða stöðugt hækkaðir transamínasar í blóði af óþekktri orsök. Samhliða gjöf mibefradils (afskráð lyf) sem er kalsíumblokkari úr tetralóftlokki. **Meðganga og brjóstagjöf:** ZOCOR má ekki nota á meðgöngu og kona með barn á brjósti má heldur ekki nota ZOCOR. **Varúð:** *Vöðvaáhrif:* ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasa hemlar geta stundum valdið vöðvakvilla, sem lýsir sér sem vöðvaverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatínkínasa (>10 x eðlileg efri mörk). Rákvöðvasundrun, með eða án bráðrar nýrnabilunar, sem kemur eftir vöðvarauðamigu, hefur sjaldan sést. Vöðvakvilli sem orsakast af milliverkunum lyfja: Tíðni og alvarleiki vöðvakvilla aukast með samhliða gjöf HMG-CoA redúktasa hemla og lyfja, sem geta valdið vöðvakvilla, þegar þau eru gefin ein sér, eins og gemfíbrózíl og önnur fíbröt og blóðfitulækkandi skammtar ((1g/dag) af níkótínsýru. Að auki virðist hættan á vöðvakvilla aukast með háum gildum á HMG-CoA redúktasahemlavirkni í plasma. ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasahemlar eru umbrotnir af cýtókróm P450 ísóformi 3A4. Hjá sjúklingum, sem taka cýklóspórín, fíbröt eða níkótínsýru samhliða, ætti ZOCOR skammturinn venjulega ekki að fara yfir 10 mg, þar sem hættan á vöðvakvilla eykst verulega við hærri skammta. Frábending er fyrir notkun mibefradils og ZOCORs. Varast ætti samhliða notkun með öðrum lyfjum t.d. cýklóspórini; itrakónazóli, ketakónazóli og öðrum azól sveppalyfjum; makrólíð-sýklalyfjunum erýtrómýcíni og klaritrómýcíni og þunglyndislyfinu nefazódón sem í lækningaskömmtum hafa hamlandi áhrif á cytokróm P450 3A4, nema því aðeins að kostir samhliða meðferðar vegi meira en aukin áhætta. *Áhrif á lifrarstarfsemi:* Mælt er með því, að prófanir á lifrarstarfsemi séu gerðar hjá öllum sjúklingum, áður en meðferð hefst og síðan með reglulegu millibili fyrsta ár meðferðarinnar eða þar til einu ári eftir síðustu skammtahækkun. Hjá sjúklingum sem fá 80 mg skammt ætti auk þess að athuga lifrarstarfsemi eftir 3 mánuði. Sérstaka athygli skal veita sjúklingum, sem fá hækkaða þéttni transamínasa í sermi og ætti að endurtaka mælingarnar fljótt og síðan framkvæma þær oftar. Ef transamínasaþéttnin virðist stöðugt hækka og sérstaklega ef hún hækkar í þrisvar sinnum eðlileg efri mörk og er þrálát, ætti að hætta lyfjameðferð. Hjá sjúklingum sem neyta verulegs magns af áfengi og/eða hafa einhvern tíma fengið lifrarsjúkdóm, ætti að nota lyfið með varúð. Virkir lifrarsjúkdómar eða óskýrðir hækkaðir transamínasar eru frábendingar fyrir notkun simvastatíns.

Aukaverkanir: ZOCOR þolist almennt vel. Aukaverkanir hafa aðallega verið vægar og skammvinnar. Minna en 2% sjúklinga hafa hætt í klínískum viðmiðunarrannsóknum vegna aukaverkana, sem rekja má til ZOCORs. *Algengar (>1%):* Kviðverkir, hægðatregða og uppþemba. *Sjaldgæfar (0,1-1%):* Þróttleysi og höfuðverkur og vöðvakvilli. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%):* Ógleði, niðurgangur, húðútbrot, meltingartruflanir, kláði, hárlos, svimi, vöðvakrampar, vöðvabólga, brisbólga, breytt húðskyn, útlægur taugakvilli, uppköst og blöðrukortur. Rákvöðvasundrun og lifrarbólga/gula komu sjaldan fyrir. Ofnæmisheilkenni hafa sjaldan sést og hafa einhver eftirfarandi einkenna komið fyrir: Ofsabjúgur, einkenni lík rauðum úlfum, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíklafjöld, hækkað sökk, liðbólga, liðverkur, ofsakláði, ljósnæmi, hiti, kinnroði, andnauð og lympa.

Milliverkanir: Gæta skal varúðar við samhliða notkun ZOCORs og lyfja sem marktækt hindra cytokróm P450 3A4 (svo sem cíklóspórins, mibefradils, azól-sveppalyfjanna itrakónazóls og ketókónazóls, makrólíð-sýklalyfjanna erýtrómýcíns og klaritrómýcíns og þunglyndislyfsins nefazódóns) eða fíbrata eða níacíns. 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 skammt, sem gefinn er í einu lagi að kvöldi. Lækka skal skammtinn af ZOCOR, ef blóðþéttni LDL-kólesteróls fer undir 1,94 mmól/l (75 mg/dl) eða blóðþéttni heildarkólesteróls fer undir 3,6 mmól/l (140 mg/dl). *Arfhrein ættbundin kólesterólhækkun:* 40 mg/dag að kvöldi eða 80 mg/dag í þremur aðskildum skömmtum, 20 mg, 20 mg og 40 mg að kvöldi. ZOCOR ætti að nota sem viðbót við aðra blóðfitulækkandi meðferð (LDL plasmapheresis) eða ef slík meðferð er ekki tiltæk. *Kransæðasjúkdómur:* 20 mg upphafsskammtur á dag í einu lagi að kvöldi. Breytingar á skömmtum ætti að framkvæma ef þörf krefur. *Samhliða lyfjagjöf:* ZOCOR er árangursríkt eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem fá cíklóspórín, fíbröt eða níkótínsýru ásamt ZOCOR, er hámarksskammturinn 10 mg/dag. *Skömmtun við nýrnabilun:* Ekki ætti að vera þörf fyrir skammtabreytingar við miðlungsalvarlega nýrnabilun. Hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun, er hámarks skammtur 10 mg/dag. **Skammtastærðir handa börnum:** ZOCOR er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð (desember, 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. **Greiðsluþátttaka:** 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



EVIDENSBASERET 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

Ristilkrabbamein á Íslandi 1955-1989

Meinafræðileg athugun

Lárus Jónasson[1],
Jónas Hallgrímsson[1],
Ásgeir Theodórs[2],
Þorvaldur Jónsson[3],
Jónas Magnússon[4],
Jón Gunnlaugur Jónasson[1]

Ágrip

Markmið: Í þessari rannsókn var markmiðið að kanna ýmsa meinafræðilega þætti ristilkrabbameina á Íslandi á 35 ára tímabili frá 1955-1989 og þær breytingar sem orðið hafa á þessum þáttum á tímabilinu.

Efniviður og aðferðir: Upplýsingar fengust frá Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands um alla þá er greindust með krabbamein í ristli á rannsóknartímabilinu. Öll vefjasvör og krufningaskýrslur voru yfirfarin. Öll vefjasýni voru endurskoðuð og meinin endurmetin með tilliti til vefjagerðar, staðsetningar í ristli, þroskunargráðu æxlanna og Dukes flokkunar auk þess sem aldursstaðlað nýgengi var reiknað eftir endurskoðun greininga. Illkynja æxli í sepum eru með í rannsóknninni. Rannsóknartímabilinu var skipt í sjö fimm ára tímabil og breytingar meinafræðilegra þátta á tímabilunum kannaðar.

Niðurstöður: Alls voru eftir endurmat æxlanna 1205 æxli sem uppfylltu skilmerki þess að teljast ristilkrabbamein, 572 í körlum og 633 í konum. Nýgengi jókst á rannsóknartímabilinu hjá körlum úr 8,2 í 21,5/10^5 og hjá konum úr 7,9 í 15,8/10^5. Unnið var meinafræðilega úr 1109 æxlum. Hefðbundin kirtlakrabbamein (adenocarcinoma NOS) voru 90,1% æxlanna en næst algengasta vefjagerðin var slímkrabbamein (mucinous carcinoma). Flest æxlin voru staðsett í bugaristli (sigmoid colon) (38,6%) en næst á eftir voru botnristill (coecum) (19,1%) og risristill (ascending colon) (14,5%). Staðsetningar æxlanna breyttust ekki á rannsóknartímabilinu. Slímkrabbamein og signethringsfrumukrabbamein (signet ring carcinoma) voru tíðari í hægri hluta ristils. Dukes flokkun æxlanna sýndi að 9,1% voru á stigi A, 32,1% á stigi B, 24,6% á stigi C og 22,7% á stigi D, en 11,5% reyndist ekki unnt að ákvarða. Lítilsháttar aukning varð á hlutfalli æxla á stigi A á síðari hluta tímabilsins

[1]Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði, [2]meltingarsjúkdómadeild St. Jósefsspítala Hafnarfirði, skurðdeildir Landspítala [3]Fossvogi og [4]Hringbraut. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Jón Gunnlaugur Jónasson Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði, Landspítala Hringbraut, Pósthólf 1465, 121 Reykjavík. Sími: 560 1922; bréfasími: 560 1904; netfang: jongj@landspitali.is

Lykilorð: *ristilkrabbamein, æxlisflokkun, staðsetning, þroskunargráða, faraldsfræði.*

ENGLISH SUMMARY

Jónasson L, Hallgrímsson J, Theodórs Á, Jónsson Þ, Magnússon J, Jónasson JG

Carcinoma of the colon in Iceland 1955-1989. A study on pathology

Læknablaðið 2001; 87: 111-7

Objective: The objective of this study was to investigate various pathological parameters of colon carcinoma in Iceland in the 35 year time period from 1955-1989, and changes in these parameters during the study period.

Material and methods: Information on all patients diagnosed with colon carcinoma in the study period was obtained from the Icelandic Cancer Registry. All pathology reports and autopsy reports were checked. All pathology samples were reviewed and the tumours reevaluated, reclassified, tumour location determined, the tumours graded and Dukes staged and age standardized incidence was calculated according to revised diagnosis. Cancers in polyps are included in the study. The study period was separated into seven five year periods and changes in pathological parameters investigated according to time periods.

Results: After reevaluation of the tumours 1205 fulfilled the criteria for the diagnosis of colon carcinoma, 572 in men and 633 in women. The incidence increased in the study period for men from 8.2 to 21.5/10^5 and for women from 7.9 to 15.8/10^5. The pathological parameters were determined for 1109 tumours. Adenocarcinoma NOS was the most common diagnosis or 90.1% of the tumours and mucinous carcinomas came second. Most of the tumours were located in the sigmoid colon (38.6%), 19.1% in the coecum and 14.5% in the ascending colon. No significant observed changes occurred in tumour location in the study period. The mucinous histological type and signet ring tumour type were more common in the right colon. In Dukes staging of the tumours 9.1% were in stage A, 32.1% in stage B, 24.6% in stage C and 22.7% in stage D, whereas 11.5% proved indeterminate. A minimal trend to increase in Dukes A tumours was observed in the latter half of the study period, overall no significant changes in Dukes classification could be pinpointed in the time period. Most of the tumours were of intermediate tumour grade or 70.1%, but 16.5% were well differentiated and 13.4% were poorly differentiated. A much higher percentage of poorly differentiated tumours were present in the right colon in comparison to the left colon. A poorer differentiation of the tumours went hand in hand with worse Dukes stage of tumours.

Conclusions: We conclude that: 1. the incidence of colon carcinoma has much increased during the study period for both sexes, 2. observed changes in studied pathological parameters over the study period were minimal. Of interest is the minimal change in Dukes stages of colon cancer in the study period.

Key words: *colon carcinoma, histological typing, location, tumour differentiation, epidemiology.*

Correspondence: Jón Gunnlaugur Jónasson. E-mail jongj@landspitali.is

Table I. *Carcinoma of the colon in Iceland from 1955-1989. Results of typing histologically verified tumours according to the World Health Organization (WHO) classification system.*

	Male		Female		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Adenocarcinoma NOS	482	(90.8)	517	(89.4)	999	(90.1)
Mucinous adenocarcinoma	38	(7.1)	44	(7.6)	82	(7.4)
Signet ring carcinoma	7	(1.3)	5	(0.9)	12	(1.1)
Adenosquamous carcinoma	2	(0.4)	1	(0.2)	3	(0.3)
Small cell carcinoma	0	(0.0)	1	(0.2)	1	(0.1)
Undifferentiated carcinoma	0	(0.0)	6	(1.0)	6	(0.5)
Carcinoid tumour	2	(0.4)	4	(0.7)	6	(0.5)
Total	**531**	**(100.0)**	**578**	**(100.0)**	**1109**	**(100.0)**

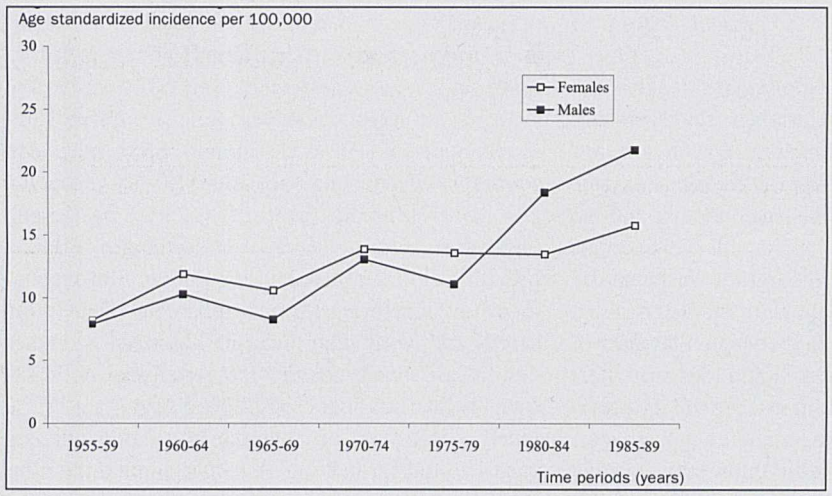


Figure 1. *Age standardized incidence of colon carcinoma in Iceland in a 35 year time period, from 1955 to 1989.*

en þó voru í heild ekki marktækar breytingar á Dukes stigun á rannsóknartímabilinu. Langflest æxlin voru meðalþroskuð eða 70,1%, en 16,5% vel þroskuð og 13,4% illa þroskuð. Mun hærra hlutfall illa þroskaðra æxla var hægra megin í ristli en vinstra megin. Verri þroskunargráða æxlanna fylgdi vel verra Dukes stigi æxla.

Ályktanir: Við ályktum að: 1. nýgengi ristilkrabbameina hafi aukist verulega á tímabilinu fyrir bæði kyn, 2. breytingar á meinafræðilegum þáttum æxlanna sem metin voru vefjafræðilega hafi orðið litlar. Sérstaka athygli vekur lítil breyting á Dukes stigun æxlanna.

Inngangur

Ristilkrabbamein er meðal algengustu krabbameina vestrænna þjóða og er hlutfallslega algeng orsök dauðsfalla hjá þeim sem árlega greinast með illkynja æxli. Undanfarna áratugi hefur nýgengi ristilkrabbameina farið hækkandi meðal þeirra þjóða heims sem búa við almenna velmegun og á það ekki síst við um Norðurlandaþjóðirnar. Þó virðist sem mögulega séu vísbendingar um nokkra lækkun á nýgengi ristilkrabbameina í Bandaríkjunum síðastliðinn áratug (1).

Vefjameinafræðilegar rannsóknir á ristilkrabbameinum heillar þjóðar með athugunum á þeim breytingum sem orðið hafa á síðastliðnum áratugum hafa ekki verið gerðar svo höfundum sé kunnugt. Því var ráðist í þessa rannsókn þar sem leitast hefur verið við að kanna faraldsfræði þessa krabbameins í Íslendingum á 35 ára tímabilinu 1955-1989 með það fyrir augum að leggja fram tölfræði sem hefur alþjóðlegt gildi. Íslendingar hafa nokkra sérstöðu meðal þjóða því tiltölulega aðgengilegt er að endurskoða vefjasneiðar frá flestöllum greindum æxlum í ristli á svo löngu tímabil sem um ræðir í þessari grein. Á rannsóknartímabilinu 1955-1989 var aðallega starfandi ein vefjarannsóknastofa í landinu, Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði og eftir að meinafræðideild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri var sett á stofn, síðari hluta rannsóknartímabilsins, hefur verið náin samvinna á milli stofnananna varðandi veitingu gagnkvæmra upplýsinga um vefjagreiningar.

Í þessari rannsókn sem hér birtist var markmiðið að kanna nýgengi krabbameina í ristli á Íslandi yfir 35 ára tímabil (1955-1989) og athuga breytingar á nýgengi æxlanna á tímabilinu. Ennfremur var markmiðið að endurskoða og endurmeta vefjameinafræðilega þætti æxlanna, svo sem æxlistegund, þroskunargráðu æxlanna og Dukes stigun þeirra, en þessir vefjameinafræðilegu þættir eru skilgreindir í kaflanum efniviður og aðferðir hér á eftir. Að auki eru kannaðar þær breytingar sem orðið hafa á þessum vefjameinafræðilegu þáttum á rannsóknartímabilinu.

Efniviður og aðferðir

Í þessari rannsókn beindist athyglin að krabbameinum greindum á 35 ára tímabilinu 1955-1989. Ákveðið var að hafa tímabilið ekki lengra en til 1989 en þá væri unnt að kanna fimm og 10 ára lifun fram til ársins 1999. Til stendur að gera lifun og öðrum atriðum sem snerta greiningu og meðferð skil síðar í annarri grein. Einnig stendur til að gera krabbameini í endaþarmi svipuð skil síðar.

Upplýsingar um alla Íslendinga sem greindust með ristilkrabbamein á árunum 1955-1989 voru fengnar frá Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. Aflað var upplýsinga um nafn, kyn, aldur við greiningu, dánardag og númer vefjasvara (PAD-númer). Vefjasvör, smásjárgler og vefjakubbar voru fengin úr söfnum Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði og meinafræðideildar Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (stofnuð 1981/1982) sem voru einu vefjameinafræðideildir landsins á rannsóknartímabilinu. Krufningaskýrslur og tilsvarandi vefjasýni voru notuð þegar greining hafði fyrst verið gerð við krufningu.

Öll æxli sem greind höfðu verið vefjafræðilega voru endurskoðuð og flokkuð eftir vefjagerðum samkvæmt reglum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (2). Til þess að æxli teljist vera slímkrabbamein (mucinous adenocarcinoma) þarf slímkrabbameinsþáttur að vera meiri en helmingur af æxlinu. Til

þess að æxli flokkist sem signethringsfrumukrabbamein (signet ring carcinoma) þurfa meira en helmingur frumna að vera af signethringsfrumugerð. Æxlin voru einnig flokkuð eftir þroskunargráðu samkvæmt sömu reglum. Vel þroskuð æxli teljast þau sem mynda reglulega kirtla, meðalþroskuð æxli þau sem hafa miður þroskaða kirtla og illa þroskuð þau sem hafa einhverja kirtilmyndun en eru annars með lítil auðkenni vefjagerðar. Stigun æxlisvaxtar eftir vexti innan og utan ristilsins var gerð samkvæmt reglum kenndum við Dukes og síðan endurbættum af Turnbull og félögum (3). Stigin eru skilgreind þannig að á stigi A er æxli innan ristilsveggjar, á stigi B hefur æxli vaxið út úr vegg, á stigi C eru meinvörp í svæðiseitla eingöngu og á stigi D eru fjarmeinvörp fyrir hendi. Illkynja æxli í sepum eru tekin með í þessari rannsókn, en slík æxli teljast illkynja ef þau eru vaxin í stilk sepans.

Í flestum tilvikum var unnt að notast við upprunalegar vefjasneiðar, annars voru nýjar sneiðar skornar úr vefjakubbum. Stöku sinnum þurfti að beita sérlitunum í þeim tilgangi að komast nær réttri vefjagreiningu.

Staðsetning æxlis var skilgreind samkvæmt upplýsingum á beiðni um vefjarannsókn, vefjasvari og krufningarlýsingu eftir því sem við átti og ákvörðun tekin á þeim forsendum hvort æxli var talið til ristilkrabbameins eða sem endaþarmskrabbamein. Á sömu forsendum var staðsetning innan ristils, í botnristil (coecum), risristil (ascending colon), hægri ristilbugðu (right colic flexure), þverristil (transverse colon), vinstri ristilbugðu (left colic flexure), fallristil (descending colon) og bugaristil (sigmoid colon) skilgreind. Einnig var gerð grófari staðsetningarákvörðun svarandi til hægri hluta ristils (botnristill og risristill), miðhluta ristils (hægri ristilbugða, þverristill og vinstri ristilbugða) og vinstri hluta ristils (fallristill og bugaristill).

Fjölþátta aðhvarfsgreiningu var beitt til þess að prófa marktekt breytna og tímabila (4). Kí-kvaðratsprófi var beitt til ákvörðunar marktektar mismunar á hlutföllum. Nýgengi og aldursstöðlun voru samkvæmt Heimsstaðli (World Standard) (5).

Vísindasiðanefnd hefur samþykkt rannsóknaráætlunina. Persónuvernd hefur verið tilkynnt rannsóknaráætlunin.

Niðurstöður

Í Krabbameinsskrá eru upplýsingar um 1265 Íslendinga sem greindir voru með ristilkrabbamein á 35 ára tímabilinu 1955-1989. Af þeim uppfylltu 1205 skilyrði okkar fyrir greiningunni ristilkrabbamein. Karlar voru 572 og konur 633, sem gefur kynjahlutfall karlar/konur 0,9. Aldursstaðlað nýgengi heildarinnar 1205 aðlagað alþjóðastaðli á 100 þúsund íbúa jókst á rannsóknartímabilinu, eða úr 8,2 á 100.000 íbúa í 21,8 á 100.000 hjá körlum og úr 7,9 á 100.000 í 15,8 á 100.000 hjá konum (mynd 1).

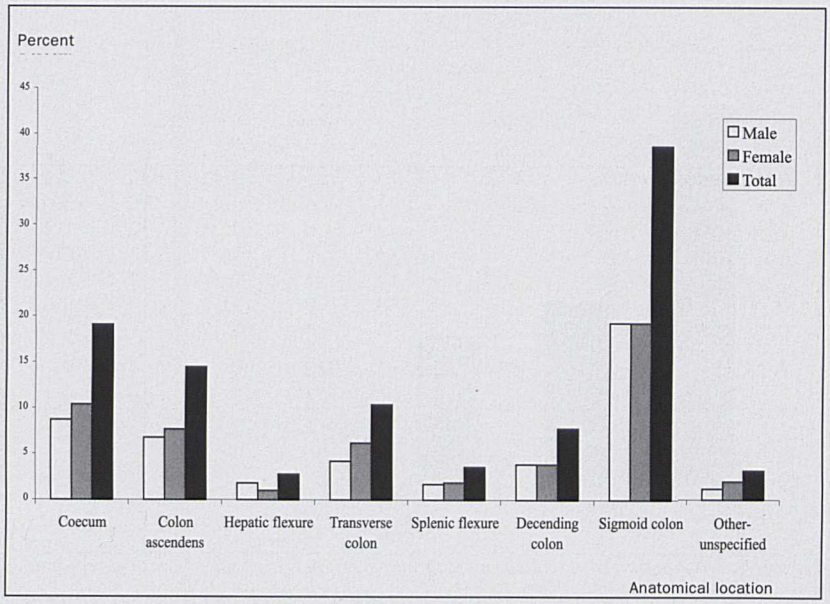


Figure 2. *Carcinoma of the colon in Iceland 1955-1989. Location of the tumours within the colon.*

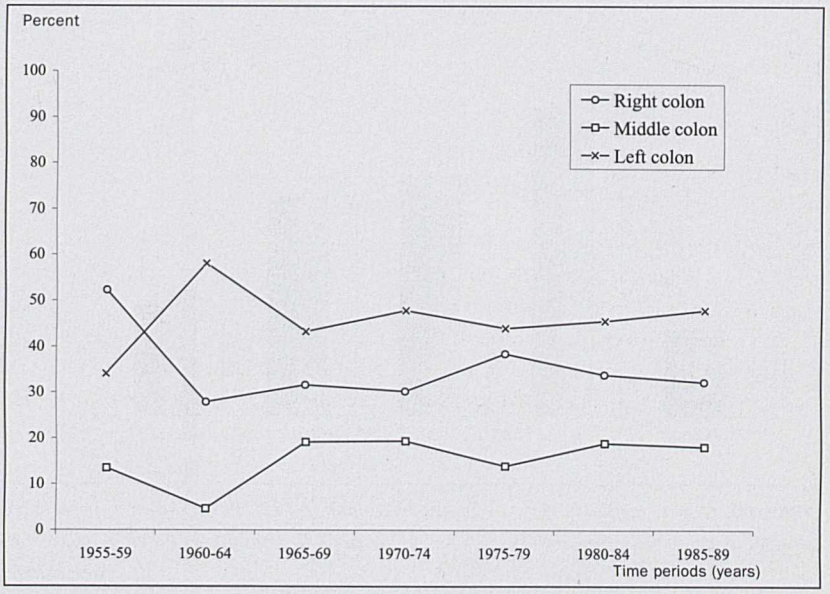


Figure 3. *Percentage of tumours in each third of the colon depicted for the seven five year time intervals of the study period.*

Meðalaldur við greiningu var 70,4 ár hjá heildinni (69,8 ár hjá körlum og 70,8 ár hjá konum) og breyttist ekki á rannsóknartímabili okkar.

Af þessum 1205 æxlum höfðu 1133, eða 94%, verið greind vefjafræðilega en 72, eða 6%, með öðrum aðferðum.

Smásjárgler og vefjasýni fundust fyrir 1109 manns af þeim 1133 sem upprunalega höfðu verið greindir vefjafræðilega og er sá hópur uppistaðan í meinafræðilega hluta rannsóknar okkar.

Niðurstöður vefjaflokkunar eru sýndar í töflu I. Hefðbundið kirtlakrabbamein (adenocarcinoma NOS) myndaði langstærsta hópinn og næst í röðinni var slímkrabbamein. Breytingar á innbyrðis hlutfalli þessara tveggja æxlistegunda urðu ekki á rannsóknartímabilinu.

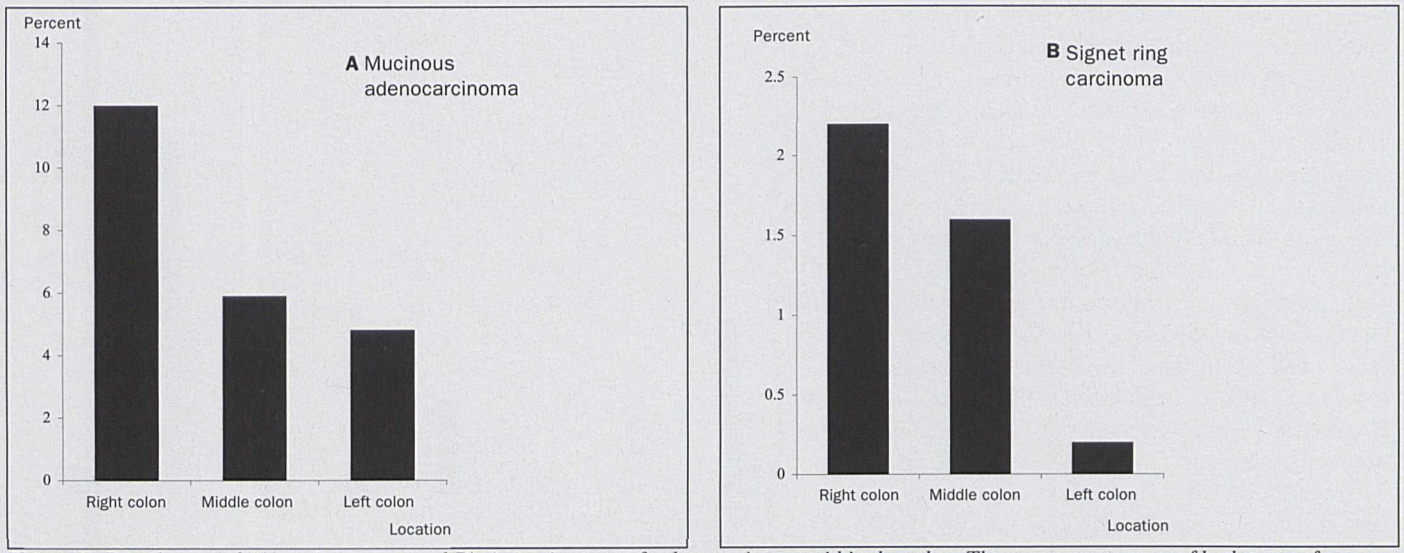


Figure 4. *Distribution of A) mucinous type and B) signet ring type of colon carcinoma within the colon. There were more cases of both types of tumours in the right part of the colon as compared to the middle and left colon. This was not statistically significant.*

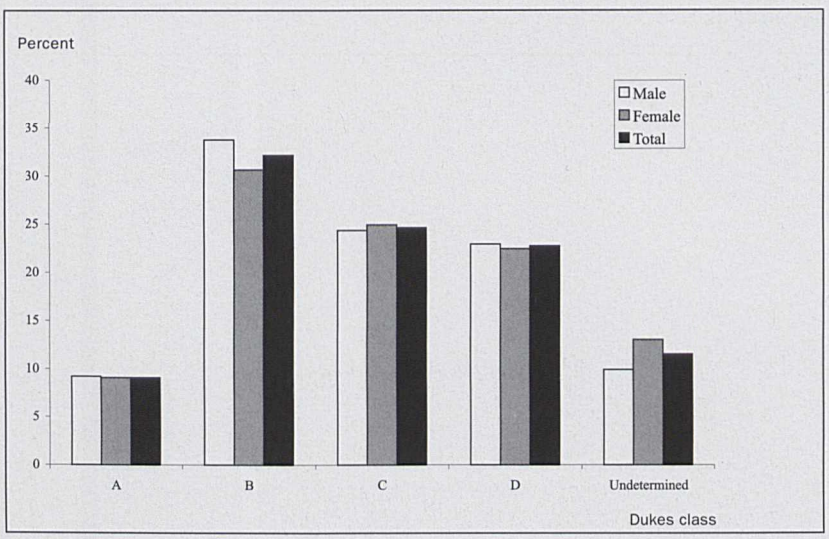


Figure 5. *Dukes stages of colon carcinoma in Iceland in 1955-1989. Shown as percentage of total and separately for both sexes. The indeterminable cases are included in the overall percentage.*

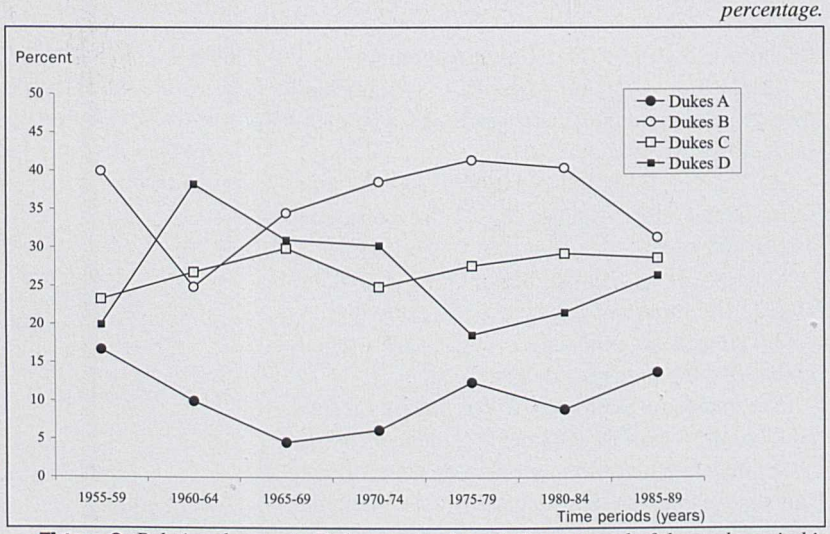


Figure 6. *Relative changes in Dukes staging in each time interval of the study period is illustrated in this figure.*

Fyrir heildina, það er 1109 æxli, var staðsetning þeirra oftast í bugaristli, eða 38%, og næstoftast í botnristli, eða 19,2% (mynd 2). Á sama hátt voru 33,7% æxla í hægri hluta ristils, 16,8% í miðhluta ristils og 46,4% í vinstri hluta ristils. Ekki urðu verulegar breytingar á rannsóknartímabilinu varðandi dreifingu æxla á hægri hluta, miðhluta og vinstri hluta ristils (mynd 3).

Hefðbundið kirtlakrabbamein skiptist í nokkuð jöfnum hlutföllum við samanburð á hægri og vinstri hluta ristils en slímkrabbamein og signethringsfrumukrabbamein voru marktækt tíðari hvort um sig í hægri hluta en í vinstri hluta ristils ($p<0,001$ og $p=0,018$) (mynd 4). Silfurfrumuæxli (carcinoid tumour) og óþroskuð krabbamein (undifferentiated carcinoma) komu oftar fyrir í hægri hluta en vinstri hluta ristils, en mismunur var ekki marktækur.

Mynd 5 sýnir niðurstöður stigunar eftir reglum kenndum við Dukes (3). Af 1109 æxlum voru 9,1% á stigi A, 32,1% á stigi B, 24,6% á stigi C og 22,7% á stigi D. Í 11,5% tilfella var stigun ekki möguleg, annað hvort voru eitlar ekki fyrir hendi eða að vefjasýnis hafði aðeins verið aflað með speglunaraðgerð. Mynd 6 sýnir Dukes stigun æxla eftir staðsetningu í ristli og breytingar á Dukes stigun á rannsóknartímabilinu. Æxli á stigum A og B saman voru marktækt algengari í vinstri hluta ristils en í hægri hluta og þá einnig æxli á stigum C og D saman marktækt algengari í hægri hluta ristils en í vinstri hluta ($p=0,04$) (mynd 7). Dukes stig æxla reyndist ekki háð aldri sjúklinga.

Hefðbundin kirtlakrabbamein, slímkrabbamein og signetshringsfrumukrabbamein voru flokkuð eftir þroskunargráðu en samtals voru þau 98,6% æxlanna. Flest æxlanna voru meðalþroskuð, eða 70,1%, illa þroskuð voru 16,5% og vel þroskuð 13,4%. Á mynd 8 sést að illa þroskuð æxli voru oftar í hægri hluta

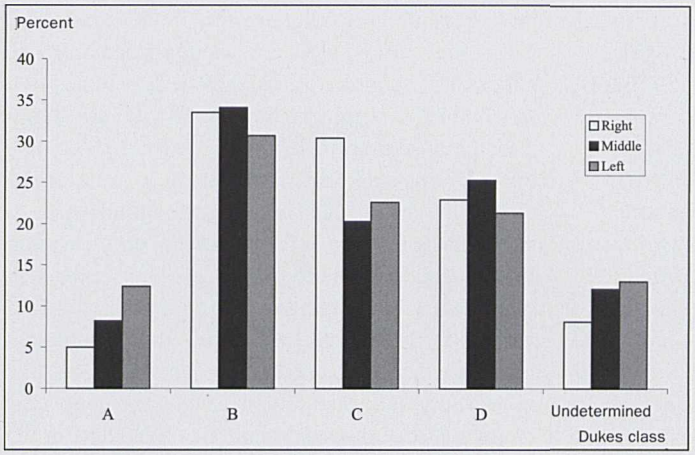


Figure 7. *Dukes stages of colon carcinoma in relation to location within the colon (colon separated into right, middle and left). Tumours of Dukes stages C and D together were significantly more often located in the right colon as compared to the middle and left colon (p = 0.04)*

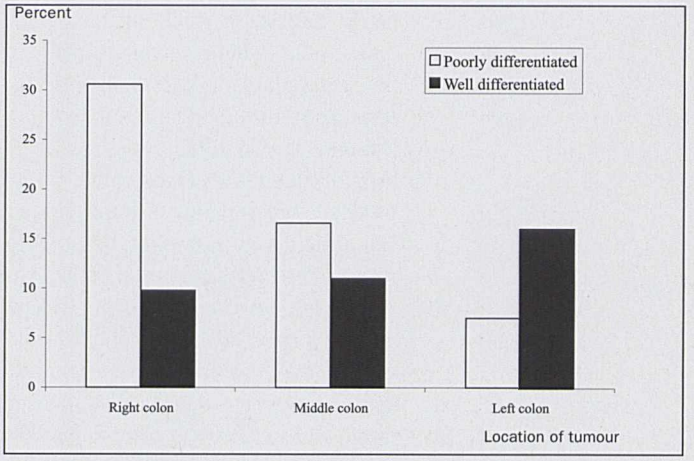


Figure 8. *The well and the poorly differentiated grading categories of colon carcinoma in relation to tumour location within the colon. The poorly differentiated tumours were significantly more often located in the right colon as compared to the left colon (p<0.0001).*

ristils í samanburði við mið- og vinstri hluta ristils (p<0,0001) en hlutfall þeirra minnkaði síðan jafnt og þétt eftir því sem neðar dró í ristilinn. Hið gagnstæða kom í ljós með vel þroskuð æxli sem voru oftar í vinstri hluta ristils í samanburði við mið- og hægri hluta ristils (p=0,01).

Mynd 9 sýnir að samband var á milli stigunar og þroskunargráðu þar sem æxli á stigum A og B saman voru marktækt betur þroskuð en æxli á stigum C og D saman (p<0,001).

Umræða

Nýgengi: Ristilkrabbamein er á meðal algengustu krabbameina hjá þróuðum þjóðum heims og var nýgengi á árunum 1983-1987 hæst í Norður-Ameríku, Norður-Evrópu og Ástralíu eða á bilinu 16-35 á 100.000 íbúa (6). Á Norðurlöndum, á árabilinu 1955-1980, var nýgengi samkvæmt krabbameinsskrám hjá báðum kynjum hæst í Danmörku, síðan nokkuð lægra en svipað innbyrðis á Íslandi, í Noregi og í Svíþjóð, og áberandi var það lægst í Finnlandi (7). Hækkun nýgengis var nokkuð jöfn hjá báðum kynjum á öllu tímabilinu í löndunum fimm. Á tímabilinu 1987-1993 hafði nýgengi í Noregi náð svipuðu marki og í Danmörku, samkvæmt krabbameinsskrám (karlar: Noregur 23,3 Danmörk 22,6 og konur: Noregur 20,8 Danmörk 22,0), á Íslandi og í Svíþjóð var það nokkuð lægra (karlar: Ísland 19,6 Svíþjóð 17,1 og konur: Ísland 15, Svíþjóð 14,9) og enn var það lægst í Finnlandi (karlar: 13,0 og konur: 11,7) (8).

Nýgengi samkvæmt Krabbameinsskrá hjá Íslendingum á rannsóknartímabili okkar nær þrefaldaðist á meðal karla og nær tvöfaldaðist á meðal kvenna og hjá hinum Norðurlandaþjóðunum nema Svíum varð aukning á svipuðu tímabili eða nær tvöföldun hjá báðum kynjum (7,8). Höfundar hafa ekki fundið

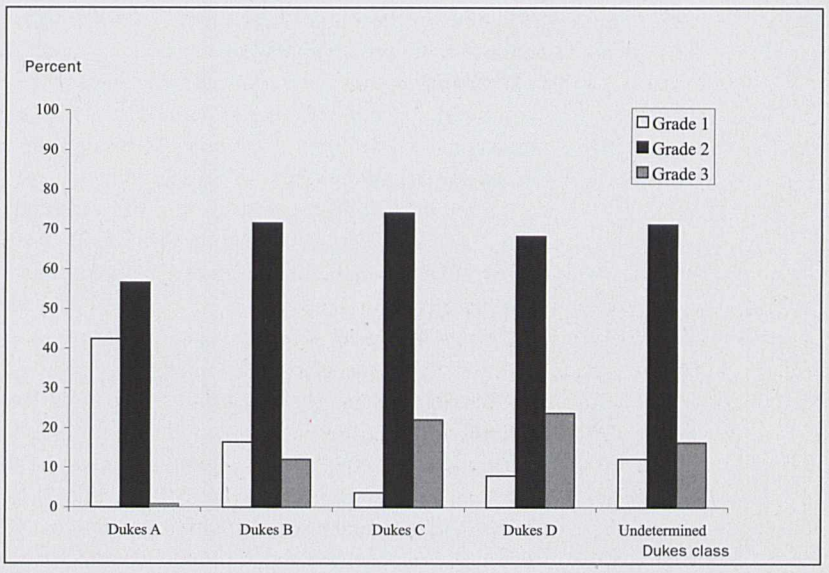


Figure 9. *Tumour differentiation grades shown according to Dukes stages of colon carcinoma. Tumours of Dukes stages A and B together were significantly better differentiated than tumours of stages C and D together (p<0.001).*

rannsóknaniðurstöður frá öðrum löndum og þar á meðal ekki frá hinum Norðurlöndunum þar sem gögn frá krabbameinsskrám hafa verið endurskoðuð á sama hátt og við höfum gert.

Ekki er skýring til á breytilegri tíðni ristilkrabbameina milli Norðurlandaþjóða og ekki er ákveðin skýring til á nýgengisaukningu þessara æxla. Breytingar þær sem orðið hafa á fæðuvenjum á Íslandi, það er hækkun á hlutfalli grófmetis, grænmetis og ávaxta, hefur að minnsta kosti ekki náð að draga úr nýgengisaukningunni hjá Íslendingum á rannsóknartímabilinu. Tilkoma ristilspeglana á síðari hluta rannsóknartímabilsins ásamt fjarlægingu ristilsepa hefur heldur ekki náð að draga sýnilega úr nýgengisaukningu á tímabilinu.

Staðsetning: Nær helmingur af þeim 1109 sjúklingum sem rannsókn okkar nær til fengu æxlið í vinstri hluta ristils. Á rannsóknartímabilinu varð

engin tilfærsla á milli vinstri og hægri. Svipaðar niðurstöður hafa fengist við rannsóknir á ristilkrabbameini í Ástralíu og á Bretlandi (9,10) en í sumum hlutum Bandaríkjanna hefur svo virst sem æxlum í vinstri hluta ristils fækki hlutfallslega og fjölgi að sama skapi í hægri hluta (11-13). Skýringar á þessum breytingum á staðsetningu æxlanna í Bandaríkjunum eru ekki ljósar. Við ákvörðun á staðsetningu æxlanna innan ristils í þessari rannsókn var stuðst við upplýsingar frá læknum sjúklinga í gegnum beiðnir um vefjarannsókn, bæði við speglanir og við aðgerðir, en einnig upplýsingar úr krufningaskýrslum. Þetta telst allnákvæm aðferð, en enn nákvæmari staðsetningarákvörðun hefði mögulega verið unnt að nálgast í slíkri afturskyggnri rannsókn með því að kanna sjúkraskýrslur með aðgerðarlýsingum og röntgenniðurstöður. Við teljum þó ekki að slíkt hefði breytt heildarniðurstöðum.

Vefjaflokkar: Hefðbundið kirtlakrabbamein var langstærsti hluti æxlanna í okkar rannsókn, eða 90,1%. Svipuð niðurstaða var í rannsókn á 352 æxlum í Genúa á Ítalíu, eða 88,9% (14). Í sömu rannsókn fannst slímkrabbamein í 11,1%, sem í okkar rannsókn var 7,4%. Annars hefur slímkrabbamein yfirleitt verið talið hlutfallslega tíðara, eða að meðaltali 17% (breytilegt frá 11-30% í níu rannsóknum) og hefðbundið kirtlakrabbamein því jafnframt hlutfallslega lægra en í okkar rannsókn (15). Aðeins lægri hlutfallstölur en okkar fyrir slímkrabbamein hafa fundist, eða 6,6% af 662 æxlum (16) og 5,9% af 1077 æxlum (17). Þess ber að gæta að greining slímkrabbameins er ekki alltaf byggð á sömu forsendum varðandi meingerð, það er hlutfallslegu magni slíms í æxlunum og geta því hlutfallstölur verið breytilegar frá einni rannsókn til annarrar þótt meingerð hafi í raun verið mjög lík. Í einni af þeim rannsóknum sem að ofan getur voru reglur Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar notaðar á sama hátt og við gerðum og voru niðurstöður þá svipaðar okkar (17).

Slímkrabbamein í okkar rannsókn voru tíðari í hægri hluta ristils en í vinstri. Niðurstöður annarra rannsakenda varðandi staðsetningu slímkrabbameina hafa verið breytilegar, hjá sumum hafa þau verið tíðari hægra megin (16) en hjá öðrum vinstra megin (15). Almennt hafa þau þó verið talin koma oftar fyrir hægra megin.

Dukes stig: Í okkar efniviði var mest um æxli á Dukes stigi B en síðan fækkaði í flokkum C, D og A í þeirri röð. Það er áhyggjuefni að aðeins 9,1% æxlanna voru greind á stigi A, það er ennþá bundin við ristilvegginn, og því líklegust til þess að læknast með brottnámi. Margir aðrir rannsakendur hafa haft hlutfallslega fleiri æxlanna á stigi A, eða á bilinu 20-35% (11,18,19,20). Aðrir rannsakendur hafa lægri tölur og líkari okkar fyrir stig A (10,21,22). Æxli sem sjáanlega voru uppkomin í ristilsepum voru tekin með í þessari rannsókn ef um íferð í stilk var að ræða. Þeim mun meiri athygli vekur sú niðurstaða okkar að ekki skuli hærra hlutfall æxlanna vera á Dukes stigi A. Ekki urðu verulegar breytingar á Dukes stigun æxla á rannsóknartímabili okkar (mynd 6). Ákvörðun á Dukes stigi ristilkrabbameina á rannsóknartímabilinu er eins nákvæm og gert verður varðandi stig A, B og C út frá vefjameinafræði, en Dukes stig D var eingöngu metið út frá gögnum þeim sem tilgreint er í kaflanum efniviður og aðferðir, en ekki var farið yfir sjúkraskýrslur, enda utan upphaflegs markmiðs rannsóknar. Því verður að skoða þær niðurstöður í þessu ljósi og áætla verður að fjarmeinvörp séu eitthvað vanmetin. Sennilegt er að ónákvæmni í Dukes D flokknum komi helst fram sem nokkuð ofmat í stigum B og C, en þá einkum stigi C. Líklegt er að þessi ónákvæmni sé nokkuð sambærileg út allt tímabil rannsóknarinnar og hafi því ekki áhrif á breytingar á Dukes flokkun á rannsóknartímabilinu.

Í þessari rannsókn varð niðurstaða sú að æxli í hægri hluta ristils voru marktækt á hærra Dukes stigi en í miðhluta og í vinstri hluta ristils. Það er talin staðreynd að krabbamein í hægri hluta ristils eru yfirleitt lengra gengin við greiningu en æxli í öðrum hlutum ristils sem er í samræmi við niðurstöður okkar og margra annarra rannsakenda (9-11,21). Ástæða þess er sennilega sú að æxlin gera síðar vart við sig í hægri hluta ristils þar sem görnin er víðust á þeim stað og innihald hennar jafnframt þynnra og því betur fljótandi.

Proski æxla: Verulegur meirihluti æxla í okkar rannsókn var meðalþroskaður eða 70,1%, vel þroskuð æxli voru 13,4% og illa þroskuð 16,5%. Niðurstöður flestra rannsakenda á þessu atriði hafa líkst okkar (18,20,23). Sumir hafa þó komist að ólíkum niðurstöðum með annarri innbyrðis skiptingu þroska, svo sem hærri tíðni meðalþroskaðra æxla (24,25), hærri tíðni vel þroskaðra æxla (21) eða hærri tíðni illa þroskaðra æxla (26). Líklegt er að helsta ástæða ólíkrar innbyrðis skiptingar þroskunargráðu í ofangreindum rannsóknum sé sú, að rannsakendur hafi ekki notað staðlaðar skilgreiningar á þroskunargráðu, enda hefur okkur oft þótt þær vanta í skráðri aðferðafræði tímaritagreinanna. Við höfum fylgt staðlaðri forskrift Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar og teljum okkur því hafa viðunandi tölur í höndum. Þeir sem stunda vefjameinafræði vita hversu ónákvæmt mat verður á þroska heils æxlis þegar aðeins er gengið út frá þeim litla hluta þess sem hægt er að taka til smásjárskoðunar við hefðbundna meinagreiningu. Í okkar rannsókn voru allar tiltækar sneiðar sýnanna endurskoðaðar og notaðar til grundvallar mati á þroskunargráðu æxlanna og annarra meinafræðilegra þátta sem í þessari rannsókn fólst.

Í okkar rannsókn var fylgni á milli Dukes stigunar

og þroskunargráðu æxla, þannig að æxli í hægri hluta ristils voru á hærra Dukes stigi og verr þroskuð en æxli í vinstri hluta ristils. Aldrich og félagar komust að svipaðri niðurstöðu (10).

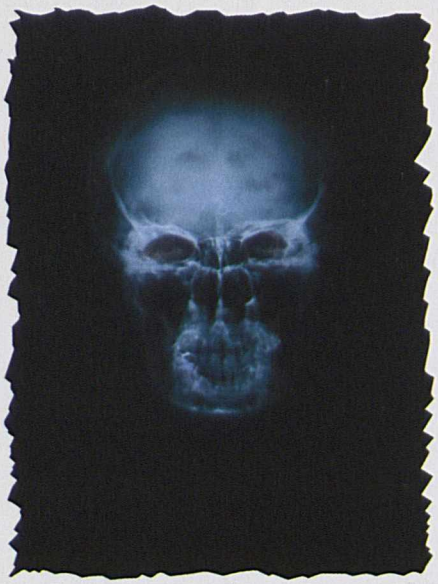
Þakkir

Höfundar þakka Þorgeiri Þorgeirssyni yfirlækni á meinafræðideild Fjórðungssjúkrahúss Akureyrar fyrir aðgang að skriflegum gögnum meinafræðideildarinnar og vefjasýnum til endurskoðunar. Helgi Sigvaldason fær þakkir fyrir veitta aðstoð við tölfræðiúrvinnslu. Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands færum við þakkir fyrir upplýsingar um greinda einstaklinga.

Vísindasjóður Krabbameinsfélags Íslands og Vísindasjóður Landspítalans fá þakkir fyrir styrkveitingar til rannsóknarinnar.

Heimildir

1. Hamilton SR, Vogelstein B, Kudo S, Riboli E, Nakamura S, Hainaut P. Carcinoma of the Colon and Rectum. In: Hamilton SR, Aaltonen LA, eds. Pathology & Genetics of Tumours of the Digestive System. Lyon: IACR Press; 2000: pp 105.
2. Histological Typing of Intestinal Tumours. 2nd ed. Collaboration with pathologists in 9 countries. International Histological Classification of Tumours. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong: World Health Organization; 1989.
3. Turnbull RB, Kyle K, Watson FR, Spratt J. Cancer of the Colon: The Influence of the No-Touch Isolation Technique on Survival Rates. Ann Surg 1967; 166: 420-7.
4. Gebski V, Leung O, McNeil D, Linn D. SPIDA User´s Manual. Version 6. New South Wales, Australia: Statistical Computing Laboratory, Macquarie University; 1992.
5. Segi M. Cancer mortality for selected sites in 24 countries (1950-57). Sendai, Japan: Department of Public Health, Tohoku University School of Medicine; 1960.
6. Cancer Incidence in Five Continents. Volume VI. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao YT, Ferlay J, Powell J, eds. IARC Scientific Publications No. 120. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1992: pp 924-5.
7. Hakulinien T, Andersen AA, Malker B, Pukkala E, Schou G, Tulinius H. Trends in Cancer Incidence in the Nordic Countries. A Collaborative Study of the Five Nordic Cancer Registries. Acta Pathol Microbiol Immunol Scand (A) 1986; 94/Suppl 288: pp 42-5.
8. Cancer in the Nordic Countries. Bullettin of the Association of the Nordic Cancer Registries (ANCR). Helsinki: ANCR; 1999: pp 6, 14.
9. Chapuis PH, Newland RC, Macpherson JG, Dent O, Payne JE, Pheils MT. The Distribution of Colorectal Carcinoma and the Relationship of Tumour Site to the Survival of Patients Following Resection. Aust NZ J Surg 1981; 51: 127-31.
10. Aldrich MC, Phillips RKS, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Influence of tumour site on presentation, management and subsequent outcome in large bowel cancer. Br J Surg 1986; 73: 663-70.
11. Abrams JS, Reines HD. Increasing Incidence of Right-Sided Lesions in Colorectal Cancer. Am J Surg 1979; 137: 522-6.
12. Slater GI, Haber RH, Aufses AH. Changing Distribution of Carcinoma of the Colon and Rectum. Surg Gynecol Obstet 1984; 158: 216-8.
13. Cady B, Stone MD, Wayne J. Continuing Trends in the Prevalence of Right-Sided Lesions Among Colorectal Carcinomas. Arch Surg 1993; 128: 505-9.
14. Secco GB, Fardelli R, Campora E, Lapertosa G, Gentile R, Zoli S, et al. Primary Mucinous Adenocarcinomas and Signet-Ring Cell Carcinomas of Colon and Rectum. Oncology 1994; 51: 30-4.
15. Minsky BD. Clinicopathologic Impact of Colloid in Colorectal Carcinoma. Dis Colon Rectum 1990; 33: 714-9.
16. Yamamoto S, Mochizuki H, Hase K, Yamamoto T, Ohkusa Y, Yokoyama S, et al. Assessment of Clinicopathologic Features of Colorectal Mucinous Adenocarcinoma. Am J Surg 1993; 166: 257-61.
17. Tung S-Y, Wu C-S, Chen P-C. Primary Signet Ring Cell Carcinoma of Colorectum: An Age- and Sex-Matched Controlled Study. Am J Gastroenterol 1996; 91: 2195-9.
18. Rognum TO, Lund E, Meling GI, Langmark F. Near Diploid Large Bowel Carcinomas Have Better Five-Year Survival Than Aneuploid Ones. Cancer 1991; 68: 1077-81.
19. Jarvinen HJ, Ovaska J, Mecklin J-P. Improvements in the treatment and prognosis of colorectal carcinoma. Br J Surg 1988; 75: 25-7.
20. Lichtman SM, Mandel F, Hoexter B, Goldman IS, Budman DR, Labow S, et al. Prospective Analysis of Colorectal Carcinoma. Determination of an Age-Site and Stage Relationship and the Correlation of DNA Index with Clinicopathologic Parameters. Dis Colon Rectum 1994; 37: 1286-90.
21. Cappell MS, Goldberg ES. The Relationship Between the Clinical Presentation and Spread of Colon Cancer in 315 Consecutive Patients. A Significant Trend of Earlier Cancer Detection from 1982 through 1988 at a University Hospital. J Clin Gastroenterol 1992; 14: 227-35.
22. Mulcahy HE, Patchett SE, Daly L, O´Donoghue PD. Prognosis of elderly patients with large bowel cancer. Br J Surg 1994; 81: 736-8.
23. Van Der Stappen JWJ, Hendriks T, Wobbes T. Correlation Between Collagenolytic Activity and Grade of Histological Differentiation in Colorectal Tumors. Int J Cancer 1990; 45: 1071-8.
24. Wu C-S, Tung S-Y, Chen P-C, Kuo Y-C. Alimentary Tract and Pancreas. Clinicopathological study of colorectal mucinous carcinoma in Taiwan: a multivariate analysis. J Gastroenterol Hepatol 1996; 11: 77-81.
25. Mitmaker B, Begin LR, Gordon PH. Nuclear Shape as a Prognostic Discriminant in Colorectal Carcinoma. Dis Colon Rectum 1991; 34: 249-59.
26. Newland RC, Dent OF, Lyttle MNB, Chapuis PH, Bokey EL. Pathologic Determinants of Survival Associated with Colorectal Cancer with Lymph Node Metastases. A Multivatiate Analysis of 579 Patients. Cancer 1994; 73: 2076-82.



KVÍÐI OG ÞUNGLYNDI ERU HRÆÐILEGIR SJÚKDÓMAR



HELMINGSLÆKKUN ÞUNGLYNDISEINKENNA ER EKKI ÁSÆTTANLEGUR ÁRANGUR



VEITUM SJÚKLINGUM BATA[1] MEÐ EFEXOR® DEPOT

Efexor Depot Wyeth Lederle Nordiska, 970067 FORÐAHYLKI; N 06 A X 16 R
Hvert forðahylki inniheldur: Venlafaxinum INN, klóríð, samsvarandi Venlafaxinum INN 75 mg eða 150 mg.
Ábendingar: Þunglyndi (major depression), þar með talið bæði djúpt og alvarlegt innlægt þunglyndi (melancholia) og kviðatengt þunglyndi. Almenn kviðaröskun (GAD).

Skammtar og lyfjagjöf: Lyfið ætti að taka með mat og gleypa hylkin heil. Venjulegur skammtur er eitt hylki einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. Þegar þess er þörf má 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 kreatínín?úthreinsun er minni en 30 ml/mín. eða við meðalalvarlega 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. Fráhendingar: Brátt hjartadrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og ómeðhöndlaður háþrýstingur. Samtímis meðferð með mónóaminoxíðasahemlum.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 mónóaminoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt er meðferð frá venlafaxíni til mónóaminoxíðasahemils 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 (hlébilsþrýstingur 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. Ahrif venlafaxíns á tvískauta 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 geðdeyfðarlyfjum, m.a. serótónínupptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun á 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 lítíum, díazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir 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 venlafaxín er gefið ásamt lyfjum svo sem kínidíni og paroxetíni. Þar eð venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrýtur ætti að gæta varúðar við notkun venlafaxíns ásamt slíkum lyfjum þar eð blóðþéttni þeirra gæti aukist. Búast má við mikilli uppsöfnun venlafaxíns ef einstaklingi með hæg umbrot CYP2D6 er gefinn CYP3A3/4 hemill á sama tíma. Því skyldi gæta varúðar við notkun Efexors samfara lyfjum sem hamla CYP3A3/4 t.d. ketókónazóli. 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 og stjórnun vinnuvéla: 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: Í geðlægð er ávallt erfitt að greina á milli raunverulegra aukaverkana lyfja og einkenna um geðlægð. Aukaverkanirnar ógleði og uppköst tengjast skammtastærð; stærri upphafsskammtar valda aukinni tíðni af ógleði. Styrkur og tíðni þessarar aukaverkunar minnka yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): Almennt: Þróttleysi, lystarleysi, höfuðverkur, kviðverkir, þyngdarminnkun eða þyngdaraukning, svitakóst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavíkkun, hjartsláttarónot. Miðtaugakerfi: Æsingur, rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað huðskyn, kvíði, taugaóstyrkur. Meltingafæri: Ógleði, uppköst, niðurgangur, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Húð: Útbrot, flekkblæðing, þvag- og kynfæri: Ahrif á sáðlát/fullnægingu, getuleysi. Augu: Sjónstillingartruflun. Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennt: Bjúgur. Blóð: Blóðflagnafæð. Miðtaugakerfi: Sleni, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð. Meltingarfæri: Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, breytingar á lifrarensým í blóði. Öndunarfæri: Astmi. Augu: Tárubólga. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Almennt: Hálfvitaí (stupor). Blóðrás: Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gátta-sleglarof greinóu i). Miðtaugakerfi: Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun. Ofskömmtun og eitranir: Eiturvirkni: Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunarahrifum. 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. Lyfhrif: 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. Ahrifin 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 synir enga sækni í kólínvirka(muskarín-), histamínvirka eða alfa1-adrenvirka viðtaka og ekki hefur verið sýnt fram á neina sækni í ópíum- eða bensódíazepínnæma viðtaka. Venlafaxín hamlar ekki starfsemi ensýmsins mónóaminoxíðasa. Lyfjahvörf: Venlafaxín hefur ekki verið gefið í æð. Heildaraðgengi eftir inntöku er talið vera 42%±15%. Hámarksblóðþéttni Efexor Depot 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.). Hámarksblóðþéttni virka umbrotsefnisins O-desmetýlvenlafaxíns næst eftir 9 klst. (6,5-11 klst.). Mikill munur sést milli einstaklinga. Próthinding venlafaxíns í plasma er u.þ.b. 27% en 30% fyrir O-desmetýlvenlafaxín. Venlafaxín umbrotnar mjög mikið. Umbrot venlafaxíns í O-desmetýlvenlafaxín gerast fyrir tilstilli CYP2D6. Í þeim einstaklingum, þar sem debrisokín umbrotnar hægt, fæst tvisvar til þrisvar sinnum meira aðgengi fyrir venlafaxín og tvisvar til þrisvar sinnum minna aðgengi fyrir virka umbrotsefnið O-desmetýlvenlafaxín. Aðeins u.þ.b. 5% (1-13%) af skammti sem tekinn hefur verið inn skilst óbreyttur út með þvagi. Umbrotsefnin skiljast fyrst og fremst út um nýrun. Neysla matar samtímis lyfinu hefur engin áhrif á aðgengi. Útlit: Forðahylki 75 mg: Fölbleik hylki, 19 x 6 mm, merkt W 75 í rauðum lit. Forðahylki 150 mg: Rauðbrún hylki, 23 x 7 mm, merkt W 150 í hvítum lit. Pakkningar: Forðahylki 75 mg: 14 stk. (þynnupakkað); 28 stk. (þynnupakkað); 98 stk. (þynnupakkað); 100 stk. Forðahylki 150 mg: 14 stk. (þynnupakkað); 28 stk. (þynnupakkað); 98 stk. (þynnupakkað); 100 stk. Texti Sérlyfjaskrár desember 2000

Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1.janúar 2001, hámarksútsöluverð útsöluverð úr apótekum: Efexor Depot forðahylki 75 mg: 28stk 5451 kr., 98stk 15784 kr., 100stk 15054 kr., Efexor Depot forðahylki 150 mg: 28stk 9705 kr., 98stk 29861 kr., 100stk 28465 kr..

1.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
Kóllunarklettsvegi 2, 104 Reykjavík

Leit að stökkbreytingum í stjórnunargeni sem ákvarðar þroska fitufrumna hjá íslenskum börnum með offitu

Tómas Þór Ágústsson[1],

Hákon Hákonarson[2],

Ísleifur Ólafsson[3],

Gunnlaug Hjaltadóttir[3],

Árni V. Þórsson[2]

Ágrip

Inngangur: Talið er að holdafar fólks megi að hluta rekja til erfðabreytileika. Erfiðlega hefur þó gengið að einangra þau gen sem hlut eiga að máli. PPARγ2 (peroxisome proliferator activated receptor γ2) er umritunarþáttur af fjölskyldu kjarnahormónaviðtaka. Talið er að hann gegni lykilhlutverki við þroska og sérhæfingu fitufrumna. Nýlega var lýst stökkbreytingunni Pro115Gln í geni PPARγ2 og sýnt fram á marktæk orsakatengsl hennar við alvarlega offitu. Ekki er vitað hve algeng þessi stökkbreyting í raun og veru er eða hvort hana er að finna hjá öllum þjóðum. Markmið rannsóknarinnar er að kanna hvort þessa stökkbreytingu sé að finna meðal íslenskra barna með alvarlega offitu.

Efniviður og aðferðir: Í rannsókninni tóku þátt 35 einstaklingar á aldrinum 4-18 ára sem fengið höfðu greininguna offita. Einnig gáfu átta aðstandendur, á aldrinum 19-41 árs, sýni. Skilyrði var að offita hefði verið vandamál frá barnæsku. Notast var við hugtakið líkamsþyngdarstuðull (body mass index, BMI) til þess að lýsa svipgerð viðfanga. Þátttakendur höfðu líkamsþyngdarstuðul á bilinu: 28,0-52,2 kg/m^2.

DNA var einangrað úr hvítum blóðkornum. Beitt var fjölliðunarhvarfi (PCR, polymerase chain reaction) til að magna upp 131 bp bút sem inniheldur umrætt svæði. Afurðin var melt með skerðiensíminu *Hinc* II og skoðuð á geli, merkt með ethidíum brómíði. Til að leita að öðrum stökkbreytingum á þessum sama 131 basaparabút var hann magnaður upp með fjölliðunarhvarfi sem fyrr og svo beitt á hann ensími sem greinir stökkbreytingar (enzymatic mutation detection, EMD). Að lokum voru DNA bútar þeirra einstaklinga sem gáfu vísbendingar með EMD raðgreindir með aðferð Sangers.

Niðurstöður: Pro115Gln stökkbreytingin fannst ekki eftir meltingu með *Hinc* II. Grunur vaknaði um basabreytingar hjá þremur einstaklingum með EMD en með raðgreiningu tókst ekki að staðfesta þessar breytingar.

Ályktanir: Stökkbreytingin Pro115Gln eða aðrar basabreytingar á svipuðu svæði í PPARγ2 umritunarþættinum virðist ekki vera orsakaþáttur snemmkominnar alvarlegrar offitu hjá íslenskum börnum.

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]barnadeild og [3]rannsóknadeild Landspítala Fossvogi. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Hákon Hákonarson, barnadeild og Ísleifur Ólafsson rannsóknadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 525 1000. Netföng: hakonh@landspitali.is og isleifur@landspitali.is

Lykilorð: *offita, stökkbreyting, PPARγ, barnalæknisfræði, umritunarþáttur, innkirtlasjúkdómafræði.*

ENGLISH SUMMARY

Ágústsson TÞ, Hákonarson H, Ólafsson Í, Hjaltadóttir G, Þórsson ÁV

A mutation detection in a transcription factor for adipocyte development in children with severe obesity

Læknablaðið 2001; 87: 119-24

Objective: A substantial proportion of human obesity may be explained by genetic variability. Researchers have tried to identify the important genes in obesity with little sucsess. PPARγ2 (peroxisome proliferator activated receptor γ 2) is a transcription factor of the nuclear hormone receptor superfamily. It plays a key role in the developement and differentiation of adipocytes. Recently the mutation Pro115Gln in the PPARγ2 gene was identified and shown to have a significant correlation with severe obesity. The actual prevalence and distribution of this mutation is not known. The aim of this study was to look for this mutation among Icelandic children suffering from severe obesity.

Material and methods: Thirty-five children and adolescents, aged 4-18, who have been diagnosed with severe obesity participated in the study. Eight parents and siblings aged 19-41 also participated. All study subjects had been obese since early childhood. Body mass index (BMI) was used to describe the phenotype of the subjects. The participants had a BMI of 28.0 to 52.2 kg/m^2. Genomic DNA was extracted from leucocytes. A 131 bp segment was amplified using polymerase chain reaction. The amplified product was digested with the restriction enzyme *Hinc* II, resolved on agarose gel and visualized under ultraviolet illumination after staining with ethidium bromide. To examine other mutations on the same 131 bp segment enzymatic mutation detection (EMD) was used. Finally the segments giving variable results using EMD were sequenced using the classic Sanger´s method.

Results: The mutation Pro115Gln was not found in any of the specimens after analysis of the restriction fragment length polymorphism. The results of EMD indicated mutations or polymorphisms in three of the subjects but DNA sequencing failed to confirm these results.

Conclusions: The mutation Pro115Gln or other genetic alternations within the exon examined do not appear to have a significant role in severe early – onset obesity in Icelandic children.

Key words: *obesity, mutation, PPARγ, peadiatrics, endocrinology.*

Correspondence: Hákon Hákonarson. E-mail: hakonh@landspitali.is and Ísleifur Ólafsson. E-mail: isleifur@landspitali.is

Inngangur

Offita er talin algengasta heilsufarsvandamál fólks í hinum vestræna heimi. Talið er að um þriðjungur allra Bandaríkjamanna þjáist af offitu og offita er talin önnur algengasta dánarorsök af viðráðanlegum orsökum þar í landi (1-3).

Offitu má skilgreina sem óvenjumikla söfnun þríglýseríða í fitufrumur. Við skilgreiningu á offitu er oft notast við hugtakið líkamsþyngdarstuðull (LÞS) (body mass index, BMI) sem er þyngd viðkomandi einstaklings deilt með hæð hans í öðru veldi (kg/m^2). Þessa stærð er auðvelt að mæla og reikna út og hefur hún reynst hafa sæmilega fylgni við nákvæmari fitumælingar og er því hjálpleg við læknisfræðilega skilgreiningu á offitu (4). Meðalgildi líkamsþyngdarstuðuls bandarískra karla er um 25 kg/m^2. Talið er að æskilegast sé að gildið sé á bilinu 23 til 25 kg/m^2 (5). Sýnt hefur verið fram á að ef líkamsþyngdarstuðull fer yfir 28 kg/m^2 megi búast við þrisvar til fjórum sinnum meiri hættu á sjúkdómum á borð við heilablóðfall, blóðþurrðarsjúkdóma í hjarta og sykursýki af gerð II heldur en hjá eðlilegum einstaklingum (6). Offita í barnæsku er ennfremur talin auka hættu á sjúkdómum þegar komið er fram á fullorðinsár, óháð því hvort breyting verði á holdafari (7).

Margt bendir til að ýmsir erfðaþættir ráði að miklu leyti hve miklum fituvef viðkomandi safnar á sig (8-12). Til þess að einstaklingur haldi sömu þyngd þarf að vera nákvæmt jafnvægi á milli fæðuinntöku og orkunotkunar. Ekki er að fullu vitað hvernig þessu jafnvægi er stjórnað en fjöldi kenninga hefur verið settur fram (13-21). Fjöldi rannsókna hefur einnig verið framkvæmdur til að áætla að hve miklu leyti offita er erfður eiginleiki meðal manna. Tvíburarannsóknir hafa sýnt fram á erfðastuðla á bilinu 0,4-0,98 og verður það að teljast nokkuð afgerandi vísbending um að töluverðan hluta offitu megi rekja til erfðabreytileika (22-25). Ljóst er að erfðir ráða miklu um breytileika í líkamsþyngdarstuðli, fitudreifingu og fleiri eiginleika því tengda. Erfiðlega hefur gengið að finna erfðaþætti sem geta skýrt þetta í mönnum. Hins vegar hefur tekist að einangra nokkur gen í músum og rottum þar sem gallar valda alvarlegri offitu. Einna þekktast þessara gena er *ob* genið í músum. Afurð gensins er eggjahvítuefnið leptín. Samsvarandi gen í mönnum er *LEP* genið (26). Ef mýs eru arfhreinar fyrir stökkbreytingu í þessu geni *(ob/ob)* verða þær sjúklega feitar ásamt því að blóðsykur hækkar (26). Aðeins örfá dæmi um slíkar stökkbreytingar hafa fundist í mönnum með offitu. (27,28).

Þau gen sem helst hafa verið skoðuð með offitu í huga tengjast flest hver stjórnun á fæðuinntöku, orkunotkun og öðrum efnaskiptaferlum. Nýlega var lýst stökkbreytingum í genum sem við koma sérhæfingu fitufrumna og fitusöfnun og hafa bein tengsl við offitu. Má þar nefna PPARγ (peroxisome proliferator activated receptors) genin sem eru umritunarþættir sem bindast og svara hormónum (29-31). Nýlega tókst að staðsetja PPARγ genin á 25 bandi p armsins á litningi 3 (3p25) (31-33). Hvað varðar þroska og sérhæfingu fitufrumna hefur mikilvægi PPARγ2 gensins orðið augljóst, en genið gegnir lykilhlutverki við umritun ýmissa gena sem einkennandi geta talist fyrir fitufrumur (29,34-41). Nýlega var lýst stökkbreytingunni Pro115Gln í geni PPARγ2 og sýnt fram á marktæk orsakatengsl við offitu en talið er að hún hafi einmitt þau áhrif að koma í veg fyrir fosfórýleringu sem leiðir til aukinnar starfsemi umritunarþáttarins (42). Ekki er vitað hve algeng þessi stökkbreyting er í raun og veru eða hvort hana er að finna hjá öllum þjóðum. Því hefur verið haldið fram að offitu, sem fram kemur á barnsaldri, megi fremur rekja til erfða en síðkomnari tilfelli (43). Markmið rannsóknarinnar er að kanna hvort stökkbreytinguna Pro115Gln, og aðrar stökkbreytingar á svipuðu svæði PPARγ2, er að finna meðal of feitra íslenskra barna.

Efniviður og aðferðir

Úrtak: Haft var samband við 48 einstaklinga sem hafa verið í meðferð hjá innkirtlasérfræðingi barna á Sjúkrahúsi Reykjavíkur. Um var að ræða einstaklinga sem fengið höfðu greininguna offita (obesitas) og höfðu líkamsþyngdarstuðul yfir 28 kg/m^2. Upplýsingabréf voru send til aðstandenda og í kjölfarið haft samband símleiðis. Þátttöku í rannsókninni samþykktu 38 og skrifuðu allir undir upplýst samþykki. Einnig gáfu átta aðstandendur sýni. Við sýnatöku skrifuðu þátttakendur undir upplýst samþykki til þátttöku. Áður en rannsóknarvinna hófst hafði vísindasiðanefnd Sjúkrahúss Reykjavíkur fallist á fyrirkomulag hennar.

Hugtakið líkamsþyngdarstuðull var notað til að lýsa svipgerð einstaklinganna. Þátttakendur höfðu líkamsþyngdarstuðul á bilinu 28,0 til 52,2 kg/m^2. Meðaltal alls hópsins var 35 kg/m^2 og gefur sú tala nokkuð góða mynd af hópnum sem heild. Aldur var á bilinu fjögurra til 41 árs. Meðalaldur var um 19 ár en langflestir voru á aldrinum 10 til 20 ára. Kynjaskipting þátttakenda var nokkuð jöfn: 23 konur (53%) og 20 karlar (47%).

Aðferðir: Teknir voru 10 ml af heilblóði til DNA einangrunar og 10 ml af sermi sem geymt var til hormónamælinga. DNA var einangrað úr heilblóðinu með prótínasa K meltingu og hefðbundinni etanólútfellingu .

Fyrst var leitað sérstaklega að Pro115Gln stökkbreytingunni. 131 basapara DNA bútur sem inniheldur viðkomandi stökkbreytingu var magnaður upp með fjölliðunarhvarfi (polymerase chain reaction). Við hvörfin voru notaðir þreifararnir (Pharmacia Biotech)

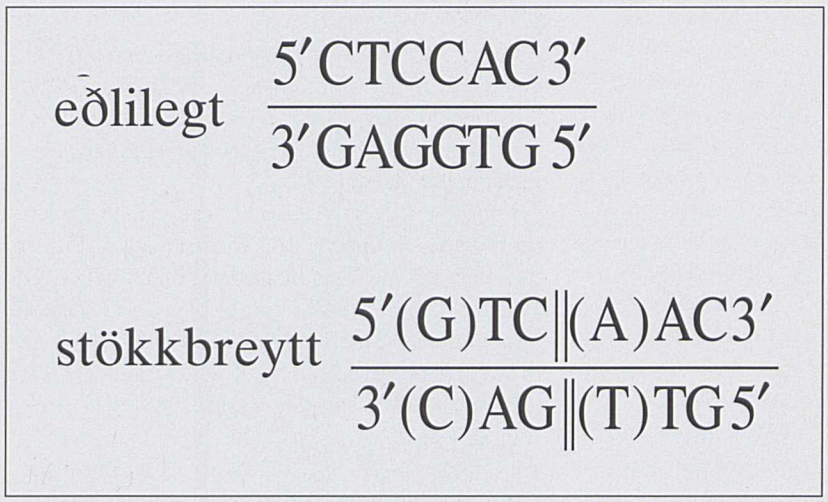
: 5´TGCAATCAAAGTGGAGCCTGCATGTC3´
og : 5´CAGAAGCTTTATCTCCACAGAC3´.

Fjölliðunarhvarfið hófst á eðlissviptingu (denaturation) við 95°C í fimm mínútur svo voru endurteknir 39 hringir sem samanstóðu af: eðlissviptingu (94°C í 30 sekúndur), temprun (annealing) (61°C í 30 sekúndur) og lengingu (extension) (72°C í 30 sekúndur). Eftir hringina 39 tók við lenging við 72°C í eina mínútu. + þreifarinn er breyttur þar sem sett er inn G í stað C þremur bösum fyrir ofan umrædda stökkbreytingu. Þetta er gert til þess að mynda skerðiset fyrir skerðiensímið Hinc II (Pharmacia Biotech) ef stökkbreytingin er fyrir hendi (mynd 1).

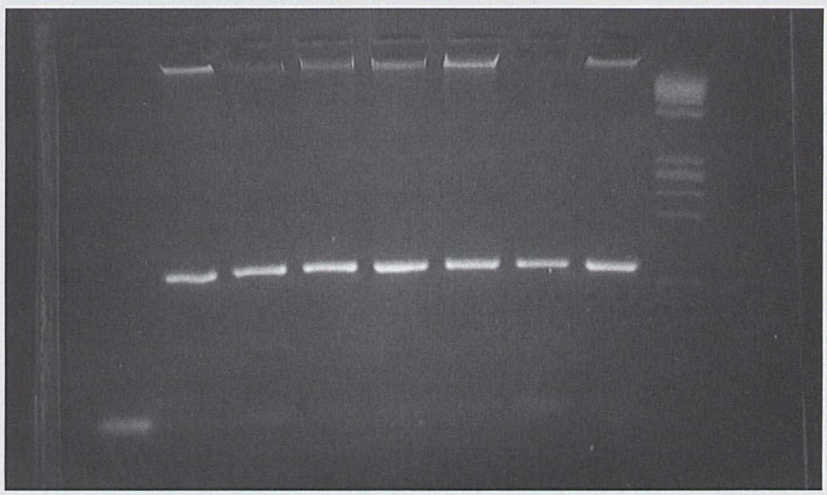
Ef stökkbreytingin er fyrir hendi klippir *Hinc* II 131 basaparabútinn, sem magnaður var upp, í tvo búta sem eru 26 bp annars vegar og 105 bp hins vegar. Fjölliðunarhvarfsafurðin var melt með átta einingum af *Hinc* II skerðiensíminu við 37°C í um einn og hálfan klukkutíma og svo rafdregin á 4% agarósageli í 1% TBE búffer, merkt með ethidíum brómíði og skoðuð í útfjólubláu ljósi. Ef einstaklingur reynist arfhreinn fyrir umrædda stökkbreytingu koma fram tvö bönd (26bp+105bp) en ef hann er arfblendinn koma fram þrjú bönd (26bp+105bp+131bp). Hins vegar ef viðkomandi er arfhreinn án stökkbreytingar kemur aðeins fram eitt 131 bp band. Til stærðargreiningar á þeim böndum sem fram komu var notast við ϕX - 174 - RF DNA *Hae* III meltiafurð (Pharmacia Biothech). Ferlið var tvítekið fyrir hvert sýni.

Til að leita að öðrum basabreytingum á þessum sama 131 bp bút var beitt ensími sem greinir stökkbreytingar (enzymatic mutation detection, EMD(TM)). Notað var PASSPORT Mutation Scanning Kit (Amersham Pharmacia Biotech AB). Búturinn var magnaður upp með fjölliðunarhvarfi með sömu þreifurum og áður en bætt inn geislamerktu adenósíni, [α-^{33}P]ATP. Einnig var magnaður upp bútur úr heilbrigðum einstaklingi (villigerð) með sömu aðferðum. Fjölliðunarhvarfið hófst sem fyrr á eðlissviptingu við 95°C í fimm mínútur. Að því búnu var eftirfarandi hringur endurtekinn 35 sinnum: eðlissvipting (94°C í 30 sekúndur), temprun (61°C í 30 sekúndur) og lenging (72°C í eina mínútu). Að lokum var lengt í eina mínútu við 72°C. Að því búnu voru myndaðir heteródímerar úr villigerðinni og þeim einstaklingum sem rannsaka á. Var þetta gert með því að blanda saman fjölliðunarhvarfsafurðum þátttakanda og villigerðar ásamt blendingslausn (hybridization buffer). Að því loknu voru blöndurnar hitaðar við 100°C í fimm mínútur og svo hafðar við stofuhita í um 10 mínútur. Síðan var afurðin melt með skerðiensíminu T_4 endonucleasa VII við 37°C í um tvær klukkustundir. Skerðiensímið þekkir og klýfur heteródímerinn þar sem mispörun eða lykkjumyndun verður. Alltaf er einhver ósértæk melting fyrir hendi en ef um basabreytingar er að ræða á meltingin að verða meiri og sérhæfðari. Meltir bútarnir eru svo rafdregnir á 6% raðgreiningargeli í 0,5% TBE búffer. Gelið var flutt yfir á filterpappír og lagt í röntgenhirslu og filman svo framkölluð eftir tvo sólarhringa. Ferlið var tvítekið fyrir hvert sýni

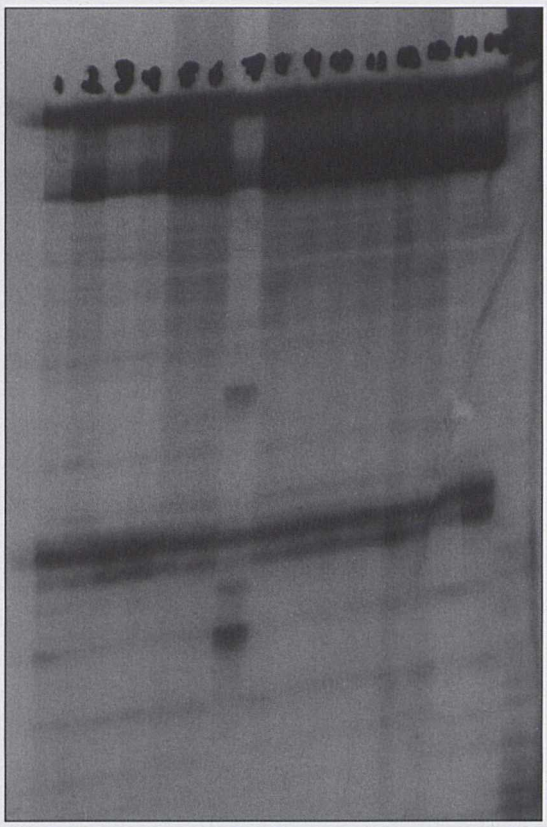
Til að kanna nánar þá einstaklinga sem gefið höfðu grunsamleg svör með EMD var erfðaefni þeirra á þessu svæði að lokum raðgreint. Fyrst voru



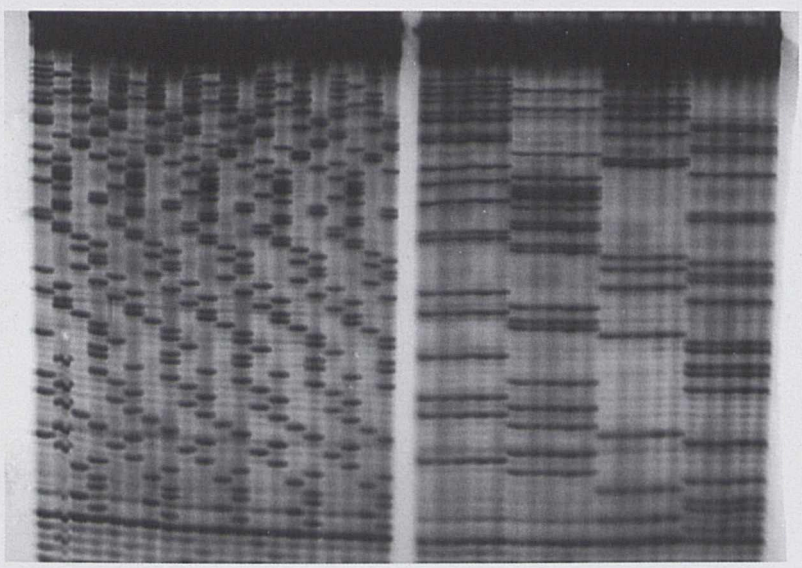
Mynd 1. *Breytingar sem verða á bösum 341-346 í cDNA-röð PPARγ2 við notkun breytts áframprímers við fjölliðunarhvarfið, ef stökkbreyting er fyrir hendi. Svigar eru settir utan um þá basa sem breytast. Þverstrikin tvö tákna þann stað sem* ***Hinc*** *II skerðiensímið klýfur. Efri basaröðin er sú eðlilega. Í þeirri neðri sjást þær breytingar sem verða. G í stöðu 341 er sett inn í stað C með breytta þreifaranum. Ef stökkbreytingin Pro115Gln er fyrir hendi kemur A í stað C í stöðu 344. Ef báðar þessar breytingar eru fyrir hendi á* ***Hinc*** *II að þekkja og kljúfa þetta svæði.*



Mynd 2. *Niðurstöður fjölliðunarhvarfs-skimunar fyrir stökkbreytingunni Pro115Gln í PPARγ2. Framkvæmt var fjölliðunarhvarf, melting með skerðiensíminu* ***Hinc*** *II og rafdráttur á 4% agarósageli eftir merkingu með ethidíum brómíði, líkt og lýst var í aðferðakaflanum. Hér að ofan gefur að líta mynd af slíku geli skoðuðu í útfjólubláu ljósi. Í fyrsta brunn frá vinstri var ekki sett nein fjölliðunarhvarfsafurð, en í þeim sjö næstu sjást greinilega stök bönd sem eru að öllum líkindum 131 bp samkvæmt því sem áður segir. Hér hefur því ekki orðið nein skerðing með ensíminu og því engin stökkbreyting fyrir hendi. Niðurstöður annarra sýna voru sambærilegar.*



Mynd 3. *Mynd af röntgenfilmu með niðurstöðum EMD™. Sjöunda sýnið frá vinstri sker sig greinilega úr. Þar sjást mjög greinilega bönd á tveimur stöðum sem ekki eru fyrir hendi á sama hátt og í hinum sýnunum. Hér ætti því að hafa orðið mikil og sértæk skerðing á erfðaefnisbútnum með ensíminu T_4 endonucleasa VII. Út frá staðsetningu þessara banda, miðað við heildarlengd bútsins, mætti áætla að basabreytingin sem þessu olli sé um miðbik hans.*



Mynd 4. *Raðgreining á bösum 344-424 í cDNA-röð PPARγ2 með aðferð Sangers . Á myndinni sést röntgenfilma með niðurstöðum raðgreiningar. Á vinstri helmingi myndarinnar má lesa basaröð hvers sýnis fyrir sig. Um er að ræða fimm mismunandi sýni og er röð basanna frá vinstri TCGA í öllum tilvikum. Á hægri hluta myndarinnar eru sams konar basar, úr öllum sýnum hlið við hlið. Hér er ekki að sjá neitt misræmi milli sýnanna og eru basaraðir þeirra allra því eins. Út frá vinstri helmingi myndarinnar má lesa basaröðina:*
AGAAGACTCAGCTCTACAATAAGCCTCATGAAGAGCCTTCCAACTCCCTCATG GCAATTGAATGTCGTGTCTGTGGAGA, í öllum fimm tilvikum. Þessi röð er eðlileg.

131 basapara bútarnir einangraðir úr agarósageli og síðan raðgreindur með aðferð Sangers. Til þess var notast við: Thermo Sequenase™ cycle sequencing kit (Amersham).

Niðurstöður

Til að leita sérstaklega að stökkbreytingunni Pro115Gln var notast við skimun byggða á meltingu með skerðiensími, eins og lýst er í aðferðakaflanum. Við skoðun á agarósagelum þar sem fjölliðunar-hvarfsafurðin, melt með *Hinc* II, hafði verið rafdregin sást aðeins eitt band í öllum tilvikum. Staðsetning þessa bands kom heim og saman við 131 basapara lengd ef miðað er við það merkigen sem notað var (mynd 2). Stökkbreytingin Pro115Gln fannst því ekki hjá neinum þeirra 43 einstaklinga sem skoðaðir voru. Ferlið var tvítekið fyrir hvert sýni og voru niðurstöður eins í öllum tilvikum

Til að leita að öðrum basabreytingum á þessum sama 131 bp bút var beitt EMD™, eins og lýst er í aðferðakaflanum. Þegar niðurstöður EMD™ voru skoðaðar komu í ljós nokkuð afgerandi jákvæðar niðurstöður hjá þremur einstaklingum og nokkuð veikari vísbendingar hjá fimm til viðbótar (mynd 3).

Þau bönd sem fram komu voru svipuð í öllum þremur tilfellum og bentu til basabreytingar um miðbik bútsins. Í hinum fimm tilfellunum var um að ræða mun óræðnara misræmi við niðurstöður annarra einstaklinga.

Til þess að skoða betur þær vísbendingar sem fram komu við EMD var afurð þeirra einstaklinga raðgreind með aðferð Sangers. Í öllum tilfellum voru basaraðir eðlilegar (mynd 4).

Umræða

Offita stafar bæði af umhverfis- og erfðaþáttum sem stýra orkuinntöku og fitusöfnun. Mikil orkusöfnun leiðir hvoru tveggja til stækkunar á fitufrumum (hypertrophy) og fjölgunar þeirra (hyperplasia) (1). Fyrirrennarar fitufrumna eru lítt sérhæfðir og líkjast helst bandvefsfrumum (fibroblasts) í myndgerð sinni. Virkjun umritunarþáttarins PPARγ2 er talin skipta miklu máli við sérhæfingu þessara frumna yfir í fitufrumur (adipocyte) (35,37). Eins og drepið var á í inngangi er stjórnun PPARγ2 í raun tvíþætt. Í fyrsta lagi byggist hún á tengingu ýmissa efna og vaxtarþátta svo sem: frírra fitusýra, eicosanoíða og sykursýkilyfja af flokki thiazolidienodiones. Í öðru lagi er virkni stýrt með fosfórýleringu (38-41) (mynd 5).

Virkni umritunarþáttarins PPARγ2 minnkar við tengingu fosfathóps við serín í stöðu 114 (40,41). Stökkbreyting á því svæði gæti því komið í veg fyrir fosfórýleringu og þannig valdið of mikilli starfsemi. Í rannsókninni var leitað að stökkbreytingum á þessu svæði sem hugsanlega tengjast offitu (42).

Enginn þeirra 43 einstaklinga sem athugaðir voru höfðu Pro115Gln stökkbreytinguna. Því má álykta

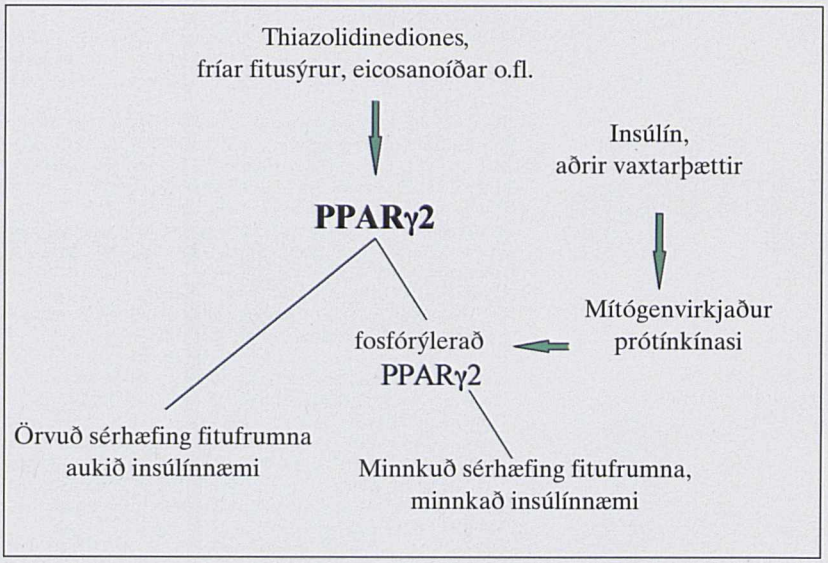
sem svo að þessi ákveðna stökkbreyting eigi ekki marktækan þátt í tilurð snemmkominnar offitu hjá Íslendingum. Ristow og félagar lýstu nýlega stökkbreytingunni hjá fjórum Þjóðverjum með alvarlega offitu (líkamsþyngdarstuðul 37,9-47,3) (42). Ekki fannst fylgni milli stökkbreytingarinnar og sykursýki eða blóðfitubrenglana og var jafnvel talið að um nýja undirtegund offitu væri að ræða. Í rannsókn Ristows og félaga var erfðaefni 121 offitusjúklings og 237 einstaklinga af eðlilegri þyngd athugað. Stökkbreytingin var fyrir hendi í um 3% þeirra offitusjúklinga sem skoðaðir voru en í um 1% allra þátttakenda (42). Ekki er vitað hve algeng þessi stökkbreyting í raun og veru er eða hvort hana er að finna annars staðar í heiminum. Vel gæti hugsast að hún sé aðeins til á afmörkuðum svæðum í Evrópu en hafi ekki komið fram hér á landi. Í rannsókn Ristows og félaga var ekki tekið tillit til hvort offitan hefði verið vandamál allt frá barnæsku. Líklegt verður að teljast að offita sem fram kemur á barnsaldri eigi fremur rætur sínar að rekja til erfðaþátta en offita sem fram kemur á fullorðinsárum (43). Því má ætla að gallar á þessu ákveðna svæði PPARγ2 leiki enn síður hlutverk í erfðri offitu meðal Íslendinga.

Ef til vill má telja til annmarka að jákvætt viðmið við *Hinc* II meltingu vantaði. Betra hefði verið að sjá í raun og veru hvernig stökkbreyttur einstaklingur lítur út og þá hvort meltingin hafi í öllum tilvikum heppnast. Þó verður að minnast þess að öll sýni voru skoðuð á fleiri vegu til leitar að stökkbreytingum og eflaust hefðu komið fram jákvæð svör þar ef stökkbreyting hefði verið fyrir hendi.

Nokkuð bar á falsk-jákvæðum niðurstöðum í niðurstöðum EMD(TM). Sem skimunaraðferð fyrir stökkbreytingum er EMD(TM) þekkt fyrir mikið næmi en heldur lítið sértæki. Í nokkrum tilfellum kom fram þó nokkur ósértæk mögnun við PCR. Hugsanlegt er að hún hafi verið meiri í einstökum sýnum og á einhvern hátt átt þátt í þessum svörunum. Með hliðsjón af þessu voru umræddir erfðaefnisbútar raðgreindir til frekari greiningar.

Tengsl PPARγ2 og offitu eru sterk. Sú stökkbreytingaleit sem var gerð í þessari rannsókn beindist aðeins að afar litlum hluta gens PPARγ2. Það er því verðugt verkefni að skoða fleiri svæði þess með þetta ákveðna vandamál í huga. Yen og félagar fundu nýlega erfðabreytileika þar sem alanín kemur í stað prólíns í stöðu 12 PPARγ2 (44). Ekki er vitað hvaða hlutverki þetta svæði PPARγ2 gegnir(44), en Deeb og félögum tókst að sýna fram á tengsl þessa erfðabreytileika við: minni virkni viðtækisins, lægri líkamsþyngdarstuðul og aukið insúlínnæmi(45).

Í þessari rannsókn var leitað að stökkbreytingunni Pro115Gln og öðrum basabreytingum á svipuðu svæði PPARγ2. Skoðaðir voru 43 einstaklingar sem hafa átt við offituvandamál að stríða frá barnæsku. Ekki var að finna neitt óeðlilegt í erfðaefni þessara sjúklinga á þessu afmarkaða svæði PPARγ2. Því má ályktа að breytileiki á umræddu svæði PPARγ2 sé ekki orsakavaldur offitu hjá íslenskum börnum.



Mynd 5. *Hlutverk PPARγ2 (peroxisome proliferator activated receptor γ2) og stjórnun með fosfórýleringu og bindiefnum. Sykursýkilyfjaflokkurinn thiazolidinediones, fitusýrur, eicosanoíðar og fleiri efni virkja PPARγ2 til þess að ýta undir sérhæfingu fitufrumna og auka insúlínnæmi. Insúlín og aðrir vaxtarþættir hvetja MAP kínasa til þess að tengja fosfathóp við serín í stöðu 114 PPARγ2. Við það minnkar hæfileiki hans til þess að örva sérhæfingu fitufrumna og insúlínnæmi minnkar.*

Þakkir

Sérstakar þakkir fær starfsfólk rannsóknadeildar Sjúkrahúss Reykjavíkur og aðstoðar- og deildarlæknar barnadeildar Sjúkrahúss Reykjavíkur fyrir aðstoð við sýnatökur.

Heimildir

1. Rosenbaum M, Leibel RL, Hirsch J. Obesity. N Engl J Med 1997; 337: 396-407.
2. Kuczmarski RJ, Flegal KM, Campell SM, Johnson CL. Increasing prevalence of overweight among US adults: the National Healt and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. JAMA 1994; 272: 205-11.
3. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993; 270: 2207-12.
4. Bouchard C, ed. Genetics of obesity Boca Rohan, ELA. Washington USA: CRC Press; 1994.
5. Willett WC, Dietz WH, Colditz GA. Guidelines for healthy weight. N Engl J Med 1999; 341: 427-34.
6. Van Itallie TB. Health implications of overweight and obesity in the United States. Ann Intern Med 1985; 103: 983-8.
7. Must A, Jacquis PF, Dalla GE, Bajerna CJ, Dietz WA. Long term morbitity and mortality of overweight adolescents: a follow up of the Harvard Growth study of 1922 to 1935. N Engl J Med 1992; 327: 1350-5.
8. Danfoth E Jr, Burger A. The role of thyroid hormones in the control of energy expenditure. Clin Endocrinol Metab 1984; 13: 581-95.
9. Weigle DS, Sande KJ, Iverius PH, Monsen ER, Brunzell JD. Weight loss leads to a marked decrease in nonresting energy expenditure in ambulatory human subjects. Metabolism 1988; 37: 930-6.
10. Leibel RL, Hirsch J. Diminished energy requirements in reduced-obese patients. Metabolism 1984; 33: 164-70.
11. Wadden TA. Treatment of obesity by moderate and severe caloric restriction. results of clinical research trials. Ann Intern Med 1993; 229: 188-93.
12. Rosenbaum M, Leibel RL. Pathophysiology of childhood

obesity. Adv Pediatr 1988; 35: 73-137.
13. Steffens AB, Strubbe JH, Balkan B, Scheuring JW. Neuroendocrine mechanisms involved in regulation of body weight, food intake and metabolism. Neurosci Biobehav Rev 1990; 14: 305-13.
14. Flier JS. The adipocyte: storage depot or node on the energy information superhighway? Cell 1995; 80: 15-8.
15. Friedman MI, Tordoff MG, Ramirez I. Intergrated metabolic control of food intake. Brain Res Bull 1986; 17: 855-9.
16. Geary N. Role of gut peptides in meal regulation. In: Weston LA, Savage LM, eds. Obesity: advances in understanding and treatment. Southborough, Mass: International Business Communications; 1996: 2.1.1.-2.1.34.
17. Figlewicz DP, Schwartz MW, Seeley RJ, Chavez M, Baskin DG, Woods SC, et al. Endocrine regulation of food intake and body weight. J Lab Clin Med 1996; 127: 328-32.
18. Rohner-Jeanrenaud F. A neuroendocrine reappraisal of the dual-centre hypothesis: its implications for obesity and insulin resistance. Int J Obes Relat Metab Disord 1995; 19: 517-53.
19. Leibel RL, Berry EM, Hirsch J. Metabolic and hemodynamic responces to endogenous and exogenous catecholamines in formerly obese subjects. Am J Physiol 1991; 260: R785-R791.
20. Landsberg L, Young JB. The role of the sympathoadrenal system in modulating energy expenditure. Clin Endocrinol Metab 1984; 13: 475-99.
21. Aarone LJ, Mackintosh R, Rosenbaum M, Leibel RL, Hirsch J. Autonomic nervous system activity and energy expenditure during weight gain and weight loss. Am J Physiol 1995; 269: R222-R225.
22. Bodurtha JN, Mosteller M, Hewitt JK, Nance WE, Eaves LJ, Moskowitz WB, et al. Genetic analysis of anthropometric measures in 11-year-old twins: The Medical College of Viginia Twin Study. Pediatr Res 1990; 28: 1-4.
23. Börjeson M. The aetiology of obesity in children. Acta Paediatr Scand 1976; 65: 279-87.
24. Brook CG, Huntley RMC, Slack J. Influence of heredity and environment in determination of skinfold thickness in children. BMJ 1975; 28: 719-21.
25. Fabsitz RR, Carmelli D, Hewitt JK. Evidence for independent genetic influences on obesity in middle age. Int J Obes 1992; 16: 657-66.
26. Zhang Y, Proenca R, Maffei M, Barone M, Leopold L, Friedman JM. Poitional cloning of the mouse obese gene and its human homologue [erratum, Nature 1995; 374: 479]. Nature 1994; 372: 425-32.
27. Considine RV, Considine EL, Williams CJ, Nyce MR, Magosin SA, Bauer TL, et al. Evidence against either a premature stop codon or the absence of obese gene mRNA in human obesity. J Clin Invest 1995; 95: 2986-8.
28. Considine RV, Considine EL, Williams CJ, Nyce MR, Zhang P, Opentanova I, et al. Mutation screening and identification of a sequence variation in the human ob gene coding region. Biochem Biophys Res Commun 1996; 220: 735-9.
29. Tontonoz P, Erding H, Graves RA, Budavari AI, Spiegelman BM. mPPARγ2: tissue specific regulator of an adipocyte enhancer. Genes Dev 1994; 8: 1224-34.
30. Zhu Y, Qi C, Korenberg JR, Chen XN, Noya D, Sambasiva Rao M, et al. Proc Natl Acad Sci USA 1995; 92: 7921-5
31. Greene ME, Blumberg B, McBride OW, Yi HF, Kronpuist K, Kwan K, et al. Isolation of the human peroxisome proliferator activated receptor gamma cDNA: expression in hematopoietic cells and chromosomal mapping. Gen Expr 1995; 4: 281-99.
32. Beamer BA, Negri C, Yen C-J, Gavrilova O, Rumberger JM, Durcan MJ, et al. Chromosomal localization and partial genomic structure of the human peroxisome proliferator activated receptor gamma (hPPAR-gamma) gene. Biochem Biophys Res Commun 1997; 233: 756-9.
33. Fajas L, Auboeuf D, Raspe E, Schoonjans K, Lefebvre AM, Saladin R, et al. The organization, promoter analysis and expression of the human PPARγ gene. J Biol Chem 1997; 272: 18779-89
34. Elbrecht A, Chen Y, Cullinan CA, Hayes N, Leibowitz MD, Moller DE, et al. Molecular cloning, expression and characterization of human peroxisome proliferator activated receptors gamma-1 and gamma-2. Biochem Biophys Res Commun 1996; 224: 431-7.
35. Spiegelman BM, Flier JS. Adipogenesis: rounding out the big picture. Cell 1996; 87: 377-9.
36. Latruffe N, Vamecq J. Peroxisome proliferators and peroxisome proliferator activated receptors (PPARs) as regulators of lipid metabolism. Biochimie 1997; 79: 81-94.
37. Tontonoz P, Hu E, Spiegelman BM. Stimulation of adipogenesis in fibroblasts by PPARγ2, a lipid-activated trascription factor. Cell 1994; 79: 1147-56.
38. Lehmann JM, Moore LB, Smith-Oliver TA, Wilkinson WO, Willson TM, Kliewer SA. An antidiabetic thiazolidinedione is a high affinty ligand for peroxisome proliferator-activated receptor gamma (PPARγ). J Biol Chem 1995; 270: 12953-6.
39. Kliewer SA, Lenhard JM, Willson TM, Patel I, Morris DC, Lehmann JM. A prostaglandin J2 metabolite binds peroxisome proliferator activated receptor γ and promotes adipocyte differentiation. Cell 1995; 83: 813-9.
40. Hu E, Kim JB, Sarraf P, Spiegelman BM. Inhibition of adipogenesis through MAP kinase-mediated phosphorylation of PPARγ. Science 1996; 274: 2100-3.
41. Adams M, Reginato MJ, Shao DL, Lazar MA, Chatterjee VK. Transcriptional activation by peroxisome proliferator - activated receptor gamma is inhibitated by phoshorylation at a consensus mitogen-activated protein kinase site. J Biol Chem 1997; 272: 5128-32.
42. Ristow M, Müller-Wieland D, Pfeiffer A, Krone W, Kahn CR. Obesity associated with a mutation in a genetic regulator of adipocyte differentiation. N Eng J Med 1998; 339; 953-9.
43. Stunkard AJ, Sorensen TI, Hanis C, Teasdale TW, Chakraborty R, Schull WJ, et al. An adoption study of human obesity. N Engl J Med 1986; 314: 193-8.
44. Yen CJ, Beamer BA, Negri C, Silver K, Brown KA, Yarnall DP, et al. Molecular scanning of the human peroxisome proliferator activated receptor gamma gene in diabetic Caucasians: identifications of a Pro12Ala PPARγ2 missense mutation. Biochem Biophys Res Commun 1997; 241: 270-4.
45. Deeb SS, Fajas L, Nemoto M, Pihlajamaki J, Mykkanen L, Kuusisto J, et al. A Pro12ala substitution in PPARγ2 associated with decreased receptor activity, lower body mass index and improved insulin sensitivity. Nature Genet 1998; 20: 284-7.

Sertral
(sertralín)

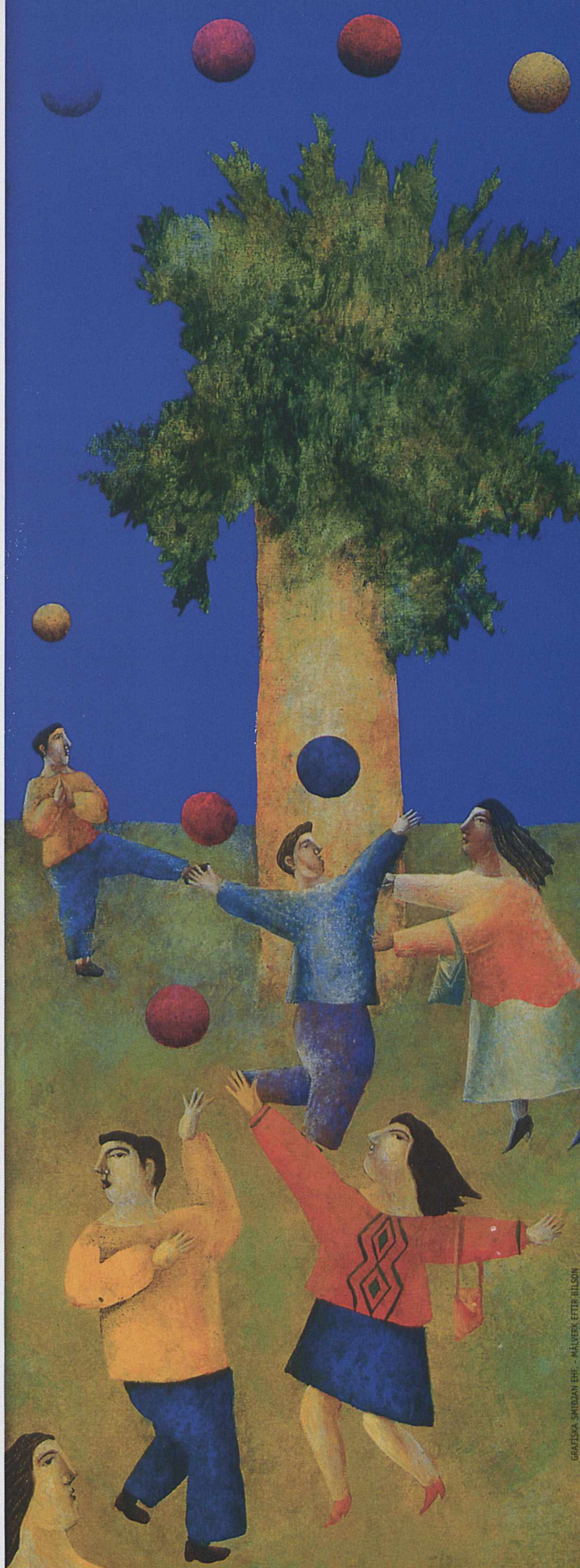
Öruggt og árangursríkt lyf við þunglyndi, þráhyggju- og áráttusýki

Hver tafla inniheldur: Sertralín hýdróklóríð, samsvarandi sertralín 50 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Þunglyndi. Þráhyggju- og áráttusýki (obsessive-compulsive disorder). Felmtursköst (ofsahræðsla (panic disorder)), með eða án víðáttufælni (agoraphobia). **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtastærðir handa fullorðnum: **Við þunglyndi og þráhyggju- og áráttusýki:** 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 lækningalegum 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 hughrifilegt atferli. Í samræmi við hina sértæku hömlun á 5-HT upptöku eykur sertralín ekki katekólamínvirkni. Sertralín hefur ekki sækni í múskarín (kólínvirka), serótónínvirka, dópamínvirka, adrenvirka, histamínvirka, GABA eða benzódíazepín viðtaka. Ólíkt þríhringlaga geðdeyfðarlyfjum, hefur þyngdarauknin 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 BJÖSSA

Lausn úr einangrun geðtruflana

TRADEMARK

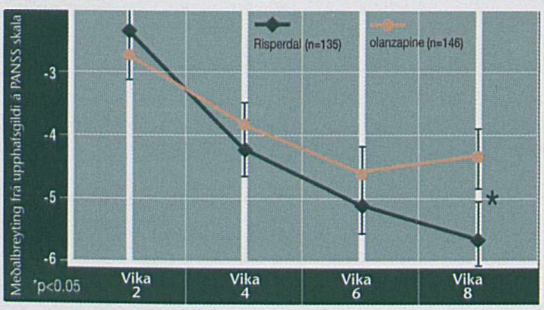
Risperdal

RISPERIDONE

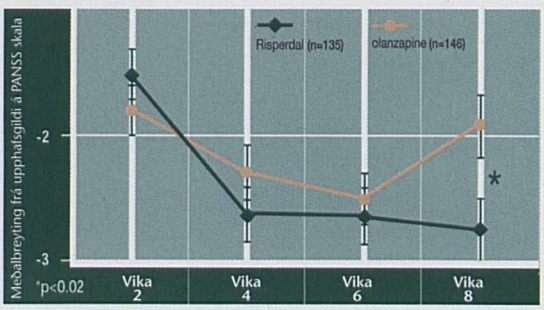
Frelsi til að taka þátt í samfélaginu

Risperidone vs. olanzapine*

Risperidone hefur marktækt meiri áhrif á pósitíf einkenni



Risperidone hefur marktækt meiri áhrif á kvíða og þunglyndi



Risperdal (Janssen-Cilag, 920123) **MIXTÚRA, TÖFLUR;** N 05 A X 08 **R B**

Eiginleikar: Risperidón er geðlyf (neurolepticum) af flokki benzíoxazólaafleiða. Það er sértækur mónóamínvirkur blokki, sem hefur mikla sækni í serótónínvirka 5-HT_2- og dópamínvirka D_2-viðtaka **Ábendingar:** Bráðar og langvinnar geðtruflanir (psýkósur) vegna geðklofa. Geðtruflanir sem líkjast geðklofa (schizopreniform disorder). Risperdal er einnig ætlað til langtíma notkunar til þess að koma í veg fyrir að sjúkdómurinn taki sig upp að nýju hjá sjúklingum með langvinnan geðklofa. Hegðunartruflanir hjá sjúklingum með vitglöp. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir barbitúrsýrusamböndum, ópíótum eða afengi. **Varúð:** Lifrar- og nýrnasjúkdómur. Flogaveiki. Krampar. Parkinsons sjúkdómur. Hjartabilun. Útbreidd æðakölkun. Stöðubundinn lágþrýstingur. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er svefnleysi (allt að 13%). **Algengar (>1%):** Almennar: Höfuðverkur. Þyngdaraukning. Hjarta- og æðakerfi: Lágþrýstingur (þar með talinn stöðubundinn lágþrýstingur), hraðtaktur (þar með talinn reflex hraðtaktur) eða háþrýstingur. Miðtaugakerfi: Svefnleysi. Æsingur. Hræðsla og þreyta. Syfja, svimi, minnkuð einbeitingarhæfni. Aukin munnvatnsframleiðsla, extrapýramídal einkenni. Innkirtlar: Minnkuð kyngeta karla, seinkun á sáðláti. Óeðlileg mjólkurmyndun. Tíðastopp, auknar tíðablæðingar og truflanir á tíðahring. Meltingarfæri: Hægðatregða, meltingartruflanir, ógleði, uppköst og kviðverkir. Húð: Útbrot. Öndunarfæri: Bólgur í nefi. Augu: Þokusýn. **Milliverkanir:** Lyfið getur minnkað virkni levódópa og annarra dópamínvirkra lyfja. Karbamazepín lækkar blóðstyrk virks umbrotsefnis risperidóns. Svipuð áhrif má sjá af öðrum lyfjum sem hvetja efnaumbrot í lifur. Ef meðferð með karbamazepíni eða öðrum lyfjum sem hvetja efnaumbrot í lifur er hætt, skal lækka skammta risperidóns. Ef lyfin flúoxetín eða paroxetín eru gefin með, getur þurft að breyta skömmtun risperidóns. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið má gefa einu sinni eða tvisvar á dag. Skammtar eru hækkaðir smám saman vegna hættu á stöðubundnum lágþrýstingi. Upphafsmeðferð er 2 mg á dag. Á öðrum degi má auka skammtinn í 4 mg á dag. Síðan er skammtur einstaklingsbundinn eftir einkennum. Hægt er að auka skammtinn á lengri tíma ef það er læknisfræðilega æskilegt. Algengur viðhaldsskammtur er 4-6 mg á dag. Sumir sjúklingar hafa gagn af lægri skömmtum. Hámarksskammtur er 16 mg á dag. Aldraðir: Ráðlagður upphafsskammtur er 0,5 mg 2 sinnum á dag. Skammtinn má leiðrétta einstaklingsbundið með 0,5 mg 2 sinnum á dag að 1 til 2 mg 2 sinnum á dag. Aldraðir þola lyfið vel. Bráðar og langvinnar geðtruflanir vegna geðklofa: Þegar hentugum skammti er náð má íhuga skömmtun einu sinni á dag. Hegðunartruflanir við vitglöp: Meðferðina á að hefja með 0,25 mg tvisvar sinnum á dag. Skammtinn má auka eftir þörfum um 0,25 mg tvisvar sinnum á dag, þó ekki oftar en annan hvern dag. Heppilegur skammtur fyrir flesta er 1 mg á dag. Sumir sjúklingar geta þurft allt að 2 mg á dag. Þegar hentugum skammti er náð má íhuga skömmtun einu sinni á dag.Skipti af annarri geðlyfjameðferð: Þegar meðferð með risperidóni er hafin í stað annarra geðlyfja, skal minnka skammta fyrri meðferðar smám saman til að forðast fráhvarfseinkenni. Þegar meðferð með risperidóni er hafin í stað geðlyfja með forðaverkun, þarf engan aðlögunartíma og risperidón er gefið strax í stað fyrri meðferðar. Nauðsyn þess að halda áfram andkólínvirkri lyfjameðferð skal endurmeta reglulega. **Skammtastærðir handa börnum:** Börn eldri en 15 ára: Sömu skammtar og handa fullorðnum. Börn yngri en 15 ára: Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum yngri en 15 ára. **Athugið:** Lyfið getur haft áhrif á viðbragðsflýti og ber að hafa það í huga við akstur bifreiða eða stjórnun annarra vélknúinna tækja. **Blöndun:** Mixtúruna má blanda í heita og kalda drykki aðra en áfenga drykki og te, t.d. gosdrykki, appelsínusafa, sódavatn, heitt kaffi eða mjólk. **Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá. Pakkningar og hámarksverð 1. 01. 2001. Mixtúra 1 mg/ml:** 100 ml — 14.303 kr.**Töflur 0,5 mg:** 20 stk. — 1.783 kr. **Töflur 1 mg:** 6 stk. — 1.000 kr. / 60 stk. — 6.917 kr. **Töflur 2 mg:** 60 stk. — 12.743 kr. **Töflur 3 mg:** 60 stk.— 18.516 kr. **Töflur 4 mg:** 60 stk. — 23.907 kr. **Töflur 6 mg:** 28 stk. — 17.280 kr.

*R.R.Conley et al; Journal of the European College of Neuropsychopharmacology 2000; 10:S3

JANSSEN-CILAG

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 568 6044

Samanburður á meðferð og horfum sjúklinga með bráða kransæðastíflu á Landspítalanum og Sjúkrahúsi Reykjavíkur árið 1996

Jón M. Kristjánsson[1], Karl Andersen[2]

Ágrip

Inngangur: Meðferð sjúklinga eftir bráða kransæðastíflu fer að nokkru eftir tækjabúnaði sjúkrahússins sem sjúklingar leggjast inn á við greiningu. Á Íslandi eru kransæðavíkkanir og –hjáveituaðgerðir aðeins framkvæmdar á Landspítala Hringbraut. Við bárum saman meðferð og horfur sjúklinga með brátt hjartadrep árið 1996 á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (SHR) annars vegar og Landspítalanum (LSP) hins vegar.

Efniviður og aðferðir: Upplýsingum var safnað afturskyggnt um alla sjúklinga sem fengu greininguna brátt hjartadrep á Landspítalanum og Sjúkrahúsi Reykjavíkur árið 1996. Dánartíðni, fjöldi endurinnlagna vegna hjartasjúkdóma og notkun kransæðavíkkana eða -hjáveituaðgerða á fyrsta ári eftir innlögn voru borin saman milli sjúkrahúsanna.

Niðurstöður: Eins árs dánarhlutfall á Landspítalanum var 17,7% en 20,8% meðal sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,55). Sjúklingar á Landspítalanum útskrifuðust í 82% tilvika á asetýlsalisýlsýru og í 68% tilvika á ß-hamla á móti 71% og 57% tilvika á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,021 og p=0,028). Hins vegar útskrifuðust sjúklingar á Sjúkrahúsi Reykjavíkur í 29% tilvika á kalsíumhamla og í 76% tilvika á nítrötum borið saman við 16% og 51% á Landspítalanum (p=0,004 og p<0,001). Ekki reyndist munur á notkun segaleysilyfja, angíótensín breyti (converting) ensímhamla, digoxíns, þvagræsilyfja eða lyfja við hjartsláttartruflunum. Sjúklingar á Landspítalanum fóru í 32% tilvika í kransæðavíkkun innan árs á móti 13% tilvika á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p<0,001). Sjúklingar á Landspítalanum fóru í 10% tilvika í kransæðahjáveituaðgerð innan árs á móti 11% á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,75). Meðalbiðtími sjúklinga Sjúkrahúsi Reykjavíkur eftir kransæðavíkkun reyndist um 10 dögum lengri en á Landspítalanum (p=0,001).

Umræða: Ekki reyndist tölfræðilega marktækur munur á eins árs dánartíðni sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og Landspítalanum 1996 þrátt fyrir mun meiri notkun kransæðavíkkana, asetýlsalisýlsýru og ß-hamla. Hins vegar gæti meiri notkun nítratlyfja og kalsíumhamla sjúklinga við útskrift af Sjúkrahúsi Reykjavíkur bent til að þeir hefðu meiri einkenni kransæðasjúkdóms við útskrift. Við teljum óeðlilegt

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]hjartadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Karl Andersen hjartadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 525 1000; bréfasími: 525 1552; netfang: andersen@landspitali.is

Lykilorð: *kransæðarstífla, meðferð, horfur.*

ENGLISH SUMMARY

Kristjánsson JM, Andersen K

Comparison of treatment and prognosis after acute myocardial infarction in two university hospitals in Reykjavik, Iceland 1996

Læknablaðið 2001; 87: 127-30

Introduction: The treatment of patients after acute myocardial infarction (AMI) is in part related to the available technology at the hospital of admission. In Iceland percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) and coronary artery bypass grafting (CABG) was only performed at Landspítalinn at the time of the research. We compared the treatment and prognosis of patients after AMI in 1996 at the two university hospitals in Reykjavík, Iceland, Landspítalinn (LSP) and Sjúkrahús Reykjavíkur (SHR).

Material and methods: We retrospectivly collected informations on all patients admitted with AMI at LSP and SHR in 1996 and compared mortality, morbidity and interventional procedures at one year after admission.

Results: The one-year mortality was 17.7% among patients admitted to LSP compared with 20.8% among patients admitted to SHR (p=0.55). Upon discharge from LSP 82% of patients received aspirin and 68% received a ß-blocker versus 71% and 57% of patients discharged from SHR (p=0.021 and p=0.028 respectively). Conversely 29% of patients were disharged with a calsium-antagonist and 76% with a nitrate from SHR compared with 16% and 51% at LSP (p=0.004 and p<0.001 respectively). There was no diffirence in the use of thrombolytics, angiotensin converting enzyme inhibitors, digoxin, diuretics or antiarrhythmics. Within one year 32% of patients admitted to LSP had undergone PTCA but only 13% of patients admitted to SHR (p<0.001). Further, 10% of patients had undergone CABG within one year at LSP compared with 11% at SHR (p=0.75). On average patients at LSP had a 10 days shorter waiting period from admission to PTCA (p=0.001).

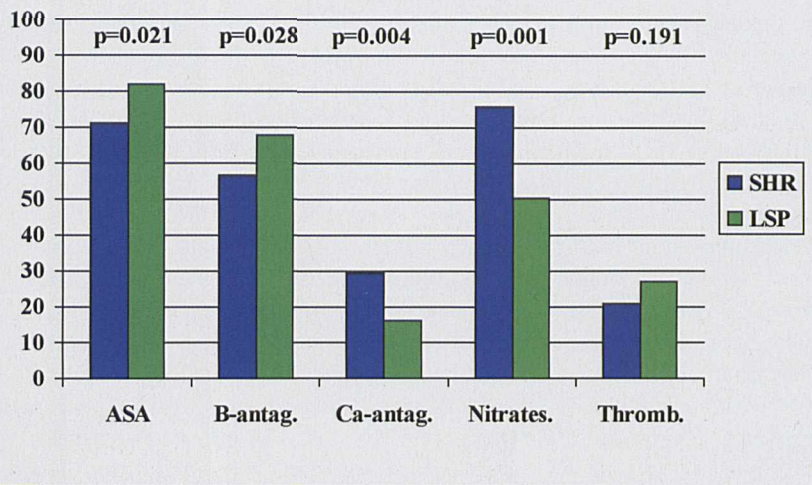
Discussion: Despite greater use of PTCA, aspirin and ß-antagonist at LSP compared with SHR there was no significant diffirence in one-year mortality between the hospitals. The greater use of calcium-antagonists and nitrates at discharge among patients discharged from SHR might indicate that they were more symptomatic than patients discharged from LSP. We find the great difference in treatment of patients after AMI according to hospital of admission unacceptable. This problem could possibly be solved by implying clinical guidelines.

Key words: *acute myocardial infarction, therapy, prognosis.*

Correspondence: Karl Andersen. E-mail: andersen@landspitali.is

Tafla I. *Grunneinkenni og áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma meðal sjúklinga sem lögðust inn á Sjúkrahús Reykjavíkur (SHR) og Landspítalann (LSP) árið 1996.*

	SHR	LSP	p
Fjöldi, n	181	170	
Kyn (% karla)	66,3	70,0	0,49
Meðalaldur, ár	69,6	65,9	0,003
Hámarks CK-MB, mmól/l	113,0	123,6	0,64
Reykingar, %	66,4	66,2	1,00
Háþrýstingur, %	35,8	55,6	0,001
Sykursýki, %	9,6	14,7	0,216
Hækkaðar blóðfitur, %	21,2	21,4	1,00
Jákvæð ættarsaga, %	44,6	57,7	0,055



Mynd 1. *Samanburður á notkun hjartalyfja milli Sjúkrahúss Reykjavíkur (SHR) og Landspítalans (LSP) 1996. ASA = asetýlsalisýlsýra, B-antag. = ß-hamlar, Ca-antag. = kalsíumhamlar, Thromb. = segaleysilyf.*

að sjúklingar með brátt hjartadrep hafi fengið mismunandi meðferð eftir því hvort þeir lögðust inn á Sjúkrahús Reykjavíkur eða Landspítalann. Þessi munur kallar á aukna samhæfingu í starfsemi hjartadeilda sjúkrahúsanna og gerð klínískra leiðbeininga.

Inngangur

Meðferð sjúklinga eftir bráða kransæðastíflu hefur mikil áhrif á horfur þeirra (1-7). Meðferðin byggist annars vegar á lyfjum þar sem asetýlsalisýlsýra, ß-hamlar og segaleysilyf eru einna mikilvægust og hins vegar á aðgerðum til að auka aftur blóðflæði um þrengdar kransæðar með kransæðavíkkunum í hjartaþræðingu og kransæðahjáveituaðgerðum. Þekkt er að notkun þessara síðari meðferðarúrræða fer að hluta til eftir tækjavæðingu sjúkrahússins þar sem sjúklingur leggst inn í kjölfar greiningar (8). Þannig eru kransæðavíkkanir og -hjáveituaðgerðir meira notaðar á þeim sjúkrahúsum þar sem þessar aðgerðir eru framkvæmdar. Aftur á móti beita læknar sjúkrahúsa, sem ekki hafa þessa aðstöðu, lyfjameðferð í ríkari mæli. Þrátt fyrir þennan mun hefur ekki tekist að sýna fram á mun á lífslíkum sjúklinga eftir því hvar þeir leggjast inn.

Eftir að hafa gert upp horfur íslenskra sjúklinga eftir bráða kransæðastíflu (1,2) lék okkur forvitni á að kanna hvort munur hafi verið á meðferð og horfum sjúklinga á stóru sjúkrahúsunum í Reykjavík árið 1996 þar sem kransæðavíkkanir í hjartaþræðingu og kransæðahjáveituaðgerðir voru aðeins framkvæmdar á Landspítalanum, nú Landspítala Hringbraut.

Efniviður og aðferðir

Fundnir voru allir sjúklingar sem útskrifuðust eftir að hafa greinst með bráða kransæðastíflu (ICD-9: 410) á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (SHR) og Landspítalanum (LSP) með tölvuleit í gagnasöfnum spítalanna. Farið var yfir sjúkraskrár þeirra og þeir útilokaðir frá rannsókninni sem ekki höfðu sannanlega fengið kransæðastíflu, það er höfðu hvorki ST-breytingar á hjartalínuriti né hækkun hjartaensíma (CK-MB) yfir 15 µg/l. Þeir sem létust innan sólarhrings frá innlögn voru einnig útilokaðir þar sem reglur um innritun þeirra sjúklinga sem létust eftir endurlífgunartilraunir á bráðamóttöku voru ekki samræmdar milli sjúkrahúsanna.

Skráð voru á sérstakt eyðublað: aldur, kyn, upplýsingar um helstu áhættuþætti eins og þeir vou skráðir í sjúkraskrá (reykingar, sykursýki, sermiskólesteról yfir 7,0 µmól/l, fjölskyldusaga um kransæðasjúkdóma og háþrýstingur) einnig voru skráð lyf við innlögn og útskrift, hvort sjúklingur fengi segaleysimeðferð (með tPA eða streptókínasa) auk hámarks CK-MB mælingar í blóði. Afdrif sjúklinga einu ári eftir innlögn voru könnuð. Upplýsingar um endurinnlagnir vegna hjartasjúkdóma og kransæðavíkkana í hjartaþræðingu og kransæðahjáveituaðgerða fengust frá tölvudeildum spítalanna, en upplýsingar um dánarorsök og dánardægur fengust hjá Hagstofu Íslands.

SPSS forritið var notað við alla tölfræðiútreikninga. Beitt var kí-kvaðratsprófi eða nákvæmniprófi Fishers við samanburð á tveimur hópum, eftir því sem við átti, en log rank próf til að meta mun á dánartíðni hópa.

Leyfi til rannsóknarinnar fékkst frá siðanefndum Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítalans og hjá Tölvunefnd Dómsmálaráðuneytisins í samræmi við lög um rannsóknir á heilbrigðissviði og reglugerð um réttindi sjúklinga.

Niðurstöður

Grunneinkenni og áhættuþættir sjúklinga sem lögðust inn á Sjúkrahús Reykjavíkur og Landspítalann eru sýnd í töflu I.

Meðal sjúklinga á Landspítalanum útskrifuðust 81,9% á asetýlsalisýlsýru á móti 71,2% á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,021). ß-hamlar voru notaðir hjá 68,1% sjúklinga á Landspítalanum við útskrift á móti 56,5% sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,028). Kalsíumhamlar voru notaðir hjá 16,3% sjúklinga á Landspítalanum við útskrift á móti 29,4% sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,004). Nítröt voru notuð hjá 50,6% sjúklinga á Landspítalanum við útskrift á

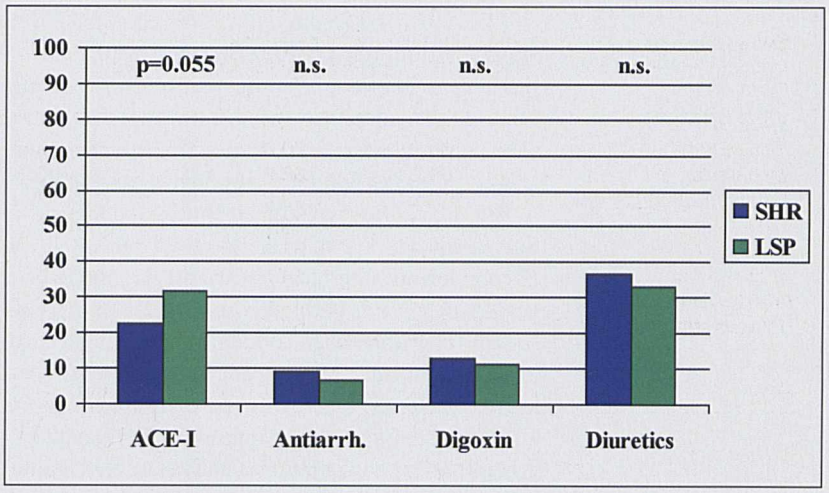
móti 75,7% sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p<0,001) (mynd 1). Alls fengu 27% sjúklinga sem komu á Landspítalann með bráða kransæðastíflu segaleysilyf en 21% á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,191). Ekki reyndist munur á notkun angíótensín breyti (converting) ensímhamla, digoxíns, þvagræsilyfja eða lyfja við hjartsláttartruflunum (mynd 2).

Á fyrsta ári eftir innlögn fóru 43,2% sjúklinga á Landspítalanum í hjartaþræðingu með blásningu en 32,3% sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykavíkur (p<0,05).

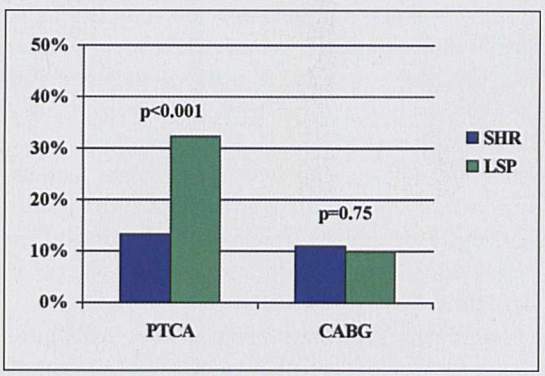
Á fyrsta ári eftir innlögn fóru 32,4% sjúklinga á Landspítalanum í kransæðavíkkun með blásningu en 13,3% sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykavíkur (p<0,001). Á sama hátt fóru 10% sjúklinga af Landspítalanum í kransæðahjáveituaðgerð á fyrsta ári frá innlögn en 11% sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,75) (mynd 3). Meðaltími frá innlögn að kransæðavíkkun með blásningu var 41 dagur á Landspítalanum en 51 dagur hjá sjúklingum Sjúkrahúss Reykjavíkur (p=0,001). Meðaltími frá innlögn að kransæðahjáveituaðgerð var 156 dagar á Landspítalanum en 126 dagar á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,44).

Eins árs dánarhlutfall reyndist vera 17,7% meðal sjúklinga á Landspítalanum en 20,8% meðal sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,55). Sameiginlegt dánarhlutfall og hlutfall sjúklinga sem fengu endurtekna kransæðastíflu innan árs var 18,5% meðal sjúklinga á Landspítalanum en 24,9% meðal sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,20).

Meðallegutími sjúklinga eftir bráða kransæðastíflu var 15,1 dagur á Landspítalanum en 14,3 dagar á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (p=0,004).



Mynd 2. *Samanburður á notkun hjartalyfja milli Sjúkrahúss Reykjavíkur (SHR) og Landspítalans (LSP) 1996. ACE-I = angíótensín breyti (converting) ensímhamlar, Antiarrh = lyf við hjartatruflunum, n.s. = ekki marktækur munur.*



Mynd 3. *Samanburður á notkun kransæðavíkkana (PTCA) og –hjáveituaðgerða (CABG) meðal sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (SHR) og Landspítalanum (LSP).*

Umræða

Helsti veikleiki þessarar rannsóknar er afturskyggnt snið hennar sem leiðir til þess að ekki er hægt að tryggja að greiningin bráð kransæðastífla hafi verið notuð á sama hátt á báðum spítölum. Þá var meðferð eftir innlögn ekki tilviljunarkennd heldur háð mati mismunandi lækna á ástandi sjúklings hverju sinni. Þannig hafa sjúklingar líklega fengið mismunandi meðferð eftir alvarleika einkenna og einnig í minna mæli eftir því hvaða hjartasérfræðingur hafði umsjón með meðferð þeirra.

Sýnt hefur verið fram á að bæta megi lífslíkur sjúklinga eftir bráða kransæðastíflu með vissum lyfjum (1-7). Þó kransæðavíkkanir og –aðgerðir hafi ótvíræð áhrif á líðan og lífsgæði sjúklinga hefur ekki tekist að sýna fram á að þessar aðgerðir hafi jákvæð áhrif á lifun sjúklinga nema í einstökum tilvikum (9-15).

Erlendar rannsóknir hafa sýnt að hlutfall sjúklinga sem fara í kransæðavíkkun og –hjáveituaðgerðir fer að nokkru eftir aðgengi að slíkum aðgerðum (8,16). Hér á landi voru þessar aðgerðir aðeins framkvæmdar á Landspítalanum á rannsóknartímanum og lék okkur því forvitni á að vita hvort munur væri á meðferð og horfum sjúklinga eftir bráða kransæðastíflu eftir því hvort þeir lögðust inn á Sjúkrahúsi Reykjavíkur eða Landspítalann.

Sjúklingar sem lögðust inn á Sjúkrahús Reykjavíkur og Landspítalann voru sambærilegir hvað varðar kynjaskiptingu, umfang skemmda á hjartavöðva (mælt með CK-MB), tíðni reykinga, sykursýki, blóðfituhækkunar og ættarsögu um hjartasjúkdóma. Sjúklingar sem lögðust inn á Sjúkrahús Reykjavíkur voru að meðaltali 3,7 árum eldri en þeir sem lögðust inn á Landspítalann. Hins vegar voru sjúklingar á Landspítalanum oftar með háþrýsting.

Sjúklingar á Landspítalanum fengu marktækt oftar asetýlsalisýlsýru og/eða ß-hamla heldur en sjúklingar á Sjúkrahúsi Reykjavíkur en marktækt sjaldnar nítröt og kalsíumhamla. Að öðru leyti reyndist ekki marktækur munur á lyfjameðferð sjúklinga milli spítala. Aukin notkun nítrata á Sjúkrahúsi Reykjavíkur gæti verið afleiðing af minni notkun kransæðavíkkana, asetýlsalisýlsýru og/eða ß-hamla sem gæti leitt til þess að sjúklingar væru oftar með brjóstverki eftir útskrift af Sjúkrahúsi Reykjavíkur heldur en af Landspítalanum. Þannig er lyfjameðferð við útskrift af Landspítalanum í betra samræmi við alþjóðlegar klínískar leiðbeiningar varðandi meðferð sjúklinga eftir bráða kransæðastíflu (17).

Ekki reyndist munur á tíðni eða tíma frá kransæðastíflu að kransæðahjáveituaðgerð meðal sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur annars vegar og Landspítalanum hins vegar. Aftur á mótu reyndust sjúklingar á Landspítalanum fara um þrisvar sinnum oftar í kransæðavíkkun með blásningu en sjúklingar á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og þurftu sjúklingar á Sjúkrahúsi Reykjavíkur að bíða að meðaltali 10 dögum lengur eftir aðgerð frá því kransæðastífla gerði vart við sig. Þetta skýrist að hluta af aukinni notkun hjartaþræðinga á Landspítalanum en gæti einnig skýrst að hluta af þeim möguleika að gera kransæðavíkkun strax í fyrstu hjartaþræðingu á Landspítalanum en ekki á Sjúkrahúsi Reykjavíkur.

Þrátt fyrir þennan mun reyndist ekki vera munur milli spítalanna á eins árs dánartíðni, samanlagðri dánartíðni og tíðni endurtekinnar kransæðarstíflu, ekki heldur á meðallegutíma sjúklinga eftir bráða kransæðastíflu. Þó var í báðum tilvikum tilhneiging í átt til betri útkomu sjúklinga á Landspítalanum. Stærsti hluti skýringarinnar er líklega meiri notkun asetýlsalisýlsýru og ß-hamla á Landspítalanum eins og áður var minnst á, en þessi lyf hafa bæði mjög jákvæð áhrif á horfur (3,4,6). Ekki er hægt eftir þessa rannsókn að segja til um hvort aukin notkun kransæðavíkkana í hjartaþræðingu hafi áhrif á horfur sjúklinga eftir bráða kransæðastíflu. Þó er ljóst að þessi meðferð bætir verulega líðan þeirra og fækkar innlögnum á sjúkrahús (12).

Samkvæmt íslenskum lögum um heilbrigðisþjónustu og réttindi sjúklinga eiga allir sjúklingar jafnan rétt á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem völ er á hverju sinni. Það kom okkur því á óvart að þrefaldur munur skuli vera milli Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítalans á hlutfalli sjúklinga sem fer í kransæðavíkkun og að að meðaltali skuli biðtími eftir kransæðavíkkun vera 10 dögum lengri meðal sjúklinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur en á Landspítalanum. Hluti þessarar skýringar er aukin notkun hjartaþræðinga á Landspítalanum en enn reyndist munur þó einungis væri tekið mið af þeim sem fóru í hjartaþræðingu. Ef til vill hækkar það þröskuld fyrir aðgerð og seinkar framkvæmd hennar að þurfa að flytja sjúkling milli stofnana.

Nauðsynlegt er að leiðrétta þennan mun. Það mætti gera annað hvort með því að sameina hjartadeildir sjúkrahúsanna og efla um leið aðstöðu til hjartaþræðinga á öðru hvoru sjúkrahúsinu þannig að þær gætu sinnt auknum verkefnum eða með því að byggja upp aðstöðu til kransæðavíkkana á Sjúkrahúsi Reykjavíkur, nú Landspítala Fossvogi.

Hinn mikli munur sem kom fram á notkun hjartalyfja milli Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítalans kallar á gerð klínískra leiðbeininga á hjartadeildum sjúkrahúsanna í Reykjavík.

Heimildir

1. Kristjánsson JM, Andersen K. Samanburður á horfum sjúklinga með bráða kransæðastíflu á Íslandi 1986 og 1996. Læknablaðið 1999; 85: 691-8.
2. Kristjansson JM, Andersen K. Improved one-year survival after acute myocardial infarction in Iceland between 1986 and 1996. Cardiology 1999; 91: 827-30.
3. Second International Study on Infarct Survival Collaborative Group. Randomised trial of intravenous streptokinasi, oral aspirin, both or neither among 17 187 cases of suspected myocardial infarction. ISIS-2. Lancet 1988; 336: 827-30.
4. First International Study on Survival Collaborative Group. Randomised trial of intravenous atenolol among 16 027 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-1. Lancet 1986; 2: 57-66.
5. The GUSTO investigators. An international randomised trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. N Engl J Med 1993; 329: 673-82.
6. Gottlieb SS, McCarter RJ, Vogel RA. Effect of beta-blockade on mortality among hign-risk and low-risk patients after myocardial infarction. N Engl J Med 1998; 339: 489-97.
7. The Acute Infarction Ramipril Efficiacy (AIRE) study investigators. Effects of ramipril on mortality and morbidity of survivors of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure. Lancet 1993; 342: 821-8
8. McGovern PG, Herlitz J, Pankow JS, Karlsson T, Dellborg M, Shahar E, et al. Comparison of medical care and one- and 12-month mortality of hospitalized patients with acute myocardial infarction in Minneapolis-St. Paul, Minnesota, United States of America and Goteborg, Sweden. Am J Cardiol 1997; 80: 557-62.
9. SWIFT (Should We Intervene Following Thrombolysis?) Trial Study Group. SWIFT trial of delayed elective intervention versus conservative treatment after thrombolysis with anistreplase in acute myocardial infarction. BMJ 1991; 302: 555-60.
10. Williams DO, Braunwald E, Knatterud G, Babb J, Bresnahan J, Greenberg MA, et al. One-year results of the Thrombolysis in Myocardial Infarction investigation (TIMI) Phase II Trial. Circulation 1992; 85: 533-42.
11. Terrin ML, Williams DO, Kleiman NS, Willerson J, Mueller HS, Desvigne-Nickens P, et al. Two- and three-year results of the Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) Phase II clinical trial. J Am Coll Cardiol 1993; 22: 1763-72.
12. Madsen JK, Grande P, Saunamaki K, Thayssen P, Kassis E, Eriksen U, et al. Danish multicenter randomized study of invasive versus conservative treatment in patients with inducible ischemia after thrombolysis in acute myocardial infarction (DANAMI). DANish trial in Acute Myocardial Infarction. Circulation 1997; 96: 748-55.
13. The TIMI study group. Comparison of invasive and conservative strategies after treatment with intervenous tissue plasminogen activator in acute myocardial infarction: results of the thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) phase II trial. N Engl J Med. 1989; 320: 618-27.
14. Ellis SG, Mooney MR, George BS, da Silva EE, Talley JD, Flanagan WH, et al. Randomized trial of late elective angioplasty versus conservative management for patients with residual stenoses after thrombolytic treatment of myocardial infarction: Treatment of Post-Thrombolytic Stenoses (TOPS) Study Group. Circulation 1992; 86: 1400-6.
15. Baim DS, Diver DJ, Feit F, Greenberg MA, Holmes DR, Weiner BH, et al. Coronary angioplasty performed within the thrombolysis in Myocardial Infarction II study. Circulation 1992; 85: 93-105.
16. Kirklin JK, Akins CW, Blackstone EH, et al. Guidelines and indications for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Forse on Assessment of Diagnostic and Therapeutic Cardiovascular Procedures (Subcommittee on Coronary Artery Bypass Graft Surgery). J Am Coll Cardiol 1991; 17: 543-89.
17. Ryan TJ, Antman EM, Brooks NH, Califf RM, Hillis LD, Hiratzka LF, et al. 1999 Update: ACC/AHA Guidelines for the Management og Patients With Acute Myocardial Infarction: Executive Summary and Recommendations: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guideline (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). Circulation 1999; 100: 1016-30.

Loksins er komið lyf við offitu á markað á Íslandi

Megrunarlyf við offitu

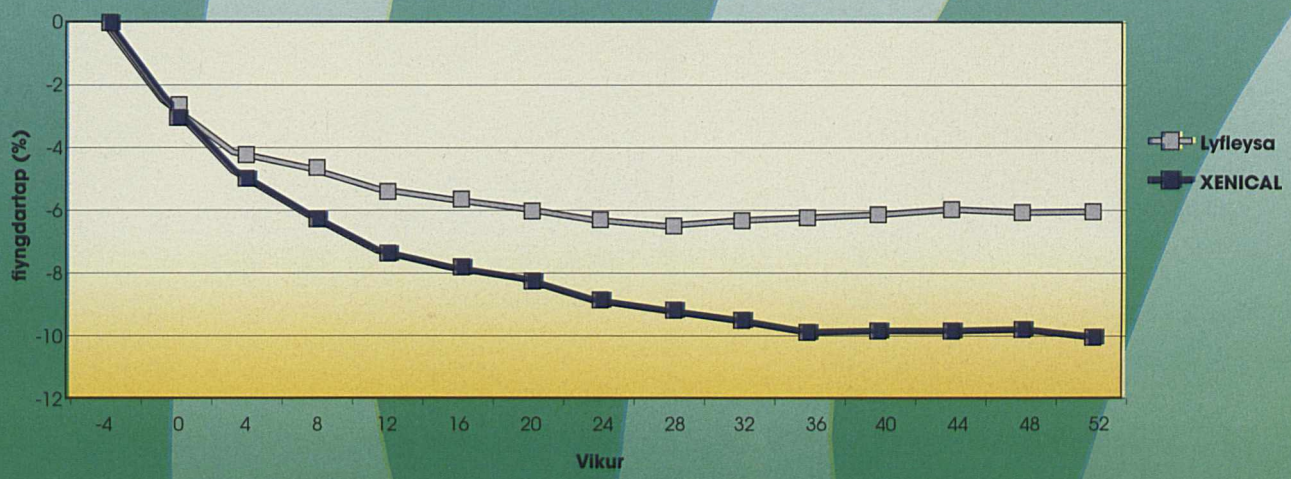
XENICAL®

orlístat

Fyrir þá sem þurfa að léttast

Xenical veldur þýðingarmiklu þyngdartapi hjá offitusjúklingum*, og yfirþyngdarsjúklingum** með tengda áhættuþætti, sem eru á megrunarfæði:[1,2]

Þeir léttast helmingi hraðar og helmingi meira ef þeir taka Xenical í stað lyfleysu:



Meðalbreyting frá upphaflegri líkamsþyngd á fyrsta ári meðferðar með Xenical og lyfleysu[1]

** þyngdarstuðull (BMI) ≥ 30 kg/m²*
*** með þyngdarstuðul (BMI) ≥ 28 - 30 kg/m²*

Hylki 120 mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat

Megrunarlyf við offitu

XENICAL®
orlístat

Fyrir þá sem þurfa að léttast

Hylki 120mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat

Fylgikvillar offitu[3]:

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

Lítillega aukin áhætta (allt að tvöföld áhætta)

Brjóstakrabbamein eftir tíðahvörf
Legslímukrabbamein
Ristilkrabbamein
Óeðlileg hormónaframleiðsla í æxlunarfærum
Fjölblöðru-eggjastokksheilkenni
Minnkuð frjósemi
Mjóbaksverkir
Aukin áhætta við svæfingu
Fósturgallar sem tengjast offitu móður

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

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

Virk innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur 120 mg orlístat.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 1.7. 2000:
Hylki 120 mg: 42 stk. (þynnupakkað): 5.039 kr.; 84 stk. (þynnupakkað): 8.941 kr.

Greiðslufyrirkomulag: Tryggingastofnun ríkisins tekur ekki þátt í greiðslu lyfsins nema sjúklingur hafi lyfjaskírteini. Eli- og örorkulífeyrisþegar með lyfjaskírteini greiða að hámarki 1.250 krónur fyrir lyfið, en aðrir að hámarki 4.500 krónur.

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

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

Roche
Hoffmann - La Roche

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

Nýr doktor í læknisfræði



Gunnar Jónasson

Gunnar Jónasson barnalæknir varði hinn 20. nóvember 2000 doktorsritgerð sína við læknadeild Háskólans í Osló. Andmælendur voru Göran Wennegren prófessor frá Háskólanum í Gautaborg, Leif Bjermer prófessor frá Háskólanum í Þrándheimi og Eirik Monn prófessor frá Háskólanum í Osló.

Aðaðleiðbeinandi var Kai-Håkon Carlsen prófessor.

Ritgerðin byggir á sex birtum vísindagreinum og er titill hennar: **Childhood asthma; hospital admissions and treatment**. *A 16 year study of hospital admissions in Oslo and the effect of low dose inhaled steroids in children with mild asthma.*

Ritgerðin fjallar að hluta um breytingar sem hafa orðið á innlögnum barna á sjúkrahús vegna bráðaastma í Osló á árunum frá 1980-1995 og byggir á upplýsingum úr sjúkraskrám allra barna sem lögð voru inn vegna sjúkdómsins á tímabilinu.

Innlagningartíðni (rate) hvers árs var reiknuð út miðað við fjólksfjölda í sambærilegum aldurshópum og fór hún vaxandi fram til ársins 1990, en eftir þetta dró nokkuð úr heildartíðninni. Tíðni fyrstu innlagnar vegna astma fór þó vaxandi á öllu tímabilinu, einkum vegna tíðra innlagna yngstu barnanna (0-3 ára), sem getur endurspeglað aukna tíðni sjúkdómsins í þessum aldurshópi. Endurinnlögnum vegna sjúkdómsins fækkaði hins vegar verulega á tímabilinu og að sama skapi var sýnt fram á marktæka styttingu á tíma sjúkrahúsdvalar innlagðra barna á seinni hluta tímabilsins. Líklegt er talið að vaxandi notkun stera við meðferð sjúkdómsins minnki líkur á sjúkrahúsinnlögn og stytti dvalartíma þeirra sjúklinga sem á innlögn þurftu að halda á sjúkrahúsi.

Ritgerðin greinir einnig frá niðurstöðum annarrar tvíblindrar rannsóknar sem einkum fjallar um áhrif lágskammtameðferðar (0,1-0,2mg daglega) með búdesóníði gegn vægum astma. Eitt hundrað sextíu og þrjú astmaveik börn á skólaaldri tóku þátt í rannsókninni. Var þeim fylgt eftir í þrjá mánuði með rannsóknum á lungnastarfsemi, berkjuáreitisprófum og blóðprufum. Í framhaldi af þessari rannsókn var fylgst með 122 börnum í 27 mánuði (follow up). Niðurstöður benda til þess að slík lágskammtameðferð geti komið í veg fyrir áreynsluastma hjá börnum og valdið fækkun eósínófíla í blóði án þess að valda alvarlegum aukaverkunum, en þó var talið líklegt að greina mætti nokkur vaxtarhömlunaráhrif hjá börnum sem meðhöndluð voru með lyfinu.

Í ritgerðinni er einnig sýnt fram á að meðferðarheldni (compliance) minnkar verulega við langvarandi astmameðferð og var einungis um 50% í lok meðferðartímabilsins, en foreldrar/börn virtust oft skýra frá mun betri meðferðarheldni en hægt var að sannreyna með því að mæla magn (ónotaðra) lyfja sem skilað var reglulega meðan á rannsókninni stóð. Bent er á hve mikilvægt er að mæla meðferðarheldni á hlutlægan hátt, þegar ályktanir eru dregnar af áhrifum lyfja í klínískum rannsóknum.

Seretide Diskus, R 03 AK 06 **R,B**
GlaxoSmithKline - Þverholt 14 - sími 530 3700 - www.gsk.is

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- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkjur. *Stoðkerfi:* Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., bjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kalíumskortur í blóði. *Stoðkerfi: Li*ðverkjir, 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.



4 bunur
50 metrar
3 púst

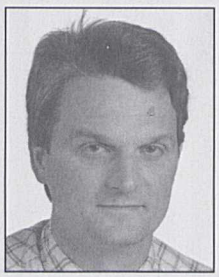
Kallar þú þetta að lifa eðlilegu lífi?

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 hún yfirhöndinni gegn astmanum? Hún 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.



Hugleiðingar um rekstrarform í heilbrigðisþjónustu á Íslandi



Eyþór Björgvinsson

Höfundur er sérfræðingur í geislagreiningu og gjaldkeri 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.

Frá því að ég skrifaði pistil í Læknablaðið um sama efni fyrir einu ári, hefur orðið mikil umræða um einkarekstur í heilbrigðisgeiranum og þá sérstaklega í tengslum við einkasjúkrahús. Fulltrúar nokkurra einkarekinna læknastöðva og hjúkrunafræðingar hófu undirbúning að því að koma á fót nokkurs konar heilsukringlu, það er sameiginlegu húsnæði með sjálfstæðum rekstrareiningum með fjölbreytilegri heilbrigðisþjónustu.

Þetta er að mörgu leyti svipað fyrirkomulag og þegar kaupmenn komu Kringlunni á fót.

Þegar farið er af stað með svona vinnu verður einnig að hugsa til framtíðar. Það verður að vera möguleiki á þróun þannig að gera megi flóknari aðgerðir og og auka öryggið með því að veita sólarhringsþjónustu.

Helsti ávinningur af slíku samstarfi gæti orðið:

- Aðgengi fyrir sjúklinga að þjónustu verður einfaldara og þeir ættu að geta fengið úrlausn sinna mála í einni ferð, þannig að vinnutap og snúningar yrðu sem minnstir.
- Tækifæri gæfist til að hanna húsnæðið frá upphafi með tilliti til þjónustu og aðgengis.
- Hægt er að auka hagkvæmni og samnýtingu, svipað og verið er að gera með sameiningu spítalanna í eitt háskólasjúkrahús.
- Samvinna fagfólks myndi aukast.
- Það ætti að vera hægt að auka öryggi og fjölbreytni þjónustunnar enn meir en áður, þar sem þessi þróun gefur tækifæri til aukinnar eftirmeðferðar, til dæmis eftir aðgerðir.
- Þarna gefst möguleiki á sjúkrahús- og eða sjúkrahótelsþjónustu.

Helstu hindranir gætu orðið:

- Upphafskostnaður og kostnaður meðan á breytingum stendur.
- Hræðsla um að sjálfstæði eininganna geti glatast.
- Gamla tuggan, það er auðveldast að hjakka í sama farinu og breyta engu.
- Neikvæð pólítísk umræða og viðbrögð ríkskerfisins.

Þegar sólarhringsþjónusta er nefnd rísa pólitíkusar og kollegar upp á afturfæturna og hrópa úlfur, úlfur, einkasjúkrahús. Orðið einkasjúkrahús er orðið einhvers konar skammaryrði og tabú.

Í umræðunni er ruglað saman grundvallaratriðum. Einkareknu sjúkrahúsi er blandað saman við einkatryggingar eða að sjúklingar greiði alfarið fyrir alla þjónustu úr eigin vasa. Þá verður mönnum tíðrætt um bandaríska heilbrigðiskerfið og efnahagslega mismunun sjúklinga.

Ég held að skoðun flestra sé, að tryggingarnar eigi áfram að vera á samfélagslegum grunni, þannig að öllum einstaklingum sé tryggður sem jafnastur

Viðræðurlok Læknafélags Íslands og

Til félaga í Læknafélagi Íslands.

Kópavogi 23. janúar 2001

Viðræður Læknafélags Íslands og Íslenskrar erfðagreiningar hafa nú staðið formlega í tæpa 11 mánuði. Hlé varð á þeim í nokkrar vikur á liðnu sumri eins og kunnugt er. Óþarfi er að rekja sögu þeirra fram yfir aðalfund LÍ á Ísafirði s.l. sumar. Formaður LÍ gerði ykkur grein fyrir gangi þeirra með bréfi í júní s.l. og frá aðalfundi var vandlega greint í Læknablaðinu á sínum tíma. Rétt er þó að rifja upp ályktanir aðalfundarins um gagnagrunnsmálið, en þær urðu þrjár. Í hinni fyrstu er „áréttað að lögum um gagnagrunn á heilbrigðissviði sé áfátt, þar sem ekki sé gert ráð fyrir skriflegu samþykki sjúklings." Í annarri ályktuninni lýsir fundurinn yfir „fullum stuðningi við stjórn félagsins við þá vinnu, sem hún hefur lagt í til að fá leyfishafa miðlægs gagnagrunns á heilbrigðissviði til að afla gagna í grunninn með viðunandi hætti." Í þeirri þriðju er stjórninni falið að „leita nýrra leiða við öflun samþykkis til læknisfræðilegra rannsókna á upplýsingum í sjúkraskrám. ...eftir tiltekinn dag gildi skrifleg heimild sjúklinga... ...og að þróaðar verði aðferðir til að eyða upplýsingum úr gagnagrunnum skv. ósk einstaklinga eða forráðamanna þeirra."

Í framhaldi aðalfundarins fór stjórnin þess á leit við ÍE, að viðræður, sem slitið hafði verið fyrri hluta ágústmánaðar, yrðu teknar upp að nýju. Forstjóri ÍE féllst strax á það. Átti Sigurbjörn Sveinsson síðan tvo fundi með Kára Stefánssyni. Á hinum fyrri urðu þeir sammála um að finna þyrfti

Bréf þetta var ekki skrifað til opinberrar birtingar. Það sem Íslensk erfðagreining kaus að fara með efni þess í fjölmiðla, hef ég farið þess á leit við Læknablaðið að birta það í heild.

Sigurbjörn Sveinsson

aðgangur að heilbrigðisþjónustu. Önnur rök sem notuð eru á móti einkreknum sjúkrastofnunum, eru að ríkið (skattborgararnir) borgi þetta allt: laun, hús og tæki. Þetta er rétt, fyrir þetta er greitt með sköttum, sem sjúklingarnir hafa þegar greitt ríkinu fyrir væntanlega heilbrigðisþjónustu og þaðan koma peningarnir. Alveg eins og rekstur Háskólasjúkrahússins er kostaður af ríkinu. Hlutverk kaupandans, það er ríkisins, á að vera að nýta fjármunina sem best til að þjóna skattborgurunum.

Önnur rök hafa verið þau, að þá verði skortur á menntuðu fólk til að sinna störfum á ríkisspítölum. Að mínu áliti eru þetta ekki haldbær rök. Fáist fólk ekki til vinnu þá er eitthvað að í vinnuumhverfinu og vinna þess væntanlega ekki metin að verðleikum.

Séu ekki fyrir hendi valkostir um vinnustaði og vinnuumhverfi í heilbrigðisgeiranum, er mikil hætta á að það verði atgervisflótti úr til dæmis læknis- og hjúkrunarfræði. Þetta fólk fer að vinna erlendis eða við önnur störf og þeim fækkar sem leggja þetta nám fyrir sig.

Ég man nú reyndar ekki til þess að þessi rök hafi verið notuð gegn hinu nýja óskabarni þjóðarinnar Íslenskri erfðagreiningu, sem hefur dregið til sín fjölda fólks úr heilbrigðisgeiranum, en góðu heilli fjölgað valkostum fyrir fagfólk.

Einnig hafa heyrst þau rök að með aukinni starfsemi utan sjúkrahúsveggjanna, dragi úr möguleikum til kennslu heilbrigðisstétta. Þetta hefur ekki verið raunin með þá einkreknu læknastöð Röntgen Dómus þar sem ég vinn. Við höfum frá upphafi tekið fullan þátt í menntun röntgentækna bæði bóklegri og verklegri. Það sama á við um læknanema síðustu tvö ár, þannig að það er allt hægt ef vilji til samvinnu er fyrir hendi.

Þá hafa þau rök verið dregin fram að einkastofur sinni aðeins því auðvelda og ódýra.

Meðan ekki má einkareka samfellda sólarhringsþjónustu (einkasjúkrahús) hlýtur það að setja starfseminni utan ríkisspítala ákveðin takmörk. Öryggi og gæði og er jú það sem við viljum öll hafa í fyrirrúmi.

Annað vandamál er að í sjúkrahúsrekstri hér á landi er ennþá lítið vitað um endanlegan kostnað við einstakar aðgerðir. Allt er einfaldlega greitt af skattpeningum og sett í eina hít. Ef fjárveiting dugir ekki lendir aukakostnaðurinn á eigandanum og rekstraraðilanum, ríkinu. Þessi aðferð í rekstri gengur ekki í einkarekstri.

Erlendis er þessi kostnaðargreining víðast til staðar. Þar eru flóknar og dýrar aðgerðir gerðar á einkareknum sjúkrahúsum jafnt sem ríkisreknum

Mín skoðun er sú að bæði ríkis- og einkarekstur eigi rétt á sér innan heilbrigðiskerfisins.

Ég tel að sé báðum rekstrarformum veitt brautargengi muni það stuðla að gæðaþjónustu, auka hagkvæmni og flýta fyrir nýjungum og auka starfsánægju.

Það er engin ástæða til annars en að nýta kosti beggja rekstrarforma í sátt og samlyndi án þess að níða skóinn hver af öðrum.

Íslenskrar erfðagreiningar

sameiginlegan skilning á því, hvernig fara ætti með upplýsingar úr sjúkraskrám, sem fluttar yrðu í gagnagrunn án samþykkis, þ.e. fyrir D-dag og í annan stað hvenær þessi dagur yrði. Formaður LÍ bauð forstjóra ÍE að gera tillögur um þetta fyrir sitt leyti enda lágu sjónarmið Læknafélagsins fyrir frá því í maímánuði. Seinni fundur þessara aðila var 2. október og kom þá í ljós að ekkert lá fyrir frá hendi ÍE um þessi mál, en látið í veðri vaka að það gæti orðið strax daginn eftir.

Þegar komið var fram í desember og ekkert hafði heyrst frá ÍE lýsti formaður LÍ óánægju sinni og óróleika með gang mála í tölvupósti til stjórnarinnar og með afriti til landlæknis. Kom m.a. fram í því bréfi, að svo virtist, sem ÍE væri í óða önn að undirbúa samninga við fyrstu heilbrigðisstofnanirnar án þess að taka nokkurt tillit til þessara viðræðna eða gera ráð fyrir fyrirvörum þeim tengdum. Væri það fullkomlega óeðlilegt að undirrita samninga við heilbrigðisstofnanir um afhendingu heilsufarsupplýsinga úr sjúkraskrám, þegar viðræður stæðu yfir um grundvallarforsendur, sem afhending þessi ætti að hvíla á. Var þeirri skoðun lýst í bréfinu, að þessi þróun mála gæti ekki annað en skaðað þann trúnað, sem þó hefði ríkt í viðræðunum þrátt fyrir ágreining.

Brá svo við að Kristján Erlendsson, starfsmaður ÍE, hafði samband daginn eftir og lagði til að viðræðunum yrði haldið áfram sem fyrst. Þann 12. desember fékk LÍ síðan bréf frá forstjóra ÍE, þar sem hann tilkynnti að hann myndi ekki koma að þessu sjálfur og hefði falið Kristjáni og Einari Stefánssyni, prófessor, sem þá var einnig orðinn starfsmaður ÍE, að annast þessar viðræður. Tveim dögum áður hafði Kári tjáð sig í sjónvarpsþætti, þannig að ekki fór á milli mála að okkar mati hver

hin raunverulega afstaða hans væri til viðræðnanna. Sagði hann þar, að Læknafélag Íslands væri enginn formlegur samningsaðili, það væri gott fyrir ímyndina að standa í þessum viðræðum og að það þjónaði alls ekki hagsmunum LÍ að samningar tækjust.

Á þeim fundum, sem í hönd fóru, en þá sátu auk Sigurbjörns, Einars og Kristjáns þeir Jón Snædal, varaformaður LÍ og Sigurður Guðmundsson, landlæknir, var staðfest, að umræddir samningar við heilbrigðisstofnanir væru á næsta leiti. Jafnframt lýstu fulltrúar ÍE áhyggjum sínum yfir að samningarnir gætu tafið þessar viðræður við LÍ og vildu frá tryggingu fyrir að sú yrði ekki raunin. Formaður LÍ lýsti því þegar yfir að hann gæti ekki ábyrgst, hvað á eftir myndi fylgja en féllst á að yfirlýsing frá ÍE um viðræðurnar við LÍ samhliða þessum samningum gæti mildað viðbrögð LÍ við þeim. Ekki hefur enn frést að slík yfirlýsing hafi verið gefin þann 19. desember s.l. norður á Akureyri, þannig að einhver tæki eftir.

Hins vegar lét forstjóri ÍE hafa eftir sér eftirfarandi í dagblaðinu Degi varðandi viðræðurnar: „Til dæmis tók siðanefnd Læknafélagsins fyrir kæru á mínar hendur vegna ummæla, sem ég hafði látið falla í tveggja manna tali við mann frá Læknafélaginu fyrir fund nokkurn sem haldinn var í marsmánuði. Það er ósköp erfitt að halda áfram sáttaviðræðum þegar annar aðili nálgast þær ekki með meiri einlægni en svo að viðræðurnar leiði til kærumála. Ég hef því séð mig tilneyddan til að halda mig svolítið frá þessu og það er meðal annars ástæðan fyrir því að málið hefur ekki unnist hraðar en raun ber vitni."

Um þetta skal það eitt sagt, að formaður LÍ er eini aðili frá félaginu, sem átt hefur í viðræðum við forstjóra ÍE frá því í apríl og fram í desember. Forstjóra ÍE er fullkunnugt um að með þessu tók formaðurinn allnokkra persónulega áhættu til að gera hinum fyrrnefnda aðstæðurnar bærilegri í ljósi þess máls, sem hann minnist á. Aldrei var á þetta minnst, sem meinbugi á samkomulagi og því síður ástæðu fyrir óhóflegum drætti á viðbrögðum ÍE í viðræðunum hvað eftir annað. Það er líka öllum læknum fullljóst, að stjórn LÍ getur ekki og má ekki hafa nein áhrif á málarekstur fyrir Siðanefnd. Þess utan má geta, að það mál, sem um er rætt, kom aldrei til kasta stjórnarinnar vegna meints vanhæfis hennar.

Í ljósi þessara atburða og annarra uppákoma í samskiptunum við ÍE ákvað formaður að aflýsa samningafundi með ÍE þ. 8. janúar og leggja málið í heild sinni fyrir stjórnina til frekari meðferðar.

Það er skoðun stjórnar LÍ að grundvöllur frekari viðræðna sé mjög veikur og trúnaður milli aðila lítill ef ekki brostinn. Það samkomulag, sem stefnt var að, krefst fullkomins trausts milli LÍ og ÍE, þar sem engir einstaklingar eða stofnanir þjóðfélagsins eru lagalega í þeirri stöðu að geta haft eftirlit með því eða séð um að það gangi eftir. Þetta traust er því miður ekki fyrir hendi. Því er þessum viðræðum lokið.

Stefna aðalfundar LÍ, sem mörkuð var á Ísafirði í liðnum ágústmánuði er alveg skýr.

Hún er

- að breyta skuli lögum um miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði, þannig að gert verði ráð fyrir skriflegu samþykki einstaklinga fyrir flutningi upplýsinga úr sjúkraskrám í grunninn
- að fá sérleyfishafann til að fylgja þessari meginreglu verði lögum ekki breytt.

Stjórn LÍ mun áfram vinna eftir þessari stefnumörkun á innlendum og erlendum vettvangi. Þau drög að reglum um gagnagrunna, sem liggja fyrir WMA, gera ráð fyrir skriflegu samþykki annars vegar og förgun gagna að ósk sjúklings hins vegar. Af öðrum fréttum úr erlendri umræðu um mannréttindi af þessum toga, virðist sem hún sé á fleygiferð og því mikilvægt fyrir íslenska lækna að njörva ekki afstöðu sína við siðferðilegar úrlausnir, sem kunna að verða úreltar von bráðar. Það er og hefur verið skoðun stjórnar LÍ að einstakir læknar geti tekið þátt í málarekstri fyrir dómstólum til að ná markmiðum sínum, sýnist þeim sú leið vænleg til árangurs.

Sú leið er auðvitað fær, að Íslensk erfðagreining taki einhliða ákvörðun um að fara að þeim hugmyndum, sem hún hefur annars vegar lýst áhuga á, þ.e. að leita skriflegs samþykkis og hins vegar gert sjálf tillögu um, þ.e. að hægt verði að eyða gögnum í grunninum. Þetta ætti að vera hægur vandi fyrir ÍE úr því, sem komið er.

Það er eðlilegt og raunar mjög mikilvægt að læknar haldi skoðunum sínum á loft þrátt fyrir þá samninga, sem heilbrigðisstofnanir, sem þeir vinna við, kunna að gera. Það er borgaraleg skylda okkar. Fari stjórnir heilbrigðisstofnana gegn þessum skoðunum í skjóli laga verður svo að vera. Þær verða að bera ábyrgð á því. Læknar verða ekki neyddir til að taka þátt í því óhappaverki.

Með félagskveðju f.h. stjórnar LÍ,

Sigurbjörn Sveinsson

Tími til kominn – Félag kvenna í læknastétt

FÉLAG KVENNA Í LÆKNASTÉTT VAR STOFNAÐ ÞANN 18. maí 1999. Aðdragandinn var sá að nokkrar konur sem höfðu kynnst ýmiss konar samvinnu kvenna í læknastétt erlendis, hittust snemma á árinu 1999, ásamt konum sem höfðu um áratugi fyrr kannað áhuga á stofnun slíks félags. Í apríl hittust þær á nýjan leik og höfðu þá með sér fleiri áhugsamar konur úr stéttinni. Settur var á laggirnar undirbúningshópur og á stofnfundinn í maí komu um 50 konur, sem var langt umfram það sem búist hafði verið við. Ólöf Sigurðardóttir formaður félagsins hafði búist við að sjá 20-30 konur á fundinum en svo fylltist salurinn af konum og stofnfélagar urðu um 70 talsins. „Það þykir mjög hátt hlutfall kvenna í læknastétt ef miðað er við hliðstæð félög í nágrannalöndunum. Þessi tala var um þriðjungur þeirra kvenna sem lokið höfðu læknanámi og voru starfandi hér á landi 1999." Og stöðugt fjölgar í félaginu. Nú lætur nærri að um 80 konur séu félagar. Í nóvember 1999 var haldinn framhaldsstofnfundur og gengið frá seinustu formsatriðunum varðandi félagið.

Undirtektirnar sýna svo ekki verður um villst að þörfin fyrir félag af þessu tagi var orðin brýn. Víðast hvar í nágrannalöndunum voru félög kvenna í læknastétt stofnuðu miklu fyrr, eða um og upp úr aldamótunum 1900. Árið 1919 voru stofnuð alþjóðasamtök kvenna í læknastétt (Medical Women's International Association, MWIA) og íslenska félagið gerðist aðili að þeim samtökum vorið 2000. Félagið tekur einnig þátt í starfi Norður-Evrópudeildar samtakanna. „Við höfum fengið gífurlegan stuðning, bæði frá eldri konum í stéttinni og frá alþjóðasamtökunum og Norður-Evrópudeildinni," segir Ólöf Sigurðardóttir formaður *Félags kvenna í læknastétt*.

Ekki fyrsta tilraunin

Haustið 1989 var haldin ráðstefna kvenna í læknastétt í Skíðaskálanum í Hveradölum og í tengslum við það var kannað hvort tímabært væri að stofna félag. Um þessa ráðstefnu er fjallað í *Læknablaðinu/Fréttabréfi lækna 11/89*. Önnur ráðstefna var haldin árið 1991. Ekki varð af því að stofnað yrði félag þá, þrátt fyrir að talsverður hugur hafi verið í þeim konum sem að ráðstefnunum stóðu. Síðan hefur konum fjölgað verulega í læknastétt og þegar aftur var hreyft við málinu tók tiltölulega skamman tíma að koma félaginu á laggirnar.

Ólöf Sigurðardóttir, sem kjörin var fyrsti formaður *Félags kvenna í læknastétt* kynntist fyrst samvinnu vísindakvenna er hún tók þátt í vísindaneti kvenna sem komið var á fót hjá Karólínsku stofnuninni í Stokkhólmi 1993. Verkefnið var á vegum jafnréttisráðs Karolínsku stofnunarinnar og stóð yfir í tvö ár. Netið var ætlað konum í doktorsnámi og starfandi vísindakonum sem voru við nám og störf hjá Karólínsku stofnuninni eða sjúkrastofnunum tengdum henni. Ólöf var þá í doktorsnámi og vann á Karólínska sjúkrahúsinu. Er hún kom heim til Íslands nokkrum árum síðar komst hún að raun um að fleiri konur höfðu komist í kynni við hliðstæð net kvenna annars staðar eða þekktu félög kvenna í læknastétt og höfðu sumar verið þátttakendur í þeim í öðrum löndum. Þær konur sem höfðu hugsað sér til hreyfings áratugi fyrr voru ánægðar með að fá liðsstyrk. Fyrr en varði var stofnun félagsins í höfn.

Læknablaðið tók nýlega hús á Ólöfu og fékk hana til að segja í nokkrum orðum frá sjálfri sér, félaginu, sem hefur farið hógværlega af stað, og reynslu sinni af starfinu fram til þessa.

Grisjótt net þegar ofar dregur

Vísindanetið sem þú tókst þátt í við Karólínsku stofnunina virðist hafa verið áhugavert, getur þú sagt aðeins nánar frá því?

„Netið hafði það markmið að styðja við bakið á vísindakonum og efla þær. Netið var hluti af verkefni sem kanna átti hvers vegna konum vegnaði ekki eins vel eftir doktorsnám og hvers vegna svo margar konur hætta í vísindum. Var það forgangsröðun kvenna eða áttu þær erfitt uppdráttar af öðrum ástæðum. Meginniðurstöður þessa verkefni voru þörfin fyrir net kvenna og þörfin fyrir handleiðslu eftir sérnám og/eða doktorsnám. Í lokin var 10 konum boðið upp á handleiðslu (mentor) eftir doktorspróf, eins konar framhaldsverkefni sem ég tók ekki þátt í. Kom það verkefni mjög vel út. Voru handleiðararnir bæði konur og karlar. Það hefur komið í ljós að konum gengur yfirleitt mjög vel í námi, bæði sérnámi og doktorsnámi, en svo þegar því er lokið er netið sem konur hafa aðgang að oft æði grisjótt, einkum sá hluti sem liggur upp á við í stjórnunar- og áhrifastöðum. Eitt af því sem mikill akkur var í var að kynnast öðrum konum í hliðstæðri stöðu og að bera saman reynslu okkar, sem var

ótrúlega lík. Konur í læknastétt eru flestar minna á ferðinni en karlarnir og byggja síður upp tengslanet. Þær forgangsraða á annan hátt og hafa verið líklegri til að setja heimili og fjölskyldu framarlega í forgangsröðunina.

Líka mikilvægt að hafa vettvang til að ræða saman

Hvert er markmið félagsins?

„Það er fyrst og fremst að efla konur í stéttinni og auka samvinnu þeirra, halda uppi umræðu um málefni kvenna í stéttinni, læknsfræðileg, félagsleg og atvinnuleg, efla þekkingu og fræðslu um heilsu kvenna og barna og standa vörð um stéttarhagsmuni og fjárhagslega hagsmuni kvenna í stéttinni. Þátttaka í erlendu samstarfi er einnig mikilvæg. Þar hafa félög af þessu tagi meðal annars unnið ötullega að fyrirbyggjandi heilsugæslu og að því að efla fræðslu um sjúkdóma kvenna og barna og aðra álíka þætti sem varða þessi efni. Það eru starfandi hliðstæð félög meðal verkfræðikvenna og annarra stétta að mér skilst og það hefur sýnt sig að þetta eru mjög skemmtilegur hópur kvenna og örvandi félagsskapur."

Hefurðu skýringu á því hvers vegna félög af þessu tagi voru stofnuð svona miklu seinna hér á landi en víðast hvar annars staðar?

„Hér á landi hefur konum fjölgað gífurlega í stéttinni á undanförnum árum. Þær konur sem höfðu áhuga á þessum málum áður fyrr hafa flestar verið í Félagi háskólakvenna eða Kvenstúdentafélaginu. Margar af okkur sem höfum verið í sérnámi erlendis erum orðnar vanar kvenkyns fyrirmyndum og kvenkyns yfirlæknum og prófessorum. Svo komum við heim og sjáum hversu fáar konur eru í stjórnunar- og áhrifastöðum í læknastétt og innan læknadeildar HÍ. Það er mikilvægt fyrir okkur í félaginu að kanna betur þessi mál og halda uppi jafnréttisumræðu í læknastétt eins og gert er í flestum öðrum stéttum. Í hverri sérgrein fyrir sig eru oft mjög fáar konur allt niður í eina, aðeins í örfáum sérgreinum eru margar konur. Því er enn mikilvægara að tengja saman konur úr hinum ýmsu sérgreinum læknisfræðinnar til að halda uppi neti kvenna í læknastétt."

Virðingarstiginn – í hvað þrepi?

Hver eru helstu verkefni ykkar fram til þessa í félaginu?

„Við höfum verið að þjappa okkur saman og móta starfið. Mjög lítið er til af tölfræðilegum upplýsingum um konur í læknastétt og langar okkur að bæta úr því.

Við höfum fengið ýmsa fyrirlesara til okkar til að segja okkur frá ýmsum verkefnum sem eru í gangi og á því hefur verið gífurlegur áhugi. Þóranna Jónsdóttir frá Háskólanum í Reykjavík kynnti verkefnið *Auður í krafti kvenna* síðastliðið vor. Það var mjög fróðlegt fyrir okkur að fá þær upplýsingar sem þar komu fram, eins og til dæmis muninn á því hvernig konur og karlar reka fyrirtæki. Þorgerður Einarsdóttir félagsfræðingur hélt erindi á stofnfundi vorið 1999, en hún varði doktorsritgerð við Gautaborgarháskóla fyrir fáeinum árum, þar sem hún var að rannsaka lækna sérstaklega. Erindi hennar hét: *Karlar eru þar sem virðingin er mest. Um sérgreinaval lækna.* Hún fjallaði um það hvernig læknar raða sjálfum sér í virðingarröð. Konur og karlar raða læknum nákvæmlega eins í virðingarstigann, en hins vegar virðast konur oftar velja sér sérgreinar sem eru neðar í stiganum. Fyrst héldu menn að konur veldu sér frekar fög þar sem lítið er um vaktir, en svo kom í ljós að svo er ekki.

Guðbjörg Sigurgeirsdóttir læknir hélt fyrirlestur á aðalfundi í nóvember 1999 um *Women's health* og Þórkatla Aðalsteinsdóttir sálfræðingur hélt fyrirlestur á síðasta aðalfundi sem bar heitið *Mörg hlutverk*. Mjög áhugaverðir báðir þessir fyrirlestrar.

Lilja Sigrún Jónsdóttir læknir kynnti slíðastliðið vor skýrslu sem hún vann að ásamt öðrum um heilsufar kvenna á Íslandi á vegum Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins, en það efni er nú tiltækt í bæklingi og á vefi ráðuneytisins. Það var mjög fróðlegt að hlusta á þessa kynningu. Samantekt þessa bæklings byrjar á eftirfarandi setningu: „Ýmis ytri einkenni benda til þess að viðbrögðum heilbrigðisþjónustu við umkvörtunum kvenna sé ábótavant." Sett eru fram fjögur meginatriði sem þarf að vinna að. Auk þess leggur nefndin það til að heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra samþykki þau meginatriði sem eru í skýrslunni og skipaður verði verkefnisstjóri til að hrinda í framkvæmd tillögum nefndarinnar. Þessu munum við að sjálfsögðu fylgjast með.

Nú nýlega, á jólafundinum okkar, heiðruðum við elstu núlifandi konu í læknastétt, Ragnheiði Guðmundsdóttur augnlækni, en hún hélt fyrirlestur um læknanám fyrir 60 árum. Mjög fræðandi og skemmtilegur fyrirlestur. Við fengum læknana Margréti Guðnadóttur og Unni Pétursdóttur til okkar á jólafundinn í fyrra, en þær eiga flestar heimildir í vísindaritum íslenskra kvenna í læknastétt. Þær eru báðar vísindakonur, önnur hér á Íslandi og hin í Bandaríkjunum. Það var mjög fróðlegt að heyra þær bera saman hvernig er að vera vísindakona á íslandi og í Bandaríkjunum. Það getur verið erfitt að stunda vísindi og þurfa svo að vera frá um tíma, til dæmis vegna barneigna eða ef konur velja að vera heima um tíma. Það er ekki alltaf auðvelt að koma aftur inn í fagið. Þegar ég tók þátt í vísindaneti kvenna í Svíþjóð þá ræddum við um þörfina fyrir launaða vísindamánuði sem var hægt að sækja um á Karolínska og nýttust mjög vel til vísindavinnu og að það vantaði fleiri sérstakar vísindastöður fyrir konur og karla í læknastétt sem vildu vera eingöngu í vísindum. Þessi atriði eru sýnishorn af þeim fjölmörgu sem við höfum tekið fyrir. Þetta er mjög uppbyggilegur og skemmti-

legur hópur kvenna í félaginu, og það sem við erum að fást við á tvímælalaust eftir að skila sér á jákvæðan hátt fyrir læknastéttina í heild."

Hvers vegna kvennafélag?

Eru margir að velta því fyrir sér hvers vegna konur séu með sér félag?

„Já, í byrjun voru raddir á lofti um það að þetta væri tímaskekkja, en ég held frekar að það hafi verið töf á stofnun félags kvenna í læknastétt. Þau félög sem stofnuð voru í Skandinavíu og Bandaríkjunum á árunum 1900-1920 eru mjög virk og ómetanleg ennþá. Þegar ég var í Svíþjóð fór ég á nokkra fundi hjá félagi kvenna í læknastétt sem voru mjög gefandi. Þar voru og eru enn haldin ýmis sérhönnuð námskeið fyrir konur í læknastétt, bæði almenn og fyrir konur í leiðandi stöðum. Umræðan um jafnréttismál er nokkuð lengra komin en hér og þykir sjálfsagðari. Þar í landi er handleiðsla í og eftir sérnám aðferð sem er notuð í vaxandi mæli, ekki aðeins fyrir konur heldur einnig karla."

Nú fer sérfræðinám íslenskra lækna að langmestum hluta fram erlendis. Finnst þér að skynsamlegt væri að bjóða upp á handleiðslu þegar læknar koma til baka?

„Það væri skynsamlegt að bjóða upp á einhvers konar handleiðslu fyrir þá sem það kjósa. Það mætti líka hugsa sér að hafa stutt námskeið á hálfs árs til eins árs fresti sem miðuðu að því að setja fólk hraðar inn í hlutina aftur. Það breytist margt hér heima á þeim tíma sem fólk er erlendis í sérnámi."

Veistu hvers vegna handleiðslan sem ykkur var boðið upp á við Karólínska var aðeins ætluð konum?

„Já, eins og ég sagði áður þá var þetta framhaldsverkefni sem spratt upp úr vísindaneti kvenna. Meginniðurstaðan úr þessu tilraunaverkefni var þörfin fyrir net kvenna og þörfin fyrir handleiðslu eftir sérnám. Það kom vel í ljós að það þurfa að vera mun skýrari leikreglur í sambandi við stöðu- og styrkjaveitingar. Ég held að það sama eigi við hér á landi. Margar ungu kvennanna í stéttinni hafa verið að tala um að fá einhvers konar alhliða „framsækninámskeið" með áherslu á stjórnun. Okkur leist mjög vel á það og byrjar fyrsta námskeiðið nú í febrúar. Konum er að fjölga í stjórnunarstöðum í læknastétt, að vísu mjög hægt, og yngri konum í stéttinni fjölgar ört. Það þarf að undirbúa jarðveginn fyrir þær svo þær njóti sín í starfi í framtíðinni og fái stöður við hæfi. Það þarf einnig að auka sveigjanleika í starfinu, talsvert er um að ungar konur á kandídatsári séu með ung börn, og þá þarf að taka meira tillit til þess en gert er. Bæði í sambandi við stöðugildi og vaktir. Það þarf til dæmis að vera möguleiki á skertum stöðum, því mörgum konum finnst álagið of mikið og vinnutíminn of langur. Það er mikilvægt að halda uppi gagnkvæmri virðingu kynjanna innan stéttarinnar og líta á það á jákvæðan hátt að við erum ólík. Hvert



Ólöf Sigurðardóttir

sem litið er bæði hér innanlands og í nágrannalöndunum er stöðugt verið að vinna að jafnréttismálum. Mér finnst nauðsynlegt að í læknastétt á Íslandi verði þessari umræðu einnig haldið heitri, báðum kynjum til góða og stéttinni til sóma."

Lárétt skiplag og hópastarf

Hvað er framundan hjá félaginu?

„Við höldum áfram að þróa það smám saman, en það þarf að ætla sér tíma til að byggja félagið upp. Við erum með frekar lárétt skipulag og bjóðum aðallega upp á starf í vinnuhópum. Þar myndast betri tengsl en í stóru félagi og skemmtileg dreifing verður í aldri og sérgreinum kvennanna. Námskeiðið sem er að fara af stað núna í febrúar var unnið af einum vinnuhópnum. Einn vinnuhópurinn er að kanna stöðu kvenna í læknastétt og er það vinna sem tengist grein þeirri sem birtist eftir Guðrúnu Agnarsdóttur í þessu blaði. Það eru einnig fyrirlestrar og fleira framundan á vorönninni hjá okkur. Við erum með aðsetur í húsnæði Læknafélaganna í Hlíðasmára og munum á næstunni fara að koma okkur fyrir þar."

Konur hafa gefið sér tíma til að koma á fundi hjá ykkur?

„Já, það er merkilegt hve mætingin hefur verið góð. Auðvitað hafa konur mikið að gera og á fundum hjá Læknafélagi Reykjavíkur er algengt að fáar konur mæti. Þess vegna komu þessar gífurlegu undirtektir strax í upphafi okkur á óvart. Það er okkur hvatning til að halda áfram að koma félaginu á laggirnar og auka starfsemi þess."

aób

Örar breytingar kalla á endurskoðun

Áskorun um stefnumótun fyrir LÍ, Háskóla Íslands og heilbrigðisþjónustuna



Guðrún Agnarsdóttir

Höfundur er sérfræðingur í veirufræði og yfirlæknir.

Margrét drottning og 600 sumra starf

Tilefni þessarar greinar eru ýmsar athyglisverðar tölur og upplýsingar sem nýlega var aflað og komu mér á óvart en þær eru mikilvægar fyrir stefnumótun hjá Læknafélagi Íslands, Háskólanum og heilbrigðisþjónustunni.

Forsaga málsins er nokkur. Á árinu 1997 var undirritaðri boðið að halda erindi á Margaretasymposiet, ráðstefnu Félags sænskra kvenlækna í Kalmar um leiðtogahlutverk kvenna. Þær voru eins og aðrir Kalmarbúar og Svíar að fagna 600 ára afmæli Kalmarsambandsins en til þess var stofnað af Margréti drottningu Danmerkur, Noregs og Svíþjóðar 1397. Hluti af því erindi átti að fjalla um stöðu kvenlækna á Íslandi og er skemmst frá því að segja að mjög takmarkaðar tölulegar upplýsingar var að fá um hana og nær engar nýlegar. Þó mátti finna grein í Læknanemanum frá 1989 (1) og ennfremur könnun á vegum LÍ frá 1990 (2) og nýrra upplýsinga tókst að afla hjá nemenda- og starfsmannasviði Háskólans, læknadeild, Læknafélagi Íslands, Sjúkrahúsi Reykjavíkur og Landspítalanum.

Nefnd LÍ 1990-1991

Stjórn LÍ skipaði nefnd í apríl 1990 og var henni ætlað að koma með tillögur um sérstakar aðgerðir sem nauðsynlegar væru til að tryggja læknum jafnrétti til að nýta menntun sína og samfélaginu öruggt framboð læknisþjónustu. Í nefndinni voru Guðrún Agnarsdóttir sem var formaður, Guðmundur Þorgeirsson, Guðrún Hreinsdóttir, Ingibjörg Georgsdóttir og Jón Hilmar Friðriksson. Þessi nefndarskipan var liður í stefnumörkun á vegum félagsins. Nefndin gerði könnun ótengda nöfnum til að kanna hug kvenlækna til stöðu sinnar innan stéttarinnar og sendi út spurningalista til allra kvenlækna sem þá voru á skrá hjá LÍ, alls 185. Könnunin var gerð um sumartíma og fremur stuttur svarfrestur gefinn sem kann að skýra það að svör bárust einungis frá 45 konum eða 24%. Þessi svör voru síðan kynnt á aðalfundi LÍ og á sérstakri ráðstefnu um konur í læknastétt: *Fortíð-nútíð-framtíð*, en hún var haldin á vegum LÍ í Borgartúni 6, 7. mars 1991. Áhugaverðar vísbendingar fengust úr þessari könnun þó svörun væri lítil, bæði um nám og starf lækna.

Muna má tímana tvenna

Sú var tíðin, á 19. öldinni, að áhugasamar konur þurftu að smygla sér í karlgervi inn í læknaskóla, bæði í Bretlandi og Bandaríkjunum, því að þangað var konum meinaður aðgangur. Þegar ég stundaði nám í læknadeild HÍ á árunum 1961-1968 voru konur um 5% læknanema. Nú stunda fleiri konur en karlar nám í framhaldsskólum, fleiri konur en karlar

Tafla I. *Læknanemar og kandídatar í læknadeild Háskóla Íslands*.*

	Innritaðir			Brautskráðir		
Ár	Konur	Karlar	Samtals	Konur	Karlar	Samtals
1982			100	9	28	37
1983	49	84	133	14	31	46
1984	46	69	115	11	34	45
1985	36	53	89	12	38	50
1986	**40**	**38**	78	16	44	60
1987	52	61	113	12	31	44
1988	39	44	83	18	30	49
1989	37	57	94	14	24	39
1990	59	70	129	9	22	31
1991	**55**	**55**	110	13	19	33
1992	60	75	135	14	16	30
1993	**63**	**52**	115	**25**	**13**	38
1994	55	62	117	14	27	41
1995	51	75	126	8	25	33
1996	69	74	116	**21**	**19**	40
1997	**82**	**57**	139	**21**	**21**	42
1998	**90**	**65**	155	12	21	33
1999	**132**	**84**	216	14	24	38
2000	**142**	**71**	213	13	21	34

* Upplýsingar frá nemendasviði HÍ.

Tafla II. *Hlutfall kvenna og karla meðal kennara og nemenda í læknadeild Háskóla Íslands í árslok 2000*.*

	Konur (%)	Karlar (%)	Samtals n
Prófessorar		(100)	24
Dósentar	(18)	(82)	50
Lektorar	(17)	(83)	12
Nemendur	(67)	(33)	213

* Upplýsingar frá nemenda- og starfsmannasviði Háskóla Íslands. Ekki liggja fyrir fullar upplýsingar um stundakennara í læknadeild.

Tafla III. *Hlutfall kvenna og karla meðal kennara og nemenda Háskóla Íslands á árinu 1997*.*

	Konur (%)	Karlar (%)	Samtals n
Prófessorar	(7)	(93)	150
Dósentar	(20)	(80)	138
Lektorar	(47)	(57)	72
Stundakennarar	(42)	(58)	1115
Nemendur	(57)	(43)	5824

* Upplýsingar frá nemenda- og starfsmannasviði Háskóla Íslands.

innritast í háskóla og fleiri konur en karlar innritast í læknadeild.

Hér á eftir fylgja þær tölulegu upplýsingar sem mér tókst að finna hjá velviljuðu starfsfólki ýmissa stofnana og félaga haustið 1997. Þær hafa verið færðar til dagsins í dag og tala flestar sínu máli (tafla I, mynd 1).

Eins og sjá má af töflu I og mynd 1, sem sýna sömu tölur, hafa fleiri konur en karlar innritast í læknanám síðastliðin fjögur ár. Enn eru þó færri konur en karlar sem eru brautskráðar með fáum undantekningum samanber árin 1993, 1996 og 1997 þegar jafnmargar eða fleiri konur voru brautskráðar.

Þeir sem kenna í læknadeild eru að miklum meirihluta karlar enda fáar konur sem hafa kennslustöður þar eins og í Háskólanum almennt. Víst er þó að margar konur gegna stöðum stundakennara. Á árunum 1969-1999 var ein kona prófessor í læknadeild en hún hefur nú látið af störfum vegna aldurs (tafla II).

Ef litið er til Háskólans alls eru til tölur frá 1997 um svipaða þætti (tafla III).

Fjöldi lækna og breytingar á kynjahlutföllum

Alls voru 1049 læknar á Íslandi fyrri hluta ársins 2000 en af þeim voru 958 sjötíu ára eða yngri, 751 karl og 207 konur (tafla IV). Þegar litið er á þennan hóp með tilliti til aldursskiptingar sést að munurinn á fjölda karla og kvenna fer minnkandi í yngri aldurshópum.

Tafla IV. *Hlutfall karla og kvenna af læknum á Íslandi árið 2000*.*

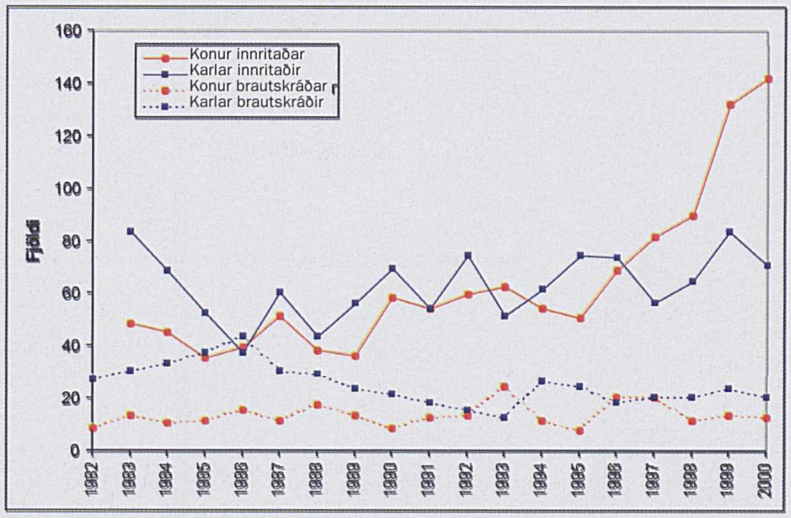
Aldur	Konur (%)	Karlar (%)	Samtals n
61-70	(6)	(94)	132
51-60	(10)	(90)	232
41-50	(21)	(79)	347
31-40	(42)	(58)	157
27-30	(40)	(60)	90
Samtals			**95**

* Upplýsingar frá LÍ.

Tafla V. *Íslenskir læknar erlendis*.*

Land	Karlar	Konur	70 ára og eldri	Alls
Finnland	1		0	1
Danmörk	9	7	1	17
Svíþjóð	114	51	11	176
Noregur	80	36	0	116
Frakkland	0	1	0	1
England	14	6	0	20
Skotland	4	2	0	6
Þýskaland	2	0	0	2
Holland	6	5	0	11
Sviss	2	2	0	4
Kanada	2	2	0	4
Bandaríkin	79	25	5	109
Eþíópía	0	0	1	1
Samtals	**313**	**137**	**18**	**468**

* Upplýsingar frá LÍ.



Mynd I. *Fjöldi innritaðra og brautskráðra karla og kvenna í læknadeild HÍ 1982-2000.*

Þó má gera ráð fyrir að mikil hreyfing sé á læknum frá 27-40 ára. Margir eru erlendis við framhaldsnám, á förum utan eða að koma heim og tölur því ónákvæmar í þeim aldurshópum.

Íslenskir læknar erlendis voru á sama tíma 468, af þeim 313 karlar og 137 konur undir sjötugu en 18 sem voru 70 ára og eldri (tafla V).

Sérgreinaval íslenskra lækna

Áhugavert er vita hvernig læknar skipast í sérgreinar og hlýtur sú vitneskja að vera mikilvæg fyrir stefnumörkun í heilbrigðisþjónustu.

Ekki hefur enn verið gerð sérstök athugun eða kyngreindur samanburður á sérgreinavali lækna á Íslandi. Doktorsritgerð Þorgerðar Einarsdóttur lektors í kynjafræði við Félagsvísindastofnun HÍ fjallar um sérgreinaval lækna í Gautaborg og breytingar á því (3). Gögnum hennar var safnað 1992 en þá voru konur þegar orðnar helmingur læknanema þar. Hún hefur einnig birt grein um ritgerð sína á íslensku *Leyndardómar læknastéttarinnar - kynbundið val lækna á sérgreinum* (4). Hlutfall kvenna í Læknafélagi Gautaborgar var 31% á árinu 1992 (28% í landinu öllu) og kynjaskiptingin milli sérgreinanna var með tilliti til kvenna: öldrunarlækningar (57%), kvenþéttarlyflækningar (54%) (eins og Þorgerður kýs að nefna ákveðnar sérgreinar innan lyflæknisfræði),

Tafla VI. *Sérgreinaval kvenna í læknastétt á Íslandi*.*

Sérgrein	Fjöldi
Heimilislækningar	23
Lyflækningar	13
Barnalækningar	11
Kvenlækningar	9
Svæfingalæknisfræði	9
Augnlækningar	7
Barna- og unglingageðlækningar	4
Geislagreining	4
Veirufræði	4
Blóðsjúkdómar	3
Húð- og kynsjúkdómalækningar	3
Orku- og endurhæfingarlækningar	3
Ónæmisfræði	3
Skurðlækningar	3
Smitsjúkdómalækningar	3
Öldrunarlækningar	3
Húðsjúkdómalækningar	2
Líffærameinafræði	2
Meinefnafræði	2
Sýklafræði	2
Taugalækningar	2
Barnalækningar fötlun	1
Blóðmeinafræði	1
Blóðónæmisfræði	1
Frumumeinafræði	1
Fæðinga- og kvenlækningar	1
Geislalækningar	1
Háls-, nef- og eyrnalækningar	1
Heyrnarfræði	1
Hjartalækningar	1
Húðmeinafræði	1
Krabbameinslækningar	1
Kvenkrabbameinslækningar	1
Meltingarlækningar	1
Mynd- og geislagreining	1
Nýburalækningar	1
Nýrnalækningar	1

* Upplýsingar frá LÍ frá árinu 2000.

Tafla VII. *Hlutfall karla og kvenna í stöðum lækna á Landspítalanum í desember 2000*.*

Starfsheiti	Konur (%)	Karlar (%)	Samtals n
Aðstoðarlæknir	(45)	(55)	31
Deildarlæknir	(41)	(49)	98
Læknir með sérmenntun	(23)	(77)	294
Yfirlæknir	(5)	(95)	66
Forstöðulæknir	(5)	(95)	22
Lækningaforstjóri	(0)	(100)	1

* Upplýsingar frá starfsmannasviði Landspítala.

heimilis- og heilsugæslulækningar (51%), kvensjúkdómalækningar (49%), geðlækningar (48%), svæfingalækningar (38%), barnalækningar (36%), karlþéttar-lyflækningar (20%), röntgen- og rannsóknastofulækningar (15%) og skurðlækningar (8%). Ekki liggja fyrir samanteknar upplýsingar um sérgreinaval lækna almennt en í töflu VI má sjá sérgreinaval kvenna í læknastétt á Íslandi. Upplýsingarnar eru frá LÍ frá árinu 2000 og miðast við sérfræðiviðurkenningar veittar á Íslandi.

Erindi sem erfiði?

Flestir læknar starfa á höfuðborgarsvæðinu. Þegar litið er til þess hvaða störfum þeir gegna á stærsta vinnustað landsins, Landspítalanum, sést að munurinn milli kynjanna er mestur í eldri aldurshópunum, í stöðum sérmenntaðra lækna, yfirlækna og forstöðulækna en minni í hópi aðstoðar- og deildarlækna eins og sést á töflu VII. Flestir eru í fullu starfi en læknar með sérmenntun eru helst í hlutastarfi.

Áskorun til framsýnna stjórnenda

Það er ljóst af þeim tölulegu upplýsingum sem hér hafa verið kynntar að svipaðar breytingar eru að verða á kynjahlutföllum í læknastétt hér á Íslandi eins og þegar hafa orðið víða í nágrannalöndum okkar. Þar hafa læknafélög og stjórnendur heilbrigðisstofnana brugðist við breytingum með ýmsum hætti til að tryggja eðlilega þróun heilbrigðisþjónustunnar og nýtingu mannaflans. Það voru lengi viðhorf þjóðfélagsins og kvenna sjálfra sem réðu því að þær fóru fáar í læknanám og enn færri leituðu eða fengu frama í starfi. Hlutverk móður og húsmóður þótti illa samrýmast jafn krefjandi starfi þannig að margar þeirra sem náðu langt kusu að vera einhleypar. Margt hefur breyst síðan þá en staðreyndin er samt sú að á sama skeiði ævinnar þegar flestir hasla sér völl og fóta sig á starfsvettvangi læknisfræðinnar eiga flestar konur börn sín. Starfsþjálfun og sérmenntun er því oft undir álagi mikillar vinnu og fjarvista frá heimili fyrir unga foreldra og veldur aukaálagi á margar konur í læknastétt.

Stjórnendur og vinnuveitendur beina nú sjónum sínum í æ ríkara mæli að mikilvægi þess að vinnandi fólk nýti krafta sína og þekkingu í jafnvægi og sátt við hlutverk sitt innan fjölskyldu. Það er í anda þeirrar stefnu og viðhorfsbreytingar að nýlega voru sett lög á Alþingi um aukinn rétt foreldra til fæðingarorlofs.

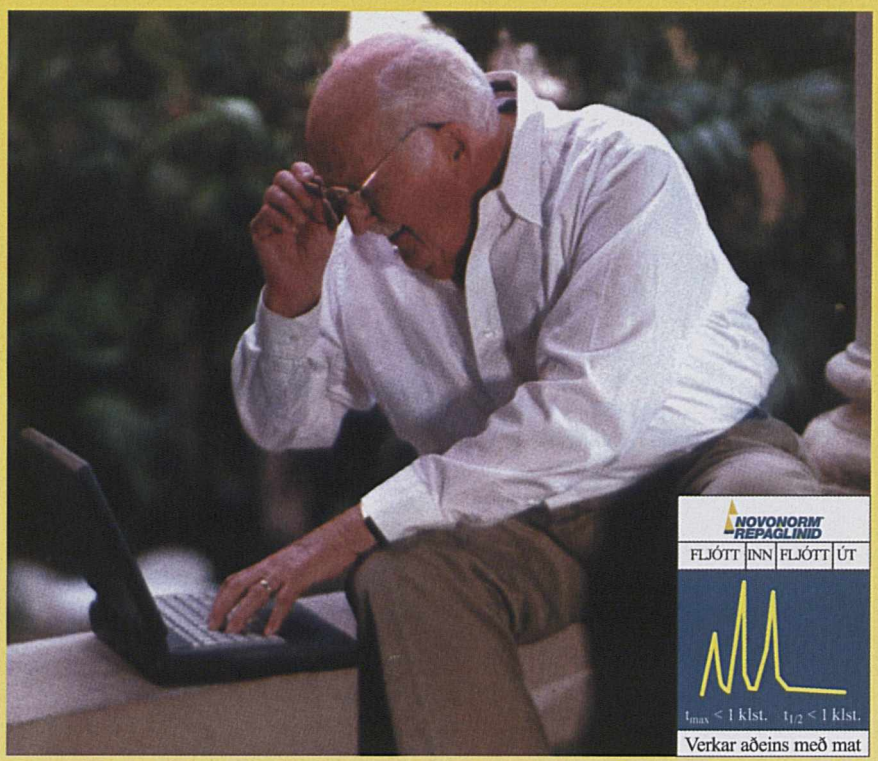
Læknafélag Íslands brást vel við á árunum 1990-1991 eins og kom fram hér að ofan og hafði í huga sérstakar aðgerðir sem nauðsynlegar væru til að tryggja læknum jafnrétti til að nýta menntun sína og samfélaginu öruggt framboð læknisþjónustu. Ekki varð beint framhald á þeirri viðleitni og síðan hefur verið stofnað sérstakt félag kvenna í læknastétt á Íslandi innan LÍ (FKLÍ) á árinu 1999. Í því eru nú um 80 félagar. Hliðstæð félög hafa verið til í áratugi á hinum Norðurlöndunum og víðar, bæði í Evrópu og Bandaríkjunum.

Því er spáð að þörf verði fyrir enn fleiri lækna í náinni framtíð en nú eru brautskráðir úr læknadeild til að sinna þeim kröfum sem gerðar eru um nútímalega heilbrigðisþjónustu. Læknar hafa lokið löngu námi og mikilvægt er að þekking þeirra nýtist samfélaginu. Þær öru breytingar sem eru að verða á nýliðun í læknastétt á Íslandi hvetja því til endurskoðunar í þeim anda sem réði viðbrögðum stjórnar LÍ í byrjun 10. áratugar síðustu aldar. Það er trú mín að framsýn stjórn LÍ muni svara þessu kalli tímans og eiga frumkvæði að stefnumörkun fyrir félagið og einnig að samstarfi um þessi mál við læknadeild og stjórnendur heilbrigðisstofnana.

Heimildir

1. Hannesdóttir H. Staða kvenna í læknastétt á Íslandi. Læknaneminn 1989; 42: 59-62.
2. Agnarsdóttir G. Ráðstefna um stöðu kvenna í læknastétt haldin 7. mars 1991 á vegum Læknafélags Íslands í Borgartúni 6. Læknablaðið/Fréttabréf lækna 1991; 9 (7): 2-4.
3. Einarsdóttir Þ. Läkaryrket i förändring. En studie av den medicinska professionens heterogenisering og könsdifferentiering [monografi nr. 63]. Göteborg: Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet; 1997.
4. Einarsdóttir Þ. Leyndardómar læknastéttarinnar - kynbundð val lækna á sérgreinum. Bryddingar. Um samfélagið sem mannanna verk. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands og Háskólaútgáfan; 2000.

Sjúklingurinn ákveður hvenær hann borðar, ekki lyfið



Nýtt lyf við sykursýki af tegund 2

NOVONORM® -REPAGLINID

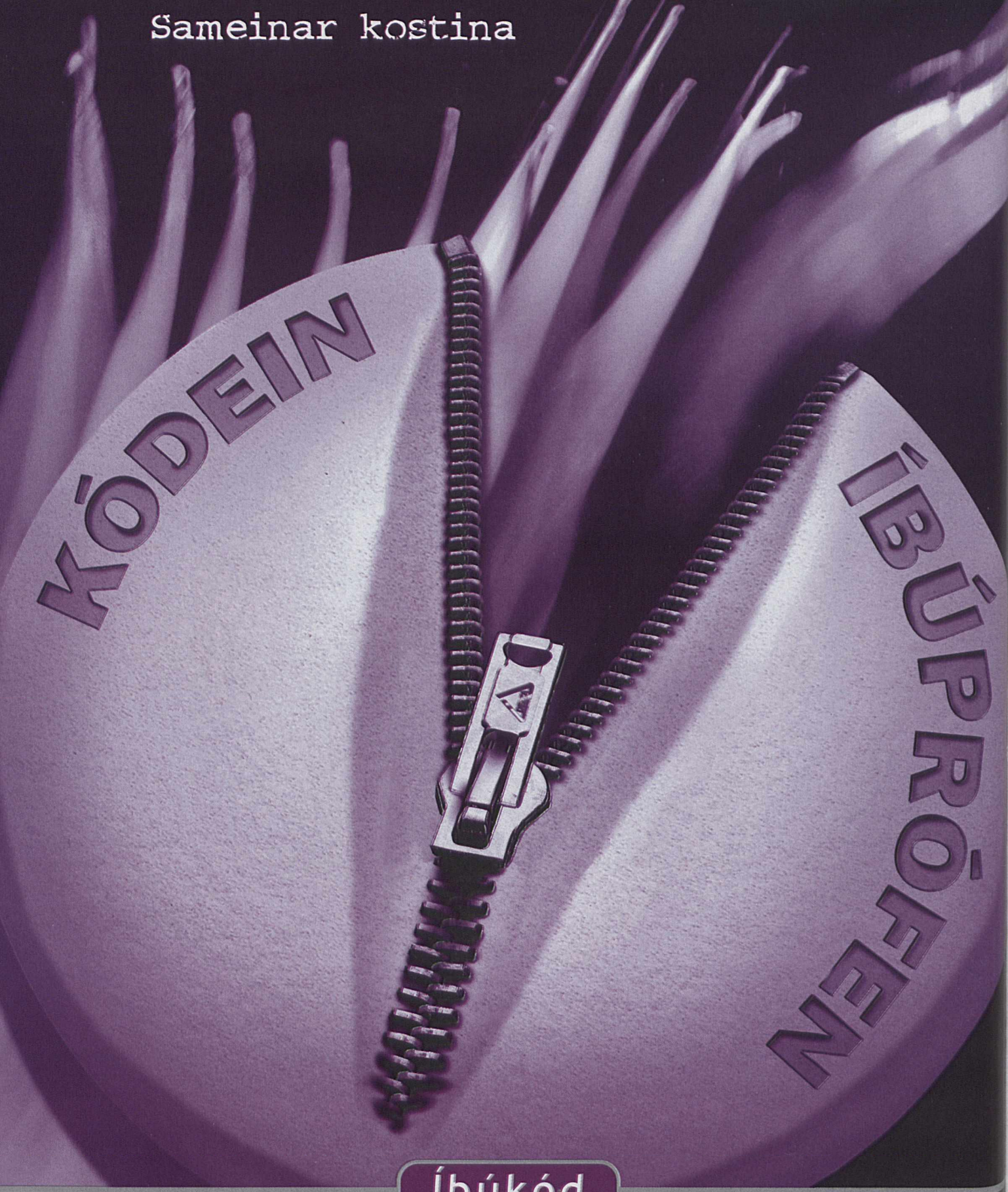
Verkar aðeins með mat

NovoNorm - Novo Nordisk
Töflur; A 10 B X 02 R * Hver tafla inniheldur: Repaglinidum INN 0,5 mg, 1 mg eða 2 mg. 1 mg og 2 mg töflurnar innihalda litarefni, gult eða rautt. Töflurnar eru hringlaga og kúptar og í þær grafið firmamerki Novo Nordisk – nautið Apis. **Ábendingar:** Repaglíníð er ætlað til meðferðar á sykursýki af týpu 2 (insúlín-óháð sykursýki) þegar ekki er lengur hægt að hafa stjórn á blóðsykri með mataræði, megrun og líkamsþjálfun. Repaglíníð er einnig hægt að nota samtímis metformíni hjá sjúklingum með týpu 2 sykursýki, þegar viðunandi blóðsykursstjórn hefur ekki náðst með metformíni einu sér. **Skammtar og lyfjagjöf:** Repaglíníð á að gefa fyrir máltíðir og stilla á skammta hvers einstaklings fyrir sig til að ná bestum árangri við stjórnun blóðsykurs. Repaglíníð á að taka inn rétt fyrir aðalmáltíðir. Upphafsskammtur: Ráðlagður upphafsskammtur er 0,5 mg. Ein til tvær vikur ættu að líða milli þess sem skömmtum er breytt (fer eftir blóðsykurssvörun). Ef verið er að skipta um sykursýkilyf til inntöku hjá sjúklingi er ráðlagður upphafsskammtur 1 mg. Viðhaldsskammtur: Hámarksskammtur, sem mælt er með að gefinn sé í einum skammti, er 4 mg, sem taka á inn í tengslum við aðalmáltíðir. Hámarksskammtur á sólarhring er 16 mg. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir repaglíníði eða einhverju hjálparefnanna í NovoNorm. Insúlínháð sykursýki; C-peptíð neikvæð. Ketónblóðsýring með dái eða án. Meðganga og brjóstagjöf. Börn yngri en 18 ára. Alvarlega skert nýrna- eða lifrarstarfsemi. Samtímis meðferð lyfja sem hafa áhrif á CYPA4. **Varnaðarorð og varúðarreglur: Almennt:** Samtímis notkun með metformíni eða insúlíni leiðir til aukinnar hættu á blóðsykursfalli. Þegar sjúklingur, sem hefur góða stjórn á blóðsykri fyrir tilstilli sykursýkilyfs til inntöku, verður fyrir álagi, til dæmis sótthita, áfalli, sýkingu eða skurðaðgerð getur blóðsykursstjórnin brugðist. Við slíkar kringumstæður getur verið nauðsynlegt að hætta notkun repaglíníðs og beita insúlínmeðferð tímabundið. **Sérstakir sjúklingahópar:** Ekki hafa verið gerðar klínískar rannsóknir á sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Ekki hafa verið gerðar rannsóknir á börnum né heldur unglingum undir 18 ára aldri og sjúklingum eldri en 75 ára. Því er ekki mælt með repaglíníð meðferð hjá þessum hópum sjúklinga. **Milliverkanir:** Eftirtalin efni geta aukið blóðsykurslækkandi áhrif repaglíníðs: MAO-hemlar, ósértækir beta-blokkar, ACE-hemlar, salisýlöt, NSAID lyf, oktreótíð, áfengi og vefaukandi sterar. Eftirtalin efni geta dregið úr blóðsykurslækkandi áhrifum repaglíníðs: Getnaðarvarnalyf til inntöku, tíazíð, barksterar, danazól, skjaldkirtilshormón og adrenvirk lyf. Beta-blokkar geta dulið einkenni blóðsykursfalls. Áfengi getur aukið og framlengt blóðsykurslækkandi verkun repaglíníðs. Engar rannsóknar hafa verið gerðar á notkun repaglíníðs hjá þunguðum konum og konum með barn á brjósti. Því er ekki hægt að leggja mat á öryggi af notkun lyfsins á meðgöngu. Repaglíníð finnst í mjólk tilraunadýra. Í ljósi þessa skal forðast notkun repaglíníðs á meðgöngu og konur með barn á brjósti eiga ekki að nota lyfið. **Aukaverkanir:** Líkt og við notkun annarra blóðsykurslækkandi lyfja geta komið fram einkenni blóðsykursfalls eftir inntöku repaglíníðs. Oftast eru þessi einkenni væg og auðvelt að meðhöndla þau með því að borða kolvetni. Í alvarlegum tilvikum getur verið nauðsynlegt að gefa glúkósu sem innrennsli í æð. Sjóntruflanir: Þekkt er að breytingar á þéttni blóðsykurs geta leitt til tímabundinna sjóntruflana, sérstaklega í upphafi meðferðar. Einungis hefur verið greint frá mjög fáum slíkum tilvikum í upphafi repaglíníðmeðferðar. Í klínískum rannsóknum hefur ekkert þessara tilvika gefið tilefni til að hætta meðferð með repaglíníði. Öpægindi frá meltingarvegi: Í klínískum rannsóknum hefur verið greint frá öþægindum frá meltingarvegi, t.d. kviðverkjum, niðurgangi, ógleði, uppköstum og hægðatregðu. Tíðni og alvarleiki þessara einkenna var í engu frábrugðið því sem þekkist við notkun annarra blóðsykurslækkandi lyfja til inntöku. Lifrarensím: Greint hefur verið frá einstaka tilvikum um aukningu á lifrarensímum í tengslum við meðferð með repaglíníði. Flest voru þau væg og tímabundin og mjög fáir sjúklingar hættu meðferðinni vegna aukningar á lifrarensímum. Ofnæmi: Ofnæmi í húð, sem lýsir sér með kláða, útbrotum og ofsakláða, getur komið fram. **Ofskömmtun:** Komi einkenni blóðsykurfalls (svimi, aukin svitamyndun, höfuðverkur ofl.) fram, þarf að bregðast við á réttan hátt til að leiðrétta of lágan blóðsykur (borða kolvetni). Alvarlegt blóðsykursfall með krömpum, meðvitundarleysi eða dái er meðhöndlað með glúkósu í bláæð. Texti styttur, frekari upplýsingar, sjá sérlyfjaskrá. **Pakkningar og verð í október 2000:** Töflur 0,5 mg: 30 stk. (þynnupakkað) kr. 1.330; 90 stk. (þynnupakkað) kr. 3.427. Töflur 1 mg: 30 stk. (þynnupakkað) kr. 1.692; 90 stk. (þynnupakkað) kr. 4.003. Töflur 2 mg: 30 stk. (þynnupakkað) kr. 1.857; 90 stk. (þynnupakkað) kr. 4.670. Texti samþykktur 4. október 2000. **Afgreiðslutilhögun og greiðslufyrirkomulag:** Lyfið er lyfseðilskylt og að fullu greitt af Tryggingastofnun. **Umboðs og dreifingaraðili:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

novo nordisk®

Novo Nordisk Scandinavia A/B

Einkaumboð á Íslandi:
Pharmaco hf.
Hörgatúni 2
Pósthólf 200
212 Garðabær
Sími 535 7000



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 síst 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

Úrskurður Siðanefndar Læknafélags Íslands

ÁRIÐ 2001, FÖSTUDAGINN 5. JANÚAR, ER Í Siðanefnd Læknafélags Íslands í máli Högna Óskarssonar gegn Boga Andersen kveðinn upp svofelldur

ÚRSKURÐUR

Mál þetta var tekið til úrskurðar að loknum munnlegum málflutningi 22. des. sl.

Kærandi er Högni Óskarsson læknir og kærði Bogi Andersen læknir.

Með bréfi til Læknafélags Íslands, dags. 18. janúar 2000, kærði Högni Óskarsson geðlæknir Boga Andersen, lyflækni og sérfræðing í innkirtla- og efnaskiptasjúkdómum, fyrir tiltekin brot á siðareglum Læknafélags Íslands.

Með kæru þessari kærði Högni í fyrsta lagi það sem Bogi Andersen sagði í viðtali í Ríkisútvarpinu 28. des. 1999, í öðru lagi endursögn fréttamanns af því sem Bogi sagði við hann í viðtalinu og í þriðja lagi vinnubrögð Boga Andersen við gerð skýrslu sem Sif Konráðsdóttir hrl. lagði fyrir Siðanefnd LÍ við umfjöllun nefndarinnar á kæru á hendur Högna Óskarssyni vegna álitsgerðar sem Högni vann að beiðni verjanda í hæstaréttarmáli nr. 286/1999.

Með bréfi til Læknafélags Íslands, dags. 1. okt. 2000, kærði Högni Óskarsson Boga Andersen fyrir tiltekin brot á siðareglum Læknafélags Íslands.

Viðbótarkæruefnin eru:

1. Högni telur að Bogi Andersen hafi með því að semja greinargerð til Siðanefndar LÍ um efni sem sé órafjarri sérsviði hans brotið V. grein siðreglna, en þar segi: „Þekkið eigin takmarkanir og hæfni annarra."

2. Bogi Andersen hafi með sömu röksemdum og að ofan brotið 2. gr. siðareglna, 2. mgr. en þar segi: „Lækni hlýðir í starfi sínu að fara sem minnst út fyrir það verksvið sem menntun hans tekur til."

3. Enn fremur telur Högni að Bogi Andersen hafi gerst brotlegur við 19. gr. siðareglna LÍ með því að villa á sér heimildir á bak við hugtakið „færir sérfræðingar" eins og standi í bréfi lögmanns kæranda í hæstaréttarmáli nr. 286/1999, þegar ekkert bendi til þess að Bogi hafi haft faglega þekkingu til að fjalla um málið á þann hátt sem eðli málsins geri kröfu um. Líta verði svo á að Boga hafi verið kunnugt um á hvern hátt lögmaðurinn hagaði kynningu á sérfræðivinnunni að baki greinargerðarinnar í fylgibréfi sínu.

Högni Óskarsson krefst þess að vegna brota þessara verði Bogi Andersen látinn sæta þeim viðurlögum sem við eiga.

Kærði, Bogi Andersen, krefst sýknu af kærum Högna Óskarssonar og að Siðanefnd LÍ úrskurði að kærandi skuli greiða kærða kostnað að mati nefndarinnar vegna reksturs málsins fyrir nefndinni.

Málavextir og gangur málsins

Undir rekstri hæstaréttarmálsins nr. 286/1999 óskaði lögmaður ákærða í því máli eftir því við Högna Óskarsson að hann skilaði álitsgerð um skýrslu þriggja sérfræðinga sem höfðu að beiðni héraðsdóms rannsakað tiltekin atriði er vörðuðu stúlkuna, sem kært hafði ákærða í framangreindu máli. Lyktir framangreinds hæstaréttarmáls voru þær að ákærði var sýknaður með dómi Hæstaréttar uppkveðnum 28. okt. 1999.

Með bréfi, dags. 15. nóv. 1999, til stjórnar LÍ óskaði Sif Konráðsdóttir hrl., lögmaður kæranda í framangreindu hæstaréttarmáli, eftir því að tiltekin atriði yrðu tekin til athugunar þar sem umbjóðandi hennar teldi Högna Óskarsson hafa gerst brotlegan við siðareglur lækna með skýrslu sinni. Undir rekstri málsins fyrir Siðanefnd LÍ lagði Sif Konráðsdóttir hrl. fram óundirritaða greinargerð sem hún mun hafa sagt stafa frá færum sérfræðingum. Lögmaðurinn neitaði að upplýsa hver eða hverjir væru höfundar greinargerðarinnar. Hinn 13. desember 1999 kvað Siðanefnd LÍ upp úrskurð vegna erindis þessa og var það niðurstaða nefndarinnar að Högni Óskarsson hefði ekki gerst brotlegur við siðareglur lækna í tengslum við gerð ofangreindrar skýrslu.

Hinn 28. desember 1999 var haft viðtal í Ríkisútvarpinu við Boga Andersen lækni. Í viðtali þessu kvaðst Bogi Andersen vera höfundur framangreindrar greinargerðar.

Með bréfi til Læknafélags Íslands, dags. 18. jan. 2000, kærði Högni Óskarsson Boga Andersen fyrir tiltekin ummæli í viðtali þessu. Í framhaldi af þessari kæru Högna Óskarssonar skrifaði Bogi Andersen stjórn LÍ bréf, dags. 29. febr. 2000, þar sem hann varpaði fram þeirri spurningu hvort ekki sé eðlilegt að siðanefndarmennirnir Allan Vagn Magnússon, Ásgeir B. Ellertsson og Runólfur Pálsson, víki úr Siðanefnd í máli þessu. Siðanefnd kvað upp úrskurð 28. apríl 2000 þar sem úrskurðað var að aðalmenn í Siðanefnd LÍ víki ekki sæti við meðferð á kæru Högna Óskarssonar á hendur Boga Andersen. Úrskurði þessum skaut Bogi Andersen til Gerðardóms LÍ með kæru, dags. 10. maí 2000. Gerðardómur LÍ kvað upp úrskurð 18. júlí 2000 þar sem úrskurðað var að aðalmenn í Siðanefnd LÍ skuli víkja sæti þegar nefndin fjallar um kæru Högna Óskarssonar á hendur Boga Andersen. Samkvæmt bréfi LÍ, dags. 28. ágúst

Í viðauka við lög Læknafélags Íslands segir um Siðanefnd LÍ að forsendur og úrskurðarorð skuli birta í Læknablaðinu samkvæmt ákvörðun Siðanefndar.
(Viðauki B, 20. gr.) Nefndin telur að birta beri forsendur og úrskurðarorð í málinu.

2000, til dómstjóra Héraðsdóms Reykjavíkur taldi varaformaður Siðanefndar LÍ sig vanhæfan til meðferðar málsins og var þess óskað að dómstjóri tilnefndi ad hoc formann í Siðanefnd LÍ til meðferðar máls Högna Óskarssonar gegn Boga Andersen. Með bréfi dómstjóra Héraðsdóms Reykjavíkur, dags. 4. sept. 2000, var Auður Þorbergsdóttir héraðsdómari tilefnd sem formaður nefndarinnar til þess að fara með framangreint mál. Hinn 20. sept. 2000 barst formanni kæra Högna Óskarssonar, dags. 18. jan. 2000, og bréf Boga Andersen, dags. 29. febr. 2000. Hinn 3. okt. 2000 afhenti lögmaður Boga Andersen, Dögg Pálsdóttir hrl., formanni bréf Boga Andersen, dags. 11. sept. 2000. Sama dag barst formanni viðbótarkæra frá Högna Óskarssyni, dags. 1. okt. 2000.

Hinn 5. okt. 2000 komu saman á fund í Siðanefnd LÍ læknarnir Ásgeir Böðvarsson og Haukur S. Magnússon og Auður Þorbergsdóttir héraðsdómari. Nefndin ákvað að skrifa Högna Óskarssyni og óska eftir viðbrögðum hans við framangreindu bréfi Boga Andersen, dags. 11. sept. 2000. Jafnframt var ákveðið að skrifa lögmanni Boga Andersen bréf og senda honum ljósrit af viðbótarkæru Högna Óskarssonar. Ákveðið var að nefndin kæmi saman þegar viðbrögð hefðu borist við bréfum þessum.

Miðvikudaginn 22. nóvember 2000 komu ofangreindir nefndarmenn saman á fund. Þar upplýsti Ásgeir Böðvarsson að hann væri í stjórn Læknafélags Norðausturlands, en skv. gr. 6.4 í viðauka við lög LÍ í kafla B um Siðanefnd LÍ mega aðalmenn og varamenn í Siðanefnd hvorki eiga sæti í stjórn LÍ né í stjórn svæðafélags. Vegna þessa var stjórn Læknafélags Íslands skrifað og þess óskað að nýr maður yrði skipaður sem varamaður í nefndina. Með bréfi stjórnar LÍ, dags. 7. des. 2000, var tilkynnt að Stefán B. Matthíasson læknir, sem er varamaður í Siðanefnd LÍ, kæmi til starfa í nefndinni í stað Ásgeirs Böðvarssonar læknis.

Þriðjudaginn 12. des. 2000 komu svo saman á fund í Siðanefndinni þau Haukur S. Magnússon, Stefán B. Matthíasson og Auður Þorbergsdóttir. Á fundinum var ákveðið að senda Högna Óskarssyni ljósrit af bréfi Boga Andersen, dags. 19. okt. 2000, þar sem Bogi óskar eftir svörum frá Högna Óskarssyni varðandi ýmis atriði í viðbótarkæru Högna og óska eftir viðbrögðum Högna. Jafnframt var ákveðið að óska eftir því við Högna að hann legði fram endurrit í heild sinni af þeirri fjölmiðlaumfjöllun sem vísað er til í kæru hans þannig að fram komi allt viðtalið við Boga Andersen frá 28. des. 1999 og það sem fréttamaður hafði eftir Boga. Fyrir nefndinni lá jafnframt bréf Daggar Pálsdóttur hrl., umboðsmanns Boga Andersen, dags. 30. okt. 2000, þar sem þess var óskað að Siðanefnd færi fram á það við Högna Óskarsson að hann svaraði bréfi Boga Andersen, dags. 19. okt. 2000. Jafnframt var þess óskað að Siðanefnd færi fram á það við Högna Óskarsson að hann legði fram tiltekin gögn.

Á fundinum var ákveðið að skrifa Dögg Pálsdóttur og tilkynna hvaða gögnum var óskað eftir frá Högna. Næsti fundur var ákveðinn 20. des. sl. til þess að gefa þeim Högna Óskarssyni og Dögg Pálsdóttur kost á að mæta með þau gögn sem aðilar vildu leggja fyrir nefndina. Þau Högni Óskarsson og Dögg Pálsdóttir mættu á fund hjá nefndinni 20. des. sl. Leitað var sátta án árangurs. Dögg Pálsdóttir lagði fram greinargerð Boga Andersen, aðilaskýrslu, bréf, dags. 15. des. sl. og tölvubréf Högna Óskarssonar, dags. 19. des. sl. Högni Óskarsson lagði fram kafla úr greinargerð sem lögð var fyrir settan landlækni í kærumáli Sifjar Konráðsdóttur hrl., f.h. X.

Málinu var frestað til munnlegs málflutnings til föstudagsins 22. des. sl.

Föstudaginn 22. des. sl. mættu þau Högni Óskarsson og Dögg Pálsdóttir á fund hjá nefndinni. Dögg lagði fram svar Boga Andersen við greinargerð sem Högni lagði fyrir settan landlækni. Síðan fór fram munnlegur málflutningur og málið tekið til úrskurðar.

Málsástæður og rökstuðningur kæranda

Kærandi telur, að í viðtali sínu í fréttatíma Ríkisútvarpsins þann 28. desember sl. hafi Bogi Andersen brotið þau ákvæði Codex Ethicus, sem á eftir fara. Vitnað er í ákvæðin eftir því sem kærandi telur við eiga í lok hvers kæruatriðis. Ákvæði Codex Ethicus sem kærandi telur skipta máli í þessari kæru eru:

Meginreglur.

- II. Virðið læknisstarfið og sýnið ábyrgð.
- V. Þekkið eigin takmarkanir og hæfni annarra.
- VII. Virðið hefðir stéttarinnar.

Almenn ákvæði.

- 1. gr., 3. málsgrein. Læknir skal rækja starf sitt án manngreinarálits, af vandvirkni og samviskusemi.
- 2. gr., 2. mgr. Lækni hlýðir í starfi sínu að fara sem minnst út fyrir það verksvið sem menntun hans tekur til.
- 16. gr. Læknir skal tryggja þegar fjölmiðlar leita til hans að ekki sé annað eftir honum haft en það, sem hann telur sér samboðið að efni og formi.

Ákvæði um samskipti lækna.

- 29. gr. Lækni er skylt að auðsýna öðrum læknum drengskap og háttvísi jafnt í viðtali sem umtali, ráðum sem gerðum og hann skal forðast að kasta rýrð á þekkingu eða störf annarra lækna.

Lækni er ósæmandi að eiga þátt í eða stuðla að ráðstöfunum, sem geti leitt til skerðingar á atvinnuöryggi annars læknis. Telji læknir að ástæða sé til íhlutunar vegna brots á siðareglum þessum eða vanhæfni læknis í starfi skal hann snúa sér til landlæknis og stjórnar viðkomandi svæðafélags Læknafélags Íslands.

A. Bein ræða Boga.

1. Í viðtalinu í Ríkisútvarpinu þann 28. desember sl. og frétt á undan segir Bogi:

„... og þessi fullyrðing Högna að stúlkan sé ekki haldin heilkenninu áfallastreita er greinilega rangfæring, það eru engin gögn til í málinu sem leyfðu honum að komast að svo víðtækri ályktun".

Hér haldi Bogi Andersen því fram að kærandi hafi framkvæmt sjúkdómsgreiningu á stúlkunni og að kærandi hafi framkvæmt það læknisverk á algjörlega ófaglegum forsendum. Hið rétta sé og sé það staðfest í úrskurði Siðanefndar þann 13. desember sl. að kærandi hafi ekki sjúkdómsgreint stúlkuna, heldur einungis fjallað um hvað mætti lesa út úr skýrslu sérfræðinga fyrir héraðsdómi.

Með þessu telur kærandi Boga Andersen hafa brotið meginreglu II, 1. gr., 3. mgr. sem geri kröfu um vandvirkni og samviskusemi og 29. gr., 1. mgr.

2. Í svari Boga við frásögn fréttamanns um umfjöllun kæranda um geymd minninga og tilvísan í ákveðna yfirlitsgrein segi Bogi:

„Nú þetta er afskaplega lymskulega gert hjá Högna vegna þess að sú grein fjallar um allt annað fyrirbæri, það er að segja svokallaðar endurvaktar minningar, það er að segja það á við eldra, eldri einstaklinga sem að oftast hafa verið í geðlæknismeðferð og fara allt í einu að muna eftir kynferðislegri misnotkun. Og það hefur verið dregið í efa að þessar minningar séu réttar. Hins vegar á það alls ekki við í þessu tilfelli því að stúlkan hafði aldrei gleymt neinu."

Og Bogi haldi áfram: „Þannig að það má segja það að Högni hafi þarna á ákveðinn hátt blekkt Hæstarétt því að það er ekki neinn fræðilegur grunnur fyrir að efast um vitnisburð stúlkunnar á þennan hátt, ekki meir heldur en maður mundi þá efast um minni Hæstaréttardómara."

Staðhæfing Boga Andersen um að „...þetta er afskaplega lymskulega gert hjá Högna" byggist á falskri tilvitnun í umrædda grein (British Journal of Psychiatry, Vol. 72 (sic), 1998; Recovered Memories of Childhood Sexual Abuse. Brandon et al.). Rétt sé, að greinin fjalli um vinnu nefndar á vegum breska geðlæknafélagsins (Royal Collega of Psychiatrists) um endurvaktar minningar (recovered memories). Vinnu nefndarinnar sé skipt í sex kafla og heiti fyrsti kaflinn „The Psycholgy of Memory". Í þeim kafla sé fjallað um eðli minnis, flokkun minninga, ýmislegt sem hafi áhrif á geymd minninga, s.s. áföll, svo fátt eitt sé talið. Boga hljóti að vera ljóst af lestri álitsgerðar kæranda og af lestri þessarar greinar, sem hann sjálfur vitni í, í sinni greinargerð, að tilvitnunin í ofangreinda grein sé í þennan kafla greinarinnar. Hann kjósi að líta fram hjá þessu og ásaka kæranda um að styðjast við allt aðra kafla í ofangreindri grein, að vera faglega óheiðarlegur, og það sem meira er, að beita læknisþekkingu til að blekkja Hæstarétt.

Með þessu hafi Bogi Andersen brotið meginreglu V, 1. gr., 3. mgr., 2. gr., 2. mgr., 16. gr. og 29. gr., 1. mgr.

3. Eftir að fréttamaður hefur vitnað í umfjöllun Boga Andersen, þann þátt álitsgerðar kæranda sem víkur að gægjuhneigð, þá les fréttamaður: „Bogi segir enn fremur að staðhæfingar Högna um að gægjuhneigð föðurins dragi úr líkum á því að hann geti verið sekur um aðra kynferðislega hegðun sé röng."

Segir Bogi síðan sjálfur: „Já ég get ekki dregið neina aðra ályktun en að þetta sé vísvitandi vegna þess að ég held jafnvel að almenningur geri sér grein fyrir því að einstaklingar með gægjuhneigð geta framkvæmt önnur kynferðisafbrot."

Kærandi telur að hér sé um þríþætt brot að ræða hjá Boga Andersen. Í fyrsta lagi staðhæfi kærandi ekkert um þetta mál í álitsgerðinni, heldur sé vitnað í ummæli Valgerðar Baldursdóttur læknis, sem sé einn sérfræðinganna sem gerði skýrslu um kæranda fyrir héraðsdóm, þar sem hún hafi talið Ásgeir Karlsson geðlækni fara með rangt mál hvað varðar gægjuhneigð. Kærandi hafi einungis vitnað í tvær nýlegar útgáfur kennslubóka um þetta efni, sem hafi stutt skoðun Ásgeirs Karlssonar.

Í öðru lagi setji Bogi Andersen fram þá skoðun að kærandi hafi beitt faglegri þekkingu sinni til að blekkja, og þá væntanlega Hæstarétt. Ekkert í álitsgerð kæranda styðji þessa skoðun Boga Andersen.

Í þriðja lagi geri Bogi Andersen lítið úr fagþekkingu kæranda með því að segja „vegna þess að ég held jafnvel að almenningur geri sér grein fyrir því að einstaklingar með gægjuhneigð geta framkvæmt önnur kynferðisafbrot". Í álitsgerð undirritaðs segir hvergi að einstaklingar með gægjuhneigð geti ekki framkvæmt önnur kynferðisafbrot. Hér sé því um beina fölsun að ræða sem Bogi Andersen noti sér síðan í mjög niðrandi tilgangi.

Með þessu hafi Bogi Andersen brotið meginreglu V, 1. gr., 3. mgr., 2. gr., 2. mgr., 16. gr. og 29. gr., 1. mgr.

4. Bogi staðhæfi í lok viðtalsins: „Þannig að það er engin spurning að þessi skýrsla Högna hún er.. verður þess valdandi að hún rýrir það traust sem hefur verið milli dómsyfirvalda og lækna." Þessa niðurstöðu sína byggi Bogi Andersen væntanlega á því sem hann sagði á undan eða var haft eftir honum. Staðhæfingar hans um faglega vinnu kæranda séu byggðar á röngum tilvitnunum eða jafnvel búnum til af honum sjálfum. Hér sé því um að ræða aðför Boga Andersen að starfsheiðri kæranda og tilraun til að eyðileggja þann þátt í starfsvettvangi kæranda þar sem séu ýmis verkefni fyrir dómstóla og lögregluyfirvöld.

Með þessu hafi Bogi Andersen brotið 29. gr., 2. mgr.

B. Tilvitnanir fréttamanns í viðtali hans við Boga.

Þar sem Bogi hafi ekki komið á framfæri leiðréttingum á því, sem fréttamaður hafði eftir honum við gerð fréttarinnar og fréttaspegils, þá megi líta svo

á að fréttamaður hafi haft það rétt eftir Boga sem þar kemur fram.

1. Fréttamaður hefur eftir Boga Andersen: „Hann segir megintilgang skýrslu Högna vera að draga úr trúverðugleika stúlkunnar. Hann gerir það meðal annars með því að gefa í skyn að minningar fólks tengdar neikvæðri reynslu hefðu tilhneigingu til að breytast." Fyrri setning tilvitnunar sé í hróplegu ósamræmi við það sem standi í þeim þætti álitsgerðar kæranda, sem hann sé að vitna í. Þar segi kærandi á bls. 5:

„Undirritaður er ekki með skrifum þessa kafla að kasta rýrð á framburð ... og hennar erfiðu stöðu, heldur aðeins að vekja athygli á þeim vanda sem kemur upp við það að meta áreiðanleika upprifjana á tilfinningalega erfiðum atburðum, þegar staðfesting annarra liggur ekki fyrir."

Enginn vafi sé á því, enda megi styðja það fleiri tilvitnunum í vísindagreinar, að minningar fólks hafi tilhneigingu til að breytast með tímanum, og sé í engu hægt að nota þessa tilvitnun í álitsgerð kæranda til að staðhæfa að megintilgangur álitsgerðar kæranda hafi verið að draga úr trúverðugleika stúlkunnar.

Þessi aðferð Boga Andersen, að draga ályktanir um vinnu kæranda sem séu í algjöru ósamræmi við það sem segi í álitsgerðinni sjálfri, sem hann noti síðan til að ófrægja kæranda, hljóti að teljast ósæmileg.

Með þessu hafi Bogi Andersen brotið 16. og 29. gr., l. mgr.

2. Fréttamaður vitnar í tengsl alvarleika kynferðislegra afbrota gagnvart börnum og alvarleika afleiðinga. Bogi segir það vissulega rétt að tengsl séu þarna á milli, en að engar niðurstöður í þessum vísindagreinum, sem Högni vitni til, styðji niðurstöður Högna og að hann hafi hreinlega skáldað vísindalega þekkingu í þessu tilfelli.

Staðhæfing Boga um að kærandi „hafi hreinlega skáldað vísindalega þekkingu í þessu tilfelli" sé ekki byggð neinum rökum. Þegar álitsgerð kæranda sé skoðuð komi í ljós að þar sem vitnað var til vísindagreina hafi verið fjallað um líkur á að finna alvarlegar afleiðingar eða gefnar upp prósentutölur. Ekkert hafi verið fullyrt í niðurstöðum, en eins og fram hafi komið þá hafi kærandi gefið tvo mögulega valkosti, annan þann að minningar stúlkunnar hefðu umbreyst í áranna rás og tekið á sig dekkri mynd, eða þá að stúlkan hefði rétt fyrir sér í ákæruatriðunum, og að hún hefði þolað valdbeitinguna án þess að bíða þannig tjón af að það greindist við geðrannsóknina. Bogi Andersen gjörþekki álitsgerð og niðurstöður kæranda en kjósi engu að síður að saka kæranda um að beita falsrökum (skáldaðri vísindaþekkingu).

Með þessu hafi Bogi Andersen brotið meginreglu V, 1. gr., 3. mgr., 2. gr., 2. mgr., 16. gr. og 29. gr., 1. mgr.

3. Að lokum greini Bogi Andersen rangt frá forsendum niðurstöðu Siðanefndar þegar hann segir, í endursögn fréttamanns, að „..Högni hafi bæði verið læknir ákærða og aðstoðað hann við málsvörn hans, og það hafi verið skylda hans að láta það koma fram í skýrslunni en Högni lét það ógert. Siðanefnd Læknafélagsins sýknaði Högna fyrr í mánuðnum af því að hafa brotið siðareglur félagsins og segir Bogi að það sé fordæmisgefandi að Högni komist upp með þessi vinnubrögð."

Bogi: „Já auðvitað er það fordæmisgefandi. Það þýðir það að Siðanefnd Læknafélags Íslands hefur í raun og veru gefið úrskurð um það að íslenskir læknar þurfi ekki að geta um hagsmunaárekstra þegar þeir gefa skýrslur, meðal annars fyrir Hæstarétti Íslands." Gefi Bogi í skyn með þessu að kærandi hafi vísvitandi falið meðferðartengsl við ákærða fyrir Hæstarétti og að Siðanefnd hafi ekki talið það athugavert.

Bogi Andersen líti fram hjá þeirri staðreynd, sem Siðanefnd hafi tekið tillit til í úrskurði sínum, að öllum aðilum málsins hafi verið kunnugt um meðferðartengsl kæranda og kærða í framangreindu hæstaréttarmáli. Með þessu væni hann kæranda um óheiðarleg vinnubrögð um leið og hann vegi að Siðanefnd Læknafélags Íslands með ósæmilegum hætti.

Með þessu hafi Bogi Andersen brotið 16. gr. og 29. gr., 1. mgr.

C. Óundirrituð greinargerð, lögð fyrir Siðanefnd þann 1. desember 1999.

● Í kæru á hendur kæranda hafi Sif Konráðsdóttir hrl. lagt fram 25 blaðsíðna greinargerð þann 1. desember 1999 til stuðnings kærunni. Hafi hún getið þess í fylgibréfi að kærandi hefði fengið færa sérfræðinga til að fara yfir álitsgerð kæranda „til að sýna fram á brot læknisins". Greinargerðin, sem hafi m.a. einkennst af illa ígrunduðum staðhæfingum, röngum tilvitnunum í texta kæranda og niðrandi ummælum um kæranda hafi verið óundirrituð. Kærandi kveðst hafa farið fram á það við formann Siðanefndar í bréfi þann 6. desember að lögmaðurinn skýrði frá því hver höfundur greinargerðarinnar væri til að ganga mætti úr skugga um að um „færa sérfræðinga" væri að ræða. Samkvæmt upplýsingum formanns hafi lögmaðurinn neitað þessari beiðni. Siðanefnd hafi því orðið að fella úrskurð sinn án þess að vita hver höfundur væri. Bogi Andersen hafi síðan gefið sig fram sem höfundur greinargerðarinnar í Ríkisútvarpinu þann 28. desember og við stjórn Læknafélags Íslands seinna þann sama dag.

Á þennan hátt hafi Bogi Andersen ráðist með ærumeiðandi hætti á kæranda, kollega sinn, án þess að gerlegt væri að koma efnislegum vörnum við í umfjöllun Siðanefndar. Það sé bæði skylda lækna, hefð og almenn háttvísi að menn auðkenni sérfræðilega greinargerðir með nöfnum höfunda(r).

Með þessu hafi Bogi Andersen brotið meginreglu VII og 29. gr., 1. mgr.

Viðbótarkæra kæranda er m.a. rökstudd með því

að lögmaðurinn, Sif Konráðsdóttir hrl., hafi getið þess að hún hafi fengið færa sérfræðinga til að yfirfara álit læknisins. Greinargerðin hafi verið óundirrituð og lögmaðurinn neitað að láta uppi hverjir hinir „færu sérfræðingar" væru. Tilurð málsins tengist mjög sérhæfðu sviði innan geðlæknisfræði sem ekki sé einu sinni á færi almennra geðlækna að fjalla um fyrir rétti án sérstaks undirbúnings. Nokkrum vikum seinna hafi kærði gefið sig fram sem höfundur greinargerðarinnar.

Greinargerð kærða um álitsgerð kæranda var að áliti kæranda ekki fyrst og fremst fagleg gagnrýni á efnisatriði álitsgerðar kæranda heldur persónuleg og rætin. Með því að undirrita ekki greinargerðina og svo með því að lögmaðurinn hafi neitað að gefa upp höfund hennar hafi kærði og lögmaðurinn falið þá augljósu staðreynd að það hafi ekki verið „færir sérfræðingar" sem fóru yfir álitsgerð kæranda heldur læknir sem hafi enga sannanlega faglega þekkingu til að fjalla um það sérhæfða svið sem málið snerist um. Í ritinu Læknar á Íslandi, útg. árið 2000, séu upplýsingar um kærða og þar komi í ljós að kærði hafi verið virkur vísindamaður á sviði sameindaerfðafræði en hvergi komi fram að hann hafi öðlast sérstaka þjálfun á sviði almennra geðlækninga og enn síður á því þrönga sérsviði sem greinargerð hans fjalli um.

Kærandi telur að kærði hafi með því að semja greinargerð til Siðanefndar LÍ um efni sem sé órafjarri sérsviði hans, brotið V. meginreglu siðareglna, en þar segi: „Þekkið eigin takmarkanir og hæfni annarra."

Kærði hafi með sömu röksemdum og að ofan brotið 2. gr. siðareglna 2. mgr., en þar segi: „Lækni hlýðir í starfi sínu að fara sem minnst út fyrir það verksvið sem menntun hans tekur til."

Enn fremur hafi kærði gerst brotlegur við 19. gr. siðareglna LÍ með því að villa á sér heimildir á bak við hugtakið „færir sérfræðingar" eins og standi í bréfi lögmanns kæranda, þegar ekkert bendi til þess að kærði hafi haft faglega þekkingu til að fjalla um málið á þann hátt sem eðli málsins geri kröfu um. Líta verði svo á að kærða hafi verið kunnugt um á hvern hátt lögmaðurinn hagaði kynningu á sérfræðivinnunni að baki greinargerðarinnar í fylgibréfi sínu.

Málsástæður og rökstuðningur kærða

Af hálfu kærða er því haldið fram að síðan siðareglum LÍ var síðast breytt 1992 hafi orðið miklar breytingar á lagaákvæðum um tjáningarfrelsi. Árið 1995 hafi tjáningarfrelsisákvæði stjórnarskrárinnar nr. 33/1944 verið rýmkuð verulega, sbr. lög nr. 97/1995. Samkvæmt 1. mgr. 73. gr. stjórnarskrárinnar séu allir frjálsir skoðana sinna og sannfæringar. Samkvæmt 2. mgr. sömu greinar eigi hver maður rétt á að láta í ljós hugsanir sínar en ábyrgjast verði hann þær fyrir dómi. Samkvæmt 3. mgr. sömu greinar megi eingöngu setja tjáningarfrelsinu skorður með lögum í þágu allsherjarreglu eða öryggis ríkisins, til verndar heilsu eða siðgæði manna eða vegna réttinda eða mannorðs annarra enda teljist þær nauðsynlegar og samrýmist lýðræðishefðum. Ári fyrr með lögum nr. 62/1994 um mannréttindasáttmála hafi ákvæði mannréttindasáttmálans verið lögfest hér á landi. Ákvæði 10. gr. sáttmálans um tjáningarfrelsi séu sambærileg ákvæðum 73. gr. stjórnarskrárinnar. Ákvæði siðareglna LÍ verði því að túlka í ljósi nýrri lagaákvæða um tjáningarfrelsi og vert sé að minnast þess að siðareglur gangi aldrei framar en lagareglur.

Kærði telur að þegar hin kærðu ummæli séu skoðuð í ljósi 73. gr. stjórnarskrárinnar og þeirra lögfestu takmarkana á tjáningarfrelsinu sem leiði af XXV. kafla almennra hegningarlaga, beri að sýkna hann af kröfum kæranda. Allar takmarkanir á tjáningarfrelsinu beri nú að skýra þröngt og verði að víkja nema sýnt sé fram á í hverju tilviki að beiting takmörkunar hafi verið nauðsynleg í lýðræðisþjóðfélagi. Ákvæði siðareglna LÍ er varða takmarkanir á tjáningarfrelsi lækna verði ekki skýrð rýmra en 73. gr. stjórnarskrárinnar, sbr. og 10. gr. laga um mannréttindasáttmála Evrópu. Annað væri skýlaust brot á lögvernduðum rétti lækna sem annarra borgara til tjáningarfrelsis.

Samkvæmt 73. gr. stjórnarskrárinnar og 10. gr. laga um mannréttindasáttmála Evrópu verði skoðanafrelsi ekki settar skorður með lögum. Í skoðanafrelsi felist einnig réttur til að koma skoðunum sínum opinberlega á framfæri. Skoðanafrelsinu tilheyri einnig svonefndir gildisdómar sem felldir séu um menn og málefni og séu ályktanir sem dregnar séu af tilteknum staðreyndum og séu skoðun og mat þess sem gildisdóminn fellir og verði hvorki sannaðar né afsannaðar að neinu marki. Sum þeirra ummæla sem kærandi kæri fyrir séu dæmigerðir gildisdómar sem öllum í réttarríki sé sér að vítalausu heimilt að láta opinberlega í ljós og geti með engu móti varðað við siðareglur LÍ. Um sé að ræða skoðanir kærða á tilteknum gögnum í tilteknu sakamáli og ályktanir hans um þessi gögn sem hann hafi dregið eftir vandlega yfirferð gagnanna og sjálfstæða vinnu við fræðiheimildir.

Kæran beri með sér að kærandi telji kærða ekki mega láta opinberlega í ljós skoðun sína á álitsgerð kæranda þar sem kærði sé ekki fagmaður á sérsviði kæranda og geti því ekki dæmt um vinnubrögð hans. Kærurnar virðist því öðrum þræði byggjast á því að kærði hafi ekki haft faglegar forsendur til að hafa skoðun á álitsgerð kæranda. Þessi málsástæða kæranda standist ekki ákvæði um tjáningar- og skoðanafrelsi. Kærði telur sig hafa fullan rétt á því að hafa þá skoðun sem hann kýs á álitsgerð kæranda og til að tjá sig um þá skoðun opinberlega. Til þess þurfi hann ekki faglegar forsendur enda sé tjáningarfrelsið ekki bundið við neinar slíkar forsendur. Eigi það jafnt við

um gildisdóma sem aðrar skoðanir. Kærandi eins og aðrir íbúar samfélagsins verði að una þessu. Af hálfu kærða er tekið fram að baki ummæla kærða hafi legið faglegar forsendur þar sem kærði hafi kynnt sér ítarlega fræðigreinar um efnið og byggt athugasemdir sínar, ummæli og skoðanir á þeim.

Einstaklingar sem taka að sér sérfræðistörf fyrir aðila í dómsmálum verði að þola opinbera umfjöllun um sérfræðistörf sín, ekki síst ef niðurstaða dómsins verður umdeild. Einstaklingar sem taka að sér sérfræðistörf af þessu tagi verði því að þola opinbera umfjöllun jafnvel þó hún virðist óvægin gagnvart þeim einstaklingum sem þar eiga í hlut enda sé þess ætíð gætt í umræðunni að umfjöllunin og gagnrýnin séu málefnalegar. Kærði telur alla umfjöllun sína um álitsgerð kæranda uppfylla þessi skilyrði því hún hafi verið málefnaleg og vel innan þeirra marka sem lagaákvæði um tjáningar- og skoðanafrelsi skapi honum.

Kærandi hafi sjálfur farið mjög óvægum orðum um saksóknara og lögmanninn, Sif Konráðsdóttur hrl., í fjölmiðlum. Áður en kærði kom fram opinberlega hafi kærandi komið margoft fram í fjölmiðlum og lýst yfir áhuga sínum á að taka þátt í þeirri þjóðfélagsumræðu sem var í gangi í kjölfar dóms Hæstaréttar. Þannig hafi kærandi nýtt sér tjáningarfrelsi sitt til að gagnrýna opinberlega kæru stúlkunnar á hendur honum til Siðanefndar LÍ með fullyrðingum um að forsendur kærunnar væru rangar og atriði í málflutningi stúlkunnar væru ekki rétt. Þegar einstaklingur taki til máls á opinberum vettvangi megi hann alltaf búast við að honum verði svarað. Ef andsvör séu málefnaleg sé með engum hætti hægt að amast við þeim. Daginn eftir útvarpsviðtalið við kærða hafi verið viðtal við kæranda á sama vettvangi þar sem hann hafi fengið rúman tíma til andsvara. Það samræmist hvorki stjórnarskrá Íslands né mannréttindasáttmálanum að læknar, sem taka þátt í þjóðfélagsumræðu eins og kærandi hafi gert í þessu máli, hafi rétt fram yfir aðra íbúa landsins til að koma í veg fyrir andsvör í sömu umræðu.

Nýlegir hæstaréttardómar renni stoðum undir að allar tálmanir á tjáningar- og skoðanafrelsi beri að túlka mjög þröngt. Í þessu sambandi er bent á mál nr. 337/1998 og mál nr. 272/2000.

Varðandi einstök kæruatriði er af hálfu kærða m.a. tekið fram eftirfarandi:

Kæruatriði A.1.

Kærandi segi orðrétt í álitsgerð sinni: *Svar mitt við spurningum Jóns Steinars Gunnlaugssonar hrl. er að kærandi er ekki haldinn heilkenninu áfallastreita.* Orðalag kæranda í álitsgerðinni sé ekki unnt að skilja öðru vísi en svo að hans sérfræðilega skoðun, sem hann hafi byggt á fyrirliggjandi gögnum, væri sú að stúlkan væri ekki haldin heilkenninu áfallastreitu. Af orðalaginu verði ekki annað ráðið en að með því sé kærandi að lýsa skoðun á því hver sjúkdómsgreining stúlkunnar sé eða sé ekki. Fyrir liggi að kærði sé ekki einn um að hafa skilið orðalag álitsgerðar kæranda með þessum hætti. Í dómi Hæstaréttar segi: *Í álitsgerð Högna Óskarssonar geðlæknis frá 7. október 1999 kemur meðal annars fram sú skoðun, að kærandi sé ekki haldin heilkenninu áfallastreitu, eins og fram hafi komið í fyrri sérfræðigögnum.* Í þessu sambandi er lögð á það áhersla að kærandi hafi rangfært staðreyndir úr sérfræðiskýrslu annars sérfræðings varðandi áfallastreitu.

Í inngangi að skýrslu sinni segi kærandi að hann hafi verið spurður álits á: „.....hvort kærandi, X, sé haldin heilkenninu áfallastreita eins og staðhæft sé í skýrslu Jóns Fr. Sigurðssonar sálfræðings". Skoðun á gögnum málsins leiði í ljós að hvorki Jón né aðrir sérfræðingar hafi haldið því fram að stúlkan hefði heilkennið áfallastreita, aðeins hafi þeir minnst á að stúlkan sýndi einkenni áfallastreitu. Þessi ósannindi kæranda hafi lagt grunninn að niðurstöðu hans og samtímis leyft honum á fullkomlega óheiðarlegan hátt að rýra trúverðugleika og hæfni dómkvadds sérfræðings fyrir Hæstarétti, sbr. niðurstöðu meirihluta Hæstarréttar.

Orðalag álitsgerðar kæranda hafi verið með þeim hætti að fyrir liggi að ýmsir sem lásu hana hafi skilið það með sama hætti og kærði, þ.á m. sjálfur Hæstiréttur. Það hljóti að teljast innan eðlilegra marka þegar kærði leggi sama skilning á skýrslu kæranda og dómarar Hæstaréttar hafi lagt á hana. Á þessu beri kærandi sjálfur ábyrgð og hann verði að lifa við það að eftir að hann hafi skilað álitsgerð sé orðalag hennar háð túlkun þeirra sem lesa án tillits til hvað höfundur hafi talið sig vera að segja. Tilvísun kæranda í niðurstöðu Siðanefndar frá 13. des. 1999 sé hæpinn rökstuðningur. Fyrir liggi nú að einn nefndarmanna sem tók þátt í meðferð málsins hafi verið almennt vanhæfur til setu í nefndinni. Valdi það almennu vanhæfi allrar nefndarinnar til málsmeðferðar.

Ef fallist yrði á þetta kæruatriði kæranda yrði ábyrgð af ónákvæmu orðalagi kæranda í eigin álitsgerð velt yfir á þá sem lesa álitsgerðina með öðrum skilningi en kærandi vilji að hún sé lesin. Slík niðurstaða væri óeðlileg.

Kæruatrið A.2.

Kærandi geti þess hvergi í álitsgerð sinni að hann sé eingöngu að styðjast við afmarkaðan hluta umræddrar fræðigreinar. Hér fari kærandi með ósannindi því hann vitni beint í aðra hluta greinarinnar þar sem dregnar séu saman niðurstöður um endurvaktar og falskar minningar.

Á grundvelli ummæla í álitsgerð kæranda segi Hæstiréttur í dóminum og sé þar að vísa til þess sem kærandi segi: *Hann segir, að sérfræðingarnir hafi ekki fjallað sérstaklega um þá staðreynd, að minningar umbreytist og litist með tímanum og eigi það ekki síst við um minningar, sem tengdar séu neikvæðum*

upplifunum. Umrædd fræðigrein geri greinarmun á endurvöktum minningum og minningum sem ekki séu endurvaktar. Álitsgerð kæranda dragi þennan mun ekki fram. Í skýrslu sinni geri kærandi það sem höfundar greinarinnar vari sérstaklega við, þ.e. að nota fræðilegar upplýsingar um endurvaktar minningar til að rugla greiningu og meðferð á kynferðislegri misnotkun barna.

Stúlkan sem um var fjallað í álitsgerð kæranda hafi aldrei gleymt neinu. Þannig eigi ekki við að styðjast við kenningar um endurvaktar minningar. Valgerður Baldursdóttir geðlæknir hafi tekið sérstaklega fram í skýrslu sinni að vandamál í sambandi við endurvaktar minningar eigi ekki við. Við skýrslugjöf fyrir dómi hafi hún einnig bent á að það séu engar forsendur fyrir því að tengja framburð stúlkunnar við falskar minningar. Í málinu hafi spurningin staðið um það hvor sagði ósatt, faðir eða dóttir, og óeðlilegt sé að vekja upp kenningar um endurvaktar minningar eða aðrar tegundir af fölskum minningum, því hvorugt þeirra sagðist neinu hafa gleymt.

Aðferð kæranda, að vísa til fræðigreinar sem bendi til að framburð stúlkunnar beri að skoða með meiri varkárni en gengur og gerist, þrátt fyrir að niðurstaða tilvitnaðrar greinar sé að slíkar minningar séu mjög traustar og aðeins ástæða til að vera á verði þegar slíkar minningar eru endurvaktar, telur kærði að feli í sér brot á 4. gr. Codex Ethicus. Jafnframt telur kærði kæranda hafa brotið 9. gr. læknalaga og 29. gr. Codex Ethicus með því að saka Valgerði Baldursdóttur lækni og Jón Fr. Sigurðsson sálfræðing ranglega um að hafa ekki metið stúlkuna með tilliti til þess möguleika að um sé að ræða falskar minningar. Með því að rýra hæfni þeirra hafi hann vefengt trúverðugleika stúlkunnar óbeint og grafið undan réttlæti í samfélaginu.

Kærði telur gagnrýni sína réttmæta og bendir á í því sambandi að greinin sem kærandi vitnaði til leggi einmitt áherslu á að í tilviki eins og þessu sé engin ástæða til að efast um meginatriði vitnisburðar á þeirri forsendu að minningar séu falskar. Sérstaklega sé varað við að láta vandamál við endurvaktar minningar rugla sönnunarfærslu í málum þar sem viðkomandi hefur engu gleymt.

Hvergi í skýrslunni sem kærandi gerði fyrir Hæstarétt komi fram að hann sé eingöngu að styðjast við afmarkaðan hluta greinarinnar og að það sem sagt er um endurvaktar minningar í umræddri grein eigi alls ekki við í þessu tilviki. Þvert á móti tali kærandi stöðugt um greinina eða skýrsluna, en hvergi minnist hann á sérstakan kafla enda vitni hann í fleiri kafla greinarinnar. Eini kaflinn sem kærandi viðurkenni að hafa vitnað í gangi þvert á það sem hann haldi fram í skýrslu sinni að kaflinn gefi tilefni til að ályktа. Kærði telur sannað að kærandi hafi stuðst við aðra kafla í framangreindri fræðigrein en þann eina sem hann kannist nú við. Jafnframt komi fram í vinnubrögðum hans grófur faglegur óheiðarleiki þar sem hann tengi höfunda fræðigreinar við niðurstöður sínar sem stangist í grundvallaratriðum á við álit þessara sömu fræðimanna.

Kæruatriði A.3.

Kærði telur rangt hjá kæranda að hann hafi ekkert fullyrt um að gægjuhneigð föður dragi úr líkum á að hann geti verið sekur um aðra kynferðislega hegðun.

Í geðheilbrigðisrannsókn á ákærða í umræddu Hæstaréttarmáli hafi Ásgeir Karlsson geðlæknir komist að þeirri niðurstöðu að ákærði væri haldinn gægjuhneigð F65.3 (voyeurism) og ljúki hann skýrslu sinni með þessum orðum: „Þeir karlmenn sem haldnir eru gægjuþörf, forðast að vekja á sér athygli þannig að eftir þeim verði tekið. Þeir verða sjaldan uppvísir af grófari kynferðislegri áreitni.“ Í vitnaleiðslu hafi Ásgeir sagt skoðun þessa viðtekna skoðun innan geðlæknisfræðinnar. Þetta sé yfirleitt ekki hættulegt fólk kynferðislega. Í vitnaleiðslu hafi Valgerður Baldursdóttir barnageðlæknir verið spurð um þetta álit Ásgeirs Karlssonar. Hún hafi lýst yfir miklum efa að þetta stæðist nútímaþekkingu í geðlæknisfræði.

Í skýrslu sinni hafi kærandi fjallað um vitnaleiðslur sérfræðinga fyrir rétti og í samantekt segi hann: „Í framburði Valgerðar Baldursdóttur geðlæknis kemur fram að þekking hennar á gægjuhneigð er ekki í samræmi við það sem nú er skrifað í kennslubækur.“ Í skýrslu sinni gangi kærandi lengra en Ásgeir Karlsson í fullyrðingum sínum um þetta atriði því hann leggi áherslu á og undirstriki eftirfarandi tilvitnun úr kennslubók: „but does not attempt sexual activity with them.“

Kærði telur staðhæfingar geðlæknanna Ásgeirs Karlssonar og kæranda um gægjuhneigð vera í engu samræmi við nútímaþekkingu í geðlæknisfræði. Kærði telur athyglisvert að þessir geðlæknar, kærandi og Ásgeir Karlsson, skuli vitna í kennslubækur í geðlæknisfræði fyrir læknanema í máli fyrir Hæstarétti í stað þess að vitna beint í rannsóknarniðurstöður. Það sé rangt að gægjuhneigðarmenn verði sjaldan uppvísir að grófari kynferðislegri áreitni enda vitað að slíkir einstaklingar hafi háa tíðni af öðrum kynferðislegum frávikum (paraphilias), þar með talið pedophiliu.

Með því að fara ranglega með fræðilega þekkingu um paraphilias eins og hún komi fyrir í kennslubókum og fræðigreinum, þar á meðal þeim kennslubókum sem kærandi hafi sjálfur lagt fram máli sínu til stuðnings, hafi kærandi brotið 4. gr. Codex Ethicus, 9. gr. læknalaga og 29. gr. Codex Ethicus.

Sú forsenda kærunnar að kærði hafi gert lítið úr fagþekkingu kæranda með því að minnast á þekkingu almennings í sama viðtali og rætt var um störf kæranda fái ekki staðist.

Kæruatriði A.4.

Hér sé kærði að lýsa persónulegri skoðun um afleiðingar álitsgerðar kæranda. Tjáningarfrelsis-

ákvæði stjórnarskrárinnar heimili honum að hafa þessa skoðun og skoðun hans geti tæpast talist brot á siðareglum.

Kæruatriði B.1.

Kærði telur niðurstöðu Hæstaréttar skýrasta sönnun þeirrar fullyrðingar sem höfð er eftir honum. Kærði heldur því fram að í skýrslu sinni hafi kærandi véfengt trúverðugleika stúlkunnar með mörgum aðferðum og jafnframt hafi hann véfengt trúverðugleika, hæfni og sértækar ályktanir dómkvaddra sérfræðinga.

Í dómi meirihluta Hæstaréttar komi fram að kæranda hafi tekist að rýra trúverðugleika stúlkunnar með því að véfengja hæfni dómkvaddra sérfræðinga.

Kæruatriði B.2.

Rétt sé að kærandi hafi í skýrslu sinni gefið „tvo mögulega valkosti, annan þann að minningar stúlkunnar hefðu umbreyst í áranna rás og tekið á sig dekkri mynd, eða þá að stúlkan hefði rétt fyrir sér í ákæruatriðunum, og að hún hefði þolað valdbeitingu án þess að bíða þannig tjón af að það greindist við geðrannsóknina". Seinni valkosturinn hafi þó ekki verið gefinn nákvæmlega á þennan hátt í skýrslunni, heldur hafi það margoft verið fullyrt að ef stúlkan væri að segja sannleikann þá mætti „búast við" að það „greindist við geðrannsóknina", eins og stutt sé af „vísindarannsóknum" á fórnarlömbum kynferðislegs ofbeldis. Það sé nákvæmlega þessi skáldaða vísindaþekking sem kærði kveðst hafa gagnrýnt. Það séu engar vísindaniðurstöður til sem segi að hægt sé að greina kynferðislegt ofbeldi við geðrannsókn sem gerð sé mörgum árum seinna eins og kærandi haldi fram í skýrslunni og rökstuðningi sínum fyrir þessu kæruatriði. Hver séu skilmerki greiningarinnar við geðrannsókn? Í hvaða fræðirit geti kærandi vitnað því til stuðnings að við geðskoðun sé hægt að greina kynferðislegt ofbeldi mánuðum og árum eftir að því lauk? Þessa hugmynd kæranda telur kærði einmitt byggjast á skáldaðri vísindaþekkingu, svo notuð séu hans eigin orð.

Þekking sú sem kærandi vísi til sé hvergi til og að fullyrða slíkt í skýrslunni sé að beita falsrökum á siðlausan hátt.

Kæruatriði B.3.

Vegna þessa kæruatriðis er því haldið fram af hálfu kærða að í tölvubréfi sem kærandi sendi Ragnheiði Haraldsdóttur og öðrum hafi komið fram að hann hafi verið læknir ákærða í framangreindu hæstaréttarmáli og að hann hafi talið sér skylt að verða við óskinni um skýrsluna. Í umræddu tölvubréfi komi einnig fram eftirfarandi: „Þegar málið kom fyrir dómstóla þá leitaði Ák. ráða hjá mér og fékk uppgefinn heimildarlista, sem hann síðan nýtti sér. Auk þess veitti ég upplýsingar um þau atriði sem ég taldi mikilvægt að upplýstust." M.ö.o. hafi kærandi unnið að málsvörn ákærða í hæstaréttarmálinu meðan málið fór í gegnum dómstóla. Enda komi skýrt fram í bréfi ákærða til verjanda síns, dags. 23. maí 1999, að meginröksemdir hans og kæranda séu þær sömu. Þannig segi orðrétt í lok bréfs ákærða: „Saksóknaraembættinu hefur ekki tekist að sýna fram á að kærandi sé „trúverðugt fórnarlamb" sifjaspella. Reynslan sem kærandi lýsir hlýtur þó að teljast óvenjulega langvinn, stöðug og hroðaleg og ættu merkin um hana því að vera augsýnilegri og alvarlegri en í flestum eða a.m.k. mörgum öðrum sifjaspellsmálum." Einnig sé fjallað um falskar minningar á sama hátt í bréfi ákærða og skýrslu kæranda.

Skýrsla kæranda hafi ekki fjallað um ákærða, heldur eingöngu um geðheilsu stúlkunnar svo og sérfræðileg atriði er vörðuðu trúverðugleika hennar. Hér sé um augljósan hagsmunaárekstur að ræða. Hér takist á annars vegar skyldur læknisins gagnvart sjúklingi þeim sem hann hafi stundað sem séu honum auðvitað tamar því meginregla í siðareglum lækna sé að læknum beri að setja hagsmuni sjúklinga ofar öllu. Hins vegar komi til skyldur læknisins gagnvart dómskerfinu og réttlæti í samfélaginu og í þessu tilfelli gagnvart mannréttindum fórnarlambs kynferðislegrar misnotkunar. Hér sé því um verulega togstreitu að ræða og augljóst að tengsl viðkomandi læknis við annan aðilann geri það erfitt fyrir hann að skrifa óvilhalla skýrslu um málið og hættan á að hann líti á ákærða sem skjólstæðing sinn sé verulega aukin.

Fyrst kærandi hafi kosið að fara þá leið að skila umræddri skýrslu þá hafi honum skilyrðislaust borið að gera grein fyrir framangreindum hagsmunaárekstrum í skýrslu sinni. Það hafi kærandi ekki gert. Það komi fram í dómi Hæstaréttar að þetta hafi uppgötvast að hluta við munnlegan málflutning fyrir réttinum, en ekki fyrir tilstuðlan kæranda, heldur saksóknara.

Kæruatriði C.

Kærði kveðst hafa skrifað umrædda greinargerð, sem fjallaði um brot kæranda á siðareglum lækna og læknalögum að beiðni stúlkunnar X og löggæslumanns hennar. Greinargerðina kveðst kærði hafa sent til lögmanns stúlkunnar með tölvupósti undir fullu nafni. Lögmaður stúlkunnar og stúlkan sjálf hafi tekið þá ákvörðun að leggja greinargerðina fram sem hluta af skriflegum málflutningi án þess að gera grein fyrir hver höfundar hennar væri.

Kærði kveðst aldrei hafa neitað að skrifa undir greinargerðina. Kærði hafi enga aðild átt að því að lögmaður stúlkunnar gerði ekki grein fyrir að hann væri höfundur umræddrar greinargerðar.

Kæruatriði 1 í viðbótarkæru.

Kröfur kæranda feli í sér að hann telji að enginn nema sérfræðingur á tilteknu sviði geti skrifað faglegar og fræðilegar greinargerðir sem snúa að því sviði. Með þessu sé kærandi að krefjast slíkrar takmörkunar á tjáningarfrelsi að fjarstæðukennt sé.

Hver og einn geti tekið saman faglega og fræðilega greinargerð um hvaða fagsvið sem er, jafnvel þó hann sé ekki sérfræðingur í því. Faglegar og fræðilegar greinargerðir krefjist vísindalegra vinnubragða. Kærði sé sérfræðingur í slíkum vinnubrögðum og þaulvanur í heimildaöflun og heimildanotkun.

Kæruatriði 2 í viðbótarkæru.

Læknar sem aðstoða sjúklinga við að koma á framfæri kvörtunum og kærum til LÍ verði ekki krafðir um sérstök próf fram yfir almenn læknisréttindi enda sé þessi skylda lögð á herðar allra lækna skv. 29. gr., 3. mgr. Codex Ethicus. (Telji læknir, að ástæða sé til íhlutunar vegna brots á siðareglum þessum eða vanhæfi læknis í starfi, skal hann snúa sér til landlæknis og stjórnar viðkomandi svæðafélags LÍ).

Kæruatriði 3 í viðbótarkæru.

Kærði kveðst sannanlega ekki hafa verið að vekja á sér athygli enda hafi lögmaður X ekki gefið upp nafn hans að svo stöddu. Kærði kveðst hafa gert stúlkunni og lögmanni hennar nákvæma grein fyrir menntun sinni, þekkingu og hæfi. Hann hafi ekki beðið neinn um að hampa þeim upplýsingum. Ekki verði annað séð en að staðhæfing lögmannsins um „færan sérfræðing" eigi ágætlega við kærða. Verði því ekki séð hvernig 19. gr. hafi verið brotin. Lögmaðurinn hafi ekki haft samráð við sig um það hvernig hún hagaði kynningu á sérfræðivinnunni að baki greinargerðar kærða.

Málskostnaðarkrafa kærða er á því byggð að samkvæmt siðareglum LÍ beri að fylgja almennum málsmeðferðarreglum varðandi málsmeðferð fyrir Siðanefnd. Kærði hafi neyðst til þess að skjóta úrskurði Siðanefndar um eigið hæfi til Gerðardóms til að tryggja að varnarmöguleikar hans væru ekki óeðlilega skertir. Kærði hafi því séð sig tilneyddan til að leita aðstoðar lögmanns til að gæta réttar síns í þessu máli, enda geri 34. gr. viðauka við lög LÍ ráð fyrir því að aðilar máls geti leitað aðstoðar lögfræðings. Sú aðstoð hafi bakað kærða fjárútlát sem eðlilegt sé að hann geri kröfu um að kærandi greiði. Hér beri sérstaklega að hafa í huga að kærði sé kærður fyrir aðstoð við sjúkling og í kærum þessum sé að mati kærða gengið svo langt að kærandi fari með ósannindi í rökstuðningi fyrir þessum kærum. Kærurnar séu tilefnislausar. Kærandi hafi sjálfur kallað yfir sig umfjöllun kærða með þátttöku í fjölmiðlaumfjöllun áður en kærði hafi þar látið að sér kveða. Sömuleiðis liggi fyrir að sum þau ummæli sem kært er fyrir séu í fullu samræmi við skilning hæstaréttardómara á álitsgerð þeirri sem kærandi gerði fyrir verjanda föður X. Að öllu þessu virtu sé eðlilegt að kærandi verði úrskurðaður til að greiða málskostnað verði niðurstaða Siðanefndar sú að fallist sé á sýknukröfu kærða, sbr. einkum 130. og 131. gr. laga um meðferð einkamála.

Niðurstaða

Félagar í Læknafélagi Íslands eru bundnir af siðareglum félagsins. Ekki skiptir máli í því sambandi þótt reglur þessar kunni í ýmsum atriðum að vera strangari en almennar lagareglur segja til um, enda mun það almennt vera svo að í siðareglum hinna einstöku félaga eru, eðli máls samkvæmt, settar á ákveðnum sviðum mun ýtarlegri reglur en finnast í almennri löggjöf. Siðareglur LÍ virðast fyrst og fremst vera settar með hagsmuni sjúklinga í huga enda þótt þar séu einnig ákvæði um samskipti lækna. Reglur þessar verða hvorki túlkaðar þannig að þeim sé ætlað að koma í veg fyrir skoðanaskipti um læknisfræðileg álitaefni né að læknum sé óheimilt að fjalla um önnur læknisfræðileg álitamál en þeir eru sjálfir sérfræðingar í.

Kærandi gerði álitsgerð til framlagningar fyrir Hæstarétt í máli sem hafði þá þegar hlotið mikla umfjöllun í fjölmiðlum. Í álitsgerðinni gagnrýndi kærandi vinnu annarra sérfræðinga, þ.e. sálfræðings, taugasálfræðings og geðlæknis. Verður kærandi að una því að aðrir fjalli um og gagnrýni hans verk.

Verður nú tekin afstaða til hinna einstöku kæruatriða.

A. Bein ræða Boga.

1. Í dómi Hæstaréttar í máli nr. 286/1999 segir m.a. svo: *„Í álitsgerð Högna Óskarssonar geðlæknis frá 7. október 1999 kemur meðal annars fram sú skoðun, að kærandi sé ekki haldin heilkenninu áfallastreitu, eins og fram hafi komið í fyrri sérfræðigögnum."* Í inngangi álitsgerðar sinnar segir kærandi að hann hafi verið beðinn um að gefa sérfræðiálit á því hvort kærandi „sé haldin heilkenninu áfallastreita eins og staðhæft er í skýrslu Jóns Fr. Sigurðssonar sálfræðings."

Við málflutning fyrir Siðanefnd hélt kærandi því fram að það sé misritun í álitsgerð hans þar sem segir að Jón Fr. Sigurðsson sálfræðingur hafi staðhæft að stúlkan sé haldin áfallastreitu.

Í viðtalinu er kærði að fjalla um álitsgerð kæranda og niðurstöðu álitsgerðarinnar sem er: „að ... er ekki haldin heilkenninu áfallastreita". Þá niðurstöðu mun kærandi hafa byggt á þeim sérfræðigögnum sem lágu fyrir héraðsdómi þá er framangreint mál var til meðferðar þar.

Slík niðurstaða getur talist sjúkdómsgreining, sbr. New Gould Dictionary frá 1951 en þar segir um merkingu orðsins diagnosis: 1) Listin eða sá gjörningur að ákveða eðli sjúkdóms (The art or the act of determining the nature of a disease). 2) Niðurstaðan sem komist hefur verið að (The decision reached).

Álitamálið hlýtur að vera hvort kærði hafi brotið tilvitnaðar siðareglur LÍ með því að segja „...og þessi fullyrðing Högna að stúlkan sé ekki haldin heilkenninu áfallastreita er greinilega rangfæring, það eru engin gögn til í málinu sem leyfðu honum að komast að svo víðtækri ályktun".

Þegar litið er til málsástæðna kærða vegna þessa kæruliðar er það álit Siðanefndar að kærði hafi ekki gerst brotlegur við siðareglur LÍ með ummælum þeim sem kærð eru undir lið A.1.

A.2.

Álitsgerð kæranda var gerð að beiðni verjanda ákærða í framangreindu hæstaréttarmáli.

Þegar litið er til þess sem fram kemur í aðilaskýrslu kærða um vísanir kæranda í álitsgerð hans í grein í British Journal of Psychiatry 1998 þá er ekki óeðlilegt hjá kærða að álykta, að það hafi verið gert að yfirlögðu ráði hjá kæranda að vísa í greinina í heild án þess að tiltaka þann kafla sem kærandi kveðst hafa stuðst við, þ.e. kaflann „The Psychology of Memory". Kærði hefur í aðilaskýrslu sinni bent á þrjár tilvitnanir í nefnda grein sem styðja trúverðugleika X, t.d.: „The issue of false or recovered memories should not be allowed to confuse the recognition and treatment of sexually abused children."

Það er niðurstaða Siðanefndar að ummæli kærða „Nú er þetta afskaplega lymskulega gert hjá Högna..." sé brot á 1. mgr. 29. gr. siðareglna LÍ. Aðrar greinar siðareglna LÍ telst kærði ekki hafa brotið með ummælum sem kærð eru undir lið þessum.

A.3.

Fram kemur í skjölum málsins að geðlæknarnir Ásgeir Karlsson og Valgerður Baldursdóttir hafa ólíkar skoðanir á því hvort gægjuhneigðarmenn séu líklegir eða ólíklegir til að fremja alvarleg kynferðisafbrot. Ásgeir Karlsson taldi þessa menn ólíklega til þess að fremja alvarleg kynferðisafbrot en Valgerður Baldursdóttir var á annarri skoðun. Í álitsgerð kæranda segir í sambandi við þetta álitamál: „Skoðun Valgerðar á málinu má því telja ranga." Í því sambandi vísaði kærandi í álitsgerð sinni í Oxford Textbook of Psychiatry, 3. útgáfu frá 1996. Í aðilaskýrslu kærða er vísað í sömu bók, bls. 497, en þar komi fram að sumt fólk hafi meira en eina tegund paraphilia. Jafnframt vísar kærði í ýmis önnur rit sem styðja skoðun Valgerðar Baldursdóttur geðlæknis.

Telji kærði að kærandi hafi vísvitandi farið með rangt mál í þessu sambandi, þá er það hans skoðun, sem telja verður hann frjálsan að enda hefur hann rökstutt þá skoðun sína nokkuð með ýmsum tilvitnunum í aðilaskýrslu sinni.

Það, að kærði telji, að jafnvel almenningur geri sér grein fyrir því að einstaklingar með gægjuhneigð geti framkvæmt önnur kynferðisafbrot, telst ekki brot á siðarreglum LÍ.

A.4.

Hér er um persónulega skoðun kærða á afleiðingum álitsgerðar kæranda að ræða og verður að telja honum frjálst að hafa þá skoðun og tjá sig um hana. Um leið telur Siðanefnd að kærði hafi ekki brotið 2. mgr. 29. gr. siðreglna LÍ með þessum ummælum.

B.1.

Þegar verjandi ákærða í hæstaréttarmálinu nr. 286/1999 leitaði til kæranda og óskaði m.a. eftir sérfræðilegum athugasemdum um þá sönnunarfærslu „um sekt ákærða sem felst í meðferð meirihluta héraðsdómsins á skýrslum sérfræðinga sem til voru kvaddir..." eins og segir í álitsgerðinni, hafði ákærði verið sakfelldur í héraðsdómi. Þrír sérfræðingar höfðu komist að þeirri niðurstöðu að ekki væri ástæða til þess að efast um trúverðugleika stúlkunnar. Eins og framangreint hæstaréttarmál er vaxið hlaut það að vera meginviðgangsefni verjanda að reyna að veikja trú dómsins á trúverðugleika stúlkunnar. Hver sem tilgangur kæranda var með álitsgerðinni þá veikti hún trúverðugleika stúlkunnar.

Það er álit nefndarinnar að með fullyrðingum töldum undir þessum lið kærunnar hafi kærði ekki brotið tilvitnaðar greinar siðareglna LÍ.

B.2.

Í dómsendurriti héraðsdóms sem var undanfari framangreinds hæstaréttarmáls kemur fram að sérfræðingar sem gáfu skýrslur fyrir héraðsdómi höfðu aðra skoðun en kærandi á því hvort ástand stúlkunnar samræmdist því að hún hefði orðið fyrir þeirri valdbeitingu sem ákært var fyrir.

Í niðurstöðu álitsgerðar kæranda segir svo: „Það er líka mat mitt að sönnunarfærsla héraðsdóms eins og hún byggir á skýrslum sérfræðinganna hafi ekki tekið tillit til veikleika og mótsagna í rannsóknarniðurstöðum þeirra, hafi ekki litið til veikleika í framburði sérfræðinganna og hafi alls ekki tekið tillit til þess að það er mikið misræmi milli þess hvernig sérfræðingarnir lýsa persónuleika ..., sjálfsmati og geðheilsu og þess, hversu sköðuð maður hefði getað búist við að ... væri, hefði hún orðið fyrir jafn hrottalegri misnotkun og felst í ákærunni."

Ljóst er að hér er um mismunandi skoðanir á viðkvæmu álitaefni að ræða. Kærða var frjálst að véfengja niðurstöðu kæranda og jafnframt að tjá sig um þetta málefni, en orðalagið „...að hann hafi hreinlega skáldað vísindalega þekkingu í þessu tilviki", telst brot á 1. mgr. 29. gr. siðareglna LÍ en telst ekki brot á 16. gr. siðareglna, enda ekki annað fram komið en kærði telji það sem eftir honum var haft sér samboðið.

B.3.

Í álitsgerð kæranda sem lögð var fyrir Hæstarétt í margnefndu máli eru engar upplýsingar um meðferðartengsl kæranda við ákærða í hæstaréttarmálinu.

Verður kærði því ekki talinn hafa brotið siðareglur LÍ með því sem talið er undir þessum lið.

C.

Fallast ber á það með kærða að það sé við lögmanninn, sem lagði greinargerðina fram óundirritaða og neitaði að upplýsa um höfund, að sakast, en ekki kærða.

Verður kærði því ekki talinn hafa brotið siðareglur LÍ með því að greinargerð hans var lögð fram án þess að höfundur væri tilgreindur.

Telja verður lækni heimilt að fjalla um verk lækna sem starfa á öðrum sviðum en sá sem um fjallar án þess að það í sjálfu sér sé brot á siðareglum lækna.

Viðbótarkæra.

1. Þegar litið er til menntunar, starfsreynslu og vísindalegrar þjálfunar kærða verður að telja að hann hafi hæfni til þess að fjalla um læknisfræðilega álitsgerð enda þótt hún sé ekki á sérsviði hans.

2. Hér gildir það sama og við lið 1 í viðbótarkæru.

3. Það var lögmaður X sem lagði fram og kynnti greinargerð kærða fyrir Siðanefnd. Eins og málið liggur fyrir er ósannað að kærði hafi átt hlut að kynningu og nafnleynd höfundar greinargerðarinnar.

Krafa kærða um málskostnað er ekki tekin til greina.

Málið úrskurða Haukur S. Magnússon, Stefán B. Matthíasson og Auður Þorbergsdóttir.

Úrskurðarorð:

Kærði, Bogi Andersen læknir, braut 1. mgr. 29. gr. Codex Ethicus Læknafélags Íslands með eftirgreindum ummælum sínum um kæranda, Högna Óskarsson lækni:

1. „Nú er þetta afskaplega lymskulega gert hjá Högna…"

2. „...að hann hafi hreinlega skáldað vísindalega þekkingu í þessu tilviki."

Auður Þorbergsdóttir
Haukur S. Magnússon
Stefán B. Matthíasson

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 amoxicillini 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 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. 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. 2. 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. 3. 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. 4. 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. 5. Johnson DA, Benjamin SB, Whipple J, D´Amico D, Hamelin B. Efficacy and safety of esomeprazole as maintenance therapy in GERD patients with healed erosive esophagitis (EE). Gastroenterology 2000;118:A17. 6. Äbelö 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. 7. 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. 8. 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. 9. 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. 10. Vakil NB, Shaker R, Hwang C, D'Amico D, Hamelin B. Esomeprazole is effective as maintenance therapy in GERD patients with healed erosive esophagitis (EE). Gastroenterology 2000;118:A22. 11. 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.

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



EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 401-01

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

Ný leið með Nexium®: Sýrustjórnun eftir þörfum í langtímameðferð á vélindabakflæði!

Nýja lyfið Nexium® frá AstraZeneca er fyrsti sýrudæluhemillinn sem nota má eftir þörfum við sýrubakflæðisjúkdómi. Eftir upphafsmeðferð við einkennum, taka bakflæðissjúklingar (án vélindabólgu) Nexium® 20 mg eftir þörfum til að hafa hemil á einkennum. Í slíkri langtímameðferð er meðalnotkun ein tafla, þriðja hvern dag. [1,2]

Með nýja lyfinu Nexium® hefur AstraZeneca stigið framfaraskref á þróunarbrautinni og eflt sýruhemilsmeðferð svo að að hún tekur omeprazole viðmiðuninni fram. Með því að hagnýta eiginleika öflugs ísómers, hefur okkur tekist að þróa lyf sem brotnar niður á mjög hagkvæman og sérstakan hátt og skilar því auknum afköstum. [3,4,5,6,7]

Í krafti yfirburða á sviði sýrustjórnunar, tryggir Nexium® árangursríkari og varanlegri lausn á bakflæðiseinkennum og losar fleiri sjúklinga við óþægindi af völdum brjóstsviða. [3,4,5,7,8,9,10,11]

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)

Nexium®
esomeprazole

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

Sérfræðinám í Svíþjóð - Vænn kostur -

Kristín Huld Haraldsdóttir[1],

Tómas Guðbjartsson[2]

Inngangur

ÍSLENSKIR LÆKNAR HAFA Í ÁRATUGI SÓTT framhaldsmenntun í læknisfræði til Svíþjóðar, fleiri en til nokkurs annars lands. Í byrjun níunda áratugarins dró úr straumi íslenskra lækna samfara versnandi efnahagsástandi og atvinnuleysi meðal sænskra lækna. Síðustu tvö árin hefur íslenskum læknum aftur fjölgað í Svíþjóð, enda hefur efnahagsástand batnað til muna og skortur er á læknum í flestum sérgreinum. Sérnámið hefur einnig verið endurskipulagt og er nú á flestum stöðum betur skipulagt og markvissara en áður. Sérnám í Svíþjóð verður því að teljast góður kostur.

Stærst Norðurlanda

Svíþjóð er stærst Norðurlanda eða 450 þúsund km^2 og þar búa 8,9 milljónir manna, þar af 1,5 milljónir af erlendu bergi brotnir. Til samanburðar eru íbúar í Danmörku og Finnlandi í kringum 5 milljónir í hvoru landi fyrir sig og rúmar 4 milljónir í Noregi. Þéttbýlustu svæði Svíþjóðar eru Skánn í suðri og svæðið umhverfis höfuðborgina Stokkhólm, en hún er jafnframt stærsta borg landsins með 663 þúsund íbúa. Næst kemur Gautaborg með tæplega 430 þúsund íbúa en Málmey (230 þúsund) og Uppsalir (158 þúsund) koma þar á eftir.

Svíþjóð er háþróað iðnríki og þjóðarframleiðsla á íbúa er með því hæsta sem gerist. Járngrýti og víðáttumiklir skógar eru mikilvægar náttúruauðlindir en aðalatvinnuvegir eru málm- og vélaiðnaður auk þjónustugreina. Svíþjóð er lýðræðisríki með þingbundinni konungsstjórn og 1. janúar 1995 gengu Svíar í Evrópusambandið. Þegar þetta er ritað eru jafnaðarmenn við stjórn en þeir hafa setið lengst í stjórn frá lokum seinni heimsstyrjaldar.

Sænskt þjóðfélag er að mörgu leyti svipað því íslenska en flestum ber saman um að hugsanaháttur Svía sé nokkuð frábrugðinn þeim íslenska. Mikið er gert fyrir börn og fjölskyldufólk og skólakerfið er mjög vel skipulagt. Verðlag er heldur lægra en á Íslandi en þó munar ekki miklu. Laun eru að jafnaði hærri en á Íslandi fyrir sambærileg störf og afkoman því síst lakari. Á móti kemur að þjónusta er dýrari.

Uppbygging sænska heilbrigðiskerfisins

Í Svíþjóð er mjög virkt en jafnframt eitt dýrasta heilbrigðiskerfi í heimi. Undanfarin 10 ár hefur verið reynt að stemma stigu við sívaxandi kostnaði með niðurskurði fjárveitinga en Svíar vörðu 8,8% af vergri þjóðarframleiðslu til heilbrigðismála árið 1997, sem er heldur meira en hér á landi og á hinum Norðurlöndunum þar sem hlutfallið er í kringum 8%. Í meginatriðum er uppbygging sænska heilbrigðiskerfisins svipuð og á Íslandi, það er að segja heilbrigðisþjónusta er rekin fyrir opinbert fé og allir þegnar eiga sama rétt til hennar, óháð tekjum.

Markmið okkar með þessum skrifum er að kynna unglæknum og læknanemum framhaldsnám í Svíþjóð en um leið veita þeim sem eru á leið þangað í sérnám hagnýtar upplýsingar varðandi umsóknir og flutninga. Þessi grein er að hluta til byggð á eldri grein sem annar höfunda (TG) skrifaði í Læknablaðið árið 1994 (1). Upplýsingar í þeirri grein eru margar hverjar úreltar í dag og því ástæða að skrifa nýja grein um sama efni.

Í stórum dráttum er um ferns konar sjúkrahús að ræða í Svíþjóð. Í fyrsta lagi eru svokölluð svæðissjúkrahús (regionssjukhus) en landinu er skipt upp í svæði (region) og þjóna þessi sjúkrahús hvert sínu svæði. Þar er að finna flest allar sérgreinar. Dæmi um svæðissjúkrahús eru sjúkrahúsin í Örebro og Lundi. Í öðru lagi eru háskólasjúkrahús (universitetssjukhus), sem tengjast háskólunum sex; í Stokkhólmi, Gautaborg, Lundi, Linköping, Uppsölum og Umeå. Háskólasjúkrahúsin sinna bæði kennslu og rannsóknum. Sjúkrahús geta þannig verið bæði háskóla- og svæðissjúkrahús, til dæmis sjúkrahúsið í Lundi. Í þriðja lagi má nefna svokölluð Central lasarett eða Länssjukhus en þau eru deildaskipt með flestum sérgreinum og upptökusvæði sem oftast er í kringum 250 þúsund manns. Sjúkrahúsin í Helsingjaborg og Kristianstadt eru dæmi um Länssjukhus. Loks má nefna Länsdelsjukhus (Regional lasarett) en þau eru yfirleitt tiltölulega lítil sjúkrahús með bæði hand- og lyflækningadeild auk móttökudeilda fyrir aðrar sérgreinar, svo sem HNE og krabbameinslækningar. Í Landskrona og Ängelholm eru Länsdelsjukhus.

Uppbygging sérfræðinámsins.

Hægt er að leggja stund á flestar sérgreinar læknisfræðinnar í Svíþjóð en samkvæmt sænskum reglum er lengd sérnáms minnst fimm ár. Uppbygging sérnámsins er oftast innan blokkarkerfis þannig að hægt er að ljúka náminu á sömu stofnun eða innan

[1]Handlækningdeild Háskólasjúkrahússins í Lundi. Fågelhundsvägen 62, 226 53 Lund, Sverige. Netfang: kristin.huld-haraldsdottir@skane.se
[2]Hjarta- og lungnaskurðdeild Háskólasjúkrahússins í Lundi. Netfang: tomas.gudbjartsson@lund.mail.telia.com



Greinarhöfundar fyrir utan Háskólasjúkrahúsið í Lundi. Mynd: Háskólasjúkrahúsið í Lundi.
Allar myndir eru birtar að fengnu leyfi.

sama svæðis, þó stundum séu undantekningar á þessu. Námið fer að mestu fram á sjúkradeildum /heilsugæslustöðvum og mikil áhersla er lögð á göngudeildarvinnu.

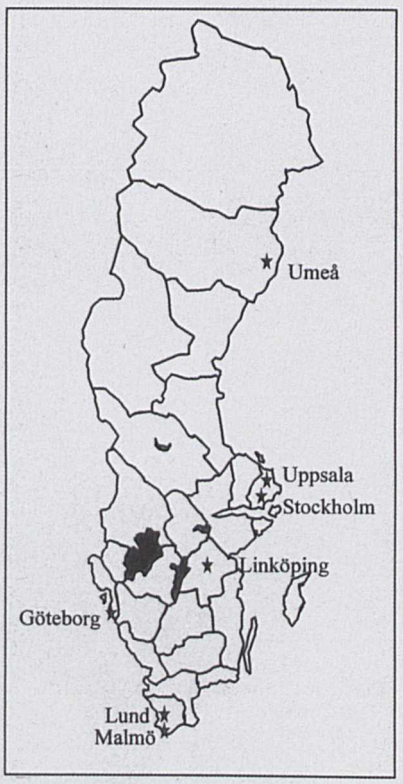
Síðustu ár hefur sérnám í læknisfræði tekið töluverðum breytingum í Svíþjóð þannig að námið hefur verið gert skipulagðara. Þess er krafist að allir hafi leiðbeinanda (handledare) sem hefur yfirumsjón með sérnámi læknisins. Þannig er ekki nægjanlegt að ljúka ákveðnum tíma í ákveðinni sérgrein heldur verður viðkomandi læknir einnig að geta sýnt yfirlækni og leiðbeinanda fram á vissa kunnáttu til þess að geta fengið sérfræðiréttindi. Flest sérgreinafélögin bjóða auk þess upp á sérfræðipróf sem hægt er að þreyja hafi maður áhuga á en sum háskólasjúkrahús gera að skilyrði að ljúka slíku prófi. Í sumum sérgreinum kemur einnig til greina að ljúka evrópskum sérfræðiprófum.

Jafnhliða klínísku námi er boðið upp á sérstök námskeið í hverri sérgrein fyrir sig og geta þau verið mjög gagnleg og vel skipulögð. Námskeiðin eru auglýst í sænska Læknablaðinu (Läkartidningen) og tekur hvert námskeið yfirleitt fjóra til fimm daga. Ekki er skylda að sækja ákveðinn fjölda námskeiða en leiðbeinendur eru yfirleitt hafðir með í ráðum hvaða og hversu mörg námskeið eru sótt. Námskeiðin eru lækninum að kostnaðarlausu og oftast er greitt fyrir ferðakostnað og uppihald. Læknirinn heldur auk þess launum sínum á meðan hann sækir námskeiðið.

Námstíma frá Íslandi er hægt að fá metinn en viðkomandi yfirlæknir og nefnd á vegum hins opinbera (Socialstyrelsen) ákveða hversu mikið fæst metið þar sem farið er yfir hvern umsækjanda fyrir sig. Yfirleitt er ekki hægt að fá meira en tvö ár metin frá námstíma á Íslandi. Í Svíþjóð er hægt að fá viðurkennda fleiri en eina sérgrein. Ekki er talið ráðlegt að hefja sérnám án þess að hafa fengið ótakmarkað lækningaleyfi á Íslandi. Þó er leyfilegt í Svíþjóð í vissum tilvikum að nota sex mánuði til sérnáms áður en viðkomandi hefur hlotið ótakmarkað lækningaleyfi.

Réttindi íslenskra lækna í Svíþjóð

Samkvæmt norrænum samningum geta íslenskir læknar sótt um lækningaleyfi í Svíþjóð án þess að gangast undir próf. Ekki er skylda að



Staðsetning háskólasjúkrahúsanna í Svíþjóð. Sjúkrahúsið í Malmö telst angi af háskólanum í Lundi.
Teikning: Inger Holmstrand.

vera í sænska Læknafélaginu en aðild er að mörgu leyti æskileg og kostar tæplega 20 þúsund krónur á ári. Um leið fæst aðgangur að lánum en sænska Læknafélagið tengist bæði banka og tryggingafélagi.

Námsstöður í Svíþjóð

Námsstöður í Svíþjóð eru aðallega tvenns konar, annars vegar svokallaðar ST-blokkir (specialist tjänstgöring) og hins vegar svokallaðar afleysingastöður (vikariat). Fyrrnefndu stöðurnar eru auglýstar í sænska Læknablaðinu. Sé læknir ráðinn í ST-blokk skuldbindur viðkomandi stofnun sig til þess að veita honum menntun til sérfræðiviðurkenningar. Jafnframt verður stofnunin (að minnsta kosti í langflestum tilvikum) að veita lækninum stöðu að loknu sérfræðinámi óski hann þess. Hið síðarnefnda á þó ekki við um háskólasjúkrahúsin.

Af ofanskráðu er ljóst að ST-staða veitir lækninum meira öryggi á námstímanum og er sjálfsagt að stefna að því að komast í slíka stöðu. Stofnanir og yfirmenn vilja oft fremur ráða lækna í afleysingastöður til nokkurra mánaða í senn, að minnsta kosti þangað til viðkomandi hefur náð að sýna sig og sanna. Því getur verið erfitt að komast beint í ST stöðu frá Íslandi. Í staðinn fæst afleysingastaða oft til sex mánaða. Þannig fær stofnunin tíma til að átta sig á viðkomandi og einnig er mikilvægt fyrir þann sem kemur út til sérnáms að finna hvort hann aðlagast áður en hann bindur sig til lengri tíma.

Áður var íslenskum læknum ráðlagt að geta þess í umsókn og viðtali að þeir stefndu heim til Íslands að námi loknu, þar sem slíkt yki líkur á því að þeir fengju námsstöðu í Svíþjóð. Þetta þarf ekki að eiga við í dag. Töluverður skortur er á læknum í mörgum sérgreinum og allt eins líklegt að yfirlækni þyki meiri fengur í umsækjanda sem geti hugsað sér að dvelja lengur.

Eins og áður sagði eru ST-blokkir auglýstar í sænska Læknablaðinu. Afleysingastöður eru á hinn bóginn ekki auglýstar sérstaklega en ráðið er í þær allan ársins hring, allt eftir samkomulagi. Best er að spyrjast fyrir um afleysingastöður með því að hringja á viðkomandi deild eða skrifa. Ágætt ráð er að leita til Íslendinga sem eru á svæðinu eða eru nýkomnir heim úr sérnámi. Þeir hafa oft persónuleg sambönd við yfirmenn en slík sambönd skipta miklu máli við ráðningar lækna í Svíþjóð.

Sótt um stöðu

Þegar sótt er um stöðu er algengast að skrifað sé bréf til viðkomandi stofnunar. Til eru stöðluð umsóknareyðublöð, sem fást í flestum bókabúðum í Svíþjóð, en slík eyðublöð þarf yfirleitt ekki. Umsóknirnar er best að stíla á yfirmenn (klinikchef) deilda eða heilsugæslustöðva en nöfn þeirra og heimilisföng er hægt að fá hjá sænska sendiráðinu í Reykjavík. Einnig er hægt að leita til Læknafélags Íslands eða lækna sem eru nýkomnir heim frá Svíþjóð til þess að fá gefin upp nöfn og heimilisföng. Oft vísar yfirlæknirinn umsóknunum til umsjónarlæknis deildarinnar (schemaläggare) en hann sér um að skipuleggja vaktir og halda utan um umsóknir.

Í umsókninni (bréfinu) er æskilegt að fram komi hvaða stöðu og sérnám umsækjandi hefur í huga, frá hvaða tíma og hversu lengi. Oft er getið stuttlega um menntun, fyrri störf og vísindavinnu. Að öðru leyti eru slíkar upplýsingar (ítarlegri) að finna í afrekaskrá (sjá síðar).

Til þess að minnka líkur á því að umsókninni sé hafnað er vænlegast að hafa upp á íslenskum læknum sem eru eða hafa verið í námi á viðkomandi stað og hafa sambönd og þekkja til yfirmanna. Einnig er gott að senda með umsókninni meðmælabréf frá yfirmanni/prófessor auk afrekaskrár, sérstaklega ef umsækjandi hefur lagt stund á rannsóknir. Oft eru fyrstu svörin „Tyvärr....“ (=því miður) en sjálfsagt er að skrifa aftur ef umsækjandi hefur mikinn áhuga á viðkomandi stað. Til þess að sýna áhuga er hægt að bjóðast til þess að koma út í viðtöl, annars eru formleg viðtöl ekki skilyrði við ráðningar í Svíþjóð, gagnstætt því sem tíðkast í Bandaríkjunum og Englandi.

Fáist jákvætt svar (eða svar sem ekki er neikvætt!) er mikilvægt að svara fljótt. Oft er umsækjandi beðinn um frekari gögn, svo sem afrit af prófskírteini, einkunnum og lækningaleyfi auk afrekaskrár og meðmæla hafi þau ekki verið send áður. Afrit af latneska hluta prófskírteinisins er hægt að fá á skrifstofu læknadeildar í Læknagarði en einnig afrit af einkunnum á ensku auk útskýringa á einkunnagjöf. Vottorð af íslensku lækningaleyfi á sænsku (kopia av bevis om läkarlegitimation) eða ensku er hægt að fá í Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu og kostar um það bil 1000 kr. Einnig er oft beðið um vottorð frá Læknafélagi Íslands (intyg från Islands Läkarförening) til staðfestingar á því að umsækjandi hafi ótakmarkað lækningaleyfi á Íslandi og fæst það ókeypis á skrifstofu Læknafélaganna. Í sumum tilvikum getur þurft að sýna afrit af stúdentsprófsskírteini, til dæmis vegna vinnu í háskóla. Ef maki hyggur á nám í Svíþjóð er skynsamlegt fyrir hann eða hana að taka með sér afrit af einkunnum og prófskírteini á sænsku eða ensku.

Þegar komið er til fyrirheitna landsins

Eftir að komið er út er mikilvægt að leita strax á næstu skattaskrifstofu (skattemyndigheten) til að fá sænska kennitölu (personnummer), en það verður maður að hafa til þess að fá síma, barnabætur og fleira sem tengist félagslega kerfinu. Til þess að geta fengið kennitölu verður að framvísa samnorrænu flutningsvottorði (internordisk flytteattest). Stundum er einnig farið fram á hjúskapar- og fæðingar-



Stoltir sænskir kollegar á kvennadeild sjúkráhússins í Helsingborg. Sænskt þjóðfélag er fjölskylduvænt og jafnrétti er lengra komið en á Íslandi. Auðsótt er að fá launað frí frá störfum í lengri tíma til að vera heima hjá ungum börnum sínum (pappa- eller mammaledig). Mynd: Sjúkrahúsið í Helsingborg.

vottorð fyrir alla fjölskylduna en þessi vottorð fást á Hagstofunni. Yfirleitt þarf að bíða eftir að kennitalan fáist og því er skynsamlegt að leita sem allra fyrst á næstu skattaskrifstofu eftir að komið er út. Biðtíminn er mislangur, ein til fjórar vikur.

Eftir að kennitalan hefur borist er hægt að sækja um nafnskírteini/skilríki (legitimation) og síma. Skilríki fæst í næsta bankaútibúi og verður að fylgja með ein passamynd (stærri en hefbundin passamynd). Í sömu ferð er hægt að stofna bankareikning (launareikning) og sækja um greiðslukort.

Ef menn þiggja bætur frá sjúkrasamlaginu (försäkringskassan) eða eiga von á bótum er rétt að verða sér úti um flutningstilkynningu frá sjúkrasamlagi. Íslenskar konur hafa til dæmis fengið greidd mæðralaun í samræmi við fyrri tekjur á Íslandi. Fæðingarorlof í Svíþjóð er eitt ár og eiga foreldrar rétt á að taka það út smám saman þar til barnið er átta ára. Það reiknast út frá tekjum í Svíþjóð síðastliðna sex

Tafla I. *Gagnleg heimilisföng.*

a. Skrifstofa Læknafélags Íslands
(www.icemed.is)
Hlíðasmára 8, 200 Kópavogi

b. Skrifstofa læknadeildar HÍ
Læknagarði, Vatnsmýrarvegi 16, 101 Reykjavík

c. Félag íslenskra lækna í Svíþjóð
(FÍLÍS) (www.filis.nu)

d. Hagstofa Íslands (www.hagstofa.is)
Skuggasundi 3, 101 Reykjavík

e. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið
(www.htr.stjr.is)
Laugavegi 116, 150 Reykjavík

f. Sænska sendiráðið í Reykjavík
Lágmúla 7, 108 Reykjavík

mánuði eða sem „dagpeningar“ sem þá er mun lægri upphæð. Íslendingar ganga inn í almannatryggingakerfið um leið og þeir hafa skráð sig inn í Svíþjóð. Því gerist ekki þörf á sérstökum tryggingum fyrst eftir að komið er til Svíþjóðar.

Heimilis- og bílatryggingar eru ódýrari í Svíþjóð en heima og oft færst afsláttur ef allt er tryggt hjá sama tryggingafélagi. Hægt er að fá bónus af bílatryggingum yfirfærðan og þarf vottorð frá viðkomandi tryggingafélagi hér heima. Mikilvægt er að maka sé einnig getið á vottorðinu. Töluverðu getur munað á iðgjöldum ef bónus fæst yfirfærður en annars eru bifreiðatryggingar ódýrari í Svíþjóð en á Íslandi. Í flestum tilvikum dugar íslenskt ökuskírteini en þó eru dæmi þess að Íslendingar hafi þurft að verða sér úti um sænskt ökuleyfi. Hægt er að sækja um sænskt ökuleyfi á grundvelli þess íslenska ef það er gert innan árs frá því að komið er til landsins.

Í sumum tilvikum er krafist vottorðs frá sjúkrahúsi um framhaldsnám. Slík vottorð fást á skrifstofum spítalanna en þar kemur fram hversu lengi viðkomandi hefur unnið á stofnuninni og frá hvaða deild laun voru greidd. Á sömu skrifstofum er hægt að fá vottorð sem sýnir tekjur síðastliðins árs en slíkt vottorð getur komið að góðum notum ef sótt er um bætur úr félagslega kerfinu, til dæmis fæðingarorlof.

Ekki er lengur krafist sænskuvottorðs nema í algjörum undantekningartilvikum. Þá er staðfest af viðurkenndum sænskukennara að viðkomandi skilji bæði ritað og mælt mál og geti gert sig skiljanlegan á sænsku. Þó má benda á að tali fólk reiprennandi sænsku getur verið ávinningur í því að fá það staðfest, til dæmis af sænskukennara. Einnig er sjálfsagt að geta þess þegar sótt er um stöðu að umsækjandi tali góða sænsku.

Húsnæði

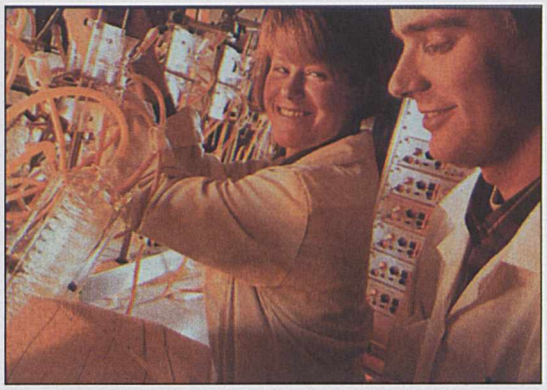
Yfirleitt er talið ráðlegt að byrja í leiguhúsnæði. Húsaleiga á almennum markaði er mismunandi eftir stöðum og oft dýrari í stórborg en á minni stöðum á landsbyggðinni. Í borgum er húsaleiga fyrir þriggja til fjögurra herbergja íbúð oftast á bilinu 30-50 þúsund íslenskar krónur á mánuði og er þá innifalið bæði hiti og vatn. Kallast það *varm hyra* þegar hiti er innifalinn en ef það er ekki er talað um *kall hyra* en mikilvægt er að hafa þessi hugtök á hreinu þegar samið er um verð á leiguhúsnæði. Fyrir raðhús hækkar leigan í 55-80 þúsund á mánuði. Leigusalar eru oftast sérstök fyrirtæki eða einkaaðilar. Í flestum tilvikum fylgja íbúðunum raftæki, svo sem ísskápur, eldavél, þvottavél og þurrkari. Ef svo er ekki má benda á að verð á rafmagnstækjum er umtalsvert lægra en hér á landi.

Oftast er ekki miklum vandkvæðum bundið að verða sér úti um húsnæði en best er að ganga frá þessum málum með nokkurra mánaða fyrirvara. Hægt er að leita til Íslendinga í nágrenninu og þeir geta síðan grennslast fyrir um húsnæði eða sent inn auglýsingu í dagblöð. Oft er árangursríkt að hengja upp húsnæðisauglýsingu á þeim spítala þar sem fyrirhugað er að stunda nám.

Þegar fólk hefur áttað sig betur á hlutunum kemur til greina að kaupa húsnæði. Verð á húsnæði er mjög breytilegt eftir stöðum. Hafa þarf í huga að erfitt getur verið að losna við húsnæði hafi fólk til dæmis í huga að færa sig um set innan Svíþjóðar eða til annarra landa. Ef kaupa á húsnæði er gott að fá vottorð frá stofnuninni sem maður er ráðinn á þess efnis að maður hafi ráðningu og þannig tekjur. Þetta hjálpar til ef farið er í banka og beðið um loforð til láns. Ekki er hægt að sækja formlega um lán fyrr en komið er með sænska kennitölu.

Tafla II. *Gagnleg vottorð.*

1. Afrit af prófskírteini
2. Afrit af lækningaleyfi
3. Vottorð frá Læknafélagi Íslands
4. Afrekaskrá (curriculum vitae)
5. Afrit af stúdentsprófsskírteini
6. Hjúskaparvottorð
7. Fæðingarvottorð
8. Samnorrænt flutningsvottorð
9. Flutningstilkynning frá sjúkrasamlagi
10. Vottorð frá tryggingafélagi vegna áunnins bónuss í tengslum við bifreiðatryggingar
11. Vottorð frá sjúkrahúsi um framhaldsnám
12. Vottorð frá sjúkrahúsi um tekjur síðastliðins árs
13. Sænskuvottorð



Lyfjaiðnaður skipar veigamikinn sess í sænsku efnahagslífi og fáar þjóðir veita meiru fé til rannsókna ef miðað er við höfðatölu.
Mynd: Háskólasjúkrahúsið í Lundi.

Laun og skattar

Á sjúkrahúsum eru byrjunarlaun aðstoðarlækna (underläkare) í kringum 210-250.000 íslenskar krónur (24-28.000 skr) á mánuði fyrir dagvinnu. Í sumum tilfellum er hægt að semja um laun, ef skortur er á læknum í viðkomandi sérgrein. Heildarlaun ráðast svo af vaktaálagi en flestir eru á fjórum til fimm vöktum á mánuði og geta þá bæst við 40- 50.000



Í sérfræðináminu er mikil áhersla lögð á þátttöku lækna í rannsóknum og flestum reynist auðvelt að tvinna saman rannsóknarstörf og klínískt nám. Mikil gróska er í rannsóknum í læknisfræði og Svíar eru framarlega bæði innan klínískra rannsókna og grunnrannsókna.
Mynd: Háskólasjúkrahúsið í Lundi.

íslenskar krónur við dagvinnulaunin. Oft er þó greitt fyrir vaktir í formi fría, að minnsta kosti að hluta (sjá betur síðar). Greiðslur fyrir vaktir eru því ekki jafn stór hluti af heildarlaununum eins og á Íslandi. Í þessu sambandi er rétt að árétta að samanburður á launum á milli landa er óviss mælikvarði á afkomu.

Sumarfrí er yfirleitt fimm vikur en að auki eru vaktavinnufrí sem eru þá hluti af greiðslu fyrir vaktir. Víða er þess krafist að læknar taki helming til tvo þriðju fyrir vaktir út í fríum en afganginn í peningum. Á sumum deildum er þó hægt að taka allt út í peningum. Vaktavinnufrí eru betri en hér á landi. Sé gert ráð fyrir að um það bil tveir þriðju hlutar af greiðslu fyrir vaktir séu teknir út í frí og vaktir séu fjórar til fimm á mánuði þýðir þetta einnar viku frí á fimm til sex vikna fresti. Þetta frí er til dæmis hægt að nota til vísindarannsókna en oft er hægt að semja við yfirmenn um að safna upp vaktavinnufríum og vinna annars staðar um tíma.

Skattar hafa síðustu ár lækkað umtalsvert í Svíþjóð og eru nú í kringum 30% af fyrstu 200.000 SKR en 55% eftir það. Hjón eru ekki samsköttuð, heldur hver og einn sér. Ef byrjað er að vinna þegar liðið er á árið er hægt að sækja um skattajöfnun (eyðublað hjá skattemyndigheten). Er þá reiknað út hversu mikinn skatt viðkomandi á að borga miðað við laun og þannig jafnað út fyrir þá mánuði sem viðkomandi vinnur ekki. Eyðublaðinu er síðan skilað á launadeild spítalans.

Vinnuvika sérfræðinga er 43-48 klukkustundir á viku en læknar í sérnámi (underläkare) eiga yfirleitt að vinna 40-45 stundir á viku. Yfirleitt er ekki greitt sérstaklega fyrir yfirvinnu. Unnið er frá mánudegi til föstudags en sums staðar er hætt fyrr á föstudögum til þess að bæta upp fyrir vinnutíma sem er lengri en átta klukkustundir fyrr í vikunni. Á flestum stöðum er frí að minnsta kosti síðari hluta dags eftir vakt en vaktir eru yfirleitt mjög annasamar. Vinnutími er oftast frá kl. 07:30 til 17 með hálfri til einni klukkustund í mat sem ekki telst til vinnutímans.

Laun heilsugæslulækna eru yfirleitt sambærileg launum sjúkrahúslækna. Ekki er greitt sérstaklega fyrir afköst eins og í Noregi. Sumarfrí eru einnig sambærileg en víða er greitt að fullu fyrir vaktir í peningum og vaktavinnufrí því styttri.

Tafla III. *Gagnleg netföng í Svíþjóð.*

Skattayfirvöld: www.rsv.se
Tollur: www.tullverket.se
Tryggingastofnun/sjúkrasamlag: www.fk.se
Fasteignir: www.hemnet.se
Fasteignir: www.bovision.se
Bílasala á netinu: www.bytbil.com
Bifreiðaskoðun: www.bilprovningen.se
Upplýsingasíða: www.sweden.com
Upplýsingasíða: www.evreka.com
Upplýsingasíða: www.gulasidorna.se

Trygginga-, félags- og skólakerfi

Svíar búa við mjög öflugt trygginga- og félagskerfi, sennilega það besta á Norðurlöndum. Almenna tryggingakerfið veitir Íslendingum í Svíþjóð sömu réttindi og skyldur og Svíum á grundvelli gagnkvæmra milliríkjasamninga.

Barnabætur hafa lækkað á síðasta ári og eru nú um 7.300 íslenskar krónur á mánuði fyrir hvert barn og eru greiddar út mánaðarlega. Eftir að komið er út verður að snúa sér sem fyrst til sjúkrasamlagsins skrá sig þar og sækja um barnabætur. Fæðingarorlof og aðrar félagslegar bætur er einnig hægt að sækja um hjá sjúkrasamlaginu. Rétt er að ítreka það að best er að skrá sig hjá sjúkrasamlaginu sem fyrst eftir að komið er út því annars er hætt við að bætur tapist eða rýrni. Feður eiga rétt á tveggja vikna fríi á fullum launum við fæðingu barna sinna.

Leiti maki að vinnu getur hann leitað til atvinnumiðlunar í viðkomandi bæjarfélagi (arbetsförmedlingen) og skráð sig þar. Rétt er að kynna sér vel hvaða vottorð/gögn þarf að taka með sér áður en haldið er utan og þá sérstaklega með tilliti til gildandi milliríkjasamninga milli Íslands og Svíþjóðar. Í dag er hægt að fá fluttan rétt á atvinnuleysisbótum á milli Svíþjóðar og Íslands en eingöngu ef viðkomandi gengur í sænskt fagfélag innan fjögurra vikna frá því hann flytur til Svíþjóðar og yfirfærir síðan réttindi sín. Þannig er skynsamlegt fyrir maka að verða sér úti um vottorð frá fagfélögum á Íslandi og staðfestingu á tekjum síðastliðins árs áður en haldið er út.

Yfirleitt er meira framboð á barnaheimilisplássum en á Íslandi en það er þó mismunandi eftir stöðum. Greiðslur fyrir barnaheimilispláss eru oftast tekjubundnar og eru víða 5-7% af heildarlaunum. Best er að sækja um dagvistarpláss í tíma. Yfirleitt er nokkur bið í háskólabæjum. Valið stendur aðallega á milli tveggja kosta; barnaheimilis og dagmæðra. Dag-

mæður starfa innan kerfisins þannig að dagmæður eins og á Íslandi þekkjast varla, nema þá þær sem starfa „svart".

Skólar eru yfirleitt mjög góðir og uppbygging skólakerfisins svipuð og hér á landi. Börnin byrja þó einu ári síðar í skóla í Svíþjóð en skólaskylda er frá sjö til 16 ára aldurs. Nýverið var skólum veitt heimild til að taka börn inn í sex ára bekk en ekki er alls staðar boðið upp á slíkt. Skólaárið er lengra, sumarfrí er 10 vikur og jólafrí tvær vikur, en síðan bætist við vikufrí í febrúar annars vegar (sportlov) og nóvember hins vegar (höstlov). Skóladagurinn er samfelldur frá klukkan átta á morgnana og fram yfir hádegi og öll börn fá heita máltíð í skólanum. Áður en haldið er utan er skynsamlegt að grennslast fyrir um skóla í hverfinu og sækja síðan um skóla tímanlega. Yfirleitt er auðvelt að að fá skólapláss en ekki er skilyrði að sótt sé um þann skóla sem næstur er heimilinu því nú fylgir hverju barni ákveðin upphæð sem rennur til þess skóla sem barnið sækir.

Boðið er upp á íslenskukennslu í mörgum skólum, en skilyrði fyrir því er að þrjú börn séu frá sama landi í sama bæjarfélagi (kommun). Vert er að hafa þetta í huga ef stefnt er á flutning til minni bæjarfélaga.

Bifreiðakaup

Verð á nýjum bifreiðum hefur verið nokkuð lægra í Svíþjóð en á Íslandi og flestir eru þeirrar skoðunar að ekki borgi sig að taka bílinn með út frá peningalegu sjónarmiði. Þó má benda á að hafi maður átt bíl á Íslandi í eitt ár þarf ekki að greiða tolla af honum í Svíþjóð. Bíllinn verður að vera búinn hvarfakút, annars þarf að greiða sérstakan mengunarskatt.

Ef bíll er fluttur með til Svíþjóðar er betra að tolla hann strax úr skipinu en ekki taka hann inn í landið sem ferðamannabíl. Þetta sparar mikla vinnu því ef tolla á bílinn seinna þarf að sækja um það sérstaklega. Þegar bíllinn er tollaður strax eru allir nauðsynlegir pappírar fylltir út. Eins og fram hefur komið þarf ekki að borga af bílnum hafi maður átt hann í eitt ár. Borguð er bráðabirgðatrygging og númeraplötur. Eftir þetta er pantaður tími í skoðun og þá fyrst er óhætt að nota bílinn.

Ef kaupa á bíl í Svíþjóð er skynsamlegt að bera saman verð með því að fá sendar upplýsingar frá bifreiðaumboðum, bílasölum og netsíðum þeirra í Svíþjóð. Líkt og hér á landi hrapa bílar nokkuð hratt í verði fyrsta árið og því er yfirleitt hagstæðara að kaupa notaða bíla en nýja. Rétt er að benda á að í Svíþjóð er oft hægt að prútta niður verð á bílum ef greitt er út í hönd og eldri bíll er ekki tekinn upp í þann nýja (inbytesbil).

Atvinnuhorfur að loknu námi

Eins og áður kom fram hafa orðið miklar breytingar til hins betra á atvinnuhorfum lækna í Svíþjóð. Í Svíþjóð eru í kringum 26.000 læknar (þriðjungur konur), þar af rúmlega 1000 Danir og rúmlega 200 Íslendingar, en talið er að 20% Íslendinga hafi sest að í Svíþjóð til frambúðar. Þegar þetta er ritað er skortur á læknum í mörgum sérgreinum í Svíþjóð. Enn meiri skortur er fyrirsjáanlegur á næstu 10 árum og atvinnuhorfur að námi loknu verða því að teljast mjög góðar.

Lokaorð

Leiðbeiningar sem þessar eru engan veginn tæmandi og alltaf er best að leita ráða hjá þeim sem búa úti eða eru nýkomnir heim úr sérnámi frá Svíþjóð. Einnig er rétt að taka fram að ýmsar þeirra upplýsinga sem fram koma í þessari grein eru háðar breytingum, svo sem varðandi launakjör, verðlag og félagsleg réttindi. Þegar ákveðið hefur verið hvert halda á í sérnám er um að gera að undirbúa flutninginn með góðum fyrirvara. Að lokum skorum við á lækna og læknanema að koma með tillögur um breytingar ef þeim þykir þurfa að fenginni reynslu. Hægt er að koma ábendingum á framfæri til skrifstofu Læknafélaganna.

Heimildir

1. Guðbjartsson T, Jónsson Á, Ingvarsson Þ, Möller PH. Sérfræðinám í Svíþjóð. Læknablaðið 1994; 80: 410-5.

Heilsugæslulæknar og sjúklingatrygging

Fyrirspurn FÍH og svar Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins

Bréf FÍH

Þann 5. desember síðastliðinn sendi stjórn Félags íslenskra heimilislækna eftirfarandi bréf til Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins:

„Með vísan til 1. gr. 3. mgr. reglugerðar um vátryggingu þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu samkvæmt lögum nr. 111/2000 um sjúklingatryggingu óskar undirritaður eftir því f.h. Félags íslenskra heimilislækna, að ráðuneytið skeri úr um það hvort verk heilsugæslulækna, sem starfa á heilsugæslustöðvum í eigu ríkisins og greiðast af sjúklingum skv. gjaldskrá heilsugæslulækna (hluti af úrskurði Kjaranefndar um launakjör heilsugæslulækna), geri þá vátryggingaskylda skv. lögum um sjúklingatryggingar.

Undirritaður kýs að fá formlegt svar við spurningu þessari frá háttvirtu ráðuneyti við fyrstu hentugleika,- þótt ég telji líklegt að vátryggingaskylda sé ekki fyrir hendi í þessu tilviki.

Virðingarfyllst

F.h. Félags íslenskra heimilislækna

Þórir B. Kolbeinsson, formaður"

Svar ráðuneytisins

Svar við ofangreindri fyrirspurn barst FÍH með bréfi dagsettu 27. desember 2000. Það er svohljóðandi:

„Vísað er til bréfs Félags íslenskra heimilislækna, dags. 5. desember 2000, þar sem spurst er fyrir um sjúklingatryggingu heilsugæslulækna sem starfa á heilsugæslustöðvum í eigu ríkisins.

Ráðuneytið telur að heilsugæslulæknar sem starfa á heilsugæslustöðvum, sem bera tjón í eigin áhættu samkvæmt 11. gr. laga nr. 111/2000 um sjúklingatryggingu, eða á þeirra vegum starfi á ábyrgð heilsugæslustöðvanna. Er heilsugæslulæknum ekki skylt að vera með sjúklingatryggingu vegna starfa þessara.

f.h.r.

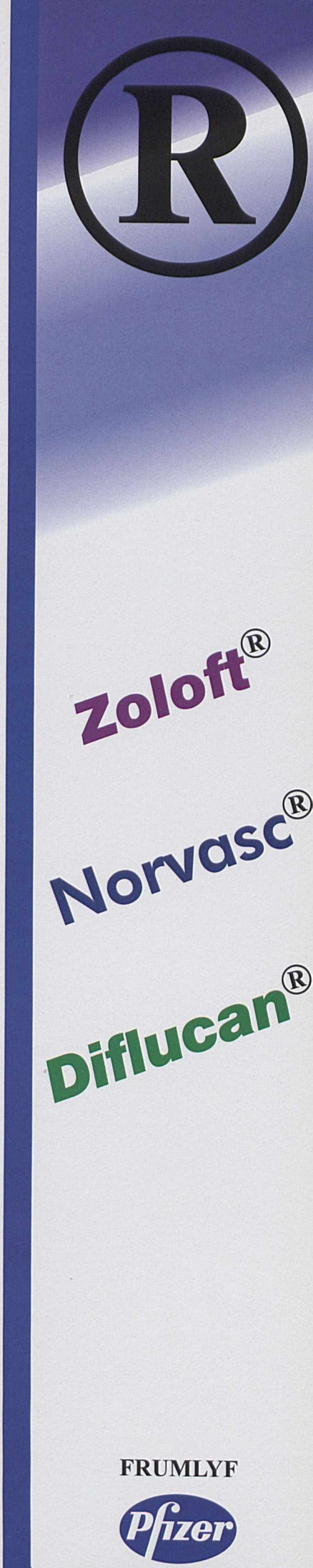
Vilborg Þ. Hauksdóttir"

Tilkynnið aðsetursskipti !

Áskrifendur Læknablaðsins eru vinsamlega beðnir að tilkynna aðsetursskipti. Tilkynnið breytingar á heimilisfangi í síma 564 4104 eða í netfang: ragnh@icemed.is

Við flutning til útlanda

Við flutning til útlanda fellur niður áskrift að Læknablaðinu sem greidd er með félagsgjöldum til LÍ. Læknar sem vilja halda áskrift að blaðinu þurfa að æskja þess sérstaklega. Áskriftargjald er kr. 6.000 án virðisaukaskatts og ber að greiða fyrirfram. Sími vegna áskriftar Læknablaðsins er 564 4104; netfang: ragnh@icemed.is



Hóptrygging lækna

Af starfi nefndar Læknafélags Íslands

STJÓRN LÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS HEFUR SKIPAÐ NEFND til að fjalla um tryggingamál lækna. Í nefndinni eiga sæti læknarnir Guðmundur Helgi Þórðarson, Ísak G. Hallgrímsson og Guðmundur Jón Elíasson, sem jafnframt er formaður nefndarinnar.

Í skipunarbréfi frá Læknafélagi Íslands dagsettu 14.06.2000 stendur: „Eftir umræður í stjórn LÍ um tryggingamál lækna var ákveðið að skipa nefnd til að fjalla um þau mál. Guðmundur Helgi Þórðarson, fyrrverandi heilsugæslulæknir fjallaði um hóptryggingu lækna í Læknablaðinu í vetur og var það tilefni til umræðna í stjórn LÍ um tryggingamál lækna."

Nefndarmenn öfluðu gagna víða, hjá Læknafélagi Íslands, Sameinaða líftryggingafélaginu og frá Læknafélögum Svíþjóðar, Noregs og Danmerkur, auk upplýsinga um hóptryggingar verkalýðsfélaga á Norðurlöndum.

Staðan í hóptryggingunni

Hvað varðar hóptryggingu lækna hefur komið í ljós að 14 aðilar eru enn tryggðir samkvæmt eldri hóptryggingu en þar mun einungis vera um líftryggingar að ræða.

Í nýju tryggingunni (frá 1995) eru 438 tryggðir, þar af 295 læknar og 143 makar þeirra í líftryggingu. Læknarnir skiptast þannig eftir aldurshópum: 92 eru 25-39 ára, 191 er 40-54 ára og 12 eru 55-67 ára.

Fram kemur í bréfi frá Sameinaða líftryggingafélaginu að frá því að nýi samningurinn tók gildi árið 1995 hafa tveir læknar fengið synjun um aðild og einn fengið frestun í tvö ár. Fimm læknar greiða hærra iðgjald en iðgjaldaskráin segir til um. Sjö læknar hafa hætt við tryggingartöku vegna álags á iðgjaldið og sjö hafa hætt við af öðrum ástæðum til dæmis ekki sinnt því að fara í læknisskoðun eða ekki svarað viðbótarspurningum félagsins um heilsufar.

Álit nefndarinnar

Af þeim gögnum sem fyrir liggja og af þeim viðræðum sem nefndarmenn hafa átt við þá sem þekkja til tryggingamála virðist ljóst að hóptryggingin sem í gildi er fyrir Læknafélag Íslands er á góðum kjörum fyrir þá sem tryggjunguna fá. Ekki er um skyldutryggingu að ræða og því er það undir hverjum og einum einstaklingi komið hvort hann kaupir tryggjunguna og greiðir iðgjald. Mikill eðlismunur er á skyldutryggingu þar sem allur hópurinn er tryggður eða þegar um frjálst val er að ræða. Þannig er lækkun iðgjalda fyrst og fremst fengin með því að töluverðar líkur eru á því að margir læknar muni tryggja sig og að þeir sem eru í meiri heilsufarsáhættu verða ekki tryggðir. Ekki er fyrirfram skilgreindur allur hópur lækna í Læknafélagi Íslands. Þannig er í raun mjög eðlilegt að tryggingafélagið vilji fá heilsufarsupplýsingar hvers þess einstaklings sem vill gerast aðili að hóptryggingunni. Í raun er því ekki mögulegt að gera athugasemd við það.

Af framangreindum tölum, kemur í ljós að fáir læknar greiða hærra iðgjald og ekki hefur mörgum verið synjað um tryggingar. Hlutskipti þessara lækna hlýtur þó að skipta okkur máli og verður því eindregið að hvetja félaga til þess að gerast aðilar að hóptryggingunni hið allra fyrsta eftir útskrift. Hvorki með hóptryggingu né öðrum tryggingum er unnt að vænta þess að mögulegt sé að tryggja eftir á. Þess vegna er mikilvægt að læknar eins og aðrir gerist aðilar að tryggingunni hið fyrsta eftir útskrift.

Í Svíþjóð eru hóptryggingar í aðalatriðum þrenns konar hjá verkalýðsfélögum.

Í fyrsta lagi skyldutrygging sem nær til allra félagsmanna. Iðgjaldið er þá hluti af félagsgjaldinu og tekur tryggingin gildi um leið og félagsmaður byrjar að greiða félagsgjald.

Í öðru lagi er um að ræða sjálfkrafa aðild með fyrirvara sem felur í sér að tryggingin nær til allra, einstaka félagsmenn hafa þó rétt á að afþakka aðild fyrir sitt leyti og geta þannig lækkað félagsgjaldið sitt.

Í þriðja lagi er um að ræða frjálsa aðild. Einstakir félagsmenn verða þá sjálfir að kaupa tryggingu hjá tryggingafélaginu á sérstökum kjörum sem stéttarsambandið hefur samið um. Þó er ekki heimilt að hafna aðild að tryggingunni.

Læknafélagið hefur samið um sérstök kjör við Sameinaða Líftryggingafélagið um hóptryggingguna, en öllum er ekki tryggð aðild. Hópurinn er því alls ekki skilgreindur fyrirfram og ekki hægt að ætlast til að tyggingafélagið taki alla áhættu af heilsufari frjálsra tryggingakaupenda og skiljanlegt er að undanfarandi sé könnun á heilsufari og jafnvel læknisskoðun.

Niðurstaða nefndarinnar

Nefndin kemst að þeirri niðurstöðu að tryggingga-

vernd sú, sem fæst með aðild að hóptryggingu Læknafélags Íslands og Sameinaða líftryggingafélagsins, sé góð og á góðum kjörum fyrir þá sem hana fá. Rétt er að árétta að nauðsynlegt er hverjum einstaklingi að huga vandlega að tryggingum sínum og fyrir lækna virðist góður kostur að taka þátt í hóptryggingunni.

Rétt er að minna enn á slagorðið að ekki er mögulegt að tryggja eftir á og því er mikilvægt fyrir lækna að gerast aðilar að tryggingunni hið fyrsta eftir útskrift.

Rétt er að minna lækna einnig á, að þeir eru aðilar að sterkum lífeyrissjóði þar sem samtrygging okkar er skilyrðislaus bæði hvað varðar örorkutryggingu, makalífeyri og eftirlaun.

Tillaga nefndarinnar

Nefndin vill eindregið beina því til stjórnar Læknafélags Íslands að vinna að eftirfarandi breytingu á hóptryggingunni.

- Nefndin leggur til að allir félagsmenn Læknafélags Íslands verði sjálfkrafa aðilar af hóptryggingunni en hverjum og einum sé heimilt að segja sig úr tryggingunni. Tryggingafélagi verði óheimilt að hafna aðild og iðgjöld miðist einungis við aldur.
- Það er skoðun nefndarinnar að ef læknar verði sjálfkrafa aðilar að hóptryggingunni muni þeir ekki segja sig úr henni og lækka þannig félagsgjald sitt nema að mjög vandlega íhuguðu máli. Væntanlega munu mun fleiri læknar tryggja sig sem styrkja mun stöðu hópsins í samningaviðræðum við tryggingafélögin.
- Nauðsynlegt er einnig að tryggja það að kjör þeirra sem þegar eru aðilar að hóptryggingunni muni ekki versna.

GUÐMUNDUR HELGI ÞÓRÐARSON
ÍSAK G. HALLGRÍMSSON
GUÐMUNDUR J. ELÍASSON

Greiðsla áskriftar að Læknablaðinu

Hægt er að greiða áskrift að Læknablaðinu með því að senda greiðslu beint til blaðsins eða greitt með greiðslukorti frá VISA eða Eurocard. Þeir sem búsettir eru erlendis geta lagt greiðsluna inn á póstgíróreikning nr. 516651.

Þeir sem vilja greiða með greiðslukorti þurfa að hringja eða skrifa Læknablaðinu og gefa upp kortanúmer og kennitölu.

Sími **Læknablaðsins** er
564 4104
og heimilisfangið:
Hlíðasmára 8,
200 Kópavogi

Tóbaksauglýsingar á biðstofum

Bandarísku læknasamtökin (AMA) beindu fyrir liðlega áratug þeim tilmælum til bandarískra heimilislækna að losa sig við blöð og tímarit sem auglýsa tóbak af læknastofum og heilsugæslustöðvum. Könnun sem gerð var í Boston árið 1988 sýndi að einungis 11% biðstofa þar voru alveg lausar við slík tímarit og ekki lýstu nema 25% lækna áhuga á að útrýma þess háttar efni af biðstofunum. Þrátt fyrir ítrekuð tilmæli heildarsamtaka lækna virðist sem ekki hafi allir tekið við sér á þessu sviði. Árið 1999 var gerð símakönnun meðal barnalækna í Rochester í New York fylki. Niðurstaðan olli vonbrigðum. Einungis 8% læknanna sem spurðir voru sneiddu algerlega hjá blöðum sem innihéldu tóbaksauglýsingar. Að vísu voru 45% læknanna ekki áskrifendur að neinum blöðum sem innihéldu slíkar auglýsingar en meirihluti þeirra lét blöð sem þeir fengu send ókeypis liggja frammi á stofnum sínum og allmörg þeirra innihéldu tóbaksauglýsingar. Tuttugu og einn af hundraði lýsti áhuga á að losa sig alveg við tóbaksauglýsingar af biðstofunum en hafði ekki látið verða af því. 73% læknanna voru með áróðursbæklinga eða veggspjöld á biðstofunum. Ætla má að það gæti borið árangur að dreifa lista yfir tímarit sem ekki birta tóbaksauglýsingar til lækna, því 69% úrtaksins sögðust hafa áhuga á að fá slíkan lista sendan.

JAMA Vol. 285/ No. 1. 3. janúar 2001

Í biðröðinni hjá sáttasemjara

Eftir að hinni löngu samningalotu við kennara lauk hjá sáttasemjara snemma í janúar kom röðin að öðrum hópum sem eru með lausa samninga. Einn af þeim hópum sem eiga eftir að semja eru sérfræðingar á sjúkrahúsum. Læknablaðið hafði samband við **Ingunni Vilhjálmsdóttur**, formann samninganefndar sjúkrahúslækna, um miðjan janúarmánuð og þá hafði nefndinni ekki verið sagt hvenær röðin kæmi að sjúkrahúslæknum. Biðtíminn hefur verið nýttur vel því verið er að safna efni og undirbúa kynningarfundi vegna mikilla breytinga sem eru framundan á launakerfi sjúkrahúslækna og uppbyggingu samninga þeirra. Á næstu vikum er stefnt að því að halda slíka fundi og verða þeir kynntir vel þegar að þeim kemur.

Frá stjórn Læknafélags Reykjavíkur

Samningamál LR/TR

Á fundi með samninganefnd Tryggingastofnunar ríkisins þann 9. janúar gekk samninganefnd LR, undir forystu Þórðar Sverrissonar augnlæknis, frá samningum fyrir hönd sjálfstætt starfandi lækna. Megininnihald samkomulagsins er:

- Einingarverð hækkar í kr. 180 frá og með 1. janúar 2001.
- Einingafjöldi fyrir klínískar greinar verður 12.000.000 á árinu 2001.
- Gjaldliðir nokkurra sérgreina verða endurskoðaðir og samninganefnd LR mun móta persónubundnar afsláttarreglur, sem eiga að tryggja að útgjöld TR verði innan fjárlaga. Við mótun nýrra afsláttarreglna mun stjórn LR hafa samráð við sérgreinafélögin og boðað verður til félagsfundar um málið.

Tölvuföng

Til að bæta og auðvelda samskipti og tengsl félagsmanna er æskilegt að hafa tölvuföng sem flestra félaga. Þau verða einungis notuð á vegum læknasamtakanna.

Sendið svar með tölvupósti þar sem fram kemur nafn, símanúmer og staðsetning á skrifstofu læknafélaganna **gunna@icemed.is**

Fræðslufundir Læknafélags Reykjavíkur fyrir almenning

Fundartími: Kl. 20:30

Staðsetning: Húsnæði læknasamtakanna á 5. hæð, Hlíðasmára 8 í Kópavogi

Aðgangur er ókeypis og allir hjartanlega velkomnir

Fimmtudagur 22. febrúar: Vísindalegar nýjungar í baráttunni við brjóstakrabbamein
Valgarður Egilsson sérfræðingur í meinafræði

Miðvikudagur 28. febrúar: Atvinnusjúkdómar. Strit - slit og sjúkdómar
Kristinn Tómasson yfirlæknir hjá Vinnueftirliti ríkisins

Vel heppnuð árshátíð LR

Sverrir Bergmann kjörinn heiðursfélagi

ÁRSHÁTÍÐ LR VAR HALDIN LAUGARDAGINN 20. janúar í lok Læknadaga samkvæmt hefð. Þátttaka var mjög góð og mættu um 500 manns. Þótti kvöldið takast með afbrigðum vel.

Tekið var á móti gestum í Broadway með freyðivíni í fordrykk sem borinn var fram í flöskum er báru merki LR ásamt spaklegum kínverskum málsháttum. Formaður LR, Ólafur Þór Ævarsson, bauð gesti velkomna og kynnti veislustjóra kvöldsins þau Katrínu Fjeldsted og Snorra Einarsson.

Heiðursgestir kvöldsins voru forseti læknadeildar Reynir Tómas Geirsson og frú. Árni Björnsson heiðursfélagi LR var viðstaddur ásamt eiginkonu sinni. Á árshátíðinni var Sverrir Bergmann gerður að heiðursfélaga LR og honum afhent heiðursskjal og þökkuð mörg og farsæl störf í þágu læknasamtakanna.

Matseðillinn var glæsilegur og matur góður. Í aðalrétt var borin fram önd frá Frakklandi og var hún einstakalega ljúffeng. Boðið var upp á vönduð skemmtiatriði. Við komu lék hin þekkta hljómsveit Guitar Islandcio fyrir gesti. Örn Árnason og Jónas Þórir skemmtu með söng og leik með miklum tilþrifum og sýndur var glæsilegur argentínskur dans. Jón Steinar og félagar úr hópi lækna stjórnuðu þróttmiklum fjöldasöng. Á eftir var stíginn dans eftir hljómfalli Milljónamæringanna með söngvarana Bjarna Arason og Ragnar Bjarnason í fararbroddi.



Ánægjulegt var hversu góð stemming var á staðnum og þátttaka góð. Ljóst er að sú hefð að skólafélagarnir úr læknadeildinni sitji saman við borð og skemmti sér saman þetta kvöld er aftur að festast í sessi. Sérstaklega var ánægjulegt að unglæknarnir voru með og einnig margir læknar af landsbyggðinni. Einnig er vitað að nokkrir íslenskir læknar búsettir erlendis komu heim sérstaklega til að skemmta sér með okkur þetta kvöld. Er vel til þess að vita.

ÓLAFUR ÞÓR ÆVARSSON
formaður Læknafélags Reykjavíkur

Margrét Georgsdóttir stjórnarmaður í LR, Sverrir Bergmann nýkjörinn heiðursfélaga LR og Runólfur Pálsson stjórnarmaður í LR hlýða á formanninn Ólaf Þór Ævarsson ávarpa Sverri áður en honum var afhent heiðursskjalið.
Allar ljósm.: Inga Sólveig Friðjónsdóttir.



Árshátíðargestir: Þorvaldur Ingvarsson, Hannes Petersen, Rolf Johannsson frá Lundi og eiginkona hans, Harpa Kristjánsdóttir eiginkona Hannesar og Rúna Alexandersdóttir eiginkona Þorvaldar.



Veislustjórarnir Katrín Fjeldsted og Snorri Einarsson.



Ný tangarsókn gegn háþrýstingi með tvíefldri meðferð Atacand Plus

Fá einungis 12.7% sjúklinga með háþrýsting fullnægjandi meðferð?

EFLIR / HNOTSKÓGUR

Ætla má að um 50% sjúklinga, sem meðhöndlaðir eru gegn háum blóðþrýstingi, fái ekki fullnægjandi meðferð. Tvíefld meðferð með ATACAND PLUS lækkar blóðþrýstinginn á öruggan og áhrifaríkan hátt.

ATACAND (candesartan cilexetil) og HCT er öflug samsetning vegna verkunarmáta lyfjanna. Þau þolast vel og hafa engar klínískar milliverkanir* ● Lækkar bæði systólískan og diastólískan blóðþrýsting marktækt meira en losartan 50 mg + hýdróklórtíazíð 12.5 mg** ● Lækkar blóðþrýsting marktækt meira en losartan 50 mg + hýdróklórtíazíð 12.5 mg bæði 24 klst. og 48 klst. eftir síðasta skammt. Sérhæfð binding candersartan cilexetil við AT1 viðtakann tryggir verkun þótt skammtur gleymist***

(sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)



AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Plouin P-F. Combination therapy with candesartan cilexetil plus hydrochlorothiazide in patients unresponsive of low-dose hydrochlorothiazide. J. Hum Hypertens 1997; 11 Suppl 2:S65-6. **Öhman et al. Candersartan cilexetil-HCT in primary hypertension insufficiently controlled on monotherapy - a comparison with losastan-HCT. JRAAS 2000; 1:101. ***Koenig et al. Cpmparison of Efficacy and Tolerability of Combination Tablets Containing Candesartan Cilexetil and Hydrochlorothiazide or Losartan and Hydrochlorothiazide in Patients With Moderate to Severe Hypertension. Clin Drug Invest 2000 Apr; 19(4): 239-246.

Ályktun stjórnar LÍ frá 29. desember 2000

Á fundi sínum þann 29. desember síðastliðinn samþykkti stjórn Læknafélags Íslands eftirfarandi ályktun. Ályktunin var send heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, forseta læknadeildar, læknaráði, lækningaforstjóra og forstjóra Landspítala – háskólasjúkrahúss.

„Þann 8. febrúar s.l. sendu stjórnir Læknafélags Íslands og Læknafélags Reykjavíkur frá sér yfirlýsingu um málefni Landspítalans og Sjúkrahúss Reykjavíkur. Í henni segir m.a.:

„Koma þarf í veg fyrir faglega stöðnun og einokun á sameinuðu hátæknisjúkrahúsi meðal annars með tímabundnum ráðningum æðstu stjórnenda sjúkradeilda. Nýta þarf þetta tækifæri til að fella hið nýja sjúkrahús að nútímalegum hugmyndum um hinn akedemíska þátt í rekstri þess með því að efla tengslin við Háskóla Íslands, þannig að það þjóni landsmönnum sem kennslu- og rannsóknastofnun jafnt sem sjúkrahús í fremstu röð.

...Stjórnir Læknafélags Íslands og Læknafélags Reykjavíkur hvetja stjórnvöld til að grípa ekki til neinna þeirra aðgerða í máli þessu, sem líklegar eru til að valda afturför eða ólgu og sundurþykkju meða þeirra, sem málið varðar mest.“

Landspítalinn – háskólasjúkrahús er eina heilbrigðisstofnunin af sínu tagi hér á landi. Innan veggja þessarar stofnunar er að finna þekkingu til greiningar og meðferðar sjúkdóma og til kennslu heilbrigðisstétta eins og best gerist meðal þjóða á Vesturlöndum. Landspítalinn – háskólasjúkrahús ætti því með réttu að teljast háborg heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi. Ein af forsendum þess, að svo geti orðið, er að þar ríki akademískt frelsi til hugsunar og tjáningar um þróun heilbrigðisþjónustu hér á landi. Það frelsi varðar jafnt umræður um heilsugæslu utan sjúkrahúsa og sjúkrahúsþjónustu svo og brotalamir, sem á þessari þjónustu kunna að vera. Allir starfsmenn sjúkrahússins ættu að njóta frelsis að þessu leyti. Það er skoðun stjórnar Læknafélags Íslands að lúti starfsmennirnir óttanum um óvild sjúkrahússtjórnarinnar, beri þeir fram óþægilega framtíðarsýn frá hennar sjónarhóli, muni það leggja dauða hönd framtaks- og sinnuleysis á málefni Landspítala – háskólasjúkrahúss sem og annarra heilbrigðisstofnana í landi okkar.

Stjórn Læknafélags Íslands hvetur alla hlutaðeigandi til að virða þessi sjónarmið landsmönnum öllum til hagsbóta og velfarnaðar.“

Atacand Plus

AstraZeneca, 960203 TÖFLUR; C90 DA60 R B *(Sérlyfjaskrártexti)*

Hver tafla inniheldur Candesartanum, INN, cilexetil 16 mg og Hydrochlorothiazidum INN 12,5 mg. **Ábendingar:** Hár blóðþrýstingur, þegar meðferð með einu lyfi hefur ekki reynst nægjanleg. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir: Ráðlagður skammtur er 1 tafla á dag. Blóðþrýstingslækkandi áhrif nást að mestu innan 4 vikna frá upphafi meðferðar. Lyfið á að taka inn einu sinni á dag með eða án matar. Aldraðir: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtun lyfsins hjá öldruðum. Börn: Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun lyfsins hjá börnum. Skert nýrnastarfsemi: Ekki þarf að breyta skömmtum lyfsins hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi, sem hafa kreatínínklerans (30 ml/mín./1,73 m2 líkamsyfirborðs. Skert lifrarstarfsemi: Ekki þarf að breyta skömmtum hjá sjúklingum með væga eða meðalskerta lifrarstarfsemi. Sjúklingar með mjög skerta lifrarstarfsemi og/eða gallteppu eiga ekki að nota lyfið. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins eða fyrir súlfónamíðlyfjum (hýdróklórtíazíð er súlfónamíðafleiða). Meðganga og brjóstagjöf (sjá sérkafla). Alvarlega skert nýrnastarfsemi (kreatíninklerans < 30 ml/mín./1,73 m2 líkamsyfirborðs). Alvarlega skert lifrarstarfsemi og/eða gallteppa. Þvagsýrugigt. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Nýrnaslagæðaþrengsli (renal artery stenosis): rACE hemlar, sem verka á renín-angíótensín-aldósterón kerfið, geta aukið þvagefni í blóði og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með slagæðaþrengsli til beggja nýrna eða í nýrnaslagæð ef aðeins eitt nýra er til staðar. Búast má við svipuðum áhrifum af völdum angíótensín II viðtakablokka. Skert blóðrúmmál: Lyf sem hafa áhrif á renín angíótensín-aldósterón kerfið geta valdið einkennum vegna lágþrýstings ef sjúklingurinn hefur skert blóðrúmmál eða natríumskort í blóði. Slíkt skal lagfæra áður en byrjað er að nota lyfið. Skert nýrnastarfsemi / nýrnaígræðsla: Þegar lyfið er gefið sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi er mælt með því að fylgst sé reglulega með gildum kalíums, kreatíníns og þvagsýru. Engin reynsla liggur fyrir af notkun lyfsins hjá sjúklingum sem nýverið hafa gengist undir nýrnaígræðslu. Ósæðar- og míturlokuþrengsli eða hjartavöðvakvilli með útstreymishindrun (obstructive hypertrophic cardiomyopathy): Gæta skal sérstakrar varúðar hjá sjúklingum með blóðrennslistruflanir vegna ósæðar- eða míturlokuþrengsla eða hjartavöðvakvilla með útstreymishindrun. Truflanir á saltbúskap: Við notkun þvagræsilyfja á að fylgjast með sermisgildum salta. Hýdróklórtíazíð getur valdið röskun á vökva- eða saltjafnvægi, hækkun á kalsíum, lækkun á kalíum, natríum, magnesíum og sýrustigstruflun (hypochloraemic alkalosis). Kalíumlækkun í kjölfar hýdróklórtíazíðs virðist minni þegar það er notað með candesartan cilexetili. Með hliðsjón af reynslu af notkun annarra lyfja sem hafa áhrif á renín-angíótensín-aldósterón kerfið, getur samtímis notkun Atacand® Plus og kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar eða saltuppbótar eða annarra lyfja sem geta aukið kalíumgildi í sermi, leitt til aukningar á kalíummagni í sermi. Áhrif á efnaskipti og innkirtla: Meðferð með tíazíð þvagræsilyfjum getur skert sykurþol. Nauðsynlegt getur verið að breyta skömmtum sykursýkilyfja, þ.m.t. insúlíns. Sykursýki getur komið í ljós vegna meðferðar með tíazíði. Hækkuð gildi kólesteróls og þríglýseríða hafa verið tengd þvagræsilyfjum af flokki tíazíða, en 12,5 mg skammtur svo sem í Atacand® Plus hefur lítil áhrif. Þvagræsilyf af flokki tíazíða auka þéttni þvagsýru í sermi og geta valdið þvagsýrugigtarkasti. Almennt: Sumir sjúklingar eru háðir virkni renín-angíótensín-aldósterón kerfisins (t.d. sjúklingar með alvarlega hjartabilun eða nýrnasjúkdóm). Meðferð með lyfjum, sem hafa áhrif á þetta kerfi, geta valdið bráðri blóðþrýstingslækkun, blóðnituraukningu, þvagþurrð eða jafnvel bráðri nýrnabilun. Ekki er hægt að útiloka svipuð áhrif af völdum angíótensín II viðtakablokka. Of mikil lækkun á blóðþrýstingi getur leitt til kransæðastíflu eða heilablóðfalls hjá sjúklingum með hjartakvilla af völdum blóðþurrðar (ischaemic heart disease) eða æðasjúkdóms í heila (atherosclerotic cerebrovascular disease). **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Blóðþrýstingslækkandi áhrif Atacand® Plus geta aukist ef önnur blóðþrýstingslækkandi lyf eru notuð samtímis. Gera má ráð fyrir að kalíumminnkandi verkun hýdróklórtíazíðs geti aukist af völdum annarra lyfja sem tengjast kalíumtapi og blóðkalíumlækkun (t.d. önnur þvagræsilyf sem valda kalíumtapi, hægðalyf, amfóterisín, karbenoxólón og salísýlsýruafleiður). Blóðkalíumlækkun og blóðmagnesíumlækkun af völdum þvagræsingar eykur hættu á eiturverkunum á hjarta af völdum digitalis glýkósíða og lyfja við hjartsláttartruflunum. Þegar Atacand® Plus er gefið með slíkum lyfjum er mælt með því að fylgst sé reglulega með kalíumgildum í sermi. Greint hefur verið frá hækkun á litíumþéttni í sermi og auknum eiturverkunum litíums, sem hvort tveggja gengur til baka, við samtímis notkun litíums og ACE-hemla eða hýdróklórtíazíðs. Því er ráðlagt að fylgst sé náið með litíumgildum í sermi við samtímis notkun lyfjanna. Bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID) minnka þvagræsandi, natríumlosandi og blóðþrýstingslækkandi verkun hýdróklórtíazíðs. Kólestípól og kólestýramín minnka frásog hýdróklórtíazíðs. Fæðuneysla hefur ekki áhrif á aðgengi lyfsins. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá konum á meðgöngu en í dýrarannsóknum á candesartan cilexetili hafa sést nýrnaskemmdir seint á fósturstigi og hjá nýburum. Verkunin er talin verða fyrir tilstilli lyfjafræðilegra áhrifa á renín-angíótensín-aldósterón kerfið. Nýrnagegnflæði hjá fóstrum manna, sem er háð þroska renín-angíótensín-aldósterón kerfisins, hefst á öðrum þriðjungi meðgöngu. Áhættan fyrir fóstur eykst því, ef lyfið er gefið á öðrum og þriðja þriðjungi meðgöngu. Hýdróklórtíazíð getur minnkað plasmarúmmál sem og blóðflæði um leg og fylgju. Það getur einnig valdið blóðflagnafæð hjá nýburum. Byggt á ofannefndum upplýsingum, skal ekki nota lyfið á meðgöngu. Ef kona verður þunguð meðan á meðferð stendur, skal hætta töku lyfsins. Ekki er vitað hvort candesartan skilst út í brjóstamjólk. Hýdróklórtíazíð skilst út í brjóstamjólk. Vegna hugsanlegrar hættu á aukaverkunum á brjóstmylking, skal hætta brjóstagjöf ef taka lyfsins er talin óhjákvæmileg. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Áhrif lyfsins á hæfni manna til aksturs bifreiða og til stjórnunar vinnuvéla hafa ekki verið rannsökuð, en með hliðsjón af lyfhrifum þess er ólíklegt að það hafi nokkur áhrif á þessa hæfni. Við akstur bifreiða og stjórnun vinnuvéla skal hafa í huga að sjúklingur, sem meðhöndlaður er við háþrýstingi, getur stöku sinnum fundið fyrir sundli eða þreytu. **Aukaverkanir:** Í rannsóknum voru aukaverkanir vægar, gengu fljótt yfir og voru sambærilegar við lyfleysu. Ekkert samband var á milli aukaverkana annars vegar og aldur eða kyns hins vegar. **Algengar (>1%):** Almennar: Höfuðverkur, bakverkir, svimi. Öndunarvegur: Sýkingar í öndunarvegi. **Sjaldgæfar (0,1%-1%):** Hjarta- og æðakerfi: Fyrsta stigs AV-blokk. Meltingarvegur: Uppköst. Einstaka sinnum veldur meðferð með lyfinu ofsabjúg. Rannsóknaniðurstöður: Lyfið getur aukið þvagsýru, blóðsykur og ALAT (S-GPT) í sermi og einstaka sinnum verður minnkun á blóðrauða og aukning á ASAT (S-GOT) í sermi. Hýdróklórtíazíð veldur örsjaldan gulu (intrahepatic cholestatic jaundice), brisbólgu, hvítfrumnafæð (leukopenia), hlutleysiskyrningafæð (neutropenia)/kyrningahrap (agranulocytosis), blóðflagnafæð, vanmyndunarblóðleysi (aplastic anaemia), blóðlýsublóðleysi (hemolytic anaemia), auknu ljósnæmi, æðabólgu með drepi (necrotising angitis), drepi í húðþekju (toxic epidermal necrolysis), bráðaofnæmi, andnauð (þar á meðal lungnabólga og lungnabjúgur), skertri nýrnastarfsemi og millivefjanýrnabólgu (interstitial nephritis). **Ofskömmtun:** Einkenni: Með hliðsjón af verkunarhætti lyfsins má gera ráð fyrir að helstu einkenni ofskömmtunar séu lágþrýstingur og sundl. Ofskömmtun með hýdróklórtíazíði lýsir sér einkum með bráðu vökva- og saltatapi. Einnig geta sést sundl, lágþrýstingur, þorsti, hraðtaktur, hjartsláttartruflanir frá sleglum, slæving/skert meðvitund og vöðvakrampi. Meðferð: Engar sértækar upplýsingar liggja fyrir um meðferð við ofskömmtun með Atacand® Plus. Eftirfarandi er þó ráðlagt við ofskömmtun. Þegar það á við er mælt með að uppköst séu framkölluð og magaskolun beitt. Ef fyrir kemur lágþrýstingur með einkennum skal veita meðhöndlun við þeim og fylgjast með mikilvægustu líkamsstarfsemi. Sjúklingur skal liggja á bakinu með hærra undir fótum. Ef það nægir ekki, skal auka plasmarúmmál með innrennslislyfi, t.d. saltvatnslausn. Kanna skal salt- og sýrujafnvægi og leiðrétta það, gerist þess þörf. Adrenvirk lyf má gefa ef ofannefnt reynist ófullnægjandi. Ekki er hægt að fjarlægja candesartan með blóðskilun. Ekki er vitað í hve miklum mæli er unnt að fjarlægja hýdróklórtíazíð með blóðskilun. **Pakkningar:** 28 stk. *(þynnupakkað): 3.640 kr.* 98 stk. *(þynnupakkað): 10.460 kr.*

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

Frelsi til tjáningar og gjörða

Þankar vegna samþykktar stjórnar LÍ



Þorvaldur Veigar Guðmundsson

Stjórn Læknafélags Íslands gerði samþykkt um *frelsi til hugsunar og tjáningar* og birti í Morgunblaðinu þann 3. janúar síðastliðinn. Ekki er getið tilefnis, en skilja má af samþykktinni að það hafi verið sá atburður á Landspítala - háskólasjúkrahúsi að læknir var valinn til stjórnunarstarfs, en valið síðar dregið til baka. Ekkert nafn var nefnt og mun ég fylgja því fordæmi með einni undantekningu. Áður en ályktunin birtist hafði Morgunblaðið tekið málið upp á mjög sérstæðan hátt og haldið því fram að um skoðanakúgun væri að ræða. Stjórnendur Landspítala - háskólasjúkrahúss hafi óvænt komist að skoðun læknisins á einkarekstri í heilbrigðiskerfinu og því hafi boðið verið afturkallað. Þetta átti að hafa gerst þegar læknirinn sendi út fréttatilkynningu þar sem kunngerð voru áform einkaaðila um að stofna nýja miðstöð fyrir sérhæfða heilbrigðisþjónustu. Í þessu sambandi má minna á að viðkomandi læknir hefur ekki farið dult með skoðanir sínar á einkarekstri í heilbrigðiskerfinu, þvert á móti hefur hann verið einarður talsmaður einkareksturs við hvern sem heyra vildi. Að gera því skóna að stjórnendur Landspítala - háskólasjúkrahúss hafi ekki þekkt skoðanir læknisins er í raun að gera afar lítið úr honum og hans málflutningi.

Orðalag ályktunar stjórnar LÍ bendir til að hún hafi ekki kannað tilefnið sem skyldi og það eru ekki góð vinnubrögð.

Lítum á hvað gerðist samkvæmt frásögnum í fjölmiðlum. Læknirinn sendi út fréttatilkynningu þar sem greint var frá ákvörðun um „að stofna félag til að kanna hagkvæmni þess að reisa nýja miðstöð fyrir sérhæfða heilbrigðisþjónustu". Fram kom að margir eiga aðild að félagsstofnuninni en það fór ekki á milli mála að hann var í forystu fyrir hópnum og ætlaði að leggja vinnu í framgang þessa málefnis. Í viðtölum í fjölmiðlum sem fylgdu deildi hann á Landspítala - háskólasjúkrahús fyrir að standa sig ekki sem skyldi og valda ekki verkefni sínu þrátt fyrir 20 milljarða króna fjárveitingu. Hin fyrirhugaða félagsstofnun væri meðal annars til að bæta úr afleiðingum þessarar vangetu.

Við skoðun málsins koma að minnsta kosti fjögur atriði fram:

1. Skoðanir læknisins á einkarekstri.
2. Áform um að vinna að stofnun einkafyrirtækis.
3. Vantrú á að stjórnendur Landspítala - háskólasjúkrahúss geti leyst verkefnið sem þeim er falið.
4. Læknirinn vill vinna að lausn verkefnisins, - ekki innan Landspítala – háskólasjúkrahúss og með starfsmönnum þess - heldur stofna til þess nýtt félag.

Umræðan um þetta atvik verður alröng ef eingöngu er tekið til skoðunar fyrsta atriðið eins og gert var í yfirlýsingu stjórnar LÍ. Þar segir að á Landspítala - háskólasjúkrahúsi eigi að ríkja „akademískt frelsi til hugsunar og tjáningar um þróun heilbrigðisþjónustu hér á landi". Í yfirlýsingum frá stjórnendum Landspítala - háskólasjúkrahúss hafa einnig komið fram skoðanir um það efni. Í yfirlýsingu forstjóra Landspítala - háskólasjúkrahúss í Morgunblaðinu 15. desember síðastliðinn segir að stjórnendur spítalans „virði málfrelsi, skoðanafrelsi og tjáningarfrelsi" og í yfirlýsingu framkvæmdastjóra kennslu og fræða á sama stað segir að enginn dragi í efa frelsi læknisins til þeirra skoðana sem hann hefur gefið til kynna. Ennfremur segir „um þetta eru forstjórinn og öll framkvæmdastjórnin algerlega sammála". Svo er að sjá að skoðanir stjórnar LÍ og stjórnenda Landspítala - háskólasjúkrahúss falli saman í þessu.

Ef grannt er skoðað er tjáningafrelsi í opinberri umræðu þó oftast takmarkað að einhverju leyti. Miklar deilur hafa orðið um sumar þær skoðanir sem forseti Íslands hefur sett fram opinberlega og hvað sé við hæfi að komi fram í opinberum ræðum hans. Varla eru ráðherrar ætíð sammála gerðum annarra ráðherra. Gagnrýni þeir hver annan opinberlega, hriktir í undirstöðum ríkisstjórnar og eins líklegt að hún falli. Deilumál eru leyst innanhúss, eða að minnsta kosti ekki rædd opinberlega. Í mörgum einkafyrirtækjum og jafnvel á stofum lækna er starfsmönnum bannað að ræða utan fyrirtækisins um það er varðar innri starfsemi þess. Með öðrum orðum, við ráðningu og kosningu hafa menn afsalað sér hluta af tjáningarfrelsi sínu. Í Codex Ethicus og lögum eru settar takmarkanir á tjáningafrelsi lækna.

Í Morgunblaðinu var sagt að opinber rekstur og einkarekstur gætu farið saman. Allir sem þekkja til reksturs heilbrigðisþjónustunnar vita að í áratugi hefur hluti sjúkrahúslækna rekið einkastofur jafnhliða fullu starfi á sjúkrahúsum. Mér er ekki kunnugt um að nokkurs staðar tvinnist saman jafn náið einka- og opinber rekstur, né veit ég dæmi til að nokkurri annarri stétt hafi verið sýndur sá trúnaður að vinna hjá einni stofnun og reka jafnframt eigin starfsemi sem eðli starfsins vegna verður að hluta til að fara fram í dagvinnu

Höfundur er læknir, PhD og fyrrverandi lækningarforstjóri Landspítalans.

og það án strangs eftirlits vinnuveitanda. Þetta er auðvitað gert með fullu leyfi yfirvalda og samkvæmt samningi sjúkrahúslækna. Ekki er allir sammála um ágæti þessa kerfis, hvorki læknar né aðrir.

Göngudeildastarfsemi í formi *polýklínika* eins og tíðkast í nágrannalöndum okkar hefur ekki náð að þróast hér á landi. Því er rekstur einkastofa undirstaða þess að kunnátta sjúkrahúslækna nýtist sjúklingum sem ekki leggjast inn á spítala. Á meðan það breytist ekki verða sjúkrahúslæknar að hafa leyfi til að reka einkastofur enda um það samið. Í þeim samningi er kveðið á um framkvæmd þeirra mála og raunar eru einnig í lögum um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins ákvæði þar að lútandi. Þótt eftirlitið með framkvæmd samningsins hafi ekki verið strangt getur það breyst. Sumir ætla að sjúkrahúslæknar misnoti þetta frelsi. Flestir læknar muna „stimpilklukkumálið" á Ríkisspítulum fyrir nokkrum árum. Einn þáttur þess var að auka eftirlit með vinnuskilum lækna. Það skiptir læknastéttina miklu máli að sýna að hún er traustsins verð og læknar verða að fara með mikilli gát með þann trúnað.

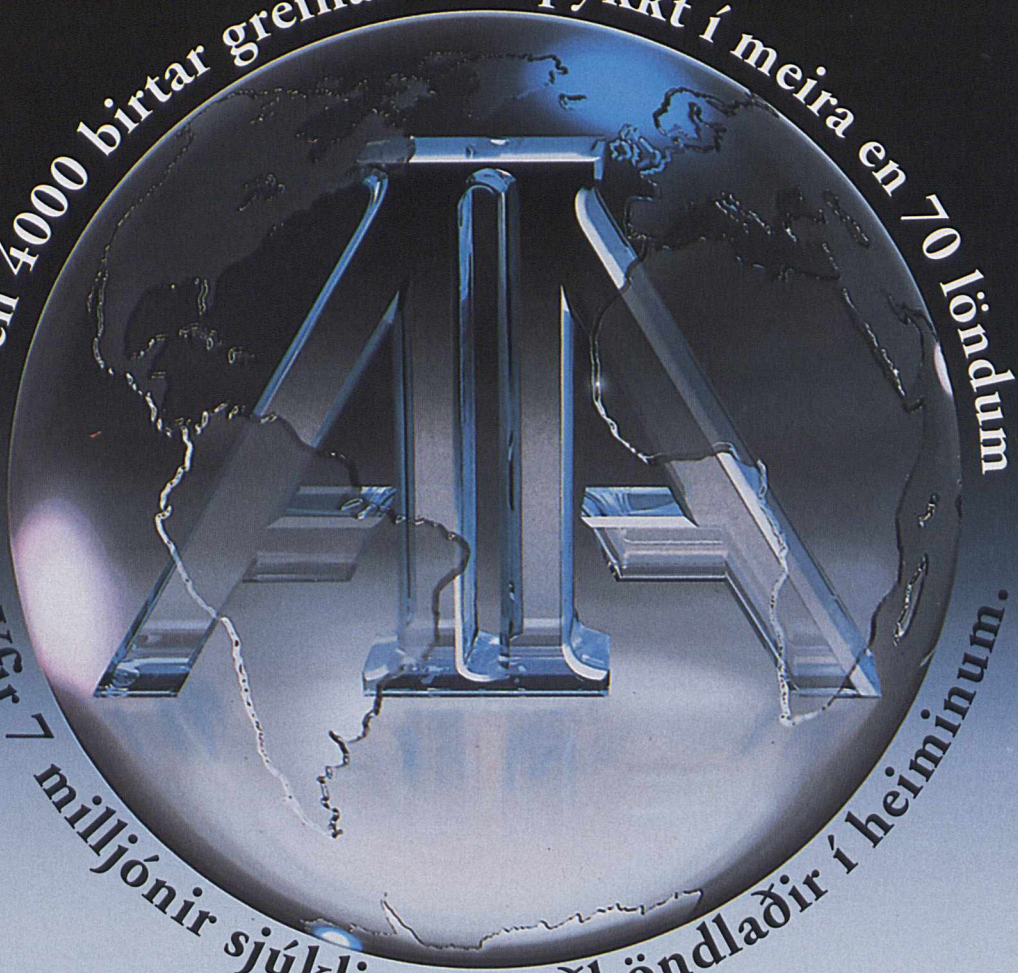
Víða í þjóðfélaginu er verið að skerpa samskiptalínur, samanber ýmsa þjónustusamninga svo og samninga Landspítala - háskólasjúkrahúss og Háskóla Íslands sem nú er unnið að. Gerðar eru kröfur um að ríkisrekstur líkist einkarekstri á sem flestan hátt. Ekki er úr vegi að líta á hvað sagt hefur verið í fjölmiðlum um ofannefnt mál í sambandi við einkarekstur. Varaformaður stjórnarnefndar Landspítala – háskólasjúkrahúss, sem er háttsettur stjórnandi í einkafyrirtæki, taldi að réttara hefði verið fyrir lækninn að leita eftir leyfi frá störfum við spítalann á meðan hann vann að málefnum læknastöðvanna. Í dagskrá á Rás 2 þann 19. desember síðastliðinn var rætt við Sigurð Helgason stjórnsýslufræðing og sagði hann meðal annars: „... ég er ekki í nokkrum vafa um að ef að sambærilegt mál hefði komið upp hjá einkafyrirtæki hefði viðkomandi aðila verið vikið úr starfi". Hvorki var það gert né lækninum gert að taka sér frí, en boð um aukna ábyrgð var dregið til baka.

Í yfirlýsingum yfirmanna á Landspítala – háskólasjúkrahúsi hefur ítrekað verið rætt um trúnaðarbrest milli þeirra og margnefnds læknis. Það er augljóst af fréttatikynningunni og umræðum eins og fyrr var rakið að læknirinn hefur ekki trú á að stjórnendur Landspítala – háskólasjúkrahúss geti leyst á viðunandi hátt það verkefni sem þeir hafa tekið að sér og til að bæta þar nokkuð um ætlar hann að stofna einkafyrirtæki. Ekki tjáði hann yfirmönnum sínum þetta, ekki minntist hann heldur á þau auknu verkefni sem hann hafði tekið að sér þó hann væri í viðræðum við þá um stöðuhækkun á spítalanum, en sendi tilkynningu þar um til fjölmiðla. Ekki leikur vafi á að læknirinn sýndi yfirmönnum sínum og væntanlegum samstarfsmönnum við stjórnun ekki nokkurn trúnað.

Í heimi vaxandi peningahyggju, samkeppni og hörku á öllum sviðum, jafnframt aukinni spurn eftir spítalalæknum í hlutastörf og kröfunni um að opinber rekstur líkist sem mest einkarekstri, er næsta víst að krafan um eftirlit með vinnuskilum lækna verður háværari. Ég tel mikla nauðsyn á, bæði vegna lækna og sjúkrahússins, að fram fari viðræður milli Læknafélags Íslands og Landspítala – háskólasjúkrahúss um ýmis samskipti félagsins og lækna við spítalann. Meðal þess sem þarf að ræða er framkvæmd ákvæða í samningi sjúkrahúslækna sem snúa að einkarekstri lækna, hlutastörfum þeirra hjá einkafyrirtækjum og öðrum stofnunum og hvernig læknum verði tryggt frelsi til að sinna sjúklingum sem ekki liggja á spítalanum. Umræða milli samninganefnda LÍ og ríkisins um laun dugar ekki, bein umræða við spítalann er nauðsynleg.

Skrifað í janúar 2001

Fyrstur í nýjum flokki



Sértæk verkun -

COZAAR®

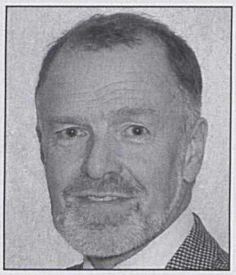
LOSARTAN, MSD

þolist mjög vel

FARMASÍA ehf.

COZAAR
MSD, 930306; 970239 Töflur; C 09 AC 01
VIRKT INNIHALDSEFNI: Losartanum kalíumsalt INN, 12,5 mg eða 50 mg.
Ábendingar: Háþrýstingur og hjartabilun **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum. **Meðganga og brjóstagjöf:** COZAAR á ekki að nota á meðgöngu og konur með barn á brjósti eigi ekki að nota COZAAR. **Varúð:** Ofnæmi. Ofnæmisbjúgur. Lágþrýstingur og elektrólýta/vökva ójafnvægi. Hjá sjúklingum með vökvaskort geta einkenni um lágþrýsting komið fyrir. Þennan vökvaskort á að leiðrétta fyrir gjöf COZAAR eða nota lægri upphafsskammt af COZAAR. Skert lifrarstarfsemi. Íhuga ætti lægri upphafsskammt fyrir sjúklinga með sögu um skerta lifrarstarfsemi. Skert nýrnastarfsemi. Breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, hafa verið skráðar hjá næmum einstaklingum; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka ef meðferð er hætt. Aukning á úrea og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með þrengsli í annarri eða báðum nýrnaslagæðum hafa verið skráð hjá COZAAR; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. *Sjúklingar með hjartabilun* Hvorki gjöf COZAAR í staðinn fyrir ACE hemil né notkun COZAAR með ACE hemlum hefur verið rannsökuð nægilega hjá sjúklingum með hjartabilun. ***Aukaverkanir: Algengar (>1%):*** Svimi, lágþrýstingur. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Stöðubundinn lágþrýstingur. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Ofnæmi: Ofnæmisbjúgur sem felst í bjúg á barkakýli og raddfærum og veldur andnauð og/eða bjúg í andliti, vörum, koki og/eða tungu. Sumir þessarra sjúklinga hafa áður fengið ofnæmisbjúg með öðrum lyfjum þ.m.t. ACE hemlum. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, lifrarbólga, truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Húð:* Ofsakláði, kláði. *Stoðkerfi:* Vöðvaverkir. *Taugakerfi:* Migreni. *Breytingar á blóðgildum:* Hækkað kalíum í blóði, væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir, sem gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Háþrýstingur. Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Hámarks blóðþrýstingslækkandi áhrif lífsins nást 3-6 vikum eftir að meðferð er hafin. Auka má skammtinn í 100 mg einu sinni á dag. Nota skal 25 mg upphafsskammt einu sinni á dag handa sjúklingum sem misst hafa mikinn vökva og þeim sem hafa eða hafa haft skerta lifrarstarfsemi. Ekki er þörf á að breyta upphafsskammti aldraðra sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun. COZAAR má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum. Hjartabilun: Upphafsskammturinn af COZAAR hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Auka má skammtinn á viku fresti um 12,5 mg daglega (þ.e. í skammtana 25 mg daglega eða 50 mg daglega), í venjulegan viðhaldsskammt, 50 mg einu sinni á dag. Tekið skal tillit til hvernig sjúklingur þolir þetta. **Skammtastærðir handa börnum:** COZAAR er ekki ætlað börnum **Pakkningar, verð(desember, 2000), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: 12,5 mg:** 28 stk Verð: 2168 kr. **50 mg:** 28 stk. Verð: 3276 kr 98 stk. Verð: 9491 kr. **Upphafspakkning: 12,5+50 mg: 35 stk:** Verð: 3276 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþáttaka:** B. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Bioavailability



Jóhann Heiðar Jóhannsson
Netfang:
johannhj@landspitali.is

Dægradvöl V er tekin upp úr Læknablaðinu. Spurt er um höfund og útgáfuár.

Dægradvöl V

„Af þessu verður ljóst, að þegar læknir hefur lokið sérnámi, hefur hann nær helming ævi sinnar mestmegnis fengizt við erlent ritmál og fimmta hluta ævinnar haft lítil skipti af íslenzkri tungu, heldur hugsað, talað og ritað á erlendu máli."

„Liggur því nærri að ætla, að íslenzk tunga sé í nokkru meiri hættu stödd af völdum lækna en annara menntamanna, einnig má gera ráð fyrir, að þessi hætta hljóti að vaxa, eftir því sem læknar leggja meiri rækt við fræðigrein sína."

ÍSLENSK MÁLSTÖÐ FRAMSENDI TÖLVUSKEYTI SEM þangað hafði borist. Spurt var um hugtakið bioavailability og íslenskun þess. Íðorðasafn lækna veitti ekki úrlausn. Frá enska nafnorðinu **bioavailability** er aðeins vísað í **physiological availability**, en þar er heldur ekki íslenskt heiti að finna, aðeins spurningarmerki (?). Fyrirspyrjandi hafði sjálfur nokkrar lausnir á takteinum, *aðgengi, líffræðilegt aðgengi, lífaðgengi, lífgengi* og *ígengi*, en líkaði misvel og vildi fá umræðu um þær.

Orðhlutaskýringar gefa til kynna að fyrsti hlutinn **bio-** merki *líf-* eða *líffræðilegur*. Ensk-íslensk orðabók Arnar og Örlygs gefur þýðingar á **availability**: *fáanleiki, það að vera fyrir hendi, tiltækileiki,* og Ensk-íslensk tölvuorðabók Máls og menningar einnig: *auðfáanleiki*. Hin mikla alfræðiorðabók Websters rekur uppruna til latnesku sagnarinnar **valeo** (valere) sem getur haft ýmsar merkingar: *koma að gagni, vera einhvers virði, vera sterkur, hafa áhrif, vera virkur, vera hraustur, vera fær* og *að sigra*. Enska lýsingarorðið **available** merkir: *til reiðu, fyrir hendi, laus, fáanlegur* eða *tiltækur*. Auðvelt er því að setja saman þá orðskýringu að **bioavailability** tákni það ástand eða þann eiginleika að vera **líffræðilega tiltækur** eða **fyrir hendi**. Orðskýringarnar gefa hins vegar ekki til kynna hvaða hugtak liggur að baki.

Leit í læknisfræðiorðabókum leiðir í ljós að heitið **bioavailability** er notað um *það magn eða hlutfall lyfs eða efnis sem tiltækt verður á verkunarstað,* og er þannig markvef (target tissue) eða markfrumum (target cells) lífeðlisfræðilega (andstætt við efnafræðilega) til reiðu. Oft er þó eingöngu verið að vísa í það hundraðshlutfall af gefnum lyfjaskammti sem kemst inn í blóðið og berst með blóðrás til vefja. Spyrja má þá hvort forskeytið **bio-** sé nauðsynlegt í hinu erlenda heiti? Er ekki nóg að tala um **availabilty**? Væri ekki heppilegra og nákvæmara að nota orðin **blood availability**, **tissue availability** eða **cellular availability** um það af lyfinu sem er til reiðu á viðkomandi stað?

Aðgengi

Nafnorðið **aðgengi** finnst ekki í Íslenskri orðabók Máls og menningar frá 1992, en birtist í tölvuorðabókinni frá 1999 og í Orðabanka Íslenskrar málstöðvar sem þýðing á **accessibility**. Leit í ritmálsskrá Orðabókar Háskólans gaf til kynna að orðið hefði komið fram á síðari hluta tuttugustu aldarinnar og fyrst verið notað um aðgengi fatlaðra að byggingum. Litlu eldra er orðið **aðgengileiki**. Lýsingarorðið **aðgengilegur** er mun eldra, eða frá miðri nítjándu öld, og má nota um það sem gott er að komast að. Undirritaður fékk að bragði þá hugmynd að viss endaskipti hefðu orðið á hlutunum þegar **aðgengi** var valið í lyfja- og læknisfræðilegu samhengi sem þýðing á **availability**. Samkvæmt upprunalegu merkingunni ætti aðgengi lyfs að tákna hversu vel (eða illa) lyfið kemst inn í líkamann eða tiltekna vefi, en ekki hversu mikið af lyfinu er til reiðu.

Aðgengi er lipurt orð og sér undirritaður ekki ástæðu til að amast við því. Það er komið í notkun og hefur eignast formlegan sess í lyfjalýsingum sem undirfyrirsögn í köflum um **lyfjahvörf**. Vera má að þetta heiti geti haft víðari merkingu en að var stefnt, en það misskilst varla í þessu samhengi. Hin heitin **lífaðgengi** og **lífgengi** eru síst gegnsærri. Vera má þó að heitið *ígengi* geti orðið til skilningsauka. Þannig mætti búa til heitið **blóðígengi** eða **vefjaígengi**, og jafnvel **blóðgengi**. Öll eru þau styttri og liprari en **bioavailability**, sem er átta atkvæði. Hugmyndir lesenda eru vel þegnar.

Procedure

Snemma á síðasta ári barst fyrirspurn frá Shreekrishna Datye, skurðlækni á FSA, um íslenskt heiti á **procedure**. Íðorðasafn lækna tilgreinir tvö heiti, *aðferð, lag*, og Ensk-íslensk orðabók Arnar og Örlygs gefur þrjár merkingar, *1. aðferð, framgangur, framgangsmáti. 2. réttarfar. 3. viðteknir starfshættir, viðskiptahættir*. Ekkert af þessu virtist duga fyrir það sem Shree hafði í huga. Hann var að leita að íslensku heiti til að tákna mismunandi aðgerðir (procedures) sem gerðar væru við sömu skurðaðgerð (operation). Þarna virtist um að ræða flokkunarheiti á skurðstofuverkum, fremur en lýsandi aðgerðarheiti, því ekki virtist skipta máli hvort aðgerðirnar væru gerðar með einum skurði eða fleirum. Undirritaður leitaði mikið í tiltækum orðabókum, þar á meðal Samheitaorðabókinni, en fann ekki lausn sem líkaði og hefur síðan enga hugljómun fengið. Hafa aðrir læknar fundið lausn fyrir Shree?

Dægradvölin

Dægradvölin í síðasta pistli fjallaði um klæðnað manna og var úr Heilsufræði, Alþýðubók og skólabók, eftir Steingrím Matthíasson, héraðslækni á Akureyri. Bókin var gefin út árið 1914 og fylgdi höfundur henni úr hlaði með þessum orðum: „Það er ósk mín og von, að bók mín opni augu margra landa minna fyrir verðmæti heilsunnar og megi verða alþýðu manna til fróðleiks og jafnvel skemmtunar."



Flixonase

Fluticasone propionate 50 µg/sk

Flixonase er áhrifarikt og hraðvirkt nefúðasteralyf gegn ofnæmisbólgum í nefi.

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



gsk GlaxoSmithKline
Þverholt 14 - sími 530 3700
www.gsk.is

Flixonase, GlaxoSmithKline
NEFÚÐALYF; RE 1 g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 0,5 mg, Benzalkonii chloridum 0,2 mg, Phenethanolum 2,5 mg, hjálparefni og Aqua purificata q.s. ad1 g. Hver úðaskammtur inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 50 míkróg. **Eiginleikar:** Lyfið er vatnslausn af flútíkasóni til staðbundinnar meðferðar á ofnæmisbólgum í nefslímhúð. Lyfið er barksteri með kröftuga bólgueyðandi verkun en hefur litlar almennar aukaverkanir, þar sem lyfið umbrotnar hratt í lifur í óvirkt umbrotsefni. Staðbundinn verkunartími er allt að 24 klst. **Ábendingar:** Til meðferðar á og til að fyrirbyggja ofnæmisbólgur í nefslímhúð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varúð:** Ekki er mælt með notkun lyfsins á meðgöngutíma. **Aukaverkanir:** Þurrkur og erting í nefi og hálsi. Óþægilegt bragð og lykt. Blóðnasir hafa komið fyrir. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** 2 úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Í stöku tilvikum þarf að gefa lyfið tvisvar sinnum á dag. **Skammtastærðir handa börnum:** *Börn 12 ára og eldri:* Sömu skammtar og handa fullorðnum, sbr. hér að framan. *Börn 4-11 ára:* Ein úðun í hvora nös einu sinni á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 4 ára. **Pakkningar og verð:** 16 ml (120 úðaskammtar). Verð 1. okt. 2000: 2.821 krónur. - 20.11.00
Hverri pakkningu lyfsins skal fylgja leiðarvísir á íslensku með leiðbeiningum um notkun þess.

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

Faraldsfræði í dag
Hvað er *confounding*?



María Heimisdóttir
Netfang:
mariah@decode.is

Fyrir nokkrum vikum var fjallað um orsakasamband og í því samhengi minnst stuttlega á sýndarsamband (spurious association) sem hugsanlega skýringu rannsóknarniðurstaðna. Ein orsök sýndarsambands er röskun eða *confounding* og er það efni þessa pistils.

Röskun er að sumra álita eitt áhugaverðasta og flóknasta hugtak sem fyrir kemur í faraldsfræði. Hugtakið er eitt þeirra sem lögð eru til grundvallar við túlkun niðurstaðna faraldsfræðilegra rannsókna, einkum samanburðarrannsókna (observational studies), en einnig við túlkun tilrauna eða íhlutandi rannsókna (clinical trials). Röskun má skilgreina á einfaldan hátt sem brenglun á sambandi (áhættu) þátta og sjúkdóma (eða annarra útkoma, svo sem einkenna). Þannig leiðir röskunin til þess að tilteknir áhættuþættir og sjúkdómar virðast tengdir en ekki er um raunverulegt orsakasamband að ræða. Afleiðingar röskunar geta einnig verið í þveröfuga stefnu - röskun getur falið raunveruleg tengsl milli áhættuþátta og sjúkdóma. Röskun getur jafnvel breytt stefnu tengslanna, til dæmis þannig að svo virðist sem tiltekinn þáttur auki líkur á sjúkdómi þegar hann er í raun verndandi. Í hvora áttina sem röskunin er geta áhrif hennar verið mismikil, allt frá því að vera svo smávægileg að hagnýti niðurstaðnanna er algerlega óskert og til þess að valda sterku sýndarsambandi milli þátta sem eru alls ótengdir.

Almennt gildir að röskunin (eða brenglunin) stafar af áhrifum einhvers þriðja þáttar, sem er tengdur áhættuþættinum en er jafnframt tengdur sjúkdómnum. Auk þessarar almennu reglu er rétt að hnykkja á nokkrum atriðum sem einnig þurfa að vera fyrir hendi. Í fyrsta lagi; til að um röskun sé að ræða þarf þessi þriðji þáttur (raskandi þáttur) að hafa í för með sér auknar líkur á sjúkdómnum en þarf ekki að valda honum. Sem dæmi um slíkt má minna á gula fingur sem raskandi þátt varðandi tengsl tóbaksreykinga og lungnakrabbameins. Reykingamenn hafa oft gula fingur og eru einnig líklegri en aðrir til að fá lungnakrabbamein. Guli liturinn er þannig tengdur bæði áhættuþættinum og sjúkdómnum en veldur ekki sjúkdómnum. Í öðru lagi, hinar auknu líkur á sjúkdómnum sem hinn raskandi þáttur hefur í för með sér verða að vera óháðar áhættuþættinum sem verið er að rannsaka. Þannig verða að vera tengsl milli hins raskandi þáttar og sjúkdómsins, jafnvel meðal þeirra einstaklinga sem ekki hafa áhættuþáttinn. Í þriðja lagi, hinn raskandi þáttur getur ekki verið hluti af orsakabrautinni (causal pathway) sem liggur milli áhættuþáttarins og sjúkdómsins. Setjum sem svo að hinn raskandi þáttur sé tiltekið efni sem mælt er í blóði. Ef áhættuþátturinn leiðir til þess að magn þessa efnis eykst í blóði, og ef sú aukning eykur líkur á að sjúkdómurinn komi fram, þá er ekki um röskun að ræða heldur er allt ferlið hluti af orsakabrautinni sem tengir áhættuþátt og sjúkdóm.

Mikilvægt er að gera skýran greinarmun á röskun og skekkju (bias), ekki síst vegna þess að ólíkar reglur gilda um fyrirbyggingu og meðferð þessara vandamála. Röskun er afleiðing flókins sambands milli hinna ýmsu áhættuþátta og sjúkdóma. Röskun er þannig til staðar í því umhverfi þar sem rannsóknin fer fram. Oft er unnt að draga úr áhrifum hennar á niðurstöður rannsókna með því að takmarka hvaða einstaklingar eru valdir í rannsóknina (restriction), með því að para einstaklinga sem valdir eru í samanburðarhópa (matching) eða með slembiaðferðum (randomization). Jafnvel með slíkum aðferðum tekst ekki alltaf að hindra röskun en þá má grípa til tölfræðilegra aðferða til að minnka áhrif hennar á niðurstöðurnar. Ef talið er að röskun sé enn til staðar þrátt fyrir tölfræðilegar aðgerðir til úrbóta er mikilvægt að leitast við að meta umfang hennar og stefnu til að geta túlkað niðurstöðurnar sem best.

Skekkja er hins vegar bein afleiðing þeirra aðferða sem beitt er við hönnun og framkvæmd rannsóknarinnar. Skekkja er ekki hluti af því umhverfi sem rannsóknin fer fram í en er afleiðing ófullkominnar aðferðafræði. Hagstæðar aðstæður og vandvirkni við hönnun og framkvæmd rannsóknar lágmarka líkur á skekkju. Ef skekkja hefur samt sem áður orðið til í rannsókninni er engin leið til að draga úr áhrifum hennar eða leiðrétta hana. Eina úrlausnin er að reyna að mæla umfang og stefnu skekkjunnar og nota þá vitneskju við túlkun og notkun niðurstaðnanna.

Aventis

Nasacort®

triamcinolon acetonid

Lyktarlaust og bragðlítið[1]

- 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]

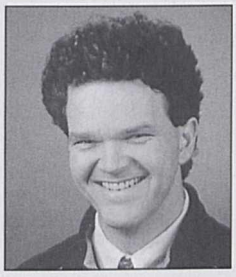
nefúði
tíksótróp
lyktarlaust
bragðlítið

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 bifreiðaaksturs 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

Af fordómum og pöddum



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.

Við rúmstokkinn

Fræðslustofnun lækna blés til fundar á þrettándanum og hleypti af stokkunum fundaröðinni **Við rúmstokkinn** undir stjórn rúmstokksnefndarinnar með þá Kjartan, Arnór, Ásbjörn, Óskar og Jón Gunnlaug innanborðs. Kynnt var sjúkratilfelli eftir að fundarmenn höfðu hitað upp með kaffi eða kakói og rúnstykkjum. Fjölmenni var á fundinum og voru 76 hausar taldir bæði lækna og læknanema, þó hinir fyrrnefndu væru í miklum meirihluta. Einhver hafði á orði að fundir sem þessir gætu ekki brugðist því nafnið eitt væri svo trekkjandi. Það vekti upp gamlar og góðar minningar úr Tónabíói, þegar menn flykktust á rúmstokksmyndirnar dönsku og bláu fyrr á árum. Gullkorn sem heyrðist: „Óalgeng einkenni algengra sjúkdóma eru algengari en algeng einkenni óalgengra sjúkdóma." Ó, þú ástkæra, ylhýra ... ! Vel gert, rúmstokksbræður.

Fordómar

Einn af reyndari heimilislæknum höfuðborgarinnar hefur vanið komur sínar í Laugardalslaugina á undanförnum árum. Til þess er tekið hve vel sundið hefur farið með lækninn. Í tvígang hefur hann tekið þátt í endurlífgun sundlaugargesta. Í seinna skiptið var læknirinn á sundi þar sem dýpi laugarinnar var um 166 sentimetrar. Þá tók hann eftir því að maður nokkur lá hreyfingarlaus í vatninu með höfuðið nær botni en fæturna. Læknirinn synti að manninum og rétti hann af þannig að höfuð beggja stóðu upp úr vatninu. Maðurinn andaði ekki og var því ekki um annað að ræða fyrir lækninn en að blása í hann lífi með munn-við-munn aðferðinni. Þegar björgunaraðgerðirnar stóðu sem hæst úti í miðri sundlauginni syndir eldri kona framhjá, lítur sem snöggvast til mannanna og segir: „Uss, að sjá til ykkar. Þið ættuð að skammast ykkar."

Pöddur skríðandi

Karlmaður kom til læknis og fór að að segja honum frá lífi sínu. Hann rifjaði meðal annars upp æskuna, talaði um vinnuna og matarvenjurnar. Læknirinn skoðaði manninn hátt og lágt og sagði síðan: „Ég finn ekkert að þér og ég átta mig ekki alveg á því hvers vegna þú kemur til mín í dag."

„Sérðu það ekki maður? Ég kem út af þessum pöddum, sem skríða út um mig allan."

„Drottinn minn dýri," hrópaði læknirinn. „Ég ætla bara að biðja þig um að halda þér fjarri mér og fyrir alla muni ekki bursta þær af þér hérna inni."

Hjartaskoðun

Sjúklingurinn: „Læknir, er nokkuð að hjartanu í mér?"

Læknirinn: „Ég get sagt með fullri vissu, eftir að hafa skoðað hjartað í þér gaumgæfilega, að það mun duga jafn lengi og þú."

Tekinn blóðþrýstingur

Fjögurra ára snáði var fluttur á bráðamóttökuna vegna kviðverkja. Áður en læknirinn skoðaði drenginn kom hjúkrunarfræðingur til hans og sagði: „Nú ætla ég að taka blóðþrýstinginn, góði minn."

Því næst kom barnalæknir sem skoðaði drenginn í þaula. Til allrar lukku reyndist ekkert alvarlegt ama að drengnum. Læknirinn sagði foreldrunum, sem voru mjög áhyggjufullir, að drengurinn mætti fara heim með þeim. Öllum til mikillar furðu neitaði drengurinn að fara. „Ég fer ekki heim fyrr en konan skilar aftur blóðþrýstingnum, sem hún tók," sagði sá stutti og benti á hjúkkuna.

Aldrei ánægð

Guðrún var áttræð og einn af tryggustu sjúklingum læknisins. Hún var síkvartandi þó hún væri laus við alvarlega sjúkdóma. Hún leit meira að segja svo vel út að hún gat verið að minnsta kosti 10 árum yngri en tugirnir átta gáfu til kynna. Dag nokkurn kom hún á stofu til Gríms læknis og það fór ekki fram hjá honum hve frískleg gamla konan var.

„Hvað gengur að þér í dag, Guðrún mín," spurði læknirinn.

„Mér hefur liðið svo vel að undanförnu, að ég kom nú bara til að fá athugað hvað amaði að mér," sagði konan.

Ekkert sýni

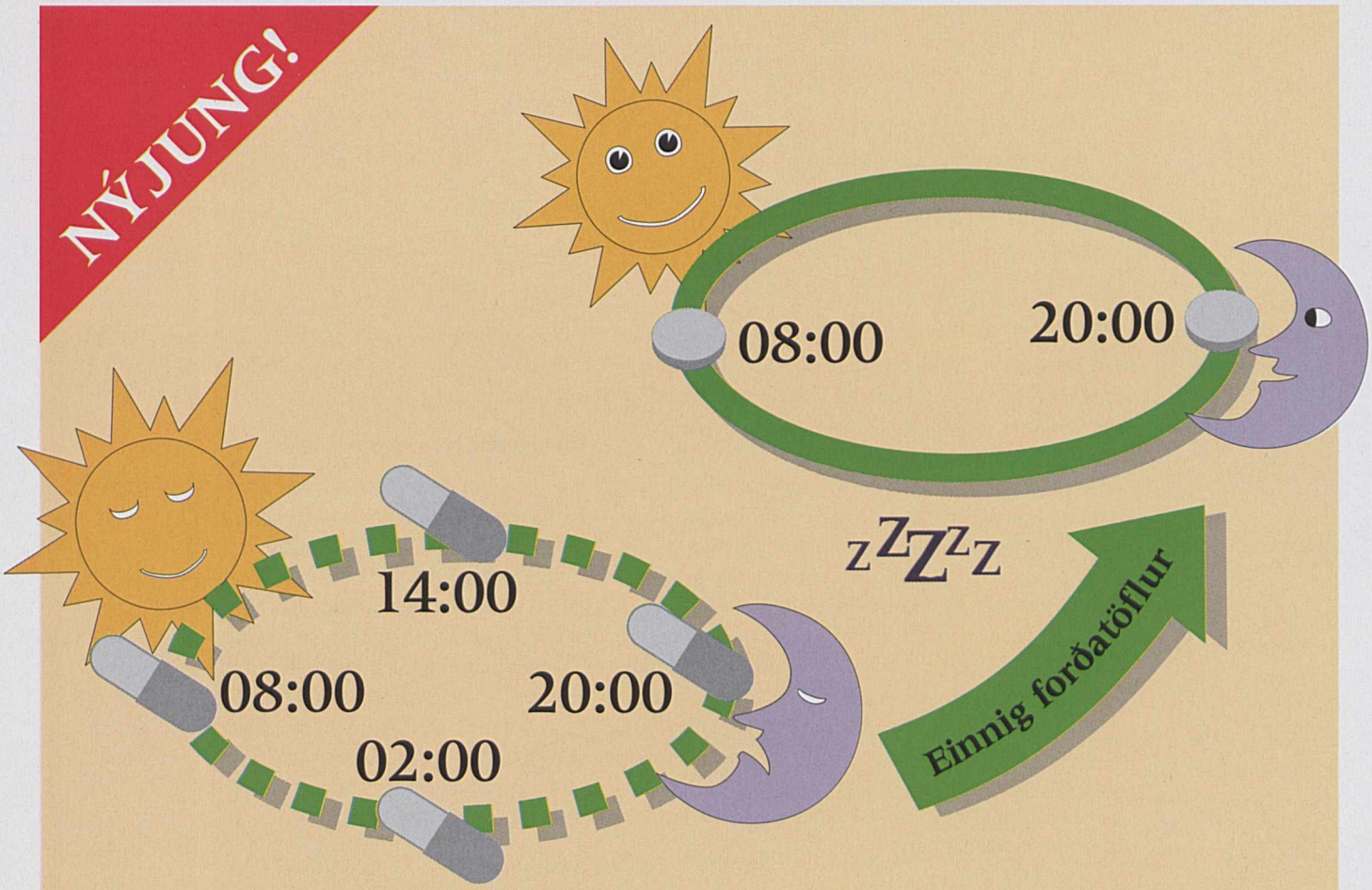
Eldri maður kvæntist sér yngri konu. Þau áttu þá ósk heitasta að eignast barn en allar tilraunir til getnaðar voru árangurslausar. Maðurinn fór til læknis og bað um að fá að fara í sæðisfrumutalningu.

Læknirinn rétti manninum krukku. „Farðu með þessa krukku heim og komdu svo á morgun með sæðisprufu í henni," sagði læknirinn.

Maðurinn kom til baka með tóma krukku. „Ég reyndi eins og ég gat, fyrst með annarri hendi og síðan með báðum, en allt kom fyrir ekki," sagði karlinn. „Þá bað ég konuna að prófa. Hún reyndi fyrst með hægri, svo með vinstri og loks með báðum en ekkert gekk hjá henni heldur. Loks bað ég nágrannakonuna að reyna, en tilraunir hennar voru einnig árangurslausar."

„Baðstu nágrannakonuna að reyna," spurði læknirinn undrandi.

„Já, hún er svo ansi kröftug, en ekkert okkar gat opnað krukkuna."



Tramadol hylki 3-4 sinnum á sólarhring

NOBLIGAN® RETARD

KVÖLDS OG MORGNA

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 læknseftirliti. 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. Hægt er að nálgast Sérlyfjaskrártextann í fullri lengd hjá Lyfjaumboðsdeild Pharmacia, Pharmaco hf.

Reglugerð um Orlofssjóð Læknafélags Íslands

I. Kafli
Aðild, framlög og hlutverk
1. gr.

Sjóðurinn heitir Orlofssjóður Læknafélags Íslands (LÍ) og á heimili og varnarþing á starfsstöð LÍ.

Rétt til aðildar að Orlofssjóðnum eiga allir félagar í Læknafélagi Íslands. Aðild að sjóðnum og framlag í hann skal vera með þessum hætti:

1. Með samningum samtaka lækna við vinnuveitendur eða sjúkratryggingar um ákveðið framlag eða frádrátt af greiðslum, sem rennur í sjóðinn. Framlag sjóðfélaga fer eftir ákvæðum viðkomandi kjarasamninga, úrskurðum kjaranefndar og öðrum samningum.

2. Einstakir læknar, er gera sérstakan samning við Orlofssjóð. Framlag þeirra skal ákveðið af orlofsnefnd hverju sinni.

Sjóðnum skal varið til þjónustu við félagsmenn í orlofi. Sjóðurinn á og rekur orlofshúsnæði og skapar á annan hátt aðstöðu til orlofsdvalar sjóðfélaga.

II. Kafli
Réttindi sjóðfélaga
2. gr.

Rétt til afnota af sumarhúsum eða annarri þjónustu Orlofssjóðs hafa allir sjóðfélagar, sbr. 1. gr.

Orlofsnefnd sbr. 3. gr., úthlutar skv. starfsreglum, sem hún setur í samráði við stjórn LÍ. Orlofsdvöl utan sumartíma verður úthlutað, eftir því sem óskir berast frá sjóðfélögum. Öllum sjóðfélögum skal tilkynnt fyrir 1. mars ár hvert, hvaða orlofsdvöl sjóðurinn bjóði upp á og skal sækja um leigu á sumarhúsum fyrir 1. apríl. Fyrir 15. apríl skal orlofsnefnd tilkynna hverjir hafa fengið oflofshús á leigu það sumarið. Einungis þeir, sem skuldlausir eru við LÍ og orlofssjóð, skulu hafa rétt til að taka orlofshús á leigu.

III. Kafli
Stjórn og rekstur sjóðsins
3. gr.

Stjórn LÍ skipar fimm lækna í orlofsnefnd til tveggja ára í senn. Orlofsnefnd gerir tillögur til stjórnar LÍ um meginákvarðanir varðandi uppbyggingu og rekstur orlofsheimila. Orlofsnefnd kynnir stjórn LÍ starfsáætlun, fjárhags- og fjárfestingaráætlun í lok hvers árs fyrir komandi ár.

Læknafélag Íslands annast daglegan rekstur sjóðsins. Reikningsár sjóðsins er almanaksárið. Kjörnir skoðunarmenn og löggiltir endurskoðendur LÍ endurskoða reikninga Orlofssjóðs, sem skulu lagðir fram til afgreiðslu á aðalfundi LÍ. Orlofsnefnd er heimilt að taka lán í nafni sjóðsins og undirgangast aðrar skuldbindingar að fengnu samþykki stjórnar LÍ. Óráðstafaður hluti sjóðsins skal ávaxtaður eins og best verður á kosið.

Orlofsnefnd ákveður leigugjald fyrir orlofshús.

IV. Kafli
Almenn ákvæði
4. gr.

Rísi ágreiningur um einstök atriði í reglugerð þessari, sker stjórn LÍ úr honum.

5. gr.

Breytingar á reglugerð þessari eru því aðeins gildar að þær hafi verið samþykktar af stjórn LÍ og aðalfundi LÍ.

Tillaga um að leggja Orlofssjóð LÍ niður þarf samþykki tveggja þriðju kjörinna fulltrúa á aðalfundi LÍ. Liggi fyrir lögmæt ákvörðun um að leggja sjóðinn niður renna eignir hans til Læknafélags Íslands.

Upphaflega samþykkt í september 1979. 4. gr. var breytt 1987. 8. gr. var breytt 1995.

Breyting var gerð hinn 12. desember 2000 á reglugerð Orlofssjóðs á sameiginlegum fundi stjórna LÍ/LR samkvæmt gildandi reglugerð. Var meðal annars nafni sjóðsins breytt úr Orlofsheimilasjóður LÍ/ LR í Orlofssjóð LÍ og þannig staðfest í reglugerð Orlofssjóðs sú skipan að sjóðurinn er og hefur verið eignfærður í ársreikningi LÍ.

Rannsókn hafin á meintri líffærasölu

Heilbrigðisráðherra Ísraels hefur skipað nefnd til að kanna ásakanir ísraelsks dagblaðs á hendur Greenberg stofnunni í réttarlæknisfræði í Tel Aviv. Stofnunin er sú eina á sínu sviði í Ísrael.

Blaðamennirnir Ronen Bergman og Gai Gavra á helgarútgáfu *Yediot Aharonot* dagblaðsins slógu upp á forsíðu nýverið að stofnunin sé bendluð við líffærasölu. Meðal þess sem blaðamennirnir studdust við í frásögn sinni voru „verðlistar" fyrir tiltekin líffæri og bein. Þessir líkamshlutar eru taldir hafa verið sendir til rannsóknastofnana við háskóla og til læknaskóla fyrir læknanema að æfa sig á. Erfitt er að nálgast líffæri til rannsókna í Ísrael vegna þess að trúarbrögð setja slíku verulegar hömlur. Einungis hefur verið heimilt að fjarlægja líffæri í því skyni að bjarga mannslífum, en ekki til rannsókna.

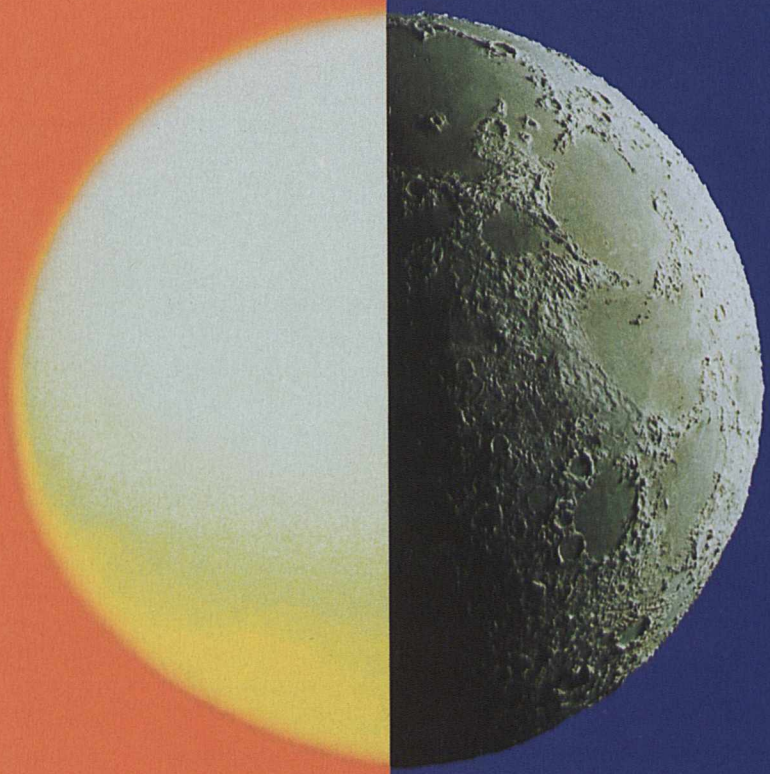
Talið er að þeir sem einkum hafa orðið fyrir barðinu á meintum líffærasölum séu erlent verkafólk sem átti enga ættingja í Ísrael. Líkin voru síðan fyllt með öðru efni, meðal annars bómull, í stað líffæranna.

Dr. Yitzhak Berlovich yfirmaður hjá ísraelska heilbrigðisráðuneytinu segir að fyrir tveimur árum hafi komið upp hliðstætt mál hjá réttarlæknisstofnuninni og þá hafi verið talið að skrúfað hafi verið fyrir þann leka. Hins vegar sé erfitt um vik að fá réttarlækna til að rannsaka slík mál því þeir séu allir tengdir stofnuninni á einn eða annan hátt þar sem hún sé sú eina sinnar tegundar í landinu. Almennt ber ástand stofnunarinnar vott um féleysi og niðurníðslu að mati greinarhöfunda. Flugur á sveimi og lasburða ísskápar, en hins vegar hafði heilbrigðisráðuneytið veitt fjármagni til að endurnýja skrifstofur starfsfólksins og kaffiteríuna myndarlega!

Yfirmaður stofnunarinnar, prófessor Yehuda Hiss, neitar því að um líffærasölu hafi verið að ræða en kvartar hins vegar undan því að fjármagn vanti til endurnýjunar á rannsóknaraðstöðu stofunarinnar. Það sé margfalt meira fjármagn en hafi verið varið til endurbóta á aðstöðu starfsfólksins.

Eftir að grein blaðsins birtist ákvað heilbrigðisráðuneytið að veita umtalsverðu fjarmagni (um einni milljón dollara) til endurbóta á rannsóknaraðstöðunni.

BMJ 2001; 322: 128.



NÝTT

AUGMENTIN

tvisvar á dag

MIXTÚRA & TÖFLUR

gsk GlaxoSmithKline

Nasst... / GLA 01-01-01

AUGMENTIN (GlaxoSmithKline 870191. (Amoxisillín og klavúnatsýra). **Ábendingar:** Sýkingar af völdum sýkla, sem eru næmir fyrir lyfjablöndunni. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir beta-laktam lyfjum, t.d. penicillíni og cefalósporínsamböndum. Mononucleosis. Saga um gulu eða skerta lifrarstarfsemi, sem tengist gjöf á Augmentin eða skyldum lyfjum. **Aukaverkanir:** Við venjulega skömmtun lyfsins má búast við aukaverkunum hjá 5% sjúklinga. Aukaverkanir frá meltingarvegi svo sem linar hægðir, ógleði, uppköst og meltingartruflanir eru þó algengari ef hærri skammtar eru gefnir. Virðast þessar aukaverkanir algengari við gjöf þessa lyfs en við amoxicillíns eins sér. ***Algengar (>1%):*** Meltingarvegur: Linar hægðir. Húð: útbrot, kláði. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Blóð: Afturkræf hvítfrumnafæð, afturkræf blóðflagnafæð. Meltingarvegur: Ógleði, uppköst. Húð: Ofsakláði. **Milliverkanir:** Próbenecíð seinkar útskilnaði amoxicillíns, en ekki útskilnaði klavúlansýru. Því er ekki mælt með samtímis gjöf próbenecíðs og Augmentin. Samtímis gjöf amoxicillíns og allópúrínóls getur aukið líkur á ofnæmisútbrotum í húð. Engar upplýsingar eru um samtímis gjöf Augmentin og allópúrínóls. Eins og önnur breiðvirk sýklalyf getur Augmentin dregið úr virkni getnaðarvarnataflna. **Varúð:** Við skerta nýrnastarfsemi (kreatínínklerans < 30 ml/mín.) þarf að minnka skammta fyrir 250 mg + 125 mg töflur og 500 mg + 125 mg töflur og ekki á að nota 875 mg + 125 mg töflur. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Vegna aspartaminnihalds mixtúrunnar skal gæta varúðar hjá sjúklingum með fenýlketonureu. Lenging á prótrombín tíma hefur verið lýst í einstaka tilvikum hjá sjúklingum sem fá Augmentin. Þegar blóðþynningarlyf eru gefin samtímis skal viðeigandi eftirliti vera framfylgt. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Venjulegur skammtur er ein tafla 250 mg + 125 mg þrisvar sinnum á dag. Við alvarlegum efri loftvegasýkingum og lungnasýkingum ein tafla 500 mg + 125 mg þrisvar sinnum á dag eða ein tafla 875 mg + 125 mg tvisvar sinnum á dag. - Æskilegt er að gefa lyfið við upphaf máltíðar. **Skammtastærðir handa börnum:** Mixtúra 80/11,4 mg/ml (1 ml mixtúra = 80 mg amoxicillín): Dagsskammtur 25/3,6 mg/kg - 45/6,4 mg/kg. **Athugið:** Fullbúin mixtúra hefur 7 daga geymsluþol í ísskáp (2-8°C). Afgreiðslutilhögun R. Greiðslutilhögun 0. **Pakkningar og hámarksverð:** Mixtúruduft 80 mg + 11,4 mg/ml: 70 ml verð kr. 2465,-. Töflur 875 mg + 125 mg:12 stk. (þynnupakkað) verð kr. 2546,-. (19012001)

Lyfjamál 92

NLN Conference 2001

MIKIL VINNA HEFUR FARIÐ FRAM hjá ýmsum aðilum á undanförnum árum við að þróa tölvukerfi til að hjálpa læknum við að ávísa lyfjum á sem bestan og öruggastan hátt. Það er því ánægjuefni að kynna hér ráðstefnu sem fram fer á vegum Norrænu lyfjanefndarinnar (NLN) um þessi mál 2.-3. apríl í Stokkhólmi:

NLN Conference 2001
Electronic Support Systems for Rational Prescribing of Medicines

Several computer-based tools for prescribing of medicines are being developed in the Nordic countries. The systems are intended to facilitate prescribing and contain information on products available, costs, interactions, adverse drug reactions etc. The Nordic Council on Medicines (NLN) is organising a conference on ***Electronic support systems for rational prescribing of medicines.*** The conference is intended to present an overview of systems available and to discuss the contents and benefits of such systems.

The conference will be held 2-3 April 2001 in Stockholm, Sweden, and is primarily intended for practitioners, authorities, the pharmaceutical industry and others interested in electronic support systems.

An overview of IT-systems available in the Nordic countries will be presented, as well as examples of ongoing systems in the Nordic countries, including show room demonstrations. A report from the United Kingdom will also be given. The information provided in the systems will be given space, such as rational therapy guidelines, health economy recommendations and medicines committees information. Quality improvements with statistics and feedback systems on prescribing will also be discussed.

Speakers at the conference are representing, for example, medicines authorities, social security institutes, universities, general practitioners, and the pharmaceutical industry.

Complete programme and registration information is provided at the NLN Web site **www.nln.se** or from the NLN Office; phone no. +46 18 10 58 00, fax no. +46 18 10 58 08, or e-mail **nln@nln.se** Registration should be made before 24 February 2001.

Tilkynnið aðsetursskipti !

Áskrifendur Læknablaðsins eru vinsamlega beðnir að tilkynna aðsetursskipti. Tilkynnið breytingar á heimilisfangi í síma 564 4104 eða í netfang: ragnh@icemed.is

Við flutning til útlanda

Við flutning til útlanda fellur niður áskrift að Læknablaðinu sem greidd er með félagsgjöldum til LÍ. Læknar sem vilja halda áskrift að blaðinu þurfa að æskja þess sérstaklega. Áskriftargjald er kr. 6.000 án virðisaukaskatts og ber að greiða fyrirfram. Sími vegna áskriftar Læknablaðsins er 564 4104; netfang: ragnh@icemed.is

Zoloft®
Norvasc®
Diflucan®
FRUMLYF
Pfizer

Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Sværfinga- og gjörgæslulæknafé lags 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.

Þau ágrip sem vísindanefnd félaganna samþykkir til flutnings á þinginu verða birt í Læknablaðinu. Vísindanefnd áskilur sér rétt til að hafna innsendum ágripum.

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

Fræðslufundur Öldungadeildar LÍ

Skipstapið 1718

Laugardaginn 10. febrúar næstkomandi heldur Öldungadeild LÍ fræðslufund í Hlíðasmára 8, Kópavogi. Fundurinn hefst kl. 10 árdegis.

Á fundinum mun Halldór Baldursson bæklunarlæknir skýra frá skipstapa sem varð vestan Öfusáróss árið 1718 er skipið Giötheborg fórst.
Áhöfninni var dreift til vetursetu á ýmsa bæi og munu margir núlifandi Íslendinga geta rakið ættir sínar til þeirra.

Kaffiveitingar samkvæmt venjum Öldungadeildarinnar.

Stjórnin

Endurmenntunarstofnun HÍ

Námskeið fyrir heilbrigðisstarfsfólk

5. og 6. mars kl. 8:30-12:30
Íslensk heilbrigðisþjónusta
Einkum ætlað fólki sem fengið hefur menntun sína erlendis og starfar eða er að hefja störf í heilbrigðisþjónustunni.
Umsjón: Vilborg Ingólfsdóttir yfirhjúkrunarfræðingur hjá landlæknisembættinu og Matthías Halldórsson aðstoðarlandlæknir.
Verð:10.800 kr.
Á námskeiðinu verður skipulagningu heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi lýst. Meginstofnunum, fjárhagslegri uppbyggingu og ábyrgðarsviði mismunandi heilbrigðishópa. Farið yfir lög er varða heilbrigðisþjónustu, svo sem lög um réttindi sjúklinga, sjúkratryggingar, sóttvarnalög, barnaverndarlög og lög um málefni aldraða.

26. mars kl. 16:15-19:15
Heilbrigðislögfræði I. Réttindi og skyldur heilbrigðisstarfsfólks
Kennari: Dögg Pálsdóttir hrl.
Á námskeiðinu verður fjallað um skipulag og fjármögnun heilbrigðisþjónustu. Áhrif stjórnsýslu- og upplýsingalaga á réttindi, skyldur og ábyrgð heilbrigðishópa. Viðbrögð við óvæntum atvikum og mistök vegna meðferðar á sjúklingum. Viðbrögð við skaðabótakröfum sjúklinga.

28. mars kl. 16:15-19:15
Heilbrigðislögfræði II. Samskipti við sjúklinga
Kennari: Dögg Pálsdóttir hrl.
Á sjúklingur rétt á upplýsingum um meðferð og batahorfur? Þarf sjúklingur að samþykkja meðferð og getur hann neitað meðferð? Varsla sjúkraskráa - getur hver sem er fengið að lesa þær? Þarf að sinna kvörtunum sjúklinga og þá hvernig?

2. apríl kl. 16:15-19:15
Heilbrigðislögfræði III.
Vísindarannsóknir og miðlægur gagnagrunnur
Kennari: Dögg Pálsdóttir hrl.
Hvað er vísindarannsókn, hvaða reglur gilda um þær og hver er réttarstaða sjúklinga í slíkum rannsóknum? Hvað er gagnagrunnur á heilbrigðissviði og hverjar eru meginreglur laga nr. 139/1998? Hvert er sampil laga um réttindi sjúklinga og laga um gagnagrunn á heilbrigðissviði? Hver er réttarstaða sjúklinga með tilliti til gagnagrunns á heilbrigðissviði?

Nánari upplýsingar: www.endurmenntun.is

Námskeið um upplýsingaleit

á vegum landlæknisembættisins og Háskólans í Reykjavík

Sífellt fjölgar þeim gagnasöfnum sem heilbrigðisstarfsfólk hefur aðgang að vegna landssamninga, svo sem ProQuest gagnasöfnin, Web of Science þar sem Science Citation Index er að finna og Encyclopaedia Britannica að ógleymdum OVID gagnasöfnunum. Landlæknisembættið og Símennt HR standa sameiginlega að námskeiði þar sem fólki verður leiðbeint varðandi:

- leitartækni í gagnasöfnum og í leitarvélum
- mat á upplýsingum
- framsetningu efnis á upplýsingavef
- tengingar inn í tímaritsgreinar, vefsíður, fyrirlestra og fleira
- PowerPoint og Real Audio
- vistun heimasíðna

Námskeiðið verður haldið sex miðvikudaga kl. 16-19 vikurnar 14. febrúar til 21. mars. Umsjón námskeiðsins er í höndum Sólveigar Þorsteinsdóttur (solveigth@ru.is) og Önnu Sigríðar Guðnadóttur (anna@landlaeknir.is) sem veita nánari upplýsingar. Námskeiðsgjald er 28.000 krónur. Skráning fyrir 10. febrúar í síma 510 6250 eða á simennt@ru.is

Krabbamein og vinnandi fólk

Í tilefni af 50 ára afmæli Krabbameinsfélags Íslands á þessu ári stendur félagið fyrir ráðstefnu undir heitinu *Krabbamein og vinnandi fólk*

Hvað gerist á vinnustað þegar starfsmaður greinist með krabbamein?

Ráðstefnan verður haldin í Salnum í Kópavogi, miðvikudaginn 14. febrúar, kl 13.00 -16.30. Ráðstefnustjóri verður Vigdís Finnbogadóttir fyrrverandi forseti, verndari Krabbameinsfélagsins. Á efnisskrá verða erindi um það sem gerist í kjölfar þess að starfsmaður greinist með krabbamein - um viðbrögð á vinnustað, um veikindarétt og endurhæfingu. Einnig koma fram sjónarmið stjórnenda og sjúklings. Boðið verður upp á veitingar í kaffihléi og tónlistarflutningur verður í umsjá Jónasar Ingimundarsonar. Ráðstefnan er haldin í samvinnu við samtök atvinnurekenda, launþega og fleiri.

Kynningarfundur um sérfræðinám (framhaldsnám) í heimilislækningum í Skaraborg, Svíþjóð

Boðið er til kynningar á vegum heilsugæslunnar í Skaraborg, Svíþjóð um sérfræðinám í heimilislækningum. Löng hefð er fyrir því að íslenskir læknar sérmennti sig í Svíþjóð og hafa margir verið í Skaraborg og líkað vel. Mikill áhugi er fyrir áframhaldandi samvinnu og því boðið til þessarar kynningar.

Verið velkomin
fimmtudaginn 8. febrúar
kl.18.00 – kynning og umræður
kl.19.00 – buffé.
GRAND Hótel Reykjavík, Sigtúni 38.

Fyrir hönd heilsugæslunnar í Skaraborg mæta:
Hasse Johansson, primärvårdsområdeschef
Lars Gotthardsson, vårdcentralchef/studierektor
Kerstin Ekenstierna, vårdcentralchef
Helena Wennås, distriktsläkare
Magnus Geirsson, distriktsläkare
Ove Hansson, vårdutvecklare

Nánari upplýsingar veita:
Jóhann Ág. Sigurðsson,
prófessor í heimilislækningum HÍ, netfang: johsig@hi.is
Guðrún Gunnarsdóttir,
sérfræðingur í heimilislækningum
Sólvangi Hafnarfirði, sími: 550 2600

Heilsugæslustöðin á Akureyri

Tvær stöður heilsugæslulækna

Staða heilsugæslulæknis við Heilsugæslustöðina á Akureyri eru laus til umsóknar. Krafist er sérfræðiviðurkenningar í heimilislækningum. Staðan veitist eftir samkomulagi.

Einnig er laus til umsóknar ótímabundin staða afleysingalæknis.

Nánari upplýsingar gefa Bolli Ólafsson framkvæmdastjóri (bolli@hak.ak.is) og Pétur Pétursson yfirlæknir (petur@hak.ak.is) í síma 460 4600.

Umsóknir um stöðuna berist á þar til gerðum eyðublöðum frá landlæknisembættinu fyrir 30. mars næstkomandi

Veffang stöðvarinnar er að finna undir:
http://www.akureyri.is

Framkvæmdastjóri

LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Deildarlæknir

óskast á augndeild Hringbraut frá 01.04.2001 til 31.10.2001, alls 7 mánuði. Hentar vel þeim sem áhuga hafa á sérfræðinámi í augnlækningum og vilja kynna sér hvort augnlækningar komi til greina sem framtíðarstarf. Einnig fyrir verðandi heilsugæslulækna sem afla vilja sér viðbótarþekkingar í augnsjúkdómafræðum.
Umsókn sendist til Friðberts Jónassonar, s. prófessors og yfirlæknis fyrir 28.02.2001. Starfsfyrirkomulag verður samkvæmt nánari ákvörðun yfirlæknis sem veitir nánari upplýsingar í síma 560 2066, netfang augndeild@landspitali.is.

Aðstoðar- og deildarlæknar

Stöður aðstoðar- og deildarlækna (100%) eru lausar á geðsviði frá 1. febrúar 2001.
Upplýsingar veita Ólafur Þór Ævarsson geðdeild Hringbraut og Kleppi í síma 560 1000, netfang olaaevar@landspitali.is, Engilbert Sigurðsson geðdeild Fossvogi í síma 525 1000 og Hannes Pétursson forstöðulæknir í síma 560 1700.

Sjúkrahús Akraness og heilsugæslustöð

Sérfræðingar

Sjúkrahús Akraness og heilsugæslustöð er sérgreinasjúkrahús með öfluga og vaxandi starfsemi.

Sjúkrahúsið þjónar íbúum Vesturlands og víðar. Þá leita íbúar höfuðborgarsvæðisins í vaxandi mæli þjónustu þess.

Tvær stöður sérfræðinga í kvensjúkdómalækningum og fæðingahjálp eru lausar til umsóknar. Stöðurnar veitast frá 1. apríl næstkomandi eða eftir nánara samkomulagi. Nánari upplýsingar veita Stefán Helgason yfirlæknir fæðinga- og kvensjúkdómadeildar og Þórir Bergmundsson lækningaforstjóri í síma 430 6000.

Ein staða sérfræðings í almennum lyflækningum er laus nú þegar til umsóknar. Starfssvið og stöðuhlutfall samkvæmt nánara samkomulagi. Upplýsingar gefa Þorkell Guðbrandsson yfirlæknir lyflækningadeildar og lækningaforstjóri.

Upplýsingar um nám og fyrri störf sendist á eyðublaði stöðunefndar til Sigurðar Ólafssonar framkvæmdastjóra SHA, Merkigerði 9, 300 Akranesi.

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland Sentralsykehus
Personalavdelingen, N-8092 Bodø
Tlf. +47 75 53 40 00

Medisinsk avdeling

Overlege/ lungespesialist

Ved medisinsk avd. (avd.overl. Marit Eskeland) er det ledig stilling for overlege/lungespesialist - hjemmel nr. 6 - Uls. id.nr. 948.

Ved medisinsk avdeling er det seksjoner for cadiologi, gastroenterologi, nefrologi, hematologi og lungesykdommer. Driften dekker innleggelser av 4300 pasienter årlig og en poliklinikk på ca. 8000 pasienter.

Vi har nå 14,5 stillinger for overordnede og 11 underordnede legestillinger, samt 8 turnusleger. Avdelingen utdanner spesialister i indremedisin (gruppe I), og har tellende tjeneste fra 6 måneder til 1,5 år i grenspesialistutdanningene.

Sykehuset er sentralsykehus for Nordland fylke med ca. 240.000 innbyggere og lokalsykehus for Salten-regionen med ca. 74.000 innbyggere og har alle de støttefunksjoner man forventer å finne i et sentralsykehus. Sykehuset er lokalisert til sentrum av Bodø by og har ca. 40.000 innbyggere og ligger i naturskjønne omgivelser med gode friluftsmuligheter. Byen har internasjonal flyplass - flytid Bodø - Oslo - 1 time 15. min.

Søker må beherske norsk både skriftlig og muntlig.

Lønn etter avtale. Sykehuset er behjelpelig med bolig og dekker flytteutgifter etter nærmere regler.

Nærmere oppl. fås ved henv. til avdelingsoverlegen, tlf. +47 75 53 40 00.

Søknad sendes personalavdelingen
innen 22. februar 2001.

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

Røykfritt miljø

CICERO jn.

Hef opnað lækningastofu

í Læknamiðstöð Austurbæjar, Háteigsvegi 1, 105 Reykjavík. Tekið er við tímapöntunum í síma 562 2121 alla virka daga kl. 10-16.

Gunnar Jónasson dr. med.
Sérgrein: **barnalækningar og ofnæmissjúkdómar barna**

Ný lækningastofa

Hef opnað lækningastofu í Læknasetrinu að Þönglabakka 6. Viðtalstímar bókaðir í síma 567 7700.

Brynjar Viðarsson
Sérgrein: **lyflækningar og blóðsjúkdómar**

Heimasíður og netföng

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

Læknar 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.

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. ágúst 2000**	42,00
Sérfræðieining fyrir klíniskar greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 2000**	170,00
	frá 1. janúar 2001	180,00

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2000	214.245,00
A liður 2	frá 1. janúar 2000	187.464,00
B liður	frá 1. júlí 2000	174.700,00
	frá 1. janúar 2001	177.958,00
D liður	frá 1. mars 2000	104.019,00
E liður 1-6	frá 1. júlí 2000	228,00
	frá 1. janúar 2001	232,00
E liður 7	frá 1. júlí 2000	456,00
	frá 1. janúar 2001	465,00

Skólaskoðun í framhaldsskólum
Miðað við fyrri forsendur 222,00

Kílómetragjald frá 1. desember 2000
Almennt gjald 45,70
Sérstakt gjald (utan malbiks +15%) 52,55

Dagpeningar frá 1. desember 2000
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	9.900,00
Gisting eina nótt	5.600,00
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	4.300,00
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.150,00

Dagpeningar frá 1. júní 2000
Erlendis **SDR**

	Gisting	Annað	Alls
Bretland og Rússland	128	90	218
New York og Washington DC	132	78	210
Asía, Afríka, S-Ameríka	130	105	235
Annars staðar	95	90	185

Læknar í AA

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

Ráðstefnur og fundir

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

12.-13. febrúar
Í London. Clinical and Regulatory Issues in Anti-Infective Therapies. Nánari upplýsingar í síma: +01483 570 099.

14. febrúar
Í Basildon, Essex. Best Value in the NHS: Emphasising quality and listening to patients. Nánari upplýsingar í netfangi: teresa.martindill@btgh-tr.nthames.nhs.uk

15.-16. febrúar
Í Manchester. The 2001 Making Medical Informatics Work Conference. Nánari upplýsingar í netfangi: mmiw@meridian74.freeserve.co.uk

22.-28 mars
Í Liverpool. Tuberculosis: clinical aspects of diagnosis, management and control. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

26.-29. mars
Í Belfast. 20th Joint Meeting of the British Endocrine Societies. Nánari upplýsingar í netfangi: info@endocrinology.org

1.-3. apríl
Í Genf. Esomar Global Healthcare. Marketing Research Conference and Exhibition. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og á heimasíðu: http://www.esomar.nl/seminar_progs/healthcare2001programme.htm

18.-21. apríl
Í Juan Les Pins á frönsku Rívierunni. 1st Annual Meeting of the Scandinavian College of Neuro-Psychopharmacology. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og á veffangi: www.scnp-nordic.org

19.-23. apríl
Í Sydney Ástralíu. XXV International Congress of the Medical Women´s International Association. Nánari upplýsingar í netfangi: mreid@conference_organisers.com.au

24.-26. apríl
Í London. Infosecurity Europe. Nánari upplýsingar í netfangi: infosecurity@reedexpo.co.uk

24.-27. apríl
Í Edinborg. British Society for Rheumatology Annual General Meeting/Scandinavian Societies for Rheumatology Joint. Nánari upplýsingar í netfangi: bsr@rheumatology.org.uk

3.-7. júní
Í Tampere. Wonca Europe.

7.-9. júní
Í Marina Congress Center, Helsinki. The 40th Nordic Lung Congress. Haldið á vegum the Finnish Society of Respiratory Medicine, the Pulmonary Association Heli og the Finnish Lung Health Association. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og í netfangi: nlc2001@congrex.fi

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

28.-30. júní
Í Stokkhólmi. 2nd European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Nánari upplýsingar í síma: +46 8 517 748 81, í netfangi: gerd.nyman@cspo.sll.se og hjá Læknablaðinu.

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

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

2.-5. september
Í London. Medinfo 2001. Towards Global Health – The Informatics Route to Knowledge. Tenth triennal world congress. Nánari upplýsingar á heimasíðunni *www.medinfo2001.org* og hjá Læknablaðinu.

9.-14. september
Í Nice. 10th Congress of The International Psychogeriatric Association. Bridging the gap between brain and mind. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

28.-30. nóvember
Í Älvsjö fyrir utan Stokkhólm. Riksstämman 2001. Nánari upplýsingar hja Eva Kenne í síma: +08 440 88 87.

13.-17. maí 2002
Í Durban. Alþjóðlega Wonca ráðstefnan.

10.-12. júní 2002
Í Árósum. Annað norræna Faraldsfræðiþingið. Upplýsingar: Helle Obenhausen Andersen. Sími: +45 89 42 31 28. Netfang: ha@soci.au.dk

AstraZeneca dagur

3. mars 2001

Að venju verður hinn árlegi fræðslu- og fagnaðardagur heimilislækna haldinn á Hótel Loftleiðum fyrsta laugardag í mars, þann þriðja. Öldrunarlæknar eru einnig hjartanlega velkomnir að venju.

AstraZeneca dagurinn er sem fyrr skipulagður af FÍH og AstraZeneca.

Yfirskrift dagsins er Fjölskyldan í fyrirrúmi.
Dagskráin hefst að venju klukkan 9.00 með tveggja klukkustunda almennum fundi þar sem fjallað verður um meginþemað frá ýmsum sjónarhornum. Að því loknu verður boðið upp á þríþætta samhliða dagskrá fram að almennum fundi milli 16.00 og 17.00.
Nánari dagskrá hefur verið send læknum sérstaklega.

Fræðslunefnd FÍH **AstraZeneca**

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 nífedípín, etinýlestradíól eða noretindrón 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;** Lyfhrif, flokkun eftir verkun: Lyf við blóðsykurshækkun, ATC flokkur: A10 BG 02. **Lyfjagerðarfræðilegar upplýsingar;** Hjálparefni: Töflukjarni: Natríumsterkju glýkollat (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: GlaxoSmithKline, Þverholti 14, 105 Reykjavík, www.gsk.is.
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. 16.01.2001.

NÚ ER HÆGT AÐ MEÐHÖNDLA INSÚLÍNVIÐNÁM

AVANDIA® ROSIGLITAZON

– Ný aðferð við meðhöndlun sykursýki af tegund 2



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

gsk GlaxoSmithKline

AVANDIA® rosiglitazon
MARKVISS MINNKUN INSÚLÍNVIÐNÁMS